



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Das italienische Health Promoting Hospitals (HPH)  
Netzwerk als Mitglied des internationalen HPH-  
Netzwerkes  
- Entwicklungen, Strukturen und  
Besonderheiten

verfasst von / submitted by

Gabriele Gruber BA

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

Wien, 2016 / Vienna 2016

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

A 066 905

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

Masterstudium Soziologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

em. Univ.-Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan



## **Danksagung**

Ich danke meinem Betreuer em. Univ.-Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan und seiner (ehemaligen) Kollegin Mag. Dr. Christina Dietscher für die umfassende Unterstützung bei der Erstellung meiner Masterarbeit. Vielen Dank für die konstruktiven Rückmeldungen und die gute Betreuung. Es freut mich, dass wir im beruflichen Kontext weiterhin in Kontakt bleiben bzw. zusammenarbeiten können.

Außerdem möchte ich mich bei allen Freundinnen und Freunden sowie Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen bedanken, die immer ein offenes Ohr und Zuspruch für mich hatten.

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mir mein Studium ermöglicht haben und mir in allen Phasen des Studiums zur Seite standen.

Zuletzt möchte ich mich noch bei meinem Partner bedanken, der mich stets unterstützt hat und mir in stressigen Zeiten mit beruhigenden und motivierenden Worten zur Seite stand.

Vielen Dank!



## Inhalt

1.	Einleitung .....	1
1.1.	Forschungsgegenstand .....	1
1.2.	Relevanz des Themas für die Soziologie .....	2
1.3.	Forschungsfragen.....	3
1.4.	Vorgehensweise zur Beantwortung der Forschungsfragen .....	4
2.	Gesundheitsförderung und Prävention .....	6
2.1.	Die Definition von Gesundheit der WHO und ihre Relevanz für Krankenhäuser .....	6
2.2.	Definition von Gesundheitsförderung und Prävention .....	9
2.3.	Das Konzept gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen .....	12
3.	(Soziale) Netzwerke .....	20
3.1.	Netzwerkforschung in der Soziologie – eine Annäherung .....	21
3.2.	Netzwerke und Systeme aus systemtheoretischer Sicht .....	24
3.3.	Interorganisationale Netzwerke.....	27
3.4.	Starke und schwache Beziehungen in Netzwerken.....	30
3.5.	Vermittlung in Netzwerken – Das Konzept des „brokerage“ .....	33
4.	Das internationale Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (international HPH network) unter besonderer Berücksichtigung der Rolle Italiens.....	37
	Exkurs: Die Grundzüge des italienischen Gesundheitssystems .....	42
5.	Methodisches Vorgehen.....	51
5.1.	Expertinnen- bzw. Experteninterviews .....	53
5.2.	Schriftliche Befragung.....	58
5.3.	Themenanalyse .....	59
5.4.	Beobachtungen .....	62
5.5.	Sichtung ausgewählter Internetseiten .....	64
6.	Ergebnisse .....	68
6.1.	Wie funktionieren Kommunikation und Kooperation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien? .....	70
6.2.	Was sind zentrale Elemente für das erfolgreiche Funktionieren der regionalen Netzwerke in Italien? .....	71
6.3.	Was sind zentrale Elemente für das erfolgreiche Funktionieren der inneritalienischen Kooperation? .....	76

6.4. Welche Vor- und Nachteile sehen Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler Netzwerke in der regionalen HPH-Netzwerkstruktur und den -prozessen Italiens? .....	80
6.5. Welche Vor- und Nachteile sehen HPH-Beauftragte in Krankenhäusern oder Gesundheitseinrichtungen in der regionalen Gliederung der italienischen HPH-Netzwerke? .....	85
6.6. Welche Chancen und Hindernisse sehen Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler Netzwerke aufgrund der regionalen Gliederung der italienischen HPH-Netzwerke für ihre Arbeit im Bereich HPH? .....	85
6.7. Am Beispiel der italienischen regionalen HPH-Netzwerke: Welche Faktoren begünstigen die Kooperation zwischen regionalen Netzwerken gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen? .....	87
7. Diskussion der Ergebnisse .....	92
8. Zusammenfassung und Ausblick.....	97
Quellenverzeichnis .....	100
Anhang 1: Zusammenfassung.....	105
Anhang 2: Abstract.....	106
Anhang 3: Lebenslauf.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Grafische Darstellung der Gesundheitsdeterminanten .....	7
Abbildung 2: 18 Kernstrategien zur Umsetzung von HPH.....	16
Abbildung 3: Sieben Strategien zur Implementierung von HPH .....	17
Abbildung 4: Vier Elemente des Diskurses zu Netzwerken, die für die Untersuchung von HPH-Netzwerken dienlich sind.....	22
Abbildung 5: Verbotene Triade (nach Granovetter) .....	32
Abbildung 6: Beziehungen und Brücken in Netzwerken (nach Granovetter) .....	32
Abbildung 7: Formen der Vermittlung (nach Gould/ Fernandez) .....	35
Abbildung 8: Darstellung der Länder, die durch nationale/ regionale Netzwerke oder einzelne Institutionen im internationalen HPH-Netzwerk vertreten sind .....	48
Abbildung 9: Varianten von Expertinnen- bzw. Experteninterviews .....	55
Abbildung 10: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring .....	66

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Fünf Standards für Gesundheitsförderung im Krankenhaus.....	18
Tabelle 2: Entwicklungsphasen des internationalen HPH-Netzwerkes .....	37
Tabelle 3: Überblick über die regionalen HPH-Netzwerke, sortiert nach Gründungsjahr.....	49
Tabelle 4: Vergleich der Auflistung italienischer Mitglieder auf der Website des internationalen HPH-Netzwerkes vom 8.8.2014 und 3.4.2015 .....	50
Tabelle 5: Übersicht über verwendete Erhebungs- und Auswertungsmethoden im Rahmen der qualitativen Netzwerkanalyse .....	53
Tabelle 6: Vor- und Nachteile der regionalen Gliederung von HPH in Italien .....	84



# 1. Einleitung

## 1.1. Forschungsgegenstand

Das internationale Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services – HPH) blickt mittlerweile auf eine über zwanzig Jahre lange Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte zurück. Der Grundstein dieses Netzwerkes wurde durch die „Ottawa Charter for Health Promotion“ im Jahr 1986 gelegt. Der offizielle Start des internationalen HPH-Netzwerkes kann auf das Jahr 1990 festgelegt werden. Dieses bildet den Rahmen für alle HPH-Netzwerke und –Aktivitäten. Unter diesem Dach entstanden aus europaweiten Pilotprojekten zu Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus Unternehmungen zum Aufbau nationaler sowie regionaler (auf Ebene von Bundesländern, Provinzen oder ähnlichen Verwaltungseinheiten innerhalb eines Nationalstaates) HPH-Netzwerke. Ein solches HPH-Netzwerk stellt einen Zusammenschluss von Krankenhausorganisationen und Gesundheitseinrichtungen auf freiwilliger Basis dar, das eine eigene Koordinatorin bzw. einen eigenen Koordinator besitzt (gilt für nationale und regionale Netzwerke<sup>1</sup>) und Mitglied im internationalen Netz ist. Seit 1995 gilt die Errichtung von nationalen bzw. regionalen Netzwerken als zentrale Strategie des internationalen Netzwerks für die weitere Ausrollung. Auch das Europa-Büro der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Euro) sieht nationale HPH-Netzwerke als wichtige Strategie für die Forcierung bzw. Implementierung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen. (Dietscher, 2012, S. 25ff)

Das Italienische HPH-Netzwerk wurde seit 1995 systematisch aufgebaut und legte den Schwerpunkt seiner Entwicklung auf die Errichtung regionaler Netzwerke in den italienischen Provinzen. Die regionalen Netzwerke haben sich dabei teilweise auf bestimmte Themen wie z.B.: rauchfreie, schmerzfreie oder migrantenfreundliche Krankenhäuser spezialisiert. Italienische Vertreter/innen beteiligten sich außerdem maßgeblich an der Koordination und Entwicklung des internationalen HPH-Netzwerkes. (Pelikan 2007, S. 263)

Die Etablierung von HPH in Italien durch die Schaffung regionaler Netzwerke unterscheidet sich von den meisten anderen Netzwerken als Mitglieder des internationalen HPH-Netzwerks, die überwiegend nationale Netzwerke eingerichtet haben (Dietscher 2012, S. 25ff). Aufgrund dieser spezifischen Entwicklung und Organisationsform soll das italienische Netzwerk in dieser Arbeit mit Hinblick auf deren strukturellen Besonderheiten näher betrachtet werden. Von besonderem Interesse sind hierbei Koordination und Kommunikation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien.

---

<sup>1</sup> regionale Netzwerke versteht kleinere geografische Regionen innerhalb eines Landes

Die Idee zur Betrachtung des italienischen HPH-Netzwerkes im Rahmen einer Masterarbeit wurde vom Ludwig Boltzmann Institut for Health Promotion Research (LBIHPR) initiiert und im Weiteren wurde die Arbeit von Herrn Professor Doktor Pelikan und Frau Doktorin Diet-scher begleitet.

## **1.2. Relevanz des Themas für die Soziologie**

Prävention und insbesondere Gesundheitsförderung sind nicht nur relevante Begriffe für Gesundheits- oder Medizinwissenschaften, sondern auch für die Soziologie. Gesundheitsförderung setzt im Gegensatz zur (Krankheits-)Prävention auf die – sozialwissenschaftlich fundierten – Grundkonzepte der Partizipation und des Empowerments sowie die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse fokussierend auf unterschiedliche Lebenswelten. (Altgeld/ Kolip 2010, S. 45) In diesem Sinne stellt der Settingansatz eine wichtige Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung dar. Hierbei wird davon ausgegangen, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist sondern im Alltag – in den einzelnen Lebenswelten – von den Individuen hergestellt und aufrechterhalten wird. Die Fokussierung auf definierte Sozialräume wie eine Gemeinde, ein Betrieb, eine Schule oder ein Krankenhaus ermöglicht die präzisere Bestimmung von Zielgruppen und Akteurinnen bzw. Akteuren. Dadurch können adäquate Zugangswege definiert und vorhandene Ressourcen bestmöglich genutzt werden. (Altgeld/ Kolip 2010, S. 49) In diesem Zusammenhang ist aus soziologischer Perspektive von Interesse, in welcher Weise der Setting-Ansatz an organisationale Settings herangetragen und dort verankert wird sowie welche Rolle sogenannte „Netzwerke“ der Gesundheitsförderung dabei spielen.

Im Allgemeinen zeigt die Soziologie seit den 1990er Jahren verstärktes Interesse an der Analyse von Netzwerken. Die Netzwerkforschung analysiert die soziale Struktur von Netzwerken und erlaubt Rückschlüsse auf deren Funktionsweise und Einflüsse auf die Mitglieder. (Stegbauer/ Häusling 2010, S. 13)

Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen können als Organisationen gesehen werden. Organisationen sind für die heutige Gesellschaft und somit auch für die Soziologie von großer Bedeutung. Preisendörfer schreibt dazu: „Was heutzutage für Menschen Gesellschaft ausmacht und wie sie Gesellschaft erleben, sind in hohem Maße Erfahrungen im Umgang und in der Auseinandersetzung mit Organisationen.“ (Preisendörfer 2011, S. 155). In diesem Zusammenhang stellen interorganisationale Netzwerke – also Netzwerke bestehend aus Organisationen – mit Hinblick auf deren mögliche Beiträge für die Anregung, Begleitung und Unterstützung von Veränderungen in den Organisationen interessante Strukturen dar.

Das Thema der vorliegenden Masterarbeit ist von soziologischer Relevanz da betrachtet wird, unter welchen sozialen Bedingungen und von welchen Akteurinnen und Akteuren Netzwerke als eine adäquate Lösung bestimmter sozialer Probleme gesehen werden. Das soziale Problem stellt in diesem Zusammenhang die Etablierung bzw. Stärkung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen dar. Dabei ist es interessant, dass die HPH-Netzwerke in Italien eine andere Form als in anderen Ländern angenommen haben. Daher ist es soziologisch höchst spannend der Frage nachzugehen, welche Faktoren in Italien (z.B. Struktur der Verwaltung, des Gesundheitssystems) eine bestimmte Form von Netzwerken begünstigen, die beispielsweise in Nachbarländern wie Österreich und der Schweiz – zumindest im HPH-Bereich – nicht vorherrschend ist.

### **1.3. Forschungsfragen**

Die vorliegende Masterarbeit betrachtet die Struktur des italienischen HPH-Netzwerks bzw. das Zusammenspiel der regionalen italienischen HPH-Netzwerke. Der Fokus wird hierbei auf Kooperation und Kommunikation zwischen den regionalen Netzwerken bzw. zwischen den regionalen Netzwerk-Koordinatorinnen und –Koordinatoren gelegt. Die Forschungsfrage zur Bearbeitung dieses Themas lautet wie folgt:

*Am Beispiel der italienischen regionalen HPH-Netzwerke: Welche Faktoren begünstigen die Kooperation zwischen regionalen Netzwerken gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen?*

Zur Beantwortung dieser komplexen Frage wurden Unterfragen formuliert, die eine schrittweise Annäherung an das Thema erleichtern sollen:

- Wie funktionieren Kommunikation und Kooperation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien?
- Was sind zentrale Elemente für das erfolgreiche Funktionieren der regionalen Netzwerke in Italien<sup>2</sup>?
- Was sind zentrale Elemente für das erfolgreiche Funktionieren der inneritalienischen Kooperation?
- Welche Vor- und Nachteile sehen Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler Netzwerke in der regionalen HPH-Netzwerkstruktur und –prozesse Italiens?

---

<sup>2</sup> In Anbetracht der Tatsache, dass in den letzten Jahren einige regionale HPH-Netzwerke in Italien ihre Arbeit niedergelegt haben, meint „erfolgreich“ hier vorrangig das kontinuierliche Bestehen des Netzwerks.

- Welche Vor- und Nachteile sehen HPH-Beauftragte in Krankenhäusern oder Gesundheitseinrichtungen in der regionalen Gliederung der italienischen HPH-Netzwerke?
- Welche Chancen und Hindernisse sehen Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler Netzwerke aufgrund der regionalen Gliederung der italienischen HPH-Netzwerke für ihre Arbeit im Bereich HPH?

#### **1.4. Vorgehensweise zur Beantwortung der Forschungsfragen**

Im ersten – theoretischen – Teil der vorliegenden Masterarbeit werden zum einen die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention erläutert sowie deren Bedeutung für das Setting Krankenhaus beschrieben. Durch diese Annäherung wird das Konzept der gesundheitsfördernden Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, das dem internationalen HPH-Netzwerk zugrunde liegt, dargestellt. Zum anderen werden der Begriff Netzwerk bzw. ausgewählte soziologisch relevante Konzepte zum Thema Netzwerke, die der Bearbeitung der Forschungsfrage dienen sollen, thematisiert.

Des Weiteren wird die Entstehung des internationalen HPH-Netzwerks skizziert. Anschließend wird diesbezüglich die Etablierung von regionalen Netzwerken in Italien genauer betrachtet. In diesem Zusammenhang liefert ein Exkurs zum italienischen Gesundheitssystem Hintergrundinformationen zu Entwicklungen im Gesundheitssektor in diesem Land.

Der dritte Teil der Masterarbeit befasst sich mit den empirischen Ergebnissen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage generiert wurden. Die Datenerhebung folgte dem Konzept der qualitativen Netzwerkanalyse nach Betina Hollstein, bei dem verschiedenste Erhebungs- und Analysemethoden der empirischen (qualitativen) Sozialforschung verwendet und kombiniert werden. (Hollstein 2006, S. 11f)

In dieser Arbeit wurden hierfür folgende Erhebungsmethoden verwendet:

- *Expertinnen- bzw. Experteninterviews:* Es wurden Interviews mit Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler HPH-Netzwerke Italiens geführt. Diese erfolgten vorwiegend bei der internationalen HPH-Konferenz 2013 in Göteborg.
- *Schriftliche Befragung:* Um möglichst viele Koordinatorinnen und Koordinatoren sowie anderweitige HPH-Beauftragte und Expertinnen bzw. Experten zu befragen, wurden auch Fragebögen mit offenen Fragen per E-Mail verschickt. Die Fragen orientieren sich am Leitfaden der Expertinnen- bzw. Experteninterviews.

- *Beobachtung:* Im Rahmen der internationalen HPH-Konferenz 2013 in Göteborg wurden ausgewählte Vorträge von italienischen Vertreterinnen und Vertretern beobachtet.
- *Sichtung ausgewählter Internetseiten:* Da Internetseiten über die Aktivität eines regionalen Netzwerkes bzw. über deren Kooperation mit anderen Netzwerken Auskunft geben können, wurden ausgewählte Internetseiten daraufhin gesichtet.

Die so generierten Daten wurden mit unterschiedlichen Auswertungsmethoden analysiert, die Ergebnisse in Verbindung gesetzt und in Hinblick auf die Forschungsfrage diskutiert. Es ist zu erwähnen, dass trotz der regionalen Gliederung der HPH-Netzwerke Italien als ein Fall gesehen wird. Diese Betrachtung resultiert einerseits daraus, dass die meisten HPH-Netzwerke auf nationaler Ebene angesiedelt sind und als nationale HPH-Netzwerke wiederum Mitglied im internationalen HPH-Netzwerk sind. Außerdem wurde im Rahmen der Interviews mit Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler HPH-Netzwerke Italiens die Erkenntnis gewonnen, dass es den Anspruch bzw. Wunsch nach einem geteilten Verständnis und gewisser gemeinsam festgelegter Standards für die Umsetzung von HPH in Italien gibt. Aufgrund dieser immer wieder thematisierten Orientierung auf die nationale Ebene wurde Italien als ein Fall mit regionalen Netzwerken betrachtet und der Fokus auf die Kooperation zwischen diesen regionalen Netzwerken gelegt. Die regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren spielen hierbei eine besondere Rolle, wie später beschrieben wird.

Abschließend werden die wesentlichen Ergebnisse resümiert und ein Ausblick gegeben.

## **2. Gesundheitsförderung und Prävention**

Wie eingangs bereits erwähnt sind Gesundheitsförderung und Prävention Begriffe, die oftmals synonym verwendet werden, obwohl sie einem unterschiedlichen Grundverständnis entstammen. Aus diesem Grund werden die beiden Konzepte im Folgenden näher betrachtet, wobei der Fokus auf Gesundheitsförderung bzw. den Settingansatz in der Gesundheitsförderung gelegt wird. Die Konzentration auf den Settingansatz folgt daraus, dass Krankenhäuser organisationale Settings darstellen. In einem weiteren Schritt werden Prävention und insbesondere Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus und deren Bedeutung thematisiert.

### **2.1. Die Definition von Gesundheit der WHO und ihre Relevanz für Krankenhäuser**

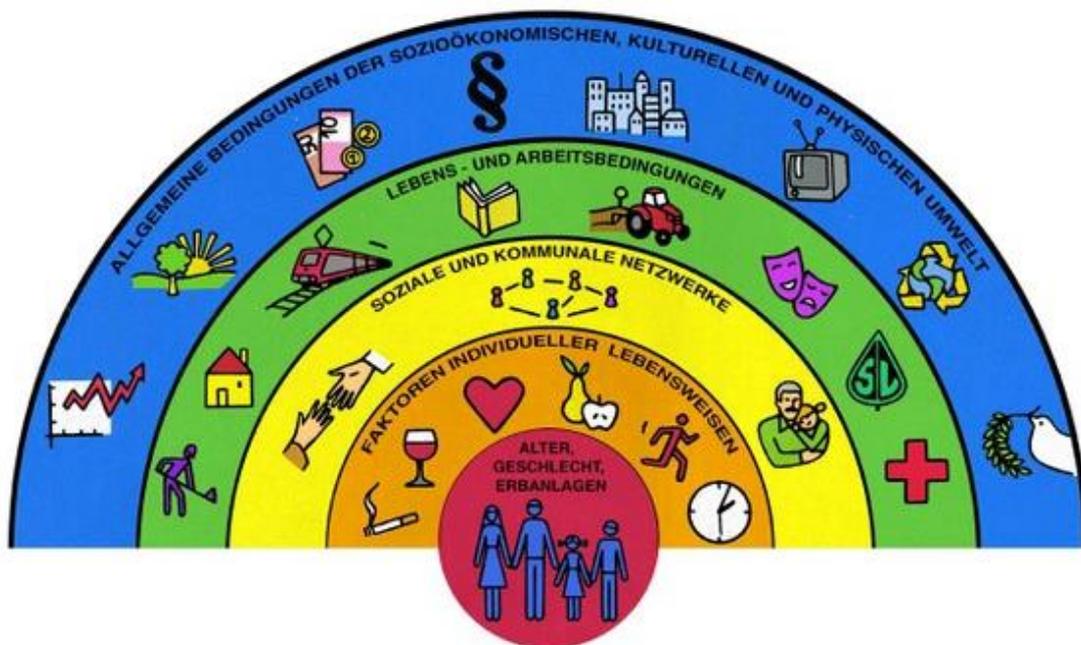
Die wohl bekannteste Definition von Gesundheit ist jene, die im Gründungsdokument der World Health Organization (WHO) 1946 gegeben wird. Hier wird Gesundheit als ein Zustand völligen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens verstanden und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Des Weiteren wird festgehalten, dass es ein Grundrecht jedes Menschen ist, sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, unabhängig von Rasse, Religion, politischer Überzeugung, wirtschaftlicher oder sozialer Stellung. Dieses Dokument wurde von 61 Staaten im Juli 1946 unterzeichnet und trat im April 1948 in Kraft. (WHO 1946, S. 1) Die Definition der WHO formuliert Gesundheit demnach in umfassender Weise, indem sie das psychische, physische und soziale Wohlbefinden gleichwertig in den Fokus stellt.

Neben der Definition der WHO bestehen noch andere Ansätze und Konzepte, die für die Definition von Gesundheit herangezogen werden können. Bei der Betrachtung des Forschungsgegenstandes ist die WHO-Definition von Gesundheit relevant, da sie ausschlaggebend für das Gesundheitsverständnis im Rahmen von HPH ist.

Pelikan schreibt, dass Krankheit und positive Gesundheit als zwei unterschiedliche Dimensionen wahrgenommen werden können, die zwar orthogonal zueinander stehen, sich aber gegenseitig beeinflussen. Das bedeutet, dass Gesundheit nichts Gegebenes ist, sondern etwas, das kontinuierlich durch entsprechendes automatisiertes Verhalten und intentionales Handeln von Individuen bzw. auch Populationen jeweils in Interaktion mit ihrer relevanten physischen, kulturellen und sozialen Umwelt hergestellt werden muss. (Pelikan 2011, S. 65)

Daraus lässt sich ableiten, dass sowohl die Verhältnisse in denen Menschen leben, als auch ihr Verhalten sie gesund erhalten oder krank machen können. Dies ist auch die Grundannahme für das Determinantenmodell von Dahlgren und Whitehead. Die **Determinanten der Gesundheit** sind jene bestimmenden Faktoren, die unsere Gesundheit wesentlich beeinflussen. Hierbei können nach der Theorie von Dahlgren und Whitehead die drei großen Bereiche sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse, Lebensweisen und Lebensstile sowie individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht und erbliche Faktoren identifiziert werden. Abbildung 1 zeigt eine Darstellung der Determinanten der Gesundheit, die von Dahlgren und Whitehead erstmals 1991 veröffentlicht wurde. (FGÖ Glossar 2005)

**Abbildung 1:** Grafische Darstellung der Gesundheitsdeterminanten



Quelle: Darstellung FGÖ nach Dahlgren / Whitehead 1991

Auf unterster Ebene der Abbildung sind (in rot) die individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen dargestellt, die von außen nicht beeinflusst werden können. Auf den weiteren Ebenen sind Aspekte dargestellt, die die Gesundheit beeinflussen. Je näher eine Schicht den individuellen Faktoren ist, desto leichter können diese von Menschen selbst beeinflusst werden. Allgemeine Bedingungen zur sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt wie z.B. gesetzliche Regelungen oder wirtschaftliche Stabilität lassen sich von den Individuen schwer bzw. kaum gestalten. Dafür können auf der äußersten Ebene leicht politische Interventionen gesetzt werden wie beispielsweise durch Anhebung des Steuersatzes stark gesüßter Lebensmittel oder durch Senkung der Lohnsteuer für Personen, die geringes Einkommen beziehen. (Dahlgren / Whitehead 2007, S. 12)

Bei der Betrachtung von Aspekten, die die Gesundheit beeinflussen, können zwei Arten von Gesundheitsdeterminanten unterschieden werden. Zum einen Risikofaktoren, die zu Krankheit führen können und zum anderen Ressourcen, die positive Gesundheit stärken und schützen sowie auch die Widerstandskraft gegenüber bzw. die Auseinandersetzung mit Risiken, Störungen und Krankheiten verbessern. In diesem Sinn ist Gesundheit nicht direkt von außen beeinflussbar – direkt beeinflussbar sind bestenfalls die Gesundheitsdeterminanten, individuelle wie situative, riskante (pathogene) sowie schützende oder unterstützende (salutogene). (Pelikan 2011, S. 65)

Was bedeutet nun die oben genannte Definition von Gesundheit der WHO für **Krankenhäuser**, deren primäre Funktion die Kuration (d.h. die Wiederherstellung von durch Krankheit verlorengangener Gesundheit) ist? Es wird davon ausgegangen, dass Krankenhäuser ihren Beitrag zum Gesundheitsgewinn von Individuen bzw. der Bevölkerung steigern könnten, wenn ihr Potenzial für Gesundheitsförderung und Prävention systematischer genutzt wird. Denn von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. Prävention in Krankenhäusern profitieren nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern indirekt auch deren Angehörige, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (und deren Angehörige) sowie die umliegende Bevölkerung. (Pelikan et al. 2010, S. 290)

Wenn man nun auf das Determinantenmodell von Dahlgren und Whitehead zurückkommt, kann festgestellt werden, dass durch Krankenhäuser viele Aspekte beeinflusst werden können. Auf der Ebene der individuellen Lebensweisen können beispielsweise Gespräche mit medizinischen Fachpersonen und strukturelle Gegebenheiten wie etwa ein Rauch- oder Alkoholverbot im Krankenhaus die Patientinnen und Patienten dabei unterstützen, eine längerfristige gesundheitsfördernde Verhaltensweise einzuleiten. Dies gilt aber auch für die Angestellten, die im Krankenhaus arbeiten. Soziale und kommunale Netzwerke können durch regelmäßige Informationsveranstaltungen aber auch durch Angebote zur gemeinsamen Bewegung gefördert werden. Lebens- und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus können unter anderem durch geeignete Räume zur Pausengestaltung und einer längerfristigen Dienstplanung beeinflusst werden. Auf der höchsten Ebene der allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt können Krankenhäuser beispielsweise durch Recycling und richtiges Entsorgen von Schadstoffen einen Beitrag zum Umweltschutz beitragen. Es wird also deutlich, dass Krankenhäuser unterschiedlichen Einfluss auf die Determinanten der Gesundheit unterschiedlicher Gruppen (siehe oben) haben können.

## 2.2. Definition von Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und (Krankheits-)Prävention sind beide Interventionsformen zur Erzielung von Gesundheitsgewinn, die zugrundeliegenden Konzepte unterscheiden sich aber deutlich. Eine Definition der beiden Begriffe liefern Hurrelmann, Klotz und Haisch, die sich unter anderem auf die analytische Unterscheidung von „Pathogenese“ und „Salutogenese“ beziehen.

„**Krankheitsprävention** (oft verkürzt auch nur „Prävention“) bezeichnet alle Eingriffshandlungen, die dem Vermeiden des Eintretens oder des Ausbreitens einer Krankheit dienen“ (Hurrelmann et al. 2010, S. 14). Das Wissen um Risikofaktoren, Entwicklungs- und Verlaufsstadien von Krankheiten (pathogenetische Dynamiken) ist die Voraussetzung für gezieltes Intervenieren. Durch präventive Maßnahmen wird ein „Gesundheitsgewinn“ erzielt, der in der Vermeidung bzw. im Abbau einer zu erwartenden Krankheit begründet ist. Im Blickfeld der Krankheitsprävention stehen also vor allem Risikofaktoren. (ebd., S. 14ff)

„**Gesundheitsförderung** bezeichnet alle Eingriffshandlungen, die der Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung dienen“ (Hurrelmann et al. 2010, S. 14). Zentral sind hierbei Interventionen, die auf die Verbesserung der ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsbezogenen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung der Bevölkerung abzielen. Dadurch soll ein höheres Niveau der Gesundheit erreicht werden, das ohne Gesundheitsförderung nicht erwartbar gewesen wäre. Dafür ist das Wissen über Entstehung und Aufrechterhaltung von individuellen und kollektiven Gesundheitsstadien (salutogenetische Dynamiken) Voraussetzung. Gesundheitsförderung richtet ihr Augenmerk folglich vor allem auf gesundheitserhaltende Schutzfaktoren. (ebd, S. 14ff)

Gesundheitsförderung schließt an die Grundkonzepte der Partizipation sowie des Empowerment und der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse mit Fokus auf Lebenswelten an. Empowerment meint im Wesentlichen die Stärkung der Kompetenzen, die es Individuen und Gruppen ermöglichen, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, die eigenen Stärken zu erkennen und Einfluss auf ihre Lebensumwelt auszuüben. (Altgeld / Kolip 2010, S. 45ff)

Die Definitionen liefern einen Anhaltspunkt dafür, dass Prävention eher dem naturwissenschaftlichen bzw. medizinischen und Gesundheitsförderung eher dem bevölkerungs- und sozialwissenschaftlichen Paradigma nahe ist. Empirische Evidenz zur Effektivität und Effizienz liegt für beide Interventionsformen vor. (Hurrelmann et al. 2010, S. 17)

In der Umsetzung von Gesundheitsförderung können im Allgemeinen drei Ansätze unterschieden werden. Zum einen können sich Interventionen der Gesundheitsförderung auf spezifische Gesundheitsthemen oder individuelle Verhaltensweisen, wie z.B.: Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkoholkonsum etc., beziehen. Zum anderen kann aber auch auf die Gesundheit spezifischer Bevölkerungsgruppen abgezielt werden, wie z.B.: auf Frauen, Kinder, Migrantinnen und Migranten, etc. Die dritte Variante – der Settingansatz – fokussiert auf spezifische Kontexte, das bedeutet auf Lebenswelten oder Situationen als Einheiten, innerhalb deren prinzipiell alle relevanten Gesundheitsthemen für alle relevanten Populationen bearbeitet werden können. (Pelikan 2011, S. 63f)

Der **Settingansatz** wurde von der WHO mit der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung 1986 eingeführt und später weiterentwickelt. In einer im Internet einsehbaren deutschen Übersetzung des Glossar Gesundheitsförderung (1998) wird Setting wie folgt verstanden:

*„Ein "Setting" für Gesundheit ist ein Ort oder sozialer Kontext, in dem Menschen ihren Alltagsaktivitäten nachgehen, im Verlauf derer umweltbezogene, organisatorische und persönliche Faktoren zusammenwirken und Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen“.* (WHO 1998, S. 27)

Pelikan (2011) beschreibt das konkrete Ziel des Settingansatzes in der Gesundheitsförderung als Erhalt und Verbesserung der Gesundheit aller, soweit diese von einem bestimmten Setting beeinflusst wird bzw. beeinflussbar ist. (Pelikan 2011, S. 65)

Aus der obigen Definition von Settings lässt sich ableiten, dass einige Settings nach Organisationen, wie z.B.: Betriebe, Krankenhäuser, Schulen, usw. unterschieden werden können. Pelikan empfiehlt hierfür sich an dem systemtheoretischen Verständnis von Organisationen zu orientieren, das auf den Arbeiten von Niklas Luhmann aufbaut. In dieser Tradition werden Organisationen als operativ geschlossene, komplexe (intransparente), nicht-triviale (unvorhersehbare) soziale Systeme verstanden, die auf ihre Umwelt angewiesen sind und darauf reagieren. Die Systemtheorie nach Luhmann geht davon aus, dass sich soziale Systeme durch Kommunikationen selbstreferenziell (in Bezug auf ihre Einheit), selbstorganisiert (hinsichtlich Strukturen und Prozessen) und autopoietisch (bezüglich ihrer Elemente) reproduzieren. Ihre Grenze zur Umwelt definieren Organisationen durch unterschiedliche Formen von Mitgliedschaft, die mit verschiedenen Rechten und Pflichten verbunden sind. Des Weiteren gliedern sich Organisationen in Untereinheiten. Betrachtet man nun beispielsweise ein Krankenhaus stellen die Rollen der Beschäftigten (aller Professionen), der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige die unterschiedlichen Formen der Mitgliedschaft dar. Abteilungen können auch als Subsysteme innerhalb des Systems Krankenhaus gesehen werden. (ebd., S. 67; Altgeld / Kolip 2010, S. 50)

Im Sinne der Systemtheorie ist interessant, wie Aspekte der Gesundheitsförderung im System Krankenhaus bzw. Gesundheitseinrichtung immer wieder von selbst reproduziert werden. Denn **Krankenhäuser** stellen für ihre Patientinnen und Patienten neben ihrer Funktion als kurative Einrichtung aber auch ein beträchtliches Risiko dar, z.B.: durch Fehldiagnosen, medizinische Behandlungsfehler oder Infektionen, an denen Menschen erst durch den Aufenthalt im Krankenhaus leiden (nosokomiale Infektionen). Prävention im Krankenhaus beginnt daher bei der systematischen Reduktion oder Eliminierung dieser Risikofaktoren. Ein klassischer Bereich für Präventionsmaßnahmen ist beispielsweise das Hygienemanagement, da nosokomiale Infektionen wie z.B.: Wundinfektionen nach Operationen, Harnwegsinfekte oder Atemwegsinfekte durch vorbeugende Maßnahmen wie regelmäßiges Händewaschen und Sterilisieren eingeschränkt bzw. umgangen werden könnten. (Pelikan et al. 2010, S. 291f)

Den Patientinnen und Patienten kommt eine Komplementärrolle zu den medizinischen oder pflegerischen Leistungserbringerinnen und -erbringern in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen zu. Das bedeutet, dass der Gesundheitsgewinn durch medizinisches Personal und Patientin bzw. Patient gemeinsam produziert wird. Dem Grundgedanken der Gesundheitsförderung folgend gelingt dies nur durch Patientinnen und Patienten, die alle notwendigen gesundheitsrelevanten Informationen kennen und selbstbestimmt gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen können. Diese gesundheitsrelevanten Informationen müssen den Menschen zugänglich gemacht werden, damit sie dementsprechend handeln können (Stichwort: Empowerment). Gerade im Setting Krankenhaus sollten diese Informationen durch die unterschiedlichen Berufsgruppen, die dort tätig sind, gut vermittelt werden können. (ebd., S. 292f)

Der Begriff Gesundheitskompetenz wird in der international anerkannten Definition von Sørensen et al. beschrieben als die Fähigkeit, Informationen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Krankenbehandlung zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden (Sørensen et al. 2012, S. 3). Im Zusammenhang mit medizinischen Entscheidungen für die Kuration kommt der Kommunikation zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen und Patienten im Krankenhaus eine bedeutende Rolle zu. Durch qualitativ hochwertige Kommunikation werden Menschen dazu befähigt gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen. In Ergänzung zu krankheitsbezogener Kommunikation könnten im Krankenhaus auch Beratungen und Informationen zu den Lebensstilentwicklungen ihrer Patientinnen und Patienten angeboten werden. Das Wissen unterschiedlicher Professionen, das im Krankenhaus gebündelt wird, das Vertrauen zum Krankenhauspersonal sowie die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes sensibilisieren Betroffene (zumindest

kurzzeitig) für Fragen zur eigenen Gesundheit, deren Verbesserung und zum eigenen Lebensstil. (Pelikan et al. 2010, S. 292f)

Die Strukturen und Prozesse des Arbeitens und Lebens im Krankenhaus stellen für die unterschiedlichen Gruppen von Beschäftigten ein beträchtliches und vielseitiges Risiko (Unfälle, Berufskrankheiten, Stress, usw.) dar. Daher besteht großes Potenzial für Prävention und Gesundheitsschutz der Angestellten. Ebenso stellen sich Bewältigungsstrategien und Lebensstile von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oftmals problematisch dar und könnten durch gezielte Interventionen verbessert werden. Besonders relevante Handlungsfelder und Themen der Gesundheitsförderungspraxis sind nach Pelikan et al. Infektionsschutz, Schutz vor Gefahrenstoffen, Ergonomieprogramme, Schutz und Ausbau der psychischen Gesundheit, Altersmanagement sowie Konflikt- und Deeskalationsmanagement. (ebd., S. 293ff)

Ein Krankenhaus stellt für die umliegende Bevölkerung durch Lärm, Luftverunreinigung und verstärktes Verkehrsaufkommen ein Gesundheitsrisiko dar. Es kann jedoch auch eine Ressource darstellen, wenn das dort vorhandene Expertinnen- bzw. Expertenwissen im Rahmen von Informationsveranstaltungen, Beratungen und Schulungen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Region geteilt wird. Von Vorteil wäre hier die verstärkte Zusammenarbeit mit regionalen öffentlichen Einrichtungen wie z.B.: Schulen oder Gemeindeämtern sowie regionalen Betrieben. Krankenhäuser könnten mit ihrem besonderen Wissen auch situative Risiken in der Region identifizieren und bei gezielten Initiativen zu deren Beseitigung bzw. zum Aus- oder Aufbau von Gesundheitsressourcen in der Bevölkerung mitwirken. Zur systematischen Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung für die umliegende Bevölkerung müssen einige Rahmenbedingungen verändert werden. Zentral ist hierbei die Zusammenarbeit des Krankenhauses mit anderen Versorgungsebenen um einen adäquaten Zugang zum Krankenhaus zu gewährleisten, Fehlversorgung zu vermeiden und eine kontinuierliche Nach- und Weiterbetreuung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. (ebd., S 295f)

### **2.3. Das Konzept gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen**

Das internationale Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (international network on health promoting hospitals and health services - international HPH network) ist mehr als nur ein loser Zusammenschluss von Mitgliedern in unterschiedlichen Ländern und Regionen. Im Rahmen der Entwicklung des internationalen HPH-Netzwerks fanden auch inhaltliche Auseinandersetzungen mit Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen statt. Hierbei wurden unterschiedliche

Bedingungen und Standards erarbeitet, die das Konzept gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen beinhaltet und die inhaltliche Basis des internationalen Netzwerks darstellen.

In dieser Masterarbeit sind die italienischen HPH-Netzwerke von besonderer Relevanz. Die Besonderheit von HPH in Italien ist, dass die HPH-Netzwerke analog zur Struktur des italienischen Gesundheitssystems regional organisiert sind. Die Entwicklung des internationalen HPH-Netzwerks unter besonderer Berücksichtigung der italienischen Netzwerke wird in Kapitel 4 näher betrachtet. Zuerst werden aber die wichtigsten inhaltlichen Aspekte des Konzepts gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen wiedergegeben.

Die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO (1986) stellt die Ausgangsbasis für das internationale HPH-Netzwerk und somit auch für die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Konzept Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen dar. Durch das Interesse des WHO Regionalbüros für Europa (WHO-Euro) an dem Thema wurde die Durchführung eines Pilotprojekts in Wien ermöglicht. Dieses Pilotprojekt wurde anschließend von 1993 bis 1997 in 20 unterschiedlichen Krankenhäusern in elf europäischen Ländern umgesetzt (European Pilot Hospital Projekt – EPHP). Um die Weiterführung von HPH nach dem Pilotprojekt sicherzustellen, entschied sich die WHO-Euro, nationale und regionale HPH-Netzwerke einzurichten (siehe auch Kapitel 4).

Nach dem Abschluss des europäischen Pilotprojekts EPHP wurde das HPH-Strategieprojekt **„Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals“** verabschiedet. Dieses Dokument beinhaltet spezifische Richtlinien für die Implementierung neuer nationaler und regionaler HPH-Netzwerke. Die „Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals“ definiert **sechs fundamentale Prinzipien für HPH** (WHO-Euro 1997, S. 2):

1. Förderung der Menschenwürde, Gerechtigkeit und Solidarität, sowie Berufsethik und Anerkennung der unterschiedlichen Bedürfnisse, Werte und Kulturen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen
2. Orientierung auf Qualitätsverbesserung, Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Schutz der Umwelt und die Möglichkeit zu sehen von anderen Organisationen zu lernen
3. Fokus auf Gesundheit im ganzheitlichen Sinn und nicht nur auf kurative Maßnahmen
4. Im Zentrum steht die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, um den Heilungsprozess zu begünstigen und einen Beitrag zum Empowerment der Patientinnen und Patienten leisten
5. Effizienter und kosteneffektiver Umgang mit den Ressourcen und Zuweisung der Ressourcen um einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit zu leisten

6. Verbindung mit anderen Ebenen des Gesundheitssystems und der Gesellschaft herstellen

Zur Umsetzung dieser Prinzipien werden im selbigen Dokument **vier Grundsatzstrategien** genannt (ebd., S. 2ff):

1. Förderung der Partizipation und Schaffung von Engagement durch:
  - Förderung partizipativer Prozesse im Krankenhaus, inklusive Einbindung aller Berufsgruppen und Kooperation mit Professionen außerhalb des Krankenhauses
  - Unterstützung einer aktiven und partizipativen Rolle der Patientinnen und Patienten, Förderung der Patientinnen- und Patientenrechte, Verbesserung des Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten, Schaffung eines gesundheitsfördernden Krankenhausumfeldes
  - Schaffung gesunder Arbeitsbedingungen für das gesamte Krankenhauspersonal, inklusive Reduktion von Arbeitsunfällen sowie psychosozialer Risikofaktoren
  - Steigerung des Engagement des Krankenhausmanagements hinsichtlich Gesundheitsgewinn, Berücksichtigung der Gesundheit in alltäglichen Entscheidungsprozessen
2. Verbesserung der Kommunikation, Information und Schulung durch:
  - Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Krankenhauskultur, sodass diese einen Beitrag zur Lebensqualität des Krankenhauspersonals leistet
  - Verbesserung der Kommunikation zwischen Krankenhauspersonal und Patientinnen bzw. Patienten, sodass diese respektvoll und wertschätzend ist
  - Verbesserung von Bereitstellung und Qualität der Informationen, Kommunikation, Schulungsprogrammen und Schulung von Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörigen
  - Integration der Prinzipien gesundheitsfördernden Krankenhäuser in den Krankenhaus-Alltag durch Entwicklung einer einheitlichen Identität im Krankenhaus
  - Verbesserung der Kommunikation und Kooperation im Krankenhaus zwischen sozialen und medizinischen Leistungen der Gemeinschaft
  - Entwicklung von Informationssystemen, die die Ergebnisse messen sowie Verwaltungszwecken dienen
3. Verwendung von Methoden und Techniken der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements:
  - Änderung und Reorientierung bestehender Routinen, um das Krankenhaus zu einer lernenden Organisation zu machen
  - Schulung und Weiterbildung des Personals in jenen Bereichen, die für Gesundheitsförderung relevant sind, z.B.: Bildung, Kommunikation, usw.

- Schulung von Projektleiterinnen und –leitern hinsichtlich Projektmanagement und kommunikativer Fähigkeiten
4. Aus Erfahrungen lernen:
- Austausch von Erfahrungen mit der Implementierung eines gesundheitsfördernden Krankenhauses auf nationaler und internationaler Ebene, sodass aus verschiedenen Ansätzen der Problemlösung gelernt werden kann
  - Gesundheitsfördernde Krankenhäuser sollten sich selbst um regionalen, nationalen und internationalen Austausch bzw. Kommunikation bemühen

Zu Beginn der 2000er Jahre wurden Themen wie Qualitätsmanagement, Evidenz und Standardisierung im Gesundheitswesen immer wichtiger. Die WHO-Euro initiierte im Jahr 2001 zwei Arbeitsgruppen. Die eine arbeitete unter dem Titel „putting HPH policy into action“, die andere unter „developing standards for HPH“. Die erstgenannte Gruppe beendete ihre Arbeiten mit einer Publikation, in der 18 Kernstrategien zur Umsetzung von HPH beschrieben sind (Pelikan et al. 2006). Die zweite Arbeitsgemeinschaft entwickelte fünf Standards für Gesundheitsförderung im Krankenhaus (Groene 2006). Die erarbeiteten Kernstrategien stellen einen konzeptuellen Rahmen für HPH im Allgemeinen dar, während sich die Standards auf bestimmte Aspekte beziehen, die in einem Abstimmungsprozess der Gruppenmitglieder priorisiert wurden. (Dietscher 2012, S 36)

Die 18 Kernstrategien zur Umsetzung von HPH bauen auf früheren HPH Dokumenten auf. Sie bestehen im Grunde aus den sechs von Rootman et al. (2001) entwickelten Prinzipien der Gesundheitsförderung, die jeweils für die drei Zielgruppen Patientinnen und Patienten, Krankenhauspersonal sowie der Gemeinschaft rund um das Krankenhaus genauer betrachtet werden. Die folgende Matrix liefert einen kompakten Überblick über die 18 Kernstrategien. (Pelikan et al. 2006, S. 17)

Abbildung 2: 18 Kernstrategien zur Umsetzung von HPH

HP by ...	HP for ...	Patients	Staff	Community
Health promoting quality development of treatment and care by:	empowerment of stakeholders for health promoting self-reproduction / self management	PAT-1: Health promoting living in the hospital for patients	STA-1: Health promoting living in the hospital for staff	COM-1: Health promoting access to the hospital for citizens
	empowerment of stakeholders for health promoting co-production	PAT-2: Health promoting coproduction of patients in treatment	STA-2: Health promoting coproduction of staff in work processes	COM-2: Health promoting coproduction with services in the region
	Health promoting & empowering hospital setting for stakeholders	PAT-3: Health promoting hospital setting for patients	STA-3: Health promoting hospital setting for staff	COM-3: Health promoting hospital setting for citizens
Strategic positioning	empowering illness management (patient education) for stakeholders	PAT-4: Health promoting illness management for patients	STA-4: Health promoting illness management for staff	COM-4: Health promoting illness management for citizens
	empowering lifestyle development (health education) for stakeholders	PAT-5: Health promoting lifestyle development for patients	STA-5: Health promoting lifestyle development for staff	COM-5: Health promoting lifestyle development for citizens
	participation in health promoting & empowering community development for stakeholders	PAT-6: Health promoting community setting for patients	STA-6: Health promoting community setting for staff	COM-6: Health promoting community setting for citizens

Quelle: Pelikan et al. 2006, S. 17

Die ersten drei Strategien beziehen sich auf Kernprozesse und Strukturen eines Krankenhauses, wo hingegen die Strategien vier und fünf bestimmte Aufgaben adressieren, die von Krankenhäusern aber auch von anderen Leistungsanbietern durchgeführt werden können. Die letzte Strategie verweist auf die Rolle des Krankenhauses, die es bezüglich der Entwicklung seines gesellschaftlichen Umfelds einnehmen kann. (Dietscher 2012, S. 37) Die Strategien betreffen im Wesentlichen drei unterschiedliche Zielgruppen (Patientinnen und Patienten, Angestellte und die umliegende Bevölkerung). Die Bedeutung bzw. Umsetzung der Strategien variiert zwischen diesen Gruppen. So bedeutet Strategie 1 beispielsweise, dass das Krankenhaus die Patientinnen und Patienten durch eine gesundheitsfördernde Umwelt dazu befähigen soll, ihre Gesundheit zu reproduzieren – im Sinne der systemtheoretischen Sichtweise von Gesundheit (PAT-1). Diesen Effekt soll das Krankenhaus als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz auch auf sein Personal haben (STA-1). Die Bevölkerung außerhalb des Krankenhauses soll durch adäquaten Zugang zu Leistungen im Krankenhaus bei der Reproduktion ihrer Gesundheit unterstützt werden (COM-1). (ebd., S. 37f; Pelikan et al. 2005; Pelikan et al. 2006)

Anhand dieser 18 Kernstrategien wird die Komplexität des Konzepts sichtbar. Von wesentlicher Bedeutung ist, dass Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen nicht unmittelbar mit der Kernaufgabe als Einrichtung zur Krankenversorgung einhergeht und unterschiedliche Zielgruppen unterschiedlich zu adressieren sind.

Für die Implementierung dieser Strategien rät die Arbeitsgruppe zu einem Vorgehen in sieben Schritten (siehe Abbildung 3).

**Abbildung 3: Sieben Strategien zur Implementierung von HPH**

Qualityfunction/ activity for quality of	Structures of services (& settings)	Processes of services (& settings)	Outcome/impacts of services (& settings)
1. Definition	S1 Define HP criteria & standards for structures	P1 Define HP guidelines & standards for processes	O1 Define HP targets for outcomes & impacts
2. Assessment Monitoring, Evaluation	S2 Assess for HP of structures	P2 Assess for HP of processes	O2 Assess for HP of outcomes & impacts
3. Assurance, Development Improvement	S3 Develop HP of structures by OD, PD, TD	X	X

Quelle: Pelikan 2007, S. 267

Abbildung 3 beruht auf drei Annahmen. Erstens wendet sie Donabedians (1966) Verständnis von Qualität auf die Gesundheitsförderung an. Demnach resultiert die Qualität des Ergebnisses (outcome) der Gesundheitsförderung aus der Qualität des Prozesses der Gesundheitsförderung, welche wiederum von der Qualität der Strukturen der Gesundheitsförderung abhängt. Zweitens folgt sie dem Dreischritt eines reduzierten Qualitätskreislaufs. Demnach muss die Qualität der Gesundheitsförderung erst definiert, dann in einer bestimmten Situation erhoben, mit der Ausgangslage verglichen und Verbesserungen vorgenommen werden. Die Verbesserungen werden abschließend im Rahmen des Monitorings oder einer Evaluation gemessen. Drittens geht die Darstellung davon aus, dass nur Strukturen direkt beeinflusst oder verbessert werden können, Prozesse und Ergebnisse nicht. Unter diesen Gesichtspunkten ermöglichen die sieben Strategien oder Schritte ein umfassendes und kontinuierliches Qualitätsmanagement der Gesundheitsförderung in einem Krankenhaus. Um also qualitativ hochwertige Ergebnisse der Gesundheitsförderung zu erzielen, muss auf die Strukturen der Gesundheitsförderung in einem Krankenhaus eingewirkt werden. Das bedeutet unter anderem die Integration von Prinzipien, Zielen, Standards, Kriterien und Indikatoren der Gesundheitsförderung in Schriftstücke wie Visionen, Unternehmensleitbild, Grundsätze, Richtlinien etc. Es muss ein Management für Gesundheitsförderung, ein Team, ein Komitee sowie

eine Kontaktperson in allen Einheiten bzw. Stationen eingesetzt und ein eigenes Budget für Gesundheitsförderung festgelegt werden. (Pelikan 2007, S. 267)

Die fünf Standards für Gesundheitsförderung im Krankenhaus (Groene 2006) wurden von einer zweiten Arbeitsgruppe entwickelt und getestet. Ergebnis ist ein Selbstbewertungsinstrument für Krankenhäuser. Im Gegensatz zu den 18 Kernstrategien nehmen die Standards jedoch unter anderem weniger Rücksicht auf Patientinnen und Patienten als Koproduzentinnen und -produzenten ihrer Gesundheit, auf die gesundheitsfördernde Beschaffenheit des Settings Krankenhaus sowie dessen Kooperation mit der umliegenden Bevölkerung. Im Allgemeinen werden die fünf Standards von Expertinnen und Experten aber als annehmbare, reduzierte Form des Public Health Inhaltes von HPH gesehen (siehe Tabelle 1). Der Fokus der Gesundheitsförderung liegt darin im Kerngeschäft des Krankenhauses. (Dietscher 2012, S. 39)

**Tabelle 1: Fünf Standards für Gesundheitsförderung im Krankenhaus**

**Standards**

Standard 1: Management-Grundsätze (Gesundheitsförderung als Unternehmenspolitik)

Standard 2: Patienteneinschätzung (Einbau von Gesundheitsförderung in Aufnahme / Anamnese)

Standard 3: Patienteninformation und -intervention (Vermittlung von lt. Anamnese relevanten Gesundheitsinformationen)

Standard 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

Standard 5: Kontinuität und Kooperation (Sicherstellung der Gesundheitsförderungsleistungen auch nach der Entlassung)

Eigene Darstellung nach Dietscher 2008, S. 41, Groene 2006

Die oben wiedergegebenen Inhalte sollen zeigen, dass das Konzept der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen komplex ist und mehrere Ebenen umfasst, die nicht automatisch durch das Kerngeschäft der Krankenversorgung abgedeckt werden. Gerade deswegen ist es für Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, die ihre Organisation gesundheitsfördernd gestalten wollen, wichtig, sich an gewissen Richtlinien und Standards für die Umsetzung orientieren zu können.

Zentral beim Konzept von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen ist, dass verschiedene Zielgruppen zu berücksichtigen sind. Im Unterschied zur klassischen Aufgabe der Krankenversorgung sind bei der Gesundheitsförderung neben den Patientinnen und Patienten auch Personal und die umliegende Bevölkerung mit zu betrachten. Ein wichtiger Aspekt ist die Annahme, dass die Veränderung in einem Krankenhaus

oder einer Gesundheitseinrichtung durch eine Organisationsentwicklung nachhaltig wirksam wird. Das beinhaltet, wie oben beschrieben, die Integration von Richtlinien und Standards in das Management der jeweiligen Einrichtung.

### 3. (Soziale) Netzwerke

„Netzwerk“ ist ein Begriff der in unterschiedlichen Fachgebieten innerhalb und außerhalb der Sozialwissenschaften verortet werden kann. Daher ist es an dieser Stelle wichtig zu betonen, dass hier soziale Netzwerke gemeint sind. Das „soziale“ wird in der Überschrift dieses Kapitels aber bewusst in Klammern gesetzt, da es in der soziologischen bzw. sozialwissenschaftlichen Literatur üblich ist diesen Teil wegzulassen und nur von Netzwerken zu sprechen.

Eine basale – jedoch oft zitierte – Definition von Clyde J. Mitchell versteht soziale Netzwerke als *„[...] a specific set of linkages among a defined set of persons, with the additional property that the characteristics of these linkages as a whole may be used to interpret the social behaviour of the persons involved“* (Mitchell 1971, S. 2).

Kähler gibt in Anlehnung an die Arbeiten von Gunter (1971) eine weitere Spezifizierung, indem er soziale Netzwerke von den Begriffen Kleingruppe, Aggregat und Organisation abgrenzt: *„Im Gegensatz zu Kleingruppen ist bei sozialen Netzwerken eine direkte Interaktion zwischen den einzelnen Netzwerkeinheiten nicht notwendig gegeben. Von Aggregaten unterscheiden sich die Netzwerke durch die Regelmäßigkeit und die zeitliche Dauer der Interaktion. Im Vergleich zu Organisationen schließlich verfügen die Mitglieder eines sozialen Netzwerks über ein geringes Zugehörigkeitsgefühl; auch der Grad der strukturalen Differenzierung ist in Netzwerken geringer als in Organisationen“* (Kähler 1975, S. 283).

Die obigen Definitionen weisen darauf hin, dass in einem sozialen Netzwerk Personen miteinander vernetzt sind. Für die Betrachtung von Netzwerken gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen ist aber wichtig zu berücksichtigen, dass nicht einzelne Personen per se Mitglieder sind, sondern die Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, also Organisationen. Auch wenn in diesen Organisationen Menschen arbeiten und sich im Weiteren auch vernetzen, ist die Mitgliedschaft in einem HPH-Netzwerk über die Organisationen gegeben. Eine weitere Besonderheit der nationalen und regionalen HPH-Netzwerke ist ihr hoher Grad an Formalisierung. Es existieren Ziele, Standards und Richtlinien für die Mitgliedschaft in diesem Netzwerk sowie (Steuerungs-)Gremien auf unterschiedlichen Ebenen. (siehe auch Kapitel 4)

Im Folgenden wird ein theoretischer Rahmen für diese Form von Netzwerk gespannt. Es werden einzelne soziologische bzw. sozialwissenschaftliche Ansätze und Konzepte beschrieben, die für die Betrachtung von HPH-Netzwerken, insbesondere für italienische HPH-Netzwerke, relevant erscheinen. Die theoretische Auseinandersetzung mit dieser Form von

Netzwerken ist für die Beantwortung der Forschungsfragen hinsichtlich möglicher Kooperations- und Koordinationsweisen zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien wichtig.

### **3.1.        Netzwerkforschung in der Soziologie – eine Annäherung**

Wie bereits eingangs erwähnt, herrscht seit den 1990er Jahren auch in der Soziologie verstärktes Interesse an der Analyse von Netzwerken. Die Netzwerkforschung analysiert die soziale Struktur von Netzwerken und erlaubt Rückschlüsse auf deren Funktionsweise und Einflüsse auf die Mitglieder. (Stegbauer/ Häusling 2010, S. 13)

Betina Hollstein beschreibt Netzwerkforschung wie folgt: *„Auf einen Nenner gebracht könnte man sagen, dass es der Netzwerkforschung ganz allgemein um die Darstellung der Strukturen von Netzwerken und ihrer Dynamik geht sowie um ihre Funktion für die soziale Integration. Die besondere Attraktivität des Netzwerkkonzepts liegt darin, dass es zwischen Mikro- und Makroebene angesiedelt ist und als relationaler Ansatz einen genuin soziologischen Ansatzpunkt bietet, um den Mechanismen sozialer Integration und den Bedingungen und Folgen von Modernisierungsprozessen auf die Spur zu kommen“* (Hollstein 2006, S. 11).

Christian Stegbauer schreibt als Einleitung im Buch „Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie“, dass die Besonderheit der Netzwerkforschung darin liegt, dass der Beziehungskontext bzw. die Beziehungsstruktur in die Analysen miteinbezogen werden. Die Netzwerkanalyse ermöglicht es, den sozialen Kontext, in den Personen bzw. Gruppen eingebettet sind, stärker zu berücksichtigen als dies bei anderen sozialwissenschaftlichen Forschungen möglich ist. Netzwerkanalyse benötigt hierfür aber die Daten, die mittels traditioneller qualitativer und / oder quantitativer Sozialforschung erhoben wurden, um Strukturmuster interpretieren zu können. Netzwerkforschung wird aber nicht nur in der Soziologie angewandt, sondern auch in vielen anderen Fachgebieten. Stegbauer beschreibt diese Ausweitung des neuen bzw. wachsenden Paradigmas als gut, da durch die „Netzwerkbrille“ neue Erkenntnisse möglich sind, vor allem in jenen Bereichen, wo in der Vergangenheit nur begrenzt Erfolge verzeichnet werden konnten. (Stegbauer 2010, S. 11f)

Die Begriffe Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie spannen nach Stegbauer ein Arbeitsgebiet auf, das einerseits mit bestimmten Methoden verbunden ist wie beispielsweise die Blockmodellanalyse zur positionalen Analyse, mit Konzepten der Zentralität, der egozentrierten Netzwerkforschung oder der qualitativen Netzwerkforschung. Bei der Netzwerkanalyse handelt es sich also nicht um eine Methode oder eine bestimmte Theorie, die die Klammer zwischen den verschiedenen Anwendungsbereichen bildet. Stegbauer schreibt, dass es vermutlich mehrere solcher Klammern gibt, die bedeutendste aber der gemeinsame Fokus

auf die Bedeutung der Beziehungsstruktur ist. Dieses Ineinandergreifen von unterschiedlichen Fachgebieten beinhaltet zwar das Risiko, dass Fragen ungelöst bleiben, aber es bietet auch die Chance, dass unterschiedliche Disziplinen miteinander in einen Dialog treten. Diese interdisziplinäre Auseinandersetzung wird überwiegend als produktiv und als Anzeichen für ein neues Paradigma wahrgenommen. Ob es sich bei Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie tatsächlich um ein neues Paradigma handelt, kann Stegbauer bei Erscheinen des Buches nicht beantworten. (ebd., S. 12)

Mittlerweile existiert eine Vielzahl an Literatur zum Thema Netzwerke. Dietscher versucht mit einer matrix-förmigen Zusammenfassung einiger wichtiger Unterscheidungen in den verschiedenen Netzwerk-Diskursen den Rahmen dafür abzustecken, um welchen Typ von Netzwerk es sich bei organisationalen Netzwerken in der Gesundheitsförderung handelt (siehe Abbildung 4).

**Abbildung 4: Vier Elemente des Diskurses zu Netzwerken, die für die Untersuchung von HPH-Netzwerken dienlich sind**

		Type of network nodes	
		Individual actors	Collective actors
Object of observation	Ego network	❶ Explaining individual experiences / successes / failures by the individual's position in a given social network	❷ Explaining collective actor's (usually organizations) experiences / successes / failures as related to the collective actor's position in a given network
	Whole network	❸ Explaining experiences / successes / failures of a network of individuals by the characteristics of their interrelatedness	❹ Explaining experiences / successes / failures of a network of collective actors by the characteristics of their interrelatedness

Quelle: Dietscher 2012, S. 59

Sie unterscheidet einerseits zwischen individuellen und kollektiven Akteurinnen / Akteuren (vgl. Abbildung 4) - Organisationen würden demnach unter kollektiven Akteurinnen / Akteuren verortet werden - andererseits unterscheidet sie zwischen Ego-Netzwerken und ganzen Netzwerken. Dies bezieht sich auf die Sicht, aus der die Netzwerke beschrieben werden. Während unter Ego-Netzwerken die Sicht eines Individuums bzw. eines Knotens im Netz verstanden wird, wird beim ganzen Netzwerk eine ganzheitliche Sicht (auf alle Akteurinnen und Akteure und deren Beziehungsgeflecht gleichermaßen) ausgeübt (ebd., S. 58f).

In Feld 1 steht eine individuelle Akteurin bzw. ein individueller Akteur im Fokus, der aus Sicht eines Ego-Netzwerks beleuchtet wird. Das heißt, hierbei geht es vorrangig um individuelle Erfahrungen, Erfolge und Rückschläge hinsichtlich der individuellen Position im Netzwerk. Granovettters Ansatz hinsichtlich schwacher und starker Beziehungen lässt sich hier verorten (siehe auch Abschnitt 3.4). Andere Konzepte in diesem Bereich, wie beispielsweise jenes

von Burt, beschreiben individuelle Positionen im Netzwerk (siehe auch Abschnitt 3.5). Mit der in Feld 1 beschriebenen Perspektive können auch kollektive Akteurinnen und Akteure wie Organisationen untersucht werden (Feld 2). (ebd., S. 59)

Einen eher jüngeren Ansatz bildet die Beobachtung von ganzen Netzwerken. Aus dieser Perspektive untersucht werden z.B. spezifische Charakteristika der Verbundenheit zwischen einer definierten Zahl individuellen Akteuren (z.B. Personen in einer Nachbarschaft) und der Einfluss ihrer Beziehungen auf die Erreichung eines gemeinsamen Ziels. In den Sozialwissenschaften ist dies bisher oft mit Untersuchungen zum „sozialen Kapital“ verbunden, wo der Zugang von Akteurinnen und Akteuren zu bestimmten Ressourcen in Systemen erhoben wird (Feld 3). Dieser Ansatz kann aber auch auf der Ebene von Organisationen angewandt werden, indem beispielsweise analysiert wird, welchen Einfluss die Beziehungen zwischen interagierenden Akteurinnen bzw. Akteuren unterschiedlicher Organisationen auf die Erreichung gemeinsamer Ziele haben. (ebd., S. 59f)

Dietscher hält fest, dass sich der Ansatz in Feld 4 am besten für die Untersuchung von Netzwerken in der Gesundheitsförderung eignet, weil kollektive Akteurinnen bzw. Akteure durch aufgebaute Kooperationen versuchen, ein gemeinsames Ziel zu erreichen (ebd., S. 60). Im Falle der Netzwerke gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen bedeutet das, dass sich diese zu einem regionalen oder nationalen Netzwerk zusammenschließen, um ihre Organisationen gesundheitsfördernder zu gestalten. Zur Erreichung dieses Zieles kommunizieren und kooperieren sie in Form eines Netzwerks.

Für die Betrachtung der Kommunikation und Kooperation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien erscheint es sinnvoll auf einige Konzepte, die auf die Rollen und Beziehungen einzelner Akteurinnen und Akteure abstellen näher einzugehen. Auch wenn theoretisch Organisationen in einem HPH-Netzwerk miteinander kooperieren, gibt es praktisch Personen in unterschiedlichen Positionen, wie beispielsweise HPH-Beauftragte in den Organisationen oder Koordinatorinnen und Koordinatoren der regionalen HPH-Netzwerke, die diese Interaktion durchführen. Darum werden später die Konzepte von Granovetter (starke und schwache Beziehungen in einem Netzwerk) und Burt (Vermittlung in Netzwerken) noch erläutert und in die Bearbeitung der Forschungsfragen miteinbezogen. Vorher wird aber noch auf die Meta-Ebene zwischen den Organisationen eingegangen.

### **3.2. Netzwerke und Systeme aus systemtheoretischer Sicht**

Die Systemtheorie widmet sich – verkürzt dargestellt – der Differenzierung in modernen Gesellschaften. Auch wenn diese auf den ersten Blick konträr zur Netzwerktheorie sein mag, ist es dennoch zielführend die beiden Theoriestränge in Verbindung miteinander zu setzen und den Netzwerkbegriff systemtheoretisch zu interpretieren. Dies ist einerseits sinnvoll, um das Verhältnis von Systemen und Netzwerken begrifflich zu klären und andererseits, um zu überlegen, wie sich Vernetzung und Differenzierung gegenseitig bedingen. (Holzer 2010a, S. 55)

Netzwerke und soziale Systeme sind beides Konzepte für die Organisation sozialer Komplexität durch die selektive Verknüpfung von Elementen. In der Netzwerktheorie handelt es sich bei den zu verknüpfenden Elementen um Kommunikationen bzw. Ereignisse. Bei sozialen Netzwerken sind es hingegen mehr oder weniger stabile Akteurinnen und Akteure bzw. Zurechnungspunkte wie Personen oder Organisationen. Verbindet man System- und Netzwerktheorie, könnte man die Akteurinnen/Akteure der Netzwerktheorie mit einem Terminus aus Luhmanns Systemtheorie als soziale Adressen bezeichnen. Soziale Adressen entstehen nicht aus dem individuellen Bewusstsein heraus, sondern in sozialen Systemen. Um Zurechnungen zu erproben bzw. zu etablieren wird kommuniziert. Wer adressierbar ist, hängt dabei nicht nur vom direkten Kontakt ab, in dem Sinne, dass auch Personen eines Netzwerks adressiert werden könnten, die gerade nicht anwesend sind. In diesem Zusammenhang bilden die Adressen Erwartungen über Kontaktchancen aus, wobei ein gewisser Spielraum für Überraschungen offen bleibt. Adressen müssen sich neben dem Empfang auch in der Weiterleitung von Kommunikation bewähren. (ebd., S. 156)

Mögliche und erfolgreiche Kommunikation zwischen mehreren Adressen wird operativ in Beziehungen genutzt, das heißt es bilden sich Kontakte aus. Der Begriff der Beziehung (engl. tie) spielt in der Netzwerkanalyse eine wichtige Rolle. Harrison White merkt an, dass der Zusammenhang von mehreren Kommunikationssequenzen nur dann beobachtet werden kann, wenn die wechselseitig intransparenten Perspektiven von mindestens zwei Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern auf einen gemeinsamen Nenner gebracht werden. Dieser gemeinsame Nenner kann eben nur durch Kommunikation gefunden werden. Aus systemtheoretischer Sicht, kann eine solche Beziehung als eigenes „Kontaktsystem“ gesehen werden, das sich von der Gesamtheit aller möglichen Kontakte absondert. Das bedeutet aber nicht, dass das Netzwerk selbst notwendigerweise ein System darstellt. Immerhin besteht ein Netzwerk aus einer Vielzahl von Kontakten, was für die einzelnen Systeme nach und nach zu einem unüberblickbaren Horizont führt. Das Netzwerk repräsentiert und reduziert diese Komplexität für jedes einzelne System. Indem Personen oder Organisationen als Kontakte beobachtet werden, werden sie als Systeme wahrgenommen. Das Netzwerk stellt also eine Umwelt dar,

in der verschiedene (Teil-)Systeme eingebunden sind. Ein Netzwerk besteht aber nicht bloß aus einer Liste von Adressen. Es macht erst dann Sinn von einem Netzwerk zu sprechen, wenn die Beziehung zu einem Kontakt den Zugriff auf Kontakte in anderen Beziehungen ermöglicht. Adressen stellen also „reflexive Adressen“ dar, d.h. dass sie auf andere verweisen. Eine Gesprächspartnerin bzw. ein Gesprächspartner, die bzw. der nur adressiert werden kann, ist demnach noch kein Mitglied eines Netzwerks. (ebd. S. 156f)

Holzer schreibt, dass Netzwerkbildung auf der Basis reflexiver Adressen ein allgemeines Verknüpfungsprinzip darstellt, das noch nicht eine Form von Abgrenzung oder Schließung beinhaltet. Auch wenn es einzelne Grenzfälle gibt, wo Netzwerke wie Systeme von ihrer Umwelt abgegrenzt sind, ist es im Regelfall eher schwierig, Netzwerken eine eigene Operationsweise zuzuschreiben. In vielen Netzwerken spielt die „Kommunikation reziproker Leistungserwartungen“ eine wichtige Rolle, wobei diese in jeweiligen Beziehungen verankert ist. Netzwerke sind im Vergleich zu anderen Sozialsystemen weniger abgeschlossen. Wo es jedoch solche Grenzen gibt, sind sie meist aus den Differenzen zwischen System und Umwelt abgeleitet, wie beispielsweise bei informellen Netzwerken in Organisationen, die sich auf die Kategorie der „Mitglieder“ beschränken. Das Netzwerk übernimmt in diesem Fall aber nur die Mitgliedschaftsrolle als Bezugsrahmen, um den Kreis relevanter Adressen einzugrenzen. (ebd. S. 157f)

In der modernen Gesellschaft ist die Chance zur Erreichbarkeit von Kontakten durch diverse Kommunikationstechnologien um einiges größer als in vorangegangenen Gesellschaftsformen. Durch diese Erhöhung der Komplexität der Gesellschaft erhöht sich nicht nur die Zahl der möglichen Kommunikationspartnerinnen und Kommunikationspartner, sondern auch die Multiplikation verschiedener Beziehungen. Dadurch wird die Mehrfachinklusion von Adressen ermöglicht. Das bedeutet konkret, dass Personen in unterschiedlichen Funktionsbereichen inkludiert und dadurch adressierbar sind. So wird die Adresse zu einer „polykontexturalen Adresse“. Durch diese Polykontexturalisierung können Netzwerke – wie Systeme - funktional differenziert sein. Daher können Netzwerke auch als „Formen sekundärer Ordnungsbildung“ gesehen werden. (ebd. S. 160)

Holzer schreibt, dass sich die Möglichkeiten zur Netzwerkbildung im Kontext der funktionalen Differenzierung vervielfältigen. Netzwerke können also innerhalb von Funktionssystemen entstehen oder die Grenzen der Systeme aufgrund der Polykontexturalität durchkreuzen. Adressen können an mehreren Teilsystemen partizipieren, wodurch unterschiedliche Kommunikationszusammenhänge und Funktionsbereiche aufeinandertreffen. Das heißt, dass jede Adresse in einer Person (oder Organisation) ein- und ausgehende Verbindungen in unterschiedlichen Funktionsbereichen bündelt und so auch für eine Vermittlung zwischen

diesen genutzt werden kann. Durch die oben beschriebene reflexive Verknüpfung von Adressen in einem Netzwerk kommt es zu einer Erweiterung potenzieller Kontakte. Diese Kontakte werden als Sozialkapital organisiert und genutzt. An eine Adresse sind oftmals mehr Erwartungen als die bloße direkte kommunikative Erreichbarkeit geknüpft. (ebd., S. 161)

Aus der Polykontextualität ergibt sich aber beispielsweise auch das Problem, dass Adressen richtig zugeordnet und dementsprechend kontaktiert werden müssen. Wenn zwei Kontakte in unterschiedlichen Funktionskontexten vernetzt sind, müssen Kommunikationssequenzen sowie die Darstellung der jeweiligen Beziehung „richtig“ ausgeführt werden. Differenzierte Netzwerke erfordern demnach ein situationsadäquates „switching“. (ebda.: 161)

Wie oben erwähnt ist ein wesentlicher Ansatz der Gesundheitsförderung die Orientierung an Settings, wie es auch bei der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen der Fall ist (siehe Kapitel 2). Für die Betrachtung von HPH-Netzwerken (als Netzwerke zur Gesundheitsförderung) ist der systemtheoretische Ansatz nach Luhmann hilfreich, indem Settings als soziale Systeme verstanden werden können. Pelikan und Halbmayr (1999) verbinden den Setting-Ansatz mit einem organisationalen Ansatz, in dem sie Settings als Systeme mit organisationalem Kern definieren. Im konkreten Fall bedeutet das, dass die Organisation Krankenhaus bzw. Gesundheitseinrichtung den Kern des Settings darstellen. (Dietscher 2012, S. 46f)

Folgt man dem Ansatz von Luhmann, so müssen sich Systeme für ihre Existenz regelmäßig selbst reproduzieren („Autopoiesis“). Werden Organisationen als Systeme gefasst, reproduzieren sie sich selbst durch Entscheidungen, welche wiederum auf Prämissen zur Entscheidungsfindung beruhen. Entscheidungsprämissen gehen auf bestimmte Gründe und Ziele zurück, die der Kernaufgabe der Organisationen dienlich sind. In diesem Sinne kann auch Gesundheitsförderung eine solche Prämisse für Entscheidungen sein. Dadurch entsteht wiederum die Möglichkeit Entscheidungen zu treffen, die die Gesundheitsdeterminanten im Einflussbereich der Organisation beeinflussen bzw. verändern. Für das Setting Krankenhaus bzw. Gesundheitseinrichtung bedeutet das, dass durch die Entscheidungsprämisse Gesundheitsförderung in die Organisation zu integrieren, alle Personen innerhalb und im näheren Umfeld der Organisation davon betroffen sind, also die Patientinnen/Patienten, das Personal und die umliegende Bevölkerung. (ebd., S. 47) In diesem Sinne ist die spannende Frage, wie es gelingen kann Gesundheitsförderung zur Entscheidungsprämisse von Organisationen zu machen – und welchen Beitrag Netzwerke dazu leisten können.

### 3.3. Interorganisationale Netzwerke

Ein anderer Ansatz, der Netzwerke zwischen Organisationen analysiert, ist jener von Morath. Er definiert interorganisationale Netzwerke als „*polyzentrische Organisationsform, die von einer oder mehreren zentralen Organisation(en) gesteuert wird und die durch komplex-reziproke Beziehungen kooperativer Natur auf Grundlage relativ stabiler und personaler Verknüpfungen zwischen autonomen Organisationen gekennzeichnet ist*“ (Morath 1996, S. 20).

Im Weiteren beschreibt Morath, dass die Entstehung solcher interorganisationaler Netzwerke durch ökonomisch motivierte Organisationen gefördert wird. Die Motivation hierfür resultiert u.a. daraus, dass sich die einzelnen Organisationen einen Effizienz- und Innovationsgewinn erwarten. (ebd., S 37) Es scheint naheliegend, dass dieser Effizienz- und Innovationsgewinn nicht nur für ökonomisch orientierte Organisationen einen vielversprechenden Anreiz darstellt. Immerhin können beispielsweise auch auf Ebene der Forschung durch die Zusammenarbeit in interorganisationalen Netzwerken spannende Projekte durchgeführt werden, deren Bearbeitung eine einzige Forschungseinrichtung unter Umständen überfordert hätte. Für Netzwerke gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen besteht eine Motivation darin, dass Prozesse und Strukturen entwickelt werden können, die die am Netzwerk beteiligten Organisationen gesundheitsfördernder für alle betroffenen Personengruppen gestaltet. Denn auch, wenn der Organisationsentwicklungsprozess in den Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen selbst passieren muss, kann dieser mit bewährten Materialien und Prozessen unterstützt werden. Die Entwicklung dieser Materialien und Prozesse kann in den Netzwerken entstehen, indem diese von Personen erarbeitet werden, die entsprechende theoretische wie auch praktische Expertise im Bereich Krankenversorgung sowie Gesundheitsförderung haben.

Morath hat ein Entwicklungsmodell interorganisationaler Netzwerke erstellt, das alle Formen und Phasen, die ein interorganisationales Netzwerk idealtypischer Weise durchläuft, erklären bzw. beschreiben soll. Aus der Beschäftigung mit entsprechender Literatur leitet er vier Hypothesen für sein Modell ab (ebd., S 39ff):

- (1) Die Kooperation von Organisationen in einem Netzwerk ist ökonomisch motiviert.
- (2) Interorganisationale Netzwerke durchlaufen Entwicklungsphasen, die sich hinsichtlich Merkmale und Ausprägung deutlich unterscheiden lassen.
- (3) In einem bestimmten „Lebensalter“ besteht für die interorganisationalen Netzwerke die immanente Gefahr des Scheiterns (Auflösung).
- (4) In der Entwicklung von interorganisationalen Netzwerken lassen sich drei Phasen unterscheiden.

Die Hypothesen eins, zwei und vier wurden bereits bzw. werden unten noch erläutert. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Hypothese drei, die die Gefahr des Scheiterns thematisiert. Morath schreibt unter Berufung auf Larson sowie Van de Ven und Walker, dass Netzwerke nach einer Versuchsphase in eine Integrationsphase übergehen, die sich durch hohen Organisations- und Integrationsgrad auszeichnet. Marktbezogene Vorteile gehen in dieser Phase gegenüber Nachteilen der Hierarchie in Form von starrer, unflexibler Strukturen verloren. Dies stellt quasi den Nährboden für Desintegration dar, weil die zunehmende Formalisierung und Kontrolle bei den nach Autonomie strebenden Organisationen im Netzwerk zu Konflikten und Uneinigkeit führten. Morath leitet daraus ab, dass interorganisationale Netzwerke nur dann langfristig bestehen bleiben können, wenn sie ihre Beziehungen in einer bestimmten Phase ein Stück weit entkoppeln und dass die Organisationen durch schwache Beziehungen miteinander verbunden bleiben. Das bedeutet also, dass die Stabilität von interorganisationalen Netzwerken durch das Entkoppeln von Beziehungen wächst. (ebd., S 40ff)

Folgende drei Phasen können nach Morath nun in der Entwicklung interorganisationaler Netzwerke unterschieden werden:

#### *1. Phase: Entstehung der Beziehung*

Die Motivation hinter der Einrichtung eines interorganisationalen Netzwerks ist bei der dominierenden Organisation der Effizienzgewinn. Aus Sicht der peripheren Organisationen liegt diese vorrangig in der Reduktion der Abhängigkeit und dem Ressourcenzugang. Beziehungen zwischen Organisationen können nur auf Basis persönlicher Bekanntschaften und Vertrauen initiiert werden. In dieser Phase wird das Vertrauen zwischen allen Beteiligten durch Interaktion aufgebaut. Informationen werden hier noch zaghaft ausgetauscht und das Beziehungsgeflecht ist eher lose. Struktur und inhaltliche Ausrichtung werden von der zentralen Organisation festgelegt. (ebd., S. 42)

#### *2. Phase: Etablierung der Beziehungen*

Die Beziehungen haben in dieser Phase sehr an Vertrauen gewonnen. Hierbei ist vor allem der persönliche Kontakt von Bedeutung. Insbesondere die zentralen Organisationen nehmen die Rolle eines „Beziehungs-broker“ ein, indem sie aktiv Beziehungsarbeit leisten. In dieser Funktion können sie gegebenenfalls auch moralischen und sozialen Druck auf dysfunktionale Netzwerkmitglieder ausüben. Der Informationsfluss zwischen den Organisationen nimmt in dieser Phase deutlich zu. Dabei lernen sie sich einander und die Abläufe in den einzelnen Organisationen kennen. Durch die engen Kontakte entsteht eine interorganisationale Kultur. Die Mitglieder entwickeln Erwartungen und es werden Regeln und Prozeduren

institutionalisiert. Die zentrale Organisation nimmt in dieser Phase eine bedeutende Rolle ein, da sie die Führung bei der Ausverhandlung von Funktionen, Strukturen und Prozessen des Netzwerks einnimmt. Gleichzeitig findet eine Dezentralisierung der Macht statt, weil durch diese intensiven Beziehungen ein Austritt enorme Auswirkungen haben würde. (ebd., S. 42f)

### 3. Phase: Flexibilisierung der Beziehungen

Der Übergang von der zweiten in die dritte Phase kann nur durch das bewusste Aufbrechen von existierenden Beziehungen und Bezugsrahmen durch die zentralen Organisationen geschehen. In der dritten Phase sind die Mitglieder ausschließlich durch eine Vielzahl schwacher Beziehungen miteinander verbunden, die sie auch zu Organisationen außerhalb des Netzwerks unterhalten. Dadurch ist das interorganisationale Netzwerk nicht mehr trennscharf von der Umwelt abzugrenzen. So erweitert sich aber das Innovations- und Lernwissen innerhalb des Netzwerks, weil neue Informationen „von außen“ ins Netzwerk eingebracht werden und alle Netzwerkmitglieder davon profitieren können. Die zentralen Organisationen besitzen großes Ressourcenwissen, in dem sie nach Informationen innerhalb und außerhalb des Netzwerks suchen, Transaktionen zwischen Organisationen initiieren und neue Beziehungen knüpfen. Sie werden also als „broker“ im Netzwerk aktiv. In diesem Zusammenhang obliegt ihnen auch die Aufgabe den Sinn eines Netzwerks zu erhalten. (ebd., S 43f)

Moraths Ansatz ist für die Funktion von regionalen HPH-Netzwerken in Italien mäßig anschlussfähig, da dieser einen starken Bezug zu Industrie und Produktion besitzt. Dennoch enthalten seine Ausführungen einige interessante Aspekte wie beispielsweise die Begründung, warum sich Organisationen zu einem interorganisationalen Netzwerk zusammenschließen. Wie oben angeführt, kann die Motivation zur Mitgliedschaft in einem HPH-Netzwerk der Innovationsgewinn sein, die eigene Organisation gesundheitsfördernder zu gestalten, was wiederum positive Auswirkungen auf die Kernaufgabe der Krankenversorgung hat. Ein weiterer spannender Aspekt ist die Überlegung, dass interorganisationale Netzwerke ab einem bestimmten Lebensalter ständig Gefahr laufen zu scheitern. Gerade bei HPH-Netzwerken spielen formalisierte Netzwerke eine wichtige Rolle. In solchen Netzwerken sind die Formen der Mitgliedschaft sowie weitere Strukturen formal definiert. Um die Organisationen im Netzwerk zu halten müssen laut Morath aber auch bestimmte Freiheiten für diese bestehen bleiben, die mit den formalen Anforderungen vereinbar sind. Im Rahmen der Aufrechterhaltung von Mitgliedschaften in HPH-Netzwerken bzw. auch von ganzen regionalen HPH-Netzwerken in Italien scheint es erforderlich, den Mehrwert dieser Netzwerke immer wieder aufzuzeigen.

### 3.4. Starke und schwache Beziehungen in Netzwerken

Es wurde oben bereits erwähnt, dass für die Betrachtung von Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den regionalen HPH-Netzwerken Italiens auch Theorie-Ansätze herangezogen werden, die stärker auf die Ebene der Akteurinnen und Akteure fokussieren. Im Rahmen der Recherchen und auch bei den Interviews stellte sich heraus, dass einzelne Personen eine besondere Rolle im Rahmen der Entwicklung von HPH in Italien eingenommen haben und mit bestimmten Beziehungen einen wertvollen Beitrag dazu leisten konnten. Dies wurde beispielsweise sichtbar, als nach dem Ausscheiden einer zentraler Personen eine Art Stillstand in der Entwicklung eingetreten ist bzw. auch ein Rückgang an HPH-Netzwerken stattfand (siehe Kapitel 6). Um diese Beobachtungen theoretisch einzubetten, soll hier zunächst auf die Rolle von Beziehungen in einem Netzwerk eingegangen und im Weiteren ein Blick auf die Rolle des Vermittlers – des sogenannten „brokers“ – gerichtet werden.

Boris Holzer führt in seinem Einführungswerk „Netzwerke“ den Begriff „nützliche Netzwerke“ ein, die eine Form von Sozialkapital darstellen und sich von „netten Netzwerken“ unterscheiden, die auf persönlichen Beziehungen aufbauen wie beispielsweise Freundeskreise (Holzer 2010b, S. 9ff). Diese „nützlichen Netzwerke“ werden nun im Folgenden näher betrachtet.

In einem „nützlichen Netzwerk“ dienen Beziehungen nicht als reiner Selbstzweck (beispielsweise im Sinne der Geselligkeit), sondern auch als Mittel für zukünftige Zwecke. Soziale Beziehungen können in diesem Sinne zu Sozialkapital<sup>3</sup> werden, indem sie den Zugriff auf Unterstützungs- und Hilfeleistungen sowie materielle und immaterielle Ressourcen im Kontaktnetz ermöglichen bzw. erleichtern. (ebd., S. 13)

Je nach Zweck, für dessen Realisierung dieses Beziehungskapital eingesetzt wird, variieren die für den Erfolg notwendigen Parameter. Holzer schreibt: „Je dichter das Netz gegenseitiger Verpflichtungen insgesamt ist und je mehr ausstehende Gegenleistungen ein Akteur auf sich vereinigen kann, desto eher wird er in der Lage sein, einzelne davon zu mobilisieren“ (ebd., S. 15).

In diesem Zusammenhang drängt sich nun die Frage des Vertrauens zu den Netzwerkmitgliedern auf. Holzer schreibt hierzu, dass der Zugang zu Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten in der modernen Gesellschaft nicht alleine von persönlichen Beziehungen abhängig sind. Er schließt dabei aber nicht aus, dass es in gewissen Situationen von Vorteil ist, wenn Personen „gute“ Kontakte besitzen. Die hier sogenannten „guten“ Kontakte lassen sich

---

<sup>3</sup> Holzer verweist in diesem Zusammenhang auf Bourdieus Kapitaltheorie, in der soziales Kapital als „Gesamtheit der aktuellen und potenziellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens und Anerkennens verbunden sind“ gefasst wird (Bourdieu 1983, zit. nach Holzer 2010b, S. 14f)

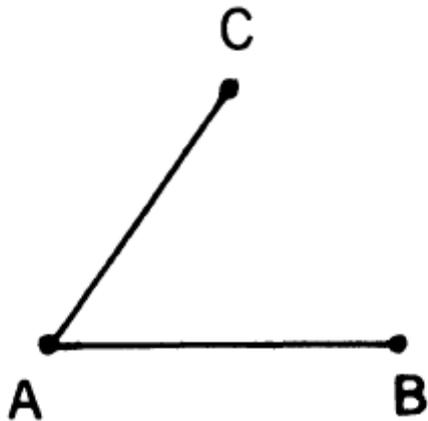
aber nicht so einfach definieren. Es liegt nahe, dass es sich hierbei um erprobte, verlässliche und sozial kontrollierte Beziehungen handelt. Diese Annahme kann aber nur dann gültig sein, wenn Sozialkapital alleine daran gemessen wird, ob ein Ziel mithilfe der Beziehungen erreicht wurde. Jedoch können aber auch eher lose Beziehungen, die nur fallweise aktiviert werden, lohnenswert sein. (ebd., S. 16)

Granovetter hat diesbezüglich die These von der „Stärke der schwachen Beziehungen“ (engl.: „the strength of weak ties“) aufgestellt. Der Nutzen von sozialen Beziehungen wird hierbei nicht über Handlungen, sondern Informationen bestimmt. Der Ausgangspunkt für diese Überlegung ist eine Studie zur Stellensuche in Boston. Die beobachteten Personen bekamen die Informationen über freie Stellen entweder über persönliche Kontakte, Annoncen oder haben sich direkt initiativ für einen Arbeitsplatz beworben. (ebd., S. 16)

Die Stärke einer Beziehung definiert sich durch Dauer bzw. Frequenz, emotionaler Intensität, Intimität und dem Austausch von Leistungen. Anhand dieser vier Charakteristika lässt sich nachvollziehen ob eine Beziehung stark, schwach oder gar nicht gegeben ist. (Granovetter 1973, S. 1361)

Die Erklärung, warum schwache Beziehungen den starken bezüglich der Informationsgewinnung überlegen sind, liegt in der Redundanz intensiver Kontakte. Wenn eine Person A starke Beziehungen zu B und C hat, ist es naheliegend, dass B und C auch irgendwann miteinander bekannt gemacht werden. In dieser Triade ist der Informationsgewinn von Person A am geringsten, weil sie B und C sehr gut kennt bzw. oft sieht. Die Personen B bzw. C können über den anderen hingegen neue Informationen generieren. Aus der Annahme heraus, dass mit einer starken Beziehung eine hohe Frequenz an Kontakten einhergeht, liegt die Vermutung nahe, dass B und C irgendwann auch eine Beziehung zueinander aufbauen werden (wenn eben auch nur eine schwache). Eine Konstellation, in der B und C unverbunden bleiben nennt Granovetter „verbotene Triade“, wobei deren Existenz eher unwahrscheinlich erscheint. Diese Triade würde aber eher nicht zustande kommen, wenn beispielsweise A und C nur eine schwache Beziehung unterhalten (siehe auch Abbildung 5). In den schwachen Beziehungen liegt also der Schlüssel zu nicht redundanten, neuen und oftmals sehr wertvollen Informationen. (Granovetter 1973, S. 1362f; Holzer 2010b, S. 17f)

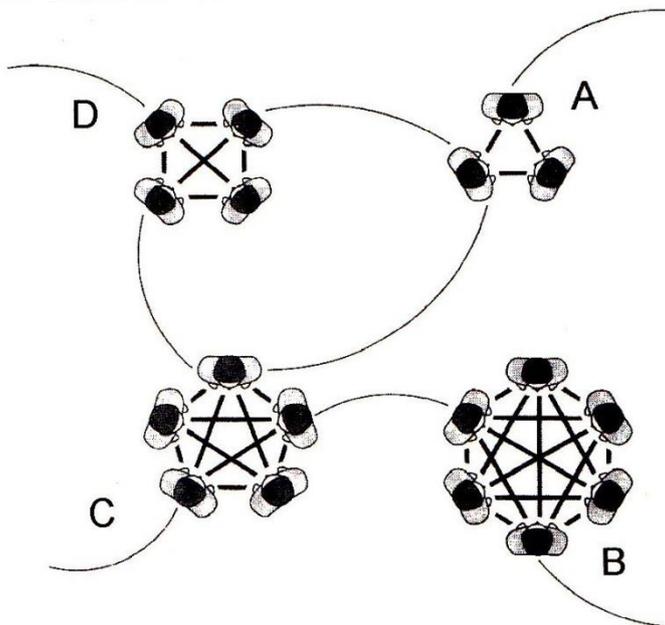
**Abbildung 5: Verbotene Triade (nach Granovetter)**



Quelle: Granovetter 1973, S. 1363

Demzufolge müssten neue Informationen von außen in Gruppen gelangen, in denen alle Mitglieder durch starke Beziehungen miteinander verbunden sind. Diese Informationen können über sogenannte „Brücken“ in die Gruppen gelangen, die ansonsten getrennte Regionen eines größeren Netzwerks miteinander verbinden (siehe Abbildung 6). (Granovetter 1973, S. 1364; Holzer 2010b, S. 18)

**Abbildung 6: Beziehungen und Brücken in Netzwerken (nach Granovetter)**



Quelle: Holzer 2010b, S. 19, nach Barabási 2002

Die obige Abbildung zeigt mehrere Gruppen, die durch starke Beziehungen miteinander verbunden sind (dargestellt durch dicke Linien). Alle diese Gruppen sind Teil eines großen Netzwerkes. Die Brücken zwischen den Gruppen – auch Regionen genannt – sind mit dünnen Linien gezeichnet. Über diese Brücken können neue Informationen in die Gruppen gelangen. Nur schwache Beziehungen können eine Brücke darstellen, da bei starken Beziehungen andere, stärkere Verbindungen zwischen den Gruppen entstehen würden. Für das Sozialkapital von einzelnen Personen oder Gruppen bedeutet das, dass nicht einfach die Verlässlichkeit und Stärke der Kontakte eine Rolle spielen. Wenn der Gewinn von Informationen zentral ist, sind also schwache Beziehungen von größerer Bedeutung. (Granovetter 1973, S. 1364; Holzer 2010b, S. 18)

Durch die Unterscheidung von starken und schwachen Beziehungen strukturieren sich soziale Netzwerke durch kleine Gruppen Bekannter mit starken Beziehungen, die durch schwache Beziehungen miteinander verbunden sind. Die über schwache Beziehungen organisierten Brücken verhindern, dass ein Netzwerk in verschiedene kleine Gruppen bzw. Regionen zerfällt. (Holzer 2010b, S. 18)

Jene Person, die als Teil einer Brücke an der Schnittstelle zwischen unterschiedlichen Gruppen steht, wird zum Vermittler („broker“). Wenn ein Vermittler das Monopol im Zugang zu gewissen Kontakten besitzt, kann er den Informationsfluss (teilweise) kontrollieren. Wenn diese Schnittstelle bekannt ist, können Personen diese Funktion aber auch bewusst zur Kontaktaufnahme mit Dritten in Anspruch nehmen. (ebd., S. 19)

### **3.5. Vermittlung in Netzwerken – Das Konzept des „brokerage“**

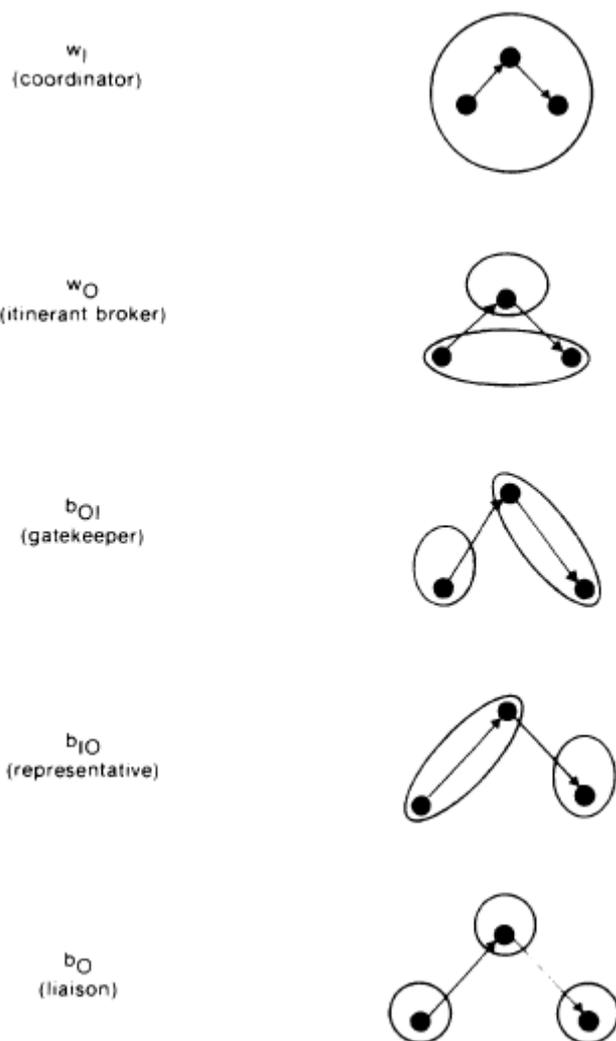
Ronald Burt hat sich neben anderen Theoretikern mit dem Konzept des „brokerage“ beschäftigt. Er geht davon aus, dass es in einem Netzwerk verschiedene Subgruppen gibt, deren Mitglieder enge Beziehungen zueinander besitzen. Da Personen einer solchen Gruppe eher die eigenen Aktivitäten fokussieren, ergeben sich Lücken im Informationsaustausch mit anderen Gruppen. Diese Lücken bezeichnet Burt als strukturelle Lücken („structural holes“). Vermittler („broker“) sind nun jene Personen, die diese strukturellen Lücken überwinden und sich mit Personen aus anderen Gruppen austauschen können. Solche Personen stellen ein gewisses Sozialkapital für die ganze Gruppe dar, weil so neue Informationen in die Gruppe gelangen können. (Burt 2004, S. 353f)

Burt beschreibt in diesem Zusammenhang vier Arten, wie ein Vermittler einen solchen Mehrwert darstellen kann. Die einfachste Variante besteht darin, dass ein Vermittler an beiden Seiten des strukturellen Lochs Interesse für das jeweilige Gegenüber erzeugt bzw.

Schwierigkeiten aufzeigt. Diese Vermittlungsarbeit ist insofern von Bedeutung, da Konflikte oder Verwirrung in einer Organisation aufgrund von Missverständnissen entstehen, und so bewältigt werden können. Eine weitere Art der Vermittlung ist die Übertragung von vorbildlichen Vorgehensweisen („best practice“). Personen, die mit Aktivitäten aus beiden Gruppen vertraut sind, können abschätzen, inwiefern bestimmte Vorgehensweisen einer Gruppe für die andere nützlich sein könnten und diese dann zielgruppengerecht kommunizieren. Eine dritte Variante besteht darin, dass Analogien zwischen Gruppen erkannt werden können, die angeblich irrelevant sind. Es ist denkbar, dass Vorgehensweisen einer Gruppe auch einen gewissen Mehrwert für die andere Gruppe haben könnten, sofern sie in der eigenen Gruppe analog umsetzbar sind. Die vierte Art der Vermittlung liegt in der Synthese. Personen, die mit Aktivitäten beider Gruppen vertraut sind, können leichter neue Einstellungen oder Verhaltensweisen erkennen, die Elemente aus beiden Gruppen kombinieren. Aus diesen vier Varianten von Vermittlung lässt sich schließen, dass Personen, die diese Funktion besitzen, leichten Zugang zu diversen, oft zur eigenen Gruppe widersprüchlichen Informationen und Interpretationen haben. Das verschafft den Personen unter anderem den Vorteil gute Ideen zu erkennen. (ebd., S. 355f)

Gould und Fernandez haben sich ebenfalls mit dem Konzept des „brokerage“ beschäftigt und fünf unterschiedliche Formen der Vermittlung identifiziert (siehe auch Abbildung 7). Die Grundvoraussetzung ist, dass sich die Gruppen, denen die Akteurinnen bzw. Akteure angehören, nicht überlappen. Bei der ersten Variante gehören alle drei Personen derselben Gruppe an. Die vermittelnde Person kann in diesem Fall als Koordinator oder lokaler Vermittler gesehen werden, da er wie die beiden anderen derselben Gruppe angehört. Im zweiten Fall gehören die zu vermittelnden Personen derselben Gruppe an, aber der Vermittler stammt aus einer anderen Gruppe. Da der Vermittler hier eine Außenrolle besitzt, wird dieser als Kosmopolit oder umherziehender Vermittler bezeichnet. Die dritte Variante ist der Gatekeeper. Sie bzw. er ermöglicht es einer außenstehenden Person, jemanden aus ihrer bzw. seiner Gruppe kennenzulernen. Umgekehrt ist es bei der Variante des Repräsentanten, wo jemanden aus derselben Gruppe ein Kontakt zu einer Person aus einer anderen Gruppe ermöglicht wird. Die letzte Form der Vermittlung nennt sich Liaison, wobei alle beteiligten Akteurinnen und Akteure einer anderen Gruppe angehören. (Gould/ Fernandez 1989, S. 90ff)

Abbildung 7: Formen der Vermittlung (nach Gould/ Fernandez)



Quelle: Gould / Fernandez 1989, S. 93

Gould und Fernandez betonen „[...] *the whole point of brokerage is to create an indirect relation where no direct relation exists* [...]“ (Gould / Fernandez 1989, S. 95).

Für die Betrachtung von Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien ist das Konzept des „brokerage“ insofern anschlussfähig, als dass es formal festgelegte Rollen gibt, die unter anderem auch die Aufgabe der Vermittlung übernehmen. Einerseits gibt es in den meisten Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen, die Mitglied in einem regionalen HPH-Netzwerk sind, eigene HPH-Beauftragte. Diese repräsentieren die Organisationen und übernehmen eine Rolle in der Kommunikation zwischen Mitglieder-Organisationen und dem regionalen Netzwerk. Die regionalen HPH-Netzwerke besitzen wiederum eigene Netzwerkkoordinatorinnen und –koordinatoren, die innerhalb des eigenen Netzwerks aber auch mit den anderen regionalen Netzwerkkoordinatorinnen und –koordinatoren kommunizieren. Die Personen, die diese Positionen besetzen, haben also

einen formalen Auftrag zur Vermittlung zwischen den Netzwerken und Organisationen. Es könnte aber durchaus der Fall sein, dass andere Personen, die nicht eine solch formale Position in der Netzwerkstruktur innehaben, einen wesentlichen Beitrag zum Funktionieren der regionalen Netzwerke leisten. Dabei könnte es sich beispielsweise um eine Expertin oder einen Experten handeln, die/der aufgrund ihres/seines Wissens thematisch mit den Organisationen bzw. Netzwerken zusammenarbeitet. Im Rahmen der internationalen HPH-Netzwerkstruktur gibt es auch die Möglichkeiten zu bestimmten Themen in Form von Task Forces zusammenzuarbeiten (siehe Kapitel 4). Aus dieser themenspezifischen Zusammenarbeit könnten sich Beziehungen bzw. Vermittlerinnen und Vermittler ergeben, die in der regionalen Netzwerkstruktur nicht formalisiert sind aber einen Beitrag zum Funktionieren der regionalen Netzwerke leisten. Daher erscheint es sinnvoll, die Konzepte von Granovetter und Burt bei der Betrachtung der italienischen HPH-Netzwerke mitzudenken, obwohl es sich per se um Netzwerke zwischen Organisationen handelt.

#### 4. Das internationale Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (international HPH network) unter besonderer Berücksichtigung der Rolle Italiens

Das **internationale Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen** (international network on health promoting hospitals and health services; **HPH**) wurde 1990 offiziell gegründet. Um die Entwicklung des Netzwerks zu rekonstruieren, haben Jürgen Pelikan et al. sechs verschiedene Perioden bzw. Phasen identifiziert, die sich zeitlich überlappen und unterschiedliche Schwerpunkte, Meilensteine und dergleichen beinhalten. (Pelikan et al. 2011, S. 32) Tabelle 2 zeigt diese Phasen in chronologischer Reihenfolge, welche im Folgenden genauer beschrieben werden. Die Darstellung entspricht inhaltlich den Ausführungen von Pelikan et al. (2011), die Umbenennung der Prä-Phase in Phase 0 und die zeitliche Offenheit der Phase 5 wurden aus der Dissertation von Christina Dietscher (2012) übernommen.

**Tabelle 2: Entwicklungsphasen des internationalen HPH-Netzwerkes**

<b>Phase</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Zeitraum</b>
<b>0</b>	Vorbereitungen der WHO-EURO zur Initiierung von HPH	1986 - 1989
<b>1</b>	Entwicklung des Konzepts und Initiierung der Netzwerkstruktur	1989 - 1992
<b>2</b>	Testung des Konzepts und Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen	1993 - 1997
<b>3</b>	Verbreitung und interne Differenzierung des internationalen Netzwerks	1998 - 2000
<b>4</b>	Standardisierung des Konzepts und Verbindung zu Qualität und Evidenz	2001 - 2005
<b>5</b>	Restrukturierung, Globalisierung und Erweiterung des internationalen Netzwerks	2006-

Eigene Darstellung nach Dietscher 2012, S. 25; Pelikan et al. 2011, S. 32ff

Im Folgenden werden die einzelnen Entwicklungsphasen des internationalen Netzwerks näher beschrieben. Die Rolle Italiens wird hierbei besonders berücksichtigt.

## **Phase 0: Vorbereitungen der WHO-EURO zur Initiierung von HPH (1986-1989)**

Die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO (1986) legte den Grundstein für das internationale Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (Pelikan et al 2011, S. 32). Das Dokument beinhaltet neben eher allgemeinen Strategien oder Aktionsfeldern der Gesundheitsförderung eine konkrete Aufforderung zur Neuorientierung der Gesundheitsdienste. In diesem Zusammenhang steht die „Entwicklung eines Versorgungssystems, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurative Betreuungsleistung hinausgeht“ im Zentrum. (WHO 1986, S. 4)

Während die Ottawa-Charta das Ziel der Neuorientierung der Gesundheitsdienste eher breit fasst, widmete sich ein WHO-Konsultationsprozess gezielt dem Konzept gesundheitsfördernder Krankenhäuser (HPH). Dieser Prozess wurde 1988 von der WHO-Euro initiiert und vom „WHO Collaborating Centre for Public Health Sciences“ in Linköping, Schweden, koordiniert. Ein Ergebnisdokument wurde 1989 von Milz und Vang publiziert. (Dietscher 2012, S. 26) Darin werden neue Aufgabenfelder für Krankenhäuser im Bereich der Gesundheitsförderung identifiziert, die von den Autoren wie folgt zusammengefasst werden (Milz & Vang 1989, S. 425f):

- Identifikation von lokalen Gesundheitsproblemen, die durch die Arbeit im Krankenhaus erkannt werden und Rückmeldung dieser Wahrnehmung an die Gemeinschaft
- Unterstützung der Gesundheitsförderung in definierten Problembereichen in verschiedenen Organisationen und Institutionen (z.B.: in der Verwaltung, in Schulen, in Familien) durch die spezifischen Erfahrungen aus dem Setting Krankenhaus
- Fokussierung auf die Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer physischen Gesundheit sowie Berücksichtigung ihrer gesamten sozialen und psychischen Bedürfnisse
- Funktion als Informationszentren für Patientinnen und Patienten
- Gewährleistung der Patientinnen- und Patientensicherheit

Nach Milz und Vang liegt die Zuständigkeit für diese Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements in den einzelnen Krankenhäusern. Die Autoren schlagen außerdem vor, regelmäßige Evaluationen der Gesundheitsförderungsaktivitäten in den Krankenhäusern durchzuführen, bei denen die Sicht der Patientinnen und Patienten sowie des Personals berücksichtigt werden sollen. So können nach Milz und Vang spezifische Indikatoren für die Aufgaben bezüglich der Gesundheitsförderung erarbeitet werden. Des Weiteren empfehlen die Autoren die Partnerschaft mit nationalen und internationalen Krankenhaus-Organisationen, Gesundheitsverwaltung und den „WHO Healthy Cities“. Für die konkrete Umsetzung nennen Milz und Vang die Durchführung von Modellprojekten, in denen das Konzept

gesundheitsfördernder Krankenhäuser getestet werden soll. Die abschließende Empfehlung der Autoren an die WHO-Euro hebt die unterstützende Leistung von Krankenhäuser als Setting der Gesundheitsförderung hervor und verweist bezüglich der Umsetzung konkreter Aktivitäten auf die Zusammenarbeit mit den „WHO Healthy Cities“. (ebd., S. 426)

### **Phase 1: Entwicklung des Konzepts und Initiierung der Netzwerkstruktur (1989-1992)**

Nach dem Konsultationsprozess suchte die WHO-Euro nach einer Stadt aus dem WHO Healthy Cities Netzwerk, die an einem Modellprojekt zum Thema Gesundheitsförderung im Krankenhaus interessiert war. Wien erwies sich in diesem Zusammenhang als Partnerin für die Umsetzung. Die Stadt Wien beauftragte das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS) für die wissenschaftliche Begleitung, Unterstützung und Evaluation des Pilotprojekts. Als erster Schritt wurde von den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des LBIMGS eine Machbarkeitsstudie durchgeführt (Pelikan et al. 1989). Bereits im selben Jahr der Veröffentlichung dieser Untersuchung startete das erste Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ im Wiener Krankenhaus Rudolfstiftung. Es basierte auf Konzepten des Projektmanagements, Organisationsberatung und -entwicklung. Im Projektzeitraum von 1989 bis 1996 entstanden zahlreiche Berichte. (Pelikan et al. 2011, S. 32; Dietscher 2012, S. 27) Das Krankenhaus Rudolfstiftung ist bis heute Mitglied des österreichischen HPH-Netzwerks, das im Jahr 1996 gegründet wurde (Dietscher 2012, S. 28).

Zeitgleich zum Modellprojekt wurde in enger Zusammenarbeit mit dem WHO Healthy Cities Netzwerk das internationale Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser eingerichtet, das 1990 offiziell als Teil des „Multi Action Plan“ (MCAP) der WHO Healthy Cities ins Leben gerufen wurde. Das LBIMGS wurde zur Koordinationsstelle und Sekretariat des internationalen Netzwerks ernannt. (ebd., S. 28)

Im Jahr 1991 wurde die „Budapest Declaration“ als erstes Strategiedokument herausgegeben. Dieses Dokument besteht aus zwei Teilen, einem allgemeinen, der die konkreten Inhalte und Ziele von HPH beschreibt und einem spezifischen, der die Bedingungen zur Teilnahme als Pilotkrankenhaus im Europäischen Projekt definiert. Die Auflagen zur Partizipation beinhalten zwei allgemeine und dreizehn spezifische Ansprüche, die sich an dem Ansatz der Organisationsentwicklung orientieren (ebd., S. 28f; International Network on Health Promoting Hospitals 1991, S. 2f).

## **Phase 2: Testung des Konzepts und Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen (1993-1997)**

Das europaweite Projekt der gesundheitsfördernden Krankenhäuser (**European Pilot Hospital Projekt; EPHP**) wurde von 1993 bis 1997 in 20 unterschiedlich großen Krankenhäusern in elf Ländern umgesetzt. Italien war mit einem Krankenhaus aus Mailand (Provinz Lombardei) und einem aus Padua (Provinz Venetien) an diesem Projekt beteiligt. (Pelikan 2007, S. 263)

Seit Beginn des Projekts wurden zunehmend internationale Netzwerkstrukturen aufgebaut. Diese umfassten unter anderem eine jährliche internationale Konferenz und einen internationalen HPH-Newsletter. Zwei internationale HPH-Konferenzen wurden bisher in Italien (Padua und Florenz) abgehalten. Die Koordination des Projekts übernahm das LBIMGS in Wien. (Dietscher 2012, S. 30)

Um die Weiterführung von HPH nach dem europaweiten Projekt sicherzustellen, entschied die WHO-Euro, nationale und regionale Netzwerke gesundheitsfördernder Krankenhäuser einzurichten. Regionale Netzwerke sollten in jenen Ländern aufgebaut werden, die eine stark föderale Struktur aufweisen, wie es beispielsweise in Italien der Fall ist (siehe

*Exkurs: Die Grundzüge des italienischen Gesundheitssystems*). Dabei wurde konzeptionell kein Unterschied zwischen nationalen und regionalen Netzwerken bezüglich deren Rechten und Verantwortungen im internationalen HPH Netzwerk festgehalten. (Dietscher 2012, S. 30f)

Nach dem Abschluss des EPHP im Jahr 1997 wurde das neue HPH-Strategiedokument „**Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals**“ verabschiedet, um die Implementierung neuer nationaler sowie regionaler Netzwerke durch spezifische Richtlinien zu unterstützen (siehe auch Abschnitt 2.3). Außerdem diente es dazu, den Rahmen für HPH hinsichtlich der zu dieser Zeit laufenden Krankenhaus- und Gesundheitsreformen zu aktualisieren und mit anderen Strategiedokumenten der WHO zu verbinden. Aufgrund der Erfahrungen aus dem europäischen Projekt gesundheitsfördernder Krankenhäuser, wurde das LBIMGS als Koordinationsstelle des internationalen Netzwerks eingesetzt. (ebd., S. 31)

Während Phase 2 der Entwicklung des internationalen HPH Netzwerks wurden **zwei regionale Netzwerke in Italien** gegründet: Venetien (1995) und Piemont (1997) (Dietscher 2012, S. 31)

### ***Exkurs: Die Grundzüge des italienischen Gesundheitssystems***

Das italienische Gesundheitssystem ist heute sowohl auf **nationaler** wie auch auf **regionaler Ebene** verankert. Diesem dezentralen Modell geht ein Entwicklungsprozess voran, der an dieser Stelle in stark verkürzter Form dargestellt werden soll.

Der **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** wurde im Jahr 1978 nach dem Vorbild des englischen National Health Service (NHS) als staatlicher Gesundheitsdienst in Italien eingerichtet. Davor wurde das Gesundheitssystem von verschiedenen Versicherungsfonds getragen. Jedoch konnten sich nicht alle Teile der Bevölkerung eine (gute) Gesundheitsversicherung leisten, wodurch große Unterschiede in der Versorgung entstanden. Insbesondere die Differenzen zwischen überwiegend landwirtschaftlichen und industriellen Gebieten brachten diese Ungleichheit zum Vorschein. Des Weiteren konnten Unterschiede im Vergleich von nord- und mittellitalienischer Regionen bzw. Städten zu süditalienischen bzw. zersiedelten Gebieten festgestellt werden. Diese Ungleichheit im Zugang zur Gesundheitsversorgung innerhalb der italienischen Bevölkerung sollte durch den SSN aufgehoben werden. (Doetter/ Götze 2010, S. 2)

In dem Gesetz Nr. 833 von 1978 zur Konstitution des SSN sind die drei Grundprinzipien Universalität, Gleichheit und Gerechtigkeit festgehalten. Universalität bedeutet in diesem Zusammenhang die Erweiterung der Gesundheitsdienstleistungen auf die gesamte Bevölkerung. Durch das obige Gesetz wurde ein neues Gesundheitskonzept eingeführt, das Gesundheit nicht nur als Einzelgut sondern als Ressource der gesamten Gemeinschaft begreift. Das Prinzip der Gleichheit besagt, dass allen Bürgerinnen und Bürgern der gleiche Zugang zur Gesundheitsversorgungssystem gewährt werden muss, unabhängig von ihren individuellen sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen. Der letzte Grundsatz, Gerechtigkeit, postuliert, dass alle Italienerinnen und Italiener die gleiche Qualität, Effizienz, Transparenz und Angemessenheit bei Dienstleistungen im Gesundheitssystem erhalten sollen. In diesem Zusammenhang ist es Aufgabe des gesamten medizinischen Personals bzw. aller im Gesundheitswesen Arbeitenden, eine den Patientinnen und Patienten angemessene und verständliche Sprache zu verwenden. (Ministero della Salute, 2014)

Diese Zentralisierung des Gesundheitssystems sollte auch zu einer besseren Übersicht der Finanzierung und Kontrolle der Ausgaben führen. Es hat sich jedoch schnell gezeigt, dass die zentrale Verwaltung des Budgets nicht effektiv ist. Wenn Regionen über ihrem erstatteten Budget wirtschafteten, musste das Defizit von der nationalen Verwaltung ausgeglichen werden, was zu stetig anwachsenden Ausgaben führte. So zeigte sich Mitte der 1980er Jahre, dass ein weiterer Reformprozess gegen die steigenden Ausgaben notwendig war. Anfang der 1990er Jahre ist die hohe öffentliche Verschuldung ein zentrales Thema in der Politik

geworden, weil dadurch auch der Eintritt in die Europäische Währungsunion gefährdet war. Daher wurden 1992/93 zwei Gesetze verabschiedet, die den Regionen größere Autonomie in der Umsetzung und Verantwortung bei der Kostendeckung jeglicher Ausgaben übertrug, die nicht mit den nationalen Standards der Versorgung einhergingen. Ziel der Gesetze war es, die Bedürfnisse der regionalen Bevölkerung besser zu versorgen, da die **lokalen Gesundheitsbehörden** (heute: **Aziende sanitarie locali, ASL**) diese Aufgaben effizienter wahrnehmen können als der nationale Gesundheitsdienst. Durch die neuen Gesetze konnten die Regionen frei entscheiden welchen Führungsstil sie in den regionalen Gesundheitsdiensten durchsetzten und besaßen die Möglichkeit, mehr Wettbewerb in ihr regionales Gesundheitsversorgungssystem einzuführen. Dies hatte zur Folge, dass in manchen Regionen private Anbieter von Gesundheitsleistungen den Wettbewerb ankurbelten und oftmals für sich entschieden. Gesamtstaatlich gesehen haben sich die Ausgaben für das Gesundheitsversorgungssystem nicht reduziert. (Doetter/ Götze 2010, S. 2ff)

In den späten 1990er Jahren wurden in Anbetracht der regionalen Finanzierung neue Steuern in Italien eingeführt. Damit ging auch ein neues Finanzierungssystem einher, bei dem die zentrale Finanzierung durch den nationalen Gesundheitsfonds von einem Ausgleichsfonds ersetzt wurde. Dieser sollte die Gelder auf der Basis geographischer Größe und Bevölkerungszahl einer Region, den Gesundheitsbedürfnisse der Einwohnerinnen und Einwohner sowie der regionalen finanziellen Kapazitäten umverteilen. Im Jahr 2001 kam es letztendlich zu einer Verfassungsänderung, die die Verantwortung des gesundheitlichen Versorgungssystems auf staatlicher und auf regionaler Ebene festlegt. Durch diese Änderung wurde den Regionen die Autonomie zur Selbstverwaltung ihrer Versorgungssysteme übertragen. In Anschluss an diese Entwicklung wurde 2005 der „Pakt für die Gesundheit“ zwischen dem Staat und den Regionen festgelegt. Unter anderem definiert dieses Papier die größere (finanzielle) Unterstützung des Staates für die Regionen, welche dadurch dafür Sorge tragen, effektiver mit dem Geld zu wirtschaften und ihr regionales Budget auszugleichen. (ebd., S. 6ff)

Der Staat setzt neben den Budgets auch die **Livelli essenziali di assistenza (LEA; dt.: wesentliche Ebenen der Versorgung)** fest. Die LEA umfassen alle Aktivitäten, Dienste und Leistungen, die der SSN allen Bürgern kostenlos oder gegen Erwerb eines Tickets zur Verfügung stellt, unabhängig von deren sozio-ökonomischen Status und Wohnsitz. Diese definierten Grundelemente der Versorgung müssen laut Gesetzestext in jeder Region angeboten werden. Darüber hinaus steht es den Regionen frei, zusätzliche Dienste und Leistungen unter Verwendung ihrer eigenen Ressourcen anzubieten. (Ministero della Salute, 2014)

Die Leistungen, die in den LEA definiert sind, lassen sich anhand dreier Bereiche zusammenfassen (Ministero della Salute, 2014):

- *Kollektive Gesundheitsversorgung im Lebens- und Arbeitsumfeld* beinhaltet u.a. Prophylaxe vor infektiösen Krankheiten, Unfall- und Krankenversicherung am Arbeitsplatz, Schutz der Hygiene von Lebensmitteln und Präventionsangebote wie beispielsweise Impfungen.
- *Hilfe auf Bezirksebene* umfasst alle Tätigkeiten und Dienstleistungen, die im Bezirk angesiedelt sind, wie z.B.: medizinische Grundversorgung (auch bei Festen und Veranstaltungen), pharmazeutische Betreuung in den Apotheken, spezialisierte ambulante Pflege oder Wohn- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen.
- *Krankenhausversorgung* enthält insbesondere die Versorgung in der Notaufnahme, die ambulante und stationäre Krankenhausversorgung, Tagesklinik, Aktivitäten rund um Entnahme und Transplantation von Gewebe und Organen.

Die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäuser werden von den **lokalen Gesundheitsstellen (Unità Sanitarie Locali, USL)** verwaltet, welche der regionalen Verwaltung (ASL) unterstellt sind. Private Krankenhäuser können sich akkreditieren lassen und sich so vertraglich an die USL binden. (France et al 2005, S.189)

### **Phase 3: Verbreitung und interne Differenzierung des internationalen Netzwerks (1998-2000)**

Das in dieser Phase entwickelte Dokument „Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals“ eröffnete die Möglichkeit neben nationalen und regionalen auch thematische Netzwerke in Form von (international agierenden) **HPH Task Forces** einzurichten. Die Task Forces setzten es sich zum Ziel entweder das Konzept der HPH für bestimmte Formen von Krankenhäusern bzw. Gesundheitseinrichtungen zu adaptieren oder sich mit spezifischen Gesundheitsthemen oder Zielgruppen auseinanderzusetzen. (Pelikan et al. 2011, S. 33)

Von 1998-2001 wurden zwölf neue HPH Netzwerke ins Leben gerufen, davon vier in Italien. Die HPH Beauftragten in Italien legten die Etablierung von regionalen Netzwerken in den Provinzen als formale Strategie des nationalen Netzwerkes fest. Diese Entscheidung basiert auf der dezentralisierten Organisation des italienischen Gesundheitssystems. Im genannten Zeitraum wurden in Italien weitere regionale Netzwerke – Emilia Romagna (1999), Lombardei (1999), Ligurien (2000) und Toskana (2001) – eingerichtet. (Dietscher 2012, S. 34f)

#### **Phase 4: Standardisierung des Konzepts und Verbindung zu Qualität und Evidenz (2001-2005)**

Im Jahr 2001 wurde die Koordination bzw. das Sekretariat des internationalen HPH Netzwerks dem „WHO European Office for Integrated Healthcare Services“ in Barcelona übertragen. Das WHO CC in Wien blieb weiterhin mit der Organisation der jährlichen HPH Konferenz sowie der regelmäßigen Aussendung des Newsletters beauftragt. Neben diesen strukturellen Veränderungen wurden zwei neue Task Forces zu den Themen „Migrantenfreundliche Krankenhäuser“ sowie „Kinder und Jugendliche im Krankenhaus“ eingerichtet. Diese zwei Task Forces wurden von italienischen HPH-Mitgliedern initiiert. (Dietscher 2012, S. 36)

Im selben Jahr wurden von der WHO-Euro zwei Arbeitsgruppen mit den Aufgabengebieten „putting HPH policy into action“ und „developing standards for HPH“ ins Leben gerufen (siehe auch Abschnitt 2.3). Die erstgenannte Gruppe beendete ihre Arbeiten mit einer Publikation, in der 18 Kernstrategien zur Umsetzung von HPH beschrieben sind (Pelikan et al. 2006). In dieser Gruppe waren auch italienische Mitglieder des internationalen HPH-Netzwerks vertreten. Die zweite Arbeitsgemeinschaft entwickelte fünf Standards für Gesundheitsförderung im Krankenhaus (Groene 2006).

Im Zeitraum 2002-2005 wurden sieben neue Netzwerke gegründet, vier davon waren regionale Netzwerke in Italien: Aostatal (2002), Friaul-Julisch Venetien (2003), Trentino (2003) und Kampanien (2004). (Dietscher 2012, S. 40)

#### **Phase 5: Restrukturierung, Globalisierung und Erweiterung des internationalen Netzwerks (2006- )**

In der letzten Entwicklungsphase des internationalen HPH Netzwerkes fanden einige strukturelle Veränderungen statt.

Die Koordination sowie das Sekretariat des HPH Netzwerkes wurde im Jahr 2006 dem „WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals & Health Services“ (WHO-CC Copenhagen) in Kopenhagen übertragen. Das WHO-CC Copenhagen initiierte unter anderem die offizielle HPH Fachzeitschrift „Clinical Health Promotion“. Das Budget von HPH International setzt sich zum Großteil aus Teilnahmegebühren der Mitglieder zusammen, die bereits in einer früheren Entwicklungsphase eingeführt wurden. (Pelikan et al. 2011, S. 34)

Die Entrichtung einer Mitgliedschaftsgebühr erscheint für das Überleben eines solchen internationalen Netzwerks sinnvoll, weil sie von anderen Finanzquellen unabhängiger macht, kann aber für manche Netzwerke auch eine Hürde für die Aufrechterhaltung einer Mitgliedschaft gesehen werden. Dies trifft insbesondere für Italien zu, da die internationale Gebühr von jedem nationalen / regionalen Netzwerk entrichtet werden muss.

Im Jahr 2008 wurde das internationale HPH-Netzwerk nach Schweizer Recht in einen internationalen Verein umgewandelt. Der Name wurde auf „International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services“ erweitert, das Akronym HPH blieb jedoch bestehen. Im Statut wird unter dem Punkt Mission festgehalten, dass das internationale HPH-Netzwerk darauf hinarbeiten soll, dass die Konzepte, Werte, Strategien und Standards bzw. Indikatoren der Gesundheitsförderung in die organisationale Struktur und Kultur der Krankenhäuser oder Gesundheitseinrichtungen integriert werden. In Folge wird das Ziel als verbesserter Gesundheitsgewinn beschrieben. Dieser soll durch Optimierung der Qualität in der Gesundheitsversorgung, sowie der Beziehung zwischen Krankenhäusern bzw. Gesundheitseinrichtungen und der Gesellschaft wie auch der Umwelt sowie der Bedingungen für die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, ihrer Angehörigen und dem Personal erreicht werden. (HPH Network 2008)

Um das selbstgesetzte Ziel zu erreichen, werden im Statut folgende Inhalte bzw. Strategien genannt (HPH Network 2008):

- Führung bei kritischen Angelegenheiten der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen anbieten und sich in der Partnerschaft engagieren, wenn gemeinsame Aktivitäten benötigt werden
- Die Forschungsagenda gestalten und die Generierung, Übersetzung und Verbreitung von vorhandenem Wissen vorantreiben
- Normen und Standards festlegen und ihre Implementierung vorantreiben und monitieren
- Ethische und evidenz-basierte Managementoptionen aussprechen
- Technische Unterstützung anbieten, Veränderungen herbeiführen und nachhaltige institutionelle Kapazitäten aufbauen
- Die Entwicklung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen monitieren

Im Statut sind auch die Aufgaben von nationalen bzw. regionalen HPH-Netzwerken definiert. Diese umfassen (HPH Network 2008):

- Umsetzung von Mission, Ziel und Zweck des internationalen HPH-Netzwerks auf nationaler bzw. regionaler Ebene
- Entwicklung einer Strategie und eines Handlungsplans für die Implementierung
- Ernennung einer koordinierenden Institution und einer Koordinatorin oder eines Koordinators
- Anwerbung und Eingliederung neuer Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in das Netzwerk sowie Bericht an das internationale HPH-Sekretariat
- Einhebung des Mitgliedschaftsbeitrags (Höhe von Generalversammlung festgelegt) und Weiterleitung des Gesamtbetrags für das Netzwerk an das internationale HPH-Sekretariat
- Übermittlung eines Tätigkeitsberichts an das „Governance Board“ in regelmäßigen Abständen
- Zustimmung der einzelnen Mitglieder im Netzwerk zu Aufgaben und Rollen

Das Statut sieht nationale bzw. regionale HPH-Netzwerke als Kernmitglieder des internationalen Netzwerks. Wenn keine derartigen bestehen, können auch einzelne Institutionen direkt Mitglied des internationalen Netzwerks sein. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren der nationalen bzw. regionalen Netzwerke bilden die Generalversammlung, welche mindestens einmal im Jahr im Rahmen der internationalen Konferenz zusammen kommt. Mindestens zweimal im Jahr tagt das „international Governance Board“, welches sich aus sieben gewählten Mitgliedern der Generalversammlung und zwei dauerhaften Sitzen des WHO-CC Copenhagen und des WHO-CC Wien zusammensetzt. Das Governance Board soll sich mit statistischen Themen beschäftigen, die nicht der Satzungsgewalt der Generalversammlung unterliegen. (HPH Network 2008)

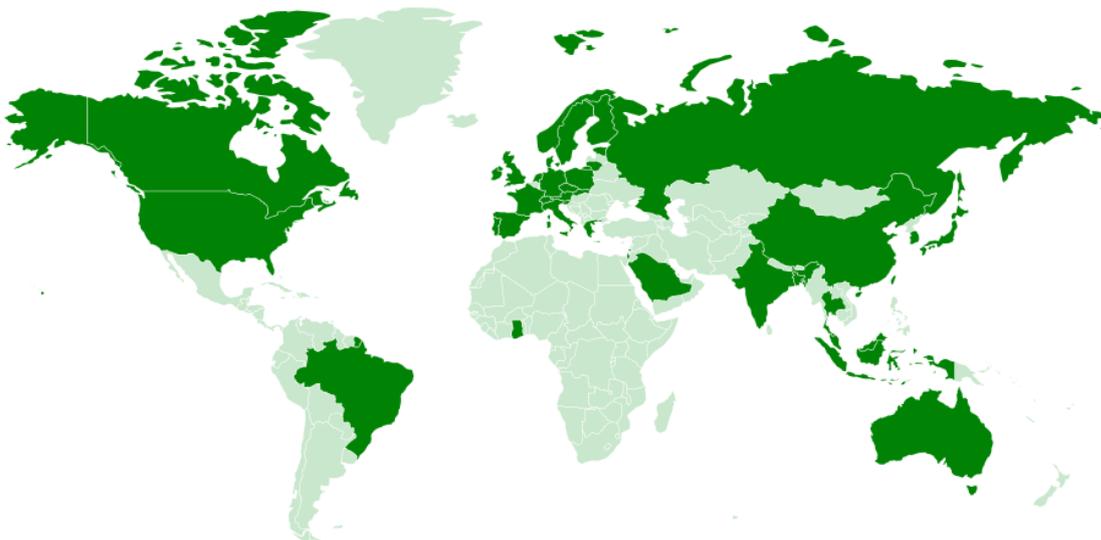
Dem Inhalt des Statuts nach bedeutet das, dass alle Koordinatorinnen und Koordinatoren der regionalen HPH-Netzwerke Mitglieder der Generalversammlung sind. Italien ist durch die regionale Struktur von HPH mit mehreren Personen vertreten. Auch im „international Governance Board“ war und ist Italien immer wieder vertreten. Nachdem die Mitglieder des „international Governance Board“ aus der Generalversammlung gewählt werden, kann daraus gefolgert werden, dass die italienischen Mitglieder durch ihr langjähriges Engagement für HPH international geschätzt werden. Dies verdeutlicht, dass Italien (personell) stark in die Steuerung und Weiterentwicklung des internationalen HPH-Netzwerks eingebunden war und ist.

Ein Artikel des Statuts widmet sich der Partnerschaft mit internationalen Institutionen. Es ist darin festgehalten, dass das internationale HPH-Netzwerk die wichtigsten Aktivitäten den WHO Collaborating Centres anvertraut. Darüber hinaus soll das internationale HPH-Netzwerk mit anderen internationalen Organisationen wie beispielsweise der Europäischen Kommission zusammenarbeiten. (HPH Network 2008)

Im Zeitraum von 2006-2011 wurden zehn neue nationale bzw. regionale Netzwerke gegründet, wobei nur zwei davon in Europa angesiedelt sind – in Italien das HPH-Netzwerk Kalabrien (2007). (Dietscher 2012, S. 42)

Laut Website des internationalen HPH-Netzwerks im Jahr 2014 zählen mittlerweile mehr als 900 Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in mehr als 40 Ländern zu den Mitgliedern. Auf dieser Seite lässt sich unter anderem folgende Darstellung zu den teilnehmenden Ländern finden (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services 2014a).

**Abbildung 8: Darstellung der Länder, die durch nationale/ regionale Netzwerke oder einzelne Institutionen im internationalen HPH-Netzwerk vertreten sind**



Quelle: International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services 2014a

Insgesamt wurden in den oben beschriebenen Phasen elf italienische HPH-Netzwerke gegründet (siehe Tabelle 3). Aber auch neben der Errichtung von regionalen Netzwerken war Italien maßgeblich in die Entstehung und Entwicklung des internationalen HPH-Netzwerks eingebunden. Einerseits durch die frühe Teilnahme am Projekt EPHP, andererseits auch

durch das Engagement in der inhaltlichen Auseinandersetzung durch die Initiierung von Task Forces und der Beteiligung auf Steuerungsebene (z.B. „international Governance Board“).

**Tabelle 3: Überblick über die regionalen HPH-Netzwerke, sortiert nach Gründungsjahr**

<b>Netzwerk</b>	<b>Gründungsjahr</b>
Venetien	1995
Piemont	1997
Emilia-Romagna	1999
Lombardei	1999
Ligurien	2000
Toskana	2001
Aostatal	2002
Friaul-Julisch Venetien	2003
Trentino	2003
Kampanien	2004
Kalabrien	2007

Eigene Darstellung nach Dietscher 2012, S. 31ff

Des Weiteren zeichnete sich die Entwicklung von HPH in Italien dadurch aus, dass sich die regionalen Netzwerke auf bestimmte Themen wie rauchfreie, schmerzfreie oder Migrantenfremdliche Krankenhäuser spezialisierten. Darüber hinaus, wurden in den italienischen Netzwerken Qualitätsmodelle wie beispielsweise EFQM verwendet. (Pelikan 2007, S. 263)

In den letzten Jahren haben die Aktivitäten zu HPH in Italien abgenommen. Generell muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass die Neugründungen von HPH-Netzwerken in Europa in den letzten Jahren zurückgegangen ist. Dafür weiten sich die Mitglieder immer mehr auf andere Kontinente aus. Ein Vergleich der Auflistung italienischer Mitglieder auf der Website des internationalen HPH-Netzwerks im Sommer 2014 sowie im Frühjahr 2015 verdeutlicht diese Entwicklung (siehe Tabelle 4).

**Tabelle 4: Vergleich der Auflistung italienischer Mitglieder auf der Website des internationalen HPH-Netzwerkes vom 8.8.2014 und 3.4.2015**

<b>Stand 8.8.2014</b>	<b>Stand 3.4.2015</b>
Italien (nationales Netzwerk)	Aostatal
Aostatal	Emilia-Romagna
Emilia-Romagna	Friaul-Julisch Venetien
Friaul-Julisch Venetien	Piemont
Kalabrien	Trentino
Kampanien	Venetien
Ligurien	
Lombardei	
Piemont	
Toskana	
Trentino	
Venetien	

Eigene Darstellung nach International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services (<http://www.hphnet.org/>) 2014a und 2015

Der Vergleich der italienischen Mitglieder im internationalen HPH-Netzwerk zu zwei Zeitpunkten (8.8.2014 und 3.4.2015) in Tabelle 6 zeigt einen deutlichen Schwund in der Anzahl der italienischen Netzwerke. Während es im Jahr 2014 noch elf regionale Netzwerke waren, sind es 2015 nur mehr sechs Netzwerke. Auffällig ist auch, dass das nationale HPH-Netzwerk Italien 2015 nicht mehr als Mitglied genannt wird.

Diese rückläufige Entwicklung nahm bereits vor dem Jahr 2014 ihren Anfang und wurde in den für diese Masterarbeit geführten Interviews thematisiert. Mögliche Erklärungen sind später erläutert.

## 5. Methodisches Vorgehen

Wie eingangs bereits erwähnt, wurde zur Bearbeitung des Forschungsthemas nach dem Konzept der **qualitativen Netzwerkanalyse** nach Betina Hollstein vorgegangen. Bei dieser Vorgehensweise können verschiedenste Erhebungs- und Analysemethoden der empirischen Sozialforschung verwendet und kombiniert werden. (Hollstein 2006, S. 23)

In der aktuellen soziologischen Netzwerkforschung werden vorrangig quantitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden verwendet, da typischerweise formale Strukturen zwischen Akteurinnen/Akteuren und deren Leistungen identifiziert werden, die mit hochstandardisierten Verfahren erhoben und mit elaborierten Modellen und Modellrechnungen analysiert werden. Methoden qualitativer Sozialforschung dienen insbesondere dazu, Wahrnehmungen, Deutungen und Relevanzsetzungen individueller Akteurinnen und Akteure zu erfassen. Die Verwendung qualitativer Methoden in der Netzwerkforschung sind dann sinnvoll, wenn:

- (1) Fragestellungen behandelt werden, über die noch nicht viel in Erfahrung gebracht wurde. Das qualitative Vorgehen dient in diesem Fall der Exploration, auf welche später eine quantitative Untersuchung folgen kann
- (2) Deutungen von Akteurinnen und Akteuren, subjektive Wahrnehmungen, individuelle Relevanzsetzungen und handlungsleitende Orientierungen erforscht werden sollen
- (3) die konkrete Praxis, Interaktionen und Handlungsvollzüge der Akteurinnen und Akteure im jeweiligen Kontext rekonstruiert werden soll. Dadurch dann gewissermaßen die „Vernetzungsarbeit“ in einem Netzwerk erforscht werden
- (4) die Dynamik von Netzwerken analysiert werden soll. Qualitative Methoden können die Bewegung und Veränderung von Netzwerken und Netzwerkstrukturen hinterfragen und verständlich machen (ebd., S. 11ff)

Für die vorliegende Masterarbeit erscheint die Vorgehensweise nach Hollsteins Konzept der qualitativen Netzwerkanalyse passend, weil zur Beantwortung der Forschungsfrage Bedingungen zur Kommunikation und Kooperation innerhalb der regionalen HPH-Netzwerke in Italien verstanden werden müssen. Um diese zu verstehen ist es zweckmäßig, die darin agierenden Akteurinnen und Akteure zur konkreten Praxis in den Netzwerken und ihrer Wahrnehmungen hierzu zu befragen.

Die konkreten Unterfragen zur Bearbeitung der Forschungsfrage „Am Beispiel der italienischen regionalen HPH-Netzwerke: Welche Faktoren begünstigen die Kooperation zwischen regionalen Netzwerken gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen?“ werden an dieser Stelle noch einmal wiedergegeben:

- Wie funktionieren Kommunikation und Kooperation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien?
- Was sind zentrale Elemente für das erfolgreiche Funktionieren der regionalen Netzwerke in Italien<sup>4</sup>?
- Was sind zentrale Elemente für das erfolgreiche Funktionieren der inneritalienischen Kooperation?
- Welche Vor- und Nachteile sehen Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler Netzwerke in der regionalen HPH-Netzwerkstruktur und –prozesse Italiens?
- Welche Vor- und Nachteile sehen HPH-Beauftragte in Krankenhäusern oder Gesundheitseinrichtungen in der regionalen Gliederung der italienischen HPH-Netzwerke?
- Welche Chancen und Hindernisse sehen Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler Netzwerke aufgrund der regionalen Gliederung der italienischen HPH-Netzwerke für ihre Arbeit im Bereich HPH?

Für die Bearbeitung der Forschungsfrage wurden in dieser Masterarbeit folgende Erhebungsmethoden verwendet:

- *Expertinnen- bzw. Experteninterviews* mit Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler HPH- Netzwerke Italiens
- *Schriftliche Befragung* von Koordinatorinnen und Koordinatoren sowie italienischen HPH-Expertinnen und Experten, die nicht im Rahmen eines Interviews befragt werden konnten
- *Beobachtung* von ausgewählten Workshops der internationalen HPH-Konferenz 2013 in Göteborg
- *Sichtung ausgewählter Internetseiten*, die Aufschluss über die Aktivität bzw. Kooperation zwischen den regionalen HPH-Netzwerke geben könnten

Die Auswertung der gesammelten Ergebnisse wurde größtenteils mit der Themenanalyse durchgeführt, da die manifesten Inhalte der Interviews und Antworten der schriftlichen Befragung für die Beantwortung der Forschungsfragen von Bedeutung und ausreichend sind. Vor allem die Interviews und schriftlichen Befragungen sind für die Bearbeitung der Forschungsfragen relevant. Beobachtungen und Sichtung ausgewählter Internetseiten dienen dazu, ein umfassenderes Bild über strukturelle Merkmale der italienischen HPH-Netzwerke und der darin agierenden Personen zu gewinnen. Untenstehende Tabelle 5 gibt einen Überblick über die verwendeten Erhebungs- und Auswertungsmethoden dieser Masterarbeit.

---

<sup>4</sup> In Anbetracht der Tatsache, dass in den letzten Jahren einige regionale HPH-Netzwerke in Italien ihre Arbeit niedergelegt haben, meint „erfolgreich“ hier vorrangig das kontinuierliche Bestehen des Netzwerks.

**Tabelle 5: Übersicht über verwendete Erhebungs- und Auswertungsmethoden im Rahmen der qualitativen Netzwerkanalyse**

<b>Erhebungsmethode</b>	<b>Auswertungsmethode</b>
Expertinnen- bzw. Experteninterviews	Themenanalyse
Schriftliche Befragung	Themenanalyse
Beobachtung	Beobachtungsanalyse
Sichtung ausgewählter Internetseiten	Inhaltsanalyse

Eigene Darstellung

Im Folgenden werden die verwendeten Erhebungsmethoden und die konkrete Vorgehensweise näher beschrieben.

### **5.1. Expertinnen- bzw. Experteninterviews**

Das Kernstück der qualitativen Netzwerkanalyse stellen die Gespräche mit den Expertinnen und Experten zum Thema dar. Daher werden eingangs einige allgemeine Erläuterungen zur Methode des Expertinnen- bzw. Experteninterviews getätigt, bevor später auf die konkrete Anwendung im Rahmen dieser Arbeit eingegangen wird. Die allgemeine Auseinandersetzung mit der Methode dient unter anderem auch dazu, das eigene Vorgehen zu reflektieren.

Bogner, Littig und Menz betonen in der Einführung zu ihrem Werk „Interviews mit Experten – eine praxisorientierte Einführung“, dass das Expertinnen- bzw. Experteninterview per se nicht existiert, da üblicherweise verschiedene Vorgehensweisen unter diesem Begriff verstanden werden. Hierbei geht es vorrangig um den Grad der Standardisierung, da diese von manchen Vertreterinnen und Vertretern des qualitativen Forschungsparadigmas sehr kritisch gesehen wird, weil eine Standardisierung der Werte des qualitativen Zugangs wie beispielsweise der Offenheit widerspricht. (Bogner et al 2014, S. 2f)

Das Expertinnen- bzw. Experteninterview definiert sich nun nicht durch eine bestimmte methodische Vorgehensweise, sondern darüber, dass die Expertin bzw. der Experte im Mittelpunkt des Interesses steht. Im deutschsprachigen Raum können die Ursprünge dieser Interviewform in der Wissenssoziologie verortet werden. In diesem Zusammenhang wurde von Vertreterinnen und Vertretern dieser Disziplin darauf hingewiesen, dass Expertise nicht mehr nur von der Wissenschaft produziert wird. Expertinnen- und Expertenwissen kann in praktisch allen gesellschaftlichen Bereichen produziert werden. Kritisch sehen Bogner et al. aber die zu weite Ausdehnung des Expertinnen- bzw. Expertenbegriffs in dem Sinn, dass jede bzw. jeder eine Expertin bzw. ein Experte ihrer bzw. seiner eigenen Sache ist und dass es in

der Realität nach wie vor Unterschiede und Hierarchien gibt, die maßgeblich zwischen Laien und Expertinnen bzw. Experten unterscheiden. (ebd., S. 9f)

Bogner et al. kommen in ihren Überlegungen zu folgender Definition: „*Experten lassen sich als Personen verstehen, die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problembereich bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für andere zu strukturieren.*“ (ebd., S. 13)

Das Besondere am Expertinnen- und Expertenwissen besteht aus Sicht der Autorinnen und Autoren auch vor allem darin, dass dieses Wissen in besonderer Weise praxiswirksam und damit orientierungs- und handlungsanleitend für andere Akteurinnen und Akteure wird. Diese Macht des Expertinnen- und Expertenwissens kann nicht nur im eigenen (Berufs-)Umfeld, sondern auch in anderen Bereichen wirksam werden. Bogner et al. resümieren, dass Expertinnen und Experten ihrer Definition nach als Personifikation einer charakteristischen Macht-Wissen-Konfiguration verstanden werden können. (ebd., S. 14)

Im Allgemeinen dienen Interviews – auch Expertinnen- bzw. Experteninterviews – dazu, das Wissen der Befragten zu erheben. Bogner et al. unterscheiden hierbei zwischen technischem Wissen, Prozess- und Deutungswissen. Unter **technischem Wissen** werden Daten, Fakten, sachdienliche Informationen und Tatsachen verstanden. Es handelt sich hierbei gewissermaßen um personenunabhängiges Wissen, da es sich hier augenscheinlich um objektive Tatsachen handelt. **Prozesswissen** versteht die Einsicht in Handlungsabläufe, Interaktionen, organisationale Konstellationen, Ereignisse und dergleichen, in die die Befragten involviert sind oder waren. Dabei wird deutlich, dass es sich um eine Art Erfahrungswissen handelt, das stärker an Standorte oder Personen gebunden ist als das technische Wissen. Die dritte Form, das **Deutungswissen**, umfasst subjektive Relevanzen, Sichtweisen, Interpretationen, Deutungen, Sinnentwürfe und Erklärungsmuster der Befragten. Hierbei wird explizit nach der subjektiven Perspektive der Expertinnen und Experten gefragt. (ebd., S. 17ff)

Welche Art von Wissen in einem Interview adressiert wird, wird durch das Forschungsinteresse und somit methodisch vor der konkreten Gesprächssituation festgelegt. Bogner et al. weisen aber darauf hin, dass in jedem Expertinnen- bzw. Experteninterview immer alle drei Formen des Wissens eine Rolle spielen werden, obwohl eine oder mehrere besonders im Zentrum stehen werden. (ebd., S. 19ff).

Bogner et al. beschreiben, dass Expertinnen- und Experteninterviews an unterschiedlichen Stellen eines Forschungsdesigns stehen können und oftmals mit anderen Methoden kombiniert werden. Sie unterscheiden in diesem Zusammenhang vier Varianten (siehe Abbildung 9). (ebd., S. 22)

**Abbildung 9: Varianten von Expertinnen- bzw. Experteninterviews**

	Explorative Experteninterviews	Fundierende Experteninterviews
<i>Informatorische Experteninterviews</i>	Experteninterview zur explorativen Datensammlung	Systematisierendes Experteninterview
<i>Deutungswissensorientierte Experteninterviews</i>	Experteninterview zur Exploration von Deutungen	Theoriegenerierendes Experteninterview

Quelle: Bogner et al. 2014, S. 23

**Explorative Expertinnen- und Experteninterviews** zielen auf die Orientierung im Feld, die Konkretisierung des wissenschaftlichen Problembewusstseins und die Hypothesengenerierung. Expertinnen und Experten können hierbei selbst Zielgruppe der Untersuchung sein oder über jene Personen oder Gruppen Auskunft geben, die im eigentlichen Forschungsinteresse liegen. Explorative Interviews werden in der Regel offen gestaltet um möglichst viele Informationen über ein Feld zu gewinnen. **Systematisierende Expertinnen- und Experteninterviews** dienen der möglichst weitgehenden und umfassenden Erhebung des Sachwissens der Expertinnen und Experten bezüglich des Forschungsthemas. Die Themen können hierbei direkt und strukturiert abgefragt werden. Das **theoriegenerierende Expertinnen- und Experteninterview** fokussiert die subjektive Dimension des Wissens der Befragten. Konkret soll hier das Deutungswissen der Expertinnen und Experten erhoben werden. In diesem Zusammenhang ist nicht nur das Fachwissen von Bedeutung, sondern eben all jenes Wissen, das für den professionellen Handlungsrahmen, der im Forschungsinteresse steht, relevant ist – also auch Alltagswissen. Das theoriegenerierende Expertinnen- und Experteninterview zielt – wie der Name schon sagt – darauf ab, aus dem empirischen Material Zusammenhänge zu erarbeiten und Theorien zu entwickeln. (ebd., S. 23ff)

Für die Bearbeitung der Forschungsfragen dieser Arbeit wurden demnach theoriegenerierende Expertinnen- und Experteninterviews geführt, um subjektive Wahrnehmungen und Einschätzungen zu Kommunikation und Kooperation zwischen den italienischen HPH-Netzwerken zu erheben.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden **fünf Expertinnen- und Experteninterviews** geführt, wobei vier davon bei der internationalen HPH-Konferenz im Mai 2013 stattgefunden haben. Das fünfte Gespräch wurde im Juli 2013 in Italien abgehalten.

Bei den Interviewpartnerinnen und -partnern handelt es sich um drei regionale HPH-Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren, einem Mitglied des internationalen HPH Governance Boards und einem Task Force Koordinator. Alle Befragten haben Erfahrungen mit den Aktivitäten zu HPH in Italien und der Zusammenarbeit zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien.

Bei der **Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner** sollten prioritär die regionalen Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren italienischer HPH-Netzwerke erreicht werden, da sie vermutlich die beste Innensicht auf Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien haben. Des Weiteren schien es aber auch interessant die Sichtweise von Personen, die in anderen HPH-Strukturen tätig sind zu erheben. Konkret wurde hier ein italienisches Mitglied des internationalen HPH Governance Board und der Leiter einer Task Force, die von italienischer Seite initiiert wurde, ins Auge gefasst.

Wie bereits erwähnt konnten vier Expertinnen und Experten bei der internationalen HPH-Konferenz 2013 interviewt werden. Diese Personen wurden anhand der Teilnehmerinnen- bzw. Teilnehmerliste der internationalen HPH-Konferenz identifiziert und kontaktiert. Die Informationen zu den italienischen Teilnehmenden der Konferenz 2013 wurden von einer Mitarbeiterin des LBIHPR zur Verfügung gestellt. In einem weiteren Schritt wurden die oben beschriebenen Personen mit Hilfe eines Unterstützungsmails von Christina Dietscher (LBIHPR) kontaktiert und Termine für Gespräche während der internationalen HPH-Konferenz 2013 in Göteborg vereinbart.

Mit Stand Sommer 2013 wurden auf der Website des internationalen HPH-Netzwerkes elf regionale HPH-Netzwerke in Italien gelistet. Zwei der elf Koordinatorinnen und Koordinatoren italienischer Netzwerke wurden bei der internationalen HPH-Konferenz 2013 befragt. In der Folge wurden alle anderen Koordinatorinnen und Koordinatoren kontaktiert und um ein Interview gebeten. Es erfolgte nur eine positive Rückmeldung zu einem weiteren Interview. Von den anderen Personen kam entweder keine oder eine negative Rückmeldung, wobei die negativen Rückmeldungen damit begründet wurden, dass die HPH-Aktivitäten im regionalen Netzwerk eingestellt wurden. Daraufhin wurde ein Interviewtermin mit dem Koordinator, der eine positive Antwort auf die Anfrage geschickt hatte, vereinbart. Das Gespräch fand im Büro des Koordinators in Italien statt.

Insgesamt wurden **fünf Expertinnen- und Experteninterviews** durchgeführt. Konkret mit der Koordinatorin des HPH-Netzwerks Friaul-Julisch Venetien, dem Koordinator des HPH-Netzwerks Venetien, dem Koordinator des HPH-Netzwerks Trentino, dem Leiter der Task Force für migrantenfreundliche Krankenhäuser und einem italienischen Mitglied des Governance Board des internationalen HPH-Netzwerks.

Alle Interviews wurden unter Einverständnis der Gesprächspartnerinnen und –partner mit einem Diktiergerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Da keine hermeneutische Analyse vorgesehen war, wurden die Inhalte der Gespräche sinngemäß in der Abschrift wiedergegeben und keine sprachlichen Feinheiten oder die Mimik der Interviewperson festgehalten.

Ein Gesprächspartner wollte das Transkript gegenlesen, um etwaige Missverständnisse so im Nachhinein aufzuklären. Diesem Ersuchen wurde nachgekommen, wobei keinerlei Ergänzungen oder Aufklärungen von Seiten dieser Person gemacht wurden und sie sich mit der Transkription einverstanden zeigte.

Aufgrund der unterschiedlichen Muttersprachen sowie der beschränkten Italienisch-Kenntnisse meinerseits wurden die Interviews auf Englisch geführt. Dies ist nach Bogner et al. durchaus kritisch zu sehen und soll daher an dieser Stelle reflektiert werden. Es wird von Bogner et al. zwar beschrieben, dass Englisch bei Expertinnen- und Experteninterviews als gemeinsame Drittsprache eine bedeutende Rolle spielt. Dennoch verweisen sie auf Kolleginnen und Kollegen, die die Durchführung von Interviews in der Muttersprache der Befragten als Ideal in der qualitativen Interviewforschung ansehen. Dies ist insofern nachvollziehbar, da bei Interviews das Wissen der Gesprächspartnerinnen und –partner erhoben wird und die Vermittlung nicht durch (fremd-)sprachliche Restriktionen beschränkt werden sollte. Die Autorinnen und Autoren verweisen an dieser Stelle auf die Einbeziehung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern, was idealerweise bereits am Beginn eines Forschungsprozesses bedacht werden und die notwendigen Ressourcen mitgeplant werden sollten. (ebd., S. 43ff)

Die im Rahmen dieser Masterarbeit getätigten Interviews wurden aus forschungspragmatischen Gründen auf Englisch geführt. Die Einbeziehung einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers hätte die vorhandenen Ressourcen überstrapaziert, vor allem in finanzieller Hinsicht. Für Übersetzungsleistung wären wahrscheinlich (hohe) Honorare angefallen und nachdem alle Interviews im Ausland getätigt wurden, wäre dies wiederum mit Reisekosten für die Übersetzerin bzw. den Übersetzer verbunden gewesen. Darüber hinaus hätte die Dolmetscherin bzw. der Dolmetscher – zumindest oberflächlich – ins Interviewthema einge-

führt sowie Rollen und Erwartungen abgeklärt werden müssen. Auch wenn die Idealvorstellung, dass Interviews in der Muttersprache der Befragten geführt werden sollten, plausibel erscheint und von mir geteilt wird, konnte dieses Ideal in dieser Masterarbeit nicht erfüllt werden. Nachdem aber alle Interviewpartnerinnen und –partner der englischen Sprache mächtig sind und im internationalen Raum agieren, wurde hier die Prämisse eingegangen etwaige Verluste durch die Verwendung einer gemeinsamen Drittsprache in Kauf zu nehmen.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Interviews – trotz der Verwendung einer Fremdsprache – meiner Wahrnehmung nach gut verlaufen sind. Die interviewten Personen zeigten sich an meiner Forschungsarbeit interessiert und nahmen sich für die Beantwortung der Fragen viel Zeit. Es gab einen wertschätzenden Umgang miteinander und keine der befragten Personen drängte auf eine schnelle Abwicklung des Interviews. Die Gesprächspartnerinnen und –partner hatten überwiegend reichlich Erfahrung in der englischen Kommunikation zu HPH. Eine Interviewperson war sich jedoch etwas unsicher über die korrekte Verwendung von englischen Begriffen. Sie zeigte sich jedoch geduldig, nahm sich viel Zeit für das Interview und umschrieb Gesprächsinhalte, wenn ihr das passende Wort nicht einfiel. Auf inhaltlicher Ebene war der Verlust hier also kaum bzw. marginal wahrzunehmen.

## **5.2. Schriftliche Befragung**

Aufgrund der geringen Zahl an Interviews wurde aus forschungspragmatischen Gründen anschließend ein **Fragebogen** entwickelt, der an die noch nicht befragten Koordinatorinnen und Koordinatoren versandt werden sollte. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Jahr 2013 gab es in Italien insgesamt elf regionale HPH-Netzwerke (siehe Tabelle 4). Nachdem drei regionale Netzwerkkoordinatorinnen und –koordinatoren bei der internationalen HPH-Konferenz 2013 befragt werden konnten, wurden die verbleibenden acht regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren angefragt, den Fragebogen auszufüllen. Eine Anfrage erging ebenso an den ehemaligen Koordinator des gesamtitalienischen HPH-Netzwerks, der zum Zeitpunkt der Erhebung diese Position nicht mehr innehatte. Diese Position war zu jener Zeit nicht nachbesetzt worden.

Die Grundlage für diesen Fragebogen stellte der Interviewleitfaden der Expertinnen- und Experteninterviews dar. Aufbauend auf den Leitfaden wurden einige Fragen adaptiert bzw. weitere zur Erfassung von Daten zur Person ergänzt. Die Fragen wurden offen formuliert, damit sie in der Analyse wie die Interviewtranskripte behandelt werden konnten.

Der Fragebogen wurde an jene Koordinatorinnen und Koordinatoren versandt, die keine negative Rückmeldung auf die Anfrage per Mail gegeben hatten. Des Weiteren wurde der Fragebogen an eine Expertin (Mitglied der Task Force zu Kinder- und Jugendgesundheit) und einen Experten (ehemaliger Ko-Koordinator eines regionalen Netzwerks) geschickt, die im Bereich HPH in Italien tätig sind. Diese beiden Personen wurden mir von einem regionalen Koordinator empfohlen, da sie ebenfalls Erfahrungen mit Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien haben.

Des Weiteren wurden die regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren, zu denen es durch persönliche Gespräche oder E-Mails schon einmal Kontakt gab, gebeten einen modifizierten Fragebogen an HPH-Beauftragte in teilnehmenden Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen weiterzuleiten. Leider konnten die Koordinatorinnen und Koordinatoren keine ausgefüllten Fragebögen retournieren. Der Grund, warum ihnen dies nicht gelang, wurde nicht mitgeteilt bzw. meinerseits auch nicht hinterfragt.

In Summe wurden elf Personen angefragt den Fragebogen auszufüllen. Von diesen elf Personen haben insgesamt **vier Expertinnen und Experten** einen ausgefüllten Fragebogen retourniert. Konkret handelt es sich hierbei um den Koordinator aus dem HPH-Netzwerk Piemont, dem ehemalige Koordinator des gesamtitalienischen HPH-Netzwerkes, dem ehemaligen Ko-Koordinators des HPH-Netzwerks Toskana sowie einer Mitarbeiterin in der internationalen HPH-Task Force zu Kinder und Jugendlichen.

### 5.3. Themenanalyse

Die Expertinnen- und Experteninterviews sowie die Antworten der schriftlichen Befragung wurden mittels Themenanalyse ausgewertet.

Die Themenanalyse wird von Manfred Lueger als eine Auswertungsvariante beschrieben, die sich auf die Zusammenfassung zentraler Themen, deren Dimensionierung und der im Text enthaltenen Argumentationsstruktur im Sinne eines Textreduktionierungsverfahren konzentriert. Es wird unter anderem erläutert, dass sich diese Methode für die Analyse von Meinungen aus der Perspektive unterschiedlicher Akteursgruppen eignet (Lueger, 2010, S. 206).

Lueger identifiziert folgende Bedingungen, unter denen sich die Verwendung der Themenanalyse anbietet (ebd., S. 206f):

- wenn der *manifeste Gehalt* von Aussagen im Zentrum steht (sofern etwa Meinungen oder Einschätzungen erkundet werden)
- wenn ein Überblick über eine *große Textmenge* gefragt ist

- wenn die *zusammenfassende Aufbereitung* von Inhalten zu verschiedenen Themen und deren interne Differenziertheit angezeigt wird
- wenn die *Argumentationsstruktur* im Gespräch beschrieben werden sollte
- wenn ein *Vergleich von Themen* aus der Perspektive verschiedener Akteurinnen und Akteure gezogen werden soll

Nachdem für die Beantwortung der Forschungsfragen die Ansichten der Interviewten bzw. schriftlich Befragten zur Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien im Fokus stehen, eignet sich die Themenanalyse als Auswertungsmethode. Die Aussagen der interviewten bzw. schriftlich befragten Personen sollen hinsichtlich bestimmter Aspekte verglichen werden und daraus Folgerungen über die Funktion von Kommunikation und Zusammenarbeit in dieser Netzwerkstruktur getroffen werden.

Da bei dieser Analyseform die Interpretationsleistung zugunsten des manifesten Inhalts deutlich reduziert wird besteht kaum die Gefahr, dass die Ergebnisse durch die persönliche Meinung der Interpretin bzw. des Interpreten gefärbt werden. Deshalb ist es auch möglich, dass die Themenanalyse von Einzelpersonen bzw. der Person, die die Interviews geführt hat, alleine angewendet werden kann und nicht auf die Zusammenarbeit mehrerer Forschender angewiesen ist. Des Weiteren verlangt diese Form keine exakte Transkription, weil ohnehin die Feinheiten bei der Analyse ausgeblendet werden (ebd., S. 208).

Bei der Verwendung der Themenanalyse reicht es aber nicht aus, die identifizierten Themen nur zu benennen. Vielmehr sollten die charakteristischen Elemente der Themendarstellung herausgearbeitet werden, um die Unterschiede in der Darstellung eines Themas in einem oder verschiedenen Gesprächen aufzuzeigen (ebd., S. 208).

Bezüglich der praktischen Durchführung einer Themenanalyse lassen sich folgende Schritte angeben, die von Manfred Lueger anhand von Fragen formuliert wurden (ebd., S. 208ff):

- *Was ist eine zusammengehörige Textstelle zu einem Thema?*

In diesem Schritt geht es um die Identifizierung der relevanten Themen, die von der jeweiligen Forschungsfrage abhängig sind. Diesbezüglich wird der gesamte Textkorpus thematisch geordnet, wobei bestimmte Textstellen als für die Analyse irrelevant weggelassen werden können. Hierfür erscheint es sinnvoll, die Themenblöcke zu benennen (codieren). Bei der Analyse umfangreichen Textmaterials ist es wichtig zu vermerken, in welchem Gespräch, von wem und in welchem Zusammenhang das Thema jeweils angesprochen wurde. In einem letzten Schritt lassen sich die Themen in eine vorläufige Systematik bringen. So kann auch die Ausarbeitung thematischer Strukturen verfeinert werden.

- *Was sind zusammengefasst die wichtigsten Charakteristika eines Themas?*

In diesem Schritt wird sich jedem Thema einzeln gewidmet und die wichtigsten Komponenten der Themendarstellung herausgearbeitet. Dafür ist es notwendig alle relevanten Textstellen zu einem Thema verfügbar zu machen. In dieser Phase wird zum einen geklärt, welche zentralen Elemente eines Themas die Zuordnung einer Textstelle zu einem solchen ermöglichen (erste inhaltliche Abgrenzung). Zum anderen erfolgt eine Dimensionierung, die ein Verständnis über die Einheit als auch die Vielfalt eines Themas ermöglicht. In dieser Hinsicht ist es auch wichtig, die Bearbeitung eines Themas auf die damit zusammenhängenden Themen im Kontext der thematischen Struktur zu beziehen.

- *In welchem Zusammenhang taucht ein bestimmtes Thema auf?*

Hierbei wird darauf geachtet, in welchem Zusammenhang ein Thema von welcher Akteurin bzw. welchem Akteur mit welchen Facetten der Sprache hervorgebracht wird. Dabei lassen sich die soziale (Zusammenhänge zwischen Thema und Akteur bzw. Akteurin), die zeitliche (Verknüpfungsstruktur bei Abfolge der Themen) und die sachliche Kontextualisierung (innerer Zusammenhang von Themen) unterscheiden. Im Zentrum dieses Schrittes steht die Frage ob sich eine Logik der Thematisierung identifizieren lässt. Dabei wird sichtbar, dass es nicht ausreicht formal die einzelnen Themen zu betrachten, sondern dass es wichtig ist, den Zusammenhang und die Regeln der Thematisierung kritisch zu hinterfragen. In dieser Hinsicht muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Kontextualisierung im Rahmen von Leitfadeninterviews nur sehr eingeschränkt ist, da die Forscherin bzw. der Forscher durch seine Fragen das Gespräch leitet.

- *Inwiefern tauchen innerhalb oder zwischen den Gesprächen Unterschiede in den Themen bzw. im Umgang mit Themen auf?*

Dieser Schritt rückt die komparative Analyse der Themen ins Zentrum. Dabei lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausarbeiten, die das Kernverständnis und die verschiedenen Facetten eines Themenverständnisses sichtbar machen. Dafür ist es hilfreich die Themen neu zu gruppieren, um diese Vergleiche zu erleichtern. In diesem Abschnitt lassen sich Besonderheiten in Äußerungs- und Umgangsformen mit verschiedenen Themen erkunden, wobei analytisch von Interesse ist, welche Erklärungsmöglichkeiten sich für diese Spezifika anbieten.

- *Wie lassen sich die Ergebnisse der Analyse in den Kontext der Forschungsfrage integrieren?*

Der letzte Schritt betrifft das Zusammenspiel der Themen sowie deren Merkmale und Thematisierungsbedingungen in den Gesamtzusammenhang, um das Verständnis eines Untersuchungsbereichs zu vertiefen. Hierbei ist es wichtig, die unterschiedli-

chen Auffassungen zu einem Thema darzustellen und Hinweise auf mögliche Erklärungen zu geben.

Wie bereits erwähnt sind für die Beantwortung der Forschungsfragen die Ansichten und Erfahrungen der Expertinnen und Experten von Bedeutung. Nachdem mittels Expertinnen- bzw. Experteninterviews sowie mittels schriftlicher Befragung die für die Bearbeitung der Forschungsfragen relevanten Aspekte zur Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den regionalen HPH-Netzwerken Italiens direkt angesprochen und die manifesten Inhalte der Antworten von Interesse sind, eignet sich die Themenanalyse für diese Masterarbeit.

Die Aussagen der interviewten bzw. schriftlichen befragten Personen sollen um Erkenntnisse, die im Rahmen von Beobachtungen und der Sichtung ausgewählter Internetseiten gewonnen wurden, ergänzt werden. Die Beobachtungen, die auf der internationalen HPH-Konferenz 2013 getätigt wurden, erlauben eine zusätzliche Einschätzung der Strukturen der italienischen HPH-Netzwerke durch deren Präsenz bei einer internationalen Veranstaltung. Ebenso kann hierzu die Sichtung von relevanten Internetseiten hilfreich sein. Informationen, die auf diesen Internetseiten mit der Öffentlichkeit geteilt werden, sind insbesondere auch dahingehend hilfreich, die Entwicklungen in der Zeit nach den Interviews bzw. schriftlichen Befragungen nachzuvollziehen.

#### **5.4. Beobachtungen**

Einmal jährlich findet eine internationale HPH-Konferenz statt und wird jedes Mal in einer anderen Stadt ausgetragen. Das Programm beinhaltet Plenarveranstaltungen sowie parallele Workshops und andere Formate wie z.B. Posterpräsentationen. Vor der jeweiligen Konferenz findet ein Aufruf zur Beteiligung statt, bei dem unterschiedliche Abstracts zum Konferenzthema eingereicht werden können. Die eingereichten Abstracts werden von einem wissenschaftlichen Programmkomitee begutachtet und anhand deren Bewertung entweder für die Konferenz akzeptiert oder abgelehnt. Aus den akzeptierten Abstracts werden Parallelveranstaltungen für die Konferenz zusammengestellt. Demnach kann durch die Präsenz von Konferenzbeiträgen auf die internationale Initiativkraft der HPH-Netzwerke rückgeschlossen werden. Sollten HPH-Netzwerke kein Interesse daran haben, die eigenen Arbeiten in der internationalen Gemeinschaft zu präsentieren, so werden sie auch keine Abstracts für eine internationale Konferenz einreichen. Angemerkt sei an dieser Stelle noch, dass es pro Konferenz viele Workshops und andere Formate gibt, die zur selben Zeit stattfinden. Das heißt wiederum, dass viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit erhalten einen Konferenzbeitrag zu leisten.

Im Zuge der Teilnahme an der **internationalen HPH-Konferenz 2013 in Göteborg** wurden vor allem jene Einheiten besucht, in denen Personen aus italienischen Netzwerken referiert haben.

Bei diesen **drei Beiträgen** wurden Beobachtungsprotokolle erstellt, die diverse persönliche Eindrücke über die Präsentationen festgehalten haben. Manfred Lueger schreibt, dass solche Protokolle häufig bereits (vor-)interpretiert sind, weil Beobachtungen nur sehr begrenzt protokollierbar sind. Es handelt sich hierbei um reduzierte, ergänzte und veränderte Aufzeichnungen von Ereignissen oder Prozessen, die die Beobachterin bzw. der Beobachter im Rahmen ihrer bzw. seines Beobachtungsschemata, der etwaigen eingesetzten Aufzeichnungstechnik und der für sie bzw. ihn relevanten Sinnhorizonte erfasst und verarbeitet hat (Lueger 2010, S. 41f).

Die Realität von Ereignissen und Prozessen wird also oftmals durch die von der beobachtenden Person festgehaltene Wirklichkeit überformt. Um zuverlässige Interpretationen zu gewährleisten, müssen methodisch drei zentrale Probleme behandelt werden: die perspektivische Selektivität der Zuwendung, die selektive Wahrnehmung und die Selektivität der Protokollierung. Die Entscheidungen der Beobachterinnen bzw. der Beobachter wo und wann sie etwas beobachten, was wahrgenommen und was ausgeblendet oder was als wichtig erachtet wird, sind also unweigerlich mit der Erhebung verbunden. Die Interpretation von Beobachtungsdaten erfordert eine reflexive Aufarbeitung des Beobachtungshandelns. (ebd., S. 42ff).

Die Auswahl der Beobachtungssituationen erfolgte anhand des Konferenzprogramms. In Summe handelte es sich hierbei um drei Vorträge, wovon zwei davon Plenarvorträge waren und einer ein Beitrag in einer Parallel-Einheit war. Neben den genannten Beiträgen, gab es noch weitere Parallel-Einheiten, in denen Italienerinnen bzw. Italiener mit einer Präsentation vertreten waren. Ebenso gab es bei den Posterpräsentationen Beiträge aus italienischen Netzwerken. Die zwei Präsentationen im Plenum wurden von Männern gehalten, die Präsentation im Rahmen eines Workshops von einer Frau. In diesem Zusammenhang muss jedoch festgehalten werden, dass eine Plenarpräsentation den Arbeiten einer internationalen Task Force zuzurechnen ist, deren Vorsitzender ein Italiener ist, der über seinen Arbeitgeber gleichzeitig in ein regionales italienisches Netzwerk involviert ist aber nicht die Koordination dieses Netzwerkes inne hat. Die anderen beiden Vorträge wurden Aktivitäten von regionalen italienischen Netzwerken zugeschrieben.

Bei der Beobachtung von Vorträgen im Rahmen einer internationalen Konferenz handelt es sich um räumlich und zeitlich sehr begrenzte Situationen. Die beiden Plenarvorträge dauerten zwischen 20 und 30 Minuten, wobei anschließend noch einige Minuten zur Diskussion

eingräumt wurden. Die Präsentation in einem Workshop umfasste in etwa zehn Minuten. Auch hier gab es anschließend noch einige Minuten Zeit für Fragen und Diskussion. Bei allen drei Vorträgen stand die Referentin bzw. der Referent vorne und sprach zu einem Expertinnen- bzw. Expertenpublikum. An der Konferenz nahmen rund 600 Personen teil, die auch bei den Plenarveranstaltungen anwesend waren. Beim beobachteten Workshop betrug die Teilnehmer/innenzahl rund 30 Personen.

Neben den Inhalten der Vorträge wurde auch ein Augenmerk auf das Verhalten der Vortragenden gelegt, um Erkenntnisse darüber zu erhalten wie die Akteurinnen und Akteure im „internationalen Raum“ – also bei einer Fachtagung mit internationaler Beteiligung – handeln. Immerhin zeugt die Präsentation bei internationalen Konferenzen von Aktivitäten in Netzwerken und das Interesse die Ergebnisse mit der internationalen Fachgemeinschaft zu teilen. Netzwerke, die nicht aktiv sind, können zwar auch Abstracts einreichen, tun dies aber in der Regel nicht, da sie an internationaler Vernetzung demnach auch vermutlich kein Interesse haben.

Wie oben bereits beschrieben wurden die Wahrnehmungen dieser Situationen in Protokollen festgehalten. Da die internationale HPH-Konferenz die erste internationale Fachkonferenz war an der ich teilgenommen habe, besteht eine Einschränkung der Beobachtung sicherlich an der Fülle von Eindrücken (viele und große Räume, viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ein umfangreiches Konferenzprogramm mit vielen parallelen Workshops und Einheiten, die für mich neue Themen behandelten usw.). Daher liegt die Vermutung nahe, dass die Aufmerksamkeit mit Dauer der Konferenz bzw. der einzelnen Einheiten abgenommen hat und gewisse Aspekte nicht wahrgenommen wurden. Neben der Beobachtung des Verhaltens der präsentierenden Personen wurde versucht den Vorträgen auch inhaltlich zu folgen, da mit jedem der drei Vortragenden im Laufe der Konferenz auch noch Interviews geführt wurden. Das persönliche Interesse an den vorgetragenen Themen und dem Beschäftigungsfeld der Referentinnen und Referenten hat vermutlich die Aufmerksamkeit für andere Aspekte getrübt. Dennoch wurden die zentralen Eindrücke der Vorträge in den Beobachtungsprotokollen festgehalten und können für die Gesamtbetrachtung der Ergebnisse unterstützend herangezogen werden.

## **5.5. Sichtung ausgewählter Internetseiten**

Nachdem von einigen Interviewpersonen erwähnt wurde, dass ein Teil der Kommunikation zwischen den regionalen Netzwerken im Internet stattfindet, wurde eine Sichtung von ausgewählten Internetseiten vorgenommen. Hierbei wurde vor allem darauf geachtet welche

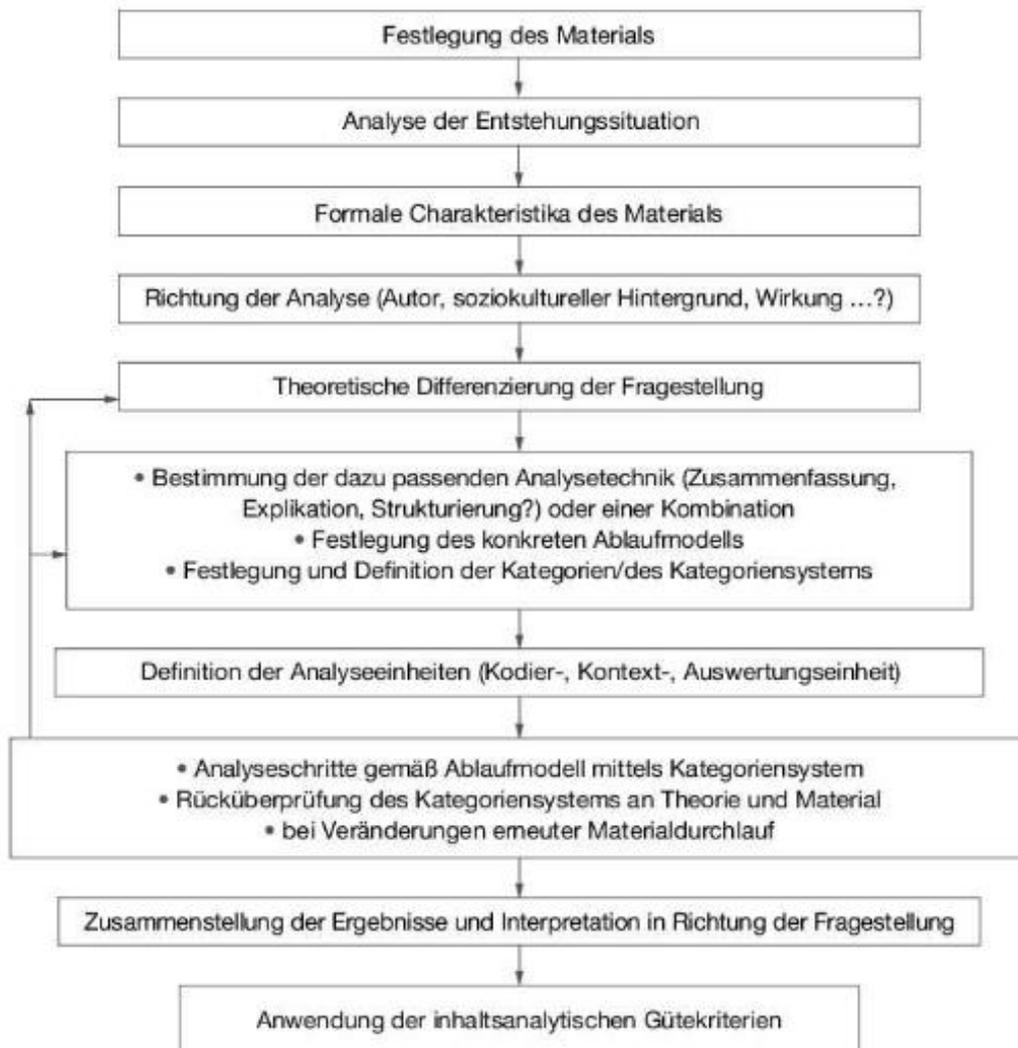
aktuellen Informationen zu HPH in Italien auf diesen Seiten vorhanden sind, insbesondere in Bezug auf eine Auflistung der regionalen Netzwerke sowie zur italienischen nationalen HPH-Konferenz.

In einem ersten Schritt wurde nach diesbezüglichen Internetseiten über die **Suchmaschine „Google“** gesucht. Hierbei wurden **diverse englische und italienische Begriffe**, wie z.B.: „HPH Italia“, „HPH Italy“, „HPH network Italy“, „rete HPH Italia“, „national HPH conference Italy“ oder „conferenze HPH Italia“ verwendet. In einem zweiten Schritt wurden die Suchergebnisse gesichtet und relevante Internetseiten besucht. Bei der Sichtung der Internetseiten wurde zuerst ein Gesamtüberblick verschafft und dann nach aktuellen Informationen zu den regionalen HPH-Netzwerken und der nationalen HPH-Konferenz gesucht.

Innerhalb der Zeitspanne, die zwischen den Interviews bzw. schriftlichen Befragungen und dem Schreiben der Masterarbeit vergangen ist, wurde zu mehreren Zeiten nach relevanten Informationen im Internet gesucht. Durch die regelmäßige Internetrecherche konnten vor allem im Zuge der Fertigstellung dieses Dokuments geeignete Informationen zur Bearbeitung des Themas bzw. der Forschungsfrage gefunden werden. Von besonderem Interesse war hierbei die Kommunikation über die Anzahl der italienischen Netzwerke. Immerhin wurden lange Zeit regionale Netzwerke im Internet genannt, die de facto nicht mehr als solche existierten (wie von unterschiedlichen Expertinnen und Experten berichtet wurde). Neben der Anzahl der regionalen Netzwerke war eine interessante Frage, ob wieder eine überregionale Koordinatorin bzw. ein überregionaler Koordinator für HPH in Italien eingesetzt werden würde. Aus diversen Gesprächen erschien es so, als wäre diese Position bzw. Person wichtig für die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen regionalen HPH-Netzwerken in Italien. Generell von Interesse war, ob HPH in Italien in derselben Struktur weitergeführt oder ob beispielsweise neue Strukturebenen oder Gremien eingeführt werden.

Die Inhaltsanalyse der Interseiten folgt im Wesentlichen dem Ansatz der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Sein allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell wird in untenstehender Abbildung dargestellt.

Abbildung 10: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring



Quelle: Mayring 2010, S. 60

Entstehungssituation sowie formale Charakteristika wurden hier nicht näher analysiert.

Mayring unterscheidet drei Grundformen des Interpretierens: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Darunter versteht er nicht drei aufeinanderfolgende Analyseschritte, sondern eigenständig anwendbare Analyseverfahren, die je nach Forschungsgegenstand bzw. -fragen gewählt werden sollen. Es ist aber auch durchaus möglich die Formen zu kombinieren, wenn es für die Forschung relevant erscheint. Zusammenfassung meint, das Material zu einem überschaubaren Corpus zusammenzufassen, sodass die wesentlichen Inhalte aber erhalten bleiben. Die Explikation zielt darauf ab, dass einzelne fragliche Textteile durch Hinzunahme weiterer Materialien erläutert werden können. Strukturierung dient dazu, bestimmte Aspekte aus einem Material herauszufiltern, in dem durch vorher festgelegte Kriterien ein Querschnitt durch das Material gelegt wird. (Mayring 2010, S. 64f)

Für die Bearbeitung der Forschungsfragen erscheint der Aspekt der Zusammenfassung am wichtigsten. Immerhin sollen die relevanten Informationen, die auf den Internetseiten geteilt werden, zusammenfassend in die Analyse miteinbezogen werden.

Die eingeschlossenen Internetseiten wurden demnach nach relevanten Informationen zur Struktur von HPH in Italien analysiert. Insbesondere Informationen über aktuelle Entwicklungen wurden in die Analyse der HPH-Netzwerke anhand der Forschungsfragen integriert. Relevante Textstellen wurden herausgenommen, zusammengefasst, mit einem Stichwort bzw. Kode versehen und später in die Bearbeitung des Forschungsgegenstands bzw. in die Beantwortung der Forschungsfragen miteinbezogen.

Durch die Einbeziehung der unterschiedlichen Erhebungen sollte ein möglichst breites Verständnis über die Struktur der regionalen HPH-Netzwerke in Italien erworben werden. Diese vielfältigen Informationen und Sichtweisen von Expertinnen und Experten werden dazu verwendet, um Rückschlüsse zu ziehen wie Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen regionalen HPH-Netzwerken funktionieren kann bzw. was es dafür benötigt. Im Folgenden soll nun auf die Ergebnisse eingegangen werden.

## 6. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse vorgestellt, die durch Expertinnen- und Experteninterviews, schriftliche Befragungen, Beobachtungen und die Sichtung relevanter Internetseiten gesammelt wurden. Die Ergebnisse der unterschiedlichen Erhebungsmethoden werden im Sinne der Triangulation gemeinsam anhand der Unterforschungsfragen dargestellt und anschließend auf die Hauptforschungsfrage eingegangen. Zur Kontextualisierung werden an dieser Stelle die Hauptforschungsfrage sowie die unterstützenden Unterfragen hier noch einmal wiedergegeben.

Hauptforschungsfrage:

*Am Beispiel der italienischen regionalen HPH-Netzwerke: Welche Faktoren begünstigen die Kooperation zwischen regionalen Netzwerken gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen?*

Unterforschungsfragen:

- Wie funktionieren Kommunikation und Kooperation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien?
- Was sind zentrale Elemente für das erfolgreiche Funktionieren der regionalen Netzwerke in Italien?
- Was sind zentrale Elemente für das erfolgreiche Funktionieren der inneritalienischen Kooperation?
- Welche Vor- und Nachteile sehen Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler Netzwerke in der regionalen HPH-Netzwerkstruktur und –prozesse Italiens?
- Welche Vor- und Nachteile sehen HPH-Beauftragte in Krankenhäusern oder Gesundheitseinrichtungen in der regionalen Gliederung der italienischen HPH-Netzwerke?
- Welche Chancen und Hindernisse sehen Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler Netzwerke aufgrund der regionalen Gliederung der italienischen HPH-Netzwerke für ihre Arbeit im Bereich HPH?

Eingangs ist hier zu erwähnen, dass bei den Untersuchungen und Analysen vorrangig ein Phänomen betrachtet wurde: die regionale Gliederung der italienischen HPH-Netzwerke. Auch wenn die regionalen Netzwerke für sich autonom existieren, habe ich den Eindruck gewonnen, dass die inneritalienische Abstimmung und die Vertretung eines gemeinsamen Verständnisses von HPH in Italien nach außen (gegenüber den anderen Mitgliedern des internationalen HPH-Netzwerks) für die regionalen Netzwerk-Koordinatorinnen und Netzwerk-

Koordinatoren von Bedeutung ist. Dementsprechend liegt der Fokus der unten näher beschriebenen Ergebnisse auf der Koordination und Kommunikation zwischen den regionalen HPH-Koordinierenden in Italien, was man auch als Netzwerk zwischen den Koordinatorinnen und Koordinatoren sehen kann.

Neben den eigens gewonnenen Ergebnissen und Erkenntnissen sollen auch Ergebnisse von Christina Dietschers Dissertation (2012) in diesem Kapitel vermerkt werden. In ihrer Arbeit identifiziert sie fünf relevante Aspekte, die für die Effektivität bzw. das Funktionieren von HPH-Netzwerken relevant sind. Konkret handelt es sich hierbei um (Dietscher 2012, S. 154ff):

- Formalisierte Strukturen der Institutionalisierung der Netzwerke
- Beziehungen und Verbindungen in Netzwerken
- Alter und Größe der Netzwerke
- Prozesse in den Netzwerken
- Nationale oder regionale Kontexte bzw. Bedingungen der Netzwerke

Diese fünf Aspekte betreffend Strukturen und Prozesse in Netzwerken spiegeln sich auch in den eigenen Ergebnissen wieder. Hinsichtlich Struktur der HPH-Netzwerke in Italien und deren Funktionieren konnten vier übergeordnete Themen bzw. Kategorien identifiziert werden:

- Wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen
- Koordination
- Inhaltliche Schwerpunktsetzungen
- Kommunikation und Kooperation

Diese Kategorien sind auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt. Auf der Makro-Ebene stellen wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen einen relevanten Kontext für die regionalen HPH-Netzwerke dar. Koordination ist auf der Meso-Ebene angesiedelt, da diese zwischen den regionalen Netzwerken eine Rolle spielt, aber auch hinsichtlich der Abstimmung mit der Politik bzw. mit den Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen, die in den einzelnen Netzwerken Mitglieder sind. Inhaltliche Schwerpunktsetzungen sind eher auf der Meso- bzw. vor allem auf der Mikro-Ebene ausschlaggebend, da sie sowohl zwischen den Netzwerken als auch zwischen den Mitgliederorganisationen Thema sind. Ebenso verhält es sich mit Kommunikation und Kooperation, die zwischen und innerhalb der regionalen Netzwerke von Bedeutung sind.

Die oben genannten Kategorien sollen nun anhand der Unterforschungsfragen näher betrachtet werden.

### 6.1. Wie funktionieren Kommunikation und Kooperation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien?

Die regionalen Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren sind eine wichtige Drehscheibe in der **Kommunikation** innerhalb als auch zwischen regionalen HPH-Netzwerken. Sie stehen regelmäßig in Kontakt mit den HPH-Beauftragten der Mitgliederorganisationen sowie auch den regionalen Entscheidungsträgerinnen und -trägern. Dies geschieht zum Teil per E-Mail aber auch in Form von persönlichen Treffen.

**Kommunikation** stellt eine **Grundvoraussetzung für die Kooperation** zwischen den regionalen Netzwerken dar und passiert auf mehreren Ebenen. Einerseits stehen die Koordinierenden virtuell im Kontakt. Hierbei werden vorrangig E-Mail benutzt, wobei es auch eine Art Forum oder virtuelle Gruppe gibt, die aber laut Aussagen der Befragten aber nicht verwendet wird. Per E-Mail tauschen sich die Koordinatorinnen und Koordinatoren über Formales, Veranstaltungen oder relevante Projekte aus. Eine Zeit lang wurde auch ein Newsletter über die italienischen HPH-Aktivitäten verschickt. Dieser wurde allerdings eingestellt, berichteten die Befragten. Ein Interviewpartner erwähnte diese Art der Kommunikation wie folgt: *„(...) we also had an Italian newsletter, but it is closed down - but that [newsletter] was good.“*

Einige regionale Netzwerke besitzen auch einen Internetauftritt in Form einer Website. In diesem Zusammenhang wurde berichtet, dass diese oftmals nicht aktuell sind und nicht gewartet werden. Bei der Sichtung relevanter Internetseiten zeigte sich, dass die Internetauftritte keine aktuellen Informationen enthielten.

Andererseits finden regelmäßig (etwa vier- bis fünfmal im Jahr) Treffen der regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren statt. Diese Zusammenkünfte dienen der Vernetzung und dem Informationsaustausch. Bei diesen Besprechungen werden aber auch bestimmte Themen wie beispielsweise die Ausrichtung von HPH in Italien diskutiert.

Des Weiteren ist die nationale Konferenz bedeutend für die Kommunikation. Zum einen zum Vernetzen zwischen den Koordinierenden der regionalen Netzwerke und zum anderen für die Kommunikation nach außen. Es wurde betont, dass diese Konferenzen die Möglichkeit bieten in Kontakt mit bestimmten Berufsgruppen zu treten, die sonst eventuell nicht erreicht worden wären. Diese Konferenz findet einmal jährlich zu einem bestimmten Thema statt. Zum Zeitpunkt der Interviews (2013) war die Zukunft dieser Tagung noch ungewiss, weil sich keine Person für die Austragung gefunden hat. Die Konferenz wurde von den Befragten als wichtig eingestuft, da so über die HPH-Aktivitäten in den einzelnen Regionen einer breiten Fachöffentlichkeit berichtet werden konnte.

Die Teilnahme an internationalen Konferenzen, vor allem der internationalen HPH-Konferenz, stellt ebenfalls einen wichtigen Aspekt der Kommunikation dar. Zum einen können hierbei Ergebnisse aus italienischen Netzwerken präsentiert und mit der internationalen Fachgemeinschaft diskutiert werden. Zum anderen wird hierbei auch der Austausch mit internationalen und nationalen Kolleginnen und Kollegen ermöglicht. Aber auch Vernetzung zwischen regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren Italiens kann bei der internationalen HPH-Konferenz stattfinden.

**Kooperation** kann grundsätzlich auf mehreren Ebenen stattfinden. Zum einen ist eine Kooperation zwischen einzelnen Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen möglich. Diese Zusammenarbeit basiert vorrangig auf gemeinsamen thematischen Schwerpunkten bzw. gemeinsamen Projekten oder Studien. Manchmal basiert diese Kooperation auf den Arbeiten einer Task Force, die dann quasi den Oberbau darstellt. Dann können sich auch gemeinsame Projekte mit Organisationen aus anderen Ländern ergeben, wobei nicht klar ist, inwiefern die einzelnen Einrichtungen wirklich miteinander Kontakt haben oder ihre Ergebnisse nur an die Task Force weiterleiten und eigentlich nicht mit den anderen Beteiligten kommunizieren.

Es kann aber durchaus der Fall sein, dass ein regionales Netzwerk einen Schwerpunkt verfolgt und dabei neben den regionalen Mitgliedern auch Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen aus anderen Netzwerken einbezieht.

Zum anderen kooperieren die regionalen HPH-Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren. Bei dieser Zusammenarbeit handelt es sich vorrangig um strukturelle Aspekte von HPH in Italien, wie beispielsweise Diskussion von Standards für HPH in Italien, Maßnahmen zur Qualitätssicherung einzelner Projekte und Maßnahmen, Entwicklung von Instrumenten für HPH, Auftritt nach außen usw. Diese Dinge werden vorrangig im Rahmen von Treffen besprochen. Auch wenn die Themen oftmals auf Ebene der Diskussion bleiben und keine unmittelbaren Taten folgen, werden diese Treffen von den Koordinatorinnen und Koordinatoren als wichtig wahrgenommen.

## **6.2. Was sind zentrale Elemente für das erfolgreiche Funktionieren der regionalen Netzwerke in Italien?**

Zentrale Elemente für das erfolgreiche Funktionieren der regionalen HPH-Netzwerke in Italien können auf unterschiedlichen Ebenen identifiziert werden. Zum einen haben wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen einen wesentlichen Einfluss auf die regionalen HPH-Netzwerke. Zum anderen stellen inhaltliche Schwerpunktsetzungen der regionalen

Netzwerke einen Erfolgsfaktor für das Funktionieren dar. Ein weiteres zentrales Element stellt die Koordination eines Netzwerks dar, deren Einflussbereich innerhalb des Netzwerks als auch nach außen im Verhältnis zu anderen Netzwerken festgestellt werden kann.

Auf der Makro-Ebene spielen **wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen**, die die Kontextbedingungen der regionalen HPH-Netzwerke strukturieren, eine wichtige Rolle. Wie in Kapitel 4 beschrieben, ist die regionale Entwicklung von HPH in Italien eng mit der föderalistischen Struktur des italienischen Gesundheitssystems verbunden. Die Befragten berichteten in diesem Zusammenhang, dass das Funktionieren eines regionalen Netzwerks maßgeblich mit der Unterstützung der regionalen Gesundheitspolitik zusammenhängt. Auf dieser Ebene sind die Netzwerke bzw. die regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren mit einigen potenziellen Hindernissen konfrontiert. Es wurde ausgeführt, dass Gesundheitsförderung oftmals keinen Platz auf der politischen Agenda finden würde, wenn keine Bemühungen von Seiten der regionalen HPH-Expertinnen und Experten stattfinden würden. Eine Gesprächspartnerin erwähnt in diesem Zusammenhang: *“If a political framework is nearer to this culture [note: medical care], they think that health promotion is a loss of time...and you are not able to present results, because you need 10 years, you need a lot of time.”*

Im Rahmen von Gesprächen gelang es in der Vergangenheit aber oftmals das Bewusstsein hierfür bei den politischen Entscheidungsträgerinnen und –trägern zu erzeugen. Wenn die Personen aus der Politik von dem Konzept der Gesundheitsförderung überzeugt sind, erhalten die regionalen HPH-Netzwerke auch Unterstützung von der regionalen Gesundheitspolitik. Dies ist beispielsweise für die Förderung von Projekten und Maßnahmen im Rahmen des regionalen HPH-Netzwerks entscheidend, damit diese auch in die Umsetzung gelangen. Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus dem Wesen der Politik. Politische Ämter können oftmals sehr schnell eine Umbesetzung erfahren, sei es aufgrund von Wahlergebnissen oder anderweitigen Personalrochaden. Daher kann es passieren, dass eine bisher gute Zusammenarbeit mit dem regionalen Gesundheitsressort durch die Neubesetzung eines Amtes möglicherweise gefährdet ist und wiederum Bewusstseinsbildung für Gesundheitsförderung und HPH betrieben werden muss. Einige Koordinatorinnen und Koordinatoren berichteten, dass die Sensibilisierung der politischen Personen bereits einiges an Ressourcen in Anspruch genommen hat, wobei es in den meisten Fällen einen positiven Ausgang für die Rahmenbedingungen der HPH-Netzwerke bedeutet hat.

Viele der Gesprächspartnerinnen und –partner haben erwähnt, dass sich die italienischen Provinzen stark voneinander unterscheiden. Sie berichten von einem Nord-Süd-Gefälle, was sich beispielsweise darin bemerkbar macht, dass die nördlicheren Regionen wirtschaftlich besser aufgestellt sind als die südlichen. Auch die Tatsache dass es in den südlichen

Provinzen kaum HPH-Netzwerke gab bzw. gibt dürfte auf die wirtschaftliche Situation zurückzuführen sein.

Die Verbindung mit der Regionalpolitik wird aber durchaus als positiv wahrgenommen, da gesundheitspolitische Pläne und Maßnahmen so besser auf die regionale Bevölkerung und deren gesundheitsbezogenen Bedürfnisse zugeschnitten werden können. Aus diesem Zusammenhang ergeben sich oftmals auch Schwerpunkte für die regionalen HPH-Netzwerke, die die Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele unterstützen.

Wie oben kurz angedeutet, haben auch wirtschaftliche Faktoren Auswirkungen auf die regionalen HPH-Netzwerke. In allen Gesprächen und Befragungen wurde die Wirtschaftskrise thematisiert. Den Interviewpersonen zufolge hat die Wirtschaftskrise seit dem Jahr 2010 für sie spürbare Auswirkungen. Eine Befragte schildert dies wie folgt: *„But the problem...it rises with the political and economical crises...some coordinators changed...it is the same problem to create a stable framework...if the coordinator changes, it is very important that another person takes this role with the same vision...sometimes with political changes they wait very long to set another person and then it's possible...if you don't have the chief of the organization, you lose the members.“*

Auf der Ebene der regionalen HPH-Netzwerke Italiens haben die enormen Einsparungsmaßnahmen dazu geführt, dass Netzwerke ihre Arbeit komplett niedergelegt haben. Davon waren gemäß dem erwähnten Nord-Süd-Gefälle Italiens die südlichen HPH-Netzwerke stärker betroffen. Dies verdeutlicht die Gegenüberstellung der italienischen HPH-Netzwerke, die 2014 und 2015 auf der Website des internalen HPH-Netzwerks als Mitglieder aufgelistet wurden (vgl. Tabelle 4). An dieser Stelle muss aber angemerkt werden, dass die konkreten Gründe für die Auflösung der regionalen HPH-Netzwerke nicht bei den ehemals zuständigen Personen erfragt werden konnten. Die Interviewpartnerinnen und -partner sind aber der Ansicht, dass die Wirtschaftskrise durchaus für die Schließung mancher Netzwerke ausschlaggebend war.

Zwei der schriftlich befragten Personen gaben an, dass die schlechte Einbindung des Staates bzw. des Gesundheitsministeriums auch als Nachteil gesehen werden. Selbst wenn die regional wirksame Gesundheitspolitik von der Regionalregierung gemacht wird, werden auf nationaler Ebene gewisse Richtlinien und Schwerpunkte gesetzt. Es wurde in diesem Zusammenhang die Vermutung geäußert, dass eine stärkere Einbindung des Gesundheitsministeriums die Legitimation von HPH in Italien stärken würde und so eventuell auch die südlichen Netzwerke besser unterstützt werden könnten. Dies wird aber nicht von allen Befragten so gesehen. Die meisten sehen die Verankerung auf regionaler Ebene als Bereicherung für

die Arbeit von HPH, da Abstimmungen mit der Provinzverwaltung leichter getätigt werden können als mit dem Ministerium.

Aus diesen Schilderungen lässt sich folgern, dass regionale HPH-Netzwerke mit der Regionalpolitik zusammenarbeiten können und hierfür entsprechende Kapazitäten oder Strategien entwickeln sollten. Christina Dietscher kommt zu dem Schluss und hält fest, dass politische bzw. ökonomische Krisen ein relevantes Risiko für das Funktionieren eines Netzwerks darstellen (Dietscher 2012, S. 286). Dies kann mit den Ergebnissen dieser Arbeit nur bestätigt werden.

Die Möglichkeit in den regionalen HPH-Netzwerken **inhaltliche Schwerpunktsetzungen** festzulegen kann ebenfalls als Faktor für das Funktionieren gesehen werden. Dies wird von den Befragten für die Situation in Italien als sinnvoll erachtet, da zum Teil große Unterschiede zwischen den Provinzen bestehen. Einige Interviewpartnerinnen und -partner haben in diesem Zusammenhang dezidiert von einem Nord-Süd-Gefälle gesprochen (wie es oben schon einmal angemerkt wurde).

Durch die inhaltliche Selbstbestimmung der regionalen HPH-Netzwerke besteht die Möglichkeit Projekte oder Maßnahmen umzusetzen, die den gesundheitlichen Bedürfnissen der dort ansässigen Bevölkerung entsprechen. Hierbei werden auf Basis des Netzwerks gewisse Schwerpunkte gelegt, die aber nicht von allen teilnehmenden Organisationen strikt befolgt werden müssen. Eine Koordinatorin berichtete, dass in der Provinz, in der das Netzwerk tätig ist, die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der Menschen lokal sehr unterschiedlich sind, worauf die Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in ihrer HPH-Tätigkeit eingehen können. Es wurde von Befragten auch erwähnt, dass die Umsetzung der Schwerpunktthemen in den Mitgliedsorganisationen vor allem dann erfolgt, wenn sie zu den Spezialisierungen oder Interessen der einzelnen Einrichtungen passen. Generell wurde dies aber nicht als hinderlich, sondern nachvollziehbar gesehen. Dass sich Organisationen einen gewissen Nutzen von der Mitgliedschaft in Netzwerken erwarten wurde bereits im Theorieteil angesprochen (siehe auch Abschnitt 3.3). Selbst wenn das Suchen nach dem eigenen Nutzen für die Organisationen etwas egoistisch erscheint, kann es sich aber auch als hilfreich herausstellen. Immerhin wird durch diese Nutzenorientierung eine gewisse Motivation der Mitarbeit hervorgerufen, was wieder positiv für die Netzwerkarbeit ist.

Inhaltliche Arbeitsschwerpunkte eines regionalen Netzwerks können also aufgrund von regionalen Bedürfnissen bzw. identifizierten Gesundheitsbelastungen der Bevölkerung festgelegt werden oder sich an gesundheitspolitischen Agenden der Provinz orientieren. Eine weitere Möglichkeit zur inhaltlichen Spezifizierung stellen die diversen HPH-Task Forces dar. In diesem Zusammenhang wurde von einem Task Force Leiter berichtet, dass die Mitarbeit an

Task Force Aktivitäten in Italien vorrangig auf Ebene der Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen stattfindet.

Diese regionalen Schwerpunktsetzungen haben den Vorteil, dass die Netzwerkarbeiten an die regionale Politik anschließen können, was sich wiederum positiv auf die Legitimierung von HPH in der jeweiligen Provinz auswirkt.

Einen weiteren wesentlichen Aspekt hinsichtlich des Funktionierens der regionalen HPH-Netzwerke betrifft die **Koordination** der Netzwerke. In jedem regionalen HPH-Netzwerk gibt es eine Netzwerkkoordinatorin bzw. einen Netzwerkkoordinator, die bzw. der bestimmte Aufgaben erfüllen muss.

Zum einen muss diese Person beispielsweise die Verbindung zu regionalen (politischen) Entscheidungsträgerinnen und –trägern aufrechterhalten, zum anderen muss sie aber auch den Kontakt zu den Mitgliedern wahren. Der Koordinatorin bzw. dem Koordinator kommt weiters die Aufgabe zu, Berichte und Dokumente über die HPH-Aktivitäten an die regionale Regierung weiterzuleiten und andererseits die beteiligten Organisationen über relevante politische Agenden und Neuigkeiten zu informieren. In den meisten Fällen werden die Koordinatorinnen und Koordinatoren von einem Sekretariat unterstützt. Wie viele Personen mit wie vielen Wochenstunden genau den Koordinierenden zur Verfügung stehen wurde nicht erfragt.

Bezüglich der Mitgliedschaft im regionalen HPH-Netzwerk wird angestrebt möglichst viele bzw. im Idealfall alle Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen der Region zu erfassen. Auch in diesem Bereich ist es manchmal notwendig, Bewusstseinsbildung für Gesundheitsförderung und deren Nutzen zu betreiben, da für manche Entscheidungsträgerinnen und –träger in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen die Kuration im alleinigen Fokus steht und der Mehrwert von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung nicht erkannt wird. Diese Arbeit fällt oftmals den Netzwerkkoordinatorinnen und –koordinatoren zu.

Die Koordinatorin bzw. der Koordinator eines regionalen HPH-Netzwerks stellt auch das Verbindungsglied zu anderen regionalen Netzwerken Italiens sowie zum internationalen HPH-Netzwerk dar. In erster Linie bedeutet das Vernetzung und Austausch über relevante Projekte und Aktivitäten auf nationaler und internationaler Ebene. Die meisten der Befragten denken, dass dies am besten bei nationalen und internationalen HPH-Konferenzen geschieht. Insbesondere die Teilnahme an internationalen Veranstaltungen erscheint wichtig, da so neue Impulse für die eigene Arbeit in Italien gewonnen werden können. Im Anschluss erfolgt meist ein Bericht an die Mitglieder des regionalen Netzwerks.

Eine weitere Aufgabe der regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren stellt die regelmäßige Rückkoppelung und Abstimmung mit dem internationalen HPH-Netzwerk dar. Darunter fällt auch die Einhebung der Mitgliedschaftsbeiträge der regionalen Mitglieder und Weiterleitung an das internationale HPH-Netzwerk, konkret an das WHO-CC in Kopenhagen. Ebenso sind die regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren dazu verpflichtet in regelmäßigen Abständen einen Bericht über die aktuellen Entwicklungen ihrer Netzwerke an das internationale HPH-Netzwerk zu senden.

Eine zentrale Aufgabe im Bereich der Koordination ist auch die Weitergabe von relevanten nationalen und internationalen Dokumenten an die Mitglieder der regionalen Netzwerke. Die Befragten berichteten, dass einige englischsprachige Materialien ins Italienische übersetzt werden, damit auch die Personen mit geringen Englischkenntnissen diese nutzen können. Das ist insbesondere bei allgemeinen bzw. formalen Dokumenten des internationalen HPH-Netzwerks bzw. des WHO-CC wichtig.

Die inneritalienische Vernetzung zwischen den regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren findet auf unterschiedliche Arten statt, welche oben bereits beschrieben wurden.

Die regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren leisten also einen wesentlichen Beitrag zum Funktionieren der HPH-Netzwerke in Italien wie es auch im oben genannten Konzept des „brokers“ bzw. Vermittlers beschrieben wird (siehe auch Abschnitt 3.5). Die Koordinatorinnen und Koordinatoren stellen in diesem Fall eine Verbindungsstelle in mehrere Richtungen dar (innerhalb der Netzwerke zu den Mitgliedern, zu den anderen regionalen Netzwerken als auch zum internationalen Netzwerk). An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Position der Netzwerkkoordinatorin bzw. des Netzwerkkoordinators strukturell verankert ist. Das bedeutet, dass die Wichtigkeit dieser Position für die Funktion eines Netzwerks bekannt ist. Durch persönliche Motivation bzw. Engagement können aber durchaus Unterschiede in der Erfüllung der Koordinationsaufgaben entstehen. Dies sei hier nur am Rande angemerkt.

### **6.3. Was sind zentrale Elemente für das erfolgreiche Funktionieren der inneritalienischen Kooperation?**

Wie oben bereits beschrieben, spielen die **regionalen Netzwerkkoordinatorinnen und –koordinatoren** eine wichtige Rolle für die inneritalienische Kooperation. Sie stellen eine Vermittlerin bzw. Vermittler zwischen den eigenen regionalen Netzwerken und den anderen regionalen Netzwerken in Italien dar. Neben der reinen Vermittlung von Informationen bzw. aktuellen Entwicklungen in den Netzwerken arbeiten diese Personen aber zu konkreten

Themen, die HPH in Italien sichern bzw. vorantreiben sollen. Ein Interviewpartner führte dazu aus: *„Before we had a common training program, a common communication strategy, a common research strategy or even working on these issues together but now this had stopped. But even when this existed it was the initiative of single regions than the proposal of the national level.”*

Diese Aussage zeigt, dass die nationale Ebene von HPH – bzw. deren Fehlen – in Italien eine wichtige Rolle spielt, obwohl die Umsetzung von HPH in Form von regionalen HPH-Netzwerken für die italienischen Rahmenbedingungen die passendste Form ist. Ein Gesprächspartner meinte dazu: *“I think it was very important to start HPH in regional networks, because the regions have a different speed. The national legislation describes only the framework for health, each region has regional governments, which can create specific legislation inside this framework (...).”*

Die unterschiedliche Entwicklungsgeschwindigkeit bzw. -möglichkeiten von HPH in den Provinzen, wie hier erwähnt, könnte ein Grund dafür sein, warum sich einzelne regionale Netzwerke mehr in die Arbeiten auf überregionale Ebene einbringen. Daraus wird aber deutlich, dass es bestimmte „treibende Kräfte“ für die inneritalienische Zusammenarbeit braucht, sei es von einzelnen regionalen Netzwerken oder einer Art nationalen Koordinator, wie weiter unten ersichtlich wird.

Kommunikation und Kooperation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken Italiens wurde zur Zeit der Interviews im Jahr 2013 als schwierig wahrgenommen. Ein Interviewpartner meinte: *“(...) the communication between the regions at the moment, I would say that it's very weak. And we touched the issue of cooperation as well. Cooperation was good in terms of the laboratories and the national conferences, but this is not working anymore. (...) So, this is an issue of coordination of the national level.”*

Aus der Entwicklungsgeschichte von HPH in Italien hat sich ergeben, dass es eine Art **nationalen HPH-Koordinator** gibt. Er war bereits im Rahmen seiner Tätigkeit am Krankenhaus in Padua in das Pilot-Projekt (EPHP) in den 1990er Jahren involviert. Er unterstützte den systematischen Aufbau von regionalen HPH-Netzwerken in Italien und wurde von den regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren zum nationalen Koordinator gewählt. Zu seinen Aufgaben zählen die Verbreitung von HPH in Italien durch nationale Konferenzen und Trainings. Aus den Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner wird ersichtlich, dass der nationale Koordinator keine Entscheidungsmacht über die regionalen Netzwerke hat. Er dient vielmehr als Unterstützer im Bereich HPH bzw. Vertreter Italiens nach außen. Entscheidungen für gemeinsame Aktivitäten oder Ausrichtungen von HPH in Italien werden bei Treffen aller nationalen Koordinatorinnen und Koordinatoren getroffen, wobei die inhaltliche

Schwerpunktsetzung den regionalen Netzwerken überlassen wird. Auf nationaler Ebene werden eher Themen wie Standards der HPH-Arbeit oder Qualitätssicherung besprochen.

In den Expertinnen- und Experteninterviews wurde berichtet, dass der nationale Koordinator sein Amt niedergelegt hat. Das wurde insbesondere im Bereich der inneritalienischen Vernetzung spürbar. Es wurde weniger kommuniziert und auch die jährliche italienische Konferenz hat im Jahr 2013 nicht stattgefunden. Die Interviewpartnerinnen und -partner konnten in im Hinblick darauf nicht sagen, wie die Zukunft von HPH in Italien aussehen wird. Die Rolle des nationalen Koordinators wurde aber von allen Interviewten als wichtig anerkannt. Eine Interviewpartnerin meinte hierzu: *„It is important to have a national coordinator to push the work...but it is also important to have regional networks to work (...)”*.

Der ehemalige nationale Koordinator gab bei der schriftlichen Befragung an, dass ein Nachfolger bereits ins Auge gefasst wurde, aber noch formal bestellt werden muss. Mittlerweile wurde diese Person als nationaler Koordinator bestätigt, wie weiter unten näher beschrieben wird.

Im Rahmen der Bearbeitung dieser Masterarbeit wurde des Öfteren die Internetseite des internationalen HPH-Netzwerks besucht. Es wurde oben bereits erwähnt, dass hier zwischen August 2014 und April 2015 eine Aktualisierung der italienischen HPH-Mitglieder stattgefunden hat (vgl. Tabelle 4). Neben der deutlichen Reduzierung der regionalen Netzwerke ist auffällig, dass das nationale Netzwerk Italiens nicht mehr gelistet ist. (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services, 2015)

Die Suche der oben beschriebenen Begriffe (siehe auch Abschnitt 5.5) führte unter anderem zu den Newslettern des internationalen HPH-Netzwerks, die auf dessen Internetseite zum Download eingerichtet sind. Im Newsletter Nummer 68 vom Juni 2014 ist vermerkt, dass die dritte regionale HPH-Konferenz in Piemont stattgefunden hat. Neben einem Überblick über die Inhalte dieser Veranstaltung wird hier geschrieben, dass die Tagung sehr erfolgreich war und bei den Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern das Interesse an dem internationalen HPH-Netzwerk sowie dem italienischen Netzwerk erneuert hat. (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services, 2014b, S. 3f)

Im Newsletter Nummer 71 vom Dezember 2014 wurde ebenfalls von der HPH-Konferenz des piemontesischen Netzwerks berichtet. Die Tagung fand von 19. bis 20. Juni 2014 in Turin statt und widmete sich der Frage wie Gesundheitsförderung in Krankenhäusern, Gesundheitseinrichtungen und Gemeinschaften in den unterschiedlichen Bereichen der Krankenversorgung integriert werden kann. Im Rahmen dieser regionalen Veranstaltung fand ein Treffen der regionalen HPH-Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren statt. Bei dieser

Besprechung wurde festgehalten, dass wieder vermehrt an gemeinsamen Zielen und Aktivitäten gearbeitet und eine regionale Koordinationsperson einzurichten. Des Weiteren wurde beschlossen, ein nationales Koordinations-Komitee eingerichtet werden soll, das sich hinsichtlich Struktur und Aufgaben am internationalen Governance Board<sup>5</sup> orientiert. Ein neuer nationaler Koordinator wurde für die Dauer von zwei Jahren eingesetzt. Dieser Koordinator wird von einer nationalen Steuerungsgruppe begleitet, die sich aus drei italienischen HPH-Koordinatorinnen und Koordinatoren sowie einem Task Force Koordinator zusammensetzt. Außerdem wurde vereinbart, dass die nationale HPH-Konferenz im Frühjahr 2015 auf Sardinien stattfinden soll. (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services, 2014c, S. 3f)

Diese Entwicklungen zeigen, dass die Rolle des nationalen Koordinators für die inneritalienische Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung ist. Generell kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass für die Kooperation zwischen regionalen Netzwerken eine nationale Koordinations- und Austauschstruktur (nationaler Koordinator, Koordinations-Komitee, nationale Steuerungsgruppe, nationale Konferenz, ...) relevant ist, die diese Zusammenarbeit organisieren bzw. steuern kann.

Aus den Gesprächen sowie den im Internet vermerkten Informationen lässt sich folgern, dass auch die **nationalen Konferenzen und Arbeitsgruppen** in Italien positiv für die inneritalienische Kommunikation und Kooperation sind. In einem Interview wurde gesagt: „(...) *the national conference, the inter-regional laboratories and international conferences were big moments of aggregation, socialization and relationship. Now I think less events and especially less people going there again for context related reasons it is also more difficult to establish some fruitful connection.*”

In einem anderen Gespräch wurde berichtet, dass die nationalen Konferenzen einen wichtigen Rahmen für den Austausch bilden. Es scheint also, dass Gelegenheiten für den persönlichen Kontakt zwischen den regionalen Netzwerkkoordinatorinnen und –koordinatoren wichtig für die inneritalienische Zusammenarbeit sind. Konkret sagte der Interviewpartner: „*Very much goes through the organization of events, concrete action we had more on the laboratory level (...) Communication is very informal (...)*”.

Auf der internationalen HPH-Konferenz 2013 konnte beobachtet werden, dass sich zwischen den Einheiten oder in den größeren Pausen immer wieder kleine Grüppchen von Italienern

---

<sup>5</sup> Die Kompetenzen des Governance Boards sind in der „Constitution and Memorandum of understanding“ festgehalten. Darin wird unter anderem bestimmt, dass das Governance Board des internationalen HPH-Netzwerks Vorbereitungen für Entscheidungen in der Generalversammlung treffen und die Entscheidungen anschließend exekutieren soll (HPH 2008).

bildeten und sich auf Italienisch unterhielten. Zum Teil handelte es sich dabei um verschiedene regionale Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren (sofern ich sie als diese identifizieren konnte). Ohne genau zu wissen worüber sich die Personen hierbei unterhalten haben, ist der Rückschluss naheliegend, dass die gemeinsame Teilnahme an der internationalen HPH-Konferenz einen Beitrag zur Kommunikation zwischen italienischen HPH-Expertinnen und Experten leistet. Auch wenn keine fachlichen Gespräche geführt werden, kann vermutet werden, dass solche gemeinsamen Reisen und Erlebnisse positive Auswirkungen auf der Beziehungsebene haben, was wiederum für die Kooperation im Rahmen von HPH in Italien förderlich sein kann.

Es kann an dieser Stelle kurz zusammengefasst werden, dass die regionalen Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren mit ihrer formalen Rolle als Verbindungsglied zu anderen Netzwerken, eine entscheidende Rolle für die erfolgreiche Kooperation der HPH-Netzwerke in Italien innehaben. Des Weiteren sind persönliche Treffen dieser Koordinatorinnen und Koordinatoren wichtig für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Die nationalen Konferenzen wurden hierfür von den Befragten als besonders relevant gesehen. Als zum Zeitpunkt der Interviews und schriftlichen Befragungen die Zukunft der nationalen Konferenzen ungewiss war, nahmen die Befragten gewissermaßen einen Stillstand der inneritalienischen Kommunikation und Zusammenarbeit wahr. Außerdem erscheint die Rolle des nationalen Koordinators für die Kooperation der HPH-Netzwerke in Italien wichtig. Eine formale Struktur auf nationaler Ebene dürfte für eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Bedeutung sein, nachdem nach dem wahrgenommenen Stillstand im Jahr 2014 eine solche mit einem neuen nationalen Koordinator, einem Koordinations-Komitee und einer nationalen Steuerungsgruppe (wieder) eingesetzt wurde.

#### **6.4. Welche Vor- und Nachteile sehen Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler Netzwerke in der regionalen HPH-Netzwerkstruktur und den -prozessen Italiens?**

Es wurde bei der Bearbeitung der oberen Unterforschungsfragen sichtbar, dass die regionale Netzwerkstruktur von HPH in Italien bestimmte Vor- und Nachteile hat. Welche von den regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren besonders wahrgenommen werden, soll hier anhand der übergeordneten Kategorien wiedergegeben werden.

## **Wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen**

Grundsätzlich waren alle Befragten der Meinung, dass sich die regionale Netzwerkstruktur für die Umsetzung von HPH am besten für Italien eignet. Dies geht zum einen darauf zurück, dass die konkrete Gesundheitspolitik in den Provinzen von der Regionalverwaltung durchgeführt wird. Zum anderen erscheint die regionale Umsetzung passend, weil es einige (strukturelle) Ungleichheiten zwischen den Provinzen gibt. Das macht sich sowohl in der Verwaltungskultur als in der wirtschaftlichen Situation bemerkbar. Dementsprechend erscheint es sinnvoll die Entwicklung von HPH in Italien an die regionalen Gegebenheiten anzupassen.

Die enge Verknüpfung mit der Regionalpolitik kann als Vor- und Nachteil gesehen werden. Einerseits ist es positiv, dass die Inhalte der regionalen HPH-Netzwerke mit den Agenden der regionalen Gesundheitspolitik abgestimmt werden können. Diese Verbindung fördert auch die Legitimation der Arbeiten zu HPH in der Provinz.

Ein Nachteil der engen Verbindung zur regionalen Politik ist die Gefahr, dass mit einer neuen politischen Periode neue Prioritäten für die Region gesetzt werden könnten. Insbesondere die Wirtschaftskrise ab 2010 war den Berichten der Befragten zufolge auch in der Regionalpolitik deutlich spürbar. Es wurde sogar ausgeführt, dass die wirtschaftlichen Restriktionen mitunter ein Grund für die Schließung von regionalen Netzwerken war. Dies betraf vor allem Netzwerke in Süditalien.

Generell lässt sich feststellen, dass HPH-Netzwerke nur in jenen Provinzen entstehen bzw. erhalten bleiben, in denen es förderliche wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen gibt. Dies wird auch daran ersichtlich, dass in Süditalien deutlich weniger HPH-Netzwerke gegründet wurden als im Norden Italiens.

Auch wenn die Verbindung von HPH mit der Regionalpolitik überwiegend positiv gesehen wird, wurde dennoch von drei Personen angemerkt, dass das nationale Gesundheitsministerium mehr in die Entwicklung von HPH in Italien miteinbezogen hätte werden sollen. Dies wird unter anderem damit begründet, dass HPH so eine noch stärkere Legitimierung erfahren hätte. Es wurde von einigen Befragten erwähnt, dass dies vor allem den südlichen Regionen zugutekommen würde. Des Weiteren wurde vermutet, dass die Bekräftigung des Ministeriums zur regionalen Umsetzung von HPH in Italien manche Organisationen zu einer Mitarbeit bewegt hätte, da Projekte die vom Staat unterstützt werden, oftmals ein besseres Ansehen genießen.

## **Inhaltliche Schwerpunktsetzungen**

Wie in Bezug auf wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen bereits angesprochen, sind die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen der regionalen HPH-Netzwerke Italiens als Vorteil zu sehen. Durch diese Schwerpunktsetzungen können relevante Themen der regionalen Gesundheitspolitik in den HPH-Netzwerken bearbeitet werden. Dies hat zudem den Vorteil, dass die Arbeiten von HPH an realpolitische Agenda-Punkte anknüpfen und somit bis zu einem gewissen Grad ihre Arbeiten in der Provinz legitimeren können.

Auf Ebene der Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen wird die Regionalität von HPH positiv erlebt. Zum einen hängt dies damit zusammen, dass die Arbeiten im Rahmen von HPH an die Bedürfnisse oder Schwerpunktsetzungen der Organisationen abgestimmt werden können. Des Weiteren können verhältnismäßig leicht Treffen mit den regionalen Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren und den HPH-Beauftragten in den einzelnen Einrichtungen einberufen werden. Das ermöglicht auch eine rasche Abstimmung in operativen Angelegenheiten, die bei nationalen Projekten unter Umständen nicht gegeben wäre. Die Nähe und Anpassung von HPH an die Region fördert auch die Integration von HPH in Programme, Entscheidungen bzw. die Selbstreproduktion der Organisationen.

Die Gliederung in regionale Netzwerke ermöglicht es den italienischen HPH-Netzwerken, auch auf die spezifischen gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der Bevölkerung einzugehen. Dies erscheint den Befragten besonders positiv, da es zum Teil massive Ungleichheiten zwischen den Bevölkerungsgruppen in Italien gibt, die auf regionale Unterschiede in verschiedenen Politik- und Gesellschaftsbereichen zurückzuführen sind. In diesem Zusammenhang wurde oft auf das Nord-Süd-Gefälle hingewiesen. Es sind aber auch Unterschiede in den Teilgebieten einer Region feststellbar, wie eine Gesprächspartnerin ausführte: *„In my region there are some [note: people] who live in the mountains, some live by the sea, some live in the cities...there are a different geographies in our region and the people there are also different and the needs are different.”*

## **Koordination**

Regionale Koordinatorinnen und Koordinatoren können näher an den Mitglied-Organisationen arbeiten, als es eine nationale Koordinatorin oder ein nationaler Koordinator könnte. Dies erleichtert die Rekrutierung von neuen Mitgliedern sowie die Abstimmung zwischen den im Netzwerk teilnehmenden Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen in den Provinzen.

Ein Nachteil der regionalen HPH-Netzwerkstruktur wird auf der nationalen Ebene gesehen. Auch wenn die Provinzen in Italien unterschiedliche Ausgangssituationen,

Rahmenbedingungen und gesundheitspolitische Prioritäten haben, sollte HPH dennoch grundsätzlich auf gesamtitalienischer Ebene abgestimmt sein. Dies hätte den Vorteil, dass Projekte, Maßnahmen oder Modelle guter Praxis geteilt und auf andere Provinzen übertragen werden können, ohne dass diese von Grund auf neu entwickelt werden müssen. Ebenso wurde im Rahmen der Befragung das Bedürfnis nach Abstimmungen hinsichtlich Standards von HPH in Italien geäußert. Für diese nationale Abstimmung bedarf es einer Person, die für die nationale Koordination zuständig ist. Wie bereits oben geschildert wurde, flachte nach dem Rücktritt des ehemaligen nationalen Koordinators die Kommunikation und Kooperation zwischen den regionalen Netzwerken ab. Daher ist trotz der vielen Vorteile der regionalen HPH-Netzwerkstruktur eine nationale Struktur erforderlich, die die Abstimmung von HPH auf einer übergeordneten gesamtitalienischen Ebene koordiniert.

### **Kooperation und Kommunikation**

Kooperation und Kommunikation sind mit dem Thema Koordination verbunden. Wie bereits berichtet, wird die Nähe der regionalen Netzwerkkoordinatorinnen und Koordinatoren zu den Mitgliedern im regionalen HPH-Netzwerk als vorteilhaft für die Kooperation und Kommunikation mit diesen gesehen. Die Kommunikation mit den Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen kann vermutlich öfter in Form von persönlichen Kontakten stattfinden, als dies bei einer nationalen Koordinationsstelle der Fall wäre. Auch die Kooperation mit Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen in bestimmten Projekten gestaltet sich aufgrund der geringeren räumlichen Distanz einfacher, wenn diese in einem regionalen Netzwerk koordiniert werden und können so leichter an den gesundheitsbezogenen Bedürfnissen der Mitglieder ausgerichtet werden.

Bei den Treffen der regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren können sich die Netzwerke über gewisse Umsetzungspraktiken austauschen und voneinander lernen. Das bietet die Gelegenheit italienische Modelle guter Praxis kennenzulernen, zu diskutieren und daraus passende Ansätze oder Lösungen für die jeweilige Region ableiten zu können.

**Tabelle 6: Vor- und Nachteile der regionalen Gliederung von HPH in Italien**

<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
<b>Wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen</b>	
Regionale Netzwerke können sich an regionale Strukturen der Verwaltung anpassen (Stichwort: Nord-Süd-Gefälle)	Ungleichheit zwischen den Provinzen erschwert Einrichtung neuer HPH-Netzwerke (v.a. im Süden)
Inhaltliche Schwerpunkte der regionalen Netzwerke können Anschlüsse an Regionalpolitik nehmen	Auswirkungen von Restriktionen der Regionalpolitik auf die regionalen Netzwerke (Stichwort: Wirtschaftskrise) werden nicht abgedeckt
Strategische Ausrichtung für HPH in Italien mit regionsspezifischer Umsetzung möglich	Gesundheitsministerium kaum in HPH-Aktivitäten involviert (Stichwort: fehlende nationale Legitimation)
<b>Koordination</b>	
Regionale Koordinatorinnen und Koordinatoren kennen regionale Rahmenbedingungen	Nationale Koordination für Abstimmung zwischen regionalen Netzwerken notwendig (kann nicht oder nur schwer von regionalen Koordinatorinnen/Koordinatoren geleistet werden)
Regionale Koordination förderlich für Abstimmung mit den Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen in der Provinz	Standardisierungen im Bereich HPH innerhalb Italiens schwer bzw. kaum möglich (was aber von den regionalen Koordinatorinnen/Koordinatoren gewünscht wird)
<b>Kommunikation und Kooperation</b>	
Austausch mit anderen regionalen Netzwerken fördert gegenseitiges Lernen	
Abstimmung mit regionalen Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen leicht möglich	
Nähe des Netzwerks zu Mitgliedern fördert, dass Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen Nutzen von Gesundheitsförderung selbst erkennen	

Eigene Darstellung

### **6.5. Welche Vor- und Nachteile sehen HPH-Beauftragte in Krankenhäusern oder Gesundheitseinrichtungen in der regionalen Gliederung der italienischen HPH-Netzwerke?**

Leider kann die Sicht von HPH-Beauftragten aus Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen hier nicht ausreichend abgebildet werden. Lediglich der Interviewpartner, der Mitglied im „Governance Board“ des internationalen HPH-Netzwerks ist, ist zugleich auch HPH-Beauftragter eines Krankenhauses.

Seiner Einschätzung nach funktioniert die Kooperation innerhalb eines regionalen Netzwerks gut. Er weist aber darauf hin, dass es unter Umständen einen Unterschied machen könnte, ob es sich um eine große oder um eine kleine Region bzw. Provinz handle. Den Vorteil einer kleinen Region sieht er in der erleichterten Kommunikation und Kooperation zwischen den Mitgliedern: „(...) *the main advantage is to work in a small region it helps to work better, because it is easier to meet each other and share experiences.*“

Ein Nachteil einer kleiner Region bzw. Provinz ist allerdings, dass es mittlerweile schon viele Formen der Zusammenarbeit auf unterschiedlichen Ebenen gibt und die Einführung einer neuen Kooperationsstruktur für die Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen überfordernd sein könnte.

### **6.6. Welche Chancen und Hindernisse sehen Koordinatorinnen und Koordinatoren regionaler Netzwerke aufgrund der regionalen Gliederung der italienischen HPH-Netzwerke für ihre Arbeit im Bereich HPH?**

Rückbeziehend auf die eingangs vorgestellten theoretischen Konzepte, stellen die Koordinatorinnen und Koordinatoren der regionalen HPH-Netzwerke Vermittler („Broker“) auf mehreren Ebenen dar. Vermittlung geschieht beispielsweise zwischen einem regionalen HPH-Netzwerk und der regionalen Gesundheitspolitik. Durch die Vermittlung von gegenseitigen Interessen können einerseits die Arbeiten von HPH genau an die regionalen Bedürfnisse angepasst werden. Zum anderen können die Beziehungen zur regionalen Politik auch dazu beitragen, dass die Arbeiten der regionalen HPH-Netzwerke besser sichtbar gemacht und als gesundheitspolitisch nützlich erachtet werden. Diese Vermittlungs-Rolle wird von vielen Koordinatorinnen und Koordinatoren als positiv erlebt und kann daher als Chance für ihren Arbeitsbereich gesehen werden.

Einige Koordinatorinnen und Koordinatoren berichteten, dass sie in regelmäßigen Austausch mit HPH-Beauftragten in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen stehen und auch konkrete Projektideen bzw. deren Umsetzung besprechen. In diesem Zusammenhang besteht ihrer Meinung nach die Chance, dass die Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen mehr Projekte und Prozesse in der Organisation umsetzen und so auch mehr Menschen davon profitieren können. Diese Beziehungen zu Personen in Mitgliedsorganisationen sind von unterschiedlicher Intensität, werden aber von den Koordinierenden als Chance zur Etablierung von neuen Projekten, Maßnahmen oder auch Strukturen in diesen Organisationen gesehen.

Positiv für die Arbeit von HPH kann die Etablierung einer (neuen) nationalen Struktur gesehen werden. Nachdem nach dem Ausscheiden des ehemaligen nationalen Koordinators ein Rückschritt in der Kommunikation und Kooperation wahrgenommen wurde, erscheint ein Mindestmaß an Koordination auf nationaler Ebene wichtig für HPH in Italien. Auch wenn die konkrete Arbeit zu HPH kontextbezogen in den regionalen Netzwerken durchgeführt wird, dürfte die nationale Abstimmung zu HPH von Bedeutung sein. Durch den neu eingesetzten nationalen Koordinator, ein Koordinations-Komitee und eine nationale Steuerungsgruppe ergeben sich Chancen für eine gute Zusammenarbeit zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien. Für die Koordinatorinnen und Koordinatoren der regionalen Netzwerke bedeutet das, dass die Abstimmung innerhalb der italienischen Netzwerke erleichtert wird, da dies in die Verantwortung des nationalen Koordinators fällt. Für die erfolgreiche und langfristige Sicherstellung der Vernetzung der regionalen HPH-Netzwerke in Italien ist offensichtlich diese zentrale nationale Koordinierungsperson erforderlich.

Ein Interviewpartner sprach einen interessanten Aspekt an: *„Well, I think the advantage in my view is, if you are a decentralized system it is easier to survive.“* Demnach besteht durch die regionale Netzwerkstruktur von HPH in Italien eine bessere Chance für das Überleben der Netzwerke. Insbesondere in Zeiten der Finanzkrise sei die regionale Struktur der Grund, warum nicht alle Netzwerke ihre Arbeit niedergelegt haben sondern weiterhin erfolgreich arbeiten. Seiner Einschätzung nach wäre ein rein nationales HPH-Netzwerk in Italien durch die Folgen der Finanzkrise früher oder später geschlossen worden. Durch die Regionalität konnten in manchen Provinzen die Ressourcen für die regionale HPH-Netzwerke aufrechterhalten bleiben. Dies war vor allem im Norden Italiens der Fall, wo die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen förderlicher für HPH sein dürften. Wie weiter oben thematisiert, hatte die Finanzkrise für manche regionale Netzwerke aber auch negative Folgen. Diese zeigten sich in manchen Provinzen beispielsweise darin, dass Projekte im regionalen Netzwerk nicht weitergeführt werden konnten. Vor allem in südlicheren Provinzen wurden regionale Netzwerke sogar ganz geschlossen.

## **6.7. Am Beispiel der italienischen regionalen HPH-Netzwerke: Welche Faktoren begünstigen die Kooperation zwischen regionalen Netzwerken gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen?**

Aufbauend auf den Ergebnissen zu den einzelnen Unterforschungsfragen soll hier die obenstehende Hauptforschungsfrage bearbeitet werden.

Alle befragten Personen gaben an, dass die regionale Netzwerkstruktur von HPH in Italien sinnvoll ist, da Gesundheitspolitik in Italien zum Großteil auf regionaler Ebene gemacht wird. Dieser Föderalismus ist laut Angaben der Interviewpartnerinnen und –partner zielführend, da der italienische Nationalstaat eine große, langgezogene Fläche einnimmt und zwischen den Provinzen zum Teil massive Unterschiede in sozialen, wirtschaftlichen und politischen Belangen bestehen.

Laut einer Übersichtstabelle der Wirtschaftskammer Österreich (WKO), die sich auf Daten der Europäischen Kommission beziehen, erstreckt sich der Nationalstaat Italien auf eine Fläche von rund 301.340 km<sup>2</sup> und hat 61.099.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Zum Vergleich umfasst Österreich eine Fläche von 83.879 km<sup>2</sup> und eine Bevölkerungszahl von 8.590.000 Menschen. (WKO 2015)

Die Einrichtung regionaler HPH-Netzwerke erscheint also dann sinnvoll, wenn ein Land eine gewisse (Bevölkerungs-)Größe besitzt, stark föderalistisch ist, Gesundheitspolitik maßgeblich von der Regionalpolitik gestaltet wird und große regionale Unterschiede zwischen den regionalen Verwaltungseinheiten bestehen. Die Einführung regionaler HPH-Netzwerke in Österreich wäre demnach vermutlich nicht zielführend, da zwischen den Bundesländern keine so massiven sozialen, wirtschaftlichen und politischen Unterschiede bestehen bzw. die Ungleichheiten in der Bevölkerung nicht auf die regionale Situation zurückzuführen sind. Diese Annahme resultiert aus den hier angestellten Analysen und müsste sicherlich noch detaillierter vertieft werden.

Auch wenn die Regionalität von HPH in Italien sinnvoll erscheint, kann aus den erhobenen Daten abgeleitet werden, dass es dennoch einer nationalen Koordination für HPH bedarf. Das wird einerseits damit belegt, dass die Befragten nach dem Wegfall des einstigen nationalen Koordinators 2013 große Unsicherheit über die zukünftige Kommunikation und Kooperation in Italien sehen. Zum anderen zeigt es sich darin, dass die regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren 2014 einen neuen nationalen Koordinator gewählt bzw. eingesetzt haben. Der Bedarf nach einer nationalen Koordination von HPH wurde also von den

Akteurinnen und Akteuren selbst gesehen und in Folge auch durch die Neubesetzung der nationalen Koordination erfüllt.

Aus den Ergebnissen der Forschungsarbeit lassen sich nun folgende **Kooperationsbedingungen für regionale HPH-Netzwerke** innerhalb eines Nationalstaats ableiten:

- Koordination der regionalen HPH-Netzwerke erfolgt nach innen und außen
- Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den regionalen HPH-Netzwerken wird von einer nationalen Person bzw. Stelle koordiniert
- Regelmäßige Vernetzungstreffen der regionalen HPH-Koordinatorinnen und Koordinatoren finden statt
- Regionsübergreifende Kooperation nutzt den beteiligten regionalen HPH-Netzwerken
- Regionsübergreifende Kooperation lässt sich den vorherrschenden regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen der Netzwerke und deren Mitglieder anpassen

Im Folgenden werden die gelisteten Kooperationsbedingungen kurz beschrieben. Diese basieren auf dem gewonnenen Material zur Bearbeitung der Forschungsfragen.

### **Koordination der regionalen HPH-Netzwerke erfolgt nach innen und außen**

Der Koordinatorin bzw. dem Koordinator eines regionalen HPH-Netzwerks kommen wichtige Aufgaben im Bereich Management zu. Ein wesentlicher Bestandteil ist dabei die Kommunikation nach innen und außen, d.h. Kommunikation mit dem internationalen HPH-Netzwerk bzw. mit der zuständigen WHO-Stelle in Kopenhagen, mit anderen HPH-Koordinatorinnen und Koordinatoren, mit der nationalen oder regionalen Gesundheitspolitik aber auch mit den Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen im Netzwerk selbst. Nur durch Kommunikation und Weitergabe relevanter Informationen kann Kooperation mit anderen regionalen Netzwerken oder Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen initiiert bzw. umgesetzt werden. Vor allem face-to-face Interaktionen in Form von Arbeits- bzw. Vernetzungstreffen zwischen den Koordinierenden oder Konferenzen erscheinen in Italien von zentraler Bedeutung. Kommunikation auf Basis von Internetplattformen und E-Mails wurde von den Interviewpartnern als weniger nützlich beschrieben, da Informationen so leicht übersehen werden können. Koordination im regionalen HPH-Netzwerk kann auch Managementaufgaben in der Umsetzung von Kooperationsprojekten mit Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen bedeuten (Projektmanagement zusätzlich zum Netzwerkmanagement). Die regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren haben einen Überblick über Entwicklungen und Aktivitäten in ihrem jeweiligen Netzwerk. Dieses breite Wissen ermöglicht den Austausch zwischen den Koordinierenden zu verschiedenen relevanten Themen für die Arbeiten zu HPH. Durch das vielseitige Wissen über die Aktivitäten in einem regionalen HPH-Netzwerk und dem Austausch darüber können sich die Koordinierenden auch in die Lage einer anderen regionalen

Koordinatorin bzw. eines anderen regionalen Koordinators hineinversetzen (da regionale Rahmenbedingungen teilweise sehr unterschiedlich sind). Der Arbeitsbereich der regionalen Koordination kann somit als eine Art Grundvoraussetzung für eine derartige Zusammenarbeit zwischen mehreren regionalen Netzwerken in einem Land gesehen werden.

Aus den gesammelten Daten kann darüber hinaus abgeleitet werden, dass das persönliche Engagement der Koordinatorin bzw. des Koordinators eines regionalen HPH-Netzwerks positive Auswirkungen auf das Funktionieren von Netzwerken bzw. deren Arbeitserfolg hat. Persönliches Engagement zeigt sich beispielsweise darin, dass nicht nur verpflichtende Termine mit HPH-Beauftragen in Krankenhäusern abgehalten, sondern auch weiterführende Gespräche auf informeller Basis gesucht werden. Ein anderes Beispiel für Engagement wäre der Besuch von relevanten (Fach-)Veranstaltungen in der Region oder auch in einer anderen Region, der der Netzwerkarbeit dient.

### **Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den regionalen HPH-Netzwerken wird von einer Person bzw. Stelle koordiniert**

Es hat sich gezeigt, dass Kooperation zwischen regionalen Netzwerken von einer zentralen Person bzw. Stelle organisiert und koordiniert werden sollte. Das bedeutet unter anderem, in regelmäßigem Kontakt mit den regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren zu stehen und sie über Neuigkeiten zu informieren. Des Weiteren sollen von dieser Person regelmäßige Treffen einberufen werden, um den Austausch zwischen allen Beteiligten zu sichern.

Diese zentrale Koordination soll im Idealfall von einer Person bekleidet werden, die alle regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren kennen oder sogar in diese Position gehoben haben. Diese Funktion kann auch von einem Koordinator bzw. Koordinatorin eines regionalen HPH-Netzwerks erfüllt werden. Von essenzieller Bedeutung ist, dass diese Person ihre Aufgaben in der Koordination der Zusammenarbeit zwischen den regionalen Netzwerken wahrnimmt.

In Italien wurden zur Unterstützung des nationalen Koordinators zwei Gremien (Koordinations-Komitee und eine nationale Steuerungsgruppe) eingeführt, die ihn strategisch und organisatorisch begleiten sollen. Dies ist keine Grundvoraussetzung in der Umsetzung von Kooperation zwischen mehreren regionalen Netzwerken, erscheint aber wegen der dadurch möglichen Funktionsteilung im Sinne von Professionalität, Effizienz und dergleichen sinnvoll.

## **Regelmäßige Vernetzungstreffen der regionalen HPH-Koordinatorinnen und Koordinatoren finden statt**

Im Rahmen der Forschungsarbeit hat sich herausgestellt, dass regelmäßige Treffen zur Vernetzung zwischen regionalen HPH-Netzwerken für die Kooperation von zentraler Bedeutung sind. Die Befragten berichteten zwar, dass die Koordinatorinnen und Koordinatoren zwar auch per E-Mail in Kontakt stehen, dass diese die persönliche Kommunikation im Rahmen von Sitzungen aber nicht ersetzen kann. Es wurde auch erwähnt, dass es eine Art virtuelle Gemeinschaft – wie ein Internet-Forum, zu dem nur ein bestimmter Personenkreis Zugang hat – für die Koordinierenden der regionalen HPH-Netzwerke in Italien gibt, diese aber nicht genützt wird. Nachdem viele Befragte betonten, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen knapp sind, liegt die Vermutung nahe, dass Treffen in regelmäßigen Abständen (z.B.: monatlich oder einmal im Quartal) besser in den Arbeitsalltag integriert werden können, als die Beteiligung in einem Forum, das prinzipiell zu jeder Tages- und Nachtzeit an sieben Tagen pro Woche genutzt werden kann.

Diese Treffen zwischen den regionalen HPH-Koordinatorinnen und Koordinatoren ermöglichen allgemein Vernetzung und Austausch von Erfahrungen, aber auch die Initiierung von konkreten Kooperationen über die Netzwerkgrenzen hinausgehend. Dabei handelt es sich zum Beispiel um spezifische Projekte oder um die gemeinsame Erarbeitung von Standards und dergleichen, die die Arbeit für HPH in ganz Italien betreffen.

## **Regionsübergreifende Kooperation nutzen den beteiligten regionalen HPH-Netzwerken**

Ein weiterer Faktor für Kooperation zwischen regionalen HPH-Netzwerken scheint im Nutzen der konkreten Zusammenarbeit zu liegen. Nachdem die Umsetzung von HPH in Italien auf regionaler Ebene geschieht, wäre die Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Netzwerken ein deutlicher Mehraufwand. Die Befragten berichteten, dass die Wirtschaftskrise seit 2009/10 zum Teil einen großen Sparzwang in Italien mit sich brachte. Diese Einsparungen waren in bestimmten Provinzen auch im Gesundheitsbereich zu spüren, was durchaus auch Auswirkungen auf die Arbeit zu HPH hatte. Es wurde berichtet, wodurch insbesondere die Netzwerke in den südlichen Regionen Italiens darunter litten. Für manche bewirkte der Sparzwang der regionalen Regierung auch die Niederlegung der HPH-Arbeit und den Austritt aus dem internationalen HPH-Netzwerk. Für die Netzwerke, deren Existenz durch die Einsparungen nicht bedroht war, hatte die Wirtschaftskrise aber zum Teil trotzdem massive Auswirkungen auf die Ressourcen für HPH. Das wiederum bedeutet, dass die vorhandenen Ressourcen effizient eingeteilt werden mussten bzw. müssen und Kooperationsarbeiten mit anderen Netzwerken nur da eingegangen werden, wenn das eigene HPH-Netzwerk einen Nutzen davon hat.

Eine Zusammenarbeit auf nationaler Ebene wird grundsätzlich da eingegangen, wo die Beteiligten einen Nutzen für ihre regionalen HPH-Aktivitäten sehen und die Arbeit hierfür mit den vorhandenen Ressourcen gedeckt werden kann.

### **Regionsübergreifende Kooperation lässt sich den vorherrschenden regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen der Netzwerke und deren Mitglieder anpassen**

Kooperationsprojekte zwischen regionalen HPH-Netzwerken werden dann eingegangen, wenn sie an die regionalen bzw. lokalen Gegebenheiten angepasst werden können. Dies kann sich entweder auf die regionale Situation des Netzwerks oder auf die speziellen Verhältnisse der lokalen Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, die Mitglieder eines HPH-Netzwerks sind, beziehen. Dadurch können Kooperationsprojekte bevölkerungsnah und effektiv umgesetzt werden. Wie passgenau diese Umsetzung in der Realität aussieht, kann im Rahmen dieser Masterarbeit nicht reflektiert werden.

Auch Kooperationsarbeiten auf nationaler HPH-Ebene erscheinen dann sinnvoll, wenn sie an die regionalen Bedingungen angepasst werden können. Hierbei wurde von den Befragten die gemeinsame Arbeit zu Standards und Qualitätssicherungsmaßnahmen von HPH in Italien genannt. Standards für die Umsetzung von HPH in Italien erscheinen eben nur dann zielführend, wenn sie sich an einem Mindestmaß orientieren, das von allen Beteiligten erfüllt werden kann. Hierbei sollte Rücksicht auf die wirtschaftliche, soziale und politische Lage der Mitglieder genommen werden.

## 7. Diskussion der Ergebnisse

Aus den Gesprächen und schriftlichen Befragungen wurde deutlich, dass die Netzwerkkordinatorinnen und –koordinatoren eine zentrale Rolle für Funktion und gewissermaßen auch Erfolg der regionalen HPH-Netzwerke in Italien darstellen. Die Koordinierenden erfüllen zentrale Aufgaben für die Zusammenarbeit im Netzwerk sowie in der Vernetzung mit anderen (regionalen) Netzwerken in Italien und darüber hinaus. Bei der Betrachtung des regionalen Netzwerks als Einheit fungieren die Koordinatorinnen und Koordinatoren als Vermittlerinnen bzw. Vermittler und zentrale Ansprechperson. Vermittelt werden hierbei im Inneren vor allem Informationen und Dokumente zwischen den regionalen Mitgliedern des Netzwerks. Diese Inhalte können vom internationalen HPH-Netzwerk, anderen regionalen HPH-Netzwerken Italiens, der regionalen Regierung oder Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen des eigenen oder aus anderen nationalen Netzwerken stammen.

Unter Berücksichtigung der oben beschriebenen **Literatur**, erfüllt die Koordinatorin bzw. der Koordinator des regionalen HPH-Netzwerks in diesem Zusammenhang die Aufgabe des „brokers“ bzw. Vermittlers (vgl. Abschnitt 3.5). Bei den mehr oder weniger regelmäßigen Treffen der regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren, können sich die Personen wie oben bereits beschrieben über Erfahrungen und Projekte austauschen aber auch Gemeinsames erarbeiten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten bei diesen Besprechungen neue Informationen und Unterlagen, die sie wiederum in ihr eigenes regionales Netzwerk einspeisen können. Dabei kann es sich beispielsweise um formale Aspekte wie gemeinsam erstellte Dokumente oder auch um Informelles zu bestimmten Vorgehensweisen handeln. Beide Ebenen (formell und informell) können einen Impuls für die Entwicklung eines regionalen Netzwerks bzw. von HPH in den Mitgliedsorganisationen der regionalen Netzwerke darstellen. Es wird davon ausgegangen, dass die regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren eher schwächere Beziehungen haben im Vergleich zu Personen, die im jeweiligen Netzwerk arbeiten und im engeren Kontakt stehen, wie beispielsweise HPH-Beauftragte in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen oder Expertinnen und Experten, mit denen inhaltlich an Projekten gearbeitet wird. Diese Annahme würde die Theorie von Granovetter bestätigen, dass schwache Beziehungen – in diesem Fall zwischen den regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren – größeren Einfluss auf die Arbeit und den Fortschritt eines Netzwerks haben können, als starke Beziehungen (vgl. Abschnitt 3.4).

Auch zu Moraths Annahmen zur Kooperation von interorganisationalen Netzwerken können einige Parallelen festgestellt werden wie beispielsweise durch die Bedeutung der persönlichen Beziehungen, die für das längerfristige Bestehen von Netzwerken flexibilisiert werden

müssen. Im vorliegenden Fall wäre dies beispielsweise mit der Offenheit gegenüber bzw. der Vernetzung mit anderen nationalen HPH-Netzwerken zu vergleichen.

Die Bedeutung dieser Vernetzungs- und Arbeitstreffen wurde auch von den Befragten bekräftigt. In diesem Zusammenhang wurde aus den Gesprächen und schriftlichen Befragungen deutlich, dass es eine konkrete Person braucht, die für die Koordination dieser Treffen zuständig ist. Als sich der nationale Koordinator, der diese Aufgaben wahrgenommen hatte, im Jahr 2013 zurückzog, herrschte große Unsicherheit über die Zukunft von HPH in Italien. Es stellte sich im Rahmen der Analyse heraus, dass diese Unsicherheit vor allem auf die Art der Weiterführung der Kommunikation und Kooperation der regionalen Netzwerke bezogen war, da das Überleben der einzelnen Netzwerke strukturell nicht an eine nationale Koordination gekoppelt ist (jedes regionale Netzwerk Italiens ist isoliert betrachtet Mitglied im internationalen HPH-Netzwerk). Den Berichten der Interviewpartnerinnen und -partner zufolge wussten sie zum Zeitpunkt der Befragung nicht, wer den ersten Schritt setzen und die Kommunikation mit allen regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren aufnehmen sollte.

Ein Koordinator hat bei der schriftlichen Befragung im Frühjahr 2014 angegeben, das nächste für dieses Jahr vorgesehene Treffen im Rahmen einer regionalen Konferenz organisieren zu wollen. Im Zuge der Internetrecherchen wurde festgestellt, dass dieses Treffen auch stattgefunden hat. Bei dieser Zusammenkunft der regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren wurde eben dieser Mann als neuer nationaler Koordinator für HPH in Italien gewählt bzw. bestätigt. Wie oben bei den Ergebnissen beschrieben wurden in diesem Zusammenhang auch ein Koordinations-Komitee und eine Steuerungsgruppe zur Begleitung und Beratung der (Weiter-)Entwicklung von HPH in Italien eingerichtet.

Auch wenn von Befragten mitgeteilt wurde, dass einige regionale HPH-Netzwerke im Laufe der Zeit ihre Tätigkeit niedergelegt haben (vgl. Tabelle 4), konnte in den Jahren 2014 und 2015 eine neue Region (Sardinien) für HPH gewonnen werden. Im Herbst 2015 wurde die nationale HPH-Konferenz in Cagliari, der Hauptstadt von Sardinien, ausgetragen.

Aus diesen Entwicklungen lässt sich ableiten, dass die persönliche Motivation bzw. das Engagement des nationalen Koordinators einen wesentlichen Beitrag zur Situation von HPH in Italien leistet. Aus dem Fragebogen des heutigen nationalen Koordinators kann man – teilweise explizit, teilweise implizit – eine große Identifikation mit dem Konzept von HPH herauslesen. Dies scheint ausschlagend dafür gewesen zu sein in einer Zeit ohne nationalen Koordinator den ersten Schritt zu setzen und alle Koordinatorinnen und Koordinatoren einzuberufen. Es ist daher anzunehmen, dass bei dem Zusammentreffen 2014 das Kommitent aller regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren erneuert und gestärkt wurde. Immerhin wurde in den Gesprächen ersichtlich, dass die regional Koordinierenden das Konzept von HPH

grundsätzlich unterstützen und an dessen Vorteile für Italien glauben, es aber einer nationalen Koordination bedarf, um dem selbstauferlegten Anspruch HPH auch überregional zu betreiben, gerecht zu werden. Im Hinblick auf die Tatsache, dass der neue nationale Koordinator bereits eine weitere Region für HPH gewinnen konnte und dort sogar die nächste nationale HPH-Konferenz ausgetragen wurde, lässt auf eine große Motivation des Koordinators schließen.

Wie oben erwähnt, hat Christina Dietscher in ihrer Dissertation fünf Typen von Strategien und Prozessen identifiziert, die Auswirkungen auf die reproduktive und produktive Effektivität von Netzwerken haben. Reproduktive Effektivität zielt dabei auf die Fähigkeiten von Netzwerken sich selbst zu reproduzieren, darunter versteht sich auch die Fähigkeit als Netzwerk bestehen zu bleiben. Die produktive Effektivität meint beispielsweise die Fähigkeit Einfluss auf die Netzwerk-Mitglieder zu haben. Bei den fünf Typen von Strategien und Prozessen handelt es sich um (Dietscher 2012, S. 154ff):

- Formalisierte Strukturen der Institutionalisierung der Netzwerke
- Beziehungen und Verbindungen in Netzwerken
- Alter und Größe der Netzwerke
- Prozesse in den Netzwerken
- Nationale oder regionale Kontexte bzw. Bedingungen der Netzwerke

Auch in der Untersuchung der regionalen HPH-Netzwerke zeigte sich, dass formalisierte Strukturen einen wesentlichen Einfluss auf deren Erfolg haben. Vor allem die Position der regionalen Koordinatorin bzw. des regionalen Koordinators erscheint für die Netzwerke relevant. Diese Funktion ist formal festgeschrieben und mit bestimmten Ressourcen ausgestattet. Wie Dietscher auch in ihrer Dissertation schreibt, ist es für ein Netzwerk besonders förderlich, wenn die regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren gewisse Führungskompetenzen aufweisen. Darunter versteht sich beispielsweise die Fähigkeit Vertrauen und Kommitment bei den Netzwerkmitgliedern aufzubauen und diese zu motivieren. (Dietscher 2012, S. 279)

Die Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit haben gezeigt, dass Motivation und Engagement der regionalen Netzwerkkoordinatorinnen und –koordinatoren positive Auswirkungen auf die Zusammenarbeit im HPH-Netzwerk haben. Genauso erweisen sich diese Eigenschaften in der Kooperation mit anderen italienischen HPH-Netzwerken als nützlich. Vor allem für den nationalen Koordinator sollten diese Fähigkeiten zutreffen, um die Kooperation – auch auf informeller Basis – aufrechtzuerhalten.

Hinsichtlich Beziehungen und Verbindungen in Netzwerken zeigen die Ergebnisse, dass Regionalität von HPH in Italien Vorteile für die Kommunikation in den Netzwerken hat. Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen können leicht von der regionalen Koordinatorin bzw. dem regionalen Koordinator erreicht werden und dementsprechend auch besser in bestimmte Prozesse auf Netzwerkebene eingebunden werden. Diese Nähe zu den Mitgliedern kann als positiv für den Erfolg der regionalen Netzwerke gesehen werden.

Hinsichtlich Alter und Größe des Netzwerks wurde bei den Gesprächen und schriftlichen Befragungen keine wesentlichen Aspekte für Erfolg oder Misserfolg eines Netzwerks genannt. Es wurde nur vermerkt, dass der Aufbau eines HPH-Netzwerks in einer kleinen Region bzw. Provinz schwieriger sein könnte, da auf verschiedenen Ebenen bestimmte Formen der Zusammenarbeit gefordert werden. Wenn diese Formen der Zusammenarbeit dann immer von denselben Menschen geleistet werden müssen, kann die Mitgliedschaft in einem neu gegründeten regionalen HPH-Netzwerk für diese Personen überfordernd sein. Christina Dietscher hat in ihrer Dissertation festgestellt, dass vor allem Alter ein Risikofaktor für die Funktion eines Netzwerks dargestellt. Insbesondere Netzwerke, die bereits seit mehr als 12,5 Jahren bestehen scheinen gefährdeter als jüngere. (Dietscher 2012, S. 283) Dieser Aspekt wurde in den Analysen nicht weiter berücksichtigt, da dieser nicht von den Befragten angesprochen wurde.

Hinsichtlich relevanter Prozesse in den Netzwerken vermerkt Dietscher beispielsweise bestimmte Mitgliedschaftskriterien oder gemeinsame Dokumente zur Zusammenarbeit, die einen Einfluss auf die Effektivität von Netzwerken haben können (Dietscher 2012, S. 284). In diesem Zusammenhang wurde berichtet, dass die Mitglieder der regionalen Netzwerke einen Mitgliedschaftsbeitrag zahlen. Ob es sich hierbei um den Beitrag zur Mitgliedschaft im internationalen HPH-Netzwerk handelt, den jedes nationale bzw. regionale Netzwerk entrichten muss, oder um einen separaten Mitgliedschaftsbeitrag für die regionalen italienischen HPH-Netzwerke handelt, wurde nicht näher hinterfragt. Die Vermutung liegt aber nahe, dass neben den internationalen Mitgliedschaftsbeitrag, ein eigener italienischer Mitgliedschaftsbeitrag zu zahlen ist. Es wurde aber nichts darüber ausgesagt, ob dies Einflüsse auf die Netzwerkarbeit hat.

Ein großes Thema in der Untersuchung der italienischen regionalen HPH-Netzwerke waren die regionalen Rahmenbedingungen in den Provinzen. Dietscher hat hierzu unter anderem geschrieben, dass politische Veränderungen und ökonomische Krisen einen wesentlichen Risikofaktor für die Funktion eines Netzwerks darstellen (Dietscher 2012, S. 286). Dieser Schluss kann auch aus den vorliegenden Ergebnissen gezogen werden.

Im Großen und Ganzen kann an dieser Stelle resümiert werden, dass die italienischen HPH-Netzwerke aufgrund ihrer regionalen Struktur sich zwar von vielen anderen HPH-Netzwerken unterscheiden, deren Erfolg bzw. Effektivität auf ähnliche Strukturen und Prozesse zurückzuführen sind, die auch in anderen (nationalen) Netzwerken eine Rolle spielen.

Die **Methode** der qualitativen Netzwerkanalyse hat sich gut für die Bearbeitung der Forschungsfrage geeignet. Durch die Expertinnen- und Experteninterviews sowie die schriftlichen Befragungen konnten die Wahrnehmungen der Koordinatorinnen und Koordinatoren sowie anderweitigen HPH-Expertinnen und –Experten erfragt werden. Die Aussagen wurden im Folgenden durch die Beobachtung und Analyse ausgewählter Internetseiten ergänzt. An dieser Stelle muss thematisiert werden, dass die Dauer, die die Erstellung dieser Masterarbeit in Anspruch genommen hat, durchaus eine Limitation darstellt. Jedoch konnte durch die regelmäßige Sichtung und Analyse ausgewählter Internetseiten die Entwicklung in Italien verfolgt werden. Der Zeittrend hat im Nachhinein betrachtet gezeigt, welche zentrale Rolle der nationale Koordinator in Italien einnimmt, da die regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren – ohne erkennbare Einwirkung von außen – selbst den Bedarf nach dieser Funktion gesehen und eine neue Person hierfür eingesetzt haben. Das hat die Vermutung, die aus den Interviews und schriftlichen Befragungen gewonnen wurde, gestützt.

Eine weitere Limitation stellt auch die Tatsache dar, dass keine Koordinatorinnen und Koordinatoren aufgelassener regionaler HPH-Netzwerke interviewt werden konnten. Das könnte zu einer positiven Verzerrung der Ergebnisse geführt haben. Dies gilt ebenso für die HPH-Beauftragten aus Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen. Deren Sichtweise ist in den Daten leider auch nicht adäquat abgebildet.

Auch wenn im Rahmen dieser Masterarbeit einige Kooperationsbedingungen für HPH-Netzwerke abgeleitet werden konnten, gibt es in diesem Bereich weiterhin Forschungsbedarf. Zukünftige Arbeiten könnten sich beispielsweise mit der Kooperation zwischen nationalen Netzwerken beschäftigen und in weiterer Folge förderliche und hinderliche Elemente für internationale Zusammenarbeit im Bereich HPH identifizieren. Eine Abstraktion des Themas Kooperation zwischen nationalen Netzwerken könnte eventuell dadurch erreicht werden, dass die Zusammenarbeit in einem anderen Netzwerk vergleichend herangezogen wird.

## 8. Zusammenfassung und Ausblick

Aus den gesammelten Daten, die im Rahmen von Expertinnen- und Experteninterviews, schriftlichen Befragungen, Beobachtungen und Analyse ausgewählter Internetseiten generiert wurden, konnten einige Elemente für das Funktionieren der Kooperation zwischen regionalen HPH-Netzwerken in Italien identifiziert werden. Einige von diesen Faktoren können vermutlich auf andere regionale oder auch nationale HPH-Netzwerke übertragen werden – wie es auch der Vergleich mit einigen Ergebnissen von Christina Dietschers Dissertation gezeigt hat. Im Folgenden werden diese Elemente noch einmal zusammengefasst.

Die **Regionalität der HPH-Netzwerke** in Italien ist zielführend, da zwischen den einzelnen Provinzen und Regionen Italiens zum Teil deutliche soziale, wirtschaftliche und politische Ungleichheiten bestehen. Es wurde in diesem Zusammenhang von einem Nord-Süd-Gefälle berichtet, das sich beispielsweise in der Arbeitslosenrate der örtlichen Bevölkerung widerspiegelt. Durch die Umsetzung von HPH in regionalen Netzwerken können diese Unterschiede in der konkreten Arbeit der Netzwerke berücksichtigt werden. Eine Übertragung dieser regionalen Umsetzung erscheint für jene Nationalstaaten sinnvoll, in denen ähnlich große Unterschiede zwischen den Regionen und der darin lebenden Menschen bestehen. Der Transfer des italienischen Modells wäre für Österreich wahrscheinlich weniger zielführend, da die Staatsfläche und die österreichische Bevölkerungszahl wesentlich kleiner ist als die italienische und keine derart großen Ungleichheiten zwischen den Bundesländern bestehen wie es in Italien der Fall ist.

Die **Rolle der Koordinatorin bzw. des Koordinators** des regionalen HPH-Netzwerks trägt maßgeblich zum Funktionieren eines regionalen Netzwerks bei. Dies ist einerseits mit der Managementfunktion dieser Position verbunden, zum anderen wurde aber ausgesagt, dass subjektive Faktoren wie persönliche Motivation, Engagement und Identifikation mit dem Konzept von HPH von großer Bedeutung sind. In diesem Zusammenhang wurde bei einigen Interviews erwähnt, dass auf die Neubesetzung der koordinierenden Person eine Schließung des Netzwerks folgte, weil sich diese nicht in dem Maße für eine Weiterführung engagiert hat wie ihre Vorgängerin bzw. ihr Vorgänger. Aufgrund des zusätzlichen Sparzwangs der nationalen und regionalen Regierung wurde dieses HPH-Netzwerk kurzer Hand eingestellt. Darüber hinaus wurde auch der persönliche Eindruck gewonnen, dass jene regionalen HPH-Netzwerke Italiens mit engagierten und motivierten Koordinatorinnen und Koordinatoren – auch im internationalen Kontext – sichtbar und erfolgreich sind. Dies wird unter anderem daraus gefolgert, dass einige Koordinatorinnen und Koordinatoren bei der internationalen HPH-Konferenz 2013 in Göteborg vertreten waren und über bestimmte Projekte referiert

haben. Mit diesen Personen wurden dann auch Interviews geführt, bei denen das hohe Engagement für und Identifikation mit dem Konzept von HPH deutlich wahrgenommen werden konnte.

Trotz der regionalen Umsetzung von HPH in Italien, ist die **nationale Vernetzung und Zusammenarbeit** von Bedeutung. Dies wurde unter anderem durch den Wegfall des einstigen nationalen Koordinators sichtbar. Als sich dieser 2012/2013 aus dem HPH-Bereich zurückzog, ohne eine konkrete Nachfolgerin bzw. einen konkreten Nachfolger zu benennen, herrschte erst einmal Irritation und Unsicherheit bei den regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren. Im Jahr 2014 wurde die temporäre Stille zwischen den regionalen Netzwerken durch eine regionale Konferenz zum Thema HPH gebrochen. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurde von den Koordinatorinnen und Koordinatoren ein neuer nationaler Koordinator gewählt. Die große Bedeutung des nationalen Koordinators wird daraus ersichtlich, dass diese Stelle von den Beteiligten selbst gewissermaßen eingefordert und letztendlich neu besetzt wurde. Der neue nationale Koordinator ist weiterhin auch Koordinator eines regionalen Netzwerks.

Bezugnehmend auf die Forschungsfrage (*Welche Faktoren begünstigen die Kooperation zwischen regionalen Netzwerken gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen?*) konnten aus den Ergebnissen der Forschungsarbeit folgende **Kooperationsbedingungen für HPH-Netzwerke** identifiziert werden:

- Koordination der (regionalen) HPH-Netzwerke erfolgt nach innen und außen
- Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den (regionalen) HPH-Netzwerken wird von einer Person bzw. Stelle koordiniert
- Regelmäßige Vernetzungstreffen der (regionalen) HPH-Koordinatorinnen und Koordinatoren finden statt
- Regionsübergreifende Kooperation nutzt den beteiligten regionalen HPH-Netzwerken
- Regionsübergreifende Kooperation lässt sich den vorherrschenden regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen der Netzwerke und deren Mitglieder anpassen

Resümierend kann gesagt werden, dass aus der vorliegenden Fallstudie zu Struktur und Kooperation von regionalen HPH-Netzwerken in Italien einige Kooperationsbedingungen abgeleitet werden konnten. Um festzustellen, in wie weit diese auch auf andere – insbesondere auf nationale HPH-Netzwerke – übertragen werden können, ist weitere Forschung nötig.

Wichtig erscheint bei der Betrachtung von (regionalen) HPH-Netzwerken die Berücksichtigung der regionalen bzw. nationalen sozialen, wirtschaftlichen und politischen Gegebenheiten.

ten, da Art und Intensität von Kooperation ja auch von Ressourcen abhängig ist und daher zwischen ökonomisch gut gestellten Netzwerken einfacher zu sein scheint als zwischen Netzwerken, die maßgeblich von wirtschaftlichen Restriktionen betroffen sind.

## Quellenverzeichnis

**Altgeld, Thomas/ Kolip, Petra** (2010): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann Klaus, Klotz Theodor, Haisch Jochen (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S. 45-56, 3.Auflage, Verlag Hans Huber, Bern

**Bogner, Alexander; Littig, Beate, Menz, Wolfgang** (2014): Interviews mit Experten – eine praxisorientierte Einführung. Springer VS, Wiesbaden, 2014.

**Burt, Ronald S.** (2004): Structural Holes and Good Ideas. In: American Journal of Sociology, Vol. 110, Nr. 2 (September 2004), S. 349-399

**Dahlgren, Göran / Margret, Whitehead** (2007): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Future Studies, Stockholm, 2007.

**Dietscher, Christina** (2008): 5 Standards der Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Pilotierung in Österreich. In: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen - Konzept und Praxis in Österreich, S. 41-44, BMGFJ, Wien

**Dietscher, Christina** (2012): Interorganizational networks in the settings approach of health promotion – The case of the International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH). Dissertation. Universität Wien

**Doetter, Lorraine Frisina/ Götz, Ralf** (2010): The Changing Role of the State in the Italian Healthcare System. TranState Working Papers, Nr. 150, Bremen, Sfb 597 "Staatlichkeit im Wandel"; 2011

**France, George; Taroni, Francesco; Donatini, Andrea** (2005): The Italian health-care system. In: Health Economics, Vol. 14, S. 187-202

**Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) Glossar** (2005): Determinanten der Gesundheit. Im Internet verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/determinanten-der-gesundheit> (Zugriff am 2.4.2015)

**Gould, Roger V. /Fernandez Roberto M.** (1989): Structures of Mediation: A Formal Approach to Brokerage in Transaction Networks. In: Sociological Methodology, Vol. 19 (1989), S. 89-126

**Granovetter, Mark S.** (1973): The strength of weak ties. In: American Journal of Sociology, Vol. 78, Nr. 6 (Mai 1973), S. 1360-1380

**Groene Oliver** (2006): Implementing health promotion in hospitals: Manual and self assessment forms. Copenhagen: World Health Organization – Regional Office for Europe

*Im Internet verfügbar unter:*

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99819/E88584.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf) (letzter Zugriff 07.8.2014)

**Hollstein, Betina** (2006): Qualitative Methoden und Netzwerkanalyse – ein Widerspruch? In: Hollstein, Betina/ Straus, Florian (Hrsg.) (2006): Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen. 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, S. 11-36

**Holzer, Boris** (2010a): Netzwerke und Systeme. Zum Verhältnis von Vernetzung und Differenzierung. In: Stegbauer, Christian (Hrsg.) (2010): Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie. Ein neues Paradigma in den Sozialwissenschaften. 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2010

**Holzer, Boris** (2010b): Netzwerke. 2. Auflage, Transcript Verlag, Bielefeld 2010

**Hurrelmann Klaus, Klotz Theodor, Haisch Jochen (Hrsg.)** (2010): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann Klaus, Klotz Theodor, Haisch Jochen (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern

**International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services** (2015):

<http://www.hphnet.org/> (letzter Zugriff 14.08.2015)

**International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services** (2014a):

<http://www.hphnet.org/> (letzter Zugriff 08.08.2014)

**International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services** (2014b):

Newsletter No 68, Juni 2014. Im Internet verfügbar unter: <http://www.hph-hc.cc/hph-newsletter/english.html> (letzter Zugriff 05.08.2015)

**International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services** (2014c):

Newsletter No 71, Dezember 2014. Im Internet verfügbar unter: <http://www.hph-hc.cc/hph-newsletter/english.html> (letzter Zugriff 05.08.2015)

**International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services** (Hrsg.) (2008): HPH Constitution and Memorandum of Understanding. WHO-CC Copenhagen. Im Internet verfügbar unter:

<http://hphnet.org/attachments/article/5/Constitution%20and%20Mou%20signed.pdf> (letzter Zugriff 08.08.2014)

**International Network of Health Promoting Hospitals** (1991): The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. Budapest.

Im Internet verfügbar unter: <http://www.hphnet.org/library/40-budapest-declaration> (letzter Zugriff 06.08.2014)

**Kassiopeagroup (2015)**: Programma congresse HPH:

[http://www.kassiopeagroup.com/ew/ew\\_eventi/Programma%20congresso%20HPH.pdf](http://www.kassiopeagroup.com/ew/ew_eventi/Programma%20congresso%20HPH.pdf) (letzter Zugriff 06.08.2015)

**Kähler, Harro D.** (1975): Das Konzept des sozialen Netzwerks: Eine Einführung in die Literatur. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 4, Heft 3 (Juli 1975), S. 283-290

**Lueger, Manfred** (2010). Interpretative Sozialforschung: Die Methoden. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

**Milz Helmut, Vang Johannes O.** (1989): Consultation on the role of health promotion in hospitals. In: Health Promotion International 3, Vol.4, S. 425-427

**Mayring, Philipp** (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

**Ministero della Salute** (2014): Il Servizio Sanitario Nazionale. Im Internet verfügbar unter: [http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_4.jsp?lingua=italiano&area=II\\_Ssn](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_4.jsp?lingua=italiano&area=II_Ssn) (Zugriff am 3.7.2014)

**Mitchell, Clyde J.** (1971): The concept and use of social networks. In: Mitchell, Clyde J. (Hrsg.) (1971): Social Networks in Urban Situations. 2. Auflage, University of Manchester, University Press, Manchester. S. 1-50

**Morath, Frank A.** (1996): Interorganisationale Netzwerke: Dimensions – Determinants – Dynamics. Reihe Management Forschung und Praxis 15. Konstanz: Universität Konstanz

**Pelikan Jürgen, Dietscher Christina, Krajic Karl, Nowak Peter** (2005): Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O., Garcia-Barbero M. (Hrsg.): Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. World Health Organization – Regional Office for Europe. Copenhagen. S. 48-67

**Pelikan, Jürgen M. et al.** (Hrsg.) (2006): Putting HPH policy into Action. Working Paper of the WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care. WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care. Vienna

*Im Internet verfügbar:*

[http://www.ongkg.at/fileadmin/user\\_upload/ONGKG\\_Grunddokumente/18Strategies.pdf](http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Grunddokumente/18Strategies.pdf) (letzter Zugriff 07.08.2014)

**Pelikan, Jürgen M. (2007):** Health Promoting Hospitals – Assessing developments in the network. In: Italian Journal of Public Health, Year 5, Vol. 4, S. 261-270

Im Internet Verfügbar: <http://ijphjournal.it/article/view/5864/5608> (letzter Zugriff 07.08.2014)

**Pelikan, Jürgen M., Schmied Hermann, Dietscher Christina (2010):** Prävention und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In: Hurrelmann K., Klotz T., Haisch J. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S.290-301, 3.Auflage, Verlag Hans Huber, Bern

**Pelikan, Jürgen M. et al.** (2011): The International HPH Network – A short history of two decades of development. In: Clinical Health Promotion 1, Vol. 1, S. 32-36.

**Pelikan, Jürgen M.** (2011): Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings. In: Dür, Wolfgang & Felder-Puig, Rosemarie (Hrsg.): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung, S. 63-72, Verlag Hans Huber, Bern

**Preisendörfer, Peter** (2011): Organisationssoziologie - Grundlagen, Theorien und Problemstellungen. 3. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

**Rete HPH Italia** (2015): HPH – Ospedali per la promozione della Salute – Rete Italiana. Im Internet verfügbar: <http://www.retephitalia.it/> (Zugriff am 07.08.2015)

**Sørensen Kristine, Van den Broucke Stephan, Fullam James, Doyle Gerardine, Pelikan Jürgen, Slonska Zofia, Brand Helmut** (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 2012, Vol. 12: 80.

**Stegbauer, Christian/ Häußling, Roger** (2010): Einleitung in das Handbuch Netzwerkforschung. In: Stegbauer, Christian/ Häußling, Roger (Hrsg.) (2010): Handbuch Netzwerkforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Wiesbaden

**Stegbauer, Christian** (2010): Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie. Einige Anmerkungen zu einem neuen Paradigma. In: Stegbauer, Christian (Hrsg.) (2010): Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie. Ein neues Paradigma in den Sozialwissenschaften. 2.Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2010

**Wirtschaftskammer Österreich – WKO (2015):** Fläche und Bevölkerung. Im Internet verfügbar unter: <http://wko.at/statistik/eu/europa-bevoelkerung.pdf> (Zugriff am 28.8.2015)

**World Health Organization - WHO (1946):** Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948

**World Health Organization - WHO (Hrsg.) (1997):** Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe.

*Im Internet verfügbar unter: [http://www.hphnet.org/attachments/article/43/vienna\\_recom.pdf](http://www.hphnet.org/attachments/article/43/vienna_recom.pdf) (letzter Zugriff 31.3.2014)*

**World Health Organisation – WHO (Hrsg.) (1998):** Glossar Gesundheitsförderung. Deutsche Übersetzung

*Im Internet verfügbar unter:*

*<http://www.kindergesundheitsfoerderung.de/Daten/Dokumente/InformationenundMaterialien/Gesundheitsfoerderung/GlossarGesundheitsfoerderung.pdf> (letzter Zugriff 24.2.2015)*

**World Health Organisation – WHO (Hrsg.) (1986):** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa.

*Im Internet verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (letzter Zugriff 09.03.2014)*

**World Health Organization – WHO (Hrsg.) (1997):** Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe.

*Im Internet verfügbar unter: <http://hphnet.org/library/43-vienna-recommendations> (letzter Zugriff: 06.08.2014)*

## **Anhang 1: Zusammenfassung**

Das internationale Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services – HPH) blickt auf eine über zwanzig Jahre lange Entwicklungsgeschichte zurück. Es besteht aus nationalen und regionalen HPH-Netzwerken und wird vom Europa-Büro der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Euro) als wichtige Strategie für die Forcierung bzw. Implementierung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen gesehen. Die Etablierung von HPH in Italien durch die Schaffung regionaler Netzwerke unterscheidet sich von den meisten anderen Mitgliedern des internationalen HPH-Netzwerks, die überwiegend nationale Netzwerke eingerichtet haben.

Aufgrund dieser spezifischen Entwicklung und Organisationsform soll das italienische Netzwerk in dieser Masterarbeit mit Hinblick auf deren strukturellen Besonderheiten näher betrachtet werden. Von besonderem Interesse sind hierbei Koordination und Kommunikation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken in Italien, die maßgeblich von den regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren geleistet wird. Im empirischen Teil der Masterarbeit wurde nach dem Ansatz der qualitativen Netzwerkanalyse nach Hollstein mit unterschiedlichen qualitativen Methoden (Expertinnen- und Experteninterviews, schriftliche Befragung, Beobachtung, Inhaltsanalyse ausgewählter Internetseiten) gearbeitet.

Ziel der Arbeit war, die Identifikation von Faktoren die die Kooperation zwischen regionalen Netzwerken gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen begünstigen. Es stellte sich heraus, dass den Koordinatorinnen und Koordinatoren der regionalen HPH-Netzwerke eine bedeutende Rolle in der Kooperation zukommt. Die Kooperation zwischen den regionalen HPH-Netzwerken wird durch regelmäßige Vernetzungstreffen der regionalen Koordinierenden begünstigt. Ein wesentlicher Aspekt besteht darin, dass sich regionsübergreifende Kooperation an die vorherrschenden regionalen Gegebenheiten und Bedürfnisse der regionalen HPH-Netzwerke und deren Mitglieder anpassen lässt. Es zeigte sich, dass Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den (regionalen) HPH-Netzwerken von einer zuständigen Person bzw. Stelle koordiniert sollte, um diese langfristig zu gewährleisten.

Neben allgemeineren Zugängen der soziologischen Netzwerk- bzw. Systemtheorie stellen vor allem die Konzepte des „Brokerage“ von Burt (Burt 2004) sowie „starker und schwacher Beziehungen in Netzwerken“ von Granovetter (Granovetter 1973) wichtige theoretische Bezugspunkte dar.

## **Anhang 2: Abstract**

The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) exists for more than twenty years. It consists of national and regional HPH networks. The regional office for Europe of the World Health Organization (WHO-Euro) considers the international HPH network to be an important strategy for the implementation of health promotion in hospitals and health services. In contrast to the common strategy of implementing HPH through national networks, in Italy HPH was established through regional networks.

This master's thesis takes a closer look at the specific progress and organisation of the regional HPH networks in Italy. Communication and coordination between these regional networks, in which the coordinators of the regional HPH networks play an important role, are of particular interest. The empirical part of this master's thesis follows the approach of qualitative network analysis by Hollstein by combining various methods of qualitative empirical social research (expert interviews, written consultation, observation, content analysis of selected websites).

The aim of this master's thesis was the identification of factors that promote the cooperation between regional HPH networks. It turned out that the coordinators of the regional networks play an important role in the cooperation. Cooperation is promoted by regular meetings of the regional network coordinators. It is important that the results of cooperation on national level fit into the regional framework of the networks. It became evident that networking and cooperation between the regional HPH networks should be coordinated by a responsible person or office to ensure long-term cooperation.

Burt's concept of "brokerage" (Burt 2004) and Granovetter's concept regarding "strong and weak ties in networks" (Granovetter 1973) are relevant theoretical references for this master's thesis.