



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Effektivität interorganisationaler Netzwerke im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung“

Eine soziologische Fallstudie am Beispiel des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder
Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

verfasst von / submitted by

Birgit Metzler, Bakk. phil.

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

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. i. R. Dr. Jürgen Pelikan

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während des Entstehungsprozesses dieser Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Besonderer Dank gilt meinem Betreuer Univ.-Prof. i. R. Dr. Jürgen Pelikan und meiner Ko-Betreuerin Mag.^a Dr.ⁱⁿ Christina Dietscher. Sie haben diese Arbeit ermöglicht und mir durch ihr konstruktives und wertschätzendes Feedback wichtige Denkanstöße geliefert.

Ebenso möchte ich mich bei meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern bedanken, die mir ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben. Ohne ihre Gesprächsbereitschaft und die interessanten Beiträge wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Bei Astrid Loidolt möchte ich mich ganz herzlich für die wertvollen inhaltlichen Anmerkungen bedanken und bei Nelli Farnholz für das sorgfältige Korrekturlesen.

Für anregenden Austausch und Rückhalt in verschiedenen Arbeitsphasen bedanke ich mich bei meinem Bruder Julius und bei Benjamin Kölldorfer sowie bei MMag.^a Irene Krassnitzer und den TeilnehmerInnen der Studienabschlussgruppe.

Zu guter Letzt möchte ich meinen engsten Freundinnen und meiner Familie, insbesondere Felix, Max und Christian, für all die Unterstützung danken, die sie mir im Laufe des Studiums zukommen ließen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	1
1.1. BEGRÜNDUNG DER FALLAUSWAHL UND WEG ZUR FORSCHUNGSFRAGE	1
1.2. AUFBAU DER ARBEIT.....	3
2. EINGRENZUNG DES NETZWERKBEGRIFFS.....	5
2.1. DER NETZWERKBEGRIFF IM SETTING-ANSATZ DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	7
2.1.1. <i>Brößkamp-Stones Modell zur Beurteilung von Gesundheitsförderungsnetzwerken.....</i>	8
2.1.2. <i>Dietschers Effektivitätskonzept für Netzwerke in der Gesundheitsförderung</i>	9
2.1.3. <i>(Entwicklungs-)Möglichkeiten und Grenzen des Netzwerkers</i>	11
3. ORGANISATIONSTHEORETISCHE GRUNDLAGEN	13
3.1. WAS SIND ORGANISATIONEN	14
3.1.1. <i>Entscheidungsprämissen</i>	15
3.1.2. <i>Der Verein – ein spezieller Fall von Organisation</i>	18
3.1.3. <i>Die Organisation Krankenhaus.....</i>	19
4. GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS REFORMKONZEPT FÜR SETTINGS	21
4.1. GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	22
4.2. SETTINGS IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	23
4.2.1. <i>Das Setting als „System-Umwelt-Verbund“.....</i>	25
4.3. ENTWICKLUNG GESUNDHEITSFÖRDERNDER SETTINGS	25
4.4. NETZWERKE ALS STRATEGIE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	28
4.5. GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SETTING KRANKENHAUS: DAS INTERNATIONALE NETZWERK GESUNDHEITSFÖRDERNDER KRANKENHÄUSER UND GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN (HPH)	29
4.5.1. <i>Entwicklungsphasen des internationalen HPH-Netzwerks</i>	29
4.6. STELLENWERT VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN ÖSTERREICH UND POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN.....	51
5. FORSCHUNGSDESIGN UND METHODEN	53
5.1. METHODOLOGISCHE GRUNDAUSRICHTUNG.....	53
5.2. FORSCHUNGSPROZESS.....	54
5.2.1. <i>Planungs- und Orientierungsphase</i>	54
5.2.2. <i>Zyklische Hauptforschungsphase.....</i>	55
5.2.3. <i>Ergebnisverarbeitung</i>	56
5.3. DATENERHEBUNG MITTELS EXPERTINNENINTERVIEWS	56
5.3.1. <i>Der Interviewleitfaden.....</i>	57
5.3.2. <i>Interviewablauf und Auswahl der ExpertInnen.....</i>	60
5.4. DATENANALYSE	62
5.4.1. <i>Transkription</i>	62
5.4.2. <i>Paraphrase</i>	63
5.4.3. <i>Überschriften.....</i>	63

5.4.4.	<i>Thematischer Vergleich</i>	64
5.4.5.	<i>Soziologische Konzeptualisierung</i>	64
5.4.6.	<i>Theoretische Generalisierung</i>	64
6.	ERGEBNISSE	65
6.1.	DER FALL: DAS ÖSTERREICHISCHE NETZWERK GESUNDHEITSFÖRDERNDER KRANKENHÄUSER UND GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN	66
6.1.1.	<i>Gründung und wichtige Entwicklungsstationen</i>	66
6.1.2.	<i>Mitgliedschaft und Mitglieder</i>	68
6.1.3.	<i>Sektionen des ONGKG</i>	71
6.2.	KOMMUNIKATIONSWEGE	74
6.2.1.	<i>Interne Differenzierung – maßgebliche Kontaktpunkte</i>	75
6.2.2.	<i>Kommunikation im Netzwerk – Regulierung der Beziehungen zwischen den Beteiligten</i>	84
6.3.	PROGRAMME	86
6.3.1.	<i>Basisorientierungen und Regeln</i>	87
6.3.2.	<i>Mittel zur Erreichung des Zwecks</i>	91
6.3.3.	<i>Eingrenzung des Zweckprogramms durch die Einrichtung von Sektionen</i>	95
6.4.	PERSONEN	99
6.4.1.	<i>Generalversammlung</i>	99
6.4.2.	<i>Vorstand</i>	101
6.4.3.	<i>Wissenschaftliche Begleitung</i>	103
6.5.	RELEVANTE UMWELTEN DES ONGKG	106
6.5.1.	<i>Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen</i>	107
6.5.2.	<i>Internationales Umfeld</i>	110
7.	ZUSAMMENFASSUNG DER WESENTLICHEN ERGEBNISSE	113
7.1.	GRÜNDUNGSKONTEXT UND ENTWICKLUNG	113
7.2.	KOMMUNIKATIONSWEGE	114
7.3.	PROGRAMME	117
7.4.	PERSONEN	120
7.5.	RELEVANTE UMWELTEN	122
8.	DISKUSSION	124
9.	LITERATUR	128
10.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	133
11.	TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	134
12.	ABSTRACTS	135

1. Einleitung

Netzwerke im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung wurden seit Ende der 1980er-Jahre von der WHO initiiert und gefördert mit dem Ziel, Gesundheitsförderung in gleichartigen Settings (z.B. Krankenhäuser, Schulen) zu entwickeln und implementieren. Ihr Nutzen besteht darin, den gegenseitigen Austausch und das Voneinander-Lernen der Netzwerkmitglieder zu ermöglichen und fördern, Synergien zu schaffen und effektive Ressourcennutzung anzuregen (vgl. Brößkamp-Stone 2003, S. 246). Das im Jahr 1990 gegründete Internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (HPH) ist eines der ältesten Netzwerke dieser Art. Um die Verbreitung des HPH-Konzepts voranzutreiben, wurden in weiterer Folge auch nationale und regionale Netzwerke etabliert – unter ihnen auch das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG).

Ein Merkmal von Netzwerken im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung ist, dass sie die Tendenz aufweisen, sich von loser Kooperation hin zu formalisierter Institutionalisierung zu entwickeln (vgl. Dietscher 2012). Das ONGKG kann in dieser Hinsicht als typisches Beispiel angeführt werden: Nachdem es die ersten zehn Jahre seines Bestehens einen eher geringen Formalisierungsgrad aufwies, gab sich das Netzwerk 2006 die Struktur eines Vereins, der wiederum einen speziellen Fall von Organisation darstellt.

Auf Basis einer Dokumentenanalyse und von ExpertInneninterviews mit verschiedenen NetzwerkvertreterInnen wird im Rahmen dieser Masterarbeit der Frage nachgegangen, wie sich die Vereinsgründung, aber auch andere spezifische Netzwerkstrukturen und -prozesse des ONGKG, die sich im Laufe der Zeit herausgebildet haben, auf seine Effektivität auswirken und welchen Einfluss dabei die relevanten Umwelten des ONGKG nehmen. Netzwerkeffektivität wird dabei, der Definition Dietschers (2012) folgend, zum einen als das Ausmaß erfasst in dem die beteiligten Organisationen gesundheitsfördernde Strukturen und Prozesse im jeweiligen organisationalen Setting implementieren, zum anderen als die Fähigkeit der Netzwerke zum Selbsterhalt. Diese Fragestellung und die Eingrenzung des Untersuchungsfelds standen nicht bereits von Beginn an fest, sondern wurden mit dem Fortschreiten der Masterarbeit entwickelt. Der Weg dahin soll im folgenden Abschnitt kurz nachgezeichnet werden.

1.1. Begründung der Fallauswahl und Weg zur Forschungsfrage

Den Anstoß für diese Masterarbeit gab eine Ausschreibung des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) für die Erarbeitung einer Fallstudie zur Entwicklung und zum Erfolg

nationaler Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Das Erstgespräch mit den BetreuerInnen lieferte einen ersten Überblick und Anhaltspunkte für eine Eingrenzung des Forschungsfeldes. Dabei wurde der Fokus zunächst auf die sogenannten „deutschsprachigen Netzwerke“ – das österreichische, das deutsche und das schweizerische Netzwerk – gerichtet.

Neben der geografischen Nähe und der sprachlichen Gemeinsamkeit weisen diese drei Netzwerke noch andere ähnliche Charakteristika auf. Alle drei zählen zu den älteren nationalen HPH-Netzwerken¹, wobei das deutsche und das österreichische relativ zeitnah zueinander gegründet wurden und auf die Beteiligung am Europäischen Pilotkrankenhausprojekt (EPHP) zurückzuführen sind. Das deutsche und das schweizerische Netzwerk sind bzw. waren zudem von Beginn an als Verein organisiert, das österreichische seit 2006. Im Laufe der Zeit ergaben sich immer wieder gemeinsame Kooperationen, so wurden beispielsweise gemeinsame Konferenzen² organisiert und es entstanden Vernetzungen im Rahmen themenspezifischer Initiativen³. Über die Jahre haben es alle drei Netzwerke geschafft, eine beachtliche Mitgliederzahl zu akquirieren und sind in dieser Hinsicht als erfolgreich einzustufen.

Der an diesen Kriterien bemessene Erfolg erwies sich aber nicht für alle drei Netzwerke gleichermaßen als nachhaltig und sie entwickelten sich in verschiedene Richtungen. Während das österreichische Netzwerk einen stabilen Eindruck macht und langsam, aber stetig wächst, hat das deutsche Netzwerk nach einer anfänglichen Phase rasanten Wachstums innerhalb kurzer Zeit sehr viele Mitglieder verloren und stand im Jahr 2012 kurz vor der Auflösung. Diese konnte mittlerweile abgewendet werden. Beim schweizerischen Netzwerk verhielt es sich anders, nach einer schwierigen Phase wurde das Netzwerk Ende 2012 aufgelöst.

Daher stellte sich die Frage, warum sich diese drei Netzwerke in so unterschiedliche Richtungen entwickelten. Das Forschungsinteresse richtete sich somit auf Netzwerkentwicklungs- und Übergangsphasen und die Rekonstruktion damit zusammenhängender entscheidender Strukturen und Prozesse. Diese erste Eingrenzung des Forschungsinteresses ermöglichte die Planung weiterer Schritte und in weiterer Folge die Ausarbeitung eines Leitfadens für ExpertInneninterviews mit VertreterInnen der Netzwerke.

Im weiteren Forschungsverlauf erfolgte eine Eingrenzung des zunächst noch weiten Untersuchungsfeldes. Anstatt die drei Netzwerke gleichermaßen zu analysieren, um sie miteinander

¹ Gründungsjahre: deutsches Netzwerk: 1995, österreichisches Netzwerk: 1996, schweizerisches Netzwerk: 1999

² Erste Gemeinsame Konferenz der Deutschsprachigen Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, 12.-13. November 2001, Wien; zweite Gemeinsame Konferenz der Deutschsprachigen Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, 21.-23. September 2005, Berlin; dritte Gemeinsame Konferenz der Deutschsprachigen Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, 23.-26. September 2009, Zug

³ Z.B. Migrant-friendly Hospitals, Rauchfreie Krankenhäuser, ...

zu vergleichen, wurde der Fokus auf das österreichische Netzwerk gelegt. Diese Begrenzung ermöglicht eine umfassendere Darstellung des ONGKG, in die Erkenntnisse zu den beiden anderen untersuchten Netzwerken kontrastierend einfließen.

Auch die zunächst noch recht offene Fragestellung nach Entwicklungsphasen und damit zusammenhängenden kritischen Faktoren legte eine konzeptuelle Schärfung nahe. Im Zuge der Auseinandersetzung mit netzwerktheoretischen Konzepten, insbesondere Dietschers Konzept der Netzwerkeffektivität und der Organisationstheorie sensu Luhmann – hier vor allem das Konzept der Entscheidungsprämissen –, nahm die **Forschungsfrage** Gestalt an. Im Verlauf der Analysen kristallisierte sich heraus, dass sich viele der im Auswertungsprozess gebildeten Kategorien den drei Typen von Entscheidungsprämissen *Programme*, *Kommunikationswege* und *Personal* zuordnen lassen. Auch die Netzwerkwelten erwiesen sich als relevanter Einflussfaktor.

Deshalb wurde das Forschungsinteresse auf die *Netzwerkeffektivität* (i.S.v. Dietscher 2012) gerichtet, die entlang der relevanten Umwelten des ONGKG sowie der drei genannten Typen von Entscheidungsprämissen analysiert werden sollte. Daraus ergaben sich für die Arbeit folgende Fragestellungen:

- *Wie wirken sich Programme, Kommunikationswege und Personal auf die Effektivität des ONGKG aus?*
- *Welchen Einfluss haben die relevanten Umwelten des ONGKG auf seine Effektivität?*

Mit der Beantwortung dieser Fragen soll Einblick in die Funktionsweise des ONGKG gegeben werden, um daraus Hinweise zu generieren, welche Faktoren in Bezug auf die Selbsterhaltung und die Erfüllung des Bestandszwecks besonders zum Tragen kommen. Durch den mit der Fragestellung gewählten Fokus versteht sich diese Masterarbeit als Beitrag zur Netzwerk-Effektivitätsforschung, wobei die Spezifik des Falls nur eine eingeschränkte Übertrag- und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zulässt. Somit liegt der Anspruch vielmehr darin, die Ergebnisse bestehenden Forschungserkenntnissen zur Netzwerkeffektivität gegenüberzustellen und Anstoß zu geben, neue Hypothesen zu entwickeln.

1.2. Aufbau der Arbeit

Zunächst wird dargelegt, aus welcher Perspektive der Untersuchungsgegenstand analysiert wird und auf welche theoretischen Grundlagen dabei Bezug genommen wird. Neben netzwerk- und organisationstheoretischen Bezügen wird in Zusammenhang mit dem Forschungskontext auch der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung einer genaueren Betrachtung unterzogen.

Im netzwerktheoretischen Abschnitt werden zunächst Nutzen und Besonderheiten von Netzwerken umrissen und das Konzept der Netzwerkeffektivität wird erläutert. Besonderes Augenmerk wird auf die Figur des Brokers gelegt – eine zentrale Stelle, die Verbindungen zwischen den Mitgliedern des Netzwerks schafft und dadurch einen wichtigen Faktor für die Netzwerkeffektivität darstellt.

Schließlich werden zwei theoretische Annäherungen an den Netzwerkbegriff im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung vorgestellt, wobei in zweiterer das Konzept der Netzwerkeffektivität in einer modifizierten Variante Anwendung findet. Zum Abschluss des netzwerktheoretischen Teils werden kritische Faktoren für die Entwicklung von Netzwerken in der Gesundheitsförderung erörtert.

Da die im Rahmen dieser Arbeit behandelten Netzwerke organisationsähnliche Grundzüge aufweisen, ist das dritte Kapitel organisationstheoretischen Grundlagen gewidmet. Diese Erweiterung der theoretischen Perspektive erweist sich nicht zuletzt deshalb als sinnvoll, weil einige der HPH-Netzwerke, wie z.B. das österreichische und das deutsche, als Verein organisiert sind, der wiederum als ein „*Sonderfall von formaler Organisation*“ (Stichweh 2000, S. 25) bezeichnet werden kann. Darüber hinaus zielen die hier erörterten Netzwerke auf die Einführung bzw. Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern ab, die eine besonders komplexe Form von Organisation darstellen. Aus einer soziologischen Perspektive werden daher die Besonderheiten des Vereins als Organisation und der Organisation Krankenhaus kurz erläutert.

Mit dem Ansinnen, eine konkrete Vorstellung über das Phänomen „Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ zu verschaffen, wird im vierten Kapitel der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung und die Rolle von Netzwerken darin beschrieben. Danach wird ein Überblick über die Entwicklung des internationalen HPH-Netzwerks gegeben. Da diese eng mit der Gründung und Entwicklung des ONGKG verwoben ist, liefert sie wichtiges Hintergrundwissen für ein umfassendes Verständnis des Falls. Zum Abschluss dieses Kapitels wird noch ein Schlaglicht auf die politischen Rahmenbedingungen und den Stellenwert von Gesundheitsförderung in Österreich geworfen.

Im fünften Kapitel wird das Forschungsdesign vorgestellt und die Datenerhebung mittels ExpertInneninterviews sowie die Auswertungsmethode beschrieben.

Kapitel sechs widmet sich schließlich den Ergebnissen. Nach einer ausführlichen Darstellung des Falls werden die aus der Analyse gewonnenen Erkenntnisse entlang der Formalstruktur sowie der relevanten Umwelten des ONGKG dargestellt.

Das siebente Kapitel beschließt die Arbeit mit einer Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse und einer Diskussion der gewonnenen Erkenntnisse.

2. Eingrenzung des Netzwerkbegriffs

Das Forschungsfeld, das sich mit sozialen Netzwerken befasst, hat in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen. Auch in die verschiedensten sozialwissenschaftlichen Fachgebiete und in den Bereich der Soziologie (z.B. Migrations-, Familien-, Stadt-, Organisationssoziologie) fand die Netzwerkperspektive Eingang. Mindestens ebenso vielfältig wie die Disziplinen, in denen das Netzwerkkonzept Anwendung findet, sind die Ansätze zur theoretischen Erfassung. Aus den zahlreichen unterschiedlichen theoretischen und methodischen Ansätzen – allein zwischen den verschiedenen soziologischen Theorien – kristallisierten sich bislang weder einheitliche theoretische Grundlagen heraus, noch bündelten sie sich in einer eigenen Forschungsdisziplin (vgl. Weyer 2000; Hollstein 2006; Stegbauer und Häußling 2010).

Auf einer sehr allgemeinen Ebene lassen sich Netzwerke als selektive Verbindungen zwischen Elementen beschreiben. Die Verknüpfung der Elemente erfolgt in selektiver Weise und folgt einem bestimmten Muster oder Strukturierungsprinzip. In dieser Hinsicht lässt sich der Netzwerkbegriff als ein Phänomen „*organisierter Komplexität*“ beschreiben (vgl. Holzer und Fuhse 2010, S. 313). Bei den Elementen sozialer Netzwerke kann es sich um Personen, Gruppen, Organisationen oder Staaten handeln. Da bei Netzwerken gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen in erster Linie organisationale Settings miteinander verknüpft sind⁴, stehen im Fokus dieser Arbeit sogenannte Interorganisationsnetzwerke.

Welchen Nutzen haben soziale Netzwerke für ihre Mitglieder? Netzwerke bieten die Möglichkeit, Handlungschancen zu erschließen, die ansonsten nur schwer oder gar nicht zugänglich wären. Die sozialen Beziehungen im Netzwerk werden zu Sozialkapital, wenn durch sie Unterstützungs- und Hilfeleistungen oder Zugang zu materiellen und immateriellen Ressourcen ermöglicht oder erleichtert wird (vgl. Holzer 2006, S. 14).

Ausgehend von Mark S. Granovetters These von der „*Stärke schwacher Bindungen*“ (ders. 1973), können die Beziehungen vor allem dann von Vorteil sein, wenn sie lose sind und nur gelegentlich aktiviert werden. Die Stärke einer Beziehung wird von Granovetter anhand von vier Merkmalen definiert: Zeitaufwand, emotionale Intensität, Intimität (gegenseitiges Vertrauen) und Austausch von Leistungen. Granovetter unterscheidet zwischen „*strong ties*“ – dicht geknüpften Kontaktnetzen, beispielsweise Freundschaften oder Familie – und „*weak ties*“, das sind weniger intensive Beziehungen, die dichter vernetzte Gruppen miteinander verbinden. Seiner These folgend ist innerhalb eng vernetzter Gruppen die Redundanz von Informationen besonders hoch. „*Weak ties*“ fungieren hier als Brücken, die ansonsten voneinander getrennte Regionen eines größeren

⁴ Beispielsweise sind im ONGKG bis auf eine Person, die außerordentliches Mitglied ist, alle Mitglieder Organisationen.

Netzwerks miteinander verbinden und Zugang zu „(...) *nicht redundanten, überraschenden und häufig besonders wertvollen Informationen*“ gewähren (Holzer 2006, S. 18).

Jene Teile einer Brücke, die an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Gruppen stehen, werden als „Broker“ oder „Vermittler“ bezeichnet. Ein wesentliches Strukturmerkmal von Interorganisationsnetzwerken sind separate Verwaltungsstellen, die häufig an diesen Schnittstellenpositionen errichtet werden. Sie erfüllen in der Regel die Funktion einer zentralen Anlaufstelle für die Durchführung der wichtigsten Netzwerkaktivitäten, leisten Hilfestellung beim Aufbau des Netzwerks, koordinieren und steuern die Netzwerkaktivitäten und unterstützen sowohl die Mitglieder als auch die Netzwerkziele (vgl. Human und Provan 2000, S. 329f).

Lücken und Kontaktbarrieren zwischen einzelnen Elementen eines Netzwerks werden in der Netzwerkliteratur als „structural holes“ bezeichnet (Burt 1992). Da die Figur des Brokers oder des Vermittlers bzw. der Vermittlerin an den Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Gruppen eines größeren Netzwerks positioniert ist, verfügt sie über die Möglichkeit, zwischen nicht direkt miteinander verbundenen Knoten zu vermitteln. Die Kontakte zu relevanten Dritten stellen Ressourcen dar, die mit Hilfe des Brokers aufgrund ihrer bzw. seiner strategisch günstigen Positionierung durch Vermittlung erschlossen werden können (vgl. Holzer 2006, S. 19f). Der Broker birgt somit für das Netzwerk Potenzial in mehrerlei Hinsicht: er bzw. sie kann bei den Mitgliedern an beiden Enden der „structural holes“ ein Bewusstsein für die Interessen und Schwierigkeiten der jeweils anderen Gruppe schaffen, Informationen und Problemlösungen übertragen, Analogien zwischen Mitgliedern ziehen, die sich ansonsten als unterschiedlich wahrnehmen würden und neuartige Synthesen herstellen (vgl. Burt 2004, S. 355). Somit bestehen wesentliche Aufgaben für ihn darin, strukturelle Löcher aufzuspüren und Beziehungen im Netzwerk herzustellen, zu gestalten und zu pflegen. Die wichtige Rolle des Brokers für die Netzwerkintegration birgt jedoch inhärent das Risiko, dass die durch ihn verbundenen Regionen wieder getrennt werden können, sollte er wegfallen.

In ihrer vergleichenden Studie über medizinische Versorgungsnetzwerke⁵ stellen Provan und Milward (1995) fest, dass die Integration durch einen Broker bzw. eine zentrale Koordinationsstelle, die die Verbindungen zwischen den Mitgliedern herstellt, ein wichtiger Faktor für die allgemeine Netzwerkeffektivität ist. Die zentrale Einheit erlaubt es dem Netzwerk, effizienter zu operieren, da sie die anderen Mitglieder von Administrations- und Koordinationsaufgaben entlastet und die Beobachtung und Steuerung von Prozessen und Ergebnissen ermöglicht. Laut Studie haben im Gegensatz dazu große Netzwerke mit vielen dezentralen Verbindungen Schwierigkeiten, sich als geschlossenes System zu organisieren und effizient zu operieren. Geringere Netzwerkeffektivität ist

⁵ Vergleichende Fallstudie über vier Netzwerke kommunaler psychosozialer Gesundheitsdienste in den USA (vgl. Provan und Milward 1995)

ebenfalls zu erwarten, wenn Netzwerke sowohl über eine zentrale Stelle, als auch dezentral über Verbindungen einzelner Mitglieder integriert sind (vgl. Provan und Milward 1995, S. 13; S. 24f).

Neben der zentralen Integration durch einen Broker begreift Provans und Milwards Konzept die externe finanzielle Steuerung, die Stabilität des Netzwerks und die Verfügbarkeit von externen Ressourcen als weitere wichtige Faktoren für die Effektivität. Als effektiver erwiesen sich in der Studie Netzwerke mit direkter und nicht-fragmentierter externer Steuerung. Weniger effektiv waren dagegen Netzwerke mit indirekter externer Steuerung – über zwischengeschaltete Stellen – und fehlenden lokalen Kontroll- und Steuerungsmechanismen (vgl. ebd., S. 25).

Netzwerkstabilität und Verfügbarkeit externer Ressourcen erfassen Provan und Milward in ihrem Modell als Kontextfaktoren, die moderierend auf die Netzwerkeffektivität wirken. Die allgemeine Stabilität eines Netzwerks wirkt sich zwar fördernd auf dessen Effektivität aus, ist als alleiniger Faktor jedoch unzureichend. So sind etwa Netzwerke, die erst kürzlich wesentliche Änderungen durchlaufen haben, erheblich weniger effektiv als stabile Netzwerke (vgl. ebd., S. 26). In Abhängigkeit von den anderen Netzwerkcharakteristika ist zudem die Effektivität eines Netzwerks in einer ressourcenreichen Umwelt höher als die jener Netzwerke, die in einer Umwelt mit knappen Ressourcen eingebettet sind. Die Ergebnisse der Studie ergaben, dass es unwahrscheinlich ist, dass Netzwerke, die in einer ressourcenknappen Umwelt eingebettet sind, effektive Ergebnisse auf Netzwerkebene erzielen (vgl. ebd., S. 27).

2.1. Der Netzwerkbegriff im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung

Obwohl sich international betrachtet seit den 1990er-Jahren Netzwerke als wesentliche Infrastruktur und Organisationsform zur Behandlung komplexer und langfristiger Ziele im Bereich der Gesundheitsförderung etabliert haben, gibt es bislang nur wenige Arbeiten, die sich auf theoretischer Ebene mit der spezifischen Bedeutung des Netzwerkbegriffs im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung auseinandersetzen. Als Indikator für eine beginnende fachliche Reflektion auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung ist zu werten, dass die WHO den Begriff „network“ in ihre zweite Ausgabe des Health Promotion Glossary (WHO 1998) aufgenommen hat (vgl. Brößkamp-Stone 2004, S. 85). Darin definiert die WHO ein Netzwerk als *„A grouping of individuals, organizations and agencies organized on a non hierarchical basis around common issues or concerns, which are pursued proactively and systematically, based on commitment and trust“* (WHO 1998, S. 16). Auf Ebene der AkteurInnen wird somit in einem Netzwerk zwischen Einzelpersonen, Organisationen und Behörden unterschieden, deren Kooperationsbeziehungen nicht-hierarchisch organisiert sind und auf Engagement und Vertrauen basieren. Den zentralen Berührungspunkt bildet ein gemeinsames Thema oder Anliegen, das vom Netzwerk proaktiv und systematisch verfolgt wird.

2.1.1. Brößkamp-Stones Modell zur Beurteilung von Gesundheitsförderungsnetzwerken

Eine der wenigen theoretischen Annäherungen an den Netzwerkbegriff im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung wird von der Schweizer Public Health-Expertin Ursel Brößkamp-Stone vorgenommen, die Konzepte der interorganisationalen Netzwerkforschung mit dem Gesundheitsförderungsansatz verschränkt und daraus ein Modell zur Beurteilung von Gesundheitsförderungsnetzwerken⁶ entwickelt.

Da Netzwerke im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung in erster Linie soziale Systeme miteinander verbinden (hauptsächlich Organisationen, wie z.B. Krankenhäuser, Schulen oder Unternehmen) und nur gelegentlich individuelle NetzwerkpartnerInnen, legt sie ihren Forschungsfokus auf interorganisationale Zusammenschlüsse. Interorganisationale Netzwerke definiert Brößkamp-Stone als „(...) die grundlegende soziale Form, die Interaktionen des Austausches, konzertierten Handelns und gemeinsamer Produktion zwischen Organisationen erlaubt. Netzwerke sind Cluster von Organisationen, die per Definition nicht-hierarchische Kollektive von rechtlich unabhängigen bzw. autonomen organisatorischen Einheiten sind“ (Brößkamp-Stone 2003, S. 246). Der Nutzen von Netzwerken liegt darin, dass sie den gegenseitigen Austausch und das voneinander Lernen der Netzwerkmitglieder ermöglichen und fördern, Synergien schaffen und effektive Ressourcennutzung anregen (vgl. ebd.).

Brößkamp-Stones Mehrebenenmodell orientiert sich stark an der Arbeit der beiden amerikanischen OrganisationswissenschaftlerInnen Catherine Alter und Jerald Hage aus dem Jahr 1993, die auf Netzwerke in der Industrie und im Dienstleistungssektor ausgerichtet ist. Für das Assessment und die Analyse interorganisationaler Netzwerke identifiziert sie fünf Dimensionen, die zu berücksichtigen sind (vgl. Brößkamp-Stone 2003, S. 247f):

- 1) **Netzwerkumgebung bzw. -umwelt:** Gilt als netzwerkformender Faktor, da er sich auf die Netzwerkstrukturen und -prozesse auswirkt; dazu zählen externe Kontrollfaktoren (Ressourcenabhängigkeit, Autonomie in strategischen Entscheidungen), allgemeine Faktoren (wirtschaftliche, politische, soziale und institutionelle).
- 2) **Aufgabe bzw. Ziel (Art und Ausmaß):** Der konzeptionelle Rahmen als Basis für die gemeinsame Definition eines geteilten Ziels. Gilt ebenfalls als netzwerkformender Faktor, da Art und Ausmaß des Ziels sich auf die Netzwerkstrukturen und -prozesse auswirken.
- 3) **Netzwerkstruktur:** Größe, Zentralität (Grad, zu dem Informationen oder Aufgaben von einem oder wenigen Mitgliedern dominiert werden), Komplexität (Anzahl der verschiedenen

⁶ Brößkamp-Stone unterzog ihr Modell im Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen einem Pilottest (vgl. dies. 2004). Empirische Anwendung fand das Modell darüber hinaus im Rahmen einer Netzwerk-Evaluation des deutschen Arbeitskreises Gesundheitsfördernder Hochschulen (vgl. Stock et al. 2010).

Sektionen oder Einrichtungen im Netzwerk), Differenzierung (Ausmaß der funktionalen Arbeitsteilung im Netzwerk), Konnektivität (Ausmaß zu dem mögliche Verbindungen zwischen Mitgliedern tatsächlich genutzt werden), Mitgliedschaftskriterien, Netzwerkmitglieder (Anzahl, Typus, Unterschiedlichkeit, geografische Nähe oder Distanz zueinander).

- 4) **Netzwerkprozesse:** Ausmaß des gemeinsamen Entscheidens und Arbeitens bzw. der administrativen und operativen Koordination (Aufgaben-Integration), Art und Umfang der verwendeten Koordinationsmethoden, Art der Verbindungen zueinander (formell oder informell, laterale oder hierarchische Kommunikationsprozesse, Beständigkeit), Vertrauen der Mitglieder untereinander, gegenseitiger Nutzen und Reziprozität, gemeinsame langfristige Perspektive und Konsensorientierung.
- 5) **Netzwerkleistung (Performance):** wahrgenommene Effektivität (Flexibilität, Anpassungsfähigkeit an neue Anforderungen oder Aufgaben), Ausmaß von Konflikten.

Des Weiteren leitet Brößkamp-Stone drei Grundprinzipien für das Assessment von interorganisationalen Gesundheitsförderungsnetzwerken ab: a) Orientierung an angemessenen Ergebniserwartungen („*reasonable outcome approach*“), b) Berücksichtigung der verschiedenen Entwicklungsstufen und c) Einbeziehung von Schlüsselfaktoren für eine nachhaltige Kapazitätsentwicklung („*sustainable capacity development*“) (vgl. Brößkamp-Stone 2004, S. 196ff).

2.1.2. Dietschers Effektivitätskonzept für Netzwerke in der Gesundheitsförderung

Brößkamp-Stones Ausführungen als Ausgangsbasis verwendend, entwickelte die österreichische Soziologin Christina Dietscher ein modifiziertes Modell zur Konzeptualisierung und Untersuchung der Funktion und Effektivität von Netzwerken in der Gesundheitsförderung. In theoretischer Hinsicht orientiert sie sich dabei am Konzept der Kapazitätsentwicklung und an Wirkungsmodellen in der Gesundheitsförderung, sozialwissenschaftlichen Netzwerktheorien, betriebswirtschaftlichen und gesundheitswissenschaftlichen Konzepten, dem Setting-Ansatz, dem Qualitätsmodell nach Donabedian (1966), sowie an der soziologischen Systemtheorie. Im Rahmen einer groß angelegten Evaluationsstudie des internationalen HPH-Netzwerks – PRICES-HPH⁷ – wurde dieses Modell empirisch angewendet und erprobt (vgl. Dietscher 2012).

Dietschers Definition zufolge sind Netzwerke im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung interorganisationale Strukturen, die evolutionär betrachtet die Tendenz aufweisen, sich von loser

⁷Project on a Retrospective, Internationally Comparative Evaluation Study (2008-2012); koordiniert vom WHO-Kooperationszentrum für Gesundheitsförderung im Krankenhaus und Gesundheitswesen (www.hph-hc.cc)

Kopplung, bzw. informellen Netzwerken, hin zu formalisierter Organisation, bzw. voller Zusammenarbeit, zu entwickeln. Der Zweck dieser Netzwerke besteht in erster Linie darin, die teilnehmenden Organisationen bei der Implementierung und Weiterentwicklung von gesundheitsfördernden Strategien (Interventionen) und Strukturen systematisch zu unterstützen.

Dem Qualitätsansatz Donabedians (1966) folgend, wird im Modell davon ausgegangen, dass die jeweiligen Netzwerkstrukturen Auswirkungen auf die Strategien und Prozesse im Netzwerk haben. Diese wiederum bestimmen die Netzwerk-Ergebnisse (outcome). Die Ergebnisse sind in diesem Fall eine Vielzahl von intendierten und nicht-intendierten Netzwerkeffekten, die im Modell in reproduktive und produktive Effektivität unterteilt sind.

2.1.2.1. Produktive Effektivität

Die produktive Effektivität setzt sich zusammen aus der Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen (wie z.B. Strategiepapiere, Teams, Ressourcen) und von Prozessen im jeweiligen organisationalen Setting. Die Resultate, die infolge der veränderten Strukturen und Prozesse in den jeweiligen Organisationen zu verzeichnen sind (z.B. verbesserte Gesundheit der PatientInnen, der Belegschaft, der regionalen Bevölkerung), sind als indirekte Netzwerkeffekte ebenfalls ein Faktor der produktiven Effektivität.

Wichtige Einflussfaktoren sind der Netzwerkkontext bzw. die Umwelten des Netzwerks (politische Rahmenbedingungen, Förderstrukturen, unterstützende Partnerschaften) und der allgemeine Stellenwert von Gesundheitsförderung in der Öffentlichkeit. Das bedeutet, dass Netzwerke auch den jeweiligen Kontext bzw. die Umwelt ihrer Mitgliedsorganisationen mitberücksichtigen müssen, damit sie erfolgreiche Veränderungen in Richtung Gesundheitsförderung erzielen können. Ein weiterer bedeutsamer Faktor ist der Formalisierungsgrad der Netzwerke. Insbesondere mit höheren Ressourcen sowie etablierten Kommunikationswegen und -technologien ausgestattete Netzwerke sind besser in der Lage, Gesundheitsförderung im jeweiligen organisationalen Setting zu implementieren (vgl. Dietscher 2013).

2.1.2.2. Reproduktive Effektivität

Unter reproduktiver Effektivität wird die Viabilität bzw. „*die Fähigkeit der Netzwerke zum Fortbestand in der Zeit*“ verstanden (vgl. Dietscher 2012, S. 409). Dimensionen, die bei der reproduktiven Effektivität zum Tragen kommen, sind die Lernfähigkeit der Netzwerke, ihre Anpassungsfähigkeit an Veränderungen in ihren relevanten Umwelten, sowie ihre Fähigkeit, Mitglieder anzuwerben und zu halten.

Als hinderlichen Einflussfaktor für die reproduktive Effektivität wurden bei der Untersuchung des internationalen HPH-Netzwerks ungeeignete Netzwerkkordinationsstellen identifiziert. Zudem sind Netzwerke mit fortschreitendem Alter zunehmend in ihrer Reproduktion gefährdet. Etablierte und partizipative Entscheidungsstrukturen sowie klar formulierte Ziele wirken sich dagegen positiv auf die Lebensfähigkeit der Netzwerke aus (vgl. Dietscher 2013).

Dietschers Modell basiert auf der Annahme, dass es sich bei Netzwerken im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung um eine spezifische Form von komplexer Organisation handelt. Die Annahme wird damit begründet, dass derartige Netzwerke typische organisationale Merkmale aufweisen: die Netzwerke verfolgen ein spezifisches Ziel (den größtmöglichen Gesundheitsgewinn von PatientInnen, BesucherInnen, MitarbeiterInnen und der regionalen Bevölkerung mittels gesundheitsfördernder Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen in Gesundheitseinrichtungen) und sie grenzen sich von ihrer Umwelt ab (vgl. Dietscher 2013). Da zudem der Formalisierungsgrad der Netzwerke, die in dieser Arbeit im Fokus der Betrachtung sind, relativ hoch ist, soll neben netzwerktheoretischen auch auf organisationstheoretische Grundlagen eingegangen werden, die zur Aufbereitung der Ergebnisse dienen. Zuvor wird noch darauf eingegangen, welche Faktoren sich in der empirischen Betrachtung als kritisch für die Entwicklung von Netzwerken in der Gesundheitsförderung erwiesen haben.

2.1.3. (Entwicklungs-)Möglichkeiten und Grenzen des Netzwerkens

Da Netzwerke über Kooperationsstrukturen verfügen, die durch starke Interdependenz gekennzeichnet sind, sind herkömmliche Instrumentarien zur hierarchischen Steuerung eher weniger geeignet. Lobnig et al. (1999) schlagen daher andere Formen der Intervention vor, die auf ihren Erfahrungen in der Koordination des internationalen HPH-Netzwerks beruhen. Nach ihren Vorstellungen, brauchen Netzwerke eine **Koordinationszentrale**, die eine Verantwortungsposition übernimmt und die Interessen des gesamten Netzwerks vertritt.

Sie halten weiters für wichtig, dass Netzwerke über eine **gemeinsame Vision** verfügen, die an die Interessen der Mitglieder anschließt und in der Lage ist, deren Ressourcen zu mobilisieren. Diese ist umso wichtiger, je loser die vertragliche Bindung zwischen den Mitgliedern ist und je eher sie auf ideellen Werten basiert.

Als weiterer wichtiger Punkt wird die Implementierung von **Regeln** genannt, die dazu dienen, die Verantwortlichkeiten, Rechte und Pflichten der Mitglieder zu definieren. Dabei sollte beachtet werden, diese möglichst einfach und transparent zu halten. Gleichzeitig sollten sie so gestaltet sein, dass sie die Mitglieder dazu verpflichten, Beiträge zu leisten: *„Wenn die PartnerInnen in einem Netz mit sehr vielen Vorbehalten einsteigen, die eigene Identität nicht weiterentwickeln wollen und sich zu*

nichts verpflichtet fühlen, dann ist ein solches Netzwerk von Beginn an zum Scheitern verurteilt“ (Heinecke 1997 zit. nach Lobnig et al. 1999, S. 63).

Eine große Bedeutung kommt in Netzwerken Meetings und Konferenzen als **Plattformen für persönliche Kommunikation** zu, da sie die Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs, der gegenseitigen Beratung und des Vergleichs bieten. Da diese Form des „soft networking“ meist mit erheblichen zeitlichen und finanziellen Ressourcen verbunden ist, ist eine produktive Gestaltung derartiger Veranstaltungen umso wichtiger. Neben der sachlich-inhaltlichen Kommunikation bei den Netzwerktreffen ist auch der Beziehungsaspekt nicht zu vernachlässigen, da er entscheidend zur Entwicklung einer gemeinsamen Kultur im Netzwerk beiträgt. Neue **technologische Möglichkeiten der Kommunikation** sollten genutzt werden, um beschleunigtes, globales und zielgerichtetes Kommunizieren zwischen den Mitgliedern zu ermöglichen und zu erleichtern (vgl. Lobnig et al. 1999, S. 63).

Nicht alle Netzwerke schaffen es, langfristig wirksame Strukturen auszubilden. Manche Netzwerke durchlaufen instabile Phasen und einige scheitern gar. Anhand gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Netzwerkdiskurse und basierend auf ihren eigenen Erfahrungen aus der Koordination und Evaluation von Netzwerken unternimmt Christina Dietscher (2011) eine Einschätzung über die Möglichkeiten und Grenzen des Netzwerkens im Bereich der Gesundheitsförderung.

Der erste Punkt betrifft die **Koordination und Ressourcen** von Netzwerken. Ebenso wie bei Lobnig et al. (1999) wird für eine gelingende Kooperation eine Netzwerkkoordination vorausgesetzt, die sich durch fachliche und soziale Kompetenz auszeichnet und auf breite Akzeptanz bei den Mitgliedern stößt. Entscheidend für die Kooperationsbereitschaft ist auch, dass das Netzwerk aus Sicht der PartnerInnen als nützlich erlebt wird und attraktive Angebote bereithält. Das wiederum erfordert entsprechende Ressourcen, die häufig in einer „Mix-Strategie“ generiert werden (z.B. Mitgliedsbeiträge, Förderungen, Sachleistungen, Freiwilligenarbeit). In vielen Fällen werden die Mittel für die Netzwerke, zumindest teilweise, durch öffentliche Gelder aufgebracht, was eine gewisse politische Abhängigkeit mit sich bringt: *„Daher können Veränderungen der politischen Landschaft (z.B. Wahlen) ebenso zu Brüchen und Zäsuren in der Netzwerkarbeit führen wie ein Personalwechsel in der Koordination“* (Dietscher 2011, S. 249).

Die **Motivation** zur Beteiligung an Netzwerken stellt einen weiteren wichtigen Faktor bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen des Netzwerkens dar. Trotz wissenschaftlicher Evidenz über den möglichen Beitrag, den Gesundheitsförderung hinsichtlich der Erfüllung organisationaler Kernaufgaben leisten kann, wird Gesundheitsförderung selten als integrierter Bestandteil der Organisation wahrgenommen, sondern vielmehr als freiwillige Zusatz-Investition, deren Nutzen sich

nicht hinreichend mit den organisationalen Zielen deckt: *„Vor allem dann, wenn Gesundheitsförderung nicht zu ihren expliziten (gesetzlichen) Aufgaben gehört und die begrenzten zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen von Organisationen wie Schulen oder Krankenhäusern mit „Pflichterfüllung“ ausgelastet sind, können sie oft nicht zur Beteiligung an einem Gesundheitsförderungs-Netzwerk motiviert werden“* (Dietscher 2011, S. 249). Eine Möglichkeit, dem entgegenzutreten, ist den möglichen PartnerInnen mit attraktiven Angeboten aufzuwarten oder aber sich für eine stärkere Institutionalisierung von Gesundheitsförderung einzusetzen.

Ein weiterer Faktor, der den Erfolg von Netzwerken begünstigen kann, ist der **Impact von Netzwerken auf Organisationen**. Dieser wird tendenziell gering eingestuft, da Netzwerke in der Regel nicht über formale Mittel zur Einflussnahme auf die beteiligten Organisationen verfügen und sie Veränderungen in Richtung Gesundheitsförderung daher nur anregen können. Auch die Besonderheiten der typischerweise an Netzwerken beteiligten Organisationen, wie z.B. Schulen oder Krankenhäuser, können den Impact und die Reichweite insofern beeinträchtigen, als dass die politische Regulierung je nach nationalem Kontext vergleichsweise hoch und die Entscheidungsautonomie dementsprechend gering ist. Die hier als typisch bezeichneten Organisationen sind zudem dem Typus der Profi-Bürokratie im Mintzbergschen Sinn (vgl. ders. 1992) zuzuordnen, die dadurch gekennzeichnet ist, *„(...) dass das (fachliche) handeln von ExpertInnen (z.B. LehrerInnen, ÄrztInnen) und auch deren Bereitschaft zur Umsetzung von Gesundheitsförderung nicht nur von Entscheidungen innerhalb der Formalhierarchie ihrer Organisation, sondern wesentlich auch von Meinungen oder Empfehlungen ihrer jeweiligen Experten-Communities (z.B. AusbilderInnen, FachkollegInnen) abhängt“* (Dietscher 2011, S. 250).

Insofern spielt die jeweilige Ansprechperson für das Netzwerk eine entscheidende Rolle, da deren Einfluss und Position in ihrer Heimatorganisation ein wesentlicher Faktor dafür ist, ob Anregungen aus dem Netzwerk aufgegriffen werden oder nicht. Um die Wahrscheinlichkeit ihres Beitrags zu kontinuierlicher, zielgerichteter und effektiver Gesundheitsförderung in Organisationen zu erhöhen, sollten Netzwerke daher in die Kooperation mit den für das Setting relevanten Behörden und ExpertInnen-Communities investieren und diese in ihre Arbeit einbinden (vgl. Dietscher 2011).

3. Organisationstheoretische Grundlagen

Um den spezifischen Gegebenheiten des Falls – der sich im Laufe seines Bestehens von einem losen Netzwerk hin zu formalisierter Organisation entwickelt hat – gerecht zu werden, sollen neben netzwerktheoretischen auch organisationstheoretische Aspekte erörtert werden. Anhand der

systemischen Organisationstheorie nach Niklas Luhmann werden die spezifischen Merkmale einer Organisation in Bezug auf das Fallbeispiel dargelegt.

3.1. Was sind Organisationen

Der Systemtheorie sensu Luhmann folgend, ist die Organisation – neben Interaktionen und Gesellschaften – eine spezifische Form eines sozialen autopoietischen Systems. Das bedeutet, dass das System die Elemente und Strukturen, aus denen es besteht, selbst erzeugt und reproduziert. Bei den spezifischen Kernelementen, also den basalen, systembildenden Operationen einer Organisation, handelt es sich um Kommunikationen, wobei nach Luhmanns Verständnis Kommunikation eine Synthese aus Information, Mitteilung und Verstehen ist (Luhmann 2000, S. 9; S. 43). Im Falle von Organisationen haben die als konstitutive Grundelemente fungierenden Kommunikationen die Form von Entscheidungen. Das heißt, dass Organisationen über die Kommunikation von Entscheidungen entstehen, sich reproduzieren und ihre Systemgrenzen definieren (ebd., S. 45ff). Alle anderen Kriterien von Organisation, z.B. Ziele, Mitglieder, Hierarchien, sind demnach Resultate von Entscheidungsoperationen des Systems: *„Alle Entscheidungen des Systems lassen sich mithin auf Entscheidungen des Systems zurückführen. Das setzt voraus, dass auch die Gründung einer Organisation und auch die Übernahme von Mitgliedschaften als Entscheidung beschrieben wird, und dies auch dann, wenn zum Beispiel in Familienunternehmen die Familienmitglieder bevorzugt herangezogen werden“* (Luhmann 2000, S. 63). Die Transformation von Entscheidungen in Entscheidungen, die den autopoietischen Zusammenhang einer Organisation ausmacht, lässt sich auch als Informationsverarbeitung bezeichnen, da die Entscheidung als Information kommuniziert wird (ebd., S. 183).

Typische Formen von Entscheidungskommunikationen sind beispielsweise Dienstpläne, Organigramme, Gremienbeschlüsse, Stellenbeschreibungen, Kündigungen, Ernennungen, Beratungen, Verhandlungen, Absprachen, Vereinbarungen, Strategiepapiere, Anweisungen und Vorstandsbeschlüsse. Aber auch Arbeitshandlungen, wie etwa Aktenablage oder Aktivitäten am Fließband gelten bei Luhmann als Entscheidungskommunikation, insofern diese Arbeitsschritte als Anschlusskommunikationen von Arbeitsanweisungen oder anderen organisationsintern kommunizierten Entscheidungen zu verstehen sind. Somit werden selbst Routinehandlungen zu kommunikativen Ereignissen, deren Funktion es ist, anderen Organisationsmitgliedern Entscheidungen über das organisationale Handeln zu signalisieren (vgl. Martens und Ortman 2014, S. 415f).

Unter einer Entscheidung versteht Luhmann eine besondere Kommunikation, bei der Kontingenz in Bestimmtheit transformiert wird, wobei implizit immer mit kommuniziert wird, dass eben auch

anders hätte entschieden werden können. Die zur Wahl stehenden Handlungsoptionen, bzw. ein „Dieses-oder-jenes“, wird umgewandelt in „Dieses-und-nicht-jenes“. So kommuniziert beispielsweise das Unternehmen X bei seiner Entscheidung, das Produktionsverfahren Y anzuwenden, dass es eben dieses Verfahren und nicht die anderen zur Verfügung stehenden Alternativen auswählte. Das Unternehmen hätte sich aber genauso für eines der anderen Verfahren entscheiden können (vgl. ebd., S. 417).

Entscheidungen sind demnach „*differenzerzeugende Operationen*“, deren Realisierung „*weder notwendig noch unmöglich, also kontingent*“ ist: „*Vor der Entscheidung ist die Kontingenz offen, die Wahl jeder Möglichkeit ist noch möglich. Nach der Entscheidung ist die Kontingenz geschlossen, eine andere Entscheidung ist nicht mehr möglich, sondern allenfalls eine Korrektur durch eine neue Entscheidung. Aber die Alternativität und mit ihr die Kontingenz bleiben erhalten*“ (Luhmann 2000, S. 170).

In dieser Hinsicht ist die Funktion der Entscheidung die Reduktion zu bearbeitender Komplexität. Entscheidungen können Unsicherheit beseitigen, indem sie (vorübergehend) Eindeutigkeit schaffen. Auf Basis der kommunizierten Entscheidung, können weitere Entscheidungen getroffen werden. Somit beruhen Entscheidungen sowohl auf Wissen, das aus vergangenen Erfahrungen abgeleitet wurde, als auch auf Nichtwissen über die Zukunft und all das Unbekannte, das zeitgleich woanders passiert (vgl. Simon 2007a, S. 66).

3.1.1. Entscheidungsprämissen

Angesichts dessen, dass eine Organisation nicht nur sukzessive sondern auch simultan eine Vielzahl von Entscheidungen zu treffen hat und vollziehen kann, stellt sich die Frage, wie sie es schafft, „*Tempo mit Komplexität zu kombinieren*“ (Luhmann 2000, S. 237) und zu verhindern, dass ein chaotisches Durcheinander ausbricht. Luhmanns Antwort ist, dass durch Entscheidung über Entscheidungsprämissen das Durcheinander in einem organisierten Sozialsystem, wenn auch nicht verhindert, so doch zumindest gemäßigt werden kann.

Indem Entscheidungsprämissen festgelegt werden, kann darüber hinaus bestimmt werden, welche Entscheidungen der Organisation zugerechnet werden und welche nicht. Zwar besteht dennoch die Möglichkeit des Zweifels, aber alles in allem „*(...) wird durch Setzung der Entscheidungsprämissen und ihre laufende Justierung ein Rahmen gesetzt, in dem eine Organisation ihre Welt konstruieren, Informationen verarbeiten und immer neu Unsicherheit in Sicherheit transformieren kann*“ (ebd., S. 238).

Das Konzept der Entscheidungsprämissen stammt ursprünglich vom US-amerikanischen Sozialwissenschaftler Herbert A. Simon und wurde später von Luhmann aufgegriffen und

weiterentwickelt. In den Prämissen sind Unterscheidungen und Regeln festgelegt, die den Alternativbereich der Kommunikation über Entscheidungen begrenzen. Die volle Komplexität einer Situation muss somit nicht stets aufs Neue wieder aufgerollt werden, sondern die Kommunikation kann auf die in den Prämissen festgelegten Unterscheidungen fokussiert werden (Luhmann 2000, S. 224).

Luhmann betont, dass das Verhältnis zwischen Prämisse und Entscheidung dabei weder logisch noch kausal ist, d.h. eine Entscheidung kann weder aus ihren Prämissen abgeleitet werden, noch sind die Prämissen die Ursachen der Entscheidung. Entscheidungsprämissen werden durch Entscheidung eingeführt, um den Kommunikations-Spielraum über eine Mehrzahl von Entscheidungen einzugrenzen. Erst diese Einengung der Optionen ermöglicht den beteiligten Akteuren, innerhalb des so abgegrenzten Bereichs, autonom zu entscheiden bzw. zu handeln (vgl. Simon 2007a, S. 70).

Luhmann unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Typen von Entscheidungsprämissen: den „entscheidbaren“ und den „unentscheidbaren“.

Die **unentscheidbaren Entscheidungsprämissen** sind gleichzusetzen mit der Organisationskultur (z.B. Gewohnheiten, Selbstverständlichkeiten) (vgl. Luhmann 2000, S. 241ff). Ihre Gültigkeit lässt sich nicht auf Entscheidungen zurückführen, vielmehr sind sie emergent entstanden. Dennoch weisen sie für das Verhalten ihrer Mitglieder einen hohen Grad an Verbindlichkeit auf. Die unentschiedenen Entscheidungsprämissen stellen Regeln für das Verhalten jener dar, die sich einer spezifischen Kultur zugehörig fühlen und müssen eingehalten werden, um „dazuzugehören“ (vgl. Simon 2007a, S. 96).

Die **entscheidbaren Entscheidungsprämissen** entsprechen der Formalstruktur einer Organisation und werden selbst wiederum durch Entscheidungen festgelegt. Die drei wichtigsten Arten von Entscheidungsprämissen einer Organisation sind Entscheidungsprogramme (z.B. Aufgaben, Regelungen, Strategien), Kommunikationswege (z.B. Dienstweg) und der Personaleinsatz (z.B. Personalentscheidungen, Stellenbesetzungen) (vgl. ebd., S. 225).

3.1.1.1. Entscheidungsprogramme

Entscheidungsprogramme legen fest, welche Aufgaben und Funktionen in einer Organisation zu erledigen sind und worüber entschieden werden soll. Sie definieren weiters die Bedingungen, welche Entscheidungen sachlich richtig sind und welche fehlerhaft (Luhmann 2000, S. 256f). Luhmann unterscheidet zwischen vornehmlich inputorientierten „Konditionalprogrammen“ und primär outputorientierten „Zweckprogrammen“ und betont, dass es sich dabei um künstliche Unterscheidungen handelt, die in der Organisation selbst konstruiert werden und erst durch Entscheidung verbindlich werden (vgl. ebd., S. 261).

Konditionalprogramme folgen dem „Wenn-dann“-Schema und unterscheiden zwischen Bedingungen und Konsequenzen sowie Regeln und Ausnahmen. Sie legen die Konditionen fest, die im Falle einer Entscheidung erfüllt sein müssen. Vereinfacht ausgedrückt heißt das, dass alles verboten ist, was nicht erlaubt wurde. Ein Programm kann daher nur richtig oder falsch angewendet, ausgelegt oder befolgt werden (vgl. ebd., S. 263f).

Zweckprogramme dagegen sind auf in der Zukunft zu erreichende Zwecke ausgerichtet, die von den Zweckprogrammen als Normen festgelegt werden. Die Wahl der Mittel ist dabei weitgehend offen, wird aber durch die von den Programmen definierten Grenzen eingeschränkt. Es gilt: es ist alles erlaubt, was nicht verboten ist (vgl. ebd., S. 265ff; Martens und Ortmann 2014, S. 423).

3.1.1.2. Kommunikationswege

Des Weiteren werden die Entscheidungsmöglichkeiten durch die Einrichtung von Kommunikationswegen eingeschränkt, die eingehalten werden müssen, damit Entscheidungen als solche der Organisation anerkannt werden. Kommunikationswege verknüpfen Entscheidungen mit Entscheidungen und ermöglichen dadurch erst die autopoietische Produktion der Entscheidungen. Sie regeln die Zuständigkeitsbereiche von Stellen und legen fest, an welchen Vorgängen bestimmte Stellen zu beteiligen sind (beispielsweise durch Geschäftsordnungen). In vielen Fällen werden Kommunikationswege über fachliche oder hierarchische Kompetenzen bestimmt. Ihr Sinn ist es, Kompetenz an jene Stellen des Entscheidungsprozesses zu transportieren, wo sie benötigt wird. Dieser Aspekt wird häufig auch als „formale Organisation“ bezeichnet, der in Bürokratien seine Entsprechung in Dienstwegen findet (vgl. Luhmann 2000, S. 225; S. 316ff).

3.1.1.3. Personal

Die dritte Entscheidungsprämisse bezieht sich auf Personen, die aufgrund ihrer Eignung für bestimmte Aufgaben in der Organisation Prämissencharakter erlangen. Die Kompetenzen der Organisationsmitglieder sind es, die die Operationen der Organisation ermöglichen und auch begrenzen. Diese Kompetenzen werden vorwiegend in der gesellschaftlichen Umwelt erworben, beispielsweise in der Schule oder im Beruf (vgl. Martens und Ortmann 2014, S. 423). Das bedeutet, dass das, was die einzelne Person entscheiden kann, durch ihre Rolle und durch persönliche Merkmale (z.B. durch bestimmte Fähigkeiten, Kontakte oder Reputationen, aus eigener Erfahrung oder in der Ausbildung erworben) begrenzt wird (Baraldi et al. 1999, S. 130).

Die Möglichkeiten der Organisation, die Kompetenzen zu beeinflussen, sind begrenzt. Denn während sich Organisationspläne und Aufgabenbeschreibungen *„leicht, praktisch mit einem Federstrich*

ändern“ lassen, sind Personen „*schwer, wenn überhaupt*“ umzustellen (Luhmann 2000, S. 280). Für Personalentscheidungen gilt, dass trotz vorgeschaltener Qualifikationsfilter (z.B. Stellenbeschreibungen, Lebensläufe, Zeugnisse, Empfehlungen) nicht vorauszusehen ist, wie die Person ihre Rolle tatsächlich ausgestalten wird. Personen sind in diesem Sinne „*greifbare Symbole für das Unbekanntsein der Zukunft*“ (Luhmann 2000, S. 284).

Die Beziehung zwischen diesen drei verschiedenen Arten von Entscheidungsprämissen ist heterarchisch. Sie stehen weder in einem Über- oder Unterordnungsverhältnis zueinander und es lässt sich keine dauerhafte Hierarchie zwischen ihnen etablieren. Da die Entscheidungsprämissen relativ dauerhaft festgelegt sind, müssen sie – wenn nötig – explizit geändert werden (Luhmann 2000, S. 226). Aufgrund ihrer gegenseitigen Voraussetzung ist es dabei erforderlich, dass sie koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Derartige Entscheidungen über Entscheidungsprämissen werden „Planung“ genannt (ebd., S. 330f).

3.1.2. Der Verein – ein spezieller Fall von Organisation

Nach Luhmann sind Organisationen ein Zusammenschluss von Mitgliedern, der auf bewusst geregelten Eintritts- und Austrittskriterien beruht und bei dem die Mitgliedschaft durch spezifische Bedingungen und Anreizsysteme konditioniert ist (vgl. Luhmann 1999, S. 46f; Martens und Ortman 2014, S. 11). Der Verein lässt sich demzufolge als spezieller Fall von Organisation skizzieren, der einige spezifische Merkmale aufweist.

Eine grundlegende Bedingung des Vereins stellt die Freiheit des Eintritts und des Austritts dar. Weiters verfolgt ein Verein bestimmte Zwecke, die er sich selbst verliehen hat und durch die er sich selbst bindet (vgl. Stichweh 2000, S. 22). Während bei einem Verein die Mitgliedermotivation und der Bestandszweck in der Regel zusammenfallen, muss in einer formalen Organisation (beispielsweise einem Wirtschaftsunternehmen) davon ausgegangen werden, dass die Mitglieder den verfolgten Zwecken gegenüber indifferent sind. Ihre Bereitschaft zur Mitwirkung an der Verfolgung der Organisationszwecke verlangt daher eine anderweitige Motivation, die durch funktionale Äquivalente – in erster Linie durch Entgelt – gesichert wird. Bei Vereinen dagegen wird diese Bereitschaft durch die Identifikation der Mitglieder mit dem Vereinszweck erreicht (vgl. ders., S: 25ff).

Da die Beteiligung am Verein freiwillig ist, soll somit der Zweck zugleich das Handeln der Mitglieder motivieren. Dadurch verliert der Verein jedoch an „*Elastizität und Rationalisierbarkeit*“, weswegen er sich in der Rationalstruktur seines Handelns von den Einflussfaktoren der Motivationslage seiner Mitglieder abhängig macht, die er nur bedingt beherrschen kann. Organisationen, bei denen Motiv

und Organisationszweck zusammenfallen – so wie das bei einem Verein der Fall ist – müssen daher ihre Systemzwecke „(...) so weich, unbestimmt und vieldeutig formulieren, daß sich möglichst viele heterogen motivierte Mitglieder darunter sammeln können“ (Luhmann 1999, S. 101). Unter solchen Bedingungen bedarf es besonderer Bemühungen, den Organisationszweck den Mitgliedern gegenüber darzustellen und zu pflegen (vgl. ebd.). Im Fall des Vereins kommt diese Aufgabe in erster Linie dem Vorstand zu.

Über die Vereinszwecke und damit verknüpfte Mitgliedschaftskriterien ist es dem Verein möglich, eine Begrenzung der Freiheit des Eintritts, wenn nicht auch des Austritts, vorzunehmen. Anders als bei einer Bürokratie erfolgt der Eintritt in einen Verein nicht in eine hierarchisch unter- oder übergeordnete Position, sondern als „vollgültiges Mitglied“. Als solches sind einem prinzipiell alle im Verein durch Mitglieder besetzte Positionen zugänglich. Diese Positionen werden von den Mitgliedern ehrenamtlich bekleidet. Werden Zahlungen an InhaberInnen dieser Ehrenämter geleistet, erfolgen diese in der Regel in Form einer Aufwandsentschädigung (vgl. Stichweh 2000, S.22).

Auch eine Verberuflichung bestimmter Positionen im Verein ist möglich, wobei die InhaberInnen dieser Positionen dann Angestellte des Vereins sind, weswegen eine Mitgliedschaft irrelevant ist. Damit entsteht „(...) eine duale Hierarchie, in der die demokratischen Strukturen der Mitgliedschaft und die innerhalb ihrer geschaffenen (Ehren-)Ämter die Hierarchie der Beschäftigten einrichten und sie kontrollieren“ (ebd.).

Vereine sind auf verschiedensten gesellschaftlichen Ebenen vorzufinden: lokal, z.B. auf Stadtteil- oder Stadtebene, auf regionaler, nationaler und auch internationaler Ebene. Sie verfügen über ein zivilgesellschaftliches Potential, das darin begründet ist, dass sie ehrenamtliches Engagement für gesellschaftliche Anliegen sowohl ermöglichen als auch fördern und damit soziale Bindungen erzeugen (vgl. Brix und Richter 2000, S. 12ff).

3.1.3. Die Organisation Krankenhaus

Pelikan und Krajic (1993) fassen Krankenhäuser als „die zentrale Organisationseinheit innerhalb des Funktionssystems für Krankenbehandlung“ (ebd., S. 85). Dieses Subsystem hat sich in modernen Gesellschaften ausdifferenziert und orientiert sich in seiner Funktionsweise an der Differenz „krank/gesund“ – wobei insbesondere das Krankenhaus tendenziell näher am Pol „krank“ ausgerichtet ist. Mit einer starken Orientierung an der Krankheitsbekämpfung konnte das Funktionssystem in der Vergangenheit beträchtliche Erfolge einfahren. Unter gegenwärtigen Bedingungen stößt es damit jedoch an seine Grenzen und gilt daher als reformbedürftig (vgl. ebd.). Daran knüpft die Ottawa-Charta mit ihrer Forderung nach einer Neuorientierung der

Gesundheitsdienste an (siehe auch Kap. 4.1.). In der Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts der WHO nimmt das Krankenhaus deswegen eine zentrale Rolle ein, weil es *„(...) ein bedeutsamer Knotenpunkt im Funktionssystem Krankenbehandlung [ist], wo Kompetenzen und Ressourcen verdichtet sind, aber auch sehr viele Kontakte zu Personen und anderen Systemen und Organisationen in der Gesellschaft bestehen“* (Pelikan und Krajic 1993, S. 87f). Gleichzeitig handelt es sich beim Krankenhaus um eine Organisation, die hochkomplex ist und einige Besonderheiten aufweist.

Krankenhäuser zeichnen sich durch eine ausgeprägte „Multifunktionalität“ (vgl. Pelikan und Krajic 1993, S. 86) und daraus resultierende unterschiedliche Ziele und Handlungsorientierungen aus. Diese ergeben sich aus der Problematik, dass ein Krankenhaus sehr unterschiedliche Funktionsbereiche integrieren muss: die eher rational ausgerichtete medizinische Versorgung bzw. Krankenbehandlung, pflegerische Versorgung, bei der Bedürfnisbefriedigung, Schutz und Kontrolle der PatientInnen im Vordergrund steht, Lehre, Aus- und Weiterbildung der Mitglieder des Krankenhauses, klinische Forschung sowie administrativ-betriebliche Selbsterhaltung und Weiterentwicklung (vgl. Iseringhausen und Staender 2012, S. 186).

Organisationssoziologisch betrachtet gelten Krankenhäuser als typisches Beispiel für eine professionelle Organisation, dessen Kernpersonal sich aus Berufsgruppen zusammensetzt, die einen Professionellen-Status aufweisen⁸. Dieser Organisationstypus *„(...) ist durch dezentralisierte Entscheidungsstrukturen, plurale Berufsgruppeninteressen, lose gekoppelte Arbeitseinheiten, professionelle Autonomie bei der Fallbearbeitung und kollegiale Koordination gekennzeichnet“* (Iseringhausen und Staender 2012, S. 187; nach Mintzberg 1992). Das Geschehen im betrieblichen Kern, in dem die professionellen Tätigkeiten verrichtet werden, ist dabei entscheidend für die Funktionslogik der professionellen Organisation. Im Krankenhaus sind das nahe an den KlientInnen verrichtete diagnostische, therapeutische und pflegerische Arbeiten, die dem Tätigkeitsgebiet der professionellen AkteurInnen zuzurechnen sind (vgl. ebd.).

In ihrem Hauptaufgabenbereich, der Krankenversorgung, erbringen Krankenhäuser personenbezogene Dienstleistungen. Als Dienstleistungsunternehmen zeichnen sie sich dadurch aus, dass sie besonders hoch entwickelte Möglichkeiten zur Anwendung von Technik haben und gleichzeitig *„besonders existentielle und intime menschliche Probleme bearbeiten“*. Die PatientInnen als LeistungsempfängerInnen bringen vielfältige Erwartungen und Vorstellungen mit, die während der Leistungserbringung akzeptiert und berücksichtigt werden müssen. Die Qualität der Leistung zu beurteilen ist für die PatientInnen, wenn überhaupt, erst nach der Leistungserbringung möglich (Pelikan und Krajic 1993, S. 86f).

⁸ Weitere Beispiele für professionelle Organisationen sind Schulen, Universitäten, Forschungseinrichtungen oder Gerichte.

Da Krankenhäuser in der Regel Dauerbetriebe sind, die rund um die Uhr, jeden Tag im Jahr funktionieren müssen, ergeben sich daraus für das Personal Probleme und Belastungen. Eine weitere Schwierigkeit, die das Management betrifft, ergibt sich daraus, dass Krankenhäuser als Teil der öffentlichen Verwaltung den dort herrschenden bürokratischen Regeln unterliegen, gleichzeitig aber auch Wirtschaftsbetriebe sind und dementsprechend nach betriebswirtschaftlicher Rationalität funktionieren sollten (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang ist von einer „Ökonomisierung“ des Krankenhaussektors die Rede: *„Krankenhausleistungen werden in Produkte und Waren transformiert, und der effiziente Umgang mit Ressourcen gewinnt einen zentralen Stellenwert für das Überleben der Organisation“* (Iseringhausen und Staender 2012: 189). Einen zentralen Faktor in dieser Entwicklung stellen die Reformen der Krankenhausvergütung dar, die seit den 1980er-Jahren in industrialisierten Ländern darauf ausgerichtet sind, Vergütungssysteme durch eine engere Verknüpfung von Leistung und Entgelt effizienter und wettbewerbsfähiger zu gestalten. Dabei wird die an Pflegesätzen orientierte Honorierung der Spitalsleistungen in zunehmendem Maße durch Fallpauschalen ersetzt, die auf Basis so genannter Diagnosis Related Groups (DRG) festgelegt sind. Für alle Fälle, die einer gleichen Gruppe zugeordnet sind, erhält das Krankenhaus dasselbe Entgelt. Die Folge ist, dass eine Minimierung der Verweildauer und des Behandlungsaufwands angestrebt wird (vgl. ebd.).

Was bedeutet die Ökonomisierung des Krankenhaussektors für die Gesundheitsförderung? Die immer knapper werdenden Krankenhaustage führen dazu, dass Möglichkeiten, Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei PatientInnen vorzunehmen, begrenzt werden. Weiters stellt sich das Problem, dass Gesundheitsförderungsleistungen nicht vom DRG-System erfasst werden. Zu diesem Punkt gibt es bereits Empfehlungen, die auf den Ergebnissen einer internationalen Forschungsgruppe basieren (vgl. Tønnesen et al. 2007), die ein Modell zur systematischen Dokumentation gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Krankenhaus entwickelt und evaluiert hat, das eine Integration von Gesundheitsförderungsleistungen in das DRG-System ermöglicht.

4. Gesundheitsförderung als Reformkonzept für Settings

Nachdem in den vorherigen Kapiteln die netzwerk- und organisationstheoretischen Grundlagen vorgestellt wurden, soll nun die Beschreibung, worum es sich bei Netzwerken im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung handelt, von der Basis ausgehend schrittweise und grundbegrifflich hergeleitet werden. Zunächst werden die im Rahmen dieser Arbeit relevanten Definitionen von Gesundheit und Gesundheitsförderung erläutert, daran anschließend wird der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung näher vorgestellt, um schließlich den Bogen zur Idee der Vernetzung innerhalb dieses Ansatzes zu spannen. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit einem Überblick über

die Entwicklung des Internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, das eines der ältesten Netzwerke im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung ist.

4.1. Gesundheit und Gesundheitsförderung

In ihrem Gründungsdokument von 1948 beschreibt die WHO „Gesundheit“ als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 2009). Gesundheit definiert sich somit nicht allein über das Freisein von Krankheit, sondern wird als positives Konzept beschrieben, in dem soziale und individuelle Ressourcen gleichermaßen von Bedeutung sind wie die körperliche Funktionstüchtigkeit. Aufbauend auf diesem Gesundheitsbegriff fand 1986 die erste internationale Gesundheitsförderungskonferenz der WHO in Ottawa statt. Im Rahmen dieser Konferenz wurde die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung verabschiedet, in der grundlegende Strategien und Handlungsfelder mit dem Ziel der Sicherung und Verbesserung der öffentlichen Gesundheit formuliert wurden. Gesundheitsförderung wird in der Ottawa-Charta wie folgt definiert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin“ (WHO1986, S. 1).

Zur Förderung der Gesundheit empfiehlt die Ottawa-Charta, die in nachfolgenden globalen Gesundheitsförderungskonferenzen (Adelaide 1988; Sundsvall 1991; Jakarta 1997; Mexiko City 2000; Bangkok 2005; Nairobi 2009; Helsinki 2013) bestätigt und konzeptionell weiterentwickelt wurde, **drei**

Grundprinzipien:

- *Interessen vertreten (advocacy):* anwaltschaftliches Eintreten für die Gesundheit
- *Befähigen und ermöglichen (enabling):* durch Verringerung sozialer Unterschiede des Gesundheitszustandes sowie Schaffung gleicher Möglichkeiten und Voraussetzungen zur Verwirklichung des größtmöglichen Gesundheitspotentials

- *Vermitteln und vernetzen (mediating)*: Kooperation zwischen unterschiedlichen AkteurInnen und Sektoren (vgl. WHO 1986).

Diese Grundprinzipien sollen in **fünf prioritären Handlungsbereichen** umgesetzt werden:

- *Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik*
- *Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten*
- *Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen*
- *Entwicklung persönlicher Kompetenzen im Gesundheitsbereich*
- *Neuorientierung der Gesundheitsdienste* (vgl. WHO 1986).

Die Jakarta Deklaration von 1997 bestätigt die Relevanz dieser Strategien und Handlungsfelder und identifiziert **fünf Prioritäten** für Gesundheitsförderung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert:

- *Förderung der sozialen Verantwortung für Gesundheit*
- *Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung*
- *Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit*
- *Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz der Einzelnen*
- *Sicherstellen einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung* (vgl. WHO 1997b).

Aus den genannten Definitionen geht klar hervor, dass die Selbstbestimmung der Menschen über ihre Gesundheit ein zentrales Element von Gesundheitsförderung ist. Gesundheitsförderung wird als Prozess beschrieben, der versucht Menschen dahingehend zu befähigen, mehr Kontrolle über jene Entscheidungen und Handlungen zu erlangen, die ihre Gesundheit beeinflussen. Bei diesem komplexen gesundheitspolitischen Konzept differenziert man in der Umsetzung zwischen einem auf einzelne Personen oder (Risiko-)Populationen oder auf spezifische soziale Settings bezogenen Ansatz. Der Setting-Ansatz wird im Folgenden näher vorgestellt.

4.2. Settings in der Gesundheitsförderung

Der von der WHO mit der Ottawa-Charta (1986) eingeführte und in nachfolgenden Dokumenten⁹ bestätigte und weiterentwickelte Setting-Ansatz stellt eine zentrale Strategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung dar. Im Unterschied zu einem an Zielgruppen orientierten Ansatz (z.B. MigrantInnen, Kinder) oder einem auf spezifische Gesundheitsthemen oder Verhaltensweisen

⁹ Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health (1991); Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century (1997); Health Promotion Glossary (1998)

bezogenen Ansatz (z.B. Rauchen, Ernährung, Bewegung), fokussiert der Setting-Ansatz auf Lebenswelten, „(...) innerhalb derer dann prinzipiell alle relevanten Gesundheitsthemen für alle vom Setting betroffenen Populationen bearbeitet werden können“ (Pelikan 2011, S. 64). Der Setting-Ansatz ist somit eine wichtige Entwicklung dahingehend, dass der räumliche und der soziale Kontext als relevante und auch gestaltbare Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden anerkannt werden (vgl. Dooris et al. 2007). Die dahinter liegende Annahme ist, dass Gesundheit im Alltag hergestellt und gelebt wird: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO 1986, S. 5). Gesundheitsförderliche Lebenswelten¹⁰ zu schaffen ist dementsprechend eines der fünf zentralen Handlungsfelder für Gesundheitsförderung die in der Ottawa-Charta benannt werden.

Nach der eher allgemeinen Formulierung in der Ottawa-Charta bietet das Health Promotion Glossary (WHO 1998) eine umfassendere Definition von „Settings for Health“, als „*The place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing*“ (WHO 1998, S. 19). Weiters wird darin erläutert, dass Menschen in einem Setting ihre Umwelt aktiv gestalten und benutzen und dadurch gesundheitsbezogene Probleme erzeugen oder lösen können.

In der Regel verfügen Settings über physische Grenzen, eine Anzahl von Menschen mit definierten Rollen und weisen eine Organisationsstruktur auf. Folgt man dieser Definition, wird deutlich, dass die Verbesserung der Gesundheit Investitionen in jene soziale Systeme erforderlich macht, in denen Menschen einen Großteil ihres Alltags verbringen. Gesundheit ist folglich sowohl eine entscheidende Voraussetzung für- als auch ein Ergebnis von effektiv funktionierende/n Settings (vgl. Dooris et al. 2007).

Gesundheitsförderung in Settings kann auf unterschiedliche Weise implementiert werden: durch Organisationsentwicklung (über Veränderungen der physischen Umwelt, der Organisationsstruktur, der Verwaltung und des Managements), durch das Erreichen von Menschen, die im Setting arbeiten oder es benutzen, um Dienstleistungen in Anspruch nehmen oder durch Interaktionen mit der breiteren Gemeinschaft¹¹. Als Beispiele für Settings werden Schulen, Arbeitsplätze, Dörfer, Städte und Krankenhäuser genannt (vgl. WHO 1998, S. 19).

Neben dieser Definition der WHO gibt es eine Reihe weiterer unterschiedlicher Erklärungsansätze dafür, was unter Setting zu verstehen ist. Engelmann und Halkow (2008) listen in ihrer Arbeit zum Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung allein acht unterschiedliche Definitionen und Erklärungsansätze von überwiegend deutschsprachigen AutorInnen auf. Eine allgemeingültige Definition gibt es nicht, jedoch in einigen wenigen Punkten überschneiden sich die von Halkow und

¹⁰ Im englischen Original „supportive environments“

¹¹ Im englischen Original „wider community“

Engelmann untersuchten Ansätze. Settings werden a) als soziale Systeme anerkannt, die b) einen Einfluss auf die Gesundheit ausüben, wobei es c) möglich ist, diese Bedingungen von Gesundheit zu gestalten und zu beeinflussen (vgl. ebd., S. 28ff).

4.2.1. Das Setting als „System-Umwelt-Verbund“

Im Zusammenhang mit HPH nähern sich Pelikan und Halbmayer (1999) dem Setting-Ansatz systemtheoretisch und schlagen vor, „(...) unter einem sozialem Setting ein soziales System und seine relevanten internen Umwelten zu verstehen, d.h. einen durch spezifische Koppelungen erzeugten System-Umwelt-Verbund“ (Pelikan und Halbmayer 1999, S. 25). Als Grundlage dieser Betrachtungsweise dient die Systemtheorie nach Luhmann, deren primärer Gegenstand nicht ein „System“ ist, sondern die Differenz von System und Umwelt (vgl. Luhmann 1984, S. 155f). Indem sich ein System als different zu seiner Umwelt setzt, identifiziert und konstituiert es sich als System und zieht zwischen sich und seiner Umwelt eine Grenze (vgl. Krause 1996). Das dem sozialen Setting zugrundeliegende konstituierende soziale System ist die Organisation – im Falle von HPH ist der Systemkern die Organisation Krankenhaus. Bezogen auf Gesundheitsförderung und den Setting-Ansatz bedeutet das, dass Organisationen über die Möglichkeit verfügen, Gesundheitsförderung in ihre formalen Strukturen einzubauen. Dadurch kann in den Organisationen eine Grundlage für Entscheidungen hinsichtlich der Berücksichtigung und Veränderung jener Gesundheitsdeterminanten geschaffen werden, die in ihrem Einflussbereich liegen und die Menschen dort betreffen (z.B. MitarbeiterInnen, KlientInnen, Angehörige), sowie in manchen Fällen auch die Menschen in der weiteren Umwelt des Settings (z.B. in der Gemeinde in welcher der organisationale Kern des Settings liegt) (vgl. Dietscher 2012, S. 47).

4.3. Entwicklung gesundheitsfördernder Settings

Als Gesundheitsdeterminanten werden jene Faktoren bezeichnet, die unsere Gesundheit wesentlich beeinflussen (vgl. Kickbusch und Engelhardt 2009). Das organisationale Setting hat einen entscheidenden Einfluss auf diese Determinanten und kann durch gezielte Interventionen in eine gesundheitsfördernde Richtung gelenkt werden.

Im Sinne des Qualitätsparadigmas (vgl. Donabedian 1966) sind die Strukturen und Prozesse eines organisationalen Settings (z.B. Arbeitsumgebung/Ergonomie, Luftqualität, Licht, Lärm, Dokumentation von Arbeitsprozessen, Arbeitstempo, Führungsstil) wichtige Gesundheitsdeterminanten, da sie die autopoietische Reproduktion der Gesundheit jener Menschen beeinflussen, die diesen Strukturen und Prozessen ausgesetzt sind bzw. sie zu bewältigen haben.

Sofern sie für die Formalstruktur der Organisation von Relevanz sind, können diese Determinanten auf der Struktur- und Prozessebene im Rahmen des Qualitätsmanagements beeinflusst werden. Ein weiterer Typus von Gesundheitsdeterminanten umfasst den Bereich des individuellen Gesundheitsverhaltens einschließlich der Bewältigungsstrategien im Umgang mit den betreffenden Strukturen und Prozessen im organisationalen Setting. Auch diese Determinanten können vom organisationalen Setting im Wege von Entscheidungen beeinflusst werden (vgl. Dietscher 2012).

Pelikan und Halbmayer (1999, S. 18f) entwickelten ein einfaches Modell, das aufzeigt, welche unterschiedlichen Ansatzpunkte für Interventionen es in gesundheitsfördernden Settings gibt. Das Modell basiert einerseits auf Kurt Lewins Gleichung¹², wonach Verhalten eine Funktion von Person und Umwelt ist. Als eine weitere Dimension greift das Modell James Colemans Theorie kollektiven Handelns¹³ auf, nach der Möglichkeitsstrukturen, die bestimmte Handlungen zulassen bzw. ermöglichen, von Präferenzstrukturen unterschieden werden, die die Selektion aus unterschiedlichen Möglichkeiten determinieren. Gemäß diesem Modell können in einer Matrix, die einerseits zwischen Person und Situation unterscheidet, andererseits zwischen Möglichkeitsstruktur und Selektionskultur, vier Arten von Gesundheitsdeterminanten identifiziert werden (vgl. Tabelle 1).

Gesundheitsdeterminanten und Strategien zur Intervention		Möglichkeitsstruktur	Selektionskultur
Person	Determinanten	Persönliches Wissen und Fähigkeiten (Können)	Persönliche Ziele und Präferenzen (Wollen)
	Strategien	Ausbildung, Verhaltenstraining	Motivationstraining
Situation	Determinanten	Situative Infrastruktur und Ressourcen (Möglichkeiten)	Situative Werte und Normen (Sollen)
	Strategien	Entwicklung der physischen Umwelt zur Unterstützung von gesundheitsförderndem Verhalten	Schaffung positiver Anreize bzw. negativer Sanktionen

Tabelle 1: Vier Determinanten von Gesundheitsverhalten und vier Interventionsmöglichkeiten für die Entwicklung gesundheitsfördernder Settings (nach Dietscher 2012 und Pelikan und Halbmayer 1999)

Die ersten beiden Determinanten – Wissen und Fähigkeiten sowie persönliche Ziele und Präferenzen – sind das Resultat der kognitiven und physischen Fähigkeiten und des biografischen Hintergrunds einer Person. Das „Können“ entspricht den Gesundheitskompetenzen und das „Wollen“ den Gesundheitspräferenzen¹⁴. Die situativen Determinanten – Infrastruktur und Ressourcen sowie Werte und Normen – sind, angewendet auf Organisationen, gleichzusetzen mit den organisationalen Strukturen und Prozessen im Sinne von Donabedians Struktur-Prozess-Ergebnis-Qualitäts-Modell. Die

¹² Siehe Graumann, Carl-Friedrich (Hg.) (1982): Kurt Lewin Werkausgabe. Bern: Huber; oder Helmut E. Lück (2001): Kurt Lewin. Eine Einführung in sein Werk. Weinheim/Basel: Beltz Verlag

¹³ Siehe Coleman, James S. (1994): Foundations of Social Theory. Cambridge, Massachusetts, London: The Belknap Press of Harvard University Press.

¹⁴ Gesundheitskompetenzen und Gesundheitspräferenzen können als „health literacy“ zusammengefasst werden (vgl. Pelikan 2007)

„Möglichkeiten“ entsprechen dabei den Kapazitäten für Gesundheit und das „Sollen“ den Gesundheitsnormen (vgl. Pelikan und Halbmayer 1999; Dietscher 2012).

Der Vorteil des Setting-Ansatzes ist, dass er es prinzipiell erlaubt, auf alle vier Dimensionen von Handlungsvoraussetzungen bzw. Determinanten von Gesundheit durch abgestimmte Strategien einzuwirken (vgl. Pelikan 2007a). Dietscher (2012) erweitert in ihrer Dissertation das Modell um die nach den vier Determinanten von Gesundheit ausgerichteten Interventionsmöglichkeiten bzw. Strategien. Bezogen auf das Gesundheitsverhalten können Settings die individuellen Gesundheitsdeterminanten beeinflussen, indem sie Information, Ausbildung und Verhaltenstrainings sowie Motivationstrainings anbieten. Zudem können Settings das Gesundheitsverhalten unterstützen, indem sie die notwendigen Infrastrukturen zur Verfügung stellen, die gesunde Verhaltensweisen ermöglichen (beispielsweise gesundes Essen in Kantinen anbieten) und entsprechende positive Anreize bzw. negative Sanktionen für die erwünschten Verhaltensweisen schaffen (vgl. Dietscher 2012: 48).

Die aufgezeigten Interventionsmöglichkeiten (Änderung der Infrastrukturen und Organisationsregeln, individuelles Training) lassen sich prinzipiell in allgemeine Transformationsstrategien von Organisationen, wie z.B. Organisationsentwicklung, lernende Organisation oder Qualitätsmanagement, integrieren. Für eine umfassende und nachhaltige Implementierung in Organisationen ist jedoch eine inhaltliche Anpassung der vorhandenen Instrumente der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements an die grundlegenden Konzepte von Gesundheit und Gesundheitsförderung notwendig (vgl. Pelikan 2007a).

Dieses umfassende Verständnis von Settings und settingbasierter Gesundheitsförderung floss auch in die Entwicklung gesundheitsfördernder Strategien und Instrumente ein, wie den 18 Kernstrategien der Gesundheitsförderung im Krankenhaus (Pelikan et al. 2006), den sieben Implementierungsstrategien (Pelikan 2007b) oder den fünf Standards der Gesundheitsförderung im Krankenhaus (Gröne 2006), die in Kapitel 4.5.1.5. näher erläutert werden.

Die Strategien zur Beeinflussung der Gesundheit in organisationalen Settings sind in theoretischer Hinsicht klar definiert. Veränderungen können somit zum einen durch Entscheidungen bezüglich der physischen und sozialen Umwelt des Settings erzielt werden und zum anderen durch Entscheidungen bezüglich der Einflussnahme auf das Verhalten der Personen, durch Information, Bildung, Trainings und Motivation. Eine nach wie vor bestehende Herausforderung in praktischer Hinsicht ist, wie Gesundheitsförderung in die Entscheidungsprämissen von Organisationen eingebaut werden kann, sodass eine nachhaltige und umfassende Entwicklung des Settings ermöglicht wird und wie Netzwerke dazu beitragen können.

4.4. Netzwerke als Strategie der Gesundheitsförderung

„Vermitteln und Vernetzen“ ist eine von drei Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung die in der Ottawa-Charta (WHO 1986) beschrieben werden¹⁵. Sie ist für Gesundheitsförderung deswegen wichtig, weil die Voraussetzungen für eine gute Gesundheit nicht vom Gesundheitssektor allein gestaltet werden können. Gesundheitsförderung erfordert vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken und die Beteiligung der Verantwortlichen in den Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen, in der Industrie und den Medien (vgl. WHO 1986). Vor diesem Hintergrund leistete und förderte die WHO seit Mitte der 1980er-Jahre wichtige Pionierarbeit bezüglich der Entwicklung und Verbreitung von Netzwerken im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung (vgl. Brößkamp-Stone 2003).

Barić und Conrad (1999) bezeichnen die Bildung von Netzwerken und Allianzen als externe Aktivität von Settings¹⁶. Den Unterschied zwischen diesen beiden Kooperationsformen sehen sie darin, dass Allianzen eine formelle Beziehung zwischen verschiedenartigen Settings (z.B. einem Krankenhaus und einer Schule) darstellen, Netzwerke hingegen zwischen gleichartigen Settings gebildet werden. Zu den bekanntesten von der WHO geförderten Netzwerken zählt das „Healthy Cities“-Netzwerk¹⁷, sowie Netzwerke die die Implementierung von Gesundheitsförderung in organisationalen Settings zum Ziel haben, wie z.B. gesundheitsfördernde Krankenhäuser, Schulen oder Betriebe.

Der Trend zur Netzwerkbildung im Bereich der Gesundheitsförderung startete 1989 mit den Gesunden Städten und blieb auch in den 1990er-Jahren beständig. So wurde beispielsweise in der auf der vierten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz von 1997 verabschiedeten Jakarta Erklärung empfohlen, neuen Herausforderungen im Gesundheitsbereich mit dem Aufbau von Netzwerken zu begegnen: *„Die organisatorische Basis für die notwendige gesundheitsfördernde Infrastruktur bilden die vielfältigen „Settings für Gesundheit“ (Städte, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, etc.). Die neuen gesundheitlichen Herausforderungen erfordern den Aufbau neuer Netzwerke, um intersektorale Zusammenarbeit zu fördern“* (WHO 1997b, S. 12). Ziel solcher Netzwerke innerhalb eines Landes oder zwischen Ländern sollte die gegenseitige Unterstützung sein sowie der Erfahrungsaustausch über die Wirksamkeit von Strategien in den verschiedenen Settings (ebd.). Weiters bekannten sich die KonferenzteilnehmerInnen zur Bildung eines weltweiten Bündnisses zur Gesundheitsförderung, zu dessen vorrangigen Zielen neben anderen die Unterstützung der Zusammenarbeit und Entwicklung von Netzwerken für die Gesundheitsentwicklung gehört (vgl. WHO 1997b, S. 13).

¹⁵ Die beiden anderen Handlungsstrategien sind: Interessen vertreten („advocacy“) und befähigen und ermöglichen („enabling“). Siehe auch Kap. 4.1.

¹⁶ Als interne Aktivität bezeichnen Barić und Conrad die Einführung von Veränderungen (ebd. 2009, S. 13)

¹⁷ vgl. www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/ (Zugriff: 13.10.2016)

Schließlich unterzeichneten im Jahr 2000 VertreterInnen der Gesundheitsministerien von 87 Ländern (darunter auch Österreich, Deutschland und die Schweiz) im Rahmen der fünften internationalen Gesundheitsförderungskonferenz in Mexiko das „Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health“ und bekannten sich damit ausdrücklich dazu, nationale und internationale Netzwerke zur Gesundheitsförderung aufzubauen oder zu stärken (vgl. WHO 2000, S. 43ff).

4.5. Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus: Das Internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (HPH)

Das im Jahr 1990 gegründete Internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (HPH) ist eines der ältesten von der WHO initiierten Netzwerke im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung. Als notwendige Hintergrundfolie für ein umfassendes Verständnis des im Rahmen dieser Arbeit zu behandelnden Falls wird an dieser Stelle ein Überblick über die historische Entwicklung und den Aufbau des internationalen HPH-Netzwerks gegeben.

In der Darstellung dieser Entwicklungschronologie wird ein Fokus auf die Meilensteine des ONGKG und die Rolle Österreichs in der Entwicklung des internationalen HPH-Netzwerks gelegt. Nachdem Informationen zum deutschen und schweizerischen HPH-Netzwerk als ergänzende Datenquellen zur Illustrierung und Kommentierung der Forschungsergebnisse herangezogen werden, wird in der Chronologie auch knapp Bezug auf Meilensteine dieser beiden Netzwerke genommen.

4.5.1. Entwicklungsphasen des internationalen HPH-Netzwerks

Die Grundstruktur dieser Darstellung orientiert sich an den sechs bislang identifizierten und rekonstruierten Entwicklungsphasen von HPH (vgl. Pelikan et al. 2011; Dietscher 2012):

- Phase 0: Vorbereitungen für die Initiierung von HPH durch die WHO-Euro (1986–1989)
- Phase 1: Konzeptentwicklung und Initiierung von Netzwerkstrukturen (1989–1992)
- Phase 2: Testen des Konzepts und Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen (1993–1997)
- Phase 3: Verbreitung und interne Differenzierung des internationalen Netzwerks (1998–2000)
- Phase 4: Standardisierung des Konzepts und Verbindung des Konzepts mit Qualität und Evidenz (2001–2005)
- Phase 5: Restrukturierung, Globalisierung und Ausweitung des internationalen Netzwerks (ab 2006).

4.5.1.1. Vorbereitungen für die Initiierung von HPH durch das WHO-Regionalbüro für Europa (WHO-Euro) (1986-1989)

Phase 0: Vorbereitungen für die Initiierung von HPH durch die WHO-Euro (1986–1989)	
1986	Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung mit der Forderung nach einer Neuorientierung der Gesundheitsdienste
1986	WHO-Gesunde-Städte-Projekt
1988–2009	WHO-Kooperationszentrum für Public Health Sciences in Linköping, Schweden
1988	WHO-Workshop zur Rolle von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern
1989	Publikation der ersten Konzeptfassung (Milz und Vang 1989)

Tabelle 2: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 0

Wie alle Gesundheitsförderungsnetzwerke der WHO (Städte, Schulen, Regionen,...) ging auch das HPH-Netzwerk aus der Ottawa-Charta der WHO (1986) hervor. Als eines von fünf Handlungsfeldern¹⁸ für Gesundheitsförderung wird in diesem Dokument eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste gefordert:

„Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinischkurativen Betreuungsleistungen hinausgeht“ (WHO 1986, S. 4).

Eine Spezifizierung dieser in der Ottawa-Charta allgemein formulierten Forderung nach einer Neuorientierung der Gesundheitsdienste erfolgte 1988 im Rahmen eines vom europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Euro) initiierten Workshops in Linköping, der vom dort ansässigen WHO-Kooperationszentrum für Public Health Sciences koordiniert wurde. In einem Konsultationsprozess wurde mit der Entwicklung des HPH-Konzepts begonnen, in dem von Beginn an der Fokus auf Krankenhäuser gelegt wurde. Die Ergebnisse dieses Konsultationsprozesses wurden 1989 in einem Artikel von Helmut Milz und Johannes O. Vang publiziert. Darin wird betont, dass die Neuausrichtung der Gesundheitsdienste sowohl die physische Umwelt als auch die Dienstleistungen und die soziale Dimension eines Krankenhauses mit einschließen muss (ebd., S. 425, nach Dietscher 2012, S. 26).

Die Verantwortung für die notwendigen Interventionen sollte nach Ansicht von Milz und Vang beim Qualitätsmanagement der Krankenhäuser liegen. Dem Empowerment-Ansatz in der Gesundheitsförderung folgend, forderten sie außerdem die Partizipation von PatientInnen bei der Behandlung und Pflege, die Partizipation der MitarbeiterInnen bei der Gestaltung ihrer Arbeitsumwelt sowie Partnerschaften mit nationalen und internationalen

¹⁸ Die weiteren Handlungsfelder sind die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, das Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen und die Entwicklung persönlicher Kompetenz (WHO 1986).

Krankenhausorganisationen, Gesundheitsverwaltung und dem WHO-Gesunde-Städte-Netzwerk (vgl. ebd.).

Um die Umsetzung voranzutreiben, empfahlen sie, im Rahmen von Modellprojekten in ausgewählten europäischen Krankenhäusern die Machbarkeit des Konzepts zu überprüfen. Die abschließende Empfehlung an die WHO-Euro betont, dass Krankenhäuser als Settings für Gesundheitsförderung unterstützt werden sollten und legt nahe, konkrete Maßnahmen wie etwa Modellprojekte gemeinsam mit dem WHO-Gesunde-Städte-Netzwerk zu implementieren (vgl. Dietscher 2012).

4.5.1.2. Konzeptentwicklung und Initiierung von internationalen Netzwerkstrukturen (1989–1992)

Phase 1: Konzeptentwicklung und Initiierung von internationalen Netzwerkstrukturen (1989–1992)	
1989	Machbarkeitsstudie für ein HPH-Modellprojekt
1989–1996	WHO-Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ an der Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien, Österreich
1990	Offizieller Start des internationalen HPH-Netzwerks als „Multi City Action Plan“ des WHO-Gesunde-Städte-Projekts
1990–2001	Koordination und Sekretariat des internationalen Netzwerks am Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS), Wien, Österreich
1991	Veröffentlichung der Budapester Erklärung für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser (erstes HPH-Grundsatzpapier)
1991–1992	Vorbereitungen für ein „European Pilot Hospital Project“ (EPHP)
1992	Etablierung des WHO-Kooperationszentrums für Gesundheitsförderung in Krankenhaus und Gesundheitswesen am LBIMGS, Wien (WHO-CC-HPH)

Tabelle 3: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 1

Anlässlich des Konsultationsprozesses hatte die WHO-Euro Ausschau nach einer wissenschaftlichen Einrichtung gehalten, die in der Lage war, die Konzeptentwicklung sowie die Implementierung und Evaluierung eines ersten Modellprojekts zu Gesundheitsförderung im Krankenhaus zu übernehmen. Diese wurde mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS) gefunden, das in Folge verantwortlich für die wissenschaftliche Koordination und Evaluation war. Die Gemeinde Wien, die bereits damals Mitglied des WHO-Gesunde-Städte-Netzwerks war, konnte als Auftraggeberin und Spitalserhalterin für das Modellprojekt gewonnen werden. Nach einer Machbarkeitsstudie startete schließlich 1989 das europäische Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ an der Wiener Krankenanstalt Rudolfstiftung, einem der größten Krankenhäuser der Stadt (vgl. Nowak et. al 1999; Dietscher 2012).

Das Projekt basierte auf Methoden des Projektmanagements, der Organisationsberatung und der Organisationsentwicklung und wurde umfassend dokumentiert und evaluiert. Die ausgewählten Themen, die später in Modelldokumenten publiziert wurden, reichten von Organisationsentwicklung, Projektmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus allgemein über Hygiene im

Krankenhaus, den Umbau einer Krankenhausstation, die Implementierung eines „Kreuzweh-Präventions-Programms“ für MitarbeiterInnen, gesunde Ernährung im Krankenhaus, die Implementierung interprofessioneller Teambesprechungen, einen Führungskräftelehrgang für Pflegepersonal, die Einführung ehrenamtlicher Hilfe im Krankenhaus bis hin zu einer Pflegedienst-Praxisanleitung. Im Jänner 1997 wurde das Projekt erfolgreich abgeschlossen (vgl. Nowak et. al 1999; Dietscher 2012). Die Krankenanstalt Rudolfstiftung ist seit der Gründung des ONGKG im Jahr 1996 Mitglied des Netzwerks (bis 2014 als ordentliches Mitglied, danach als außerordentliches, außerdem ist sie Mitglied der Sektionen „Baby-friendly Hospitals“ und „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“). Noch während der Laufzeit des Modellprojekts wurde 1990 das internationale HPH-Netzwerk – vorerst als „Multi City Action Plan“ des WHO-Gesunde-Städte-Projekts – im Rahmen eines WHO-Workshops in Wien gegründet. Das LBIMGS wurde mit der Koordination und dem Sekretariat des Netzwerks betraut. 1992 wurde das LBIMGS als WHO-Kooperationszentrum für Gesundheitsförderung in Krankenhaus und Gesundheitswesen designiert (Im weiteren Text wird die Abkürzung WHO-CC-HPH verwendet.).

Während dieser Zeit kamen Pläne für ein europäisches Pilotkrankenhausprojekt auf. Als Orientierungsbasis für potentielle TeilnehmerInnen wurde von einer Gruppe interessierter ExpertInnen aus Krankenhäusern, Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung mit der Budapester Erklärung für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser das erste HPH-Grundsatzpapier erarbeitet. In einem nächsten Schritt wurde mit der Rekrutierung von Krankenhäusern für das Projekt begonnen.

Die Budapester Erklärung besteht aus zwei Teilen: einem allgemeinen, auf die Inhalte von HPH bezogenen Teil und einem spezifischen, der die Bedingungen für eine Teilnahme am European Pilot Hospital Project (EPHP) auflistet (vgl. Dietscher 2012).

Der allgemeine Teil der Budapest-Deklaration definiert in 17 Themenbereichen die Inhalte und Ziele von HPH, empfiehlt Interventionen auf Ebene der Organisation sowie des Settings und bestimmt die drei Zielgruppen PatientInnen, Belegschaft, Gemeinde:

„Ein „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ soll

- 1. überall im Krankenhaus Gelegenheit zur Entwicklung von Perspektiven, Zielen und Strukturen schaffen, die Gesundheit in den Mittelpunkt stellen;*
- 2. eine gemeinsame Unternehmensphilosophie innerhalb des Krankenhauses entwickeln, welche die Ziele des Gesundheitsfördernden Krankenhauses umfasst;*
- 3. Bewusstsein wecken für den Einfluss des Umfeldes des Krankenhauses auf die Gesundheit der PatientInnen, des Personals und der Gemeinde; die äußere und innere Gestaltung des Krankenhauskomplexes sollte Heilungsprozesse unterstützen und fördern;*

4. *eine aktive und mitwirkende Rolle der PatientInnen entsprechend ihrem jeweiligen gesundheitlichen Vermögen fördern;*
5. *überall im Krankenhaus partizipative, auf die Verbesserung der Gesundheit ausgerichtete Verfahren und Abläufe unterstützen;*
6. *gesunde Arbeitsbedingungen für alle MitarbeiterInnen des Krankenhauses schaffen;*
7. *sich bemühen, das Gesundheitsfördernde Krankenhaus zu einem Modell für gesunde Dienstleistungen und Arbeitsplätze zu machen;*
8. *die Zusammenarbeit zwischen lokalen Initiativen im Bereich der Gesundheitsförderung und den Kommunalbehörden pflegen und fördern;*
9. *die Kommunikation und Zusammenarbeit mit bestehenden Sozial- und Gesundheitsdiensten in der Gemeinde verbessern;*
10. *das Ausmaß der Unterstützung, das PatientInnen und Angehörige durch das Krankenhaus erhalten, durch kommunale Sozial- und Gesundheitsdienste und/oder Selbsthilfegruppen und -organisationen vergrößern;*
11. *spezifische Zielgruppen (beispielsweise nach Alter, Dauer der Krankheit usw.) innerhalb des Krankenhauses identifizieren und ihre besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse anerkennen;*
12. *die Unterschiede in den Wertesystemen, Bedürfnissen und kulturellen Bedingungen von Individuen und verschiedenen Bevölkerungsgruppen anerkennen;*
13. *unterstützende, humane und anregende Lebensbedingungen im Krankenhaus insbesondere für LangzeitpatientInnen und chronisch Kranke entwickeln;*
14. *die gesundheitsfördernde Qualität und Vielfalt der Ernährungsangebote im Krankenhaus für PatientInnen und Belegschaft verbessern;*
15. *die Versorgung mit Information und Kommunikation sowie mit Ausbildungs- und Trainingsprogrammen für PatientInnen und ihre Angehörigen erhöhen und deren Qualität verbessern;*
16. *das Angebot und die Qualität von Ausbildungs- und Trainingsprogrammen für das Personal erhöhen;*
17. *im Krankenhaus eine epidemiologische, speziell auf Verhütung von Krankheiten und Unfällen bezogene Datenbasis entwickeln und diese Informationen an öffentliche Entscheidungsträger und andere Institutionen in der Gemeinde weitergeben“*

(WHO 1991a).

Die Teilnahmekriterien für das EPHP werden in der Budapest-Deklaration in zwei allgemeine und 13 spezielle Empfehlungen aufgegliedert, die an einem Organisationsentwicklungsansatz orientiert sind (vgl. WHO 1991b).

Mit dem WHO Modellprojekt an der Krankenanstalt Rudolfstiftung wurde 1989 in Wien quasi der Grundstein für das internationale HPH-Netzwerk gelegt. Für nachhaltige internationale Sichtbarkeit Österreichs sorgte in weiterer Folge der 1996 ebenfalls in Wien stattfindende Workshop zur Verbreitung der Netzwerkidee, in dessen Rahmen die „Wiener Empfehlungen zu Gesundheitsfördernden Krankenhäusern“ (1997) angenommen wurden.

Dietscher (2012) merkt an, dass das internationale HPH-Netzwerk während dieser Pionierphase noch kein eigenständiges Netzwerk war. Für den damaligen Zeitraum lässt es sich eher als Subnetzwerk des WHO-Gesunde-Städte-Projekts beschreiben. In dieser ersten Phase der Etablierung wurden auf internationaler Ebene Strukturen aufgebaut (Arbeitstreffen, Grundsatzpapiere), die dazu dienten, das internationale Projekt zu initiieren und zu koordinieren.

4.5.1.3. Testen des Konzepts und Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen (1993–1997)

Phase 2: Testen des Konzepts und Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen (1993–1997)	
1993–1997	Durchführung des European Pilot Hospital Project (EPHP)
seit 1993	Jährliche internationale Konferenzen, internationaler HPH Newsletter
seit 1995	Etablierung nationaler und regionaler HPH-Netzwerke
1995	Gründung des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser – DNGfK
1996	Ausarbeitung der Chiemsee-Erklärung des DNGfK im Rahmen der ersten nationalen Konferenz
1996	Gründung des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser – ÖNGK
1996	Workshop: The Health Promoting Hospital in the European Union, Wien
1997	Wiener Empfehlungen Gesundheitsfördernder Krankenhäuser

Tabelle 4: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 2

1993 startete das Europäische Pilotkrankenhausprojekt (EPHP) mit 20 beteiligten Krankenhäusern aus insgesamt 11 europäischen Ländern¹⁹, koordiniert vom LBIMGS. Auch hier war Österreich wieder mit der Krankenanstalt Rudolfstiftung vertreten.

Parallel zum EPHP wurden weitere Netzwerkstrukturen etabliert, die bis heute ihren Bestand haben: 1993 fand die erste internationale Konferenz des Netzwerks in Warschau statt, die seitdem jährlich veranstaltet wird, und der erste Newsletter des internationalen Netzwerks erschien, der ab diesem Zeitpunkt zweimal und seit 2008 sechsmal jährlich herausgegeben wird. Verantwortlich für die Organisation der Konferenz und die Herausgabe des Newsletters war und ist das in Wien ansässige Koordinationszentrum am LBIMGS (bzw. später LBIHPR, seit 03/2016 GÖG-Gesundheit Österreich GmbH). Darüber hinaus fanden zwischen 1993 und 1997 zweimal jährlich Arbeitstreffen zur Projektkoordination des EPHP statt. Eine Zusammenfassung der Projektevaluation des EPHP sowie

¹⁹ Deutschland (5); Großbritannien (4); Italien (2); Polen (2); Frankreich (1); Griechenland (1); Irland (1); Österreich (1); Schweden (1); Tschechien (1); Ungarn (1);

Fallstudien zu den Erfahrungen der teilnehmenden Krankenhäuser wurden von Pelikan et al. 1998 veröffentlicht.

Aufgrund des Erfolgs des EPHP beschloss die WHO-Euro im Jahr 1995 die Etablierung nationaler und regionaler Netzwerke als zentrale Strategie zur Verbreitung und Entwicklung Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Im Zuge eines EPHP-Arbeitstreffens wurde im November 1995 das „**Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser – DNGfK**“ als Verein gegründet. Im Februar 1996 wurde mit der „Chiemsee-Erklärung“ ein eigenes Leitbild veröffentlicht, das die internationalen HPH-Vorgaben ergänzte. Die Chiemsee-Erklärung wurde im Rahmen der ersten nationalen Konferenz von den Gründungsmitgliedern des DNGfK ausgearbeitet (vgl. Hüllemann et al. 1999, S. 314).

Nach einer entsprechenden Entscheidung des damaligen Gesundheitsressorts des Bundes wurde im Herbst des Jahres 1995 auch in Österreich der Grundstein für die Entwicklung eines nationalen Netzwerks gelegt (vgl. Berger et al. 2000, S. 19). 1996 wurde dann schließlich das „**Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser – ÖNGK**“ gegründet. Mitglied der ersten Stunde war die Krankenanstalt Rudolfstiftung, an der bereits das WHO-Modellprojekt durchgeführt worden war und die das österreichische Pilotkrankenhaus im EPHP war. Die Koordinationsfunktion für das österreichische Netzwerk wurde dem Wiener WHO-CC-HPH übertragen, das bereits im WHO-Modellprojekt und im Pilotkrankenhausprojekt eine leitende Funktion innehatte. Die finanzielle Unterstützung dafür erfolgte durch das Gesundheitsressort des Bundes. Bereits im selben Jahr fand in Wien die erste Konferenz des ÖNGK statt, die von da an zum jährlichen Fixpunkt wird. Auch der erste der zweimal jährlich erscheinenden Rundbriefe wurde herausgegeben.

Die Netzwerkstrategie fand im Jahr 1996 Unterstützung durch die Europäische Kommission (DG SANCO), die einen Workshop mit dem Ziel der Gründung weiterer HPH-Netzwerke förderte, der in Wien stattfand. An diesem Workshop nahmen RepräsentantInnen von Krankenhäusern aus 10 EPHP-Ländern teil, außerdem noch TeilnehmerInnen aus sechs EU-Staaten (i.e. Belgien, Dänemark, Finnland, Niederlande, Portugal und Spanien).

Als das EPHP 1997 abgeschlossen wurde, wurde im Rahmen der 5. internationalen HPH-Konferenz in Wien mit den „Wiener Empfehlungen zu Gesundheitsfördernden Krankenhäusern“ (WHO 1997a) ein neues HPH-Grundsatzdokument vorgelegt, das die Gründung nationaler und regionaler Netzwerke durch neue Richtlinien unterstützen sollte und den mit der Budapest-Deklaration gelieferten HPH-Referenzrahmen aktualisierte.

In der zweiten Phase der Entwicklung des internationalen HPH-Netzwerks wurden insgesamt 16 nationale und regionale Netzwerke gegründet. 13 dieser Netzwerke können auf das EPHP zurückgeführt werden, zwei weitere wurden in Zusammenhang mit dem von der EU-Kommission geförderten Workshop gegründet (vgl. Dietscher 2012). Die folgende Tabelle gibt einen Überblick:

Netzwerk	Jahr der Gründung	Gründung in Zusammenhang mit	
		EHPH	EU-Workshop
1. Polen	1993	<input checked="" type="checkbox"/>	
2. UK/Wales	1993	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Bulgarien	1994		
4. Deutschland	1995	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Italien/Venetien	1995	<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Österreich	1996	<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Finnland	1996		<input checked="" type="checkbox"/>
8. Ungarn	1996	<input checked="" type="checkbox"/>	
9. Schweden	1996	<input checked="" type="checkbox"/>	
10. UK/Nordirland	1996	<input checked="" type="checkbox"/>	
11. UK/England	1996	<input checked="" type="checkbox"/>	
12. Belgien/franz. Sprachgebiet	1997		<input checked="" type="checkbox"/>
13. Frankreich	1997	<input checked="" type="checkbox"/>	
14. Irland	1997	<input checked="" type="checkbox"/>	
15. Italien/Piemont	1997	<input checked="" type="checkbox"/>	
16. Slowakei	1997		

Tabelle 5: Nationale/regionale HPH-Netzwerke, gegründet in Phase 2 der HPH-Entwicklung (vgl. Dietscher 2012: 31)

Dietscher (2012) merkt an, dass trotz des eindeutigen Wandels von HPH – von einem Netzwerk von Organisationen, wie es während des EHPH Zeitraums der Fall war, hin zu einem Netzwerk von Netzwerken – in den Wiener Empfehlungen der Punkt der Vernetzung nur oberflächlich abgehandelt wurde. In dem Dokument wurden lediglich drei mögliche Formen der Mitgliedschaft für Krankenhäuser aufgeführt: als Mitglied eines nationalen oder regionalen Netzwerks, als Mitglied eines themenspezifischen Netzwerks oder für den Fall, dass das Krankenhaus aus einem Land kommt, in dem es kein nationales oder regionales Netzwerk gibt, besteht die Möglichkeit einer Einzelmitgliedschaft direkt beim internationalen HPH-Netzwerk. Der Fokus des Dokuments liegt damit klar auf Krankenhäusern, für die Teilnahmebedingungen aufgelistet sind. Diese beinhalten die Umsetzung der Grundsätze und Strategien der Wiener Empfehlungen sowie die Befolgung der Regeln, die auf internationaler, aber auch auf nationaler und regionaler Ebene vereinbart wurden.

Weitere Regelungen, die nicht explizit in den Wiener Empfehlungen genannt wurden, aber bis heute für Mitglieder eines HPH-Netzwerks gültig sind, betreffen die Implementierung von drei Gesundheitsförderungsprojekten, eine jährlich fällige internationale Mitgliedschaftsgebühr und seit 1998 die Forderung nach Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens. Diese Bedingungen stellen eine Grundlage für den Vertrag dar, den die einzelnen Mitgliedsorganisationen mit dem internationalen HPH-Netzwerk für die Dauer von vier Jahren schließen und der nach Ablauf dieser Zeit jeweils für weitere vier Jahre verlängert werden kann (vgl. Dietscher 2012).

Ergänzend zur Budapester Erklärung setzen die Wiener Empfehlungen daran an, einen konzeptuellen Rahmen für Gesundheitsförderung im Krankenhaus zu bieten. Darin sind sechs Grundprinzipien formuliert, die besagen, was ein gesundheitsförderndes Krankenhaus sollte:

1. *„Menschenwürde, Gleichheit, Solidarität und berufliche Ethik fördern, wobei es die unterschiedlichen Bedürfnisse, Werte und Kulturen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen anerkennt und berücksichtigt;*
2. *orientiert sein an Qualitätsverbesserung, am Wohlbefinden der Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter, sowie am Schutz der Umwelt und an der Entwicklung der Potentiale des Krankenhauses hin zu einer "lernenden Organisation";*
3. *sich an einem holistischen Konzept von Gesundheit und Krankenversorgung orientieren und nicht nur kurative Dienstleistungen anbieten;*
4. *den einzelnen Menschen sowohl als Leistungserbringer wie auch als Patient oder Angehörigen mehr in den Mittelpunkt stellen, Heilungsprozesse fördern und Patienten dabei unterstützen, Verantwortung für ihren Gesundheitsprozess bzw. für ihre Gesundheit mit zu übernehmen;*
5. *die effiziente bzw. kosteneffektive Nutzung von Ressourcen nach Maßgabe ihres Beitrages zur Verbesserung der Gesundheit gewährleisten;*
6. *sich so weit wie möglich mit anderen Ebenen des gesundheitlichen Versorgungssystems vernetzen und aktiv mit anderen Einrichtungen und Institutionen in der lokalen Umgebung kooperieren“*

(WHO 1997a, S. 3).

Im Vergleich zur Budapester Erklärung sind diese Grundprinzipien eher allgemein formuliert und bringen sowohl wirtschaftliche wie auch Qualitätsaspekte klarer ein. Die im Folgenden aufgelisteten vier Strategien zur Umsetzung der Grundprinzipien, greifen dagegen die Inhalte der Budapester Erklärung auf und ergänzen sie:

1. *Verbindliches Engagement für ein Gesundheitsförderndes Krankenhaus schaffen und Mitwirkungsmöglichkeiten stärken:* die Wiener Empfehlungen fordern eine Förderung von partizipatorischen und am Gesundheitsgewinn orientierten Organisationsprozessen und Verfahren sowie die aktive Einbeziehung aller Berufsgruppen, einschließlich der von Fachkräften außerhalb des Krankenhauses, und die Förderung der aktiven Mitwirkung und Mitentscheidung der PatientInnen. Weiters sollen die Rechte der PatientInnen gestärkt werden, eine gesundheitsfördernde Umwelt im Krankenhaus für PatientInnen und deren Angehörige und gesunde Arbeitsbedingungen für die MitarbeiterInnen des Krankenhauses geschaffen werden. Um das zu erreichen, soll die Verpflichtung des Managements hin zu einer am Gesundheitsgewinn orientierten Politik gestärkt werden, und die Integration von Gesundheitsförderung sollte ein wesentliches Kriterium in allen alltäglichen Entscheidungsprozessen der Organisation Krankenhaus sein.

2. *Verbesserung der Kommunikation, Information und Ausbildung:* Bezüglich der KrankenhausmitarbeiterInnen verlangt die Strategie nach berufsübergreifender Kooperation und gegenseitiger Akzeptanz, um dadurch die Kommunikation und Krankenhauskultur zu verbessern und somit die Lebensqualität der MitarbeiterInnen zu fördern. Die Kommunikation zwischen KrankenhausmitarbeiterInnen und PatientInnen soll, basierend auf gegenseitigem Respekt und Verständnis, ebenso verbessert werden wie das Angebot und die Qualität der Information, Ausbildungs- und Trainingsprogramme für PatientInnen und deren Angehörige. Im Hinblick auf die Grundsätze eines gesundheitsfördernden Krankenhauses wird die Entwicklung einer „Corporate Identity“ empfohlen sowie die Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialdiensten im kommunalen Umfeld, lokalen Gesundheitsförderungsinitiativen, Selbsthilfegruppen und anderen AkteurInnen des Gesundheitssektors. Abschließend wird die Entwicklung von Informationssystemen genannt, die neben administrativen Zwecken auch die Messung und Darstellung gesundheitlicher Ergebnisse erfüllen sollten.
3. *Nutzung von Methoden und Techniken der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements:* Die Wiener Empfehlungen fordern eine Veränderung bestehender Krankenhausroutinen und eine Re-Orientierung hin zu einer lernenden Organisation, einschließlich Ausbildung und Training des Krankenhauspersonals in Bereichen die relevant für Gesundheitsförderung sind, wie Aufklärung, Kommunikation, psychosoziale Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Management. Weiters wird die Ausbildung der ProjektleiterInnen in Projektmanagementmethoden und in kommunikativen Fertigkeiten empfohlen.
4. *Aus Erfahrung lernen:* Schließlich wird der Austausch von Erfahrungen mit der Implementierung von gesundheitsfördernden Krankenhausprojekten auf nationaler und internationaler Ebene nahegelegt, damit die teilnehmenden Krankenhäuser von den unterschiedlichen Herangehensweisen zu Problemlösungen lernen. Aus diesem Grund sollten sich Gesundheitsfördernde Krankenhäuser zu regionalem, nationalem und internationalem Erfahrungsaustausch verpflichten.

(vgl. WHO 1997a, S. 4f).

Das HPH-Netzwerk wurde in den Wiener Empfehlungen in erster Linie als Austauschplattform umschrieben, jedoch ohne Spezifizierung, wie und durch wen dieser Austausch organisiert werden sollte.

Zentrale Meilensteine in der zweiten Phase der Entwicklung sind, dass Netzwerke zur Kernstrategie für HPH erkoren wurden und Mechanismen zur Förderung des Austauschs zwischen den Krankenhäusern und Netzwerken auf nationaler und internationaler Ebene etabliert und den

teilnehmenden Krankenhäusern empfohlen wurden. Am Ende des EPHP waren bereits 16 Netzwerke in Europa gegründet, darunter das österreichische.

Die damaligen internationalen Dokumente waren inhaltlich bezüglich der Strukturen und Aufgaben von nationalen und regionalen Netzwerken noch wenig spezifiziert. Die Gründung solcher Netzwerke war jedoch ein erster wichtiger Schritt, um aus HPH ein höchst komplexes, funktional differenziertes Netzwerk zu machen, unter dessen internationaler Dachorganisation nationale und regionale Netzwerke zu entstehen begannen: „From 1995 onwards, HPH as a network has to be observed and described both on international and national / regional levels“ (Dietscher 2012, S. 34).

4.5.1.4. Verbreitung und interne Differenzierung des internationalen Netzwerks (1998–2000)

Phase 3: Verbreitung und interne Differenzierung des internationalen Netzwerks (1998–2000)	
seit 1998	Website(s)
1998	Gründung der Task Force „Health Promotion in Psychiatric Health Services“
1998–2001	Erste internationale Projektdatenbank des Netzwerks (später übertragen an das WHO-Barcelona-Zentrum)
1999	Gründung des Schweizerischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Spitäler und Gesundheitsdienste
2000	Gründung des Wiener Informationsnetzwerks zur Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen

Tabelle 6: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 3

Die dritte Phase zwischen 1998 und 2001 zeichnet sich durch eine weitere Professionalisierung der HPH-Koordinationsstrukturen aus. Nach Beendigung des EPHP wurde der Fokus wieder verstärkt auf die internationale Netzwerkstruktur gelegt: Eine erste internationale Website wurde erstellt, sowie eine internationale Datenbank mit den Gesundheitsförderungsprojekten der teilnehmenden Krankenhäuser.

Ergänzend zu den nationalen und regionalen Netzwerken begann man mit der Gründung internationaler Task Forces zu spezifischen Themen. Aufbauend auf den Wiener Empfehlungen übernehmen die Task Forces die Rolle der „themenspezifischen Netzwerke“, die als mögliche Form der HPH-Mitgliedschaft genannt werden. Erste Versuche zu Rauchfreien Krankenhäusern und Ernährung in Krankenhäusern wurden gestartet, jedoch erwiesen sie sich zum damaligen Zeitpunkt nicht als nachhaltig (vgl. Pelikan et al. 2011, S. 33). Schließlich wurde 1998 unter deutscher Leitung die Task Force „Health Promoting Psychiatric Services“ gegründet, die bis 2015 bestand. Im Gegensatz zu nationalen bzw. regionalen Netzwerken, bei denen eine Mitgliedschaft die Implementierung von drei Gesundheitsförderungsprojekten und eine internationale Mitgliedsgebühr bedingt, wurden für die Task Forces keine derartigen formalen Kriterien ausgearbeitet.

Auf nationaler und regionaler Ebene wurden während Phase 3 zwölf weitere Netzwerke gegründet (siehe Tabelle 6). Sechs von diesen können auf das EPHP zurückgeführt werden, da sie in Ländern bzw. Regionen gegründet wurden, die am Projekt teilgenommen hatten. Die anderen sechs Netzwerke können als Erfolg der internationalen Netzwerkstrukturen von HPH verbucht werden, die mit der jährlichen Konferenz, Newsletters und Veröffentlichungen in diversen relevanten Medien auf eine breite öffentliche Sichtbarkeit abzielen (vgl. Dietscher 2012). Eines davon ist das „Schweizerische Netzwerk gesundheitsfördernder Spitäler und Gesundheitsdienste – Ein Netzwerk der WHO“, das im Jahr 1999 auf Einladung der WHO mit gleich elf Gesundheitseinrichtungen in Form eines Vereins gegründet wurde.

Netzwerk	Jahr der Gründung	Gründung in Zusammenhang mit EPHP	
		Ja	Nein
1. Griechenland	1998	<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Norwegen	1998		<input checked="" type="checkbox"/>
3. Dänemark	1999		<input checked="" type="checkbox"/>
4. Italien/Emilia-Romagna	1999	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Italien/Lombardei	1999	<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Litauen	1999		<input checked="" type="checkbox"/>
7. Schweiz	1999		<input checked="" type="checkbox"/>
8. Estland	2000		<input checked="" type="checkbox"/>
9. Italien/Ligurien	2000	<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Russland	2000		<input checked="" type="checkbox"/>
11. Italien/Toskana	2001	<input checked="" type="checkbox"/>	
12. UK/Schottland	2001	<input checked="" type="checkbox"/>	

Tabelle 7: Nationale und regionale HPH-Netzwerke, gegründet in Phase 3 der HPH-Entwicklung (vgl. Dietscher 2012: 35)

In Österreich wurde auf regionaler Ebene im Jahr 2000 in Wien mit dem Aufbau des „**Wiener Informationsnetzwerks zur Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen**“ begonnen. Das Informationsnetzwerk, das von Anfang an auch für Pflegeeinrichtungen geöffnet war, war als „*ergänzendes, niederschwelliges Angebot zum österreichischen Netzwerk*“ konzipiert. Die Trägerschaft übernahm die Bereichsleitung für Strukturentwicklung in der Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales der Stadt Wien, wissenschaftliche und organisatorische Unterstützung erfolgte durch das LBIMGS (vgl. Hübel 2008, S. 114f).

4.5.1.5. Standardisierung des Konzepts und Verbindung mit Qualität und Evidenz (2001–2005)

Phase 4: Standardisierung des Konzepts und Verbindung des Konzepts mit Qualität und Evidenz (2001–2005)	
2001–2005	Koordination durch das WHO Europe Office for Integrated Healthcare Services, Barcelona
2001–2006	Arbeitsgruppe „Standards for Health Promoting Hospitals“
2001–2006	Arbeitsgruppe „Putting HPH Policy into Action“
2002–2005	EU-Projekt „Migrant Friendly Hospitals“
2004	Designation des WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion, Kopenhagen, Dänemark
seit 2004	Jährliche internationale Summer Schools als Nebenveranstaltungen zu den internationalen HPH-Konferenzen
2004	Gründung der Task Force „Children and Adolescents in Hospitals“
2005	Gründung der Task Force „Migrant Friendly and Culturally Competent Health Care“
2005	Beitritt des ersten nicht-europäischen nationalen/regionalen Netzwerks zum internationalen HPH-Netzwerk
2005	Inkrafttreten des österreichischen Gesundheitsqualitätsgesetzes
seit 2006	Koordination und Sekretariat des internationalen Netzwerks am WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion, Kopenhagen, Dänemark

Tabelle 8: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 4

In der vierten Phase gab es einige Veränderungen in der Netzwerkstruktur des internationalen HPH-Netzwerks. Im Jahr 2001 wechselten die Koordination und das Sekretariat des HPH-Netzwerks von Wien nach Barcelona zum WHO-Europe-Office-for-Integrated-Healthcare-Services. Am Ende von Phase 4, im Jahr 2006, ging die Koordination schließlich zum WHO-Collaborating-Centre-for-Evidence-Based-Health-Promotion in Kopenhagen, Dänemark, über. Die Verantwortung für die jährliche internationale HPH-Konferenz und die Herausgabe des HPH-Newsletters verblieb beim WHO-CC-HPH in Wien.

Weiters wurden zwei neue Task Forces gegründet: 2004 eine zu „Health Promotion for Children and Adolescents in & by Hospitals and Health Services“ und 2005 die Task Force „Migrant Friendly and Culturally Competent Health Care“, der von 2002–2005 ein von der EU-Kommission gefördertes Projekt zu selbigem Thema voranging. Außerdem wurden ab 2004 jährliche internationale HPH Summer Schools eingeführt (vgl. Dietscher 2012; Pelikan et al. 2011).

Mit dem Wechsel der HPH-Koordinationsstelle zum WHO-Europe-Office-for-Integrated-Healthcare-Services in Barcelona ging eine Weiterentwicklung des HPH-Konzepts einher, die als Reaktion auf die ab Mitte der 1990er-Jahre im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnende Qualitäts- und Evidenzdebatte verstanden werden kann. 2001 wurden von der WHO-Euro zwei internationale Arbeitsgruppen initiiert mit dem Auftrag, spezifische Instrumente zur Verbindung von Qualität und dem HPH-Konzept zu entwickeln. Das zentrale Ergebnis der Arbeitsgruppe „Putting HPH Policy into Action“ waren 18 Strategien Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (vgl. Pelikan et al. 2005; Pelikan et al. 2006), die einen konzeptuellen Überblick über alle möglichen Inhalte von HPH geben. Die Arbeitsgruppe „Standards for Health Promoting Hospitals“ entwickelte und testete fünf von der

Arbeitsgruppe als prioritär erachtete Standards für Gesundheitsförderung in Krankenhäusern (vgl. Gröne 2006).

Die **18 Strategien** weisen drei Zielgruppen aus – PatientInnen, MitarbeiterInnen und die regionale Bevölkerung – für die jeweils sechs spezifische Strategien definiert wurden. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Strategien:

Zielgruppe	PatientInnen	MitarbeiterInnen	Region
Strategie			
Empowerment der Stakeholder für gesundheitsfördernde Selbstreproduktion	Gesundheitsfördernde Gestaltung der Gesundheitseinrichtung für die PatientInnen PAT-1	Gestaltung eines gesundheitsfördernden Arbeitslebens für die MitarbeiterInnen MIT-1	Gestaltung eines gesundheitsfördernden Zugangs zur Gesundheitseinrichtung REG-1
Empowerment der Stakeholder für gesundheitsfördernde Koproduktion	Förderung der Partizipation, Kooperation und Koproduktion von PatientInnen bei Behandlung und Pflege PAT-2	Förderung von gesundheitsfördernden Arbeitsabläufen und Arbeitsstrukturen MIT-2	Entwicklung gesundheitsfördernder Kooperationen zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern REG-2
Gesundheitsfördernde und empowernde Gestaltung des Setting Krankenhaus für die Stakeholder	Gestaltung eines gesundheitsfördernden Settings für PatientInnen PAT-3	Gestaltung eines gesundheitsfördernden Settings für MitarbeiterInnen MIT-3	Gestaltung des Krankenhauses als eine gesundheitsfördernde Umwelt für die Region REG-3
Empowerment der Stakeholder für Krankheitsmanagement (PatientInnenschulung)	Empowerment der PatientInnen für gesundheitsförderndes Selbstmanagement von spezifischen Krankheiten PAT-4	Empowerment der MitarbeiterInnen für gesundheitsförderndes Selbstmanagement von (Berufs-) Krankheiten MIT-4	Beteiligung an Allianzen für Empowerment für gesundheitsförderndes Selbstmanagement von spezifischen Krankheiten REG-4
Empowerment der Stakeholder für Lebensstilentwicklung (Gesundheitserziehung)	Empowerment der PatientInnen für eine gesundheitsfördernde Lebensstilentwicklung PAT-5	Empowerment der MitarbeiterInnen für eine gesundheitsfördernde Lebensstilentwicklung MIT-5	Beteiligung an Allianzen für Empowerment für eine gesundheitsfördernde Lebensstilentwicklung REG-5
Partizipation der Stakeholder an gesundheitsfördernder und empowernder Regionalentwicklung	Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen (Infrastrukturen, Angebote) für die PatientInnen nach dem Verlassen des Spitals PAT-6	Entwicklung eines gesundheitsfördernden regionalen Settings (Infrastrukturen, Angebote) für MitarbeiterInnen MIT-6	Beteiligung an Allianzen für gesundheitsfördernde Regionalentwicklung REG-6

Tabelle 9: 18 HPH-Kernstrategien (vgl. Pelikan et al. 2005; 2006; 2008; Dietscher 2012)

Die drei erstgenannten Strategien zielen auf bereits bestehende Strukturen und Prozesse in einem Krankenhaus ab, während die Strategien 4 und 5 sich auf konkrete Maßnahmen beziehen, die sowohl vom Krankenhaus selbst als auch von einem anderen Anbieter ausgeführt werden können.

Strategie 6 knüpft an der in der Ottawa-Charta gestellten Forderung nach „advocacy“²⁰ an und ist auf die Rolle der Krankenhäuser bei der Beteiligung an gesundheitsfördernder und empowernder Regionalentwicklung ausgerichtet (vgl. Dietscher 2012). Die Inhalte dieser Strategien basieren auf soziologischer Systemtheorie, Qualitätsmanagement sowie spezifischen Gesundheitsförderungskonzepten und Prinzipien (Pelikan et al. 2005; Pelikan et al. 2006; Dietscher 2012):

- *Strategie PAT-1, MIT-1, REG-1:* In einer systemtheoretischen Betrachtungsweise wird Gesundheit als ein Zustand definiert, der auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene permanent wiederhergestellt werden muss. Krankenhäuser sollten daher zunächst ihre PatientInnen empoweren und befähigen, ihre bestehende Gesundheit während des Aufenthalts in der Einrichtung zu erhalten (PAT-1); sie sollten ihre Beschäftigten empoweren und befähigen, ihre Gesundheit während des Arbeitslebens zu erhalten (MIT-1); und sie sollten die Bevölkerung im Einzugsgebiet des Krankenhauses bei der Selbstreproduktion ihrer Gesundheit unterstützen, indem adäquater und egalitärer Zugang zur Einrichtung geboten wird (REG-1).
- *Strategie PAT-2, MIT-2, REG-2:* Qualitätsansätzen und Gesundheitsförderungskonzepten zu Befähigung und Empowerment folgend, wird im Zusammenhang mit Gesundheitsversorgung davon ausgegangen, dass jene die in den Behandlungsprozess involviert sind – also Professionelle und PatientInnen – KoproductentInnen von Gesundheit sind. Damit PatientInnen gute KoproductentInnen ihrer eigenen Gesundheit werden, ist es notwendig, an den MitarbeiterInnen anzusetzen und deren Kommunikationskompetenz zu stärken. Empowerment von PatientInnen setzt somit Empowerment von MitarbeiterInnen voraus (PAT-2). Da die MitarbeiterInnen auch KoproductentInnen der Arbeitsstrukturen und Prozesse sind, die Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben, sollte sie die Möglichkeit haben, diese mitzugestalten (MIT-2). Für die Koproducten nachhaltiger Behandlungsergebnisse der PatientInnen ist es seitens der MitarbeiterInnen notwendig, mit Leistungserbringern außerhalb des Krankenhauses zusammenzuarbeiten (REG-2).
- *Strategie PAT-3, MIT-3, REG-3:* Gemäß dem Setting-Ansatz bedeutet Gesundheitsförderung eine Veränderung der für die Gesundheit relevanten Verhältnisse in der physischen, kulturellen und sozialen Umwelt der Menschen. Die Strategien PAT-3, MIT-3 und REG-3 zielen in diesem Sinne auf eine gesundheitsfördernde Gestaltung des Setting Krankenhaus ab. Beispielsweise durch Einführung eines angemessenen Hygiene-Managements,

²⁰ In der deutschen Version der Charta wird „advocacy“ übersetzt mit „Interessen vertreten“, „aktives anwaltschaftliches Eintreten“ (WHO 1986: 2).

patientenfreundlicher Tagespläne, flexibler Arbeitspläne für MitarbeiterInnen, gesunden Essens, ökologischer Bauweise, Maßnahmen zum Umweltschutz.

- *Strategie PAT-4, MIT-4, REG-4:* Diese Strategie zielt auf ein Empowerment der Zielgruppen für ein gesundheitsförderndes Selbstmanagement von Krankheiten. Für die PatientInnen und die Bevölkerung ist das Ziel ein besseres Krankheitsmanagement nach der Entlassung (PAT-4) und im Alltag (REG-4). Der Fokus bei den MitarbeiterInnen liegt auf dem Umgang mit (Berufs-)Krankheiten im Arbeitsleben (MIT-4).
- *Strategie PAT-5, MIT-5, REG-5:* Ziel dieser Strategien ist ein Empowerment der Zielgruppen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines gesundheitsfördernden Lebensstils.
- *Strategie PAT-6, MIT-6, REG-6:* Diese Strategie fokussiert auf eine Beteiligung der Krankenhäuser an gesundheitsfördernder Regionalentwicklung, die sich an den Bedürfnissen der Zielgruppen bezüglich Gesundheitsförderung orientiert (z.B. Kooperation mit Selbsthilfegruppen, Betriebskindergarten, Nutzung von Krankenhausdaten für die regionale Gesundheitsberichterstattung).

Für die Implementierung dieses umfassenden HPH-Ansatzes schlägt Pelikan (2007b) **sieben Strategien** vor (siehe Tabelle 8):

Qualitätsfunktion/ -aktivität für die Qualität von ...	Strukturen von Dienstleistungen (und des Settings)	Prozesse von Dienstleistungen (und des Settings)	Ergebnisse/Impacts von Dienstleistungen (und des Settings)
1. Definition	S1 Definition von Gesundheitsförderungs- kriterien und -standards für Strukturen	P1 Definition von Gesundheitsförderungs- kriterien und -standards für Prozesse	O1 Definition von Gesundheitsförderungs- zielen für Ergebnisse/Impacts
2. Messen (Assessment, Monitoring, Evaluation)	S2 Messen der Gesundheitsförderung von Strukturen	P2 Messen der Gesundheitsförderung von Prozessen	O2 Messen der Gesundheitsförderung von Ergebnissen/Impacts
3. Sichern, Entwickeln, Verbessern	S3 Entwickeln der Gesundheitsförderung von Strukturen durch Organisations-, Personal-, Technikentwicklung	X	X

Tabelle 10: Sieben Implementierungsstrategien gesundheitsfördernder Krankenhäuser (Pelikan 2007b)

Diese Tabelle basiert auf drei Grundannahmen: Erstens folgt sie Donabedians Qualitätsansatz hingehend der Annahme, dass die Qualität gesundheitsfördernder Ergebnisse durch die Qualität gesundheitsfördernder Prozesse erzeugt wird, die wiederum durch die Qualität gesundheitsfördernder Strukturen ermöglicht werden müssen. Zweitens verwendet sie die Schritte eines Qualitätszirkels: Als Vorbedingung einer Qualitätsverbesserung muss

Gesundheitsförderungsqualität zunächst definiert und im gegebenen Kontext gemessen werden; die Ergebnisse der Verbesserung müssen wiederum systematisch erfasst oder evaluiert werden. Drittens wird von der Annahme ausgegangen, dass ausschließlich Strukturen direkt beeinflusst oder verbessert werden können, nicht aber Prozesse und Ergebnisse. Die sieben Implementierungsstrategien sind das Resultat dieser Grundannahmen, die als Komponenten eines totalen und kontinuierlichen Gesundheitsförderungsmanagements in einer Gesundheitseinrichtung verstanden werden können. Um die Qualität dieser gesundheitsförderungsbezogenen Definitions-, Mess- und Verbesserungsprozesse zu unterstützen, ist es notwendig, adäquate gesundheitsfördernde Strukturen sicherzustellen. Derartige Strukturen in die Praxis umzusetzen bedeutet, dass Gesundheitseinrichtungen Gesundheitsförderungswerte, -prinzipien, -ziele und Standards in ihr schriftliches Leitbild, ihre Managementstrukturen, Programme, Aktionspläne, Leitlinien, Handbücher und Protokolle einbauen. Ebenso müssen entsprechende Kriterien und Indikatoren in die Strukturen integriert werden, die es erlauben die Ergebnisse zu messen und auszuwerten (vgl. Pelikan 2007; Dietscher 2012).

Die **fünf Standards** der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern wurden in Form eines Selbstbewertungsinstruments entwickelt und international getestet und sind für die Anwendung im Rahmen des allgemeinen Qualitätsmanagements vorgesehen. Der inhaltliche Fokus liegt auf einem umfassenden Organisationsmanagement von Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen, auf dem PatientInnenpfad (Aufnahme – Behandlung und Pflege – Entlassung) und der Gesundheit der MitarbeiterInnen. Anders als bei den HPH-Kernstrategien werden die Gemeinde und die regionale Umwelt als Zielgruppe bzw. -gebiet ausgeklammert. Die fünf Standards decken folgende Bereiche ab:

- *Standard 1:* Management-Grundsätze (Policy): Gesundheitsförderung als integraler Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems der Organisation
- *Standard 2:* PatientInneneinschätzung (-Assessment): systematische Erfassung des Gesundheitsförderungsbedarfs von PatientInnen im Rahmen der Aufnahme bzw. Anamnese
- *Standard 3:* PatientInneninformation und -intervention: Vermittlung von relevanten Gesundheitsinformationen und geplanten Maßnahmen
- *Standard 4:* Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes: Entwicklung und Implementierung eines gesunden Arbeitsplatzes seitens der Organisation
- *Standard 5:* Kontinuität und Kooperation: Sektorenübergreifende Kooperation mit anderen Gesundheitsdienstleistern und Institutionen zur Sicherstellung der Gesundheitsförderungsleistungen nach der Entlassung

(vgl. Gröne 2006).

Hinsichtlich des umfassenden Qualitätsmanagements decken sich die Standards im Bereich Management-Grundsätze (Policy) mit den sieben Implementierungsstrategien gesundheitsfördernder Krankenhäuser (Pelikan 2007b). Bezüglich der Zielgruppe der PatientInnen liegt der Fokus der Standards vorwiegend auf Diagnose und Behandlung, den klinischen Kerngeschäften von Krankenhäusern. Das Miteinbeziehen der PatientInnen als KoproduzentInnen ihrer eigenen Gesundheit, wie in den 18 Kernstrategien empfohlen, ebenso wie die Gestaltung eines für PatientInnen gesundheitsfördernden Settings oder die Beteiligung der Krankenhäuser an gesundheitsfördernder Regionalentwicklung, angepasst an die Bedürfnisse der PatientInnen, findet kaum Niederschlag in den Standards. Auch bei der Zielgruppe der MitarbeiterInnen wird die mögliche Beteiligung der Krankenhäuser an einer gesundheitsfördernden Regionalentwicklung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der MitarbeiterInnen nicht aufgegriffen. Davon abgesehen werden die HPH-Kernstrategien in den Standards bezüglich MitarbeiterInnen abgedeckt (vgl. Dietscher 2012, S. 39).

Der Fokus der fünf Standards liegt ganz klar auf Gesundheitsförderung im Kerngeschäft des Krankenhauses. Der Bereich Public Health – ein zentraler Inhalt des HPH-Konzepts – wird aus pragmatischen Gründen nur marginal aufgegriffen: *„Gesundheitsförderung ist ein umfassendes Konzept, das eine große Bandbreite von Maßnahmen, Interventionen, Methoden und Ansätzen beinhaltet, deren Gesamtheit den Rahmen dieses Dokuments sprengen würde. Wir haben uns daher entschieden, in dieses Selbstbewertungs-Instrument nur jene Themen aufzunehmen, die von Mitarbeitern im Gesundheitswesen relativ einfach bearbeitet werden können und für die ausreichende Evidenz vorliegt. Entsprechend sind einige gesundheitsfördernde Maßnahmen aus älteren Rahmendokumenten des Internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser nicht vollständig enthalten [gemeint sind: Ottawa-Charta (1986); Wiener Empfehlungen zu Gesundheitsfördernden Krankenhäusern (1997); d.Verf.]“* (Gröne 2006: 8).

Den Abschluss der Arbeitsgruppen markierten Publikationen zu den zentralen Ergebnissen. Die HPH-Kernstrategien wurden in Form einer WHO-Publikation (Pelikan et al. 2005) in den nationalen und regionalen Netzwerken in Umlauf gebracht und von manchen Netzwerken in deren Landessprache übersetzt. Die Standards wurden von der WHO-Euro in Form eines Handbuchs und Selbstbewertungsformularen (Gröne 2006) veröffentlicht und werden seither vom internationalen HPH-Netzwerk zunehmend als gemeinsame Grundlage erachtet (vgl. Dietscher 2012, S. 39).

Netzwerk	Jahr der Gründung	Gründung in Zusammenhang mit EPHP	
		Ja	Nein
1. Italien/Aostatal	2002	<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Tschechien	2003	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Italien/Friaul/Julisch Venetien	2003	<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Italien/Trentino	2003	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Italien/Kampanien	2004	<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Kasachstan	2004		<input checked="" type="checkbox"/>
7. Kanada/Quebec	2005		<input checked="" type="checkbox"/>

Tabelle 11: Nationale/regionale HPH-Netzwerke, gegründet in Phase 4 der HPH-Entwicklung (vgl. Dietscher 2012: 40)

Während Phase 4 wurden sieben weitere Netzwerke gegründet (siehe Tabelle 9). Fünf davon können auf eine Beteiligung am EPHP zurückgeführt werden, von diesen sind wiederum vier italienische regionale Netzwerke. Mit dem regionalen Netzwerk in Quebec wurde zudem das erste HPH-Netzwerk außerhalb Europas ins Leben gerufen. Der Einfluss des EPHP als Impulsgeber für Netzwerkgründungen hat in dieser Phase deutlich abgenommen, da in diesem Zusammenhang keine neuen Länder dazu gewonnen werden konnten.

In den Zeitraum von Phase vier fällt auch das Inkrafttreten des österreichischen Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) im Jahr 2005. Das Gesetz sieht vor, dass Gesundheitsleistungen in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden müssen.

4.5.1.6. Restrukturierung, Globalisierung und Ausweitung des internationalen Netzwerks (ab 2006)

Phase 5: Restrukturierung, Globalisierung und Ausweitung des internationalen Netzwerks (ab 2006)	
2006	Gründung des gemeinnützigen Vereins „Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ – ONGKG
2006	Einführung einer Generalversammlung und eines Governance Boards für das internationale Netzwerk
2007	Gründung der ONGKG-Sektion „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“
2008	Gründung des Vereins „Internationales Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (HPH)“
2008	Ausweitung auf andere Gesundheitsorganisationen und Internationalisierung des Netzwerks
2008–2012	„PRICES-HPH“ Evaluationsprojekt
2008	Gründung der Task Force „Smoke-Free-Health-Services“
2009	Gründung der Task Force „Alcohol and Alcohol Intervention“
2010	Gründung der Task Force „HPH and Environment“
2010	Memorandum of Understanding des internationalen HPH-Netzwerks mit WHO-EURO
2010	Gründung der ONGKG-Sektion „Baby-friendly Hospitals“
2011	Journal: Clinical Health Promotion, Research and best practice for patients, staff & community
2012	Erste internationale HPH-Konferenz außerhalb Europas – Taipei, Taiwan

Tabelle 12: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 5

Die Professionalisierung und Formalisierung der HPH-Strukturen nimmt in Phase 5 sowohl auf internationaler Ebene als auch in Österreich stetig zu.

Nach zehnjährigem Bestehen des ÖNGK wurde im Oktober 2006 der gemeinnützige Verein „Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen – ONGKG“ gegründet, der – nach dem zunächst exklusiven Fokus des Netzwerks auf Krankenhäuser – mit einer Öffnung des Netzwerks für andere Gesundheitseinrichtungen einherging. In den Vereinsstatuten des ONGKG wurde die Möglichkeit der Errichtung von Sektionen zur Bearbeitung spezifischer Aspekte der Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen festgehalten. Infolge dessen wurde 2007 die Sektion „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“ gegründet und 2010 die Sektion „Baby-friendly Hospitals“.

Auf internationaler Ebene hat in Phase 5 zu signifikanten Veränderungen geführt, dass die WHO-Euro ihre Grundsätze bezüglich Netzwerken geändert hat. HPH und andere von der WHO-Euro initiierte Netzwerke erhielten bis 2005 sowohl starke symbolische als auch teils materielle Unterstützung. Im Falle von HPH wurde zudem das Netzwerk-Sekretariat von 2001 bis 2005 von der WHO-Euro betrieben. Nun entließ die WHO-Euro die Netzwerke in die Unabhängigkeit und erwartete, dass sie nun in der Lage wären, sich eigenständig zu erhalten.

Die Unterstützung der WHO war für HPH stets eine wichtige Argumentationsbasis für die Verbreitung des Konzepts. Daher wurden seitens HPH sogleich Anstrengungen unternommen, HPH in einen internationalen Verein nach Schweizer Recht umzuwandeln und mit der WHO-Euro eine Einigung und Kooperationsbasis zu finden. 2006 fand die erste formale Wahl der Mitglieder des Lenkungsausschusses statt und schließlich wurden Statuten entwickelt, welche die Basis für die Gründung von HPH als internationalen Verein nach Schweizer Recht im Jahr 2008 bilden. Damit einher ging die Ausweitung des Konzepts auf andere Arten von Gesundheitseinrichtungen und die Erweiterung des Namens auf „Internationales Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“; das Akronym „HPH“ wurde jedoch beibehalten. Aufbauend auf den HPH-Statuten wurde ein „Memorandum of Understanding“ zwischen der WHO-Euro und dem internationalen HPH-Netzwerk unterzeichnet, das eine Vereinbarung über die spezifischen Inhalte der Kooperation beinhaltet (vgl. Pelikan et al. 2011; Dietscher 2012).

Mit den in den HPH-Statuten festgelegten Zielen und Inhalten des internationalen HPH-Netzwerks wurde eine weitere Spezifizierung des Konzepts vorgenommen. Gemäß der in den Statuten definierten Mission strebt HPH „(...) die *Integration der Konzepte, Werte, Strategien und Standards oder Indikatoren der Gesundheitsförderung in die organisationale Struktur und Kultur von Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen an. Das Ziel ist mehr Gesundheitsgewinn durch die*

Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen, der Beziehungen zwischen Krankenhaus/Gesundheitseinrichtungen mit der Gemeinde und der Umwelt sowie der Bedingungen für die Zufriedenheit von PatientInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen“ (HPH-Netzwerk 2008, S. 1).

Der Zweck des Netzwerks wurde in den Statuten folgendermaßen dargelegt: *„Das Internationale HPH-Netzwerk fördert die Verbreitung des Konzeptes der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen (entsprechend der Definition in der oben angeführten Mission). Auf internationaler Ebene unterstützt es in Ländern und Regionen die Umsetzung des Konzepts mittels technischer Hilfestellungen und der Gründung neuer nationaler/regionaler Netzwerke“ (HPH-Netzwerk 2008, S. 1f).*

Folgende Ziele wurden gesteckt:

- *Aufbau von Kompetenzen in zentralen Bereichen Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen und partnerschaftliche Zusammenarbeit in jenen Bereichen, in denen Kooperationsbedarf besteht*
- *Stärkung der HPH-bezogenen Forschung und Vermittlung von Anreizen zur Entwicklung, Übersetzung und Verbreitung relevanten Wissens*
- *Definition von Normen und Standards sowie Unterstützung und Monitoring ihrer Implementierung*
- *Formulierung von ethischen und evidenzbasierten Grundsätzen und Verfahrensweisen*
- *Bereitstellung von technischer Unterstützung, Förderung des Wertewandels, Aufbau dauerhafter internationaler Strukturen und Kapazitäten*
- *Monitoring der Entwicklung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen*

(HPH-Netzwerk 2008, S. 2).

Das internationale HPH-Netzwerk hat mit den Statuten nun auch ganz klar die Rechte und Pflichten seiner Organe (i.e. Generalversammlung und Vorstand), des internationalen Netzwerksekretariats und des Kongresssekretariats sowie der Task Forces spezifiziert. Die nationalen und regionalen Netzwerke werden in den Statuten erstmals als kollektive Mitglieder des internationalen HPH-Netzwerks definiert. Zudem werden in den Statuten und in einer damit verbundenen Vereinbarung, die alle vier Jahre erneuert werden muss, erstmals die Aufgaben und Pflichten der nationalen und regionalen HPH-Netzwerke beschrieben. Dementsprechend sind die nationalen und regionalen Netzwerke dafür verantwortlich, die HPH-Mission in die Praxis umzusetzen, indem sie die Strategie-

und Planungsarbeit, die Implementierung von Gesundheitsförderung, die Entwicklung eines Kommunikationssystems sowie Angebote für Ausbildung und Training unterstützen. Es wird erwartet, dass sie eine Strategie und einen Aktionsplan für die Implementierung entwickeln, dass sie neue Mitgliedskrankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen rekrutieren und die internationalen Mitgliedsbeiträge ihrer Mitglieder einsammeln. Seit 2011 sind sie zudem dazu angehalten, einen periodischen Fortschrittsbericht an den Vorstand des internationalen Netzwerks zu übermitteln (vgl. HPH-Netzwerk 2008; Dietscher 2012).

Eine weitere wichtige Entwicklung in Phase 5 waren verschiedene Ansätze zur Stärkung der HPH-bezogenen Forschung, nachdem in der Fachliteratur kritisiert wurde, dass es einen Mangel an international vergleichenden Studien zu HPH gäbe (vgl. z.B. Whitehead 2004). Als Beispiele hierfür zu nennen sind das netzwerkübergreifende PRICES-HPH-Evaluationsprojekt (2008–2012) und die Gründung einer wissenschaftlichen Zeitschrift des HPH-Netzwerks, der „Clinical Health Promotion“, die 2011 erstmals herausgegeben wurde.

Während Phase fünf wurden drei weitere Task Forces ins Leben gerufen und zehn nationale und regionale Netzwerke gegründet. Lediglich zwei der Netzwerke waren innerhalb Europas; vier wurden in Asien gegründet, drei in Nordamerika und eines in Australien (siehe Tabelle 11). Ein weiteres Zeichen für die Globalisierung des internationalen HPH-Netzwerks in dieser Phase war, dass 2012 die erste internationale HPH-Konferenz außerhalb Europas – in Taipeh, Taiwan – stattfand.

Netzwerk	Jahr der Gründung	Gründung in Zusammenhang mit EPHP	
		Ja	Nein
1. Taiwan	2006		<input checked="" type="checkbox"/>
2. Spanien/Katalonien	2007		<input checked="" type="checkbox"/>
3. Italien/Kalabrien	2007	<input checked="" type="checkbox"/>	
4. USA/Connecticut	2008		<input checked="" type="checkbox"/>
5. Kanada/Ontario	2008		<input checked="" type="checkbox"/>
6. USA/Pennsylvania	2009		<input checked="" type="checkbox"/>
7. Australien/Victoria	2010		<input checked="" type="checkbox"/>
8. Korea	2011		<input checked="" type="checkbox"/>
9. Singapur	2011		<input checked="" type="checkbox"/>
10. Thailand	2011		<input checked="" type="checkbox"/>
11. Slowenien	2011		<input checked="" type="checkbox"/>

Tabelle 13: Nationale und regionale HPH-Netzwerke, gegründet in Phase 5 der HPH Entwicklung (vgl. Dietscher 2012, S. 42f)

Dietscher (2012, S. 43) stellt gesamt betrachtet für Phase fünf eine zunehmende Formalisierung fest, in der HPH in vermehrtem Maße Merkmale einer formalen Organisation annimmt. Diese Entwicklung erfolgte nicht nur auf internationaler Ebene, sondern auch in Österreich. So liegen mit der Vereinsgründung nun Statuten vor, in denen ein Zweck definiert ist, Organe die eine spezifische

Netzwerkhierarchie vorgeben, sowie Regeln der Mitgliedschaft mit definierten Inklusions- und Exklusionskriterien.

4.6. Stellenwert von Gesundheitsförderung in Österreich und politische Rahmenbedingungen

Das Konzept „Gesundheitsförderung“ wird in Österreich bereits seit Ende der 1980er-Jahre in der politischen Diskussion thematisiert, wobei als Orientierungsrahmen vor allem Konzepte und Programme der WHO und die Forderungen der Ottawa-Charta dienen. Der Setting-Ansatz nimmt bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen eine wichtige Rolle ein. Einen wesentlichen Impuls für Gesundheitsförderung in Österreich lieferte die federführende Beteiligung am WHO-Modellprojekt an der Krankenanstalt Rudolfstiftung, mit dem 1989 in Wien quasi der Grundstein für das internationale HPH-Netzwerk und für Gesundheitsförderung im Krankenhaus gelegt wurde.

In der österreichischen Gesetzgebung findet Gesundheitsförderung ihren Niederschlag seit Anfang der 1990er-Jahre:

- Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ist Gesundheitsförderung seit 1992 als *„Pflichtaufgabe der Sozialversicherungsträger“* definiert.
- Mit dem Grundsatz erlass zur Gesundheitserziehung von 1997 wurde Gesundheitsförderung in Schulen Teil des Unterrichtsprinzips (vgl. Hofmarcher 2013).
- Wegweisend war das 1998 verabschiedete Gesundheitsförderungsgesetz, mit dessen Umsetzung der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) betraut wurde. Inhaltlich an der Ottawa-Charta orientiert, definiert dieses Gesetz grundlegende Handlungsstrategien und legt den Budgetrahmen von jährlich 7,25 Millionen Euro aus öffentlichen Mitteln für die Umsetzung der Gesundheitsförderungs-Aktivitäten fest (vgl. BMGF 2016).
- Das Gesundheitsqualitätsgesetz, das im Zuge der Gesundheitsreform 2005 geschaffen wurde, hält fest, dass Gesundheitsleistungen in einem *„gesundheitsförderlichen Umfeld“* erbracht werden müssen.
- In der Vereinbarung gemäß Artikel 15a des österreichischen Bundesverfassungsgesetzes über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, werden Gesundheitsförderungsprojekte als ein Aufgabenbereich der Landesgesundheitsplattformen ausgewiesen. Diese Vereinbarung stellt eine wichtige Maßnahme für eine zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung partnerschaftlich abgestimmte Steuerung von finanziellen Mitteln für Gesundheitsförderung in Österreich dar (vgl. Rohrauer-Näf und Waldherr 2016).
- Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997) und die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung (2006) weisen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie

ÄrztInnen für Allgemeinmedizin eine gesetzlich festgelegte Zuständigkeit für Gesundheitsförderung zu (vgl. Pelikan und Dietscher 2008).

- Im Regierungsprogramm 2007–2010 wird von der Bundesregierung eine Ausweitung von Prävention und Gesundheitsförderung *„(...) auf inhaltlicher, struktureller und finanzieller Ebene“* an erster Stelle genannt (vgl. Bundeskanzleramt 2007, S. 112ff).
- Als ein Schritt in Richtung intersektorale Zusammenarbeit und übergreifende Strategie im Bereich der Gesundheitsförderung können die vom Bundesgesundheitsressort initiierten und 2012 von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Rahmen-Gesundheitsziele bezeichnet werden, die zentraler Bestandteil der Gesundheitsreform 2013 sind. Dem *„Health in all Policies“-Ansatz* folgend, sollen sie als grundlegende gesundheitspolitische Orientierung dienen *„(...) und sich in konkreten Maßnahmen der verschiedensten Politik- und Gesellschaftsbereiche niederschlagen“* (vgl. Rendi-Wagner und Peinhaupt 2012).

Zur Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen zur Gesundheitsförderung tragen unterschiedliche AkteurInnen und EntscheidungsträgerInnen aus dem Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik bei. Auf nationaler Ebene sind das beispielsweise das Bundesgesundheitsressort, der FGÖ, die Sozialversicherung oder die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES). Auf Ebene der Bundesländer gibt es verschiedene Gesundheitsförderungs- und Präventionseinrichtungen, wie z.B. die Wiener Gesundheitsförderung (WIG). Aber auch Organisationen der Zivilgesellschaft, kirchliche Einrichtungen und Forschungsinstitutionen befassen sich mit der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung (vgl. Hofmarcher 2013; Rohrauer-Näf und Waldherr 2016).

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich ist somit durch die föderalistische Struktur und eine starke Zergliederung der Zuständigkeiten von politischen EntscheidungsträgerInnen und Organisationen geprägt. Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 wurden in den letzten Jahren jedoch einige wichtige Schritte zur Stärkung der Gesundheitsförderung in Österreich gesetzt, die durch Kooperation der verschiedenen AkteurInnen und die Umsetzung umfassender gesundheitspolitischer Maßnahmen erzielt werden soll (Rohrauer-Näf und Waldherr 2011; 2016).

Mit den vorherigen Ausführungen wurde ein Überblick über den Kontext der Arbeit gegeben. Mit welcher methodischen Herangehensweise das Forschungsinteresse bearbeitet wurde, soll im nächsten Kapitel beantwortet werden.

5. Forschungsdesign und Methoden

Der folgende Abschnitt behandelt die Entscheidungen über die Vorgehensweise dieser Arbeit und legt zunächst die Gründe und Implikationen eines qualitativen Designs dar. Der Forschungsprozess wird in seinen einzelnen Phasen dargestellt und Forschungsentscheidungen werden begründet. Anschließend erfolgt die Darstellung der Erhebungsmethode und der Auswertungsschritte.

5.1. Methodologische Grundausrichtung

Im Kern des Interesses dieser Arbeit liegt die Rekonstruktion der Entwicklung des österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen mit dem Ziel zu ermitteln, welche Faktoren sich kritisch auf die Netzwerkeffektivität auswirken und in welcher Weise sich diese Auswirkungen darstellen. Damit der Forschungshorizont nicht allzu sehr durch vorab formulierte Hypothesen begrenzt wird, wurde diese Studie offen angelegt und im qualitativen Forschungsparadigma angesiedelt. Daraus ergibt sich, dass am Beginn der Arbeit keine festgelegte Forschungsfrage steht, sondern dass diese im Laufe des Forschungsprozesses konkretisiert wird.

Anders als bei einem quantitativen Ansatz, der einer linearen Abfolge konzeptioneller, methodischer und empirischer Schritte folgt, sind bei einer qualitativen Ausrichtung die einzelnen Bestandteile des Forschungsprozesses in stärkerem Ausmaß wechselseitig voneinander abhängig (vgl. Flick 2009, S. 122ff). Bei der Konzeption des Forschungsdesigns wurde diesem spezifischen Verhältnis von Gegenstand und Methode Rechnung getragen und der gesamte Forschungsprozess wurde nach zentralen Prinzipien qualitativer Sozialforschung ausgerichtet (vgl. Lamnek 2005, S. 20ff):

1. **Offenheit:** Gegenüber den Untersuchungspersonen, der Untersuchungssituation und den anzuwendenden Methoden wird eine offene Grundhaltung eingenommen. Hypothesen werden nicht im Vorfeld gebildet, sondern im Zuge des Forschungsprozesses generiert.
2. **Forschung als Kommunikation:** Die Interaktionsbeziehung zwischen Forscherin und Beforschten wird nicht als Störgröße angesehen, sondern als Voraussetzung und konstitutiver Bestandteil des Forschungsprozesses. Das Gegenüber wird als „*prinzipiell orientierungs-, deutungs- und theoriemächtiges Subjekt*“ (ebd., S. 22) angesehen und die kommunikativen Regeln des Alltags daher in der forschungsspezifischen Kommunikationssituation entsprechend berücksichtigt.
3. **Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand:** Soziale Phänomene sind nicht statisch, sondern haben prozesshaften Charakter. Sowohl Abläufe als auch Wirkungszusammenhänge werden als veränderbar angesehen, Verhaltensweisen und Aussagen der sozialen

AkteurInnen werden als prozessuale Ausschnitte der Reproduktion und Konstruktion sozialer Realität aufgefasst.

4. **Reflexivität von Gegenstand und Analyse:** Bedeutungen sind kontextgebunden und Teil eines umfassenderen Regelwerks. Daher erschließen sich Bedeutungen von sprachlichen Ausdrücken oder Handlungen nur durch Rekurs auf den jeweiligen sozialen oder symbolischen Kontext. Die Reflexivität bezieht sich im Forschungsprozess auf die eigene Reflexion von Vorannahmen und Beobachtungen, auf Ebene des Analyseprozesses erfolgt die laufende Anpassung des Untersuchungsinstrumentariums.
5. **Explikation:** Der Untersuchungsprozess soll in seinen einzelnen Schritten so weit als möglich offen gelegt werden, um eine Nachvollziehbarkeit der Interpretation und der Intersubjektivität des Forschungsergebnisses zu ermöglichen.
6. **Flexibilität:** Qualitative Forschung erfordert eine flexible Vorgehensweise, damit sie sich an neue Erkenntnisse und veränderte Bedingungen im Verlauf des Forschungsprozesses anpassen kann. Der Blickwinkel der Forschung ist zunächst weit und wird erst im Verlauf der Untersuchung fortschreitend eingeengt.

5.2. Forschungsprozess

Um die Vorgehensweise dieser Studie nachvollziehbar zu machen und zu zeigen, wie die Forschungsentscheidungen begründet wurden, wird der Forschungsprozess skizziert, der sich grob in drei Phasen unterteilen lässt: die Planungs- und Orientierungsphase, die Hauptforschungsphase und die der Ergebnisverarbeitung.

5.2.1. Planungs- und Orientierungsphase

In dieser Phase wurden die möglichen Anforderungen des Forschungsfeldes erkundet, Lernpotenziale hergestellt und die Rahmenbedingungen sowie mögliche Zugänge für eine Datenerhebung ausgelotet (vgl. Froschauer und Lueger 2003, S. 22ff).

Eingangs wurden Gespräche mit den BetreuerInnen geführt, die als feldinterne ExpertInnen erste Informationen über die Selbstbeschreibung des Systems lieferten und den Rahmen für weitere Kontakte im Feld schufen. Überdies wurde eine erste Sichtung relevanter Literatur und Dokumente vorgenommen. Das durch die Ausschreibung bereits eingegrenzte Erkenntnisinteresse wurde auf Basis der neu gewonnenen Informationen weiter fokussiert und der Forschungsfokus auf Entwicklungs- und Übergangsphasen von nationalen HPH-Netzwerken und die Rekonstruktion damit zusammenhängender, entscheidender Strukturen und Prozesse gerichtet. Darauf aufbauend wurden

erste Grundsatzentscheidungen bezüglich der methodischen Vorgehensweise getroffen. Als geeignete Forschungsstrategie zur Rekonstruktion der relevanten sozialen Sachverhalte wurden ExpertInneninterviews mit NetzwerkvertreterInnen und KooperationspartnerInnen bestimmt, ergänzt durch eine Dokumentenanalyse. In einem nächsten Schritt wurde ein Forschungskonzept formuliert und ein Leitfaden für ExpertInneninterviews erstellt. In dieser Phase konnte ein erstes Basisverständnis über den Forschungsfokus erzielt werden und es wurden Maßnahmen gesetzt, auf die in der weiteren Vorgehensweise aufgebaut wurde.

5.2.2. Zyklische Hauptforschungsphase

Aufbauend auf den Erkenntnissen und Vorbereitungen der Planungs- und Orientierungsphase wurde im Verlauf der zirkulär angelegten Hauptforschungsphase eine zunehmende Fokussierung der zentralen Inhalte vorgenommen. Neben einer Literatur- und Dokumentenanalyse²¹ wurden in dieser Phase insgesamt 25 ExpertInneninterviews durchgeführt, die sich grob in drei Forschungszyklen einteilen lassen. Jeder Zyklus umfasste Erhebungs- und Analysephasen; die vorläufigen Ergebnisse und die bis dahin erfolgten Untersuchungsschritte wurden zwischen den Zyklen einer kritischen Reflexion unterzogen und stellten die Basis für die weitere Planung dar. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen für die ExpertInneninterviews erfolgte schrittweise und zielte darauf ab, das Untersuchungsfeld möglichst breit und unter Einbeziehung verschiedener Perspektiven zu erfassen.

Die Interviews im ersten Zyklus, der räumlich und zeitlich im Rahmen der 21. internationalen HPH-Konferenz in Göteborg festzumachen ist (22.–24.05.2013), hatten neben der Informationsgenerierung den Zweck, den Leitfaden in der Praxisanwendung zu testen.

Der zweite Interviewzyklus fand zwischen 07/2013 und 10/2013 statt und der dritte zwischen 10/2013 und 12/2013.

Ein vierter Forschungszyklus ergab sich im Rahmen einer mehrmonatigen beruflichen Tätigkeit am WHO-Kooperationszentrum für Gesundheitsförderung in Krankenhaus und Gesundheitswesen (WHO-CC-HPH) in Wien zwischen 11/2014 und 05/2015. Im Zuge dessen konnte ein unmittelbarer Einblick in die alltäglichen Arbeitsabläufe und Routinen gewonnen werden. Die daraus erzielten Erkenntnisse dienten zur Überprüfung der bisherigen Ergebnisse unter Berücksichtigung der bis dahin erfolgten zeitlichen Entwicklung.

Die Hauptforschungsphase wurde abgeschlossen, als sich die bisherigen Interpretationen stabilisierten und weitere Analysen keine wesentlichen neuen Erkenntnisse mehr ergaben; die theoretische Argumentation wurde als gesättigt angesehen.

²¹ HPH-spezifische Literatur, Internet-Dokumente, Newsletter und Netzwerknachrichten, von den InterviewpartnerInnen zur Verfügung gestelltes Informationsmaterial und Berichte.

5.2.3. Ergebnisverarbeitung

Für die Ergebnisdarstellung wurden zunächst aus dem analysierten Datenmaterial redundante Interpretationen herausgefiltert und Widersprüche einer genauen Prüfung unterzogen. Abschließend wurden die Ergebnisse unter Berücksichtigung der Fragestellung in den Kontext der erarbeiteten soziologischen Konzepte zur Netzwerk- und Organisationstheorie integriert und in ein zusammenhängendes System von Aussagen gebracht.

5.3. Datenerhebung mittels ExpertInneninterviews

Das ExpertInneninterview bot sich als geeignete Erhebungsmethode an, dem Forschungsinteresse nachzukommen. ExpertInneninterviews sind darauf ausgelegt, bereichsspezifisches und objekttheoretisches Wissen zu generieren. *„Ihr Gegenstand sind Wissensbestände im Sinne von Erfahrungsregeln, die das Funktionieren von sozialen Systemen bestimmen“* (Meuser und Nagel 2002, S. 91). Dabei sind nicht nur ansonsten schwer zugängliche Daten oder Fakten von Interesse, sondern vor allem auch implizites Wissen, ungeschriebene Gesetze und Relevanzaspekte des ExpertInnenhandelns (vgl. ebd., S. 78).

Das ExpertInneninterview ist eine Variante des Leitfadeninterviews, das sich durch den spezifischen Stellenwert der Zielgruppe – den ExpertInnen – unterscheidet. Im Unterschied zu anderen Formen des offenen Interviews ist nicht die Gesamtperson im Kontext ihrer individuellen Biografie Gegenstand des Forschungsinteresses, sondern die Person als RepräsentantIn eines spezifischen organisatorischen oder institutionellen Zusammenhangs. ExpertInnen werden als *„Angehörige einer Funktionselite“* (Gläser und Laudel 2004, S. 9) angesprochen, die Teil des Untersuchungsfeldes sind und aufgrund dessen über Spezialwissen zu internen Abläufen und Strukturen verfügen. Im Forschungszusammenhang wird eine Person als ExpertIn adressiert, weil davon ausgegangen wird, dass sie über ein Wissen verfügt, das zwar auch andere besitzen können, das aber dennoch nicht für alle im interessierenden Handlungsfeld gleichermaßen zugänglich ist (vgl. Meuser und Nagel 2009, S. 37).

Bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen für diese Arbeit war daher entscheidend, ob die Personen über privilegierte Informationszugänge verfügen und in irgendeiner Weise für den Entwurf oder die Umsetzung von Problemlösungen im Netzwerk verantwortlich sind (vgl. ebd., S. 73). Zur Abdeckung möglichst aller notwendigen Informationen, die dem Forschungsinteresse entgegen kommen, wurden mehrere verschiedene AkteurInnen befragt, die aufgrund ihrer spezifischen Stellung im Netzwerk über teils verschiedene Informationen und unterschiedliche Perspektiven verfügen. Neben inhaltlichen und methodischen Überlegungen bestimmen und bestimmten aber

auch forschungspraktische Aspekte die Auswahl der InterviewpartnerInnen, wie etwa die Erreichbarkeit und Bereitschaft der ExpertInnen (vgl. Gläser und Laudel 2004, S. 113).

Obwohl das ExpertInnenwissen handlungsleitend ist, können es die ExpertInnen nur teilweise explizieren und nicht einfach „abspulen“, da es große Anteile vortheorietischen Erfahrungswissens beinhaltet. Allerdings kann es auf Basis der im Interview generierten Erzählung rekonstruiert werden. Vor diesem Hintergrund erweist sich ein offenes Leitfadeninterview als angemessenes Erhebungsinstrument, um das handlungsorientierende Wissen von ExpertInnen zu rekonstruieren (vgl. Meuser und Nagel 2009, S. 50f).

5.3.1. Der Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde auf Basis eines informatorischen Erstgesprächs mit den BetreuerInnen, die beide aufgrund ihres professionellen Hintergrunds einen ExpertInnenstatus im untersuchten Feld einnehmen, sowie einer vorangehenden ersten Dokumentenanalyse zum Untersuchungsfeld²² nach dem „SPSS-Prinzip“ („Sammeln“, „Prüfen“, „Sortieren“, „Subsummieren“) (Helfferich 2011) generiert. Mit der in die Entwicklung des Leitfadens investierten Arbeit wird gleichzeitig eine thematische Kompetenz erworben, die Voraussetzung für ein „lockeres“ und ertragreiches Gespräch ist. Damit das Gespräch nicht Gefahr läuft, in andere Themenbereiche abzudriften, erfüllt der Leitfaden zudem eine Art Steuerungsfunktion, indem er das Gespräch auf die forschungsrelevanten Aspekte fokussiert: *„Der Leitfaden schneidet die interessierenden Themen aus dem Horizont möglicher Gesprächsthemen der ExpertInnen heraus und dient dazu, das Interview auf diese Themen zu fokussieren“* (Meuser und Nagel, S. 81f). Darüber hinaus ermöglicht der Einsatz des Leitfadens, die thematische Vergleichbarkeit der Aussagen der ExpertInnen im Zuge der Auswertung zu sichern (ebd., S. 77ff).

Helfferich (2011) stellt bestimmte Anforderungen an einen Leitfaden (vgl. ebd., S. 180):

- Er muss den Grundprinzipien qualitativer Forschung gerecht werden und Offenheit ermöglichen.
- Er soll nicht zu viele Fragen enthalten und nicht zu viele Einzelaspekte anführen, damit ausreichend Zeit für offene Darstellungen bleibt.

²² Ausgewählte Kapitel der Dissertation von Dietscher (2012) (Kap. 2: Überblick über die historische Entwicklung der Netzwerke; Kap. 4.6.: Vorstellung eines Netzwerk-Effektivitätskonzepts; Kap. 15: zusammenfassende Abstracts), sowie drei Artikel zu HPH, die in den letzten Jahren in diversen Journals veröffentlicht wurden (Pelikan 2007b; Pelikan et al. 2001; Pelikan et al. 2011;).

- Der Aufbau soll formal übersichtlich und gut handhabbar sein. Inhaltlich sollte er einem „natürlichen“ Erinnerungs- und Argumentationsfluss folgen und nicht zu abrupten Themenwechseln zwingen.
- Fragen sollten nicht abgelesen werden. Bei Unsicherheit besteht am Ende die Möglichkeit, nachzusehen, ob alle Fragen abgedeckt wurden, um gegebenenfalls die fehlenden Informationen noch einzuholen.
- Die Handhabung des Leitfadens sollte nicht zu strikt erfolgen und spontan produzierte Erzählungen zulassen. Vertiefungen einzelner Aspekte oder Informationen, die über den im Leitfaden abgesteckten Rahmen hinausgehen, sollten nicht abgeblockt oder übergangen werden.

Die Leitfadenkonstruktion nach dem SPSS-Prinzip erlaubt, eine für das Forschungsinteresse notwendige Strukturierung vorzugeben, ohne dabei das Grundprinzip der Offenheit zu verletzen. Gleichzeitig ermöglicht dieses Verfahren, das eigene theoretische Vorwissen zu explizieren und sich seine impliziten Erwartungen an die Erzählungen der zu Interviewenden zu vergegenwärtigen. Nach folgenden vier Schritten ist dabei vorzugehen:

1. **Sammeln von Fragen:** Im ersten Schritt werden möglichst viele Fragen, die im Zusammenhang mit dem Forschungsgegenstand von Interesse sind, gesammelt. Das Ergebnis ist eine Frageliste, die das eigene Vorwissen über den Forschungsgegenstand abbildet.
2. **Prüfen der Frageliste:** Nun wird geprüft, ob die gesammelten Fragen brauchbar sind. Damit werden eigene Vorannahmen vergegenwärtigt und der Wunsch, diese durch Fragen bestätigt zu bekommen, wird reflektiert. Weiters wird geprüft, ob die Fragen erzählgenerierend sind und nicht nur reines Faktenwissen abgefragt wird. Jene Fragen, die diese Prüfung nicht bestehen, werden gestrichen oder gegebenenfalls modifiziert.
3. **Sortieren:** Die verbleibenden Fragen und Stichworte werden nach inhaltlichen Aspekten und nach zeitlicher Dimension sortiert und gebündelt. Einzelfragen, die sich keinem der Bündel zuordnen lassen, bleiben gesondert stehen.
4. **Subsummieren der Einzelaspekte unter übergeordnete Erzählaufforderungen:** Für jedes der im vorangegangenen Schritt sortierten Bündel wird nun eine einfache Erzählaufforderung formuliert. Die Formulierung soll möglichst frei von Vorannahmen sein und erzählgenerierend wirken, sodass möglichst viele der interessierenden Einzelaspekte von selbst thematisiert werden. Für den Fall, dass nicht alle Aspekte von den Befragten angesprochen werden, werden sie in Form von Fragen oder Stichworten unter der Erzählaufforderung subsummiert und gegebenenfalls bei einer stockenden oder abgeschlossenen Erzählung eingebracht.

Der Erstentwurf des Leitfadens wurde nach Abstimmung mit den BetreuerInnen modifiziert. Neben einem Leitfaden für KoordinatorInnen und Vorstandsmitglieder wurde eine abgewandelte Version für KooperationspartnerInnen erstellt. Im Vorfeld der Interviews wurde der Leitfaden je nach Kontext der interviewten Person und ihrer Stellung im Netzwerk angepasst und ergänzt.

5.3.1.1. Aufbau des Leitfadens

Um die Interviewsituation einzuleiten, wurden zunächst das Untersuchungsziel und das Ziel des Gesprächs genannt und darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse anonymisiert dargestellt werden:

„Das Ziel der Untersuchung besteht darin herauszufinden, was entscheidende Faktoren in der Entwicklung eines nationalen HPH-Netzwerks sind und wie diese Faktoren auf die Entwicklung wirken. Das Ziel des Interviews ist es, die Entstehungsgeschichte und die Entwicklung des österreichischen Netzwerks zu rekonstruieren. Die Ergebnisse werden anonymisiert.“

Schließlich wurde mit den InterviewpartnerInnen abgeklärt, ob sie mit der Aufzeichnung des Gesprächs einverstanden sind, mit dem Hinweis darauf, dass das wichtig ist, damit keine Informationen verloren gehen und eine präzise Auswertung möglich ist (vgl. Gläser und Laudel 2004, S. 165f).

Danach wurden sie zum Auftakt nach ihren Aufgaben im Netzwerk befragt und seit wann und weshalb sie dabei sind. Dieser Einstieg ins Gespräch regte fast alle InterviewpartnerInnen zu einer Erzählung an, die über reines „Abspulen“ von Fakten hinausging und bereits einige interessante Aspekte des ExpertInnenhandelns hervorbrachte.

Die darauffolgenden thematischen Blöcke des Leitfadens umfassten folgende Bereiche:

- Entstehung des Netzwerks
- Entwicklung des Netzwerks – Beschreibung
- Netzwerkwelt, Kooperationen
- Formale Struktur, Zusammenarbeit und Kommunikation im Netzwerk
- Entwicklung des Netzwerks – Gesamtbeurteilung

Das Interview wurde mit der Frage abgeschlossen, ob es noch wichtige Aspekte zum Thema gäbe, die im Interview zu wenig berücksichtigt wurden. An dieser Stelle folgte dann noch die eine oder andere Ergänzung oder aber auch Unterstreichung der Relevanz bestimmter zuvor genannter Aspekte. Folgten keine weiteren inhaltlichen Aspekte mehr, wurden die InterviewpartnerInnen abschließend gefragt, ob sie Unterlagen oder Informationsmaterialien zum Netzwerk hätten, die sie zur Verfügung stellen können.

5.3.2. Interviewablauf und Auswahl der ExpertInnen

Im Zeitraum von Mai bis Dezember 2013 wurden insgesamt 25 Interviews mit VertreterInnen des österreichischen, des deutschen und des schweizerischen HPH-Netzwerks sowie mit externen ExpertInnen geführt. Durchschnittlich dauerten die Interviews ca. eine Stunde; das kürzeste Interview hatte eine Dauer von 25 Minuten, die beiden längsten dauerten eine Stunde und 45 Minuten.

Drei der Interviews wurden im Zuge der internationalen HPH-Konferenz in Göteborg (22.–24.05.2013) durchgeführt und fanden am Veranstaltungsort in Sitzgruppen auf den Gängen statt. Zehn Interviews wurden am Arbeitsplatz der Interviewten durchgeführt, davon je zwei in der Steiermark und in Tirol, die restlichen sechs in Wien. Ein Gespräch wurde in der Schweiz in der Wohnung eines Interviewten geführt, eines in einer Hotellobby in Wien, und für die übrigen zehn Interviews wurde Skype verwendet. Die Interviews verliefen allesamt ohne nennenswerte Störungen oder Unterbrechungen.

Für nahezu alle Interviews wurde die Erlaubnis erteilt, sie digital aufzuzeichnen. Nur von einem Gespräch wurden eine Mitschrift und ein anschließendes Gedächtnisprotokoll gefertigt. Direkt im Anschluss an die Interviews wurde ein Interviewbericht erstellt, der Angaben zu folgenden Aspekten enthielt: InterviewpartnerIn, Ort des Interviews, Zeit und Dauer, Zustandekommen der Interviewvereinbarung, räumliche und zeitliche Besonderheiten, Interviewdurchführung und Erzählbereitschaft.

Nachdem im Forschungsverlauf einige der ExpertInnen den Leitfaden zur Vorbereitung auf das Gespräch im Voraus zugeschickt haben wollten, wurde in den weiteren Anfragen diese Option von vornherein angeboten. In den meisten Fällen wurde dieses Angebot gerne angenommen und als hilfreich bezeichnet. Diese Art der Vorbereitung führte nicht (wie zunächst befürchtet) zu einer Einbremsung der Gesprächsdynamik, sondern vielmehr dazu, dass die ExpertInnen bestimmte Aspekte, die ihnen wichtig erschienen, besonders betonten.

Einige der InterviewpartnerInnen stellten Dokumente und Informationsmaterialien zu den Netzwerken zur Verfügung, die in die Auswertung miteinbezogen wurden.

Der Zugang zu den InterviewpartnerInnen kam anfangs über die BetreuerInnen zustande, die eine hohe Akzeptanz im Untersuchungsfeld genießen und via E-Mail-Anfragen den Kontakt zu NetzwerkvertreterInnen herstellten. Auf diesem Weg ergaben sich vor allem seitens des ONGKG viele positive Rückmeldungen, was dazu führte, dass umfangreiches Datenmaterial zu diesem Netzwerk erhoben werden konnte. In den Interviews nannten einige Befragte des deutschen und des schweizerischen Netzwerks auf Nachfrage hin weitere potenzielle AnsprechpartnerInnen, die sie in Zusammenhang mit dem Thema als relevant erachteten. Das hatte zum einen den Vorteil eines

erleichterten Zugangs, da es möglich war, sich bei der Kontaktaufnahme auf die vorhergehenden InterviewpartnerInnen zu berufen. Darüber hinaus konnten so zusätzliche Erkenntnisse über feldinterne Strukturierungsleistungen und Relevanzaspekte erworben werden. Auf diese Weise konnten weitere acht der insgesamt 25 InterviewpartnerInnen gewonnen werden. Ab dem zweiten Zyklus wurden zusätzlich Telefoninterviews via Skype durchgeführt, da es aufgrund der geografischen Distanz nicht immer möglich war, die GesprächspartnerInnen persönlich aufzusuchen oder zu treffen. Somit ergaben sich fünfzehn Face-to-Face- und zehn telefonische Interviews. Von all jenen, die kontaktiert wurden, kamen schlussendlich mit vier Personen keine Gespräche zustande. Von diesen sagte eine ab, da sie der Ansicht war, nicht die geeignete Ansprechperson zu sein. In den anderen drei Fällen kamen nach anfänglichen Zusagen letztlich doch keine Termine zustande.

Bei den Interviews mit den VertreterInnen des ONGKG und den MitarbeiterInnen des WHO-CC-HPH lag der Fokus auf dem „Betriebswissen“ der ExpertInnen (vgl. Meuser und Nagel 2002, S. 75), also auf bereichsspezifischem Wissen über Entscheidungsabläufe, Regeln und Mechanismen in ihrem Handlungsfeld.

Die Interviews mit den VertreterInnen des deutschen und des schweizerischen HPH-Netzwerks und den externen ExpertInnen aus diesem Umfeld wurden als ergänzende Datenquellen herangezogen, um zusätzliches Hintergrundwissen zur Illustrierung und Kommentierung der Forschungsergebnisse zu erlangen. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die interviewten ExpertInnen, nach ihrer Netzwerk- bzw. Organisationszugehörigkeit geordnet:

ONGKG – 8 Interviews

- Präsidentin des Vorstands
- Stellvertretender Präsident des Vorstands
- 3 Vorstandsmitglieder
- 2 kooptierte Vorstandsmitglieder
- Stellvertreterin der Kuratoriumssprecherin (Gesundheitsressort des Bundes)

WHO-CC-HPH – 3 Interviews

- Direktor
- 2 Mitarbeiterinnen

Deutsches Netzwerk (DNGfK) – 8 Interviews

- Mitglied im DNGfK (anerkannte Einrichtung) und gleichzeitig Leiter einer internationalen HPH-Task Force

- Vorstandsvorsitzender, zugleich Vorsitzender des Beirats und Ehrenmitglied des Vorstands
- Ehemalige Netzwerkkoordinatorin und Referentin für Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen des DNGfK
- 2 Vorstandsmitglieder
- 2 ehemalige Geschäftsstellenleiter
- Ehemaliger Vorstandsvorsitzender, der nun Ehrenmitglied des Vorstands ist

Schweizerisches Netzwerk – 6 Interviews

- Gründer des Netzwerks und ehemaliger Koordinator
- Ehemaliger Koordinator
- 3 Mitglieder des Steuerausschusses
- Externer Mitarbeiter, Berater und Projektleiter

5.4. Datenanalyse

Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der von Meuser und Nagel vorgeschlagenen interpretativen Auswertungsstrategie für leitfadenorientierte ExpertInneninterviews. Ziel dieser Vorgehensweise ist es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Vergleich mit den anderen ExpertInnentexten herauszuarbeiten und anhand typischer Äußerungen zu dokumentieren (vgl. Meuser und Nagel 2002, S. 80).

Im Gegensatz zu Einzelfallanalysen orientiert sich die Auswertung von ExpertInneninterviews nicht an der Sequenzialität von Äußerungen, sondern an thematisch zusammengehörigen Einheiten, die über den Text verstreut sein können. Die Vergleichbarkeit der Interviewtexte wird einerseits durch die Orientierung am Leitfaden gewährleistet, aber auch durch den gemeinsamen institutionell-organisatorischen Kontext der ExpertInnen (ebd., S. 81).

Meuser und Nagel schlagen sechs nacheinander auszuführende Schritte und Strategien für das Auswertungsverfahren vor (ebd., S. 83ff):

5.4.1. Transkription

Der erste Schritt, der für die Auswertung vorausgesetzt wird, ist die Transkription des Datenmaterials. Im Gegensatz zu biografischen Interviews wird dabei jedoch nicht zwingend die vollständige Transkription der Aufzeichnung verlangt. An dieser Stelle findet bereits eine Selektion dahingehend statt, dass lediglich die thematisch relevanten Passagen transkribiert werden. Da bei

der Auswertung das geteilte Wissen der ExpertInnen im Vordergrund steht, sind bei der Transkription keine strengen Notationsrichtlinien erforderlich.

Angesichts der hohen Zahl an Interviews wurde für die Aufbereitung und Dokumentation eine selektive Vorgehensweise angewendet. Insgesamt wurden neun vollständige Transkripte von Interviews mit Schlüsselpersonen angefertigt (Gründungsmitglieder, Personen mit Koordinationsfunktion, eine Ministerialbeamtin mit Vorstandsfunktion). Von einem Interview, das nicht aufgezeichnet werden durfte, wurde eine Mitschrift angefertigt, und von den anderen Interviews wurden die in Hinblick auf die leitende Forschungsfrage relevanten Textpassagen und Zitate transkribiert.

5.4.2. Paraphrase

Das Textmaterial wird verdichtet, indem die Äußerungen der ExpertInnen textgetreu und in der chronologischen Abfolge des Gesprächsverlaufs paraphrasiert werden. Die Sequenzierung des Textes erfolgt entlang von thematischen Einheiten mit dem Ziel, die Komplexität der behandelten Themen und Inhalte zu reduzieren. Beim Paraphrasieren besteht die Herausforderung darin, dass die Inhalte gestrafft, aber dennoch vollständig und nicht verzerrt wiedergegeben werden. Nur so entwickelt sich bereits nach kurzem ein Muster der Paraphrasierung heraus: *„Trennlinien zwischen Themen werden deutlich, Erfahrungsbündel und Argumentationsmuster schälen sich heraus, Relevanzen und Beobachtungsdimensionen nehmen Kontur an“* (Meuser und Nagel 2002, S. 84).

5.4.3. Überschriften

Die paraphrasierten Textstellen werden thematisch geordnet und mit Überschriften versehen, die sich textnah an der Terminologie der Interviewten orientieren. Dabei ist es möglich, dass einer Passage mehrere Überschriften zugeordnet werden, wenn mehrere Themen darin angesprochen werden. Bei thematischen Überlappungen werden die Passagen zusammengestellt und mit einer Hauptüberschrift versehen. Analytische Bezugsgröße ist in dieser Phase immer noch das einzelne Interview. Da nicht die Eigenlogik des Einzelfalls von Interesse ist, sondern ein bestimmter Themenbereich, wird die Sequenzialität des einzelnen Textes aufgehoben, und das empirische Material wird unter den thematischen Überschriften neu angeordnet.

5.4.4. Thematischer Vergleich

In dieser Phase werden thematisch vergleichbare Passagen aus der Gesamtheit der Interviews gebündelt und die Überschriften gegebenenfalls vereinheitlicht. Nach wie vor ist darauf zu achten, an einer textnahen Kategorienbildung festzuhalten, die sich entlang der Relevanzstrukturen des ExpertInnenwissens orientiert. Die vorgenommenen Zuordnungen sind kontinuierlich auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu überprüfen.

5.4.5. Soziologische Konzeptualisierung

Erst ab diesem Schritt wird vom Ausgangsmaterial und von der Terminologie der Interviewten abstrahiert. Aus den zuvor aus dem Text entwickelten Überschriften und Begriffen werden unter Rückgriff auf soziologische Konzepte Kategorien gebildet. *„Das Gemeinsame im Verschiedenen“* wird im Rekurs auf theoretische Wissensbestände in eine Kategorie gegossen (vgl. Meuser und Nagel 2002, S. 88). Die einzelnen Kategorien beinhalten in verdichteter Form jeweils das Besondere des explizit gemachten und geteilten ExpertInnenwissens. Auf Ebene einer empirischen Generalisierung werden Relevanzen, Typisierungen, Verallgemeinerungen und Deutungsmuster systematisiert, wobei auf Verknüpfungsmöglichkeiten einzelner Kategorien zu achten ist. Auf dieser Grundlage ist es zwar möglich, die Reichweite der Geltung soziologischer Konzepte zu überprüfen und an einen allgemeinen disziplinären Diskurs anzuschließen, Verallgemeinerungen, die über das vorliegende empirische Material hinausgehen, können aber nicht getroffen werden.

5.4.6. Theoretische Generalisierung

In diesem letzten Schritt erfolgt eine Loslösung vom Interviewmaterial, die Kategorien werden in ihren internen Zusammenhang gebracht und aus einer erweiterten theoretischen Perspektive interpretiert. *„Bei diesem rekonstruktiven Vorgehen werden Sinnzusammenhänge zu Typologien und zu Theorien verknüpft, und zwar dort, wo bisher Addition und pragmatisches Nebeneinander geherrscht haben“* (ebd., S. 89).

Obwohl bereits in früheren Phasen Theoriebildung möglich ist, wird für die Auswertungspraxis angeraten, sämtliche Auswertungsschritte konsequent zu durchlaufen und keine Stufe zu überspringen. Vielmehr ist es sinnvoll, auf eine vorherige Stufe zurückzugehen, um im Datenmaterial zu prüfen, ob bisher getroffene Verallgemeinerungen und Zwischenergebnisse angemessen sind. Erst

mit der empirischen Begründung der Ergebnisse kann die Kontrolle des Zirkelproblems gewährleistet werden.

Wie kann kontrolliert werden, ob Aussagen der ExpertInnen „wahr“ sind und nicht beschönigt werden? Meuser und Nagel sehen einen „*immanenten Zwang zur Wahrheit*“ darin, dass die ExpertInnen damit rechnen müssen, dass auch KollegInnen zur selben Materie befragt werden. Insofern gehen sie davon aus, dass die ExpertInnen im Gespräch eher dazu tendieren würden „*zu schweigen als zu lügen*“. Absichtliche Täuschungen halten sie insofern für eher unwahrscheinlich, als dass diese nur äußerst schwierig über die gesamte Dauer eines Interviews von ca. 1–2 Stunden aufrechtzuerhalten wären. Zwecks Absicherung werden die einzelnen Interviews im Zuge der Auswertung auf ihre innere Stimmigkeit hin überprüft. Zusätzlich kommt, wo es möglich ist, das Prinzip des Cross-Checking zur Anwendung. Dabei werden themenbezogene Äußerungen verschiedener InterviewpartnerInnen miteinander verglichen, um eine Sensibilisierung dafür zu erlangen, an welchen Stellen Generalisierungen weniger angebracht sind (vgl. ebd., S. 91f).

Im folgenden Kapitel folgt nun eine Beschreibung der Ergebnisse, die aus der Analyse der Daten gewonnen werden konnten.

6. Ergebnisse

Bei der Analyse der im Zuge der Masterarbeit erhobenen Daten stand die Entwicklung des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) im Vordergrund, mit der Frage, welche Faktoren besonders zur Effektivität des Netzwerks beitragen und in welcher Hinsicht diese Faktoren zum Tragen kommen. Das ONGKG wird dabei aufgrund der im Jahr 2006 erfolgten Vereins-Formalisierung als spezieller Fall von Organisation erfasst (siehe Kap. 3.1.2.), weswegen neben netzwerktheoretischen Aspekten auch organisationssoziologische Betrachtungsweisen in die Analyse einfließen.

Als Einstieg in das Ergebniskapitel erfolgt eine ausführliche Darstellung des behandelten Falls, wobei auch auf seine historische Entwicklung Bezug genommen wird, die in enger Verbindung mit der des internationalen HPH-Netzwerks steht. Daran anschließend werden die aus der Datenanalyse gewonnenen empirischen Erkenntnisse entlang der drei entscheidbaren Entscheidungsprämissen – Kommunikationswege, Programme, Personal – und der relevanten Umwelten des ONGKG dargestellt. Damit soll eine komplexe Beschreibung des österreichischen Netzwerks geliefert werden, die Rückschlüsse auf seine Effektivität erlaubt.

6.1. Der Fall: Das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

Als eines der ältesten Netzwerke im internationalen HPH-Gefüge erfolgte die formale Gründung des ONGKG im Jahr 1996. Seine Entstehungsgeschichte reicht jedoch weiter zurück, da sie eng mit der Entwicklung des internationalen HPH-Netzwerks verknüpft ist sowie der speziellen Rolle Österreichs in diesem Zusammenhang. Untenstehende Tabelle zeigt die entscheidenden Eckdaten dieses Entwicklungsprozesses. Die relevanten Stationen der Vorgeschichte, das WHO-Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ an der Krankenanstalt Rudolfstiftung ab dem Jahr 1989, die Gründung des internationalen HPH-Netzwerks sowie das European Pilot Hospital Project (EPHP), wurden bereits weiter oben näher beschrieben (siehe Kap. 4.5.1.). Im Folgenden wird auf die historische Entwicklung des ONGKG eingegangen.

Eckdaten des Entwicklungsprozesses (1989–2014)	
1989–1996	WHO-Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ an der Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien, Österreich
1990	Gründung des internationalen HPH-Netzwerks
1993–1997	European Pilot Hospital Project (EPHP) mit österreichischer Beteiligung vertreten durch die Krankenanstalt Rudolfstiftung
1996	Gründung des österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser – ÖNGK
2006	Gründung des gemeinnützigen Vereins Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen – ONGKG
2007	Gründung der ONGKG-Sektion "Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen"
2010	Gründung der ONGKG-Sektion „Baby-friendly Hospitals“

Tabelle 14: Meilensteine der Entwicklung des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

6.1.1. Gründung und wichtige Entwicklungsstationen

Vor dem Hintergrund, die Verbreitung und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen langfristig abzusichern, beschloss die WHO die Gründung nationaler und regionaler Netzwerke ab 1995 zu fördern. Dieser Linie folgend war es eine Aufgabe der Mitglieder des EPHP, in ihren Herkunftsländern Netzwerke zu etablieren.

Da Österreich federführend an diesem Projekt beteiligt war, war es somit nur selbstverständlich, dass bereits 1996 das „**Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser – ÖNGK**“ gegründet wurde. Eine wichtige Rolle in diesem Zusammenhang spielte das Gesundheitsressort des Bundes. In einem der im Rahmen dieser Arbeit geführten Interviews bemerkte die für Gesundheitsförderung zuständige Mitarbeiterin des Gesundheitsministeriums, dass es aufgrund der Historie und der besonderen Position Österreichs im HPH-Gefüge sowie der Gründung des WHO-CC-HPH in Wien eine Prestigesache gewesen sei, dass Österreich als eines der ersten Länder ein

nationales Netzwerk gründete. Da Gesundheitsförderung damals stark an Bedeutung gewonnen hatte und im Rahmen der Ottawa-Charta von einer Neuorientierung der Gesundheitsdienste die Rede war, war das Gesundheitsressort daran interessiert, der Empfehlung der WHO zu folgen und die Etablierung von Netzwerken auch im Setting Krankenhaus zu fördern. Netzwerke wurden aber auch in anderen Settings aufgebaut. Der Anfang wurde 1995 mit der Gründung des österreichischen Netzwerks gesundheitsfördernder Schulen gemacht²³, 1996 folgte dann das Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung²⁴. Mit dem Anliegen, Gesundheitsförderung auch im Setting Krankenhaus stärker zu implementieren und aufgrund der positiven Erfahrungen, die auf internationaler Ebene mit dem WHO-Modellprojekt und dem EPHP gemacht wurden, wurde schließlich vom Gesundheitsressort beschlossen, ein österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser zu fördern und kontinuierlich zu unterstützen. Mitglied der ersten Stunde war die Krankenanstalt Rudolfstiftung, an der bereits das WHO-Modellprojekt durchgeführt wurde und die das österreichische Pilotkrankenhaus im EPHP war. Die Koordinationsfunktion für das österreichische Netzwerk wurde dem WHO-CC-HPH übertragen, das bereits im WHO-Modellprojekt und im Pilotkrankenhausprojekt eine initiiierende und koordinierende Funktion hatte. Die finanzielle Unterstützung dafür erfolgte durch das Gesundheitsressort des Bundes. Mitgliedsbeiträge der teilnehmenden Einrichtungen waren damals lediglich für das internationale Netzwerk zu entrichten (einmal jährlich ca. ATS 1 000,-), nicht jedoch für das ÖNGK. Um für eine Laufzeit von drei Jahren als Partnerkrankenhaus des ÖNGK anerkannt zu werden, mussten antragstellende Einrichtungen drei Gesundheitsförderungsprojekte durchführen. Mit der Anerkennung verpflichteten sie sich dazu, sich an der Entwicklung des nationalen Netzwerks aktiv zu beteiligen, beispielsweise durch Präsentationen auf nationalen Konferenzen, mittels Qualitätsüberprüfung der laufenden Projekte im Rahmen von Workshops, Beiträgen für den Rundbrief sowie durch Einspeisen von Projekten in eine Datenbank (vgl. Krajic et al. 1999, S. 143ff). Seit 2004 können für die Anerkennung neben Projekten auch Routinemaßnahmen eingereicht werden. Damit wurde angestrebt, „(...) die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Partnereinrichtungen zu fördern“ (Dietscher und Hubmann 2008, S. 111).

In seinen Anfängen noch als loses Netzwerk formiert, war das ÖNGK noch nicht in dem Ausmaß formalisiert, wie es heute der Fall ist. Nach einer länger währenden Phase des Überlegens und Planens – insbesondere seitens des WHO-CC-HPH – konstituierte sich schließlich nach zehnjährigem Bestehen des ÖNGK im Oktober 2006 der gemeinnützige Verein „**Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen – ÖNGK**“. Laut Statuten

²³ www.schools-for-health.eu/she-network/member-countries/1/austria.html (Zugriff: 14.10.2016)

²⁴ www.netzwerk-bgf.at/ (Zugriff: 14.10.2016)

wurde dieser Schritt vollzogen, „(...) um dem Netzwerk ein Agieren als Rechtspersönlichkeit zu ermöglichen“ (vgl. ONGKG-Statuten 2013, S. 1). Der Entschluss zur Vereinsgründung erfolgte nicht zuletzt als Reaktion auf seine äußere Umwelt aufgrund der Forderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes von 2005, Qualitätsstrategien in allen Bereichen des Gesundheitswesens anzuwenden. Nach dem zunächst exklusiven Fokus auf Krankenhäuser wurde somit eine Öffnung des Netzwerks für andere Gesundheitseinrichtungen einerseits ermöglicht, andererseits aber auch notwendig.

Ein weiterer wichtiger Grund für die Vereinsgründung war die Ankündigung des Gesundheitsressorts des Bundes, sich aus der Finanzierung des Netzwerks weitgehend zurückzuziehen, was zunächst zu einer allgemeinen Verunsicherung der Partnerkrankenhäuser führte. Da bereits im Vorfeld absehbar war, dass das Gesundheitsressort des Bundes die Netzwerkstrukturen und Kapazitäten der Koordination nicht auf Dauer zur Gänze finanzieren würde, musste eine Lösung gefunden werden, die schließlich in der Vereinsgründung bestand. Nachdem das Netzwerk in seinen ersten Jahren unter der sicheren Obhut des Gesundheitsressorts gestanden war, gestaltete sich die darauffolgende Phase als „*schwieriger Emanzipations- und Ablösungsprozess*“, der aber letztlich funktioniert hat²⁵.

6.1.2. Mitgliedschaft und Mitglieder

Drei **Formen der Mitgliedschaft** sind im Verein ONGKG möglich: die ordentliche, die außerordentliche und die fördernde Mitgliedschaft. Derzeit (Stand August 2016) setzt sich das ONGKG aus 29 ordentlichen Mitgliedern (25 Krankenhäusern, drei Krankenanstaltenträgern²⁶, einem Geriatriezentrum), zwei fördernden Mitgliedern (dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und dem Gesundheitsfonds Steiermark – Gesundheitsplattform) und sechs außerordentlichen Mitgliedern zusammen²⁷.

Ordentliche Mitglieder können Trägereinrichtungen, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen und größere Gesundheitseinrichtungen, die bestimmte internationale, von der WHO approbierte Kriterien erfüllen, sein. Neben einer einmaligen Aufnahmegebühr sind jährlich Mitgliedsgebühren (abhängig von Art und Größe der Einrichtung) und ein internationaler HPH-Mitgliedsbeitrag zu entrichten²⁸ – ordentliche Mitglieder des ONGKG sind somit gleichzeitig auch Mitglieder des internationalen HPH-Netzwerks. Sie sind berechtigt, das Logo des ONGKG und den Schriftzug

²⁵ Aussage aus einem der Interviews die im Zuge der Masterarbeit geführt wurden.

²⁶ Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV), Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H. (KAGes), tirol kliniken GmbH

²⁷ Siehe www.ongkg.at/mitglieder-und-partner.html (Zugriff: 07.08.2016)

²⁸ Für einen Überblick über die Mitgliedsbeiträge siehe: www.ongkg.at/mitglied-werden/kosten-der-mitgliedschaft.html (Zugriff: 09.10.2016)

„Ordentliches Mitglied im ONGKG“ in ihrem Corporate Design zu führen und erhalten eine nationale und eine internationale Anerkennungsurkunde.

Für die Aufnahme als ordentliches Mitglied müssen drei Gesundheitsförderungsmaßnahmen eingereicht werden. Die Anerkennung als neues bzw. verlängertes ONGKG-Mitglied wird mit einer Urkunde honoriert, die im Rahmen der Jahreskonferenz übergeben wird.

Die Dauer der Mitgliedschaft ist auf drei Jahre begrenzt. Für die Verlängerung ist es erforderlich, Kurzberichte über die Entwicklung der zuletzt eingereichten Maßnahmen vorzulegen, drei neue Gesundheitsförderungsmaßnahmen einzureichen, außerdem eine Selbstbewertung nach den fünf Standards der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und eine weitere Selbstbewertung nach den Standards des „Global Network for Tobacco Free Health Care Services“ (ENSH) durchzuführen.

Außerordentliche Mitglieder können größere Gesundheitseinrichtungen sein, die die internationalen WHO-Vorgaben nicht erfüllen, kleinere Gesundheitseinrichtungen, für die diese Mitgliedskriterien nur begrenzt passen (z.B. Praxen, Praxisgemeinschaften) sowie natürliche Personen, die den Verein in ideeller und materieller Hinsicht unterstützen. Die außerordentliche Mitgliedschaft ist ebenfalls für jeweils drei Jahre gültig und an die Entrichtung einer Aufnahmegebühr sowie jährlicher Mitgliedsgebühren gekoppelt; der internationale HPH-Beitrag entfällt. Aufnahmekriterien wie bei den ordentlichen Mitgliedern entfallen.

Fördernde Mitglieder unterstützen den Verein ONGKG in ideeller und materieller Hinsicht und fördern ihn vor allem durch die Zahlung eines erhöhten Mitgliedsbeitrags. Diese Form der Mitgliedschaft ist für gesundheitspolitische Einrichtungen wie z.B. Landesgesundheitsplattformen, Einrichtungen der Sozialversicherung, aber auch Einzelpersonen vorgesehen. Die fördernden Mitglieder bilden zusammen ein Kuratorium, dessen Aufgabe die Beratung des Vereinsvorstands bei seiner Arbeit ist²⁹. Das Kuratorium wählt aus seinem Kreis heraus eine Person, die auf drei Jahre befristet den Vorsitz übernimmt, mit der Option auf Wiederwahl. Die bzw. der Vorsitzende ist in den Vereinsvorstand kooptiert, wo sie bzw. er zwar über kein Stimmrecht verfügt, jedoch in Abstimmung mit den anderen Kuratoriumsmitgliedern in einer beratenden Rolle an den Vorstandssitzungen teilnehmen kann.

Sowohl fördernde als auch außerordentliche Mitglieder dürfen den Schriftzug "Förderndes Mitglied im ONGKG" bzw. "Außerordentliches Mitglied im ONGKG" in ihrem Corporate Design anführen. Sämtlichen Mitgliedern steht das aktive Wahlrecht in der Generalversammlung zu, ordentliche Mitglieder haben außerdem das passive Stimmrecht für Vorstandsfunktionen.

²⁹ Siehe auch Geschäftsordnung des Kuratoriums: www.ongkg.at/downloads-links/downloads.html?no_cache=1&download=GO-Kuratorium.pdf&did=71 (Zugriff: 07.08.2016)

Der Großteil der ordentlichen Mitglieder befindet sich in Wien mit zehn Krankenhäusern und einem Träger, gefolgt von der Steiermark mit einem Träger, fünf Krankenhäusern und einem Geriatriezentrum, fünf Krankenhäusern in Oberösterreich und zwei Krankenhäusern in Kärnten. Tirol ist mit einem Krankenhaus und einem Träger vertreten, Niederösterreich und Salzburg sind mit jeweils einem Krankenhaus dabei. Somit sind bis auf das Burgenland und Vorarlberg sämtliche Bundesländer im ONGKG vertreten.

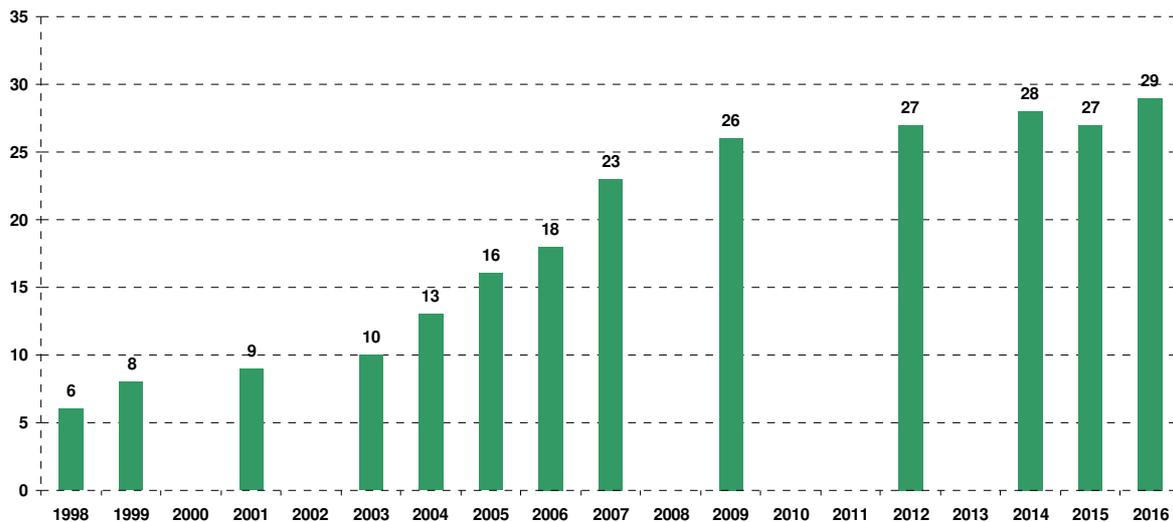


Abbildung 1: Anzahl der ordentlichen Mitglieder im ONGKG von 1998-2016³⁰

Im internationalen Vergleich betrachtet ist die Entwicklung des ONGKG positiv zu beurteilen. Es konnte sich ohne größere Krisen oder Probleme über die Dauer behaupten und bisherige Herausforderungen gut bewältigen. Gemessen an der Mitgliederzahl ist das ONGKG seit seinem Bestehen stetig gewachsen. Wie aus obenstehender Abbildung hervorgeht, ist direkt nach der Vereinsgründung noch ein Schwung neuer Mitglieder hinzugekommen. In den Jahren danach ging das Wachstum zwar langsamer voran als in der Zeit davor, aber dennoch kontinuierlich. Austritte gab es bislang selten und wenn, konnten sie gemessen an der Mitgliederzahl immer rasch ausgeglichen werden. Bei insgesamt 274 Krankenanstalten in Österreich (vgl. BMG 2016) und noch weitaus mehr anderen Gesundheitseinrichtungen ist jedoch noch ausreichend Potential für Wachstum vorhanden.

³⁰ Datenquellen: Dietscher und Hubmann 2008, S. 111; Technical Report 2011-2012; PRICES HPH Questionnaire; ONGKG Website

6.1.3. Sektionen des ONGKG

Mit der Vereinsgründung wurde die Möglichkeit geschaffen, im Rahmen des Vereins Sektionen zu gründen, die sich der Bearbeitung spezifischer Aspekte der Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen widmen. Seit Bestehen des Vereins wurden zwei Sektionen gegründet: 2007 die Sektion „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“ und 2010 die Sektion „Baby-friendly Hospitals“.

6.1.3.1. Sektion „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“

Bereits einige Zeit vor der Sektionsgründung beschäftigten sich der Vorstand des ONGKG und das WHO-CC-HPH eingehend mit dem Thema Nichtraucherschutz und den Möglichkeiten einer Zertifizierung als rauchfreie Einrichtung, die es damals bereits auf europäischer Ebene vom ENSH gab. Der Sektionsgründung ging die Frage voraus, welche Optionen es zur Institutionalisierung der Nichtraucherschutz-Thematik gäbe. Eine solche Möglichkeit wäre die Gründung eines von HPH unabhängigen, dem ENSH zugehörigen nationalen Rauchfrei-Netzwerks gewesen, wie es beispielsweise in der Schweiz existiert³¹. Da Nichtraucherschutz und Raucherentwöhnung jedoch als wichtige Kernbereiche der Gesundheitsförderung und vor allem auch gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen erachtet wurden (vgl. Dietscher und Novak-Zezula 2008), wurde seitens des Vorstands und des WHO-CC-HPH eine Integration in den Verein ONGKG als naheliegend und strategisch günstiger erachtet. Infolgedessen wurde 2007 die ONGKG-Sektion „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“ gegründet, die ihren Mitgliedern eine Zertifizierung als Rauchfreie Gesundheitseinrichtung im Global Network for Tobacco Free Healthcare Services (ENSH-Global)³² ermöglicht.

Das für drei Jahre gültige Zertifikat ist an die Umsetzung von 10 Standards nach dem Europäischen Kodex für Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen geknüpft und abhängig vom Erfüllungsgrad in den Stufen Bronze, Silber oder Gold zu erwerben. Für die Verlängerung der Zertifizierung ist eine jährliche Selbsteinschätzung anhand eines ENSH-Fragebogens durchzuführen und nach jeweils drei Jahren ein Bericht zur Re-Zertifizierung vorzulegen. Außerdem wird ab Silberlevel bei jeder Zertifizierung und Re-Zertifizierung ein Begutachtungstermin vor Ort durch geschulte AuditorInnen durchgeführt. Sind

³¹ FTGS – Forum Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen Schweiz, www.ftgs.ch (Zugriff: 06.08.2016)

³² 1999 als European Network of Smoke Free Hospitals gegründet. Umbenennung in ENSH-Global im Jahr 2009, www.ensh.org (Zugriff: 06.08.2016)

alle Voraussetzungen erfüllt, wird das Zertifikat im Rahmen der ONGKG-Jahreskonferenz überreicht³³.

Mitglieder müssen einen jährlichen Sektionsbeitrag zahlen sowie Gebühren für die Zertifizierungen entrichten. Für Mitglieder des ONGKG entfällt dieser Beitrag und die Zertifizierungsgebühren sind reduziert³⁴.

Sektionssprecherin ist seit der Gründung die derzeitige Stellvertretende Präsidentin des Vereins ONGKG³⁵, die außerdem auf internationaler Ebene von 2013 bis 2015 als gewähltes Mitglied im ENSH-Global-Board tätig war. Generell besteht zwischen der Sektion „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“ und dem ENSH-Global eine enge Kooperation. So waren etwa im Jahr 2013 neben der Sektionssprecherin eine Mitarbeiterin des WHO-CC-HPH sowie ein Sektionsmitglied (der Vertreter der bislang einzigen österreichischen Gesundheitseinrichtung mit Gold-Zertifikat) in der internationalen Jury des ENSH-Gold-Forums vertreten, deren Aufgabe es ist, Goldzertifikat-AnwärterInnen zu bewerten.

Seit der Gründung hat sich die Sektion zahlenmäßig langsam, aber kontinuierlich weiterentwickelt, anfangs noch zögerlich mit einigen wenigen Bronze-Zertifizierungen, dann folgten die ersten Silberzertifikate – was zunächst aufgrund der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nicht für möglich gehalten wurde³⁶ – und mittlerweile gibt es sogar schon eine Goldzertifizierung. Derzeit (Stand August 2016) hat die Sektion „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“ 15 Mitglieder. Davon sechs mit Bronze-, acht mit Silber- und ein Mitglied mit Goldzertifizierung.

6.1.3.2. Sektion „Baby-friendly Hospitals“

Die „Baby-friendly Hospital Initiative“ (BFHI) wurde bereits 1991 von der WHO und dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) initiiert, um den damals weltweit sinkenden Stillraten entgegenzuwirken (vgl. Dietscher und Wieczorek 2015). Im Rahmen dieser Initiative besteht für Mitglieder der ONGKG-Sektion "Baby-friendly Hospitals" die Möglichkeit, nach Erfüllung bestimmter Kriterien eine Zertifizierung als „Baby-friendly Hospital“ zu erwerben. Grundlage für die Zertifizierung sind die Befolgung der von der WHO und UNICEF ausgearbeiteten "Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen" sowie die Umsetzung der Bestimmungen des „Internationalen Kodex zur

³³ Vgl. www.ongkg.at/rauchfrei/zertifizierung.html (Zugriff: 06.08.2016)

³⁴ Für eine Übersicht über die Kosten siehe: www.ongkg.at/rauchfrei/kosten.html (Zugriff: 06.08.2016)

³⁵ Bei der Gründung der Sektion war sie noch in der Funktion der Schriftführerin im Vorstand tätig, ab 2009 dann als Stellvertretende Präsidentin.

³⁶ Im internationalen Vergleich schneidet Österreich bei den gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz eher schlecht ab. Auch die gesellschaftliche Akzeptanz des Rauchens ist vergleichsweise hoch. (vgl. Österreichische Ärztekammer 2016)

Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten“ (WHO-Kodex)³⁷. Um als „Baby-friendly Hospital“ (BFH) ausgezeichnet zu werden, müssen von der WHO und UNICEF definierte Mindeststandards in der jeweiligen Gesundheitseinrichtung nachweislich verankert und umgesetzt sein.

In Österreich gibt es die BFHI seit 1996 – damals erfolgte die erste Zertifizierung. Von wenigen engagierten Einzelpersonen wurde das Prozedere mithilfe einer Anschubfinanzierung durch die UNICEF Österreich bis 2010 ohne organisationale Anbindung abgewickelt. Da der mit den Zertifizierungen und Re-Zertifizierungen verbundene Verwaltungsaufwand mit der Zeit zu hoch wurde und ohne tragfähige Struktur eine kontinuierliche Betreuung interessierter Einrichtungen nicht möglich war, regte das Gesundheitsressort des Bundes an, die BFHI als Sektion in den Verein ONGKG einzugliedern. Daraufhin wurde im Jahr 2010 die ONGKG-Sektion „Baby-friendly Hospitals“ gegründet, die ihren Mitgliedern je nach Umsetzungsgrad der erforderlichen Standards eine Zertifizierung auf internationalem oder nationalem Level ermöglicht. Mit dem Ansinnen, dass sich die Sektion in absehbarer Zeit über Mitgliedsbeiträge selbst erhalten kann, wurde seitens des Fonds Gesundes Österreich und des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger Budget für eine Anlauffinanzierung freigemacht. Damit konnten notwendige Aufbauarbeiten geleistet werden, wie etwa die komplette Überarbeitung der Informations- und Zertifizierungsunterlagen, die Einrichtung des nationalen Beirats für BFHI, der Aufbau einer Website³⁸, die Ausarbeitung einer Geschäftsordnung und Wahl der Sektionssprecherinnen, Organisation und Durchführung eines Workshops zur Einschulung von GutachterInnen sowie eines Informationsworkshops im Rahmen der ONGKG-Jahreskonferenz 2011.

Da die internationalen Vorgaben für eine Zertifizierung als BFH oft nur schwer zu erfüllen sind, wurde vom BFHI-Beirat als Einstieg in die Thematik und zur Überbrückung des Zeitraums bis zur Erreichung der Zertifizierung nach internationalem Standard eine nationale Vorstufe von BFH entwickelt. Nach einem standardisierten Prüfverfahren wird der Entbindungseinrichtung je nach Erfüllungsgrad der internationalen Richtlinien eine nationale Anerkennungs-Urkunde und im Fall einer BFHI-Zertifizierung nach den Kriterien von WHO- und UNICEF zusätzlich die UNICEF-Plakette für BFH verliehen. Nach vier Jahren ist eine Re-Zertifizierung erforderlich, bei der es zu einer Nachevaluation kommt und die Einrichtung entweder auf der internationalen Vollstufe re-zertifiziert bzw. den nationalen Status verlängert – wobei die Verlängerung des nationalen Status für maximal vier weitere Jahre möglich ist. Ebenso wie bei der Sektion Rauchfrei wird das „Baby-friendly Hospitals“-Zertifikat im Rahmen der ONGKG-Jahreskonferenz überreicht.

Die Kosten für die Zertifizierung umfassen die Gebühren für die Erstanerkennung und die Nachevaluation. Für Nicht-Mitglieder des ONGKG fällt ab Verleihung der Anerkennung als BFH

³⁷ www.ongkg.at/baby-friendly/die-globalen-kriterien-die-10-schritte-und-der-who-kodex.html (Zugriff: 06.08.2016)

³⁸ www.ongkg.at/baby-friendly.html

zusätzlich eine jährliche Mitgliedsgebühr an, die zur Abdeckung der Unkosten der Sektion dient. Ebenso wie bei der Sektion Rauchfrei entfällt diese Gebühr bei Mitgliedschaft im ONGKG³⁹.

Ein Meilenstein in der Entwicklung der Sektion war das sogenannte „Maßnahmen-Roll-out BFHI“, mit dem das Gesundheitsressort des Bundes das ONGKG beauftragte (vgl. Dietscher und Wiczorek 2015). Das aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur finanzierte Projekt (Laufzeit 2011–2013) hatte zum Ziel, BFHI in Österreich bekannter zu machen und mehr Einrichtungen für Zertifizierungen zu gewinnen. Mithilfe der lukrierten Mittel wurden u.a. neue Informationsmaterialien produziert, Schulungsworkshops für KrankenhausmitarbeiterInnen abgehalten und begleitende Evaluierungen durchgeführt. Die anvisierten Ziele des Roll-out und eine Steigerung der Zertifizierungen konnten erreicht werden. Zu Beginn des Projekts war bei 11 von insgesamt 12 zertifizierten Einrichtungen die Gültigkeit des BF-Status abgelaufen. Mit Stand von September 2015 haben insgesamt 15 Einrichtungen einen BF-Status, wovon fünf erstmals eine BFH-Zertifizierung durchführen ließen (vgl. ebd.).

6.2. Kommunikationswege

Kommunikationswege ermöglichen die Kommunikation in und zwischen Organisationen, schränken diese aber auch ein, indem sie Zuständigkeiten, Entscheidungsbefugnisse und legitime Kontaktpunkte festlegen. Formal geregelt werden sie meist über eine hierarchische Ordnung oder über fachliche Zuständigkeiten. Während Organisationspläne ein statisches Abbild der Struktur vermitteln, liegt in den Prozessen der Entscheidungskommunikation die Dynamik der Organisation: *„Hier und nur hier findet die Absorption von Unsicherheit statt, also die Transformation von Unsicherheit in selbstgarantierte, konstruierte Sicherheit. Hier werden die dazu nötigen Informationsverluste erarbeitet. Hier wird erinnert und vergessen. Und hier entscheidet sich letztlich, welche operative, nicht nur strukturelle Komplexität das System erreicht“* (Luhmann 2000, S. 317).

Das ursprünglich lose österreichische Netzwerk wurde 2006 in eine Vereinsstruktur überführt, die auf freiwilliger Partizipation beruht und durch eine „Bottom-up-Hierarchie“ gekennzeichnet ist. Die Aufteilung der Entscheidungsbefugnisse und Zuständigkeiten und somit der Verlauf der Kommunikationswege ist von dieser spezifischen Struktur geprägt, bei der die Willensbildung von den Mitgliedern ausgehend erfolgt und sich die Kommunikationswege daher durch die Mitglieder konstituieren⁴⁰. Die Mitglieder transferieren zwar ihre Entscheidungsrechte an den Vorstand,

³⁹ Übersicht über die Kosten: www.ongkg.at/baby-friendly/zertifizierung/kosten.html (Zugriff: 06.10.2016)

⁴⁰ Im Gegensatz dazu findet man Top-down-Strukturen, bei denen die Kommunikation von der Spitze der Hierarchie abwärts erfolgt und die in Wirtschaftsunternehmen häufig vorzufinden sind.

aufgrund der für Vereine typischen „Bottom-up-Struktur“ verbleiben jedoch die Entscheidungen grundsätzlich im Kontrollbereich der Mitglieder (vgl. Stichweh 2000; Borggreffe et al. 2012). Das Organ der gemeinsamen Willensbildung ist letztlich die Generalversammlung, bei der alle Mitglieder teilnahme- und stimmberechtigt sind. Sie wirkt zugleich auch als Kontrollinstanz des gewählten Vereinsvorstands, der dadurch eine Einschränkung seiner Entscheidungsfreiheit erfährt.

Beim Aufbau der Kommunikationswege des ONGKG tritt neben der Generalversammlung und dem Vorstand mit dem WHO-CC-HPH ein weiterer maßgeblicher Kontaktpunkt in Erscheinung. Formal betrachtet handelt es sich beim WHO-CC-HPH und beim Verein ONGKG um zwei unterschiedliche, eigenständige Organisationen. Nachdem das WHO-CC-HPH mit der wissenschaftlichen Begleitung des Vereins ONGKG beauftragt ist, ergänzt es als hauptamtliche Struktur den ehrenamtlichen Vorstand und bildet damit gewissermaßen den organisationalen Kern des österreichischen Netzwerks. Diese Verteilung der Zuständigkeiten der Verantwortlichkeiten entlastet den Vorstand von einer *„Verschiedenartigkeit der Anforderungen und damit von einem ständigen Wechsel der Aufmerksamkeit“* (Luhmann 2000, S. 312).

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Entscheidungskommunikation im österreichischen Netzwerk geregelt ist und welche Stellen maßgeblich daran beteiligt sind.

6.2.1. Interne Differenzierung – maßgebliche Kontaktpunkte

6.2.1.1. Generalversammlung als Organ der gemeinsamen Willensbildung

Die Generalversammlung besteht aus RepräsentantInnen der ordentlichen, außerordentlichen und fördernden Mitgliedseinrichtungen des ONGKG und seiner Sektionen, wobei jedem Mitglied je eine Stimme zukommt. Den Vorsitz führt der/die PräsidentIn bzw. bei Verhinderung seine/ihre Stellvertretung. Nach dem österreichischen Vereinsgesetz⁴¹ ist die Generalversammlung zumindest alle vier Jahre einzuberufen. Die Statuten des ONGKG geben vor, dass sie einmal jährlich zu tagen hat. Bis 2014⁴² war es jedoch Usus, dass die Generalversammlung zweimal jährlich einberufen wurde: einmal im Zuge des jährlichen Frühjahrsworkshops (Näheres zum Workshop siehe Kap. 6.3.2.) und einmal im Rahmen der nationalen Konferenz (Näheres zur Konferenz siehe Kap. 6.3.2.1.). Angesichts dessen, dass die Mitglieder des Netzwerks über verschiedene Bundesländer verteilt sind und sie aufgrund ihrer hauptberuflichen Verpflichtungen über ein eingeschränktes Zeitbudget verfügen, ist

⁴¹ Vereinsgesetz 2002, BGBl I Nr 66/2002: www.bmi.gv.at/cms/BMI_Vereinswesen/gesetzestexte/Vereins_Gesetz.aspx (Zugriff: 03.06.2016)

⁴² Seit 2014 findet die Generalversammlung einmal jährlich im Rahmen des Frühjahrsworkshops statt.

diese Frequenz beachtlich und – wie in einem der Interviews angemerkt wurde – gerade noch realisierbar.

Die Organisation der Generalversammlung obliegt dem jeweiligen Gastgeberhaus. Die inhaltliche Vorbereitung erfolgt durch das WHO-CC-HPH, das die Gestaltung der Tagesordnung, Vorbereitung fachlicher Unterlagen und die Protokollführung in enger Absprache mit der Schriftführerin übernimmt.

In ihrer Funktion als Organ der gemeinsamen Willensbildung fällt die Generalversammlung netzwerkrelevante Entscheidungen. Der Vorstand bringt Vorschläge ein, die zuvor mit Unterstützung der wissenschaftlichen Begleitung ausgearbeitet wurden und die Beteiligten werden zur Diskussion aufgerufen. Da in der Generalversammlung zumeist alle oder zumindest der Großteil der MitgliedervertreterInnen anwesend ist, gelangen solche Punkte auf die Tagesordnung, die sämtliche Mitglieder betreffen und zu denen alle etwas beitragen können (z.B. Themen für Workshops). Ist die Generalversammlung nicht vollständig, gibt es danach fallweise E-Mailaussendungen, um auch die nicht anwesenden Mitglieder einzubeziehen.

Aus den Interviews geht hervor, dass die Generalversammlung in erster Linie der Einbindung der Mitglieder dient, die sich in diesem Rahmen direkt einbringen und dadurch das Netzwerk mitgestalten können. Seitens des Vorstands wird die Generalversammlung sogar effektiv dazu genutzt, die Mitglieder zu aktivieren und zu integrieren. Die zum Zeitpunkt der Datenerhebung amtierende Präsidentin war darauf bedacht, „(...) die Vereinsmeierei so kurz wie möglich zu halten“ und stattdessen die Zeit dafür zu nutzen, eine Diskussion zwischen den VertreterInnen der verschiedenen Häuser anzuregen.

Die Diskussion in der Generalversammlung ist eine der seltenen Gelegenheiten des direkten Austauschs, die es ermöglicht, Reaktionen der anderen Mitglieder zum eigenen Standpunkt einzuholen. Wie aus einem der Interviews hervorgeht, stellt dieser fachliche Austausch eine implizite Form von Beratung dar, woraus sich wiederum ein konkreter Nutzen des Netzwerks für seine Mitglieder ableiten lässt. Damit kommt der Generalversammlung auch eine wesentliche Rolle in der Stiftung einer gemeinsamen Identität als „Netzwerk-Mitglieder“ zu.

Die durch die eingebrachten Themen in Gang gesetzte Diskussion lässt Trends erkennen und wirkt gleichzeitig als eine Art Seismograf für die allgemeine Stimmungslage im Netzwerk: Der direkte Kontakt mit den Mitgliedern ermöglicht es dem Vorstand, aufkeimende Probleme und Unstimmigkeiten besser wahrzunehmen und frühzeitig darauf zu reagieren. Es zeichnet sich ab, an welchen Stellen des Netzwerks viel oder wenig Aktivität herrscht, ob Mitglieder isoliert oder mit besonderen Schwierigkeiten konfrontiert sind. Die Möglichkeit zur Äußerung ermöglicht dem

Vorstand auf die Bedürfnisse der Mitgliedsorganisationen einzugehen und minimiert somit das Risiko, Netzwerkmitglieder zu verlieren, die im Netzwerk ihre Interessen nicht gewahrt sehen.

6.2.1.2. Vorstand als Leitungsorgan

Die Rückbindung der Kommunikationswege eines Vereins an seine Mitglieder bedingt, dass sich spezifische Positionen ausdifferenzieren, was sich auch im österreichischen Vereinsgesetz⁴³ niederschlägt. So ist neben der Generalversammlung als Organ zur gemeinsamen Willensbildung der Vereinsmitglieder auch ein Leitungsorgan (Vorstand) vorgesehen, das aus mindestens zwei natürlichen Personen bestehen muss und dessen Aufgabe es ist, die Vereinsgeschäfte zu führen und den Verein nach außen hin zu vertreten.

Wie schon bei der Häufigkeit der Einberufung der Generalversammlung übererfüllt das österreichische Netzwerk auch hier das vom Gesetz und den Statuten geforderte Mindestmaß und verfügt über einen wesentlich breiter aufgestellten Vorstand. Die Statuten des ONGKG verlangen, dass der Vorstand aus dem Kreis der Mitglieder für die Funktionsdauer von drei Jahren zu wählen ist und aus mindestens sieben Personen zu bestehen hat (PräsidentIn, SchriftführerIn, KassierIn und deren StellvertreterInnen). Tatsächlich setzte sich der Vorstand zum Zeitpunkt der Datenerhebung aus zehn Stellen zusammen (Stand Dezember 2013)⁴⁴:

- einer Präsidentin⁴⁵
- zwei stellvertretenden PräsidentInnen, eine davon ist gleichzeitig die Sprecherin der Sektion Rauchfrei
- einer Schriftführerin und einer stellvertretenden Schriftführerin
- einer Kassierin und einer stellvertretenden Kassierin
- zwei kooptierten Mitgliedern
- einer Kuratoriumssprecherin, bei der es sich um die Leiterin der Abteilung für Gesundheitsförderung und Prävention des Bundesgesundheitsressorts handelt.

Der Aufgabenbereich des Vorstands umfasst die Vorbereitung und Einberufung der Generalversammlungen, die Verwaltung des Vereinsvermögens, Vorschläge über die Aufnahme von Mitgliedern und Einhebung von Aufnahme- und Mitgliedsbeiträgen, sowie die Beauftragung von

⁴³ Vereinsgesetz 2002, BGBl I Nr 66/2002: www.bmi.gv.at/cms/BMI_Vereinswesen/gesetzestexte/Vereins_Gesetz.aspx (Zugriff: 03.06.2016)

⁴⁴ Mittlerweile umfasst der Vorstand 11 Personen, da ein kooptiertes Mitglied hinzukam (Stand Juli 2016).

⁴⁵ Die zum Zeitpunkt der Erhebungen aktive Präsidentin war über zwei Vorstandsperioden, von 2010 bis 2016, in dieser Funktion tätig. 2016 wurde sie in dieser Funktion von einem anderen Mitgliedervertreter abgelöst.

Beschäftigten des Vereins. Darüber hinaus setzen die einzelnen Vorstandsmitglieder in ihrem je eigenen Wirkungskreis Maßnahmen, um das Netzwerk bekannter zu machen und neue Mitglieder und KooperationspartnerInnen zu gewinnen.

Aus den Interviews geht klar hervor, dass die Gründung des Vereins und die damit verbundene Neu-Strukturierung der Kommunikationswege als entscheidendes und sinnvolles Ereignis beurteilt wird, das letztlich zu einer Aktivierung des Netzwerks führte. Erfolgte beim vormals losen Netzwerk die Steuerung noch in erster Linie ausgehend vom WHO-CC-HPH und dem Gesundheitsressort des Bundes, führte die Vereinsgründung und die damit verbundene Aufstellung des Vorstands dazu, dass sich nun auch vermehrt Mitglieder aktiv im Netzwerk engagieren. Neben der Verpflichtung, die mit dem auferlegten Amt einhergeht, wird dem Engagement auch dadurch Nachdruck verliehen, dass gemäß Vereinsgesetz der ehrenamtliche Vorstand mit seinem Privatvermögen für den Verein haftet.

Die Aufstellung des Vorstands wurde vom WHO-CC-HPH in die Wege geleitet, das im Vorfeld der Gründungsgeneralversammlung des ONGKG Ansprechpersonen der Krankenhäuser kontaktierte und fragte, ob sie bereit wären, eine Vereinskfunktion zu übernehmen. In der ersten Sitzung fanden sich dann ausreichend Personen, die sich der Abstimmung stellten, um einen Vorstand zu bilden. Bereits im ersten Wahldurchgang wurden die vorgeschlagenen Personen akzeptiert und auch bei allen darauf folgenden Wahlen war jeweils immer nur eine Liste mit KandidatInnen erforderlich.

Bislang wurden keine KandidatInnen beeinsprucht und es kam bei keiner der Wahlen zu Konflikten. Gegenseitige Akzeptanz und Anerkennung der zugewiesenen Kompetenzen innerhalb des Vorstands und der Generalversammlung war stets gegeben. Wenn sich mehr Personen als erforderlich zur Wahl aufstellen ließen, wählte man diese nicht ab oder schloss sie aus, sondern integrierte sie als kooptierte Vorstandsmitglieder.

Die Zusammenstellung des Vorstands erfolgte in Anlehnung an einen Proporz. Der Vorstand sollte möglichst die unterschiedlichen im Netzwerk vertretenen Bundesländer abbilden und auch die unterschiedlichen Professionen, wie Management, ÄrztInnenschaft und Pflege. Nachdem aus den Erhebungen hervorgeht, dass eine Vorstandsfunktion mit einem intensiveren Engagement für das Netzwerk einhergeht, erweist sich ein derart breit aufgestellter Vorstand längerfristig betrachtet als Vorteil für die Netzwerkeffektivität. Mehr Häuser sind aktiv an der Netzwerkarbeit beteiligt, es kommt zu einer geringeren Ballung von Macht, da unterschiedliche Interessen besser abgedeckt werden können.

Die Aufstellung der KandidatInnen wird weiterhin vom WHO-CC-HPH unterstützt, indem es darauf achtet, ob sich von den Mitgliedern jemand überlegt, eine Vorstandsposition einzunehmen oder ob

sich abzeichnet, dass sich jemand aus dem Vorstand zurückzieht, sodass rechtzeitig mit dem Aufbau der internen Nachfolge begonnen werden kann. Verlässt jemand den Vorstand, entsteht somit keine Lücke, sondern es ist bereits ein anderes Mitglied so weit aufgebaut, dass er oder sie in der Lage ist, diese Position zu übernehmen. Damit wird gesichert, dass der Vorstand aus engagierten ExpertInnen aus dem Gesundheitsbereich besteht, die als EntscheidungsträgerInnen imstande sind, Weisungsbefugnisse und Tätigkeiten untereinander operativ zu verteilen.

Im Unterschied zu einer klassischen Organisation orientiert sich die Zuweisung von Kompetenz im Vereinsvorstand in erster Linie nicht an funktionalen Gesichtspunkten und wird auch nicht durch einen formalen Qualifikationsnachweis oder durch Bezahlung abgesichert, sondern basiert auf Freiwilligkeit (vgl. Borggreffe et al. 2012, S. 314f). Die Arbeit des Vorstands ist ehrenamtlich und erfolgt neben der hauptberuflichen Tätigkeit, weswegen hier ebenso wie bei den MitgliedervertreterInnen der Generalversammlung der Faktor Zeit eine Herausforderung für die Herausbildung stabiler Kommunikationswege darstellt. Ebenso kommt das Problem der räumlichen Distanz erschwerend hinzu, da die Mitglieder des Vorstands zum Zeitpunkt der Datenerhebung über vier verschiedene Bundesländer verstreut waren⁴⁶. Trotz dieser strukturellen Hürden, die sich aus der zeitlichen Einschränkung aufgrund des Ehrenamts und der räumlichen Distanz ergeben, haben sich im Vereinsvorstand des ONGKG relativ stabile Kommunikationswege herausgebildet, die einen Anschluss von Entscheidungen an Entscheidungen sicherstellen.

Die Kommunikation im Vorstand erfolgt hauptsächlich via E-Mail und telefonisch. Diese kurzen Wege werden dazu genutzt, aktuelle Anliegen oder Probleme zu diskutieren und Entscheidungen für weitere Vorgehensweisen zu treffen, beispielsweise wenn ein Haus aufgrund knapper Ressourcen anfragt, ob es kurzfristig die Mitgliedschaft aussetzen kann.

Aber auch neue Technologien werden ausprobiert und strategisch eingesetzt, um die Frequenz des Austauschs zwischen den Vorstandsmitgliedern zu erhöhen. Da der direkte Kontakt durch die oben genannten strukturellen Hürden erschwert wird, wurden virtuelle Vorstandssitzungen mittels webbasierter Telefonkonferenz-Software, ähnlich einer Skype-Konferenz, eingeführt. Diese finden einmal im Monat zu vorab festgelegten Zeiten statt und werden von der Projektassistentin des WHO-CC-HPH vorbereitet und moderiert. Dadurch wird in der dafür aufgewandten Zeit ein strukturierter und sachbezogener Austausch ermöglicht. Neben den MitarbeiterInnen des WHO-CC-HPH nehmen daran je nach Möglichkeit verschiedene Vorstandsmitglieder teil. Ein anderes Beispiel für das Austesten technologischer Möglichkeiten zur Vereinfachung der Mitbestimmung und Partizipation ist

⁴⁶ Tirol, Steiermark, Kärnten und Wien. Bei der letzten Vorstandswahl (2016) kam mit Oberösterreich ein fünftes Bundesland hinzu.

eine Online-Umfrage, die von der Projektassistentin des WHO-CC-HPH eingerichtet wurde, um die Vorstandsmitglieder über das Sujet für die Jahreskonferenz abstimmen zu lassen.

In der Fachliteratur zum Gesundheitsfördernden Krankenhaus wurde ein solcher Einsatz von neuen Kommunikationstechnologien von Lobnig et al. (1999, S. 63) als eine Intervention erfolgreichen Netzwerkes identifiziert, die eine schnellere und zielgerichtete Kommunikation ermöglicht und Abstimmungsprozesse erleichtert und letztlich zur Weiterentwicklung der Netzwerke beiträgt (siehe auch Kap. 2.1.3.).

Der direkte Austausch findet zweimal jährlich im Rahmen der Vorstandssitzungen statt, die vor der Generalversammlung und vor der Jahreskonferenz angesetzt sind. Bei diesen werden beispielsweise strategische Maßnahmen diskutiert, die gesetzt werden könnten, um das Netzwerk für die Mitglieder attraktiv zu halten oder nach außen hin bekannter zu machen. Die Vorstandssitzung dient gleichzeitig auch als Plattform für das „soft networking“, das für die Herausbildung einer gemeinsamen Netzwerkkultur von entscheidender Bedeutung ist (Lobnig et al. 1999, S. 63).

6.2.1.3. Etablierung zusätzlicher Strukturen – Das WHO-CC-HPH

Damit Vereine den spezifischen Umwelтанforderungen nachkommen können, aber auch zur Entlastung und Ergänzung der ehrenamtlichen Entscheidungsstrukturen, bilden sich häufig zusätzliche hauptberufliche Strukturen heraus, *„(...) womit dann die für Vereine konstitutive Bottom-up-Hierarchie durch eine Top-down-Hierarchie ergänzt wird“* (Borggreffe et al. 2012, S. 316; siehe auch Kap. 3.1.2.). Im Falle des ONGKG erfüllt das WHO-CC-HPH die Funktion einer solchen zusätzlichen Struktur mit dem entscheidenden Unterschied, dass diese Struktur nicht nachträglich aus dem Netzwerk hervorgegangen ist, sondern dem Netzwerk in der chronologischen Reihung vorangestellt ist. Im Verlauf der Geschichte des ONGKG stellt das WHO-CC-HPH von Beginn an eine professionelle Konstante im österreichischen Netzwerk dar.

1992 ermöglichte das Gesundheitsressort des Bundes die Ernennung des LBIMGS zum WHO-CC-HPH. Nach der Auflösung des LBIMGS wurde das WHO-CC-HPH im Jahr 2008 beim neu gegründeten LBIHPR eingegliedert. Seitdem das LBIHPR im Frühjahr 2016 geschlossen wurde, besteht ein Vertrag mit der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), deren Alleingesellschafter der Bund ist, vertreten durch das Bundesgesundheitsressort.

Der ursprüngliche Personalstab des WHO-CC-HPH – allen voran der Direktor des Zentrums – war maßgeblich an der Ausarbeitung des Konzepts zum Gesundheitsfördernden Krankenhaus und infolge an der Gründung und Entwicklung des internationalen Netzwerkes beteiligt (siehe Kap. 4.5.1.2.). Zunächst übernahm das WHO-CC-HPH die Funktion des Sekretariats für das internationale Netzwerk. Seit 2001 ist es für die wissenschaftliche Vorbereitung der jährlich stattfindenden internationalen

HPH-Konferenz und für die Herausgabe des HPH-Newsletters zuständig (siehe Kap. 4.5.1.5.). Nicht zuletzt deshalb verfügt das WHO-CC-HPH über eine tiefgehende Feldexpertise, die weit über eine reine Sachkenntnis hinausgeht.

Auch das österreichische Netzwerk wurde unter der Obhut des WHO-CC-HPH aus der Taufe gehoben und von Beginn an von ihm begleitet. In den ersten Jahren, als das Netzwerk noch weniger formalisiert war, als es seit der Vereinsgründung der Fall ist, lag noch wesentlich mehr Verantwortung beim WHO-CC-HPH, vor allem im Bereich des Managements. Den Mitgliedern wurde wenig Eigenverantwortung abverlangt und sie konnten sich darauf verlassen, dass die Dinge geregelt wurden und das Netzwerk durch den Rückhalt der WHO und des Gesundheitsressorts des Bundes gut abgesichert war.

Dieser Zustand wurde von den MitarbeiterInnen des WHO-CC-HPH kritisch betrachtet und reflektiert. In seiner Schnittstellenposition zum Gesundheitsressort und zur WHO war das WHO-CC-HPH in der Lage, frühzeitig Signale des Ministeriums wahrzunehmen, die in Richtung Selbstständigkeit des Netzwerks sowie Aufbau einer vom Ministerium unabhängigen Finanzierung gingen. Auch die allgemeine WHO-Politik strebte eine autonomere Gestaltung der Netzwerke an. Vom WHO-CC-HPH wurden daher wiederholt Überlegungen dazu angestrengt, welche Möglichkeiten für eine stärkere Ownership der Mitglieder es im Netzwerk geben könnte. Als dann der Rückzug des Gesundheitsressorts aus der Finanzierung den Anstoß für die Vereinsgründung gab (siehe Kap. 6.1.1.), kam bei den Mitgliedern zunächst Unruhe darüber auf, dass die Zuschüsse vom Ministerium gekürzt und das Netzwerk auf eigene Beine gestellt werden sollte.

In Zusammenhang mit der Überführung des Netzwerks in einen Verein fielen in verschiedenen Interviews Analogien wie „*erzwungenes Erwachsenwerden*“ oder „*dem Baby zum Laufen verhelfen*“. Diese Aussagen verweisen darauf, dass der Akt der Vereinsgründung forciert werden musste, dass er aber ein wichtiger Schritt in Richtung Eigenständigkeit des Netzwerks war. Letztlich wurde mit der Vereinsgründung erreicht, dass über die Lukrierung von Mitgliedsbeiträgen im Netzwerk mehr Autonomie erlangt werden konnte. Aber auch die Verantwortungslast über Entscheidungen wurde neu verteilt, sodass fortan mehr Gewicht beim neu gegründeten Vorstand und der Generalversammlung lag und es nicht mehr alleinige Aufgabe des WHO-CC-HPH war, das Netzwerk voranzutreiben und zu erhalten.

Die Vereinsgründung und die damit verbundene Verteilung der Entscheidungskompetenzen wurde in den Interviews von allen beteiligten AkteurInnen positiv bewertet: von den Vorstandsmitgliedern, von Seiten des Bundesgesundheitsressorts und von den VertreterInnen des WHO-CC-HPH. Argumentiert wurde das damit, dass der Verein ONGKG als eigene Rechtsperson ein stärkeres

Auftreten nach außen hat, das Netzwerk in finanzieller Hinsicht mehr Autonomie erlangte und sich die Mitglieder seither inhaltlich und thematisch verstärkt einbringen.

Auch wenn im Verlauf der Geschichte des ONGKG die Entscheidungsbefugnis des WHO-CC-HPH zugunsten der ONGKG-Mitglieder abnahm, stellt es dennoch durchgehend den organisatorischen Kern des österreichischen Netzwerks dar. Seit der Vereinsgründung besteht ein Vertrag mit dem Vorstand über die wissenschaftliche Begleitung des Netzwerks, wobei die Rechtsperson, mit der die Verträge abgeschlossen werden, nicht das WHO-CC-HPH ist, sondern die jeweilige Organisation, an die es angebunden ist – seit 2016 ist das die GÖG. Das hängt damit zusammen, dass eine Grundvoraussetzung für das Bestehen eines WHO-CC die Anbindung an eine Trägerorganisation ist und ein WHO-CC keine eigenständige Rechtspersönlichkeit hat.

Zu den Aufgabengebieten des WHO-CC-HPH für das ONGKG gehören unter anderem die wissenschaftliche Planung und Vorbereitung der Jahreskonferenzen und Workshops, die Koordination der Anerkennungsverfahren, Strategieberatung für den Vorstand, die Wartung und Pflege der Website, sowie die Herausgabe von Netzwerk-Rundbriefen und die Kommunikation mit den Mitgliedern. Darüber hinaus erfüllt das WHO-CC-HPH in seiner Tätigkeit als wissenschaftliche Begleitung auch die Aufgabe des Wissensmanagements und sorgt für die Generierung und Übertragung von netzwerkbezogenem Wissen. Das erfolgt auf unterschiedliche Weise, beispielsweise in Form von Publikationen zum Netzwerk (z.B. Berger et al. 2000; Dietscher und Hubmann 2008; Dietscher und Wieczorek 2015), über die Aufbereitung von Informationen zum ONGKG und deren Bereitstellung auf der Website, über die Pflege der Datenbank mit Gesundheitsförderungs-Projekten und Maßnahmen der Mitglieder, die Aufbereitung und Bereitstellung von Instrumenten der Gesundheitsförderung, die Erstellung von Sitzungsprotokollen, die Dokumentation der Konferenzen, sowie die Erstellung von Themenpapieren zum jeweiligen jährlichen Netzwerkschwerpunkt. Die gesammelten und aufbereiteten Daten und Informationen werden für die Anschlusssicherung von Entscheidungen verwendet und dienen in weiterer Folge als *„Anhaltspunkt für richtiges Entscheiden“* (Baecker 1999, S.95).

Neben den Tätigkeiten für das österreichische Netzwerk zählen zu den Agenden des WHO-CC-HPH die Programmkoordination der jährlichen internationalen HPH-Konferenz, die Redaktion des internationalen HPH-Newsletters, die wissenschaftliche Begleitung und Websitebetreuung der Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und

Seniorenwohneinrichtungen⁴⁷, sowie verschiedene wissenschaftliche Projekte mit hauptsächlich internationalem Charakter⁴⁸.

Für das Gesundheitsressort des Bundes als wichtigem Förderer des ONGKG ist von Bedeutung, dass durch die wissenschaftliche Begleitung von Beginn an eine umfassende Dokumentation und Evaluation der Netzwerktätigkeiten gegeben ist, die Fortschritte und Erfolge des Netzwerks sichtbar macht. Nach Auffassung des Gesundheitsressorts stellt das ein Qualitätsmerkmal dar, wie es im Bereich der Gesundheitsförderung nicht immer selbstverständlich ist.

Indem das Bundesgesundheitsressort die Tätigkeiten des WHO-CC-HPH für das internationale Netzwerk finanziert, ermöglicht es dem WHO-CC-HPH eine Vermittlerfunktion für den Austausch zwischen dem österreichischen und dem internationalen Netzwerk einzunehmen. Dadurch ist das WHO-CC-HPH in der Lage, die Anbindung des ONGKG an das internationale Netzwerk sicherzustellen und somit den Transfer von internationalen Inhalten hin zum österreichischen Netzwerk zu fördern und umgekehrt. Aus den Erhebungen geht hervor, dass das seit Vereinsgründung immer besser funktioniert, was wiederum die These stützt, dass die Vereinsgründung zu einer Aktivierung der Mitglieder geführt hat. Als Beispiel wurde die internationale HPH-Konferenz genannt, bei der die österreichische Beteiligung anfangs hauptsächlich aus einer kleinen Gruppe des WHO-CC-HPH bestand, in den letzten Jahren aber auch vermehrt Mitglieder und Vorstandsmitglieder dazu kamen. Der Transfer von Konferenzinhalten auf jene Mitglieder, die nicht dabei waren, erfolgt seitens des WHO-CC-HPH in Form eines mündlichen Berichts beim Vorstandsmeeting und in der Generalversammlung, sowie über eine schriftliche Zusammenfassung im ONGKG-Rundbrief.

In der Netzwerkliteratur wird auf die wichtige Rolle des Managements und der Netzwerkkoordination für die Netzwerkeffektivität hingewiesen (vgl. Provan und Milward 1995; Turrini et al. 2010). In Bezug auf HPH wird das von Dietscher (2012) bestätigt, die in ihrer Studie zu dem Ergebnis kommt, dass eine ungeeignete Koordinationsstelle einen großen Risikofaktor für die Lebensfähigkeit eines Netzwerks darstellt. Etablierte und partizipative Entscheidungsstrukturen erwiesen sich hingegen als förderlich für die Netzwerkeffektivität. Aber auch fachliche und soziale Kompetenzen der Koordination sowie deren breite Akzeptanz bei den Mitgliedern gelten als Voraussetzung für eine gelingende Kooperation (vgl. Dietscher 2011).

Im Falle des ONGKG kann, wie bereits erwähnt, das WHO-CC-HPH als zentrale Koordinationsstelle genannt werden. Sowohl im Netzwerk als auch bei relevanten KooperationspartnerInnen wird der Koordinationsstelle ein hohes Maß an Vertrauen entgegengebracht, was die Durchsetzung von

⁴⁷ www.allianz-gf-wien.at/ (Zugriff: 18.08.2016)

⁴⁸ Zuletzt beispielsweise das PRICES-HPH Evaluationsprojekt (2008–2012)

Reziprozitätsnormen erleichtert (vgl. Holzer 2006, S. 12f). Das Vertrauen basiert nicht nur auf Dauer und Kontinuität der Beziehung, sondern auch auf der umfassenden Expertise, die aus den Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten des WHO-CC-HPH resultiert und der damit verbundenen Anhäufung sozialen Kapitals. So spielt etwa die internationale Anbindung des WHO-CC-HPH für die Reputation des ONGKG in Österreich eine wesentliche Rolle.

6.2.1.4. Wissenschaftlicher Beirat

Ein weiterer Kontaktpunkt, der beim Aufbau der Kommunikationswege des ONGKG hervortritt, ist der wissenschaftliche Beirat. Im Zuge der Interviews wurde die Einrichtung des wissenschaftlichen Beirats im Juni 2012 neben der Vereinsgründung als weiteres entscheidendes Ereignis für die Entwicklung des Netzwerks genannt. Die Aufgabe des wissenschaftlichen Beirats ist die strategische Beratung des Vorstands zu inhaltlichen Schwerpunkten und möglichen Kooperationen, wobei die Stärke vor allem in der interdisziplinären Außenperspektive gesehen wird, von der eine Inspiration für die Netzwerktätigkeit erwartet wird. Eine konkrete Aufgabe ist die Begutachtung der Projekte, die für das jährliche ONGKG-Preisausschreiben eingereicht wurden (Näheres zum Preisausschreiben siehe Kap. 6.3.2.). Der wissenschaftliche Beirat setzt sich aus hochrangigen Persönlichkeiten aus verschiedenen Disziplinen zusammen: Neben dem Direktor des WHO-CC-HPH, der vom fachlichen Hintergrund her Soziologe ist, sind ein Wirtschaftswissenschaftler, eine Pflegewissenschaftlerin und ein Mediziner vertreten, die ebenfalls allesamt in leitenden Positionen tätig sind.

6.2.2. Kommunikation im Netzwerk – Regulierung der Beziehungen zwischen den Beteiligten

Die Kommunikation im Netzwerk erfolgt über verschiedene Kanäle. Neben den Generalversammlungen und Vorstandssitzungen wird innerhalb des Netzwerks hauptsächlich via **E-Mail** kommuniziert. In einem der Interviews wurde hervorgehoben, dass man auf diesem Weg bei Anfragen sehr schnell Antworten bekommt. Wenn es sich um besonders dringliche oder heikle Angelegenheiten handelt, wird die **telefonische Kontaktaufnahme** bevorzugt.

Als zusätzliche Informationsquelle wurde die **ONGKG-Website** genannt. Diese bietet neben allgemein zugänglichen umfassenden Informationen zum Netzwerk einen internen Bereich exklusiv für Mitglieder, die Zugriff auf Selbstbewertungsinstrumente der Gesundheitsförderung sowie die Dokumentation der anerkannten Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -projekte der ONGKG-Mitglieder haben. Auf der Website werden auch die **ONGKG-Rundbriefe** mit Informationen zum Netzwerkgeschehen veröffentlicht, in denen sich die Mitglieder inhaltlich einbringen und über ihre

Gesundheitsförderungsaktivitäten berichten können. Weiters sind auf der Website die sogenannten **Themenpapiere** abrufbar. Diese werden seit 2010 vom WHO-CC-HPH zum jeweiligen Jahresthema im Anschluss an die Konferenz herausgegeben. Neben einer inhaltlichen Aufbereitung des Themas werden darin Beispiele für die Anwendung angeführt, sowie eine Liste der Maßnahmen zum jeweiligen Thema, die Mitgliedseinrichtungen durchgeführt haben. Weiters beinhalten sie Checklisten, die den Einrichtungen eine Selbstbewertung zum jeweiligen Thema ermöglichen. Das Feedback der Mitglieder zu den Themenpapieren ist durchwegs positiv. Neben dem praktischen Nutzen wird es von den MitgliedervertreterInnen auch als fundierte und vor allem greifbare Argumentationsgrundlage gegenüber Vorgesetzten genutzt, um zu belegen, dass sich der für Gesundheitsförderungsmaßnahmen getätigte Arbeitseinsatz lohnt.

Seit 2013 verfügt das ONGKG auch über eine **Facebook-Seite**, die vom WHO-CC-HPH gewartet wird und mittlerweile über 86 „Fans“ verfügt. Auf dieser Seite werden sporadisch aktuelle Informationen zum Netzwerk gepostet, eine rege Tätigkeit ist jedoch weder seitens der BetreiberInnen noch der BesucherInnen (bis auf einige wenige „likes“) zu beobachten. Der Facebook-Auftritt des ONGKG bietet zwar eine zusätzliche Möglichkeit zur Vernetzung, da er aber nicht sehr belebt ist und auch in keinem der Interviews zur Sprache kam, ist davon auszugehen, dass er derzeit für die Netzwerkkommunikation keine allzu große Rolle spielt.

Ein wichtiger Netzwerkknoten sind die im WHO-CC-HPH eingerichteten Stellen, wobei sich das operative Wissen in erster Linie bei der Projektassistentin bündelt. Sie steht mit allen Mitgliedseinrichtungen gleichermaßen in Kontakt, in dem Sinne, dass sie Informationen via E-Mail weitersendet und telefonische Anfragen sowie E-Mails entgegennimmt und bearbeitet.

Der engere Zirkel, in dem die Netzwerkkommunikation stattfindet, ist der Vorstand. Das ist nicht zuletzt darin begründet, dass die Vorstandsmitglieder Entscheidungen für die Generalversammlung vorbereiten. Die Themenfindung und das Treffen von Entscheidungen gehen seit der Vereinsgründung kollegial vonstatten. Das heißt, die Mitglieder des Vorstands und das WHO-CC-HPH bringen jeweils ihre Vorstellungen zu Konferenzthemen, wissenschaftlichen Papieren und Studien oder sonstigen zu besprechenden Themen ein, die dann in den Vorstandssitzungen und in der Generalversammlung diskutiert und entschieden werden. Dieser Prozess der kollegialen Willensbildung gestaltet sich zwar vergleichsweise schwieriger, hat sich im Laufe der Zeit jedoch gut entwickelt.

Der Kontakt zwischen den Mitgliedern erfolgt eher punktuell, jedoch ganz im Sinne einer Vernetzungstätigkeit mit der Bereitschaft sich auszutauschen und gegenseitig zu unterstützen. Wenn ein Mitglied in einer Angelegenheit nicht weiterkommt oder ein neues Projekt angehen möchte, wird durchaus die Möglichkeit genutzt, die Expertise der anderen einzuholen und sie nach ihren

Erfahrungen zu fragen. Anhand der zur Verfügung gestellten Materialien in der Projektdatenbank und den Themenpapieren besteht für die Mitglieder die Möglichkeit, sich gezielt zu informieren und Kontaktdaten für die Vernetzung einzuholen. Der Austausch erfolgt auf schnellem Weg via E-Mail oder in den verschiedenen Gremien.

Als Vorteil der Vernetzung wurde hervorgehoben, dass bei einem geplanten Vorhaben nicht alles von Grund auf selber erarbeitet werden muss, wenn es bereits gute, funktionierende Projekte in diesem Bereich gibt, von denen man lernen kann. Aber auch Stolpersteine und Hürden werden unverblümt kommuniziert und diskutiert, was als sehr hilfreich empfunden wird und von einer vertrauensvollen Atmosphäre im Netzwerk zeugt.

Um in dieser Hinsicht vom Netzwerk zu profitieren, ist es notwendig, dass die Mitglieder eine aktive Rolle einnehmen und sich im Netzwerk einbringen. Das Vernetzen wird ihnen als Eigenleistung abverlangt, die dadurch erleichtert wird, dass Daten zu themenspezifischen Kontakten bereitgestellt werden und mit den vom ONGKG organisierten Workshops und der jährlichen Konferenz eine Plattform für aktive Vernetzungstätigkeit geboten wird.

6.3. Programme

Entscheidungsprogramme, auch „Aufgaben“ der Organisation genannt (vgl. Luhmann 2000: 256), geben Auskunft darüber, welche Entscheidungen notwendig, sachlich richtig oder fehlerhaft sind. Dabei wird zwischen Zweck- und Konditionalprogrammen unterschieden: Zweckprogramme sind auf in der Zukunft zu erreichende Zwecke ausgerichtet, wobei die Wahl der Mittel weitgehend offen innerhalb der von den Programmen abgesteckten Grenzen verläuft. Konditionalprogramme sind in ihrer Ausrichtung eher inputorientiert und folgen einem Wenn-dann-Schema. Sie regeln die Vorgehensweisen von Abläufen, indem sie festlegen, welche Entscheidungen aufgrund bestimmter Bedingungen getroffen werden. Während Zweckprogramme durch die relativ freie Mittelwahl der Organisation eine gewisse Elastizität verleihen, sind Konditionalprogramme im Vergleich dazu eher starr (vgl. Kühl 2011: 103ff).

Im Fokus des folgenden Abschnitts steht die Frage, welche Basisorientierungen das Handeln des Netzwerks bestimmen und welche Strategien zur Entwicklung und zu seinem Erhalt eingesetzt werden.

6.3.1. Basisorientierungen und Regeln

6.3.1.1. Formalisierung des Netzwerks – vom losen Netzwerk zum Verein

Die Ziel- und Werteorientierung des ONGKG leitet sich aus dem international entwickelten Konzept zum Gesundheitsfördernden Krankenhaus ab, das seine Wurzeln in der im Jahr 1986 in der Ottawa-Charta festgehaltenen Forderung nach einer Neuorientierung der Gesundheitsdienste hat. Diese Forderung wurde im Laufe der Entwicklungshistorie des Gesundheitsfördernden Krankenhauses spezifiziert und mittels der Erfahrungen aus dem WHO-Modellprojekt und dem EPHP in Dokumenten wie der Budapester Erklärung (WHO 1991a) und den Wiener Empfehlungen (WHO 1997a) ausgearbeitet. Die Mitgliedsvereinbarung des 1996 gegründeten ÖNGK baute auf diesen internationalen Rahmenvereinbarungen auf und adaptierte sie an den österreichischen gesundheitspolitischen Kontext. Eigene nationale Grundsatz- oder Strategiepapiere, wie beispielsweise in Deutschland⁴⁹, wurden nicht formuliert. Die formale Verbindlichkeit für die Mitglieder wurde über deren Mitgliedschaft im internationalen HPH-Netzwerk hergestellt, die als Bedingung für die Teilnahme am österreichischen Netzwerk vorausgesetzt wurde (siehe Kap. 6.1.1.).

Die Vereinsgründung im Jahr 2006 brachte dann einen Formalisierungsschub mit sich, der seinen schriftlichen Ausdruck in den Statuten fand. Eine wesentliche Neuerung, die sich auch in der Namensgebung findet, war die Lösung von der Fokussierung auf Krankenhäuser zugunsten einer Öffnung für andere Gesundheitseinrichtungen. Da dieser Begriff nicht klar definiert ist, wurde er im Netzwerk diskutiert. Ein weiterer Punkt dieser Diskussion war, dass die Mitgliedskriterien möglicherweise nicht für alle Typen von Gesundheitseinrichtungen gleichermaßen erfüllbar sind. Pflegeheime wurden aufgrund ihrer Struktur-Ähnlichkeit zu Krankenhäusern relativ rasch als „Erweiterungszone“ des Netzwerks verstanden, während man davon ausging, dass z.B. für niedergelassene ÄrztInnen die Kriterien adaptiert werden müssten. Der Begriff wurde so weit gefasst, dass nun auch für Einzelpersonen der Zugang zum Netzwerk möglich ist. So ist etwa eine Stillberaterin als außerordentliches Mitglied angeführt.

Eine weitere Neuerung war, dass es dem Verein ONGKG als eigenständige Rechtspersönlichkeit nun möglich ist, Aufnahmegebühren und Mitgliedsbeiträge zu lukrieren. Sämtliche bisherige PartnerInnen des losen Netzwerks entschieden sich dafür, dem Verein beizutreten. Ab nun mussten sie zwar Mitgliedsgebühren für das ONGKG und das internationale HPH-Netzwerk bezahlen, die für Neumitglieder festgelegte Aufnahmegebühr wurde ihnen jedoch erlassen.

⁴⁹ Das deutsche Netz, das sich von Beginn an als Verein konstituierte, arbeitete neben den Statuten eigene nationale Grundsatzpapiere aus die eine ergänzende Orientierung zu den internationalen Richtlinien bieten (Chiemsee-Erklärung 1996, Homburger Leitlinien 1999). Aus den Interviews mit den VertreterInnen des DNGfK geht hervor, dass diese Grundsatzpapiere vorrangig der Positionierung dienen und die Funktion einer „Visitenkarte“ erfüllen, darüber hinaus aber kaum Einfluss auf die Netzwerkentwicklung haben.

Neben den Rechten und Pflichten, die mit einer Mitgliedschaft einhergehen, und den formalen Vorgaben für die Ausgestaltung der Kommunikationswege wird in den Statuten auch der Zweck des gemeinnützigen Vereins ONGKG definiert. Dieser verlangt *„(...) die Unterstützung der österreichischen Krankenanstalten und Gesundheitseinrichtungen in ihrer Reorientierung in Richtung Gesundheitsförderung durch Implementierung von Strategien und Standards des Gesundheitsfördernden Krankenhauses in die Organisationsstruktur und -kultur der Einrichtungen des österreichischen Gesundheitswesens“* (ONGKG-Statuten 2013, S. 1). Das Ziel, das damit verfolgt wird, *„(...) ist ein größtmöglicher Gesundheitsgewinn bei Patient/inn/en, Besucher/inne/n, Mitarbeiter/inne/n und der Bevölkerung des Einzugsgebiets“* (vgl. ebd.).

Durch diese offene Formulierung lässt sich der Erfüllungsgrad des Zwecks nur schwer messen. Die Anzahl der Mitglieder reicht als Maßstab allein nicht aus, da es selbst bei einer landesweiten Abdeckung problematisch wäre zu bestimmen, wann und unter welchen Umständen die Neuorientierung der Gesundheitsdienste soweit fortgeschritten ist, dass ein größtmöglicher Gesundheitsgewinn für die drei Zielgruppen erzielt wurde.

Generell lassen sich aus Organisationszwecken keine eindeutigen Handlungen ableiten, sie *„(...) organisieren lediglich einen Bereich von Lösungsvarianten, die unter dem Gesichtspunkt bestimmter bezweckter Folgen funktional äquivalent sind“* (Luhmann 1999, S. 109f). Es lässt sich lediglich beurteilen, ob die Handlungen als Mittel geeignet sind, sodass auf diese Weise das Systemhandeln rationalisiert werden kann (vgl. ebd.).

Wie aus einigen Interviews hervorging, kann sich diese Offenheit des Zwecks, deren Ursache in der umfassenden Gesamtkonzeption von Gesundheitsförderung zu suchen ist, als problematisch für die Darstellung des Netzwerks nach außen erweisen und auch innerhalb des Netzwerks zu unterschiedlichen Auffassungen führen. Im Speziellen stellt sich die Frage, welche Mittel zur Erreichung des Zwecks eingesetzt werden sollen und welche Anforderungen in dieser Hinsicht an die Mitgliedseinrichtungen gestellt werden. Die Beantwortung dieser Frage ist insofern essentiell, da sie das Profil des Netzwerks bestimmt und schärft. Andererseits ermöglicht gerade die Offenheit auch eine sehr breite Beteiligung, da viele Interessen unter dem „Schirm“ des ONGKG Platz finden. Im internationalen HPH-Netzwerk ist hier auch immer wieder von HPH als „umbrella concept“ die Rede, womit gemeint ist, dass man den teilnehmenden Organisationen ermöglichen muss, ihre eigenen Organisationszwecke durch HPH weiter zu verfolgen.

6.3.1.2. Mitgliedschaftskriterien

Die Freiheit des Eintritts und des Austritts ist zwar eine konstitutive Voraussetzung für einen Verein, seine Zwecksetzung ermöglicht es ihm jedoch, Einschränkungen in dieser Hinsicht vorzunehmen (vgl. Stichweh 2000, S.22). In den Statuten des Vereins ONGKG gibt es allgemeine Vorgaben, die einen Aufnahme⁵⁰- und einen jährlichen Mitgliedsbeitrag sowie die Beteiligung an der Vereinsarbeit vorschreiben. Die Aufnahme eines Mitglieds wird vom Vorstand vorgeschlagen und von der Generalversammlung entschieden. Ebenso werden in den Statuten der Austritt und die Streichung sowie die Umstufung des Status eines Mitglieds geregelt. So kann der Vorstand etwa ein ordentliches Mitglied auf den Status eines außerordentlichen Mitglieds umstufen, wenn es sich nicht mehr in vollem Umfang an der Vereinsarbeit beteiligt. In der Praxis ermöglicht diese Option der Umstufung Mitgliedern, weiterhin Teil des Netzwerks zu sein, selbst wenn sie z.B. aufgrund knapper gewordener Ressourcen nicht mehr in der Lage sind, die Kriterien einer ordentlichen Mitgliedschaft zu erfüllen.

Die konkreten Vorgaben zu den Aufnahme- und Mitgliedsbeiträgen sind außerhalb der Statuten festgeschrieben. Die Höhe dieser Beträge ist nach Einschätzung der InterviewpartnerInnen so bemessen, dass sie in der Regel für die anvisierte Zielgruppe leistbar ist. Im Zuge von Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen, die insbesondere auch öffentliche Krankenhäuser betreffen, sei es jedoch eine Frage des Ermessens der EntscheidungsträgerInnen der jeweiligen Organisation, wie sie ihre Prioritäten setzen und wo der Rotstift zum Einsatz kommt. Vom Vorstand wurde in diesem Zusammenhang beschlossen, dass ein Aussetzen des Mitgliedsbeitrags nicht möglich ist. Kann ein Mitglied seiner Zahlungsverpflichtung nicht nachkommen, greifen die Statuten und das betreffende Mitglied würde vom Vorstand ausgeschlossen.

Neben den Gebühren müssen ordentliche Mitglieder drei Gesundheitsförderungsmaßnahmen vorweisen, damit sie für jeweils drei Jahre anerkannt sind. Wie bereits in Kapitel 6.1.1. erwähnt, können seit 2004 neben Projekten auch Routinemaßnahmen eingereicht werden, die als gesundheitsfördernde Leistung identifiziert oder als solche umgestaltet wurden. Damit wird bezweckt, die nachhaltige Implementierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu fördern, da es für Gesundheitseinrichtungen nach wie vor eine große Herausforderung darstellt, erfolgreiche Projekte in eine gut verankerte Alltagsroutine umzusetzen. Weiters soll damit der „Projektitis“ entgegengewirkt werden, da Aufmerksamkeit und verfügbare Energie zerstreut werden, wenn immer wieder etwas Neues begonnen wird. Wie in einem der Interviews angemerkt wurde, erweist sich in diesem Zusammenhang als hilfreich, auf internationale Erfahrungen zurückgreifen zu können, die Lösungsansätze bieten.

⁵⁰ Bei fördernden Mitgliedern ist keine Aufnahmegebühr vorgeschrieben.

Nachdem der Zweck des ONGKG recht offen formuliert wurde, sind die eingereichten Maßnahmen entsprechend vielfältig. Aus den verschiedenen Interviews geht hervor, dass die Offenheit, die das umfassende Konzept Gesundheitsförderung bietet, ambivalent bewertet wird. Als vorteilhaft stellt sich heraus, dass Gesundheitseinrichtungen ihre je individuellen Schwerpunkte identifizieren, setzen und bearbeiten können. Jedoch ist gerade EinsteigerInnen nicht immer klar, was alles als gesundheitsförderliche Maßnahme zählt und ihnen ist mitunter nicht bewusst, dass sie in ihrer Einrichtung bereits Einiges in diese Richtung machen. So kommt es vor, dass in Mitgliedseinrichtungen Maßnahmen z.B. als Qualitätsprojekt laufen, die durchaus auch als Gesundheitsförderungsmaßnahme eingereicht werden können. Gerade in der Phase der Anerkennung erhält die Projektassistentin des WHO-CC-HPH, die das Verfahren koordiniert, vermehrt Anrufe mit inhaltlichen Fragen, die die Eignung von Maßnahmen betreffen.

Die eingereichten Maßnahmen werden im Peer-Review-Verfahren von zwei Personen aus Mitgliedseinrichtungen, die selbst schon Maßnahmen erfolgreich eingereicht haben, unabhängig voneinander begutachtet. Bei der Zuordnung von Maßnahmen zu GutachterInnen wird auf die inhaltliche Expertise der GutachterInnen geachtet. Im Falle der Anerkennung erhalten die Mitglieder ein Zertifikat, das sowohl von der/dem jeweils amtierenden Präsidentin/Präsidenten als auch von der/dem jeweils amtierenden MinisterIn des Gesundheitsressorts unterzeichnet wurde. Die Urkunde wird im feierlichen Rahmen während der Jahreskonferenz überreicht – in der Regel erfolgt das durch die Präsidentin bzw. den Präsidenten gemeinsam mit einer Repräsentantin bzw. einem Repräsentanten des Bundesgesundheitsressorts. In den vergangenen Jahren wurde das Zertifikat häufig vom Minister persönlich übergeben. Die öffentliche Anerkennung ist immer mit einer Medienpräsenz verbunden, die für die Einrichtungen eine Gelegenheit bietet, sich nach außen hin zu präsentieren und ein Zeichen zu setzen.

Die anerkannten Maßnahmen werden weiters mit einer Beschreibung und Kontaktdaten in der netzwerkintern für die Mitglieder zugänglichen Datenbank gespeichert und auf der Website mit dem Maßnahmentitel der jeweiligen Organisation zugeordnet aufgelistet.

Mit den Mitgliedschaftskriterien wird seitens des ONGKG ein gewisser Anspruch verbunden, der auf Exklusivität abzielt. Das wird seitens des Vorstands als notwendig erachtet, um ein gewisses Maß an Qualität zu erreichen und zu halten. Um eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung zu erzielen, wurden die Anforderungen an die Mitglieder im Laufe der Jahre stetig erhöht. So wurde 2008 von der Generalversammlung beschlossen, dass neben den Kurzberichten zum Verlauf der für die letzte Anerkennung eingereichten Maßnahmen nun auch die Selbstbewertung nach den fünf Standards der Gesundheitsförderung verpflichtend für die Verlängerung der Mitgliedschaft ist. 2013 wurde der Beschluss gefasst, dass zusätzlich dazu auch die

Selbstbewertung nach den ENSH-Standards durchgeführt werden muss, da das Thema Rauchfrei vom Vorstand als ein Grundpfeiler der Gesundheitsförderung erachtet wird.

Die Selbstbewertungsinstrumente machen es möglich, die Qualität der getätigten Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu bewerten und Verbesserungspotentiale festzustellen. Anhand der Auswertungen der Selbstbewertungen lässt sich vor allem bei großen Mitgliedern, die schon länger dabei sind, beobachten, dass die Implementierung von Gesundheitsförderung erfolgreich ist und in den Organisationen bereits einiges umgesetzt wurde. In der Gesamtschau ermöglichen die Instrumente auch eine Bewertung der Entwicklung auf Netzwerkebene und den Vergleich zwischen den Mitgliedern.

Aus Studien zur Effektivität von Netzwerken geht hervor, dass die Formalisierung von Ergebnissen, die ein Netzwerk erzielt, in mehrerlei Hinsicht einen Einflussfaktor für die Netzwerkeffektivität darstellt (vgl. Turrini et al. 2009, S. 542). Die Rechenschaftspflicht gegenüber externen Stakeholdern erfordert konkrete gemeinsame Maßnahmen und Techniken zur Bewertung des Netzwerkfortschritts. Das wiederum wirkt sich auf die Einsatzbereitschaft der Mitglieder und die Nachhaltigkeit des Netzwerks aus. Demgegenüber kann die externe Kommunikation über die Ergebnisse der Netzwerktätigkeiten die Beteiligung und die Unterstützung der Netzwerkwelten beeinflussen.

In den Interviews wurden die Selbstbewertungstools durchwegs positiv bewertet. Das Ausfüllen wurde als ein Prozess der Selbstreflexion beschrieben, der von den Mitgliedern verlangt, das eigene Handeln genau zu hinterfragen und der aufdeckt, in welchen Bereichen mehr getan werden könnte. So betrachtet kann der Einsatz dieser Instrumente als förderlich für die produktive Effektivität des Netzwerks gewertet werden. Aus den Erhebungen geht weiters hervor, dass die aus der Mitgliedschaft hervorgehende Verbindlichkeit positiv bewertet wird, ebenso wie die Sicherheit und Stabilität, die die Form des Vereins mit sich bringt.

Wie bereits im Abschnitt zu den Kommunikationswegen angeführt ist, stellt für das Gesundheitsressort des Bundes die Formalisierung von Strukturen und Prozessen ein herausragendes Qualitätsmerkmal des ONGKG dar, da anhand der umfassenden Dokumentation und Evaluation der Fortschritt und die Erfolge des Netzwerks systematisch abgebildet werden. Die positive Einstellung des Ministeriums als wichtigem Förderer und Kooperationspartner ist wiederum ein wichtiger Faktor für die reproduktive Effektivität des ONGKG.

6.3.2. Mittel zur Erreichung des Zwecks

Die Erfüllung des gemeinnützigen Zwecks des ONGKG soll durch den Einsatz ideeller und materieller Mittel verwirklicht werden. Zu den ideellen Mitteln zählen die Koordination und Vernetzung

innerhalb des Netzwerks, Abhalten von Workshops und Konferenzen sowie anderen Veranstaltungstätigkeiten, Öffentlichkeitsarbeit, Information und Beratung für Mitglieder und Interessierte, die Beteiligung am internationalen HPH-Netzwerk, Vernetzung und Kooperation mit anderen AkteurInnen des Gesundheitswesens und der Gesundheitsförderung sowie die Durchführung eines Anerkennungsprozesses. Die materiellen Mittel, die dafür benötigt werden, sollen durch die Aufnahmegebühren und Mitgliedsbeiträge, Einnahmen, die aus Veranstaltungen resultieren und über Förderbeiträge eingebracht werden.

Als Beispiele dafür, welche Mittel zur Erreichung des Zwecks eingesetzt werden, lassen sich die Vereinswebsite, der Facebook-Auftritt, die Rundbriefe und die Themenpapiere anführen. Weiters ist der jährliche ONGKG-Frühjahrsworkshop zu nennen, der jeweils von einer Mitgliedseinrichtung organisiert und ausgerichtet wird. Die Teilnahme an diesen Workshops ist meist kostenlos oder mit einer geringen Aufwandsentschädigung verbunden und steht VertreterInnen der Mitgliedseinrichtungen, aber auch anderen Interessierten frei.

Mit dem Ansinnen, die Beteiligung der Mitglieder am internationalen HPH-Netzwerk zu erhöhen, wurde 2013 das ONGKG-Preisausschreiben eingeführt, bei dem es die Finanzierung der Teilnahme an der internationalen HPH-Konferenz zu gewinnen gibt. Sämtliche Mitgliedseinrichtungen des ONGKG und seiner Sektionen sind dazu berechtigt, sich mit einer Gesundheitsförderungsmaßnahme an der Ausschreibung zu beteiligen. Der wissenschaftliche Beirat übernimmt die Funktion der Jury und vergibt die Rangplätze. In der Ausschreibung wird explizit darauf hingewiesen, dass damit vor allem jungen MitarbeiterInnen die Chance zur Konferenzteilnahme ermöglicht werden soll⁵¹.

Eine Maßnahme mit großer Außenwirkung ist die jährlich stattfindende ONGKG-Konferenz, die im folgenden Abschnitt näher behandelt wird.

6.3.2.1. ONGKG-Konferenz

Die Konferenz ist jeweils einem inhaltlichen Schwerpunkt gewidmet, zu dem es verschiedene Inputs von Mitgliedern und anderen ExpertInnen des Gesundheitswesens (hauptsächlich aus Österreich, aber auch aus der Schweiz und Deutschland) gibt. Das Programm umfasst Plenarvorträge, Kurzvorträge und Workshops, Posterpräsentationen sowie die Verleihung der Anerkennungsurkunden an Mitglieder des ONGKG und seiner Sektionen.

Aufgrund der Planung und Vorbereitung wird versucht, die Termine für die Konferenz jeweils für mindestens zwei Jahre im Voraus festzulegen. Über den jeweiligen Programmschwerpunkt wird ca. ein Jahr im Voraus entschieden. Vorschläge diesbezüglich werden vom jeweiligen Gastgeberhaus der

⁵¹ Vgl. www.ongkg.at/ueber-uns/ongkg-preisausschreiben.html (Zugriff: 05.08.2016)

Konferenz, vom Vorstand und vom WHO-CC-HPH eingebracht, das in seiner Funktion als wissenschaftliche Begleitung auch darüber informiert, welche Themen gerade international im Kommen und in Österreich anschlussfähig sind. Das jeweilige Gastgeberhaus wird bei der Entscheidungsfindung bevorzugt. Meistens haben die Gastgeberhäuser bereits recht klare Vorstellungen darüber, welchen thematischen Schwerpunkt sie bei der Konferenz setzen möchten. Für die übrigen Mitglieder besteht in der Generalversammlung die Möglichkeit, sich inhaltlich einzubringen und ReferentInnen vorzuschlagen. Anders als es beispielsweise bei der internationalen HPH-Konferenz vereinzelt der Fall war, war es für das ONGKG bisher kaum ein Problem, lokale GastgeberInnen für die Konferenz zu finden, trotz des damit verbundenen Arbeitsaufwands und finanziellen Risikos. Immer wieder ergreifen Mitgliedseinrichtungen von sich aus die Initiative und bieten an, die Gastgeberschaft zu übernehmen. Die Attraktivität als GastgeberIn aufzutreten, ergibt sich in erster Linie aus der Gelegenheit, seine eigene Einrichtung und die getätigten Bemühungen im Bereich der Gesundheitsförderung bei diesem medienwirksamen Ereignis im besten Licht zu präsentieren.

Für die organisatorische Abwicklung der Konferenz besteht bereits seit einigen Jahren eine Kooperation mit einem etablierten, auf Kongressorganisation spezialisierten Unternehmen. Die Zusammenarbeit mit diesem Unternehmen läuft hauptsächlich über die Projektassistentin des WHO-CC-HPH und hat sich im Laufe der Zeit bezüglich der Aufgabenteilung sehr gut eingespielt. Da das ONGKG selbst nicht über die entsprechenden Kapazitäten und strukturellen Voraussetzungen verfügt, rechnet sich die Auslagerung der organisatorischen Vorbereitung der Konferenz an eine Organisation mit der entsprechenden fachlichen Expertise sowohl in finanzieller als auch in personeller und zeitlicher Hinsicht.

Die inhaltliche Umsetzung und die thematische Schwerpunktlegung der Konferenz erfolgt durch ein eigens zusammengestelltes Programmkomitee. Dieses setzt sich aus dem Vorstand, der wissenschaftlichen Begleitung, der Vertretung des Gastgeberhauses und vereinzelt aus Ko-OrganisatorInnen, die mit dem Thema befasst sind, zusammen.

Über die Jahre ist es dem Netzwerk gelungen, über den Ehrenschatz der Konferenz eine umfangreiche symbolische Unterstützung von wichtigen österreichischen Institutionen und Stakeholdern aus Politik und Gesundheitswesen zu erlangen. Der Ehrenschatz wird traditionell von der bzw. dem jeweiligen BundesministerIn für Gesundheit, den neun GesundheitslandesrätInnen, den Vorsitzenden der Berufsgruppenvertretungen und VertreterInnen der Sozialversicherungsträger übernommen. Eine möglichst breite politische Unterstützung ist nicht nur für das Renommee des Netzwerks von Bedeutung, sondern auch ein maßgeblicher Faktor, um erfolgreiche Veränderungen in Richtung Gesundheitsförderung zu erzielen (vgl. Dietscher 2013).

Aus den Erhebungen geht deutlich hervor, dass die ONGKG-Konferenz ein Highlight im Netzwerkgeschehen darstellt. Für die Mitglieder bietet die Konferenz Gelegenheit, sich thematische Inputs abzuholen, aber auch sich aktiv einzubringen und eigene Maßnahmen und Projekte vorzustellen. Als formale Voraussetzung ist hierfür innerhalb der gesetzten Frist ein Abstract einzureichen, über dessen Annahme das Programmkomitee entscheidet. Im Zuge der Konferenz bietet sich so auch die Möglichkeit zu erfahren, was die anderen Mitglieder machen und sich mit ihnen auszutauschen und zu vernetzen.

Vor allem erfüllt die Konferenz jedoch eine wichtige Funktion für das Zusammengehörigkeitsgefühl und den Zusammenhalt im Netzwerk. In den Erhebungen wurde auf die freundschaftliche und unterstützende Atmosphäre bei der Konferenz verwiesen. In einem der Interviews wurde sogar der Vergleich mit einem großen Familientreffen gezogen: Da sich die meisten Netzwerkmitglieder bereits kennen, freuen sie sich einander wiederzusehen und sich auszutauschen.

Neben den verschiedenen Programmpunkten, wie z.B. den Workshops, bei denen gemeinsam Inhalte erarbeitet werden, stehen der Austausch und die Vernetzung im Vordergrund. Als wesentlich hierfür wurden die Diskussionen hervorgehoben, die in den Pausen stattfinden. Der direkte Austausch wird dazu genutzt, sich inhaltliche Unterstützung zu Themen zu holen, die in der eigenen Organisation nicht flüssig voran gehen. Für einige MitgliedervertreterInnen erfüllt er aber auch eine Ventilfunktion, um sich über Widerstände und Probleme auszulassen, mit denen sie in ihren Organisationen konfrontiert sind. Oftmals sind es engagierte Einzelpersonen, die sich in den Gesundheitseinrichtungen dem Thema Gesundheitsförderung widmen und dabei nicht immer den vollen organisationalen Rückhalt erfahren. Bei der Konferenz stoßen sie auf Gleichgesinnte, die mit ähnlichen Widerständen zu kämpfen haben. Im Vordergrund steht dabei der Erfahrungsaustausch, um sich z.B. zu erkundigen, wie sich die Verhältnisse in einem anderen Bundesland unterscheiden. Eine wesentliche Rolle spielt aber die moralische Unterstützung und das gegenseitige Vergewissern „dranzubleiben“, wenn z.B. ein Projekt abgelehnt wurde oder Maßnahmen nur langsam greifen.

In der Netzwerkliteratur wird auf die Notwendigkeit derartiger Zusammenkünfte für die Reproduktion eines Netzwerks hingewiesen, da der direkte Austausch für die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung, die über die räumliche Distanz und auf Dauer anhält, von entscheidender Bedeutung ist. *“Such social obligations involve seeing ‘the other’ ‘face-to-face’ and thus ‘body-to-body’. This mutual presencing enables each to read what the other is really thinking, to observe their body language, to hear ‘first hand’ what they have to say, to sense directly their overall response, to undertake at least some emotional work”* (Urry 2003, S. 164). Durch die Nähe der Face-to-Face-Interaktion wird Intimität und Vertraulichkeit ermöglicht, Missverständnisse können schnell ausgeräumt, Engagement und Aufrichtigkeit direkt bewertet werden. Vertrauen zwischen den

Personen ist somit etwas, woran in solchen Situationen unter Einbeziehung einer gemeinsamen Leistung gearbeitet wird. (vgl. Urry 2003, S. 161ff).

6.3.3. Eingrenzung des Zweckprogramms durch die Einrichtung von Sektionen

Eine Besonderheit des ONGKG, die in den Vereinsstatuten unter § 8 festgehalten wurde, ist die Möglichkeit, im Rahmen des Vereins Sektionen zur Bearbeitung spezifischer Aspekte der Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen zu gründen. Sektionen ermöglichen inhaltliche Schwerpunkte im Bereich der Gesundheitsförderung zu setzen, ohne dabei den Anspruch zu stellen, das Gesamtkonzept des Gesundheitsfördernden Krankenhauses mit all seinen Standards zu implementieren. Sie stehen somit im Gegensatz zum recht offen formulierten Gesamtzweck des Vereins, indem sie ein klar abgegrenztes und definiertes Terrain behandeln.

Sollte die Hürde für eine ordentliche Mitgliedschaft beim ONGKG zu groß sein oder ein Interesse diesbezüglich nicht bestehen, ermöglicht die Mitgliedschaft bei einer der Sektionen einen fokussierten Einstieg in das Thema Gesundheitsförderung. Der Beitritt ist nicht an eine Mitgliedschaft im ONGKG geknüpft, es bleibt den Mitgliedern überlassen, ob sie sich zusätzlich auch für eine Vollmitgliedschaft entscheiden. Mögliche Unsicherheiten, die sich aus einer Überforderung mit dem umfassenden Gesamtkonzept ergeben, können mit der Umsetzung der konkreten Anforderungen der Sektionen abgebaut werden; die mit dem Zertifizierungsprogramm einhergehende schrittweise Auseinandersetzung mit dem Thema kann schließlich dazu führen, dass die Mitglieder neugierig werden und auch Maßnahmen in anderen Bereichen setzen wollen. Im umgekehrten Fall entschließen sich aber auch ordentliche Mitglieder für eine Mitgliedschaft bei einer der Sektionen. Von den insgesamt 29 ordentlichen Mitgliedern verfügen acht auch über eine Mitgliedschaft in der Sektion „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“ und eines über eine Mitgliedschaft in der Sektion „Baby-friendly Hospitals“. Ein ehemals ordentliches und nun außerordentliches Mitglied ist Mitglied in beiden Sektionen. In dieser Hinsicht tragen die Sektionen allgemein zum Wachstum des Netzwerks bei, aber auch zu einem Zuwachs der ordentlichen Mitglieder des Vereins.

Neben neuen Mitgliedern brachten die Sektionen nach Ansicht einiger InterviewpartnerInnen auch frischen Wind und neue Energie ins Netzwerk. So hat etwa die Beauftragung durch das Bundesgesundheitsressort mit dem Baby-friendly-Projekt zu einer Belebung des Netzwerks geführt. Die Sektion „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“ trägt vor allem zu einer stärkeren internationalen Vernetzung bei, indem die Mitglieder die internationalen Rauchfrei-Konferenzen besuchen.

Aus den Erhebungen geht hervor, dass sich die Attraktivität der Sektionen für die Mitglieder in erster Linie dadurch erklärt, dass ein konkretes Thema mit konkreten Umsetzungskonzepten geboten wird.

Von besonderer Bedeutung ist, dass die Standards nach wissenschaftlichen Kriterien entwickelt und international anerkannt sind und somit eine Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Einrichtungen ermöglichen. Diese Faktoren stellen eine gewichtige Argumentationsgrundlage dar, sowohl gegenüber kritischen Stimmen während der Implementierung als auch gegenüber EntscheidungsträgerInnen.

Die Gründung der beiden Sektionen bedeutete für das ONGKG gleichermaßen die Übernahme von Themenbereichen, die in der Gesundheitspolitik einen hohen Stellenwert genießen, als gesellschaftlich aber auch stark umstritten sind.

Beim Thema Rauchfreiheit, das in Österreich nach wie vor auf viel Widerstand stößt, schlägt sich das auf politischer Ebene bei den Maßnahmen zum NichtraucherInnenschutz nieder, die im internationalen Vergleich hinterher hinken (vgl. Joossens und Raw 2014). Diese Faktoren erweisen sich für die Sektion einerseits als hinderlich, da es dadurch für die Gesundheitseinrichtungen umso schwieriger ist, die notwendigen Anforderungen für das Zertifizierungsprogramm zu erbringen – so muss etwa bei Silberlevel auch das gesamte Gelände, mit Ausnahme von definierten Rauchzonen, rauchfrei sein. Gewissermaßen erweist sich diese Problematik aber auch als förderlich, da durch die hohen Anforderungen der Stellenwert der Zertifizierungen steigt und die ausgezeichneten Häuser somit auf eine besondere Leistung verweisen können.

Die Bearbeitung des Themas Rauchfrei wurde schon früh vom internationalen HPH-Netzwerk eingefordert. Seitens des ONGKG wurde das Thema von vorneherein als wichtiger Kernbereich der Gesundheitsförderung definiert und daher frühzeitig integriert. Mit der Sektionsgründung wurde das Thema Nichtraucherschutz und Rauchfreiheit jedoch nicht vom Verein ONGKG abgekapselt bzw. ist es nicht exklusiv der Sektion vorbehalten. Da der Vereinsvorstand die Thematik als wichtigen Grundpfeiler von Gesundheitsförderung allgemein erachtet, strebte er eine Verschränkung an, weswegen 2013 im Zuge einer Generalversammlung mehrheitlich beschlossen wurde, die ENSH-Selbstbewertung in die Mitgliedskriterien für den Verein ONGKG aufzunehmen. Sämtliche Mitglieder – nicht nur die der Sektion Rauchfrei – müssen somit diese Selbstbewertung zumindest alle drei Jahre vornehmen.

Wie Vergleiche mit Deutschland und der Schweiz zeigen, haben auch in diesen Ländern Tabakprävention und -entwöhnung dauerhaft einen hohen gesundheitspolitischen Stellenwert. In beiden Nachbarländern konnten sich in diesen Bereichen erfolgreiche, auf politischer Ebene gestützte Netzwerke etablieren. Diese fungieren jedoch als nationale Sektionen des ENSH-Global –

unabhängig von den dortigen nationalen HPH-Netzwerken⁵². Ein solches Nebeneinander von nationalen HPH-Netzwerken und Sektionen im Bereich der Gesundheitsförderung birgt zum einen das Risiko für Konflikte, zum anderen ist das Risiko gegeben, dass mögliche Synergien nicht genutzt werden können. In Österreich ist es dem ONGKG durch die Integration der Rauchfrei-Thematik in Form einer Sektion gelungen, diesen nachhaltigen Erfolg an sich zu binden. Die Sektion und in weiterer Folge auch das ONGKG profitieren von der engen Kooperation mit dem ENSH, die von der Sektionssprecherin intensiv gepflegt wird und Anerkennung und Mitspracherecht auf internationaler Ebene signalisieren.

Nach dem Vorbild der Sektion „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“ wurde auf Initiative des Bundesgesundheitsressorts auch die BFHI als Sektion in den Verein ONGKG eingegliedert. Auch hier war es dem Gesundheitsressort wichtig, die BFHI bekannter zu machen und in eine tragfähige Struktur zu überführen, weswegen es das ONGKG mit dem Maßnahmen-Roll-out beauftragte. Der damit verbundene Vertrauensvorschuss, dass das ONGKG und seine wissenschaftliche Begleitorganisation über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um die BFHI von der Abhängigkeit des Bundesgesundheitsressorts zu lösen, hat sich bewährt. Das Maßnahmen-Roll-out konnte erfolgreich abgeschlossen werden.

Beim Aufbau der Sektion ist hervorzuheben, dass bereits vorhandene Expertise integriert und bestehende Kompetenzen erweitert wurden. Die Koordination des BFH-Zertifizierungsprogramms, die von den MitarbeiterInnen des WHO-CC-HPH übernommen wurde, erfolgt in enger Kooperation mit der ursprünglichen Koordinatorin und den Gutachterinnen, die bereits vor der Sektionsgründung mit der BFHI befasst waren. Die MitarbeiterInnen des WHO-CC-HPH besuchten zudem ein viertägiges Grundlagenseminar zum Thema Stillen, um sich ein Basiswissen in diesem für sie neuen Aufgabenbereich anzueignen.

Ein Vorteil, der sich aus der Anbindung an das ONGKG ergibt, besteht für die Sektionen darin, dass sie in eine bereits bestehende und bewährte Struktur eingebunden sind. Sie benötigen kein eigenes administratives Backup, da die Koordination der Bewerbungen und Zertifizierungen vom WHO-CC-HPH mit übernommen wird, das sich in diesen Belangen bereits beim ONGKG als zuverlässig erwiesen hat. Auch in punkto Sichtbarkeit ist die Anbindung für die Sektionen von Vorteil, da die

⁵² Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK e.V.) startete als vom Bundesgesundheitsministerium finanziertes Modellprojekt des DNGfK, wurde jedoch nie in die Satzung oder Organisationsstruktur des DNGfK verankert. Das Projekt entwickelte sich sehr erfolgreich: es konnte eine beträchtliche Zahl an Mitgliedern gewinnen und war nach einiger Zeit über die dadurch erzielten Erträge in der Lage, sich finanziell selbst zu tragen. Nach Abschluss des Projekts konnte keine Einigung über eine Integration der beiden Netzwerke erzielt werden, weswegen sich das DNRfK als Verein selbständig machte.

Öffentlichkeitsarbeit und Verbreitung von Informationen über die etablierten Kanäle des ONGKG erfolgt. So haben etwa beide Sektionen einen eigenen Webauftritt als Sub-Seite auf der Website des ONGKG, im Rundbrief gibt es für beide Sektionen eigene Rubriken und beiden Themenbereichen wird bei der jährlich stattfindenden ONGKG-Konferenz Raum für ihre eigene Darstellung gegeben. Das bedeutet, dass auch jene Einrichtungen, die zwar Mitglieder einer Sektion, aber nicht des ONGKG sind, dennoch von der Einbindung in die Gesamtstruktur profitieren. Sie erhalten sämtliche Aussendungen und haben bei inhaltlichen und administrativen Belangen ebenso Zugang zur Koordinationsstelle. Viele der Sektionsmitglieder besuchen wiederum die jährliche nationale Konferenz und beteiligen sich dadurch am Netzwerk.

Wie aus den Erhebungen hervorgeht, bietet sich insbesondere die Rauchfrei-Thematik als Einstieg in die settingorientierte Gesundheitsförderung an, da das Zertifizierungsprogramm auf die gesamte Organisation abzielt. Bei Maßnahmen, die sich nur auf einzelne Abteilungen beschränken, besteht immer das Risiko, dass diese isoliert voneinander umgesetzt werden, weil die Verantwortlichen nicht miteinander kommunizieren bzw. sich nicht abstimmen.

Bei der BFHI kommt neben dem Aspekt, dass es sich um ein Programm für spezifische Abteilungen handelt, hinzu, dass die Zertifizierungen mit einem großen Aufwand verbunden sind, da die MitarbeiterInnen extra geschult werden müssen. Aber gerade die Herausforderung die mit dem Zertifizierungsprogramm verbunden ist, stellt ein Unterscheidungsmerkmal dar, das die zertifizierten Einrichtungen gegenüber anderen heraushebt.

Die Aussagen in den Interviews lassen den Schluss zu, dass die Sektionen von den Vorstandsmitgliedern als integrierter Teil des Netzwerks gesehen werden. Während jedoch das Thema Rauchfrei auch in den weiteren Kreisen des Netzwerks eine hohe Akzeptanz erfährt und in Form der ENSH-Selbstbewertung auf Beschluss der Generalversammlung hin sogar in die Mitgliedskriterien aufgenommen wurde, ist das bei der BFHI weniger der Fall. Zum einen, weil die Inhalte im Gegensatz zur Rauchfrei-Thematik nicht alle Gesundheitseinrichtungen betreffen, sondern nur jene mit einer gynäkologischen oder Geburtshilfeabteilung, zum anderen weil Stillen ein hochemotionales Thema ist, das bei einigen MitgliedervertreterInnen Ablehnung hervorruft. Insbesondere verbinden einige BHFH mit „Still-Zwang“. Die Sektion begreift es daher als eine ihrer Aufgaben zu vermitteln, dass auch nicht-stillende Mütter in einem BFH nach besonderen Kriterien unterstützt werden.

Insgesamt betrachtet lässt sich feststellen, dass sich die Sektionen stabilisierend auf das Netzwerk auswirken und sowohl die produktive als auch die reproduktive Netzwerkeffektivität begünstigen. Sie

tragen zum Wachstum bei und bieten im umfassenden Gesamtkonzept der Gesundheitsförderung ein klar abgegrenztes Gebiet, das mit konkreten Konzepten zu bearbeiten ist.

6.4. Personen

Personalentscheidungen, die in Organisationen getroffen werden, stellen wichtige Prämissen für weitere Entscheidungen in der Organisation dar. So macht es für künftige Entscheidungen einen Unterschied, von welcher Person eine dafür zuständige Stelle besetzt wird. Auf welche Art Programme ausgeführt und wie Kommunikationswege bedient werden, ist abhängig von Stil und persönlichen Merkmalen der jeweiligen Personen, die dahinter stehen. Das bedingt, dass es bei jedem Personalwechsel in einer Organisation zu Abweichungen oder Unregelmäßigkeiten kommen kann, selbst dann, wenn Kommunikationswege und Programme unverändert bleiben (vgl. Kühl 2011, S. 107f).

Im Zentrum des folgenden Abschnitts steht die Frage, welche Merkmale die ins Netzwerk involvierten Personen auszeichnen und über welche Kompetenzen sie verfügen. Anhand dessen wird ermittelt, inwiefern diese Kompetenzen die Operationen des Netzwerks ermöglichen und begrenzen.

6.4.1. Generalversammlung

Die aus den VertreterInnen der Mitgliedseinrichtungen bestehende Generalversammlung setzt sich aus Angehörigen verschiedener Professionen und Hierarchieebenen zusammen und vereint somit unterschiedliche Perspektiven. Von Beginn an stark vertreten war die Gruppe der Pflege, nicht ganz so stark hingegen die der ÄrztInnen. Eine mögliche Erklärung dafür findet sich in den gesetzlichen Bestimmungen zur Ausbildungsregelung, die lediglich Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie ÄrztInnen für Allgemeinmedizin eine Zuständigkeit für Gesundheitsförderung zuweisen⁵³ (siehe auch Kap. 4.6.). In ihren „Empfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen durch Entscheidungsträger aus Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen“ schlagen Pelikan und Dietscher daher eine Ausweitung dieser Bestimmungen auf

⁵³ In einem Interview mit einem Vertreter des schweizerischen Netzwerks ergaben sich in diesem Punkt Parallelen. Auch in der Schweiz waren vorrangig VertreterInnen der Pflege und weniger ÄrztInnen im Netzwerk engagiert. Im Gespräch wurde das damit begründet, dass beim Pflegepersonal Aspekte der Gesundheitsförderung bereits in der Ausbildung verankert wären und sie daher mehr Bezug zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention hätten. Im Gegensatz dazu wären ÄrztInnen von der Grundeinstellung eher der Reparaturmedizin zugetan, weswegen Krankheit und Symptombehandlung im Zentrum ihrer Tätigkeit stehen würden.

FachärztInnen im niedergelassenen Bereich und in Krankenhäusern sowie auf andere Gesundheitsberufsgruppen vor (vgl. dies. 2008).

Weiters kamen bei den MitgliedervertreterInnen in den letzten Jahren vermehrt Personen aus dem Qualitätsmanagement hinzu, einem Bereich, der in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat und in Kombination mit Gesundheitsförderung Potential für Synergien eröffnet (siehe Kap. 4.5.1.5.). Vereinzelt sind in Mitgliedseinrichtungen Stabstellen für Gesundheitsförderung bzw. für Betriebliche Gesundheitsförderung eingerichtet. In solchen Fällen kommen die MitgliedervertreterInnen meistens aus diesem Bereich. Da Betriebliche Gesundheitsförderung mittlerweile ein wichtiges Thema ist, nimmt die Zahl der MitgliedervertreterInnen aus dem Personalwesen, der Arbeitsmedizin und -psychologie zu. Einige wenige kommen aus der Verwaltung. Wie aus verschiedenen Interviews hervorgeht, hat die Unterschiedlichkeit der professionellen Hintergründe auf die Netzwerktätigkeit jedoch weniger Einfluss als die jeweiligen Hierarchieebenen. MitgliedervertreterInnen in einer leitenden Funktion haben mehr Möglichkeiten, Maßnahmen in ihrer Einrichtung umzusetzen und können sich leichter durchsetzen als Personen in einer hierarchisch niedrigeren Position, die ein Anliegen erst einbringen müssen, da sie Entscheidungen nicht im Alleingang treffen können und über einen geringeren Wirkungskreis verfügen. Die Hierarchieebene kommt auch in Generalversammlungen zum Tragen, wenn es um strategische Entscheidungen geht, die je nach Hierarchieebene nicht ad hoc getroffen werden können, sondern ebenfalls erst einer Rücksprache mit den EntscheidungsträgerInnen der jeweiligen Mitgliedseinrichtung bedürfen. In solchen Fällen gilt dann entweder der Mehrheitsentscheid bzw. wird je nach Tragweite der Entscheidung darauf geachtet, dass die EntscheidungsträgerInnen dabei sein können. Die hierarchische Position der MitgliedervertreterInnen hat somit sowohl Einfluss auf die produktive als auch auf die reproduktive Effektivität des Netzwerks. Diesbezüglich macht es einen Unterschied ob es sich beispielsweise um ärztliche DirektorInnen oder klinische PsychologInnen handelt bzw. ob sich die Entscheidungsbefugnis über die ganze Einrichtung erstreckt oder auf eine bestimmte Abteilung begrenzt ist⁵⁴. Das deckt sich mit den Einschätzungen von Dietscher, die den Einfluss und die Position der MitgliedervertreterInnen in ihrer Heimatorganisation als wichtigen Faktor dafür erachtet, ob und inwieweit Anregungen aus dem Netzwerk aufgegriffen werden (vgl. dies. 2011; siehe auch Kap. 2.1.3.).

⁵⁴ In einem der Interviews mit einem Vertreter des deutschen Netzwerks kam zur Sprache, dass es sich im Laufe der Zeit als problematisch für das DNGfK erwies, dass es dem Netzwerk nicht gelungen war, dauerhaft eine große Anzahl an MitgliedervertreterInnen in leitenden Positionen an sich zu binden. In diesem Zusammenhang wurde exemplarisch die Entscheidungsbefugnis im Rahmen der Mitgliederversammlung angeführt, z.B. bei der Erhöhung des Mitgliedsbeitrags und dass es für die Entwicklung des Netzwerks und das Hinarbeiten auf die Netzwerkziele von Bedeutung sei, von EntscheidungsträgerInnen mit einem breiten Wirkungskreis unterstützt zu werden.

Betrachtet man die Dauer der Zugehörigkeit zum Netzwerk, so erweisen sich die MitgliedervertreterInnen als relativ konstant. Wer sich des Themas Gesundheitsförderung einmal angenommen hat, bleibt in der Regel dabei, außer die Person verlässt die Organisation. Die Beständigkeit der Netzwerkzugehörigkeit bedingt, dass sich die meisten MitgliedervertreterInnen mittlerweile persönlich kennen und darauf freuen, einander bei den jährlich stattfindenden Workshops und Konferenzen zu treffen. Da Vertrauensbildung auf Möglichkeiten der Kommunikation angewiesen ist (vgl. Luhmann 2014, S. 54), stellen diese Veranstaltungen wichtige Plattformen für die Integration in und die nachhaltige Bindung der MitgliedervertreterInnen an das Netzwerk dar.

Wie aus der Erhebung hervorgeht, spielt die Aufrechterhaltung von Kontinuität eine wesentliche Rolle für die Netzwerkeffektivität. Wenn der „Draht“ zwischen KoordinatorInnen und Mitgliedern „abreißt“, ist es schwierig, wieder eine Verbindung herzustellen und eine Beziehung – die Voraussetzung für erfolgreiche Vernetzung ist – aufzubauen.

In den Interviews herrschte ein Grundtenor darüber, dass die Motivation der am Netzwerk Beteiligten in der Regel daraus resultiert, dass ihnen Gesundheitsförderung ein Anliegen ist und eine Identifikation mit den Netzwerkzielen gegeben ist. Wie sehr sich die MitgliedervertreterInnen im Netzwerk einbringen können, hängt daher weniger von der inneren Motivation ab, als vielmehr von den Bedingungen in ihren Einrichtungen und der Unterstützung, die sie in Bezug auf die Netzwerktätigkeit dort erfahren. Da sie sich mit der hauptberuflichen Tätigkeit vereinbaren lassen muss, kann es daher in stressigen Phasen zu einem Aufschub der Netzwerktätigkeit kommen.

6.4.2. Vorstand

Wie bereits im Abschnitt zu den Kommunikationswegen ausgeführt wurde, erfolgt die Zusammensetzung des Vorstands im ONGKG nicht willkürlich, sondern richtet sich nach bestimmten strategischen Kriterien (siehe Kap. 6.2.1.2.). Neben der Berücksichtigung einer ausgewogenen Verteilung der verschiedenen Professionen und möglichst vollständiger Abdeckung der im Netzwerk vertretenen Bundesländer geht aus den Interviews weiters hervor, dass auch darauf geachtet wird, große Trägereinrichtungen möglichst von einer Person im Vorstand vertreten zu lassen⁵⁵. Der in dieser Hinsicht breit aufgestellte Vorstand erweitert das Vernetzungspotential des ONGKG insofern, als dass die einzelnen Vorstandsmitglieder auf nationaler und teils auch auf internationaler Ebene in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens und der Gesundheitsförderung über

⁵⁵ Im schweizerischen Netzwerk wurde aus strategischen Gründen eine Politikerin als Präsidentin rekrutiert, die sich für Gesundheitsförderung einsetzte und Verbindungen zur Krankenversicherung hatte.

unterschiedliche Kontakte verfügen⁵⁶. Ganz im Sinne des Vereinsziels nutzen die Vorstandsmitglieder diese Kontakte, um Kooperationen zu initiieren und neue Mitglieder anzuwerben, was bei Gelingen zu einer Stärkung der Netzwerkstrukturen beiträgt. Da die Vorstandsmitglieder dadurch als Broker relevanter Inhalte zwischen dem ONGKG und ihren anderen Kontakten fungieren können, stehen dem ONGKG über diesen Weg „weak ties“ in andere wichtige Gremien zur Verfügung.

Was die Zusammensetzung der Personen anbelangt, so ist der Vorstand seit einigen Jahren relativ konstant. Zum Zeitpunkt der Erhebung gab es lediglich ein Vorstandsmitglied, das erst seit wenigen Monaten in einer Vorstandsposition im ONGKG tätig war. Die anderen waren bereits seit mehreren Jahren im Vorstand tätig und vier der Vorstandsmitglieder sogar seit Vereinsgründung⁵⁷.

Für Neubesetzungen innerhalb des Vorstands wird nicht erst gewartet, bis eine Vorstandsposition frei wird, sondern es wird bereits im Vorfeld darauf geachtet, potentielle NachfolgerInnen zu identifizieren und aufzubauen. Diese Praxis hat sich bewährt, da sich bislang immer ausreichend viele KandidatInnen mit entsprechender Qualifikation für die Wahl aufstellen ließen – was nicht selbstverständlich ist, da viele Vereine Schwierigkeiten bei der Besetzung freiwerdender Vorstandspositionen haben (vgl. Wolf und Zimmer 2010). Aus der Erhebung geht hervor, dass die Vorstandsmitglieder in der Regel bereits im Vorfeld Kontakt zum Netzwerk hatten und an Konferenzen oder Arbeitstreffen teilnahmen. In einigen Fällen gab es bereits jemanden in der Mitgliedseinrichtung mit engerem Bezug zum Netzwerk, von dem bzw. der sie dann ins Netzwerk eingeführt wurden. Teils erfolgte das bereits unter dem Aspekt, die Person als Vorstandsnachfolge aufzubauen und auf diese Weise mit dem Netzwerkgeschehen und der Vereinsarbeit vertraut zu machen. In manchen Fällen rekrutiert sich der Vorstand aus sich selbst heraus, so war etwa die zum Zeitpunkt der Erhebungen amtierende Präsidentin vor dieser Position zunächst als Schriftführerin tätig, ebenso die stellvertretende Präsidentin, und die Kassierin war zu Beginn ihrer Vorstandstätigkeit in der Position der stellvertretenden Kassierin. Unsicherheiten, die bei potenziellen KandidatInnen aufgrund der Anforderungen auftreten können, die mit der Übernahme einer Vorstandstätigkeit einhergehen, werden durch die aktive Unterstützung des WHO-CC-HPH und der eingesessenen Vorstandsmitglieder abgefedert.

Auch wenn das den Vorteil hat, dass eine Nachfolge nicht von völlig systemfremden Personen angetreten wird, so bedeutet ein Wechsel dennoch ein einschneidendes Ereignis für ein Netzwerk.

⁵⁶ Beispielsweise war der zum Zeitpunkt der Erhebungen amtierende stellvertretende Präsident neben dieser Position und seiner hauptberuflichen Tätigkeit gleichzeitig Präsident der Bundeskonferenz der Krankenhaus-Manager Österreichs, Präsidiumsmitglied in der Europäischen Vereinigung der Krankenhaus-Direktoren sowie in der European Hospital and Healthcare Federation und in der International Hospital Federation; die zu diesem Zeitpunkt aktive Präsidentin war neben dieser und ihrer hauptberuflichen Tätigkeit auch Mitglied in der Task Force on HPH and Age-friendly Health Care und Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie.

⁵⁷ Seit der letzten Vorstandswahl (2016) setzt sich der ONGKG-Vorstand aus vier neuen Vorstandsmitgliedern und drei langjährig im Vorstand tätigen Mitgliedern zusammen.

Untersuchungen haben gezeigt, dass Netzwerke nach wesentlichen Veränderungen zunächst erheblich weniger effektiv sind als stabile Netzwerke (vgl. Provan und Milward 1995, S. 26). In den Interviews wurde beispielsweise der Wechsel des ONGKG-Vorstandsvorsitzes als großer Einschnitt bezeichnet, wobei sich rückblickend feststellen lässt, dass dieses Ereignis die Stabilität des Netzwerks – und somit die reproduktive Effektivität – wenn überhaupt, so zumindest nicht nachhaltig negativ beeinträchtigte. Dennoch macht es *„(...) für künftige Entscheidungen einen Unterschied, von welcher Person die für die Entscheidung zuständige Stelle besetzt wird“* (Kühl 2011, S. 107). Schließlich kommen bei der Entscheidungsprämisse „Person“ die jeweils individuellen Merkmale in Form von *„(...) Wissen, Fähigkeiten, Präferenzen, Umweltkontakten, Alter, Geschlecht, Kooperationswilligkeit, Arbeitstempo usw.“* (vgl. Luhmann 2000, S. 287) zum Ausdruck. Als Beispiel kann die zum Zeitpunkt der Erhebung amtierende Präsidentin angeführt werden, die von ihrem Umfeld als sehr engagiert wahrgenommen wurde und sich auch selbst in der Rolle der Impulsgeberin sah. So gesehen stellte sie ein aktivierendes Element für die zwar stetige, aber eher langsam voranschreitende Entwicklungsgeschwindigkeit des Netzwerks dar.

6.4.3. Wissenschaftliche Begleitung

Das Kernpersonal des WHO-CC-HPH, das zum Zeitpunkt der Erhebungen aus dem Direktor und zwei Mitarbeiterinnen bestand, kann auf langjährige Erfahrung im Netzwerk verweisen und ist durch seine Tätigkeit mit den konzeptuellen Hintergründen zum Gesundheitsfördernden Krankenhaus ebenso vertraut wie mit den organisatorischen und personellen Strukturen auf nationaler und internationaler Netzwerk-Ebene.

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln erläutert wurde, war der Direktor des WHO-CC-HPH bereits eng in den Gründungskontext des internationalen sowie des österreichischen HPH-Netzwerks involviert und ist auch an deren weiterer Entwicklung beteiligt. Aus den Interviews mit den VertreterInnen des österreichischen, aber auch des deutschen und des schweizerischen Netzwerks geht hervor, dass das ONGKG und auch das internationale HPH-Netzwerk stark mit dem Namen und den Leistungen des Direktors in Verbindung gebracht werden. Die HPH-Bewegung hat ihren Ursprung in Wien und wurde von Beginn an vom Direktor des WHO-CC-HPH und seinen MitarbeiterInnen in den verschiedenen Entwicklungsphasen entscheidend geprägt. Das internationale Renommee, das mit seinem Namen einhergeht, sowie die tiefgehende und weitreichende Expertise auf dem Gebiet des Gesundheitsfördernden Krankenhauses fördert auch die Reputation des WHO-CC-HPH und in weiterer Folge des ONGKG. Vor diesem Hintergrund nimmt der Direktor des WHO-CC-HPH für das ONGKG die Rolle eines Brokers zum Bundesgesundheitsressort ein, indem er beispielsweise als

Mitglied einer Arbeitsgruppe zur Entwicklung und Ausarbeitung der Rahmen-Gesundheitsziele⁵⁸ auch seine Erfahrungen mit dem Netzwerk einbringen konnte. In weiterer Folge wurden auch MitgliedervertreterInnen in die verschiedenen Arbeitsgruppen eingeladen, um ihre Fachkenntnis einzubringen.

Die beiden zum Zeitpunkt der Erhebung tätigen Mitarbeiterinnen sind durch ihren Aufgabenbereich und Teilnahmen an den verschiedenen Programmpunkten im Netzwerk ebenfalls sehr präsent. Eine der beiden Mitarbeiterinnen ist seit dem Jahr 2000 für das ONGKG tätig. Da sie davor bereits am LBIMGS beschäftigt war, beobachtet sie die Entwicklung des Netzwerks jedoch schon seit seiner Gründung und war auch Besucherin der ersten Konferenz. Als die ursprüngliche Netzwerkkoordinatorin die Stelle wechselte, übernahm sie damals diese Position. Obwohl ihr das Themenfeld nicht neu war, musste sie sich dennoch erst in den neuen Aufgabenbereich einarbeiten, Kontakte zu den teilnehmenden Einrichtungen neu knüpfen und deren Vertrauen gewinnen. Mit der Vereinsgründung und der damit verbundenen Ausdifferenzierung der Kommunikationswege des Netzwerks kam es zu einer Verlagerung der Aufgaben, ebenso mit dem Wechsel der Trägerorganisation vom LBIMGS zum LBIHPR im Jahr 2008. Im selben Jahr startete sie mit ihrer Dissertation, für die sie anhand des internationalen HPH-Netzwerks ein Konzept für die Untersuchung interorganisationaler Netzwerke im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung entwickelte und überprüfte. Aus zeitlichen Gründen übergab sie daher die operative Koordination an die zweite Mitarbeiterin, verblieb aber in der Rolle der wissenschaftlichen Begleitung. Mit dem dritten Wechsel zu einer neuen Trägerorganisation im Jahr 2016 verließ sie das WHO-CC-HPH und wechselte in das Bundesgesundheitsressort. Als Leiterin der Abteilung für Gesundheitsförderung und Prävention ist sie dort nun unter anderem für die Agenden des nationalen und internationalen HPH-Netzwerks zuständig und statt ihrer Vorgängerin für das Gesundheitsressort als Kuratoriumssprecherin im Verein ONGKG vertreten.

Die Nachfolge im WHO-CC-HPH wurde, wie damals bei ihrem Einstieg, mit einer internen Nachbesetzung innerhalb der Trägerorganisation geregelt. Ein Vorteil, der sich daraus ergibt, ist, dass die Nachfolgerin bereits bekannt ist (zumindest im WHO-CC-HPH) und somit leichter einschätzbar als eine unbekannt Person (vgl. Luhmann 2000, S. 290). Auch für die Nachfolgerin gab es im Vorfeld ihrer Tätigkeiten bereits Berührungspunkte mit dem ONGKG. Zum einen da sie in ihrer Funktion als wissenschaftliche Mitarbeiterin internationale HPH-Konferenzen besucht hatte. Zum anderen weil sie in Ergänzung zum „Maßnahmen-Roll-out BFHI“ für ihre Dissertation qualitative Forschungen zu

⁵⁸ Siehe www.gesundheitsziele-oesterreich.at/arbeitsgruppen/ (Zugriff: 24.08.2016)

förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Implementierung von BFHI in ausgewählten Krankenanstalten durchgeführt hatte.

Die zweite der beiden interviewten Mitarbeiterinnen war zunächst neben ihrem Studium einige Monate unterstützend in der damaligen Trägerorganisation tätig und ist seit Anfang 2004 angestellt. Ihr Verantwortungsbereich im WHO-CC-HPH hat sich im Laufe der Zeit zunehmend ausgeweitet: von Assistenz Tätigkeiten zu Beginn bis zur Übernahme der operativen Koordination im Jahr 2008. Sie ist an einer zentralen Schnittstelle zwischen den MitgliedervertreterInnen, dem Vorstand und den Sektionen positioniert, aber auch zu KooperationspartnerInnen und zum internationalen Netzwerk und hat dadurch am meisten direkten Kontakt zu den einzelnen Personen. In dieser Position kommt ihr eine kritische Rolle in Bezug auf die Gestaltung der sozialen Beziehungen im Netzwerk und dem Herstellen von Erwartungssicherheit zu. Denn das Vertrauen *„(...) macht Systembildungen möglich und gewinnt aus ihnen dann wieder die Kraft zu verstärkender, riskanterer Reproduktion. Eben deshalb ist es auf symbolische Absicherung angewiesen: Es reagiert auf kritische Informationen nicht wegen der Fakten, die sie berichten, sondern weil sie als Indikatoren für Vertrauenswürdigkeit fungieren“* (Luhmann 1984, S. 181).

Die wissenschaftliche Ausrichtung des WHO-CC-HPH ist soziologisch geprägt, insbesondere von organisations- und systemtheoretischen Ansätzen. Das steht im Kontrast zur Expertise des Vorstands und der MitgliedervertreterInnen, die überwiegend durch den medizinisch-pflegerischen Bereich dominiert ist. Da der Blick auf das Netzwerk und seine Umwelten durch den jeweiligen Erfahrungshintergrund geprägt ist, stellt dieser Kontrast insofern eine Bereicherung dar, als dass die unterschiedlichen Perspektiven nicht miteinander konkurrieren, sondern Synergien erzeugen. Durch die Zusammenarbeit erfährt das WHO-CC-HPH direkt, welche Themen bei den Mitgliedseinrichtungen gerade aktuell sind und welche Probleme sie beschäftigen. Dadurch können aktuelle Forschungsschwerpunkte einfacher und zielgruppengerecht identifiziert werden, gleichzeitig eröffnen die Kontakte einen leichteren Zugang zum Feld. Wenn Projekte zustande kommen, profitieren auch die Mitgliedseinrichtungen von den daraus gewonnenen Erkenntnissen.

Aus der Erhebung im Rahmen der Masterarbeit geht hervor, dass der mit der soziologischen Expertise einhergehende wissenschaftliche Anspruch vom Bundesgesundheitsressort als fördernder Instanz durchaus geschätzt wird, da damit eine kontinuierliche Dokumentation und Evaluation des Netzwerks garantiert ist. Darüber hinaus fließen die aus der Netzwerkarbeit gewonnenen Erkenntnisse immer wieder punktuell in die politische Entwicklung und Verwaltung des Gesundheitsbereichs ein. Auch von den MitgliedervertreterInnen und dem Vorstand wird diese Art der Expertise positiv beurteilt und mitunter als Referenz gegenüber EntscheidungsträgerInnen in ihren Heimatorganisationen eingesetzt. Eine kritische Stimme merkte an, dass der soziologisch-

wissenschaftlichen Sichtweise in manchen Fällen der Praxisbezug fehle und daher manche Dinge nicht unmittelbar im Fokus sind, die für das Netzwerk von Interesse sein könnten. Eine stärker praxisbezogene Perspektive aus der Spitalslandschaft erachtete sie daher als erstrebenswert. Diese Kritik kann als Beleg dafür gedeutet werden, dass es im Verein wachsame Elemente gibt, die sich mit dem Status quo nicht zufrieden geben, sondern die Augen für Entwicklungschancen offen halten.

Trotz des erst kürzlich erfolgten Mitarbeiterinnenwechsels zeichnet sich das WHO-CC-HPH durch eine hohe personelle Kontinuität aus. Der Direktor ist seit der Gründung dabei und die zum Zeitpunkt der Erhebungen tätigen Mitarbeiterinnen bereits seit mehr als zehn Jahren. Durch diese Beständigkeit auf Personenebene war es möglich, die erforderlichen Wechsel der Trägerorganisationen zu vollziehen, ohne die Stabilität des Netzwerks zu beeinträchtigen – obgleich diese Wechsel innerhalb des WHO-CC-HPH mit einem erheblichen organisatorischen Aufwand verbunden waren.

Aus den Interviews kristallisierte sich heraus, dass die Expertise sowie die Beständigkeit und Erreichbarkeit des WHO-CC-HPH-Teams wesentliche Faktoren für das Vertrauen darstellen, das ihm von den Netzwerkmitgliedern und KooperationspartnerInnen entgegengebracht wird. Auch in der Netzwerkliteratur wird darauf verwiesen, dass die Dauer, die das Personal im Netzwerk tätig ist, ein wichtiges Zeichen für die interne Stabilität ist, da sie den Aufbau von Vertrauen, die Verbreitung von Wissen und die Kontinuität der Beziehungen im Netzwerk begünstigt (vgl. Juenke 2005 nach Turrini et al. 2009, S. 542). Diese Faktoren sind wiederum förderlich für die Netzwerkintegration und somit zuträglich für die reproduktive Effektivität eines Netzwerks.

6.5. Relevante Umwelten des ONGKG

In Dietschers Modell zur Netzwerkeffektivität wird der jeweilige Kontext, in den ein Netzwerk eingebettet ist, als wichtiger Faktor für die produktive Effektivität erfasst. Auch in den anderen in Kapitel 2 abgehandelten theoretischen Arbeiten, von Provan und Milward (1995) und Brößkamp-Stone (2003), wird die Netzwerkwelt als Einflussfaktor genannt, den es in der Analyse interorganisationaler Netzwerke zu berücksichtigen gilt.

In diesem Kapitel soll näher auf die Bedingungen in den relevanten Umwelten des ONGKG auf nationaler und internationaler Ebene eingegangen und der Frage nachgegangen werden, wie sich seine Beziehungen mit diesen Umwelten gestalten.

6.5.1. Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Dass das österreichische Netzwerk einen vergleichsweise sicheren Stand hat, hängt stark von den in Österreich herrschenden gesundheitspolitischen Verhältnissen ab, in denen Gesundheitsförderung und Prävention seit Ende der 1980er-Jahre eine Rolle spielen und gefördert werden (siehe auch Kap. 4.6.). Das Netzwerk schließt an diese Entwicklung an und versucht sie für sich zu nützen. So verweist es in seiner Außendarstellung explizit darauf, dass die Arbeit als Gesundheitsförderndes Krankenhaus an gesundheitspolitische Überlegungen anschließt.

Vom **Bundesgesundheitsressort**, das diese Thematik frühzeitig aufgriff, werden bis heute verschiedene Initiativen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention kontinuierlich vorangetrieben und unterstützt. Auch das österreichische Netzwerk genießt seit seinem Bestehen die Unterstützung des Gesundheitsressorts⁵⁹. Die mit der Vereinsgründung einhergehende Einführung von Aufnahme- und Mitgliedschaftsgebühren hat zwar ein Stück weit zur Autonomie des ONGKG beigetragen, dennoch stellt die langjährige finanzielle Unterstützung des Bundesgesundheitsressorts einen wichtigen und kontinuierlichen Beitrag für den Erhalt und die Entwicklung des Netzwerks dar. Damit ist wiederum eine gewisse politische Abhängigkeit gegeben, die bei Veränderungen der politischen Rahmenbedingungen zu Zäsuren in der Netzwerkarbeit führen können (vgl. Dietscher 2011, S. 249). Das kann sich in weiterer Folge auf die Effektivität des Netzwerks auswirken.

Neben der finanziellen Unterstützung stellt aber auch die immaterielle Förderung einen wesentlichen Faktor für die Netzwerkarbeit dar. Die Anwesenheit hochrangiger VertreterInnen des Bundesgesundheitsressorts bei den Netzwerkkonferenzen und die damit verbundene öffentliche Wertschätzung und Anerkennung der gesundheitsfördernden Aktivitäten der Mitglieder ist ein wichtiges Signal der Anerkennung und der Legitimität der Netzwerkarbeit des ONGKG. Darüber hinaus wirkt das Bundesgesundheitsressort lobbyistisch, indem es auf der Website und im Rahmen von Veranstaltungen über das Netzwerk berichtet. Diese Form der Unterstützung von höchster Stelle ist dem Image des ONGKG zuträglich, was sich wiederum förderlich auf den Verbleib der Mitglieder im Netzwerk und einen möglichen Beitritt Interessierter auswirkt.

Ein Synergieeffekt mit wechselseitigem Nutzen ergibt sich aus der Einbeziehung des ONGKG in die Schwerpunktthemen des Bundesgesundheitsressorts. Das Netzwerk erfährt unmittelbar und aus erster Hand, welche Themen in der österreichischen Gesundheitspolitik aktuell relevant sind.

⁵⁹ Wie wichtig kontinuierliche Unterstützung von politischer Seite für die Stabilität eines Netzwerks sein kann, zeigt ein Vergleich des ONGKG mit dem schweizerischen Netzwerk. Anders als das ONGKG hatte das schweizerische Netzwerk keinen in der Politik verankerten, stabilen Partner auf seiner Seite. In seiner Anfangsphase erhielt es über ein Projekt finanzielle Unterstützung von der Gesundheitsförderung Schweiz, einer privatrechtlichen, von Versicherern und Kantonen getragenen Stiftung. Danach finanzierte sich das Netzwerk über Mittel die aus Mitgliedsbeiträgen und einem eigens entwickelten Label erzielt wurden. Auf Dauer reichten diese Erträge jedoch nicht aus, um die für ein Netzwerk notwendige Entwicklungsarbeit zu leisten. Fehlender politischer Rückhalt, sowohl in finanzieller als auch in ideeller Hinsicht, erwies sich auf Dauer als destabilisierender Faktor und bremste die Effektivität des Netzwerks stark ein.

Mitgliedseinrichtungen und VertreterInnen des WHO-CC-HPH werden in Arbeitsgremien des Bundesgesundheitsressorts geladen, um ihre Erfahrungen einzubringen und erhalten so Gelegenheit, Akzente in der Gesundheitspolitik zu setzen. Dadurch wird dem Netzwerk Sinn verliehen und den MitgliedervertreterInnen der Eindruck vermittelt, dass sie nicht nur in ihren Einrichtungen etwas bewirken können, sondern auch darüber hinaus. Vom ONGKG werden wiederum Schwerpunkte des Bundesgesundheitsressorts mittransportiert, z.B. zu den nationalen Aktionsplänen für Ernährung und Bewegung, indem Tagungen oder Workshops dazu veranstaltet und Positionspapiere erarbeitet werden. Die Kooperation mit dem Netzwerk eröffnet für das Bundesgesundheitsressort außerdem einen Einblick in die Praxis der Gesundheitseinrichtungen und die Möglichkeit, sich Rückmeldungen direkt von der „Basis“ abzuholen. Ein weiteres Beispiel für eine erfolgreiche Kooperation mit dem Gesundheitsressort ist die Entstehung des Gesundheitsqualitätsgesetzes (2005), bei dem das WHO-CC-HPH konsultativ eingebunden war mit dem Ergebnis, dass nun laut Gesetz „*Gesundheitsleistungen in einem gesundheitsförderlichen Umfeld*“ zu erbringen sind (siehe auch Kap. 4.6.).

Im Interview mit der Vertreterin des Bundesgesundheitsressorts wurden von dieser drei Ziele genannt, die mit der Kooperation mit dem ONGKG verfolgt werden: Das Hauptziel ist die Implementierung von Gesundheitsförderung als eine Maßnahme der Qualitätssicherung im Setting Krankenhaus. Vor allem seit der Verabschiedung des Gesundheitsqualitätsgesetzes, in dem festgelegt wurde, dass Gesundheitsleistungen in einem gesundheitsförderlichen Umfeld stattfinden sollen, ist es dem Gesundheitsressort ein Anliegen, dass es gewisse Standards gibt, die als Orientierung für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern dienen. Ein weiteres Ziel ist der wechselseitige Austausch mit dem Netzwerk, um Wissen und Erkenntnisse zum „Empowerment“ von PatientInnen und ArbeitnehmerInnen in Krankenhäusern zu transportieren. Als drittes Ziel wurde die regionale Vernetzung von Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen genannt, wobei dieser Austausch nach dem Eindruck der Interviewpartnerin erst seit Vereinsgründung besser in Gange kam.

Weniger aktiv ausgeprägt als beim Bundesgesundheitsressort, aber dennoch von großer Bedeutung für die Effektivität, ist die symbolische Unterstützung weiterer wichtiger nationaler VertreterInnen aus Politik und Gesundheitswesen⁶⁰. Diese **PartnerInnen** unterstützen die Tätigkeiten des ONGKG und insbesondere die jährlichen Netzwerk-Konferenzen⁶¹ (siehe auch Kap. 6.2.2.1.). In diesem Zusammenhang werden nicht nur das WHO-CC-HPH und der Vorstand aktiv, sondern auch die jeweiligen Mitgliedseinrichtungen die die Konferenz ausrichten sind stark bestrebt, relevante und namhafte UnterstützerInnen für das Netzwerk zu gewinnen. Die Beziehungen zu diesen PartnerInnen

⁶⁰ www.ongkg.at/mitglieder-und-partner/partner-in-oesterreich.html (Zugriff: 15.09.2016)

⁶¹ Vgl. www.ongkg.at/konferenzen/ehrenschtz.html (Zugriff: 12.09.2016)

sind wohlwollend, aber nicht besonders intensiv. Dennoch tragen sie zur Effektivität des Netzwerks bei, indem sie durch ihre Unterstützung einen wesentlichen Beitrag für die „*Verbreitung und praktische Umsetzung von Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen*“ leisten (vgl. Pelikan und Dietscher 2008, S. 123). Durch die offene Form der Unterstützung wird der Netzwerkarbeit zudem ein positives Image und Anerkennung verliehen.

Eine Inspirationsquelle für die Netzwerkarbeit stellen **Vernetzungen** mit ähnlich gelagerten Netzwerken, wie beispielsweise dem Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, sowie mit ExpertInnen des Gesundheitswesens dar. Ein Beispiel für eine erfolgreiche Vernetzung von Mitgliedern des ONGKG mit anderen AkteurInnen des Gesundheitswesens ist die „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen“⁶², die 2007 aus dem „Wiener Informationsnetzwerk zur Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen“ (siehe auch Kap. 4.5.1.4.) hervorging. Die Allianz etablierte sich zu einer aktiven Vernetzungsplattform auf regionaler Ebene, die ihren PartnerInnen – zu denen alle großen Wiener TrägerInnen von Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen zählen – einen systematischen Wissens- und Erfahrungsaustausch zu Gesundheitsförderungsaktivitäten bietet. Die Regionalität erweist sich dabei als förderlich für die Vernetzungstätigkeit, da sie aufgrund der räumlichen Nähe einen einfacheren Zugang schafft. Die gemeinsamen Treffen können sich zudem förderlich auf den Zusammenhalt auswirken⁶³.

Da engere Kooperationen immer auch mit einem Zeit- und Ressourcenaufwand verbunden sind, werden sie vom Vorstand nicht forciert oder den Mitgliedern abverlangt. Relevante AkteurInnen werden beobachtet (z.B. Selbsthilfe-Initiativen) und nach strategischen Aspekten wird ausgelotet, ob und wann es Sinn macht, in die eine oder andere Richtung aktiver zu werden. Angesichts des Spannungsfeldes zwischen Ehrenamt und hauptberuflicher Tätigkeit soll damit vermieden werden, dass Kooperationen von den Mitgliedern nicht als Unterstützung, sondern als zusätzliche Belastung wahrgenommen werden. Das gilt auch für häuserübergreifende Kooperationen, die von den Mitgliedern zwar als sehr befruchtend erlebt werden, sich aber lohnen müssen, da sie mit einem hohen Ressourcenaufwand verbunden sind. Aber auch von der anderen Seite her betrachtet liegt in

⁶² www.allianz-gf-wien.at (Zugriff: 15.09.2016)

⁶³ Als Beispiel lässt sich hier das deutsche Netzwerk anführen, das zu der Zeit, als es zu einer starken Zunahme der Mitgliederzahl kam, regionale Arbeitsgruppen eingerichtet hat. Diese trafen sich regelmäßig mindestens einmal jährlich um den Erfahrungsaustausch zu stärken. Wie aus Interviews mit VertreterInnen des DNGfK hervorgeht, stellten diese Arbeitsgruppen ein wesentliches Standbein des deutschen Netzwerks dar und schafften ein Gefühl der Verbundenheit.

dieser eher zurückhaltenden Vorgehensweise Sinn, da Kooperationsbeziehungen gepflegt werden wollen, wenn eine gemeinsame Vertrauensbasis entstehen soll⁶⁴.

Eine zunehmend kontraproduktive Rolle für die Netzwerkarbeit spielen **ökonomische Überlegungen**, da Gesundheitseinrichtungen nicht nur in Österreich, sondern auch international betrachtet mit Sparmaßnahmen zu kämpfen haben und Gelder für Konferenzteilnahmen oder Schulungen knapper werden. Provan und Milward lieferten in ihrer Studie zur Effektivität medizinischer Versorgungsnetzwerke Belege dafür, dass Ressourcenknappheit sich nachteilig auf die Netzwerkeffektivität auswirkt (vgl. dies. 1995, S. 27; siehe auch Kap. 2.). Die im Zuge der Masterarbeit geführten Interviews ergaben, dass insbesondere dann bei Ressourcenknappheit die Gefahr besteht, dass bei der Gesundheitsförderung gespart wird, wenn es seitens der EntscheidungsträgerInnen von Gesundheitseinrichtungen kein Bekenntnis zu diesem Thema gibt. Erschwerend wirkt sich in dieser Hinsicht das 1997 eingeführte System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) aus, einer den österreichischen Rahmenbedingungen angepassten Variante des DRG-Systems (siehe auch Kap. 3.1.3.). Bei dieser werden die Spitalsleistungen auf Basis von Fallpauschalen vergütet, die sich aus Leistungspunkten für bestimmte Diagnosen und Leistungen zusammensetzen (vgl. Hagenbichler 2010; Hofmarcher 2013). Da Gesundheitsförderungsleistungen nicht von diesem System abgedeckt werden, ist der finanzielle Spielraum dafür eingeschränkt. Diese Problematik wurde in der Erhebung auch von VertreterInnen des deutschen und des schweizerischen Netzwerks thematisiert, die anmerkten, dass Gesundheitseinrichtungen aufgrund dieses Systems verstärkt die Charakteristika von Wirtschaftsunternehmen annehmen müssen und dadurch die Legitimationsgrundlage für Gesundheitsförderung entzogen wird. Zur nachhaltigen Unterstützung von Gesundheitsförderung schlagen Pelikan und Dietscher daher eine Integration von Gesundheitsförderungsleistungen in das LKF-System vor, die etwa nach den von Tønnesen et al. (2007) erarbeiteten Vorschlägen für ein Modell zur systematischen Dokumentation von Gesundheitsförderungsleistungen in Krankenhäusern erfolgen könnte (dies. 2008, S. 125; siehe auch Kap. 3.1.3.).

6.5.2. Internationales Umfeld

Das internationale HPH-Netzwerk hat für das ONGKG eine noch relativ geringe, jedoch tendenziell zunehmende Bedeutung. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, lässt sich seit der Vereinsgründung

⁶⁴ In einem der Interviews erwähnte beispielsweise ein/e KooperationspartnerIn eines der drei Netzwerke, dass er/sie sich vom Netzwerk distanzierte, nachdem seine/ihre Kompetenzen in der Netzwerkarbeit keine Berücksichtigung fanden und dauerhaft übergangen wurden.

eine leicht steigende österreichische Beteiligung an der internationalen HPH-Konferenz verzeichnen (siehe Kap. 6.2.1.3.). Aus der Erhebung geht hervor, dass die Konferenz von den TeilnehmerInnen als Projektionsfläche für die Vitalität des internationalen Netzwerks gesehen wird und als bereichernde Chance, die es im normalen Arbeitalltag sonst nicht gäbe. Sie ermöglicht einen Einblick, wie andere Netzwerke unter anderen Rahmenbedingungen agieren, sowie in internationale Trends und Benchmarks. Man kann sich austauschen, vergleichen und Anregungen holen, die dann ins eigene Netzwerk eingebracht werden. Da die Verbreitung der aufgenommenen Informationen jedoch nur eingeschränkt möglich ist, weil nicht alle Netzwerkmitglieder gleichermaßen erreichbar sind und nur eine Selektion der Informationen weitergegeben werden kann, wird vom Vorstand und vom WHO-CC-HPH eine Erhöhung der österreichischen Beteiligung angestrebt.

Die verschiedenen Task Forces⁶⁵ bieten durch die thematische Fokussierung – ähnlich wie bei den Sektionen – einen Ankerpunkt, der einen leichteren Einstieg auf internationaler Ebene ermöglicht. Aber auch hier ist die österreichische Beteiligung noch ausbaufähig. Bereits seit einigen Jahren sind Mitglieder des ONGKG in zwei der Task Forces vertreten: Die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am AKH Wien ist Mitglied der „HPH Task Force on Health Promotion with Children & Adolescents“ und die während der Erhebung amtierende Präsidentin ist Mitglied der Task Force „HPH and Age-Friendly Health Care“. Dort gewonnene Erkenntnisse, die ihres Erachtens interessant und anschlussfähig für den österreichischen Kontext waren, konnte sie im Zuge ihrer Vorstandstätigkeit gewinnbringend ins ONGKG einbringen.

Als Gründe für die zurückhaltende Teilnahme am internationalen Geschehen wurden in erster Linie der zeitliche und finanzielle Aufwand genannt, der mit einer Konferenzteilnahme oder der Beteiligung an einer der internationalen Task Forces verbunden ist. Beides sind Angebote im Sinne einer „Opportunity Structure“, für die genug Eigenressourcen benötigt werden, um sie wahrnehmen zu können. In Zeiten von Sparmaßnahmen wird es für die MitgliedervertreterInnen jedoch immer schwieriger, die notwendigen Mittel für diesen Zweck zu lukrieren. Weiters wurde darauf verwiesen, dass für manche die Sprache eine Hürde darstellt, da im internationalen Kontext üblicherweise auf Englisch kommuniziert wird. Einige Mitglieder sehen zudem die Relevanz einer internationalen Beteiligung und Vernetzung für sich nicht gegeben. Demgegenüber steht, dass aus der Erhebung auch hervorgeht, dass gerade die gute internationale Anbindung des ONGKG als Vorteil gesehen wird, da sie ein Lernen über den eigenen Erfahrungshorizont hinaus ermöglicht.

Durch Maßnahmen wie das ONGKG-Preisausschreiben (siehe Kap. 6.3.2.) sowie Berichte zum internationalen Geschehen oder der Setzung von Links in den Rundbriefen und auf der Website wird

⁶⁵ www.hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=95 (Zugriff: 17.09.2016)

versucht, das Interesse und die Beteiligung am internationalen HPH-Netzwerk und an den Task Forces zu steigern. Eine weitere Gelegenheit, relativ einfach Kontakt mit dem internationalen Netzwerk zu haben, ohne dafür ins Ausland reisen zu müssen, bietet sich, wenn die Konferenz im eigenen Land ausgerichtet wird. Das österreichische Netzwerk hat hier bereits zweimal die Gastgeberschaft übernommen, 1997 und 2007 jeweils in Wien. Mittlerweile steht fest, dass die internationale HPH-Konferenz 2017 ebenfalls in Wien stattfinden wird.

Wie die obigen Ausführungen zeigen, stellt die Vernetzung des ONGKG mit seinen relevanten Umwelten einen wichtigen Faktor dar, um den eigenen Wissenstand und Erfahrungshorizont auch über Ländergrenzen hinweg zu erweitern und so Anregungen und Ideen für die Netzwerkarbeit zu erhalten. Denn *„(d)er blinde Fleck des Entscheidens besteht darin, dass immer nur das entschieden wird, was im Horizont möglicher Alternativen liegt“* (Nassehi 2002: 465). Die Orientierung nach außen eröffnet somit Entscheidungsalternativen, die sonst nicht im Blickfeld gewesen wären.

Über einen bestimmten Zeitraum hinweg fanden auch regelmäßig gemeinsame Konferenzen des österreichischen, des deutschen und des schweizerischen Netzwerks statt. Die erste – 2001 in Wien – wurde aus der Not heraus geboren, das dafür angemietete Rathaus zu füllen. So wurde den VertreterInnen des deutschen und des schweizerischen Netzwerks angeboten, sich an der Konferenz zu beteiligen. Daraus entstand die Idee, alle vier Jahre eine gemeinsame Netzwerk-Konferenz zu organisieren, die dem gemeinsamen Austausch und dem Voneinander-Lernen dienen sollte. Infolgedessen wurde im Jahr 2005 eine gemeinsame Konferenz in Deutschland (Berlin) und 2009 in der Schweiz (Zug) veranstaltet. Die nächste transnationale Konferenz hätte dem Vierjahres-Rhythmus entsprechend 2013 in Österreich (Klagenfurt) stattfinden sollen. Da sich jedoch das schweizerische Netzwerk in der Zwischenzeit aufgelöst hatte und das deutsche Netzwerk sich während dieser Zeit in einer kritischen Phase befand, wurde dieses Vorhaben nicht mehr umgesetzt.

Darüber hinaus kam es zu keiner verstärkten bilateralen oder trilateralen Zusammenarbeit der drei Netzwerke. Begegnungen fanden bestenfalls bei den verschiedenen HPH-Konferenzen auf transnationaler, internationaler oder auch nationaler Ebene statt oder bei den Generalversammlungen des internationalen HPH-Netzwerks. Davon abgesehen kam es hauptsächlich zwischen KoordinatorInnen zum Erfahrungsaustausch. Auf Ebene des Vorstands oder der Mitglieder gab bzw. gibt es nur wenig länderübergreifenden Austausch. Insofern stellten die Schwierigkeiten des deutschen und des schweizerischen Netzwerks und letztlich dessen Auflösung keine Bedrohung für die Stabilität des ONGKG dar. Auch sonst ließen sich diesbezüglich keinerlei Auswirkungen feststellen, abgesehen von den transnationalen Konferenzen, die nun in dieser Form nicht mehr stattfinden können. Dafür spricht auch, dass nur wenige InterviewpartnerInnen über den Entwicklungsstand der jeweils anderen Netzwerke informiert waren und sich dementsprechend

überrascht und betroffen darüber zeigten. Eine aktive Vernetzung der drei Länder besteht nach wie vor bei den Rauchfreien Gesundheitseinrichtungen, wobei hier die Fäden auf internationaler Ebene, beim ENSH-Global, zusammenlaufen.

7. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichen Ergebnisse dieser Arbeit im Rekurs auf die in Kapitel zwei erörterten soziologischen Konzepte zur Netzwerkeffektivität rekapituliert.

7.1. Gründungskontext und Entwicklung

Die Gründung des österreichischen Netzwerks erfolgte eingebettet in den Kontext der Entwicklung des internationalen HPH-Netzwerks. Eine in dieser Phase initiierende und in weiterer Folge auch wichtige unterstützende Rolle nahm das Bundesgesundheitsressort ein. Durch diese politische Rückendeckung von höchster Stelle waren somit optimale Ausgangsvoraussetzungen für den Beginn und die Entwicklung des österreichischen Netzwerks gegeben.

Im weiteren Verlauf stellte die Vereinsgründung eine Zäsur dar. Bereits im Vorfeld wurden, vor allem seitens des WHO-CC-HPH, Überlegungen zur weiteren Entwicklung des Netzwerks angestrengt. Nachdem das Bundesgesundheitsressort einen weitgehenden Rückzug aus der Finanzierung angekündigt hatte, stellte schließlich die Formalisierung der Netzwerkstrukturen in Form eines Vereins eine gangbare Möglichkeit dar, das Netzwerk auf eine nächste Entwicklungsstufe zu heben und weiter zu erhalten.

Die Vereinsgründung brachte auf Programmebene mehr Verpflichtungen und Verbindlichkeit (Mitgliedsgebühren, Rechte und Pflichten) und auf Ebene der Kommunikationswege, durch die partizipative Aufteilung der Aufgaben und Funktionen, mehr Verantwortung für die Mitglieder mit sich. In den Statuten wurden Formen der Mitgliedschaft definiert – die nun neben Krankenhäusern auch anderen Arten von Gesundheitseinrichtungen und auch natürlichen Personen offen steht – und daran geknüpfte Kriterien. Des Weiteren wurde die Möglichkeit geschaffen Sektionen zu gründen, mit denen die fokussierte Bearbeitung spezifischer Aspekte von Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen möglich ist.

Gesamt betrachtet ist die Entwicklung des ONGKG im internationalen Vergleich positiv zu bewerten. Es hatte bislang keine schweren Krisen zu bewältigen oder konnte durch präventive Vorgehensweise größere Krisen vermeiden und ist gemessen an der Mitgliederzahl seit seinem Bestehen kontinuierlich gewachsen. Bezogen auf eine Studie zur Entwicklung von

Interorganisationsnetzwerken stellten Human und Provan (2000) fest, dass die Nachhaltigkeit von Netzwerken weitgehend davon abhängig ist, ob sie bereits in frühen Phasen ihrer Entwicklung interne sowie externe Legitimität und Unterstützung erfahren. Netzwerke, die nicht aus bereits vorangegangenen Beziehungen entstanden sind, laufen demzufolge eher Gefahr zu scheitern (vgl. ebd. S. 359f). In dieser Hinsicht profitiert das ONGKG enorm von den Beziehungen, die sich im Gründungskontext von HPH entwickelten und aus denen heraus es entstanden ist. Aus diesem Gründungskontext ergibt sich letztlich auch die Unterstützung des Bundesgesundheitsressorts, die ein wichtiger Faktor für die produktive Effektivität des Netzwerks ist. Mit seinem klaren Bekenntnis zur Gesundheitsförderung bereitet es den Nährboden dafür, dass Netzwerke in der Lage sind, erfolgreiche Veränderungen in diese Richtung zu erzielen.

7.2. Kommunikationswege

Die Verteilung der Kompetenzen ist im ONGKG klar geregelt und stößt bei den verschiedenen involvierten AkteurInnen auf breite Akzeptanz. Das Netzwerk verfügt über etablierte Kommunikationswege und -technologien, die über verschiedene Kanäle laufen. Der Kontakt zwischen den Mitgliedern findet zwar nur punktuell statt, jedoch unter der Prämisse sich gegenseitig zu unterstützen und auszutauschen. Unterstützend wirken in diesem Sinne die jährlich stattfindenden ONGKG-Workshops und -Konferenzen sowie die Bereitstellung von Daten zu themenspezifischen Kontakten.

Seit der Vereinsgründung werden Entscheidungen kollegial getroffen. Themen werden zunächst von den Vorstandsmitgliedern gemeinsam mit dem WHO-CC-HPH vorbereitet, dann wird in den Vorstandssitzungen und der Generalversammlung darüber diskutiert und Entscheidungen werden gemeinsam gefällt. Dieser Prozess der kollegialen Willensbildung ist zwar mit einem erhöhten Zeitaufwand verbunden, hat sich jedoch bewährt und zu mehr Partizipation der Mitglieder am Netzwerkgeschehen geführt. Sowohl die Aufstellung des Vorstands als auch die Einführung der Generalversammlung führten dazu, dass sich Mitglieder vermehrt aktiv im Netzwerk einbringen und engagieren. Die Atmosphäre im Netzwerk wird im Allgemeinen als vertrauensvoll beschrieben und zeichnet sich durch gegenseitige Akzeptanz und Anerkennung der zugewiesenen Kompetenzen innerhalb des Vorstands und der Generalversammlung aus.

Die **Generalversammlung** wird vom Vorstand als integrierendes Element für das Netzwerk erachtet und in diesem Sinne dazu genutzt, die MitgliedervertreterInnen zu aktivieren und in die Netzwerkgestaltung einzubinden. Sie findet einmal im Jahr statt, was über das gesetzlich geforderte Mindestmaß hinausgeht (das laut Vereinsgesetz mindestens alle vier Jahre beträgt), und zeichnet

sich durch eine hohe Beteiligung der MitgliedervertreterInnen aus. Bei der strukturierten Vorbereitung der Generalversammlung wird berücksichtigt, dass vor allem jene Themen besprochen und solche Entscheidungen getroffen werden, die für das gesamte Netzwerk relevant sind. Die Diskussion wird vom Vorstand und der wissenschaftlichen Begleitung genutzt, um die individuellen Problemlagen und Interessen der Mitglieder zu erfassen, aber auch um sich ein Bild von der aktuellen Stimmungslage im Netzwerk zu machen, damit frühzeitig auf mögliche Probleme reagiert werden kann. Mit dieser bewussten Nutzung der Generalversammlung kann das Risiko minimiert werden, dass Mitglieder ihre Interessen im Netzwerk nicht mehr gewahrt sehen und aufgrund dessen austreten. Somit ist sie ein entscheidender Faktor, um die Lebensfähigkeit des Netzwerks zu erhalten. Auch die auf Partizipation ausgerichtete Entscheidungsstruktur hat sich für das Netzwerk bewährt. Dieses Ergebnis wird von Dietscher (2013) bestätigt, die betont, dass die Einbeziehung der Mitglieder in Entscheidungen ein wichtiger unterstützender Faktor für die reproduktive und produktive Effektivität von HPH-Netzwerken ist.

Wie bereits die Häufigkeit der Generalversammlung, ist auch der **Vorstand** des ONGKG wesentlich breiter aufgestellt als gesetzlich vorgeschrieben. Die Funktionsdauer des Vorstands ist auf drei Jahre ausgelegt, wodurch es möglich ist größere Themen in Angriff zu nehmen und längerfristig zu denken. Wie aufgezeigt werden konnte, geht die Übernahme dieses Ehrenamts mit einem erhöhten Engagement für das Netzwerk einher, das durch das Vereinsgesetz rechtliche Verbindlichkeit erhält. Trotz der strukturellen Hürden, die sich aus der zeitlichen Einschränkung aufgrund des mit dem Hauptberuf zu vereinbarenden Ehrenamts sowie der räumlichen Distanz ergeben, haben sich im Vorstand relativ stabile Kommunikationswege herausgebildet, die notwendig für die Anschlussfähigkeit von Entscheidungen und somit für die reproduktive Netzwerkeffektivität sind. Neben den jährlichen Vorstandssitzungen wurden regelmäßig stattfindende Telefonkonferenzen eingeführt, die durch strukturierte Vorbereitung und Moderation einen effizienten, sachbezogenen Austausch zwischen den Vorstandsmitgliedern ermöglichen. Um den organisatorischen Ablauf zu vereinfachen und zusätzliche Optionen für Entscheidungskommunikation zu öffnen, werden neue Kommunikationstechnologien ausgelotet, wie z.B. virtuelle Vorstandsm Meetings. Während die Vorzüge der Telefonkonferenz in der schnelleren und zielgerichteten Kommunikation liegen, aber auch darin, dass sie Partizipation und Mitbestimmung erleichtert, kommt bei den Vorstandssitzungen der Faktor des „soft networking“ hinzu. Dieser liefert einen wichtigen Beitrag für die Entwicklung und Festigung sozialer Bindungen sowie für die Herausbildung einer gemeinsamen Netzwerkkultur, in der sich der Vorstand als Arbeitseinheit begreift.

Zum Zweck der strategischen Beratung des Vorstands wurde ein **wissenschaftlicher Beirat** eingerichtet, der sich aus hochrangigen VertreterInnen verschiedener Disziplinen zusammensetzt und damit eine interdisziplinäre Außenperspektive einbringt. Damit beweist das Netzwerk Offenheit für Anregungen von außen und die Bereitschaft sich weiterzuentwickeln, die wiederum förderlich auf die reproduktive Effektivität wirkt.

Die **wissenschaftliche Begleitung** durch das WHO-CC-HPH stellt für das ONGKG von Beginn an eine professionelle Konstante dar und zeichnet sich durch Kontinuität, langjährige Netzwerkerfahrung sowie fachliche Expertise auf dem Gebiet des Gesundheitsfördernden Krankenhauses aus. Als ergänzende hauptamtliche Struktur bildet es den organisationalen Kern des Netzwerks und erfüllt eine entlastende Funktion für die ehrenamtlichen Entscheidungsstrukturen des Vereins. Mit seinem umfassenden Aufgabengebiet für das ONGKG und seinen Tätigkeiten für das internationale HPH-Netzwerk stellt es außerdem einen wichtigen Netzwerkknoten dar.

An der Schnittstelle zum Gesundheitsressort kann es frühzeitig Signale des Ministeriums wahrnehmen, die für das Netzwerk von Belang sein können und ist in der Lage, relevante Inhalte zwischen beiden Seiten zu vermitteln. Mit der von Beginn an erfolgten umfassenden Dokumentation und Evaluation der Netzwerktätigkeiten liefert das WHO-CC-HPH dem Bundesgesundheitsressort zudem eine wichtige Legitimationsgrundlage für die dauerhafte Unterstützung des ONGKG.

An der Schnittstelle zum internationalen HPH-Netzwerk ist das WHO-CC-HPH in der Lage, den Wissenstransfer zwischen diesem und dem ONGKG zu fördern. Auf diese Weise ist trotz der noch relativ geringen österreichischen Beteiligung am internationalen Netzwerkgeschehen eine internationale Anbindung gegeben.

Ebenso wie bei der Studie von Provan und Milward (1995) wird deutlich, dass die allgemeine Effektivität des Netzwerks entscheidend davon profitiert, dass das WHO-CC-HPH als Broker auftritt und „structural holes“ überbrückt. Indem es zwischen dem ONGKG und relevanten Dritten vermittelt, können Ressourcen erschlossen und neue Möglichkeiten geschaffen werden. Als zentrale Koordinationsstelle knüpft es Verbindungen zwischen den Mitgliedern und entlastet diese von Administrations- und Koordinationsaufgaben. Dadurch ist dem Netzwerk ein effizienteres Operieren möglich.

Aufgrund der fachlichen und sozialen Kompetenzen wird der Koordinationsstelle von den Netzwerkmitgliedern und KooperationspartnerInnen ein hohes Maß an Vertrauen entgegengebracht, das durch die Kontinuität der Arbeitsbeziehung und die gute internationale Vernetzung des WHO-CC-HPH verstärkt wird. Mit Luhmann lässt sich das folgendermaßen umschreiben: *„Einer vertraut dem anderen vorläufig, dass er unübersichtliche Lagen erfolgreich meistern wird, also Komplexität*

reduziert, und der andere hat aufgrund solchen Vertrauens größere Chancen, tatsächlich erfolgreich zu sein“ (Luhmann 2014, S. 31).

7.3. Programme

Seine Ziel- und Werteorientierung leitet das österreichische Netzwerk aus dem international entwickelten Konzept zum Gesundheitsfördernden Krankenhaus ab und baut in seiner Programmierung auf den internationalen Rahmenvereinbarungen auf. Bereits in seinen Anfängen, als das Netzwerk noch lose formiert war, gab es an diese Vereinbarungen angelehnte verbindliche Regelungen, um als Partnerkrankenhaus anerkannt zu werden. Mit der Durchführung von verpflichtenden Gesundheitsförderungsprojekten mussten sich die Krankenhäuser willens zeigen, Veränderungen in Richtung Gesundheitsförderung auch tatsächlich vorzunehmen. Auch eine aktive Beteiligung am Netzwerkgeschehen wurde verlangt.

Mit der Vereinsgründung und der damit verbundenen Formalisierung des Netzwerks wurden die Anforderungen und auch die Verbindlichkeit für die Mitglieder sukzessiv erhöht. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die Verbindlichkeit vom Vorstand und von den MitgliedervertreterInnen als Qualitätsmerkmal begriffen wird, da die Einrichtungen, die diese Verbindlichkeit eingehen, damit ihren Willen unter Beweis stellen müssen, die eigene Identität in Richtung Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln. Dieser Anspruch, der an die Mitglieder gestellt und konsequent eingefordert wird, wirkt sich förderlich auf die Reproduktion und Lebensfähigkeit des Netzwerks aus. Dagegen führen geringe Anforderungen oder solche, die zwar aufgestellt, aber leicht umgangen werden können, nicht nur das Netzwerkziel ad absurdum, sondern untergraben auch den Stellenwert eines Netzwerks. Damit geht nicht nur der Sinn einer Mitgliedschaft verloren, sondern auch die Legitimationsgrundlage für Förderwürdigkeit. Weiters ist es unter solchen Bedingungen eher unwahrscheinlich, dass man sich erfolgreich als ernstzunehmender Kooperationspartner ins Treffen führen kann.

Der in den Vereinsstatuten festgeschriebene **Zweck** des ONGKG ist entsprechend dem von HPH propagierten „umbrella concept“ recht offen formuliert, sodass sich unterschiedliche Interessen unter dem Dach des Netzwerks vereinen können. Diese Offenheit kann sich aber auch problematisch auf die Positionierung des Netzwerks nach außen auswirken und zu Irritation führen (insbesondere bei InteressentInnen und EinsteigerInnen), da sich daraus keine eindeutig abgegrenzte Definition der Mittel zur Zweckerreichung ableiten lässt. Wie sich zeigte, ist es möglich durch individuelle Beratung, die die spezifischen Schwerpunkte und Problemlagen der jeweiligen Einrichtung berücksichtigt, eine infolge der Irritation ausgelöste Verunsicherung in Sicherheit oder aber Zuversicht zu transformieren.

Unter diesen Voraussetzungen kann ein Lernprozess in Gang gesetzt werden, der in weiterer Folge zu organisationalem Lernen führt, das letztlich darin mündet, dass Gesundheitsförderung in die Entscheidungsprämissen der betreffenden Organisation eingebaut wird.

Als eigenständige Rechtspersönlichkeit ist es dem Verein ONGKG nun möglich, Aufnahmegebühren und Mitgliedsbeiträge einzuheben, wodurch ein wichtiger Beitrag zu mehr finanzieller Autonomie geleistet wurde. Mit den **Mitgliedschaftskriterien** werden außerdem Anforderungen an die Mitglieder des ONGKG gestellt, die, wie oben beschrieben, auf Exklusivität abzielen und dem Netzwerk dazu dienen, ein hohes Qualitätsniveau zu erzielen und zu halten.

Für die Anerkennung ist es erforderlich Gesundheitsförderungsmaßnahmen umzusetzen und mit Kurzberichten zu dokumentieren, die einem Peer-Review-Verfahren unterzogen werden. Die anerkannten Maßnahmen werden mit weiterführenden Informationen in einer Datenbank gespeichert und den Mitgliedern zugänglich gemacht. Weiters wird von den Mitgliedern in regelmäßigen Abständen eine Selbstbewertung nach den fünf Standards der Gesundheitsförderung sowie nach den ENSH-Standards eingefordert. Mit diesen etablierten Instrumenten können die Einrichtungen eine Bewertung der Qualität der umgesetzten Gesundheitsförderungsmaßnahmen vornehmen und dadurch Verbesserungspotentiale feststellen. Die Standardisierung der Instrumente erlaubt auch Vergleiche zwischen den Mitgliedern sowie eine Bewertung der Entwicklung auf Netzwerkebene. Dass die zur Verfügung gestellten Instrumente nach wissenschaftlichen Kriterien ausgearbeitet und international anerkannt sind, stößt bei den Mitgliedern auf hohe Resonanz, ebenso die Möglichkeit der Selbstreflexion, die sie gewähren, die das organisationale Lernen fördert und eine Implementierung von Gesundheitsförderung in ihre Organisationen unterstützt. Die formalisierte Dokumentation der Netzwerkaktivitäten wird auch vom Bundesgesundheitsressort in seiner Funktion als Fördergeber geschätzt, da damit eine Bewertung des Netzwerkfortschritts ermöglicht und eine Grundlage für die weitere Unterstützung geboten wird.

Sehen sich Mitglieder nicht in der Lage, die mit einer ordentlichen Mitgliedschaft verbundenen Anforderungen zu erfüllen, besteht eine in den Statuten festgelegte Möglichkeit der Umstufung des Mitgliedschaftsstatus. Damit ist es möglich, das hohe Niveau der Anforderungen an die ordentlichen Mitglieder aufrechtzuerhalten und gleichzeitig jenen, die es nicht mehr erfüllen können, einen Weg zu eröffnen, dennoch Teil des Netzwerks zu bleiben. Einer Schrumpfung des Netzwerks wird somit vorgebeugt.

Offiziell gewürdigt werden die Anstrengungen der Mitgliedseinrichtungen mit einer Anerkennungsurkunde. Die Überreichung findet im Rahmen der Jahreskonferenz statt und wird im Beisein hochrangiger VertreterInnen des Netzwerks und der Gesundheitspolitik als besonderes Ereignis inszeniert.

Die **ONGKG-Konferenz** findet mit einem Aufgebot an führenden VertreterInnen aus Politik und Gesundheitswesen statt und ist mit Medienpräsenz verbunden. Sie bietet sowohl den Mitgliedseinrichtungen – insbesondere dem Gastgeberhaus – als auch dem Netzwerk als Ganzes eine Plattform, um sich öffentlich zu präsentieren. Neben dieser Möglichkeit der Positionierung und den gebotenen fachlichen Inputs erfüllt die Konferenz eine wichtige soziale Funktion. Die Gelegenheit des direkten Austauschs wirkt sich im Netzwerk förderlich für die Entwicklung vertrauensvoller Beziehungen aus, die über die räumliche Distanz hinweg dauerhaft aufrechterhalten werden können. Wie ein Vergleich mit dem schweizerischen und dem deutschen Netzwerk zeigt, ist es eine nicht selbstverständliche Leistung des Netzwerks, dass es seit seinem Bestehen in der Lage ist, jährlich eine gut besuchte Konferenz mit namhaften RednerInnen und Gästen zu organisieren.

Während die inhaltliche Umsetzung der Konferenz von einem überwiegend netzwerkintern zusammengesetzten Programmkomitee erfolgt, wird die organisatorische Abwicklung an eine externe Organisation delegiert, wodurch vom Netzwerk letztlich Ressourcen gespart werden können.

Mit der Vereinsgründung verschaffte sich das Netzwerk die Möglichkeit, **Sektionen** zur Bearbeitung spezifischer Aspekte von Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen zu errichten. Mit ihrer Begrenzung auf ein abgestecktes Themenfeld und konkreten Umsetzungskonzepten ermöglichen die Sektionen einen fokussierten Einstieg in eine umfassendere Auseinandersetzung mit dem Konzept des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. Als attraktives Angebot für Gesundheitseinrichtungen sind sie in der Lage, die Implementierung von Gesundheitsförderung in Organisationen zu steigern, indem sie den Kreis der potentiellen Netzwerkmitglieder erweitern. Damit tragen sie zum Wachstum und zu einer erhöhten Beteiligung am Netzwerkgeschehen bei, was sich als förderlich für die Reproduktion erweist.

Für die Sektionen spricht außerdem, dass mit ihnen gesundheitspolitisch wichtige Themenbereiche an das Netzwerk gebunden werden können. Durch die Vereinigung unter dem Dach des ONGKG wird einer weiteren Zersplitterung der Gesundheitsförderungslandschaft entgegengewirkt und Synergien können sinnvoll genutzt werden. Weiters wird dadurch Konflikten vorgebeugt, die durch ein konkurrierendes Nebeneinander entstehen können. Gerade bei Themen, die dauerhaft von gesundheitspolitischem Interesse sind (wie beim Rauchen und Stillen der Fall) kann durch die Anbindung ans Netzwerk auch die damit verbundene Unterstützung von politischer Seite eingefahren und die produktive Effektivität des Netzwerks damit gefördert werden.

7.4. Personen

Die **Generalversammlung** setzt sich aus den VertreterInnen der Mitgliedseinrichtungen zusammen, die unterschiedlichen Professionen und Hierarchieebenen angehören. Wie sich herausstellte, hat die hierarchische Position der MitgliedervertreterInnen in ihrer Heimatorganisation direkten Einfluss darauf, in welchem Ausmaß es gelingt, gesundheitsfördernde Strukturen und Prozesse im jeweiligen organisationalen Setting zu implementieren. Personen in leitenden Positionen können Entscheidungen oft im Alleingang fällen, verfügen über einen größeren Wirkungskreis und mehr Möglichkeiten zur Durchsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in ihrer Einrichtung, als jene in hierarchisch niedrigeren Positionen.

Darüber hinaus wirkt sich die hierarchische Position auf die gemeinsame Willensbildung in der Generalversammlung aus, da je nach Einfluss und Position in der Mitgliedsorganisation Entscheidungen nicht ad hoc, sondern erst nach Rücksprache mit den zuständigen Stellen in der Heimatorganisation getroffen werden können. Dieser Faktor kommt bei der reproduktiven Effektivität insofern zum Tragen, als er die Entscheidungsfähigkeit des Netzwerks und folglich die Umsetzung von Beschlüssen bremsen kann. Demgegenüber wurde dem professionellen Hintergrund der Mitglieder kaum ein Einfluss auf die Netzwerkaktivität beigemessen.

Aus der Erhebung geht hervor, dass sich die MitgliedervertreterInnen in der Regel in einem hohen Ausmaß mit den Netzwerkzielen identifizieren, wodurch grundsätzlich eine innere Motivation zur Beteiligung gegeben ist. Ihr Engagement hängt jedoch wesentlich vom Rückhalt in der Heimatorganisation und der durch die hauptamtliche Tätigkeit gegebenen Arbeitslast ab. Ist der organisationale Rückhalt nicht gegeben, kann sich das Engagement zu einem „Einzelkämpfertum“ wandeln, das nicht nur an der Motivation zehrt, sondern auch die Durchsetzung von Gesundheitsmaßnahmen erschwert. Wie sich zeigte, kommt in solchen Fällen sozialen Netzwerkeignissen, wie z.B. den ONGKG-Konferenzen, eine besondere Bedeutung zu, da sie die Möglichkeit bieten, sich mit anderen MitgliedervertreterInnen über die Probleme auszutauschen und moralische Unterstützung zu holen. Eine offene Frage, die sich in Zusammenhang mit dem „Einzelkämpfertum“ stellt, ist die der Nachfolge bei einem Ausscheiden aus der Organisation.

Gemessen an der Zugehörigkeitsdauer zum Netzwerk ist die Gruppe der MitgliedervertreterInnen relativ konstant, Wechsel finden kaum statt. Die Vertrauensbildung und der Beziehungsaufbau im Netzwerk werden dadurch begünstigt.

Der **Vorstand** ist nach strategischen Gesichtspunkten breit aufgestellt, wodurch sich mehr Einrichtungen aktiv an der Netzwerkarbeit beteiligen und die unterschiedlichen Interessen besser abgedeckt werden. Er setzt sich zu einem großen Teil aus Personen zusammen, die bereits langjährig

eine Funktion im ONGKG-Vorstand innehaben. Die Nachfolge für ausscheidende Vorstandsmitglieder wird bereits im Vorfeld vom WHO-CC-HPH ermittelt und aufgebaut, sodass keine Lücken entstehen und die Übergangsphasen keine allzu drastischen Einschnitte darstellen. Dennoch kann der Wechsel eines Vorstandsmitglieds einen Einschnitt bedeuten, da bei der Netzwerkarbeit die jeweils individuellen Merkmale der Person zum Ausdruck kommen. Insofern macht es einen Unterschied, von wem eine Vorstandsposition besetzt wird. So setzte etwa die zum Zeitpunkt der Erhebung amtierende Präsidentin bewusst Impulse, um die MitgliedervertreterInnen zu aktivieren. Aber auch die Kontakte der Vorstandsmitglieder zu relevanten Dritten kommen zum Tragen. Diese sind in unterschiedlichen Bereichen vorhanden, sodass die Vorstandsmitglieder für das ONGKG Beziehungen zu wichtigen Gremien knüpfen können, indem sie die Rolle des Brokers relevanter Inhalte zwischen dem ONGKG und ihren Kontakten einnehmen.

Das **Koordinationssteam** zeichnet sich ebenfalls durch eine hohe Beständigkeit auf der Personenebene aus, die sich insgesamt stabilisierend auf das Netzwerk auswirkt. Die Nachfolge von MitarbeiterInnen wurde bisher mit internen Versetzungen innerhalb der Trägerorganisation geregelt, sodass Personen nachfolgten, die in der Regel bereits mit dem Netzwerk und den Hintergründen zum Gesundheitsfördernden Krankenhaus vertraut waren. Auf diese Weise kann die Kontinuität der Netzwerkbegleitung weitestgehend aufrechterhalten werden.

Eine besondere Rolle nimmt der Direktor des Koordinationssteams ein, da er die Entwicklung der HPH-Bewegung auf internationaler Ebene und in Österreich entscheidend mitgeprägt hat. Aufgrund seiner weitreichenden Expertise ist er in diversen ExpertInnen-Gremien im In- und Ausland vertreten, wovon letztlich auch das Netzwerk profitiert. Als Mitglied einer Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung der Rahmen-Gesundheitsziele ist er an der Schnittstelle zwischen ONGKG und Bundesgesundheitsressort positioniert und dadurch in der Lage, relevante Inhalte zwischen beiden Seiten zu vermitteln.

Die MitarbeiterInnen sind durch ihren Aufgabenbereich, der auch Tätigkeiten für das internationale Netzwerk umfasst, auf nationaler und internationaler Ebene im Netzwerk sehr präsent. Dass sie in der Regel auch an den verschiedenen Programmpunkten teilnehmen, wie Konferenzen, Workshops, etc., begünstigt die Vertrauensbildung und den Aufbau einer sozialen Bindung zwischen ihnen und den MitgliedervertreterInnen sowie anderweitig ins Netzwerk involvierten Personen. Der operativen Koordinatorin kommt hier eine besondere Bedeutung zu, da sie an der Schnittstelle zwischen MitgliedervertreterInnen, Vorstand, Sektionen, KooperationspartnerInnen und internationalem Netzwerk maßgeblich an der Beziehungspflege und Herstellung von Erwartungssicherheit beteiligt ist.

Die inhaltliche Expertise und die gute Erreichbarkeit des Koordinationssteams sind ebenfalls Faktoren, die das Vertrauen im Netzwerk befördern und dadurch zuträglich für die reproduktive Effektivität

sind. Nachdem die Arbeit des Koordinationsteams aufgrund seines fachlichen Hintergrunds mit einem wissenschaftlichem Anspruch verbunden ist, werden die Tätigkeiten und Ergebnisse des Netzwerks genau dokumentiert und evaluiert, sodass Transparenz und Nachvollziehbarkeit – vor allem gegenüber FördergeberInnen – erzeugt werden.

7.5. Relevante Umwelten

Gesundheitsförderung und Prävention sind Themen, die bereits ab Ende der 1980-er Jahre von der österreichischen Gesundheitspolitik aufgegriffen wurden und seither vorangetrieben werden. Da der Zweck des österreichischen Netzwerks auch im allgemeinen gesundheitspolitischen Interesse liegt, wird es bereits seit seinem Bestehen vom **Bundesgesundheitsressort** finanziell sowie ideell unterstützt und in die Bearbeitung seiner Schwerpunktthemen miteinbezogen. Diese Förderung von höchster Stelle leistet einen wichtigen Beitrag für den Erhalt des Netzwerks, begünstigt die Netzwerkarbeit und sendet zudem ein starkes Signal nach außen, das dem Image des ONGKG zugute kommt. Wie ein Vergleich mit den anderen untersuchten Netzwerken zeigte, kann sich fehlender politischer Rückhalt mit der Zeit destabilisierend auf ein Netzwerk auswirken und seine Effektivität einbremsen. Die unterstützende und fördernde Rolle des Bundesgesundheitsressorts konnte bislang trotz wechselnder AmtsinhaberInnen und Parteien über die Jahre hinweg aufrechterhalten werden. Nicht zuletzt, weil das ONGKG mit der Vereinsgründung einen Schritt in die Eigenständigkeit ging und sich als stabiler und professioneller Partner erwies. Dennoch gilt zu berücksichtigen, dass mit einer zu großen politischen Abhängigkeit das Risiko verbunden ist, dass es bei Veränderungen der politischen Rahmenbedingungen zu Einschnitten in der Netzwerkarbeit kommen kann, wenn die Unterstützung eingeschränkt werden oder ganz wegfallen sollte (vgl. Dietscher 2011, S. 249).

Weitere relevante Netzwerkwelten, die in der Lage sind, einen wichtigen Beitrag für die Verbreitung und Umsetzung von Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen zu leisten, sind **AkteurInnen und Institutionen aus Politik und Gesundheitswesen** (z.B. Berufsgruppenverbände, GesundheitslandesrätInnen, Sozialversicherungsträger). Über den Ehrenschatz der Konferenz ist es dem Netzwerk im Laufe der Jahre gelungen, eine breite Unterstützungsstruktur in diesem Bereich aufzubauen, die einen wichtigen Faktor für die produktive Effektivität darstellt.

Als bereichernde Inspirationsquelle für die Netzwerkarbeit werden Vernetzungen mit **ähnlich gelagerten Netzwerken** genutzt. Regionale Vernetzungen, im Raum Wien beispielsweise die „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen“, gelten als besonders fruchtbar, da die Hürde der räumlichen Distanz

wegfällt und Synergien genutzt werden können, die sich aus dem spezifischen regionalen Kontext ergeben.

Der Vorstand ist sich allerdings bewusst, dass engere Kooperationen mit einem Zeit- und Ressourcenaufwand einhergehen. Damit sie sich entwickeln und für beide Seiten fruchtbar sein können, müssen Kooperationsbeziehungen gepflegt werden. Um zu vermeiden, dass sie von den Mitgliedern als zusätzliche Belastung wahrgenommen werden, wird daher nach strategischen Kriterien genau abgewogen, ob und wann es Sinn macht, eine Verbindung einzugehen.

Einen zunehmend negativen Einfluss auf die Netzwerkeffektivität haben **ökonomische Aspekte**. Für Gesundheitseinrichtungen, die von Sparmaßnahmen betroffen sind, ist es schwierig, die notwendigen Ressourcen für Gesundheitsförderung freizusetzen. Die im Zuge der Ökonomisierung des Krankenhaussektors eingeführte Krankenhausvergütung auf Basis von Fallpauschalen kommt erschwerend hinzu, da Gesundheitsförderungsleistungen nicht von diesem System erfasst werden.

Die gute Anbindung des ONGKG an das **internationale HPH-Netzwerk**, die überwiegend durch das WHO-CC-HPH gegeben ist, wird seitens der Mitglieder insgesamt als Vorteil begriffen, da sie neue Lernmöglichkeiten eröffnet und den Erfahrungshorizont erweitert. Dennoch ist die Beteiligung der Netzwerkmitglieder auf internationaler HPH-Ebene trotz langsamer Zunahme noch relativ gering. Vernetzungen mit anderen nationalen oder regionalen HPH-Netzwerken gibt es nur in eingeschränktem Ausmaß. Im Zeitraum zwischen 2001 und 2009 fanden drei gemeinsame Konferenzen mit dem deutschen und dem schweizerischen Netzwerk statt, über diese Anlässe hinaus gab es jedoch kaum Austausch zwischen diesen drei Netzwerken. Eine aktive länderübergreifende Vernetzung, die über die Jahre aufrechterhalten werden konnte, besteht zwischen den Rauchfreien Gesundheitseinrichtungen, an deren gemeinsamer Schnittstelle sich das **ENSH-Global** befindet.

Sowohl die internationale **HPH-Konferenz** als auch die verschiedenen **Task Forces** stellen Angebote im Sinne einer „Opportunity Structure“ dar, für die Eigenressourcen aufgebracht werden müssen, um sie wahrnehmen zu können. Der zunehmende ökonomische Druck, dem die Gesundheitseinrichtungen ausgesetzt sind, wirkt sich dabei hemmend aus. Eine weitere Hürde ist, dass auf internationalem Parkett in der Regel Englisch gesprochen wird, was nicht von allen gleichermaßen beherrscht wird. Darüber hinaus sehen manche Mitglieder die Relevanz einer internationalen Beteiligung für sich nicht gegeben. Der Vorstand und das WHO-CC-HPH sind bestrebt, das Interesse und die Beteiligung der Netzwerkmitglieder am internationalen Geschehen zu steigern. So wurde etwa mit dem ONGKG-Preisausschreiben, bei dem es die Finanzierung der Konferenzteilnahme zu gewinnen gibt, eine Maßnahme eingeführt, die vor allem junge MitarbeiterInnen ansprechen soll. Die Übernahme der Gastgeberschaft für die internationale HPH-

Konferenz bietet eine Möglichkeit, sich das internationale Geschehen in das eigene Land zu holen und sich dabei nach außen hin zu präsentieren sowie sich im internationalen Geschehen zu positionieren.

Gesamt betrachtet weist das ONGKG eine relativ gute Vernetzung mit seinen relevanten Umwelten auf, wodurch die Netzwerkeffektivität erheblich begünstigt wird. Durch die Verbindung mit dem Bundesgesundheitsressort ist es auf gesundheitspolitischer Ebene gut verankert. Darüber hinaus verfügt es über zahlreiche weitere lose Verbindungen zu Politik und Gesundheitswesen, die im Bedarfsfall aktiviert werden können. Vernetzung mit internationalen AkteurInnen findet zwar nur punktuell statt, das Netzwerk profitiert jedoch von den Stellen, die sich auf dieser Ebene vernetzen und ihre dadurch gewonnenen Erkenntnisse in das Netzwerk einbringen.

8. Diskussion

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit war, welche Netzwerkstrukturen und -prozesse sowie Bedingungen in den relevanten Umwelten besonderen Einfluss auf die Effektivität des ONGKG haben und auf welche Weise diese Einflüsse ihre Wirkung entfalten. Damit sollten Erkenntnisse dazu geliefert werden, welche Faktoren besondere Bedeutung für die Erhaltung und Reproduktion des Netzwerks sowie für die Erfüllung seines Bestandszwecks – der Implementierung von Gesundheitsförderung in das organisationale Setting – haben.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde der Fall aus netzwerk- und organisationstheoretischer Perspektive analysiert. In der netzwerktheoretischen Fokussierung stellte vor allem Dietschers Effektivitätskonzept für Netzwerke im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung eine wichtige Grundlage dar, um zentrale Begriffe zu definieren, die Fragestellung zu schärfen und dem Forschungsinteresse auf den Grund zu gehen. In der Anwendung des von ihr entwickelten Konzepts für die Untersuchung des internationalen HPH-Netzwerks identifizierte Dietscher einige Faktoren, die besonders zur Netzwerkeffektivität beitragen. Auf diese wurde in der Analyse der Daten für diese Masterarbeit besonderes Augenmerk gelegt.

Den Ausführungen Dietschers folgend wurde in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass sich Netzwerke im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung im Laufe ihres Bestehens von loser Kooperation hin zu formalisierter Institutionalisierung entwickeln. Wie sich im weiteren Verlauf der Arbeit zeigte, hat das ONGKG genau diese Entwicklung vollzogen. Daher wurde der Entschluss gefasst, die netzwerktheoretische Perspektive mit Ansätzen aus der Organisationstheorie zu kombinieren und das österreichische Netzwerk in weiterer Folge als speziellen Fall von Organisation

zu behandeln. Luhmanns Konzept der Entscheidungsprämissen stellte sich vor diesem Hintergrund als eine gangbare Option heraus, um später die Ergebnisse strukturiert, entlang der Formalstruktur des ONGKG, aufzubereiten. Zuvor wurde in einem weiteren Schritt auf die Besonderheiten des Vereins als Organisation eingegangen. Diese lieferten wichtige Anhaltspunkte für das Verständnis des Falls und die Interpretation der Ergebnisse. Ebenso die organisationssoziologische Beschreibung von Merkmalen des Krankenhauses als Organisation.

Eine als notwendig erachtete Kontextualisierung der Arbeit stellten die Erörterung des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung und die Rolle von Netzwerken darin dar, sowie die anschließende Beschreibung von der Entwicklungsgeschichte und dem Konzept des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. Damit wurde außerdem bezweckt, die Komplexität dieses umfassenden Ansatzes und die eng verwobene Historie des internationalen und des österreichischen Netzwerks zu veranschaulichen. Als weitere wichtige Kontextinformation für die Betrachtung des Falls wurde eine Beschreibung der politischen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in Österreich skizziert.

Mit der Ansiedelung des Forschungsdesigns im qualitativen Paradigma und der offenen Herangehensweise war es möglich, ein grundsätzliches Verständnis über die Wirkung der ermittelten Einflussfaktoren auf die Netzwerkeffektivität zu erlangen. Die ExpertInneninterviews erwiesen sich für dieses Anliegen als geeignete Methode, mit der umfassendes Analysematerial generiert werden konnte.

In der Beschreibung der Formalstruktur des Netzwerks drangen immer wieder Aspekte der spezifischen Netzwerkkultur durch. Eine eingehende Analyse derselben hätte nach Methoden verlangt, die es ermöglichen latente Sinnstrukturen zu erfassen, wofür die zur Anwendung gekommenen ExpertInneninterviews nicht geeignet sind. Die Frage nach weiterem Forschungsbedarf wird daher gleich an diesem Punkt angeschlossen und auf den Einfluss der Netzwerkkultur auf die Effektivität von Netzwerken im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung verwiesen.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Analyse der Interviews decken sich weitestgehend mit den Ergebnissen anderer ForscherInnen, die im netzwerktheoretischen Teil dieser Arbeit dargestellt wurden. Dietschers Effektivitätskonzept, das dabei im Zentrum stand, wurde mit den Ergebnissen dieser Arbeit bestätigt. Durch die Fokussierung auf einen einzelnen Fall und die qualitative Herangehensweise konnten außerdem noch darüber hinausgehende Aspekte beleuchtet werden:

- Mit der historischen Entwicklung des Netzwerks, die bei der fallspezifischen Bearbeitung mit einfluss, wurde auch ein Blick auf den Wandel des ONGKG eröffnet. Dadurch traten insbesondere Kontinuität und Beständigkeit auf der Personen- und Organisationsebene als förderliche Faktoren für die Netzwerkeffektivität hervor (beim Koordinationsteam,

- dem Vorstand, den MitgliedervertreterInnen, bei der Koordinationsstelle als Organisationseinheit), die die Vertrauensbildung und den Aufbau von erfolgreichen Arbeitsbeziehungen im Netzwerk und mit KooperationspartnerInnen begünstigen.
- Mit der Kontinuität auf Personenebene rückte gleichzeitig auch die Nachfolgeregelung ins Blickfeld. Wie sich zeigte, kann eine vorausblickende Planung, bei der darauf geachtet wird die Nachfolge rechtzeitig aufzubauen, die durch einen Wechsel ausgelöste Instabilität abmildern.
 - Die historische Perspektive erlaubt weiterhin am Beispiel des ONGKG nachzuvollziehen, wie sich der von Dietscher als Merkmal von Netzwerken im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung angeführte Wandel von loser Kooperation hin zu formalisierter Institutionalisierung vollzog. Der Koordinationsstelle kommt dabei in mehrerer Hinsicht eine große Bedeutung zu: Zum einen, weil sie die Entwicklungsrichtung und Arbeitsprozesse des Netzwerks in einem hohen Ausmaß mitgestaltet. Zum anderen aufgrund der im vorigen Argument bereits angesprochenen Kontinuität, die selbst in turbulenteren Phasen wie dem Übergang zum Verein insgesamt stabilisierend auf das Netzwerk wirkt.
 - Auch die im bearbeiteten Fall gegebene Möglichkeit der Errichtung von Sektionen konnte näher betrachtet werden, wobei sich ergab, dass sich diese auf die reproduktive und auch auf die produktive Effektivität förderlich auswirkt. Damit können zum einen relevante Themenfelder ans Netzwerk gebunden und unnötige Konkurrenz vermieden werden, zum anderen ermöglichen sie einen fokussierten Einstieg ins Thema Gesundheitsförderung, ohne den Anspruch des Gesamtkonzepts von HPH erfüllen zu müssen.
 - Weiters konnten soziale Aspekte, die wichtig für den Aufbau und die Entwicklung von Arbeitsbeziehungen sind, identifiziert werden: die Nutzung der Generalversammlung, um sich ein Bild von der Stimmungslage im Netzwerk zu machen, die ein rechtzeitiges Reagieren bei aufkeimenden Problemen ermöglicht; sowie der hohe Stellenwert des „soft networking“ zwischen den MitgliedervertreterInnen, wofür Konferenzen oder andere soziale Zusammenkünfte wichtige Plattformen darstellen.
 - Ein weiterer wichtiger sozialer Aspekt betrifft die Möglichkeit des direkten Austauschs zwischen den MitgliedervertreterInnen, z.B. im Rahmen der Jahreskonferenz. Dabei stehen nicht nur die Besprechung inhaltlicher Aspekte im Vordergrund, sondern der Austausch kann auch eine Ventil- und motivierende Funktion erfüllen.
 - Auf Ebene der Programme konnte die über die Mitgliedschaftskriterien erzeugte Verbindlichkeit als wichtiges Element für die Effektivität identifiziert werden, da die

Netzwerkmitglieder damit ihren Willen zur Veränderung in Richtung Gesundheitsförderung bezeugen.

Insgesamt betrachtet ließ sich beim untersuchten Netzwerk feststellen, dass ein gut ausbalanciertes Zusammenwirken der am Netzwerk beteiligten AkteurInnen aus Praxis, Wissenschaft und Politik gegeben war.

Diese Masterarbeit versteht sich als Beitrag zur Effektivitätsforschung von interorganisationalen Netzwerken. Da es sich dabei um eine Einzelfallstudie handelt, lassen sich die gewonnenen Ergebnisse nur eingeschränkt übertragen und verallgemeinern. An die Arbeit wird daher der Anspruch gestellt, an bereits bestehende Forschungserkenntnisse zur Netzwerkeffektivität anzuknüpfen und neue Hypothesen zu entwickeln.

Da in dieser Arbeit in erster Linie Vorstandsmitglieder und MitarbeiterInnen des WHO-CC-HPH in deren Funktion als wissenschaftliche Begleitung befragt wurden, wäre eine interessante Ergänzung die Sichtweise der Mitgliedseinrichtungen, insbesondere der EntscheidungsträgerInnen in den organisationalen Settings.

Nachdem sich in der Analyse der Ergebnisse gezeigt hat, dass die hierarchische Position der MitgliedervertreterInnen in ihrer Heimatorganisation Einfluss darauf hat, in welchem Ausmaß sie in der Lage sind gesundheitsförderliche Maßnahmen in ihrer Organisation durchzusetzen und wie weit sie am Prozess der gemeinsamen Willensbildung in der Generalversammlung partizipieren können, wird auch hier weiterer Forschungsbedarf geortet.

Ein weiterer interessanter Aspekt wurde im Abschnitt zur Beschreibung des Vereins als Organisation angeschnitten, aber nicht weiter vertieft. Dieser betrifft das zivilgesellschaftliche Potential von Netzwerken.

9. Literatur

Amelung, Volker E.; Sydow, Jörg; Windeler, Arnold (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation. In: Amelung, V.E.; Sydow, J.; Windeler, A. (Hg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation (S. 9–24). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Baecker, Dirk (1999): Organisation als System. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena (1999): GLU. Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Berger, Anna; Dietscher, Christina; Schmied, Hermann; Stidl Thomas (2000): 5 Jahre Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (ÖNGK) – Resümee und Ausblick. In: Dietscher C.; Nowak P.; Pelikan J. M. (Hg.): Das Krankenhaus als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz (S. 19–38). Wien: Facultas Universitätsverlag

BMG (2016): Online-Verzeichnis Krankenanstalten, zuletzt aktualisiert: 7.7.2014. [http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/Krankenanstalten__Online-Verzeichnis/] Zugriff am 13.10.2016

BMGFJ (Hg.) (2008): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich. Wien: BMGFJ

Borggreffe, Carmen; Cachay, Klaus; Thiel, Ansgar (2012): Der Sportverein als Organisation. In: Apelt, Maja; Tacke, Veronika (Hg.): Handbuch Organisationstypen (S. 307–325). Wiesbaden: Springer VS

Brößkamp-Stone, Ursel (2003): Interorganisationale Netzwerksysteme und -strukturen im Bereich Gesundheitsförderung. In: Schwartz F.W. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (S. 245–249). München, Jena: Urban & Fischer

Brößkamp-Stone, Ursel (2004): Assessing networks for health promotion. Framework and examples. Münster: LIT Verlag

Burt, Ronald S. (2004): Structural Holes and Good Ideas. *American Journal of Sociology* 110(2), S. 349–399

Dietscher, Christina; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen M. (Hg.) (2000): Das Krankenhaus als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz. Wien: Facultas Universitätsverlag

Dietscher, Christina; Novak-Zezula, Sonja (2008): Gesundheitsfördernde Setting-Entwicklung am Beispiel der Kooperation Gesundheitsfördernder und Rauchfreier Gesundheitseinrichtungen. In: BMGFJ (Hg.): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich (S. 86–90). Wien: BMGFJ

Dietscher, Christina; Hubmann, Rainer (2008): Das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG). In: BMGFJ (Hg.): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich (S. 108–113). Wien: BMGFJ

Dietscher, Christina (2011): Möglichkeiten und Grenzen des Netzwerkens in der Gesundheitsförderung. In: Dür, Wolfgang; Felder-Puig, Rosemarie: Lehrbuch schulische Gesundheitsförderung (S. 245–251). Bern: Hans Huber Verlag

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

Dietscher, Christina (2013): How can the functioning and effectiveness of networks in the settings approach of health promotion be understood, achieved and researched? *Health Promotion International*

Dietscher, Christina; Wieczorek, Christina (2015): Roll-out der „Baby-friendly Hospital Initiative“ in Österreich 2011–2013. Ergebnisse der begleitenden Evaluation. *Prävention und Gesundheitsförderung* 3(10), S. 222–228

- Dooris, Mark; Poland, Blake; Kolbe, Lloyd; De Leeuw, Evelyne; McCall, Douglas S.; Wharf-Higgins, Joan (2007): Healthy Settings. Building Evidence for the Effectiveness of Whole System Health Promotion - Challenges and Future Directions. In: McQueen, David V.; Jones, Catherine M. (Hg.): Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness (S. 327–352). New York: Springer
- Engelmann, Fabian; Halkow, Anja (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Granovetter, Mark S. (1973): The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology* 78(6), S. 1360–1380
- Gröne, Oliver (2006): Einführung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern: Handbuch und Selbstbewertungs-Formulare. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Grundböck, Alice; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen M. (1997): Gesundheitsförderung - eine Strategie für Krankenhäuser im Umbruch: Projekte aus Österreich und Deutschland. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Grundböck, Alice; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen M. (1998): Neue Herausforderungen für Krankenhäuser: Qualität durch Gesundheitsförderung - Gesundheitsförderung mit Qualität. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Hollstein, Betina (2006): Qualitative Methoden und Netzwerkanalyse – ein Widerspruch? In: Hollstein, Betina; Straus, Florian (Hg.): Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen (S. 11–35). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Holzer, Boris (2006): Netzwerke. Bielefeld: Transcript Verlag
- Holzer, Boris; Fuhse, Jan (2010): Netzwerke aus systemtheoretischer Perspektive. In: Stegbauer, Christian; Häußling, Roger (Hg.): Handbuch Netzwerkforschung (S. 313–323). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hübel, Ursula (2008): Unterstützung von Gesundheitsförderung in Wien: Vom Modellprojekt zur Wiener Allianz für Gesundheitsförderung. In: BMGFJ (Hg.): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich (S. 114–117). Wien: BMGFJ
- Hüllemann, Klaus-D., et al. (1999): The German Network of Health Promoting Hospitals. In: Berger, Hartmut; Krajic, Karl; Paul, Rainer (Hg.): Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks. HPH Series Vol: 3. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, G. Conrad
- Hüllemann, Klaus-D. (2013): Steps of the German Network since its Foundation. A Dying HPH Network Reviving – The New Collaboration. Präsentation im Rahmen der 21. internationalen HPH-Konferenz in Göteborg, Schweden. [www.hphconferences.org/uploads/tx_mhlbihphdb/abs_4754.pdf] Zugriff am 12.09.2016
- Human, Sherrie E.; Provan, Keith G. (2000): Legitimacy Building in the Evolution of Small-Firm Multilateral Networks: A Comparative Study of Success and Demise. *Administrative Science Quarterly* 45(2), S. 327–365
- Internationales Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (Hg.) (2008): HPH Statuten. Gemeinsame Übersetzung der englischen Originalfassung durch die Deutschsprachigen Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen unter Mitwirkung von Christina Dietscher, Nils Undritz, Werner Schmidt, Felix Bruder und Elimar Brandt.
- Iseringhausen, Olaf; Staender, Johannes (2012): Das Krankenhaus als Organisation. In: Apelt, Maja; Tacke, Veronika (Hg.): Handbuch Organisationstypen (S. 185–203). Wiesbaden: Springer VS
- Joossens, Luk; Raw, Martin (2014): The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. Brüssel: 4 Association of European Cancer Leagues.

- Kickbusch, Ilona; Engelhardt, Katrin (2009): Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: Meyer, Katharina (Hg.): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008 (S. 19–33). Bern: Verlag Hans Huber
- Krajic, Karl; Lobnig, Hubert; Pelikan, Jürgen M. (1999): Das Europäische Pilotkrankenhausprojekt und die regionalen/nationalen Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser der WHO als PROjektstrategien. In: Pelikan, Jürgen M.; Wolff, Stephan (Hg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation (S. 132–150). Weinheim, München: Juventa
- Krause, Detlef (1996): Luhmann-Lexikon. Eine Einführung in das Gesamtwerk von Niklas Luhmann mit 25 Abbildungen und über 400 Stichworten. Stuttgart: Enke
- Lobnig, Hubert; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen M. (1999): Die Umsetzung der Vision des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. Projektmanagement, Organisationsentwicklung und Networking. In: Pelikan, Jürgen M.; Wolff, Stephan (Hg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation (S. 51–66). Weinheim, München: Juventa
- Luhmann, Niklas (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Luhmann, Niklas (1999): Funktionen und Folgen formaler Organisation. Fünfte Auflage. Berlin: Duncker & Humblot
- Luhmann, Niklas (2000): Organisation und Entscheidung. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Luhmann, Niklas (2014): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Fünfte Auflage. Konstanz und München: UVK
- Martens, Will; Ortmann, Günther (2014): Organisationen in Luhmanns Systemtheorie. In: Kieser, Alfred; Ebers, Mark (Hg.): Organisationstheorien (S. 407–440). Stuttgart: Kohlhammer
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2002): ExpertInneninterviews — vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung (S. 71–93). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.): Das Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder (S. 35–60). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Nassehi, Armin (2002): Die Organisation der Gesellschaft. Skizze einer Organisationssoziologie in gesellschaftstheoretischer Absicht. In: Allmendinger, Jutta; Hinz, Thomas (Hg.): Soziologie der Organisation. Sonderband der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (S. 443–478). Opladen: Westdeutscher Verlag
- Nowak, Peter; Lobnig, Hubert; Pelikan, Jürgen M. (1999): Projektorganisation am Beispiel des Wiener WHO-Modellprojekts „Gesundheit und Krankenhaus“. In: Pelikan, Jürgen M.; Wolff, Stephan (Hg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation (S. 114–131). Weinheim, München: Juventa
- ONGKG (2013): Statuten des Vereins "Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen" (ONGKG). [www.ongkg.at/downloads-links/downloads.html#c1277] Zugriff am 25.05.2016
- Österreichische Ärztekammer (2016): Nichtraucherchutz im internationalen Vergleich. [www.aerztekammer.at/nft-datenundzahlen/-/asset_publisher/veJ7/content/id/13343173] Zugriff am 19.08.2016
- Pelikan, Jürgen M.; Garcia-Barbero, Mila; Lobnig, Hubert; Krajic, Karl (Hg.) (1998): Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993–1997. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications
- Pelikan, Jürgen M.; Halbmayr, Ernst (1999): Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan, Jürgen M.; Wolff, Stephan (Hg.): Das gesundheitsfördernde

- Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation (S. 13–36). Weinheim, München: Juventa
- Pelikan, Jürgen M.; Krajic, Karl; Dietscher, Christina (2001): The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling* 45, S. 239–243
- Pelikan, Jürgen M.; Dietscher, Christina; Krajic, Karl; Nowak, Peter (2005): Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene, Oliver; Garcia-Barbero, Mila (Hg.): *Health promotion in hospitals. Evidence and quality management* (S. 48–67). Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe
- Pelikan, Jürgen M.; Krajic, Karl; Dietscher, Christina; Nowak, Peter (2006): Putting HPH Policy into Action. Working Paper of the WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care. Wien: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Services at Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine
- Pelikan, Jürgen M. (2007a): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2(2), S. 74–81
- Pelikan, Jürgen M. (2007b): Health Promoting Hospitals - Assessing developments in the network. *Italian Journal of Public Health* 4(4), S. 261–270
- Pelikan, Jürgen M.; Dietscher, Christina; Krajic, Karl (2008): Gesundheitsförderung als Neuorientierungs- und Qualitätsstrategie von Gesundheitseinrichtungen. In: BMGFJ (Hg.): *Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich* (17–40). Wien: BMGFJ
- Pelikan, Jürgen M.; Dietscher, Christina (2008): Empfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen durch Entscheidungsträger aus Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen. In: BMGFJ (Hg.): *Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich* (123–126). Wien: BMGFJ
- Pelikan, Jürgen M. (2011): Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings. In: Dür, Wolfgang, Felder-Puig, Rosemarie (Hg.): *Lehrbuch schulische Gesundheitsförderung* (63–72). Bern: Verlag Hans Huber
- Pelikan, Jürgen M.; Dietscher, Christina; Schmied, Hermann; Röthlin, Florian (2011): A model and selected results from an evaluation study on the International HPH Network (PRICES-HPH). *Clinical Health Promotion* 1(1), S. 9–15
- Provan, Keith G.; Milward, H. Brinton (1995): A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems. *Administrative Science Quarterly* 40(1), S. 1–33
- Provan, Keith G.; Fish, Amy; Joerg, Sydow (2007): Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks. *Journal of Management* 33(3), S. 479–516
- Simon, Fritz B. (2007a): *Einführung in die systemische Organisationstheorie*. Heidelberg: Carl-Auer
- Simon, Fritz B. (2007b): *Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus*. Heidelberg: Carl-Auer
- Stegbauer, Christian; Häußling, Roger (Hg.) (2010): *Handbuch Netzwerkforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Stichweh, Rudolf (2000): Soziologie des Vereins. Strukturbildung zwischen Lokalität und Globalität. In: Brix, Emil; Richter, Rudolf (Hg.): *Organisierte Privatinteressen. Vereine in Österreich* (S. 19–31). Wien: Passagen Verlag
- Stock, Christiane; Milz, Simone; Meier, Sabine (2010): Network evaluation: principles, structures and outcomes of the German working group of Health Promoting Universities. *Global Health Promotion* 17(25), S. 25–32
- Tønnesen, Hanne; Christensen, Mette E; Groene, Oliver; O'Riordan, Ann; Simonelli, Fabrizio; Suurorg, Lagle; Morris, Denise; Vibe, Peder; Himel, Susan; Hansen, Poul Erik (2007): An evaluation of a model for the systematic documentation of hospital based health promotion activities: results from a multicentre study. *BMC*

Health Services Research [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2077333/pdf/1472-6963-7-145.pdf] Zugriff am 14.09.2016

Turrini, Alex; Cristofoli, Daniela; Frosini, Francesca; Nasi, Greta (2010): Networking literature about determinants of network effectiveness. *Public Administration* 88(2), S. 528–550

Weyer, Johannes (Hg.) (2000): *Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag

Whitehead, Dean (2004): The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: How far on? *Health Promotion International* 19(2), S. 259–267

WHO (1986): *Ottawa Charter on Health Promotion*. Geneva: WHO.

WHO (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. (WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz). Kopenhagen: WHO.

WHO (1991a): *Budapester Deklaration Gesundheitsfördernder Krankenhäuser*. (übersetzt: Hildebrandt/Moeck; überarbeitet: Krajic/Eigner, angenommen: Mai 1991). Kopenhagen: WHO.

WHO (1991b): *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*. Kopenhagen: WHO

WHO (1997a): *Wiener Empfehlungen zu Gesundheitsfördernden Krankenhäusern*. (gemeinsame Arbeitsübersetzung: G. Conrad, A. Grundböck, P. Nowak, J. M. Pelikan, W. Schmidt, W. Yoder). Kopenhagen: WHO

WHO (1997b): *Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert*. Kopenhagen: WHO

WHO (1998): *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO

WHO (2000): *The Fifth Global Conference on Health Promotion Health Promotion: Bridging the Equity Gap 5–9th June 2000, Mexico City. Conference Report*. Geneva: WHO

WHO (2009): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. (Stand am 25. Juni 2009). [www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/] Zugriff am 27.03.2014

Wolf, André Christian; Zimmer, Annette (2010): Besetzung ehrenamtlicher Vereinsvorstände – Vorstände verzweifelt gesucht. *Verbands-Management* 36(3), S. 28–37

10. Abkürzungsverzeichnis

AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
BFHI	Baby-friendly Hospital Initiative
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen
ENSH	Global Network for Tobacco Free Health Care Services
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
LBIHPR	Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research
LBIMGS	Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
ÖNGK	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
ONGKG	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WHO-CC-HPH	WHO Kooperationszentrum für Gesundheitsförderung in Krankenhaus und Gesundheitswesen
WHO-Euro	WHO-Regionalbüro für Europa

11. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Vier Determinanten von Gesundheitsverhalten und vier Interventionsmöglichkeiten für die Entwicklung gesundheitsfördernder Settings	26
Tabelle 2: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 0.....	30
Tabelle 3: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 1.....	31
Tabelle 4: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 2.....	34
Tabelle 5: Nationale/regionale HPH-Netzwerke, gegründet in Phase 2 der HPH-Entwicklung	36
Tabelle 6: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 3.....	39
Tabelle 7: Nationale und regionale HPH-Netzwerke, gegründet in Phase 3 der HPH-Entwicklung.....	40
Tabelle 8: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 4.....	41
Tabelle 9: 18 HPH-Kernstrategien	42
Tabelle 10: Sieben Implementierungsstrategien gesundheitsfördernder Krankenhäuser	44
Tabelle 11: Nationale/regionale HPH-Netzwerke, gegründet in Phase 4 der HPH-Entwicklung	47
Tabelle 12: Meilensteine der HPH-Entwicklung in Phase 5.....	47
Tabelle 13: Nationale und regionale HPH-Netzwerke, gegründet in Phase 5 der HPH Entwicklung	50
Tabelle 14: Meilensteine der Entwicklung des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen	66
Abbildung 1: Anzahl der ordentlichen Mitglieder im ONGKG von 1998-2016.....	70

12. Abstracts

Deutsch

Netzwerke im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung haben zum Ziel, Gesundheitsförderung in gleichartigen Settings (z.B. Krankenhäuser, Schulen) zu entwickeln und implementieren. Die Effektivität solcher Netzwerke wird, der Definition Dietschers (2012) folgend, zum einen als das Ausmaß erfasst, in dem die beteiligten Organisationen gesundheitsfördernde Strukturen und Prozesse im jeweiligen organisationalen Setting implementieren, zum anderen als die Fähigkeit der Netzwerke zum Selbsterhalt.

Mittels Dokumentenanalyse und ExpertInneninterviews mit verschiedenen NetzwerkvertreterInnen wird in dieser Arbeit am Beispiel des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen untersucht, welche Netzwerkstrukturen und -prozesse sowie Bedingungen in den relevanten Umwelten besonderen Einfluss auf die Effektivität des Netzwerks haben und wie diese Einflüsse ihre Wirkung entfalten.

Da sich das untersuchte Netzwerk im Laufe seines Bestehens von loser Kooperation hin zu formalisierter Institutionalisierung entwickelte, erfolgt die Analyse neben netzwerk- auch aus organisationstheoretischer Perspektive.

Die Forschungsergebnisse decken sich weitestgehend mit bisherigen Erkenntnissen zur Effektivitätsforschung von interorganisationalen Netzwerken. Durch die Fokussierung auf den einzelnen Fall und die qualitative Herangehensweise konnten zusätzliche, darüber hinausgehende Aspekte beleuchtet werden.

English

The aim of networks in the settings approach of health promotion is to develop and implement health promotion in similar settings (e.g., hospitals, schools). Following the definition of Dietscher (2012), the effectiveness of such networks is, on the one hand, framed as the extent to which the participating organizations implement health-promoting structures and processes in the respective organizational setting, and on the other hand, as the networks' ability to sustain themselves over time.

Through document analysis and expert interviews, with different network representatives, this thesis examines, by using the example of the Austrian Network of Health Promoting Hospitals and Health Services, which network structures, processes and conditions in the relevant environments have special influence on the network effectiveness, and how these influences take effect.

Since the examined network, in the course of its existence, developed from loose cooperation towards more formalized institutionalization, the analysis is carried out from both a network approach as well as an organizational theory approach.

The research results are largely consistent with previous research findings on the effectiveness of interorganizational networks. By focusing on the individual case, and using a qualitative approach, it was possible to shed light on additional aspects.