

Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem

Ergebnisse einer ersten Erhebung zum
Status quo und Entwicklungsperspektiven

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
und gefördert aus den Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung

Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem

Ergebnisse einer ersten Erhebung zum Status quo und Entwicklungsperspektiven

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Daniela Rojatz
Anna Wahl

Unter Mitarbeit von:

Theresa Galanos

Fachliche Begleitung:

Kathrin Maier
Valerie Lust

Projektassistenz:

Agáta Ćirić

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Oktober 2023

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Rojatz, Daniela; Wahl, Anna (2023): Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem. Ergebnisse einer ersten Erhebung zum Status quo und Entwicklungsperspektiven. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. P10/24/5449

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem gilt in Österreich als gering ausgeprägt und wenig systematisch verankert. In den letzten Jahren wurden mehrere Gutachten zur Frage der Weiterentwicklung von Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen in Auftrag gegeben, die sich allesamt für die Stärkung von Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen aussprechen. Im Rahmen der Agenda Gesundheitsförderung, finanziert durch das BMSGPK, wurde das rezenteste Gutachten in Auftrag gegeben, eine Machbarkeitsstudie, die empfiehlt, drei neue Strukturen zu etablieren, eine Kompetenz- und Koordinationsstelle Partizipation, ein Überblicksportal in Sachen Partizipationsprozesse und ein Forum zivilgesellschaftlicher Akteure.

Da es bislang an einem Überblick über Anwendungsbeispiele von Partizipation im Gesundheitssystem (Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung) für Österreich fehlte – einer wichtigen Grundlage für das empfohlene Überblicksportal, aber auch für ein gemeinsames Verständnis von Partizipation und der handelnden Akteure (Auftraggeber, umsetzende Organisationen) –, wurde ein solcher angestrebt.

Methoden

Zur Erhebung von Anwendungsbeispielen im Bereich Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem wurde ab Ende März 2023 eine Fragebogenerhebung durchgeführt. Weil sich im Rahmen des Pretests nicht alle adressierten Personen vom Begriff Gesundheitssystem angesprochen fühlten, wurde der Titel geändert auf „Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung“ geändert. Die Einladung zur Teilnahme erfolgte über einschlägige Verteiler und Newsletter von Foren sowie über Netzwerke. Ausgewertet wurden die zwischen Ende März und Ende Mai eingemeldeten Anwendungsbeispiele. Erste Auswertungsergebnisse wurden mit den Erhebungsteilnehmerinnen und -teilnehmern Ende Juni 2023 in einem Ergebnisworkshop diskutiert und in die Diskussion und Interpretation der Ergebnisse einbezogen.

Ergebnisse

Insgesamt 87 Personen meldeten 146 Anwendungsbeispiele ein, die sich wie folgt charakterisieren lassen: In 86 Prozent der Anwendungsbeispiele werden funktionale Ziele verfolgt, fast annähernd so häufig wurde die Stärkung der Kompetenzen (84 %) als Zielsetzung angegeben, und in 61 Prozent der Beispiele wurden demokratische Ziele verfolgt.

Anwendungsbeispiele aus der Praxis machen über die Hälfte (53 %) der erhobenen Anwendungsbeispiele aus. Seltener erfolgt Beteiligung in Strategieentwicklung (31 %) und Forschung (13 %). Drei Prozent der Anwendungsbeispiele lassen sich keinem der Handlungsfelder zuordnen. Die Anwendungsbeispiele lassen sich in der Gesundheitsversorgung (48 %), kommunalen Gesund-

heitsförderungsprozessen (30 %) und Organisationen (22 %) verorten. Auftraggeber sind insbesondere öffentliche Einrichtungen (auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene). Umsetzungsverantwortliche Organisationen sind insbesondere Vereine (inkl. AKS-Organisationen) und öffentliche Einrichtungen auf Bundesebene. Auswahl- bzw. Teilnahmekriterien sind insbesondere Alter und Lebenskontexte, hingegen kaum Staatsbürgerschaftsstatus oder Gender.

Beteiligung erfolgt am häufigsten in der Planung und der Umsetzungsphase, weniger in den Bereichen Evaluation und Dissemination. 59 Prozent der Anwendungsbeispiele haben Kooperation als höchste Beteiligungsstufe verankert, 38 Prozent Konsultation, drei Prozent Information. Häufig eingesetzte Methoden der Beteiligung sind Workshops (n = 54) und Gremien bzw. Arbeitsgruppen (n = 37), gefolgt von als „forschende“ Methoden kategorisierten Fokusgruppen (n = 29) und Fragebogen (n = 22).

Die Erhebungsteilnehmer:innen orteten Unterstützungsbedarf insbesondere in den Bereichen finanzielle Ressourcen (n = 31), Aus-/Fortbildungsangebote zu Themen und Methoden der Partizipation (n = 17), Überblick über aktuelle Projekte, Prozesse bzw. Akteurinnen und Akteure im Feld der Beteiligung (n = 13) sowie Öffentlichkeitsarbeit (n = 12) und externe Moderation (n = 12). Gefragt sind insbesondere Serviceleistungen wie Vernetzung, Weiterbildung und Öffentlichkeitsarbeit, nachrangig auch die Entwicklung von Standards und Grundlagenarbeit. Die Workshopteilnehmer:innen bestätigten diese Ansatzpunkte großteils und heben den Bedarf für Schulungen aller beteiligten Akteurinnen und Akteure sowie für eine bessere Zielgruppenerreichung im Sinne der Chancengerechtigkeit hervor.

Schlussfolgerungen

Für die Weiterentwicklung von Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem gilt es die Vielfalt und die Handlungsmöglichkeiten in diesem Feld zu (be)achten, das unterschiedliche Handlungsbereiche, Settings sowie Akteurinnen und Akteure umfasst. Trotz oder gerade wegen der Vielfalt und der mannigfaltigen Lernmöglichkeiten gilt es einen gemeinsamen Rahmen für Beteiligung zu etablieren. Dies kann durch die partizipative Entwicklung einer Beteiligungsstrategie erfolgen. Konkret könnte dies beispielsweise bedeuten, dass das Überblicksportal alle Beteiligungsprozesse aus dem Gesundheitssystem einschließlich des Bereichs Gesundheitsförderung transparent macht und auch die Tools und Weiterbildungsangebote der vorgeschlagenen Kompetenz- und Koordinationsstelle Beteiligung im Gesundheitssystem für Akteure aus Gesundheitsversorgung und -förderung offen sind. Gleichzeitig gilt es den Handlungs- und Einflussbereich der Akteure zu berücksichtigen. Die Forcierung systematischer Beteiligung kann aufgrund begrenzter Ressourcen zunächst nur in ausgewählten Bereichen beginnen. Die genaue Vorgehensweise und die konkreten Bereiche im Gesundheitssystem gilt es partizipativ abzustimmen, beispielsweise im Zuge der Entwicklung einer Beteiligungsstrategie und -agenda.

Schlüsselwörter

Partizipation, Österreich, Gesundheitssystem, Gesundheitsförderung

Summary

Background

Citizen and patient participation in the health care system is considered to be poorly developed and not systematically anchored in Austria. In recent years, several expert reports have been commissioned on the further development of citizen and patient participation in the health care system. These reports advocate strengthening citizen and patient participation in the health care system. The most recent feasibility study commissioned as part of the health promotion agenda and financed by the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection recommends the establishment of three new structures: a competence and coordination centre for participation, an overview portal on participation processes, and a forum of civil society actors.

There is a lack of an overview regarding application examples of participation processes within the Austrian Health System (health promotion, disease prevention and health care). Such an overview can provide a crucial foundation for the recommended "overview portal" as well as a common understanding of participation and its key players (contracting entities, implementing organisations). As a result, this type of overview is required to further develop participation processes.

Methods

A questionnaire survey was carried out from the end of March 2023 to collect examples of the application of citizen and patient participation in the health care system. Since not all persons addressed felt addressed by the term health system during the pretest, the title was changed to: Public and Patient Participation in Health Promotion, Disease Prevention and Health Care. Invitations to participate were sent via relevant mailing lists and newsletters of forums and networks. The application examples registered between the end of March and the end of May were included in the analysis. Initial results were discussed with the survey participants in a workshop at the end of June 2023 and included in the discussion and interpretation of the results.

Results

A total of 87 people registered 146 application examples. These can be characterised as follows: Functional objectives are pursued in 86% of the application examples, strengthening competencies (84%) was stated as an objective almost as frequently, and democratic objectives in 61% of the examples.

Practical examples account for half (53%) of the surveyed examples. Involvement in strategy development (31%) and research (13%) is less common. 3 per cent of the examples of use cannot be assigned to any of the fields of action. The examples of use can be located in health care (48%), municipal health promotion processes (30%) and organisations (22%). The clients are in particular public institutions (at federal, state and municipal level), the organisations responsible for implementation are in particular associations including AKS organisations and public institutions at

federal level. Selection or participation criteria are especially age and life contexts, hardly citizenship status or gender.

Participation is most frequent in the planning and implementation phase, less so in evaluation and dissemination. 59 per cent of the examples of use have cooperation as the highest level of participation, 38 per cent consultation, 3 per cent information. Frequently used methods of participation are workshops (n = 54) and committees or working groups (n = 37), followed by focus groups (n = 29), questionnaires (n = 22) categorised as “exploratory” methods.

The survey participants indicate a need for support, especially in terms of financial resources (n = 31), education/training on topics and methods of participation (n = 17), an overview of current participation projects, processes and actors (n = 13) as well as public relations (n = 12) and external moderation (n = 12). There is a particular demand for services such as networking, further training and public relations work, with the development of standards and basic work being of secondary importance. The workshop participants largely confirmed these starting points and emphasised the need for training of all actors involved as well as better target group outreach in terms of equal opportunities.

Conclusion

For the further development of public and patient participation in the health care system, it is important to respect the diversity and possibilities for action. Public and patient participation in the health care system is diverse and encompasses different areas of action, settings and actors. Although or even because of the diversity and multiple learning opportunities, it is important to keep a common framework for participation. This can be done through the participatory development of a participation strategy. In concrete terms, this could mean, for example, that the overview portal makes all participation processes from the health system, including health promotion, transparent, and that the tools and further training offers of the proposed Competence and Coordination Centre for Participation are also open to actors from health care and health promotion. At the same time, the scope of action and influence of the actors must be taken into account. Due to limited resources, the promotion of systematic participation can initially begin in selected areas. The exact approach and the specific areas in the health care system must be coordinated in a participatory manner, for example, in the course of developing a participation strategy and agenda.

Keywords

participation, Austria, health promotion, health care

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Abbildungen.....	VIII
Tabellen	IX
Abkürzungen.....	X
1 Einleitung	1
2 Methode	3
3 Ergebnisse.....	7
3.1 Kontext der Beteiligung: Ziele, Handlungsfelder, Settings und Rollen	8
3.2 Beteiligungsprozess: Niveau, Phasen und Laufzeiten	22
3.3 Beteiligungsmethoden	25
3.4 Beteiligung nach Handlungsfeldern	26
3.5 Beteiligung nach ausgewählten Bereichen.....	29
3.6 Unterstützungsbedarf und Weiterentwicklung von Partizipation	33
3.7 Einschätzung der Ergebnisse durch die Workshopteilnehmer:innen.....	36
4 Diskussion.....	38
4.1 Wer wurde mit der Erhebung erreicht?.....	38
4.2 Was lernen wir für die Erhebung von Anwendungsbeispielen für Beteiligung?.....	39
4.3 Was lernen wir für Beteiligung im Gesundheitssystem?	40
4.4 Was lernen wir für Chancengerechtigkeit?.....	42
4.5 Was lernen wir für die Weiterentwicklung von Beteiligung?.....	44
5 Limitationen	47
6 Schlussfolgerung	49
Literatur	50
Anhang	52
Fragebogen	61

Abbildungen

Abbildung 3.1: Welche geografische Reichweite haben die jeweiligen Anwendungsbeispiele bzw. wo finden die Anwendungsbeispiele statt? (N = 146).....	8
Abbildung 3.2: Welche Ziele wurden/werden im jeweiligen Anwendungsbeispiel verfolgt? (N = 146).....	9
Abbildung 3.3: Mit welchem Setting / Mit welchen Settings beschäftigt sich Ihr Anwendungsbeispiel, an wen richten sich die Ergebnisse? (N = 146).....	10
Abbildung 3.4: Subsettings im Setting Gesundheitsversorgung (n = 70; Mehrfachangaben möglich)	11
Abbildung 3.5: Subsettings im Setting kommunale Prozesse (n = 46; Mehrfachangaben möglich)	12
Abbildung 3.6: Subsettings im Setting Gesundheitsförderung (ohne Gesundheitseinrichtungen; n = 32; Mehrfachangaben möglich).....	13
Abbildung 3.7: In welchem Handlungsfeld lässt sich das jeweilige Anwendungsbeispiel primär verorten? (N = 146).....	14
Abbildung 3.8: Wie viele Personengruppen (Bevölkerung, Fachexpertinnen/-experten, Wissenschaftler:innen, Auftraggeber) werden in den Anwendungsbeispielen beteiligt? (N = 146).....	15
Abbildung 3.9: Welcher Altersgruppe / Welchen Altersgruppen gehört die Zielgruppe des jeweiligen Anwendungsbeispiels an?	18
Abbildung 3.10: Welches Merkmal / Welche Merkmale weist die Zielgruppe des jeweiligen Anwendungsbeispiels in Hinblick auf Lebenskontexte auf?	19
Abbildung 3.11: Welche Einflussmöglichkeiten hat die Zielgruppe bzw. haben die Zielgruppen, d. h. beteiligte Bevölkerung(sgruppen) bzw. Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung?.....	23
Abbildung 3.12: In welcher Phase / welchen Phasen des Gesamtvorhabens wird/werden bzw. wurde/wurden die Zielgruppe/Zielgruppen beteiligt?.....	24
Abbildung 3.13: Welche Laufzeit haben die jeweiligen Anwendungsbeispiele?	25
Abbildung 3.14: Beteiligungsmethoden.....	26
Abbildung 3.15: Beteiligte Bevölkerungsgruppen in Bezug auf Lebenskontexte nach Settings ...	32
Abbildung 3.16: Welche weitere Unterstützung hätten Sie gebraucht? (Mehrfachauswahl möglich; n = 87)	34
Abbildung 3.17: Inwieweit stimmen Sie den nachfolgenden Statements zur Förderung der praktischen Umsetzung von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem zu? (n = 87)	35

Tabellen

Tabelle 2.1: Überblick über angeschriebene Organisationen und Netzwerke nach Handlungsfeld und Setting	5
Tabelle 3.1: Anwendungsbeispiele von Beteiligung nach Handlungsfeld und Setting	7
Tabelle 3.2: Übersicht über die Anzahl der Projekte nach Auftraggeber und umsetzender Organisation	16
Tabelle 3.3: Häufigkeit (absolut) der Auftraggeber bzw. Fördergeber und umsetzenden Organisationen der Anwendungsbeispiele	17
Tabelle 3.4: Organisierte Bevölkerungsgruppen, die beteiligt werden, und die entsprechenden Organisationen	21
Tabelle 3.5: Gegenüberstellung von Beteiligung im Handlungsfeld Strategieentwicklung und Beteiligung im Handlungsfeld Praxis	28
Tabelle 4.1: Beteiligung von Zielgruppen und Anteil der Zielgruppen in der österreichischen Bevölkerung.....	44

Abkürzungen

AKS	Arbeitskreis der Gesundheitsförderungseinrichtungen der Bundesländer
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
Bgld	Burgenland
BIP	Brutto Inlandsprodukt
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HTA	health technology assessment
i. S.	im Sinne
IV	Interessenvertretung
LGBTIQ+	lesbian, gay, bisexual, trans*, inter*, queer
KHK	koronare Herzkrankheit
Ktn	Kärnten
N. N.	nomen nescio (keine Angabe zum Namen)
NÖ	Niederösterreich
o. Ä.	oder Ähnliches
ÖGPH	Österreichische Gesellschaft für Public Health
ÖKUSS	Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe
OÖ	Oberösterreich
Sbg	Salzburg
SHG	Selbsthilfegruppe
Stmk	Steiermark
u. a.	unter anderem
Vbg	Vorarlberg
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem gilt in Österreich als gering ausgeprägt und wenig systematisch verankert. In den letzten Jahren wurden mehrere Gutachten zur Frage der Weiterentwicklung von Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen in Auftrag gegeben, und zwar vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): Moser et al. (2022), Steingruber et al. (2014), von der österreichischen Sozialversicherung: Cypionka et al. (2019), von der ARGE Selbsthilfe Österreich: Forster (2015). Alle Gutachten sprechen sich für die Stärkung von Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen aus. Die rezenteste Studie erfolgte im Rahmen der Agenda Gesundheitsförderung, finanziert durch das BMSGPK. Dabei wurden erstmals mittels Workshops zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure sowie Systemvertreter:innen einbezogen und Empfehlungen partizipativ entwickelt (Moser et al. 2022), insbesondere betreffend die Etablierung dreier Einrichtungen,

- » einer Kompetenz- und Koordinationsstelle Partizipation, welche das Partizipationsgeschehen in Österreich überblickt, vernetzt und einschlägige Lernerfahrungen bündelt,
- » eines Forums zivilgesellschaftlicher Akteure,
- » eines Überblicksportals zu bestehenden Beteiligungsprozessen und beteiligten bzw. an Beteiligung interessierten Akteuren.

Eine wichtige Grundlage für weitere Überlegungen in diese Richtung ist das Wissen um bestehende Anwendungsbeispiele von Partizipation im Gesundheitssystem einschließlich der beteiligten Akteure und ihres Unterstützungsbedarfs. Daher wurde die Gesundheit Österreich GmbH vom BMSGPK mit einer entsprechenden Erhebung beauftragt, mittels deren nächste Schritte zur Weiterentwicklung und Unterstützung von Bevölkerungs- und Patientenpartizipation erarbeitet werden sollen.

Bislang lagen nur Annäherungen in Teilbereichen vor. So hat etwa die Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS) aufbereitet, in welchen Gremien auf Bundesebene Selbsthilfevertretungen oder andere Erfahrungsexpertinnen und -experten beteiligt sind bzw. aufgrund der Geschäftsordnungen der Gremien beteiligt werden könnten, z. B. in der Hinzuziehung von Expertinnen und Experten bei ausgewählten Fragestellungen (ÖKUSS 2021). Mitglieder der Kompetenzgruppe Partizipation der Österreichischen Gesellschaft für Public Health haben unter den ÖGPH-Mitgliedern eine Erhebung darüber durchgeführt, wo Partizipation in Forschung, Strategieentwicklung und/oder Praxis umgesetzt wird (Rojatz/Wahl 2022).

Eine Erhebung von Anwendungsbeispielen in puncto Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung im Gesundheitsbereich steht vor der Herausforderung eines diversen Beteiligungsverständnisses (Ocloo et al. 2021) und ist mit vielfältigen Einflussfaktoren der Gesundheit konfrontiert. Ein „Abstecken“ des Erhebungsspektrums war daher ebenso wichtig wie eine möglichst leicht verständliche Begrifflichkeit, die Personen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern (z. B. Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung) verstehen.

Der Fokus der Erhebung liegt auf kollektiven Beteiligungsprozessen in Abgrenzung zu individuellen Entscheidungen (z. B. individuelle Behandlungs- oder Ernährungsentscheidung). Berücksichtigt

werden sowohl Formen echter Beteiligung mit Mitentscheidungsmöglichkeiten (Partnerschaft) als auch Vorstufen der Beteiligung wie zum Beispiel Konsultation und Information (vgl. Standards für Öffentlichkeitsbeteiligung, Österreich/Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2009). Für die Beschreibung des interessierenden Spektrums an Entscheidungen wurde, der Machbarkeitsstudie folgend, das Gesundheitssystem herangezogen und wurden entsprechend einer früheren Erhebung (Rojatz/Wahl 2022) Strategieentwicklung, Forschung und Praxis in den Fokus gerückt. Im Entwicklungsprozess wurde dies weiter konkretisiert mit Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Gesundheitsversorgung, um auch Akteurinnen und Akteure aus der Gesundheitsförderung anzusprechen. Dadurch wird auch ermöglicht, die Ergebnisse weiterer Projekte im Rahmen der Agenda Gesundheitsförderung zu verwenden. Dementsprechend wurde nach Anwendungsbeispielen von Partizipation in den drei Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung gefragt.

2 Methode

Um einen Überblick über aktuelle Umsetzungsbeispiele von Partizipation unter Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem zu erhalten, wurde eine Onlinefragebogenerhebung über das Programm LimeSurvey durchgeführt. Eine Befragung ermöglicht, einen Überblick über die österreichische Partizipationslandschaft in diesem Bereich zu erhalten und möglichst breit ein Bild über den Status quo und einschlägige Bedarfe zu erhalten. Dies legte einen Fragebogen mit überwiegend geschlossenen Fragen nahe.

Fragebogenentwicklung

Bei der Fragebogenentwicklung konnte auf einer früheren Erhebung (Rojatz/Wahl 2022) aufgebaut werden. Wie in dieser wurde auch in der vorliegenden Erhebung das Partizipationsmodell von Marent et al. (2015) als Grundlage herangezogen, das zwischen Beteiligungskontext (Ziele, Inhalt, Beteiligte), Beteiligungsprozess (Macht, Zeit, eingebrachtes Wissen) und Beteiligungsmethoden differenziert. Mit der Verwendung dieses Modells ist auch die Definition von Partizipation der Forschergruppe verbunden: „Bei Partizipation geht es um die mehr oder weniger formalisierte und gesicherte, unmittelbare Einflussmöglichkeit auf Prozesse der Meinungsbildung, Entscheidungsfindung, -umsetzung und -bewertung durch jene Personen oder Gruppierungen, die nicht qua professionellem Expertenstatus, formale politische oder bürokratische Legitimation oder informelle Machtpositionen ohnedies eingebunden sind, und die von diesen Entscheidungen direkt oder indirekt, faktisch oder potentiell betroffen sind“ (Forster 2015, 3). Ergänzend wurde auch die Partizipationsdefinition von Straßburger und Rieger herangezogen, um auch die Transparenz bezüglich der Einflussmöglichkeiten in Bezug auf Entscheidungen hervorzuheben: „Partizipation bedeutet, an Entscheidungen mitzuwirken und damit Einfluss auf das Ergebnis nehmen zu können. Sie basiert auf klaren Vereinbarungen, die regeln, wie eine Entscheidung gefällt wird und wie weit das Recht auf Mitbestimmung reicht.“ (Straßburger/Rieger 2019, 230). Entgegen der von Straßburger und Rieger vorgeschlagenen Partizipationspyramide wurde der Einfluss auf Entscheidungen entsprechend den Standards für Öffentlichkeitsbeteiligung in drei Kategorien – Information, Konsultation, Kooperation – zusammengefasst (Österreich/Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2009). Information wurde als wichtige Vorstufe von Beteiligung auch berücksichtigt, um einen möglichst umfassenden Überblick über entstehende Beteiligungsprozesse zu erhalten. Eine differenziertere Abfrage der Einflussnahmemöglichkeiten schien angesichts potenzieller Zuordnungsschwierigkeiten zu anspruchsvoll bzw. schwierig zu interpretieren.

Daraus abgeleitet, wurden die nachfolgenden Anwendungsbeispiele gesucht:

- » Beteiligungsprozesse/-strukturen im Gesundheitssystem aus den Handlungsfeldern **Forschung, Strategieentwicklung¹ und Praxis** in den Bereichen **Gesundheitsförderung,**

¹

Gefragt wurde nach Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung – aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Folge nur von „Strategieentwicklung“ gesprochen.

Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung (u. a. Primärversorgung, Krankenhaus, öffentliche Gesundheit etc.)

- » mit **Beteiligung der Bevölkerung bzw. ausgewählter Bevölkerungsgruppen** (z. B. Patientinnen und Patienten oder Menschen mit Migrationshintergrund),
- » die **über einen längeren Zeitraum konsultiert** werden oder mitgestalten können (nur Information oder einmalige Befragung gilt hier nicht als Beteiligung bzw. Partizipation)

Eine erste Version des Fragebogens wurde elf Personen, die partizipative Prozesse umsetzen, mit der Bitte geschickt, den Fragebogen auszufüllen und Feedback hinsichtlich Verständlichkeit, Anwendbarkeit und Relevanz der Fragen zu geben. Zusätzlich wurde der Fragebogenentwurf im Rahmen einer Sitzung der Kompetenzgruppe Partizipation der ÖGPH diskutiert. Die Rückmeldungen waren unterschiedlich und betrafen insbesondere den Umfang. Manche äußerten Zweifel bezüglich der Länge, für andere war der Umfang passend, vereinzelt wurden auch Erweiterungen vorgeschlagen. Das Feedback wurde eingearbeitet und nach Möglichkeit vereinfacht. Der Fragebogen umfasste schließlich 33 Fragen. Es konnten bis zu fünf Anwendungsbeispiele von Beteiligung angegeben werden, wobei der Fragebogenlink nicht personalisiert war und auch eine Person mehrmals eintragen konnte. Der Terminus Anwendungsbeispiel wurde gewählt, weil sich im Zuge der Pretests herausstellte, dass eine umfassende Erhebung wenig realistisch ist. Daher wurden Umsetzer:innen von Anwendungsbeispielen für Beteiligung zur Einmeldung von bis zu fünf Beispielen eingeladen, die in den letzten fünf Jahren gestartet haben. Der Zeitraum erschien zweckmäßig, um auch die Zeit vor der Coronapandemie einzuschließen. Eine Version des Fragebogens kann im Anhang eingesehen werden (siehe Anhang).

Dissemination und Durchführung der Erhebung

Der Fragebogen stand ab 30. März online zur Verfügung und wurde über einschlägige Netzwerke und Organisationen verbreitet:

Tabelle 2.1:

Überblick über angeschriebene Organisationen und Netzwerke nach Handlungsfeld und Setting

	Forschung	Strategieentwicklung (Politik/ Verwaltung)	Praxis	bereichsübergreifend
Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention	Universitäten und Fachhochschulen im Bereich Gesundheitsförderung	Focal Points für Frauengesundheit (Aktionsplan Frauengesundheit)	Focal Points für Frauengesundheit (Aktionsplan Frauengesundheit) AKS-Organisationen Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen LGBTQI* Vereine Netzwerk BGF	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (Newsletter) Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (Newsletter)
Gesundheitsversorgung		ausgewählte Gremienverantwortliche, vgl. ÖKUSS (2021)	Psychiatriekoordinatorinnen/-koordinatoren Suchtkoordinatorinnen/-koordinatoren Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (Mail an Mitglieder)	Plattform Primärversorgung
bereichsübergreifend	Ludwig Boltzmann Gesellschaft Open Innovation in Science	Steuerungsgruppe Machbarkeitsstudie		Public Health Forum ÖGPH-Kompetenzgruppe Partizipation Steuerungsgruppe zum Reformprozess „Öffentlicher Gesundheitsdienst“

Quelle: GÖG

Zusätzlich wurde der Fragebogen an alle Mitarbeiter:innen der Gesundheit Österreich GmbH geschickt sowie an die Teilnehmer:innen der Workshops und die Mitglieder der Steuerungsgruppe, die sich im Rahmen der Machbarkeitsstudie zur Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen beteiligten (Moser et al. 2022).

Es wurden zwei Reminder ausgesickt und Anfang Mai ausgewählte Personen, von denen bekannt war, dass sie Beteiligungsprozesse begleiten, persönlich angeschrieben und zur Beteiligung eingeladen.

Für den vorliegenden Bericht wurden alle Rückmeldungen bis 31. 5. 2023 einbezogen. Die Erhebung ist seither weiterhin für Einmeldungen offen. Es wird angestrebt, in regelmäßigen Abständen (z. B. jährlich) eine Aktualisierung des Berichts vorzunehmen.

Datenbereinigung und -auswertung

Die Auswertung erfolgte vorrangig deskriptiv, vereinzelt bivariat. Die geschlossenen Fragen wurden mittels Häufigkeitsauszählungen analysiert. Vereinzelt wurden Kreuztabellen erstellt – insbesondere wurden Auswertungen nach Settings (kommunale Partizipationsprozesse, Gesundheitsversorgung², Gesundheitsförderung [außerhalb der Gesundheitseinrichtungen] bzw. Handlungsbereich (Politik/Verwaltung/Strategieentwicklung, Forschung, Praxis) durchgeführt. Offene Antworten wurden kategorisiert. Bei der Kategorisierung der eingesetzten Beteiligungsmethoden wurde der Kategorisierung von Kasberg et al. (2021) gefolgt.

In einem ersten Schritt wurden die Daten um Mehrfacheinmeldungen und den Durchführungszeitraum bereinigt. Kam es zu Mehrfacheinmeldungen, wurde nach Möglichkeit die Perspektive der Erfahrungsexpertinnen/-experten oder der Auftraggeberseite gewählt. Anwendungsbeispiele, die nur eine begrenzte Laufzeit gehabt hatten und vor 2019 ausgelaufen waren, wurden ebenso ausgeschlossen. Korrigiert wurde weiters die Einschätzung der Ziele und Zielgruppen, wenn die offenen Antworten einer der vorgegebenen Kategorien zugeordnet werden konnten.

Ergebnisinterpretation und -diskussion

Alle Personen, die weitere Informationen zu den Ergebnissen wünschten, wurden zu einem Online-ergebnisworkshop eingeladen, der am 19. 6. 2023 stattfand und an dem 25 Personen teilnahmen. Nach einer Vorstellung der Ergebnisse der Erhebung wurden diese diskutiert und Auffälligkeiten in nichtmoderierten Kleingruppen diskutiert und anschließend im Plenum geteilt. In einer zweiten Kleingruppenarbeit wurden die Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf bei der Umsetzung von Beteiligung und Anforderungen an eine mögliche Kompetenz- und Koordinationsstelle Beteiligung im Gesundheitssystem diskutiert. Die Ergebnisse flossen insbesondere in die Diskussion ein.

2

Gesundheitsförderungsprojekte in Gesundheitseinrichtungen (z. B. Krankenhaus, Hausarztpraxis) wurden unter Gesundheitsversorgung kategorisiert.

3 Ergebnisse

Nach Bereinigung der Daten ergab sich, dass 87 Personen insgesamt 146 Anwendungsbeispiele von Beteiligung eingemeldet haben. Eine Übersicht über Anwendungsbeispiele, für die Befragungsteilnehmer:innen einen öffentlichen Weblink angegeben haben, findet sich im Anhang. Dabei haben 37 Personen (43 %) zwei Beispiele, 19 Personen (22 %) drei Beispiele, acht Personen (9 %) vier Beispiele und drei Personen (3 %) fünf Beispiele eingetragen und 19 % ein Beispiel. Im Falle einzelner Organisationen haben auch mehrere Personen Anwendungsbeispiele eingetragen.

Die 146 Anwendungsbeispiele verteilen sich wie folgt auf die Handlungsfelder und Settings: 77 Anwendungsbeispiele (53 %) entfallen auf das Handlungsfeld Praxis, 45 Anwendungsbeispiele (31 %) auf Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung und 19 Anwendungsbeispiele (13 %) auf den Bereich Forschung. Fünf Beispiele lassen sich keinem der Handlungsfelder eindeutig zuordnen und sind in der Schnittstelle zwischen Praxis und Forschung einzuordnen. Hinsichtlich der Settings wurden 70 Anwendungsbeispiele (48 %) im Bereich Gesundheitsversorgung, 44 Anwendungsbeispiele (30 %) im Bereich kommunale Beteiligungsprozesse und 32 Anwendungsbeispiele (22 %) im Bereich Gesundheitsförderung in Organisationen eingemeldet. Tabelle 3.1 zeigt die bivariate Verteilung der Merkmale Handlungsfeld und Setting in absoluten Zahlen.

Tabelle 3.1:
Anwendungsbeispiele von Beteiligung nach Handlungsfeld und Setting

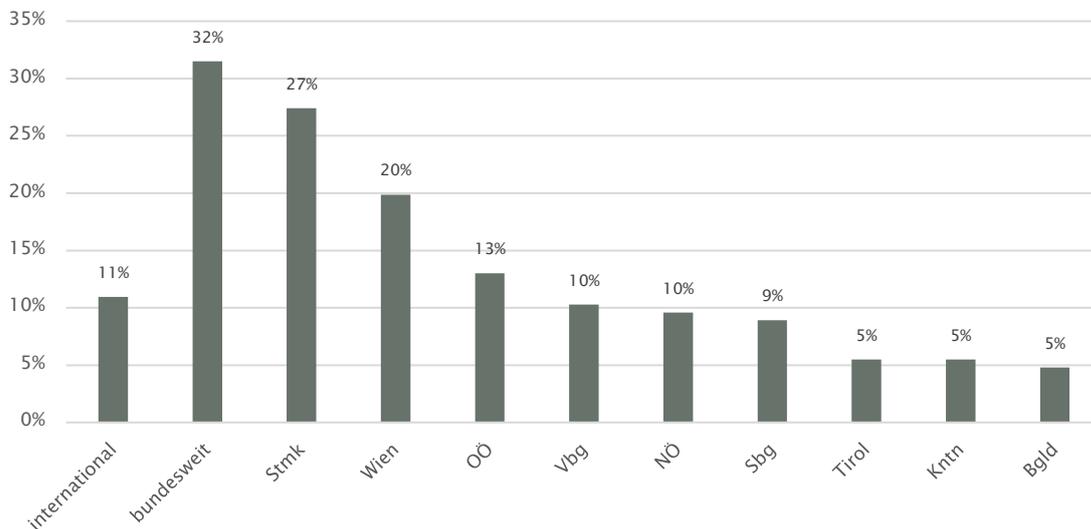
Handlungsfeld/ Setting	Gesundheits- versorgung	kommunale Partizi- pationsprozesse	Gesundheits- förderung in Organisationen (ohne Gesundheits- einrichtungen)	Gesamt
Praxis	31	27	19	77
Politik, Verwaltung, Strategieentwick- lung	26	12	7	45
Forschung	10	4	5	19
andere	3	1	1	5
Gesamt	70	44	32	146

Quelle: GÖG

Unter den Anwendungsbeispielen finden sich Prozesse in allen Bundesländern. Bei 46 Anwendungsbeispielen ist eine bundesweite und bei 16 eine internationale Tätigkeit zu verzeichnen. Abbildung 3.1 zeigt den geografischen Wirkungsbereich der Anwendungsbeispiele.

Abbildung 3.1:

Welche geografische Reichweite haben die jeweiligen Anwendungsbeispiele bzw. wo finden die Anwendungsbeispiele statt? (N = 146)



relative Häufigkeiten in N = 146; Mehrfachnennungen möglich

Quelle und Darstellung: GÖG

Nachfolgend wird entlang des Partizipationsmodells von Marent et al. (2015) auf den Kontext, den Beteiligungsprozess und die angewandten Methoden der Anwendungsbeispiele eingegangen.

3.1 Kontext der Beteiligung: Ziele, Handlungsfelder, Settings und Rollen

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem Kontext der Anwendungsbeispiele. Auf Basis der Ergebnisse können Schlüsse über folgende Aspekte, angelehnt an Marent et al. (2015), gezogen werden:

- » Ziele der Beteiligung: Was ist der Zweck der Beteiligung?
- » Setting und Handlungsfelder: Woran erfolgt Beteiligung?
- » Rollenperspektive: Wer beteiligt sich?

Beteiligungsziele: Warum erfolgt Beteiligung?

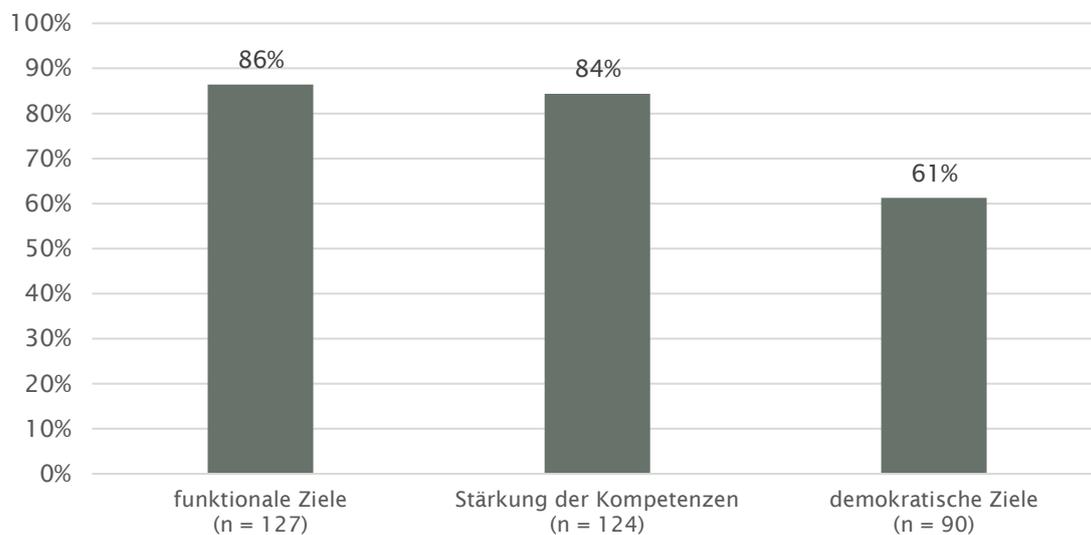
Es finden sich unterschiedliche Differenzierungsarten für den Zweck von Beteiligung. Auf einer allgemeinen Ebene kann zwischen demokratischen (i. S. einer Beteiligung als Zweck an sich) und funktionalen Zielen (i. S. einer Beteiligung als Mittel zum Zweck) unterschieden werden. Für die

Fragebogenerhebung wurde zudem noch die Stärkung von Kompetenzen (Empowerment) als wichtiges Ziel der Gesundheitsförderung ergänzt.

In 86 Prozent der Anwendungsbeispiele werden funktionale Ziele verfolgt, fast annähernd so häufig wurde die Stärkung der Kompetenzen (84 %) als Zielsetzung angegeben, und in 61 Prozent der Fälle wurden demokratische Ziele genannt. In fast der Hälfte der Anwendungsbeispiele (49 %) werden alle drei Ziele angeführt, in 33 Prozent der Fälle werden zwei Ziele und in 18 Prozent der Anwendungsbeispiele wird ausschließlich ein Ziel verfolgt.

Abbildung 3.2:

Welche Ziele wurden/werden im jeweiligen Anwendungsbeispiel verfolgt? (N = 146)



relative Häufigkeiten in N = 146 nach der Zielart; Mehrfachangaben möglich

funktionale Ziele: Beispiele sind hier Qualitätsverbesserung, Bedarfsorientierung, Veränderung der Lebenswelt unter besonderer Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, Generierung von Wissen

demokratische Ziele: Beispiele sind hier „Mitbestimmung ermöglichen“, „in Kommunikation treten“, „Austausch stärken“, „Dialog fördern“

Kompetenzenstärkung: Beispiele sind hier Empowerment, Befähigen, Stärkung der Gesundheit von Bevölkerungsgruppen

Quelle und Darstellung: GÖG

Für 39 Anwendungsbeispiele nutzten die Befragungsteilnehmer:innen auch die Option, andere Ziele anzuführen. Die Freitextantworten waren Konkretisierungen der angegebenen Zielsetzungen in den vorgegebenen Antwortkategorien:

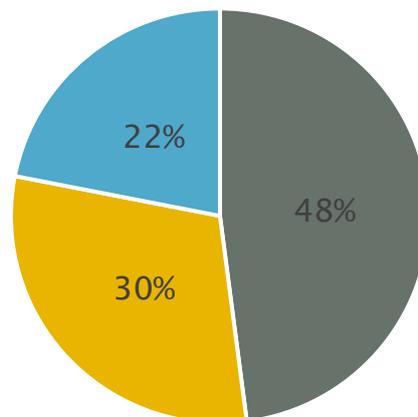
- » demokratische Zielsetzung: Vernetzung
- » funktionale Zielsetzung: Modell-/Strukturentwicklung
- » Stärkung der Kompetenzen: Stärkung einer ausgewählten Zielgruppe (z. B. ältere Menschen), Stärkung von Gesundheitskompetenz

Settings und Handlungsfelder: Woran erfolgt Beteiligung?

Fast die Hälfte (48 %; n = 70) der Anwendungsbeispiele (N = 146) verorten sich in der Gesundheitsversorgung, 30 Prozent in kommunalen Partizipationsprozessen (n = 44) und 22 Prozent (n = 32) im Setting Gesundheitsförderung in Organisationen (ohne Gesundheitseinrichtungen).

Abbildung 3.3:

Mit welchem Setting / Mit welchen Settings beschäftigt sich Ihr Anwendungsbeispiel, an wen richten sich die Ergebnisse? (N = 146)



- Gesundheitsversorgung (n = 70)
- kommunale Partizipationsprozesse (n = 44)
- Gesundheitsförderung in Organisationen (ohne Gesundheitseinrichtungen) (n = 32)

Quelle und Darstellung: GÖG

Innerhalb der Bereiche Gesundheitsversorgung, kommunale Partizipationsprozesse und Gesundheitsförderung in Organisationen (ohne Gesundheitseinrichtungen) meldeten die Erhebungsteilnehmenden die adressierten Subsettings ein.

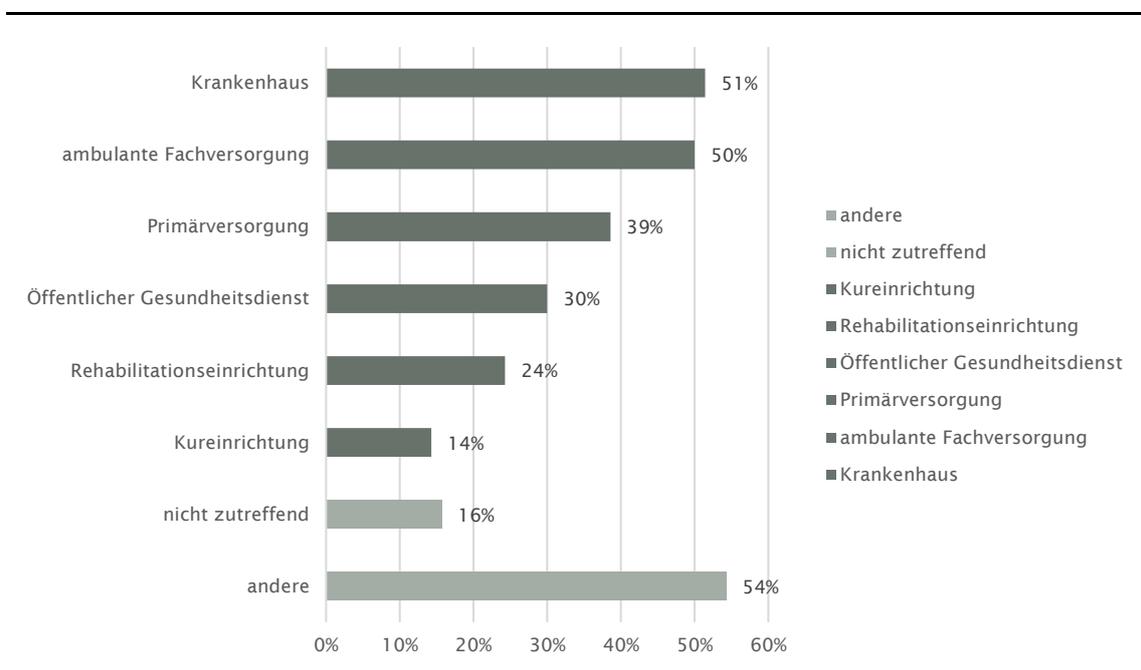
Für das Setting Gesundheitsversorgung (n = 70) zeigt sich, dass in knapp über der Hälfte der Anwendungsbeispiele das Setting Krankenhaus oder ambulante Fachversorgung adressiert wird (siehe Abbildung 3.4).

In den Anwendungsbeispielen der kommunalen Partizipationsprozessen (n = 44) findet Beteiligung insbesondere in Gemeinde(n), Nachbarschaft und Grätzeln statt (siehe Abbildung 3.5).

Für das Setting Gesundheitsförderung (außerhalb der Gesundheitseinrichtungen; n = 32) zeigt sich, dass in über der Hälfte der Fälle Vereine, Jugendzentren, Schulen und andere Bildungseinrichtungen adressiert werden (siehe Abbildung 3.6).

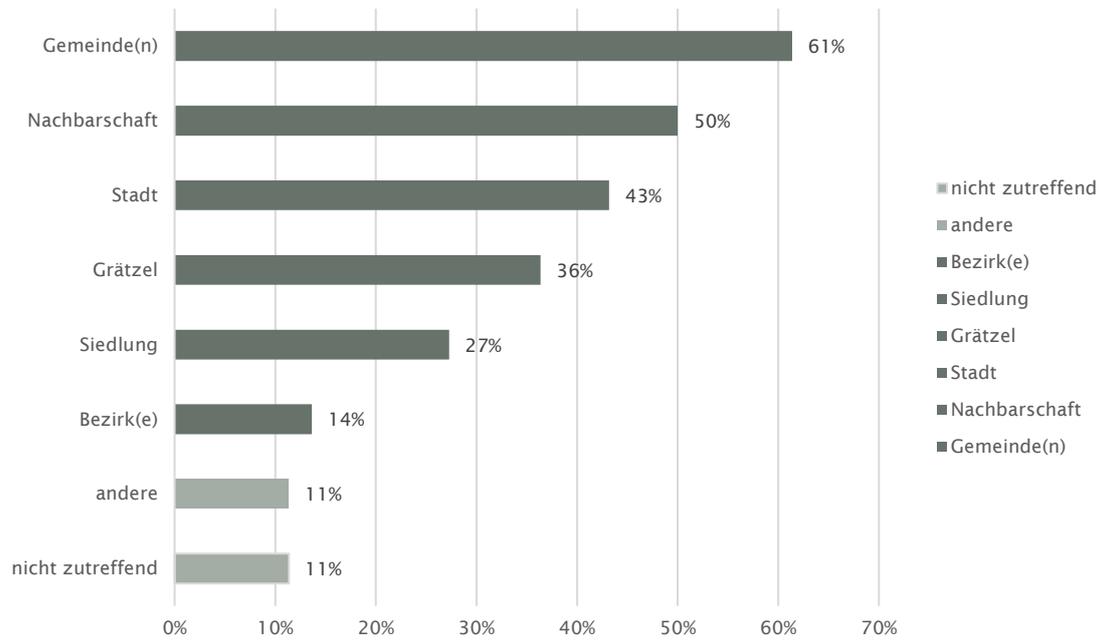
Es wurde allgemein auch die Kategorie „andere“ abgefragt. Hier hat sich gezeigt, dass sich settin-
gübergreifende Strategieentwicklungsprozesse nicht eindeutig einem Setting zuordnen lassen,
weswegen sie unter „andere“ rubriziert wurden. Dasselbe gilt für ein Anwendungsbeispiel aus der
Praxis, in dessen Fall Schnittstellen unterschiedlicher Settings (Gesundheitsversorgung, Gesund-
heitsförderung [außerhalb der Gesundheitseinrichtungen], kommunale Partizipationsprozesse)
adressiert werden. Darüber hinaus wurden unter der Kategorie „andere“ Beispiele aus dem digita-
len Setting angeführt, d. h. der Raum Social Media als Setting. Auch spezifische Settings wie Ge-
meinwesenzentren oder Gesundheitsplattformen wurden separat genannt oder allgemein „Le-
benswelten von Jugendlichen“, die sich durchaus divers gestalten können.

Abbildung 3.4:
Subsettings im Setting Gesundheitsversorgung (n = 70; Mehrfachangaben möglich)



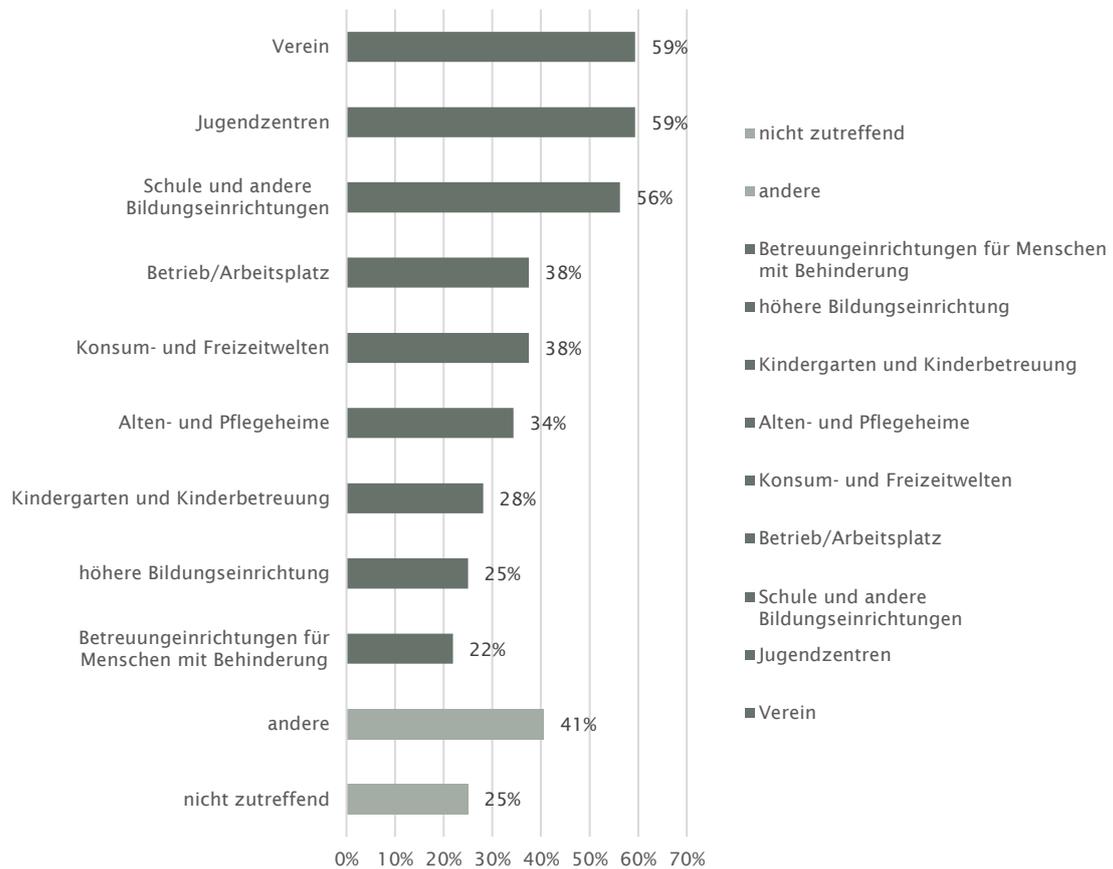
Quelle und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.5:
Subsettings im Setting kommunale Prozesse (n = 46; Mehrfachangaben möglich)



Quelle und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.6:
 Subsettings im Setting Gesundheitsförderung (ohne Gesundheitseinrichtungen; n = 32;
 Mehrfachangaben möglich)



Quelle und Darstellung: GÖG

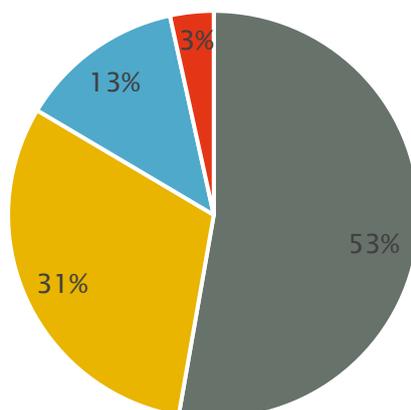
In welchen Handlungsfeldern findet Beteiligung statt?

Über die Hälfte der Anwendungsbeispiele (n = 77; 53 %) ist im Handlungsfeld Praxis angesiedelt, gefolgt von fast einem Drittel (n = 45; 31 %) auf der Ebene der Strategieentwicklung. 13 Prozent (n = 19) der Beispiele stammen aus der Forschung, und drei Prozent (n = 5) konnten nicht klar verortet werden, beispielsweise partizipativ erstellte Gute Gesundheitsinformationen und Bedarfserhebungen im Rahmen von Praxisprojekten. Sie umfassen Aspekte sowohl der Praxis als auch der Forschung.

Abbildung 3.7:

In welchem Handlungsfeld lässt sich das jeweilige Anwendungsbeispiel primär verorten?

(N = 146)



- Praxis (n = 77)
- Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung: Veränderung von Strukturen/Prozessen (n = 45)
- Forschung (n = 19)
- andere (n = 5)

Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung: Veränderungen von Strukturen/Prozessen wie zum Beispiel im Falle des Nationalen Aktionsplans für seltene Erkrankungen
Forschung: partizipative Gesundheitsforschung, Citizen-Science, Open Innovation
Praxis: Veränderungen der Praxis von Organisationen/Settings wie zum Beispiel in einer Primärversorgungseinrichtung, Gemeinde, Schule oder in einem Kindergarten

Quelle und Darstellung: GÖG

Rollen in Beteiligungsprozessen: Wer beteiligt und wird beteiligt?

Gemäß dem zugrunde liegenden Beteiligungsverständnis des vorliegenden Berichts kommen in Anwendungsbeispielen für Beteiligung immer mehrere, d. h. mindestens zwei Perspektiven zusammen (Bevölkerung[sgruppe], Praktiker:innen, Forscher:innen, Auftraggeber).

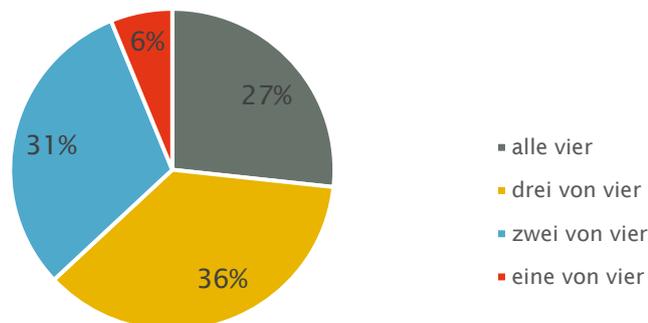
Bei fast allen erhobenen Anwendungsbeispielen ($n = 145$; 99 %) wurde angegeben, dass die Bevölkerungsperspektive einbezogen ist. In einigen Fällen wurden die Angaben bereinigt, u. a. wenn bei der Frage nach der Einflussmöglichkeit von Bevölkerungsgruppen angeführt wurde, die Bevölkerung/Bevölkerungsgruppen würden partnerschaftlich oder konsultativ beteiligt. Nur in einem Anwendungsbeispiel, bei dem die Bevölkerungsgruppen nur informiert wurden, war dies nicht der Fall. Aufgrund fehlender Informationen über das Anwendungsbeispiel wurde es jedoch nicht ausgeschlossen. Es gibt Hinweise darauf, dass auch Information in der österreichischen Praxis als Beteiligung verstanden werden kann. Fachexpertinnen und -experten wurden am zweithäufigsten beteiligt ($n = 126$, 86 %), gefolgt von Auftraggebern ($n = 76$, 52 %) und Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftlern ($n = 67$, 46 %).

In neun Anwendungsbeispielen (6 %) wird nur die Bevölkerung beteiligt, etwa im Rahmen von Fokusgruppen, Save-Space-Konzepten, Hausparlamenten, Nachbarschaftsinitiativen, der Vernetzungsplattform für Expertinnen und Experten aus Erfahrung für psychosoziale Gesundheit oder Selbsthilfegruppen. In 45 Anwendungsbeispielen (31 %) werden zwei Perspektiven, in 53 (36 %) werden drei und in 39 (27 %) sind alle vier abgefragten Perspektiven integriert (siehe Abbildung 3.8).

Nachfolgend wird auf ausgewählte Perspektiven, insbesondere jene der Auftraggeber und umsetzungsverantwortlichen Organisationen der Beteiligung sowie der beteiligten Zielgruppen, näher eingegangen.

Abbildung 3.8:

Wie viele Personengruppen (Bevölkerung, Fachexpertinnen/-experten, Wissenschaftler:innen, Auftraggeber) werden in den Anwendungsbeispielen beteiligt? ($N = 146$)



Quelle und Darstellung: GÖG

Auftraggeber und umsetzungsverantwortliche Organisationen

Im Fragebogen wurde nach Auftraggeber bzw. Fördergebe und umsetzungsverantwortlicher Organisation gefragt³. Die Freitextantworten wurden kategorisiert – eine detaillierte Aufstellung der angegebenen Organisationen findet sich im Anhang.

Am häufigsten werden die erhobenen Anwendungsbeispiele von öffentlichen Einrichtungen auf Bundesebene (n = 64), Landesebene (n = 39) und Gemeindeebene (n = 21) in Auftrag gegeben bzw. gefördert. Umsetzungsverantwortliche Organisationen sind insbesondere Vereine einschließlich AKS-Organisationen (n = 41), öffentliche Einrichtungen auf Bundesebene (n = 33) und Forschungs-/Ausbildungseinrichtungen (n = 27).

Tabelle 3.2:
Übersicht über die Anzahl der Projekte nach Auftraggeber und umsetzender Organisation

Organisation	Anzahl Auftraggeber/ Fördergeber	Anzahl umsetzende Organisationen
öffentliche Einrichtungen auf Bundesebene (Ministerien, nachgelagerte Dienststellen)	64	31
öffentliche Einrichtungen auf Landesebene (Länder, Gesundheitsfonds)	39	13
öffentliche Einrichtungen einer Stadt oder Gemeinde	21	7
Sozialversicherungsträger / soziale Krankenversicherung	11	1
Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen	13	27
Selbsthilfedachverbände/Selbsthilfeorganisationen	9	9
Vereine inkl. AKS-Organisationen	8	41
Gesundheitseinrichtungen und soziale Einrichtungen sowie entsprechende Trägereinrichtungen	4	18
EU-Projekte/-Programme/-Initiativen	4	3
wissenschaftliche Fachgesellschaft	3	2
Netzwerke/Institute/Gesellschaften	2	5
sonstige Unternehmen und Institute	5	—
Forschungsförderungsgesellschaften/Fonds und Stiftungen	5	—
sonstige (wirtschaftliche) Unternehmen und Institute außerhalb des Gesundheitsbereichs	—	5

Quelle: GÖG-eigene Erhebung

Ergänzend zur Frage, wie die einzelnen Anwendungsbeispiele gefördert bzw. in Auftrag gegeben werden, wurde auch ausgewertet, wie viele unterschiedliche Organisationen Anwendungsbeispiele in Auftrag geben bzw. fördern. Erreicht wurden mit der Erhebung insbesondere öffentliche Einrichtungen auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene sowie Forschungs- und

3

Fragestellungen: Wer ist Auftraggeber bzw. Fördergeber des Anwendungsbeispiels? Wer ist für die Umsetzung des Anwendungsbeispiels verantwortlich (umsetzende Organisation[en])?

Ausbildungseinrichtungen, die Anwendungsbeispiele von Beteiligung in Auftrag geben und/oder fördern. Diese Einrichtungen sind vereinzelt auch Umsetzerinnen von Anwendungsbeispielen. Am häufigsten sind Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen, Gesundheitseinrichtungen und soziale Einrichtungen sowie Vereine (inkl. AKS-Organisationen und Selbsthilfeorganisationen) für die Umsetzung verantwortlich (vgl. Tabelle 3.2).

Tabelle 3.3:

Häufigkeit (absolut) der Auftraggeber bzw. Fördergeber und umsetzenden Organisationen der Anwendungsbeispiele

Organisation	Anzahl Auftraggeber/ Fördergeber	Anzahl umsetzende Organisationen
öffentliche Einrichtungen auf Bundesebene (Ministerien, nachgelagerte Dienststellen)	5	3
Öffentliche Einrichtungen auf Landesebene (Länder, Gesundheitsfonds)	13	5
öffentliche Einrichtungen einer Stadt oder Gemeinde	7	3
Sozialversicherungsträger / soziale Krankenversicherung	2	1
Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen	7	13
Selbsthilfedachverbände/Selbsthilfeorganisationen	5	4
Vereine inkl. AKS-Organisationen	4	10
Gesundheitseinrichtungen und soziale Einrichtungen sowie entsprechende Trägereinrichtungen	4	14
EU-Projekte/-Programme/-Initiativen	4	3
wissenschaftliche Fachgesellschaft	2	2
weitere Netzwerke/Institute/Gesellschaften	—	4
sonstige Unternehmen und Institute	—	6
Summe	53	60

Quelle: GÖG-eigene Erhebung

Zielgruppen/Adressatengruppen – Auswahl-/Teilnahmekriterien für die beteiligten Bevölkerung(sgruppen)

Erhoben wurde des Weiteren, welche Zielgruppen beteiligt wurden, und zwar durch die Frage, welche Auswahlkriterien für die beteiligten Bevölkerungsgruppen angewandt wurden. Abgefragt wurden

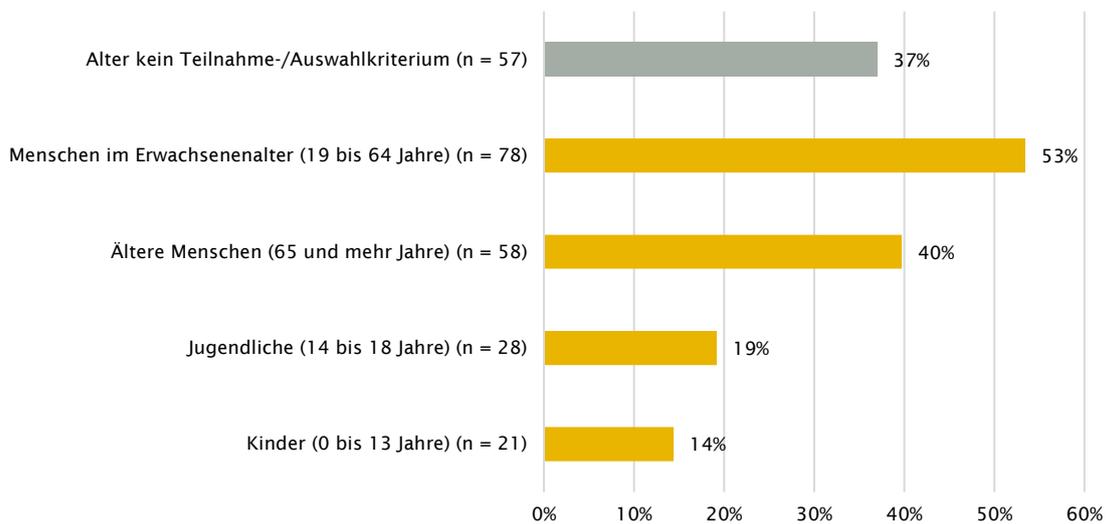
- » Gender,
- » Lebensalter,
- » Staatsbürgerschaft,
- » weitere Eigenschaften in Bezug auf Lebenslagen.

Es zeigte sich, dass Gender (n = 131, 90 %) und Staatsbürgerschaft/Aufenthaltstitel (n = 139, 95 %) in den meisten Projekten keine Auswahlkriterien darstellten. Nur in 19 (13 %) bzw. 13 (9 %) Anwendungsbeispielen werden Frauen bzw. Männer explizit zur Teilnahme eingeladen. In vier Anwendungsbeispielen sind nicht-binäre Menschen zur Teilnahme explizit eingeladen. In je vier Beispielen sind es Menschen mit trans- bzw. intergeschlechtlicher Identität (4 %). Hinsichtlich der

Staatsbürgerschaft richten sich 14 Anwendungsbeispiele (10 %) explizit an österreichische Staatsbürger:innen, neun Anwendungsbeispiele an Menschen mit anderer Staatsbürgerschaft (6 %) und vier Anwendungsbeispiele an Menschen mit Asylstatus (3 %).

Alter ist häufig ein Teilnahme-/Auswahlkriterium, konkret in 92 (63 %) der Anwendungsbeispiele. Am häufigsten werden in den erhobenen Anwendungsbeispielen Menschen im Erwachsenenalter (19–64 Jahre) zur Teilnahme eingeladen / beteiligt (53 %), gefolgt von älteren Menschen (65 und mehr Jahre; 39 %). Seltener traf dies auf Jugendliche (14–18 Jahre; n = 28, 19 %) sowie Kinder (0–13 Jahre; n = 21, 14 %) zu.

Abbildung 3.9:
Welcher Altersgruppe / Welchen Altersgruppen gehört die Zielgruppe des jeweiligen Anwendungsbeispiels an?



Altersgruppen in N = 146; Mehrfachantworten möglich

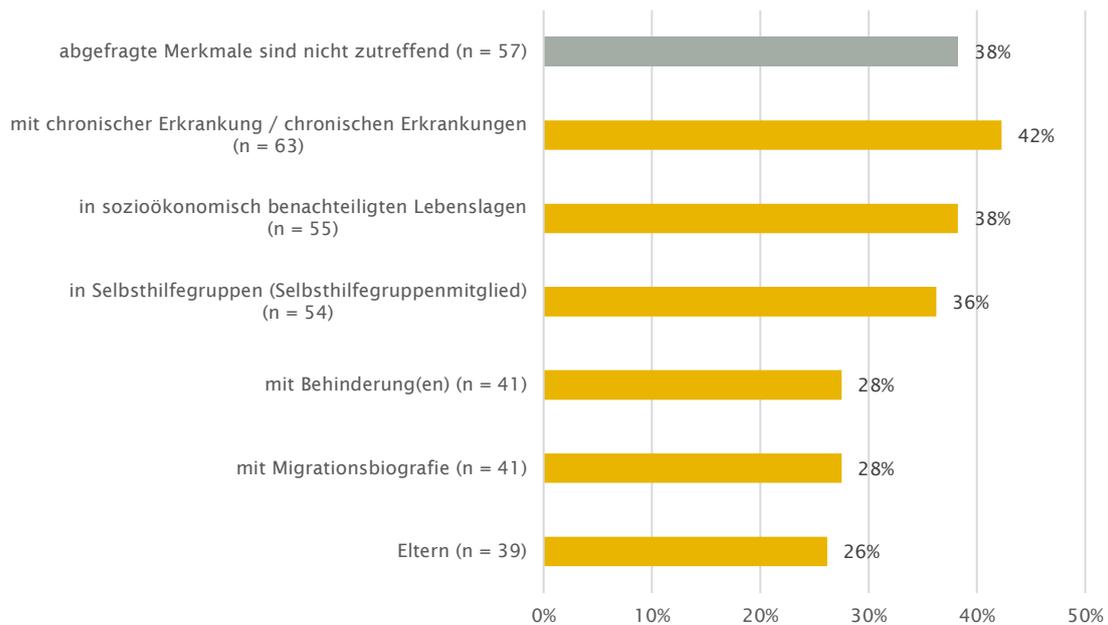
Quelle: GÖG

Gefragt wurde weiters nach ausgewählten Lebenskontexten der zur Beteiligung eingeladenen Menschen. Wie beim Merkmal Geschlecht sind unterschiedliche Lebenskontexte in 92 (63 %) der Anwendungsbeispiele ein Auswahl-/Teilnahmekriterium. Beteiligt werden in den Anwendungsbeispielen am häufigsten Menschen mit chronischen Erkrankungen (n = 63, 42 %), Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen (n = 57, 38 %), Mitglieder in Selbsthilfegruppen (n = 54, 36 %), Menschen mit Behinderung (n = 41, 28 %), Menschen mit Migrationsbiografie (n = 41, 28 %) sowie Eltern (n = 39, 26 %; vgl. Abbildung 3.10).

Abbildung 3.10:

Welches Merkmal / Welche Merkmale weist die Zielgruppe des jeweiligen Anwendungsbeispiels in Hinblick auf Lebenskontexte auf?

Menschen...



Merkmale in N = 146; Mehrfachantworten möglich

Quelle: GÖG

In Anwendungsbeispielen für Beteiligung in der Gesundheitsversorgung werden insbesondere Patientinnen und Patienten als Nutzer:innen (n = 63, 42 %), Patientinnen/Patienten in Gesundheitseinrichtungen (n = 45, 30 %) und Menschen in Betreuungs-/Pflegeeinrichtungen (n = 11, 7 %) beteiligt.

Die Erhebungsteilnehmer:innen hatten darüber hinaus die Gelegenheit, weitere Zielgruppe anzugeben bzw. die angeführten Zielgruppen/Merkmale zu spezifizieren. Die Freitextantworten zeigten zum einen weitere Bevölkerungsgruppen auf und zum anderen die Bedeutung der Kombination mehrerer Eigenschaften (z. B. Eltern/Familien mit einer erkrankten Person, Alter und Armutsgefährdung).

Folgende Kategorien können auf Basis der offenen Antworten ergänzt werden:

- » Angehörige im Sinne an- oder zugehöriger Personen einer chronisch kranken Person oder betreuende bzw. pflegende Angehörige (n = 12)
- » Selbstvertreter:innen (n = 6)
- » Nutzer:innen von mobilen Diensten oder Tagesstrukturen (n = 3)
- » ehrenamtliche Mitarbeiter:innen (n = 1)

- » Forschungsinteressierte (n = 1)
- » Menschen, die wenig körperlich aktiv sind (n = 1)
- » Kinder in der außerschulischen offenen Jugendarbeit (n = 1)
- » Mitarbeiter:innen in einem Betrieb bzw. ausgewählte Mitarbeitergruppen (z. B. Reinigungskräfte)

Es zeigte sich der Bedarf, einige Kategorien stärker ausdifferenzieren:

- » Menschen mit Migrationshintergrund können weiter differenziert werden in Menschen aus einem bestimmten Herkunftsland (n = 1) oder nach ihrem Aufenthaltstitel (z. B. Asylwerber:innen), ebenso
- » Menschen mit einer definierten Erkrankung, z. B. in Betroffene von Demenz, Diabetes, KHK, seltenen Erkrankungen, Parkinson; n = 10).

Ergänzt wurden weitere Adressatengruppen, die zwei oder mehr Merkmale aufwiesen:

- » Eltern bzw. Familien mit zusätzlicher Belastung (z. B. kleinen Kindern, psychischer Erkrankung)
- » ältere Menschen mit zusätzlicher Belastung wie etwa wenigen sozialen Kontakten
- » Jugendliche am Übergang zu Beruf oder Ausbildung bzw. Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien

Organisierte Gruppen

In den erhobenen Anwendungsbeispielen erfolgt Beteiligung insbesondere durch organisierte Gruppen: Nur bei knapp einem Drittel (n = 47, 32 %) der Anwendungsbeispiele werden (ausschließlich) Einzelpersonen beteiligt. In 79 Anwendungsbeispielen (54 %) werden organisierte Bevölkerungsgruppen/Personengruppen beteiligt. In weiteren 20 Anwendungsbeispielen (14 %) sind sich die Befragungsteilnehmer:innen in dieser Hinsicht unsicher.

In einer offenen Freitextfrage wurde bei den Anwendungsbeispielen mit organisierten Gruppen danach gefragt, welche Gruppen beteiligt werden (vgl. Tabelle 3.4). Insbesondere für Menschen mit chronischen somatischen bzw. psychosozialen Erkrankungen und ihre Angehörigen konnten organisierte Gruppen erhoben werden.

Tabelle 3.4:

Organisierte Bevölkerungsgruppen, die beteiligt werden, und die entsprechenden Organisationen

Bevölkerungsgruppe	organisierte Gruppen
Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> » Jugendvertretung » Jugendzentren, Jugendeinrichtungen » Landjugend » Schulklassen
ältere und alte Menschen	<ul style="list-style-type: none"> » Pensionistenverband » Seniorenklubs » Seniorenverein
Menschen mit chronischer Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> » Alzheimer Austria » Blinden- und Sehbehindertenverband OÖ » Netzwerk AGS-Ö » Pro Rare Austria » SALZ – Steirische Alzheimerhilfe » Selbsthilfedachverband (Selbsthilfe Oberösterreich) » Selbsthilfegruppen (u. a. Darmkrebs, Pankreaskarzinom, Kopfweh; in Oberösterreich) » SHG Prostatakrebs » VertretungsNetz Erwachsenenvertretung Stmk.
Expert:innen aus Erfahrung für psychische Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> » Achterbahn » Angst frisst Seele auf » Dachverband IDEE Austria » HSSG Landesverband NÖ » Idee Wien » IV pro mente Burgenland » Kärntner Empowerment Bewegung (KEB) » Peer Center Salzburg » SHG für Zwangserkrankte (Steiermark) » SHG Psychische Erkrankungen Burgenland » SHG Zwänge (Kärnten) » Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion (TIPSI) » Verein Freiräume Wien » Verein Omnibus » Verein Voice 4 You
Angehörige von Menschen mit chronischer Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> » HPE Steiermark » Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger » Pflegestammtisch für pflegende Angehörige
Menschen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> » KlientInnensprecherInnen in psychosozialen Einrichtungen
internationale Selbsthilfeorganisationen	<ul style="list-style-type: none"> » ALAN » EURORDIS » Genetic Alliance » International Gaucher Alliance » World Duchenne Organisation
weitere Nennungen	<ul style="list-style-type: none"> » arbeitsmarktpolitische Einrichtungen » Österreichischer Touristenklub » Österreichische Krebshilfe » Betreuungseinrichtungen für ältere Menschen (z. B. Tagesbetreuungszentrum Menda) » Connexia » Kirchen: Katholisches Bildungswerk Vorarlberg, Pfarren » Patientenanwaltschaft

Quelle: GÖG

3.2 Beteiligungsprozess: Niveau, Phasen und Laufzeiten

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem Beteiligungsprozess in den Anwendungsbeispielen. Auf Basis der Ergebnisse können Schlüsse über folgende Aspekte, (angelehnt an Marent et al. 2015), gezogen werden:

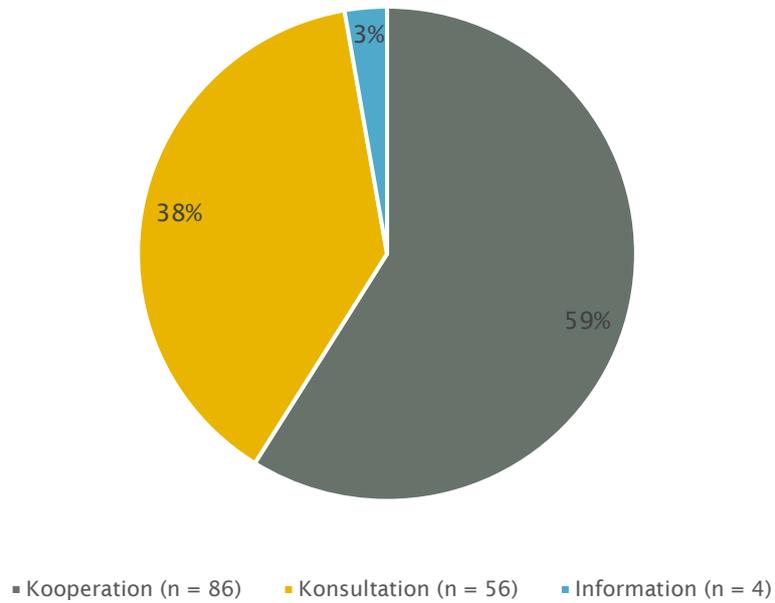
- » Einflussnahme/Beteiligungsniveau: Auf welchem Niveau können Bevölkerungsgruppen Einfluss nehmen?
- » Phasen der Beteiligung: Wann erfolgt Beteiligung? Und wie lange dauern Beteiligungsprozesse?

Beteiligungsniveau: Auf welchem Beteiligungsniveau wird die Bevölkerung beteiligt?

In der Literatur finden sich unterschiedliche Kategorisierungen für die Einflussnahme der Bevölkerung auf Entscheidungen. Für den Gegenstand der vorliegenden Erhebung wurde auf die Kategorisierung der österreichischen Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung zurückgegriffen. Sie differenzieren zwischen der informativen, konsultativen und kooperativen Öffentlichkeitsbeteiligung (Österreich/Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2009). In über der Hälfte (n = 86; 59 %) der Anwendungsbeispiele ist die höchste Stufe der Beteiligung Kooperation. Diese ist in jenen Anwendungsbeispielen anzutreffen, in denen Bevölkerungsgruppen Einfluss auf Entscheidungen nehmen können und eine gemeinsame Entscheidung zwischen den verschiedenen Beteiligungsgruppen erfolgt. In 38 Prozent (n = 56) der Anwendungsbeispiele ist Konsultation die höchste Beteiligungsstufe. Das bedeutet, dass die Bevölkerung befragt wird und/oder beratend an Entscheidungen mitwirkt. In drei Prozent (n = 4) der Anwendungsbeispiele werden die Bevölkerungsgruppen ausschließlich informiert. Bei der Information läuft die Kommunikation nur in eine Richtung, d. h. die Bevölkerungsgruppen werden ausschließlich informiert, können aber keinen Einfluss nehmen.

Abbildung 3.11:

Welche Einflussmöglichkeiten hat die Zielgruppe bzw. haben die Zielgruppen, d. h. beteiligte Bevölkerung(sgruppen) bzw. Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung?



höchste Einflussmöglichkeit in N = 146

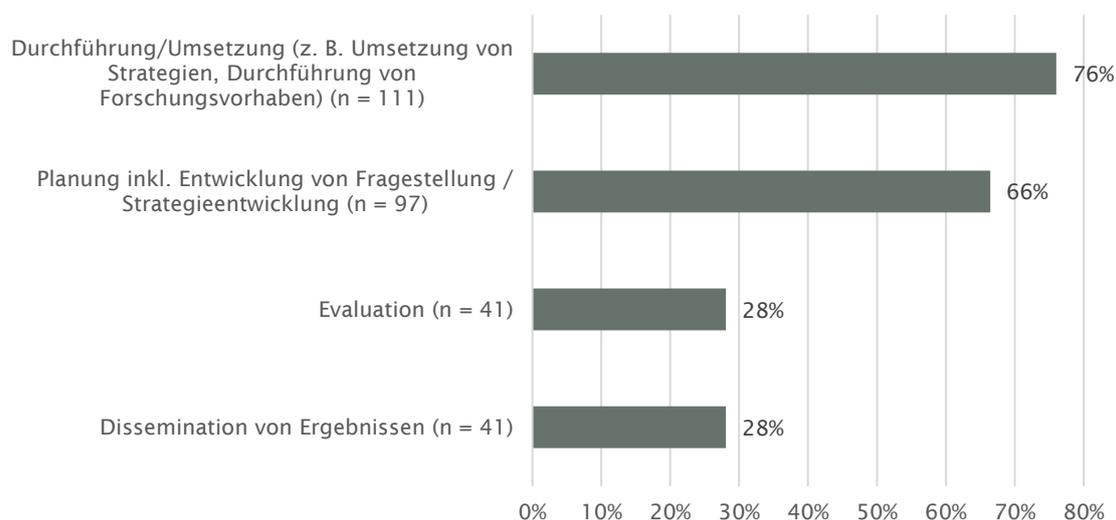
Quelle und Darstellung: GÖG

Phasen der Beteiligung: In welcher Phase / In welchen Phasen erfolgt Beteiligung?

Am häufigsten erfolgt Beteiligung bei der Durchführung/Umsetzung (z. B. Umsetzung von Strategien, Durchführung von Forschungsvorhaben; n = 111; 76 %), gefolgt von der Planung inkl. Entwicklung von Fragestellungen / Strategieentwicklung (n = 97; 66 %). In jeweils 41 (n = 28 %) Anwendungsbeispielen erfolgt die Beteiligung in der Evaluation und in der Dissemination. Es zeigt sich außerdem, dass in neun Prozent (n = 13) der Anwendungsbeispiele Beteiligung in allen vier Phasen erfolgt und in 14 Prozent (n = 21) der Fälle in drei von vier Phasen. Am häufigsten (43 %; n = 63) erfolgt die Beteiligung in zwei Phasen.

Abbildung 3.12:

In welcher Phase / welchen Phasen des Gesamtvorhabens wird/werden bzw. wurde/wurden die Zielgruppe/Zielgruppen beteiligt?



Phasen in N = 146; Mehrfachangaben möglich

Quelle und Darstellung: GÖG

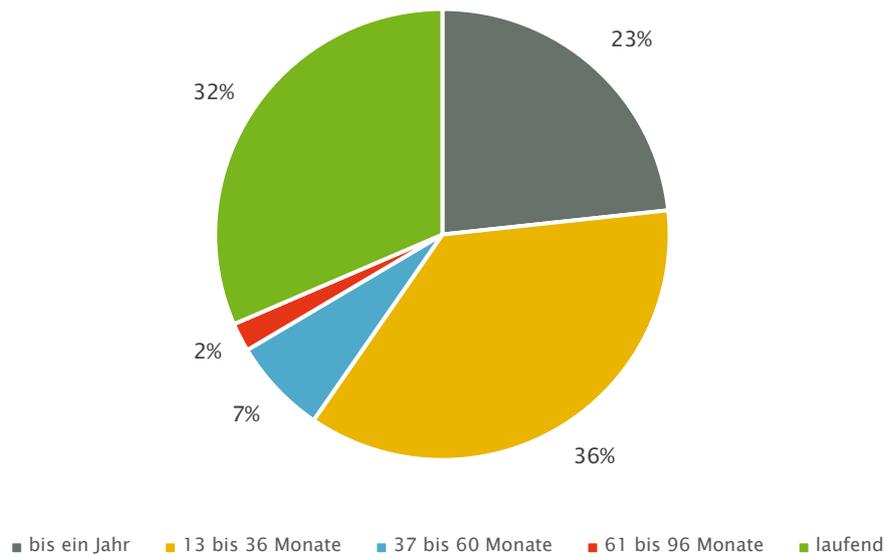
Laufzeiten

Etwa ein Drittel der Anwendungsbeispiele (32 %; n = 46) wird ohne zeitliche Beschränkung laufend umgesetzt. Das betrifft vor allem Gremienbeteiligungen.

Zwei Drittel der Anwendungsbeispiele haben eine begrenzte Laufzeit: Fast ein Viertel (23 %, n = 34) hat eine Laufzeit von unter einem Jahr. Die meisten Anwendungsbeispiele umfassen eine Laufzeit von ein bis drei Jahren (36 %, n = 53). Drei bis fünf Jahre umfasst die Laufzeit in sieben

Prozent (n = 10) der Anwendungsbeispiele, und in zwei Prozent (n = 3) der Fälle dauern die Anwendungsbeispiele fünf bis acht Jahre.

Abbildung 3.13:
Welche Laufzeit haben die jeweiligen Anwendungsbeispiele?



Laufzeit in N = 146

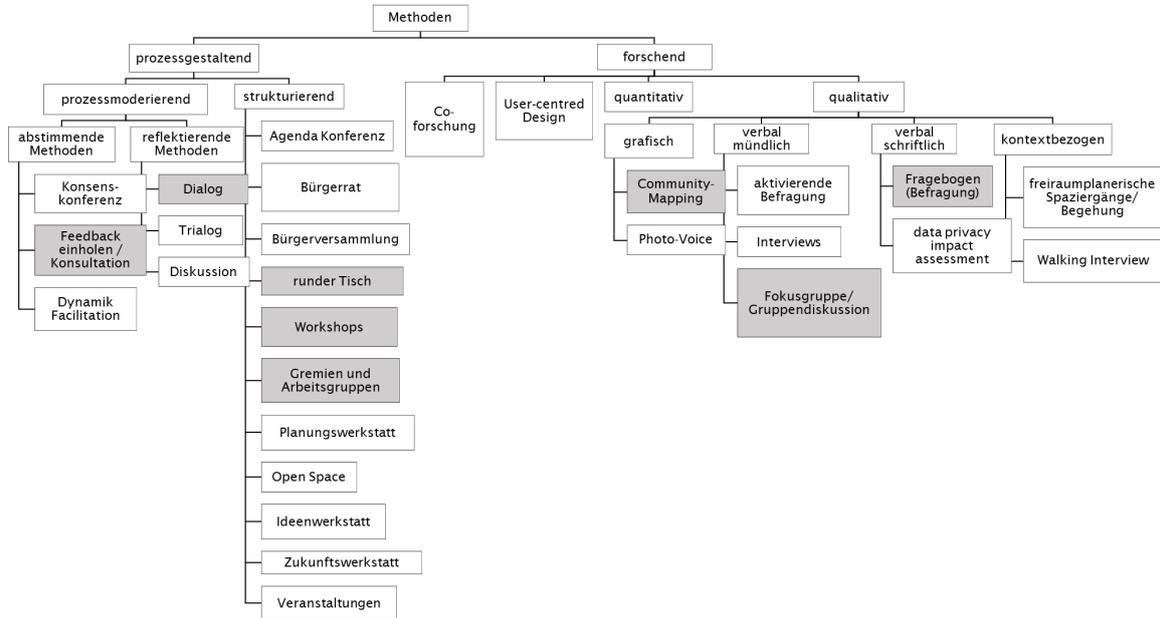
Quelle und Darstellung: GÖG

3.3 Beteiligungsmethoden

Gefragt wurde auch Folgendes: „Welche Beteiligungsmethoden haben Sie pro Anwendungsbeispiel angewandt?“ In den Anwendungsbeispielen werden 27 unterschiedliche Methoden angewandt, wobei für die meisten Projekte zwei oder mehr Methoden angeführt wurden. Eine Methode wurde in 36 Anwendungsbeispielen (24 %) angeführt. Die genannten Methoden wurden angelehnt an Kasberg et al. (2021) in prozessgestaltende und forschende Methoden kategorisiert. Acht Methoden wurden häufiger als zehnmals angeführt. Diese sind in Abbildung 3.14 grau hervorgehoben. Mit Abstand am häufigsten wurden hier Workshops (n = 54) und Gremien bzw. Arbeitsgruppen (n = 37) genannt, gefolgt von als „forschende“ Methoden kategorisierten Fokusgruppen (n = 29), Fragebogen (n = 22).

Bei der Auswertung der Methoden war in einigen Fällen nicht klar, ob „Befragungen“ schriftlich oder mündlich erfolgten. Im Zweifelsfall wurden sie als schriftliche Befragung kategorisiert. In einzelnen Fällen schrieben Befragungsteilnehmer:innen Gremienbeteiligungen die Beteiligungsmethode Fokusgruppe zu. In diesen Fällen wurden die Daten auf Gremienbeteiligung korrigiert.

Abbildung 3.14:
Beteiligungsmethoden



Quelle und Darstellung: GÖG

3.4 Beteiligung nach Handlungsfeldern

Beteiligung findet in Politik, Praxis und Forschung statt. Nachfolgend werden die Erhebungsergebnisse nach den Handlungsfeldern „Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung“ und „Praxis“ dargestellt. Forschung als Handlungsfeld wird vorläufig in diesem Bericht nicht differenziert, weil dafür nur 19 Anwendungsbeispiele erhoben werden konnten. Auch auf andere Bereiche wird mangels ausreichender Fallzahlen nicht weiter eingegangen.

Handlungsfeld Strategieentwicklung, Verwaltung und Politik

Für das **Handlungsfeld Strategieentwicklung, Verwaltung und Politik** zeigt sich, dass mehr als die Hälfte (58 %; n = 26) der Anwendungsbeispiele das Setting Gesundheitsversorgung adressiert und über ein Viertel (27 %; n = 12) kommunale Partizipationsprozesse. 16 Prozent (n = 7) befassen sich mit Gesundheitsförderung in Settings (außerhalb von Gesundheitseinrichtungen).

Fast alle Anwendungsbeispiele auf Ebene der Strategieentwicklung (96 %; n = 43) verfolgen funktionale Zielsetzungen und drei Viertel (76 %; n = 34) der Anwendungsbeispiele die Stärkung der Kompetenzen. Fast ähnlich häufig (71 %; n = 32) wird bei den Strategieentwicklungsprojekten eine demokratische Zielsetzung angestrebt.

Mit Blick auf die beteiligten Bevölkerungsgruppen wird deutlich, dass Kinder (9 %; n = 4) und Jugendliche (16 %; n = 7) im Vergleich zu Menschen im Erwachsenenalter (47 %; n = 21) und älteren Menschen (40 %; n = 18) seltener zur Teilnahme eingeladen sind. In 44 Prozent (n = 20) der Anwendungsbeispiele ist das Alter hingegen kein Teilnahme-/Auswahlkriterium. Für das Geschlecht trifft das in 87 Prozent (n = 39) der Fälle und für das Merkmal der Staatsbürgerschaft in 89 Prozent der Fälle (n = 40) zu. Bei der Frage nach weiteren Merkmalen der beteiligten Bevölkerungsgruppen in Bezug auf ihre Lebenslagen zeigt sich, dass in fast der Hälfte der Anwendungsbeispiele Menschen mit chronischen Erkrankungen (44 %; n = 20) beteiligt werden, gefolgt von Selbsthilfegruppenmitgliedern (42 %; n = 19). Da Mehrfachnennungen gefragt waren, kann es sein, dass hier eine Doppelzuschreibung von Merkmalen erfolgt ist.

In 80 Prozent (n = 36) der Anwendungsbeispiele erfolgt die Beteiligung in der Planungsphase und in 64 Prozent (n = 29) bei der Durchführung. Beteiligung in der Evaluation erfolgt in nur einem Drittel (33 %, n = 15) der Anwendungsbeispiele, und noch seltener findet Beteiligung in der Disseminationsphase (27 %, n = 12) statt. Knapp unter der Hälfte (44 %, n = 20) der Anwendungsbeispiele aus dem Handlungsfeld Strategieentwicklung, Verwaltung und Politik haben einen laufenden Charakter, je knapp über ein Fünftel der Anwendungsbeispiele dauern entweder bis zu einem Jahr (24 %; n = 11) oder über ein Jahr bis drei Jahre (22 %; n = 10). Die anderen laufen über drei bis acht Jahre (9 %, n = 4). Bei der Frage nach der höchsten Beteiligungsstufe wird deutlich, dass in je knapp über der Hälfte der Anwendungsbeispiele Bevölkerungsgruppen kooperativ (49 %; n = 22) oder konsultativ 47 Prozent (n = 21) beteiligt werden und vier Prozent (n = 2) informativ.

Handlungsfeld Praxis

Für das **Handlungsfeld Praxis** zeigt sich, dass 40 Prozent der Anwendungsbeispiele (n = 31) das Setting Gesundheitsversorgung adressieren und knapp über ein Drittel (35 %; n = 27) in kommunale Partizipationsprozesse eingebunden sind. 25 Prozent (n = 19) wurden im Bereich Gesundheitsförderung in Settings (außerhalb der Gesundheitseinrichtungen) verortet. Fast alle Praxisprojekte (95 %; n = 73) verfolgen die Stärkung von Kompetenzen und über drei Viertel (82 %; n = 63) von ihnen funktionale Ziele. Für 61 Prozent (n = 47) wurde angegeben, demokratische Ziele anzustreben. Mit Blick auf die beteiligten Bevölkerungsgruppen wird deutlich, dass Kinder (19 %;

n = 15) am seltensten beteiligt werden, gefolgt von den Jugendlichen (13 %; n = 18), während im Vergleich dazu Menschen im Erwachsenenalter (56 %; n = 43) und ältere Menschen (38 %; n = 29) in Praxisprojekten zur Beteiligung deutlich häufig eingeladen sind. In 35 Prozent (n = 27) der Anwendungsbeispiele ist das Alter hingegen kein Teilnahme-/Auswahlkriterium). Für das Geschlecht trifft das in 91 Prozent (n = 70) der Fälle und für das Merkmal der Staatsbürgerschaft in 97 Prozent (n = 75) der Anwendungsbeispiele aus der Praxis zu. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** gibt einen Überblick über die Einbeziehung von Menschen in ausgewählten Lebenslagen.

In 61 Prozent (n = 47) der Anwendungsbeispiele erfolgt die Beteiligung in der Planungsphase und am deutlich häufigsten (83 %, n = 64) in der Durchführungsphase. An der Evaluation erfolgt Beteiligung in weniger als einem Viertel (23 %; n = 18) der Anwendungsbeispiele und an der Disseminationsphase in genau einem Viertel (n = 19) der Praxisbeispiele. 44 Prozent (n = 34) der Anwendungsbeispiele aus dem Handlungsfeld Praxis dauern zwischen 13 und 36 Monate und über ein Viertel (29 %; n = 22) von ihnen sind laufend. 18 Prozent (n = 14) dauern bis zu einem Jahr, und der Rest erstreckt sich über drei bis acht Jahre (9 %; n = 7). Bei der Frage nach der höchsten Beteiligungsstufe wird deutlich, dass in 68 Prozent (n = 52) der Praxisanwendungsbeispiele Bevölkerungsgruppen kooperativ beteiligt werden, in 30 Prozent (n = 23) konsultativ und in drei Prozent (n = 2) informativ.

Gegenüberstellung von Beteiligung im Handlungsfeld Strategieentwicklung und Beteiligung im Handlungsfeld Praxis

Hinsichtlich der Ziele zeigt sich, dass im Vergleich zur Strategieentwicklung in der Praxis häufiger angegeben wird, die Kompetenzen zu stärken (Empowerment; 95 % vs. 76 %), aber seltener auch demokratische Zielsetzungen im Zentrum der Praxisanwendungsbeispiele stehen (61 % vs. 71 %). Funktionale Zielsetzungen werden auf Ebene der Strategieentwicklung häufiger angegeben als auf Ebene der Praxis (96 % vs. 82 %).

Sowohl in der Praxis als auch in der Strategieentwicklung findet sich unter den Anwendungsbeispielen am häufigsten das Setting Gesundheitsversorgung, gefolgt von kommunalen Beteiligungsprozessen, und am geringsten vertreten sind Anwendungsbeispiele aus dem Bereich Gesundheitsförderung in Settings (außerhalb der Gesundheitseinrichtungen).

Im Vergleich zur Praxis erfolgt Beteiligung in der Strategieentwicklung vor allem in der Planungsphase (61 % vs. 80 %). Für die Durchführungsphase zeigt sich das umgekehrte Verhältnis: Hier erfolgt auf Ebene der Praxis in 83 Prozent der Fälle Beteiligung, auf Ebene der Politik/Strategie/Verwaltung in 64 Prozent. Im Falle der Evaluation und Dissemination ist das Verhältnis bei rund einem Viertel der Fälle annähernd gleich.

Es finden sich mehr laufende Anwendungsbeispiele auf Ebene der Politik/Verwaltung/Strategieentwicklung als auf jener der Praxis (44 % vs. 29 %). Bei der Kategorie „13 bis 36 Monate“ zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis: 44 Prozent der Praxisprojekte haben eine Laufzeit von über einem Jahr bis zwei Jahre, was bei nur 22 Prozent der Strategieentwicklungsbeispiele der Fall ist. In Praxisprojekten erfolgt häufiger kooperative Beteiligung als in solchen der Strategieentwicklung (68 % vs. 49 %).

Tabelle 3.5

Gegenüberstellung von Beteiligung im Handlungsfeld Strategieentwicklung und Beteiligung im Handlungsfeld Praxis

Menschen ...	Praxis (n = 77)	Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung (n = 45)
in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen	40 %	33 %
mit Migrationsbiografie	31 %	20 %
mit Behinderung	30 %	22 %
mit chronischen Erkrankungen	42 %	44 %
Selbsthilfegruppenmitglied	35 %	42 %
mit Kindern	27 %	22 %
Merkmale nicht zutreffend	35 %	47 %

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

3.5 Beteiligung nach ausgewählten Bereichen

Beteiligung kann in unterschiedlichen Teilbereichen des Gesundheitssystems und darüber hinaus stattfinden. Exemplarisch wurde nach Beteiligung in Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung in Organisationen bzw. in kommunalen Prozessen gefragt. Nachfolgend werden die Erhebungsergebnisse nach diesen Teilbereichen dargestellt.

Beteiligung in der Gesundheitsversorgung

Im Bereich Gesundheitsversorgung wurden 70 Anwendungsbeispiele eingemeldet. Für die Gesundheitsversorgung zeigt sich – wie in den beiden anderen Bereichen – dass Praxisprojekte dominieren. 44 Prozent (n = 31) der Projekte aus diesem Bereich entstammen dem Handlungsfeld Praxis, 37 Prozent (n = 26) der Politik, Verwaltung und Strategieentwicklung und weitere 19 Prozent (n = 10) sind Forschungsprojekte. Vier Prozent (n = 3) der Anwendungsbeispiele stammen aus anderen Bereichen.

Hinsichtlich der Zielsetzung ist zu konstatieren, dass Anwendungsbeispiele im Bereich Gesundheitsversorgung insbesondere funktionale Ziele (89 %, n = 61) und die Stärkung der Kompetenzen (Empowerment; 84%, n = 59) verfolgen sowie – weniger häufig, aber immer noch in mehr als der Hälfte der Anwendungsbeispiele – demokratische Zielsetzungen (59 %; n = 41).

Mit Blick auf die beteiligten Bevölkerungsgruppen werden in den Anwendungsbeispielen in der Gesundheitsversorgung insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen (57 %, n = 40) und Selbsthilfegruppenmitglieder (43 %, n = 30) beteiligt.

Beteiligung erfolgt zumeist zeitlich begrenzt. 40 Prozent der Anwendungsbeispiele im Bereich Gesundheitsversorgung (n = 29) sind zeitlich unbegrenzt. Beteiligung erfolgt insbesondere in der

Durchführungsphase (70 %, n = 49) und Planungsphase (43 %, n = 61), seltener in der Evaluation (33 %, n = 23) und Dissemination (19 %, n = 13).

Kooperation ist in den meisten Anwendungsbeispielen die höchste Form der Beteiligung (54 %, n = 38), gefolgt von Konsultation (43 %, n = 30). Nur in drei Prozent (n = 2) der Anwendungsbeispiele in diesem Bereich bleibt es bei Information.

Beteiligung bei Gesundheitsförderung in Organisationen (außerhalb der Gesundheitsversorgung)

Der Kategorie „Gesundheitsförderung in Organisationen (außerhalb der Krankenversorgung)“ wurden 32 Anwendungsbeispiele zugeordnet. Davon sind 59 Prozent (n = 19) aus dem Handlungsfeld Praxis, 22 Prozent (n = 7) aus Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung und 16 Prozent (n = 5) aus der Forschung. Ein Projekt (3 %) wurde von der teilnehmenden Person einem anderen Bereich zugeordnet.

Was die Zielsetzung betrifft, verfolgen Anwendungsbeispiele aus diesem Bereich gleich häufig funktionale Zielsetzungen wie solche des Empowerment (78 %, n = 25) und demokratische Zielsetzungen in mehr als der Hälfte der Anwendungsbeispiele (53 %, n = 17).

Mit Blick auf die beteiligten Bevölkerungsgruppen gilt die Beteiligung bei Anwendungsbeispielen im Bereich Gesundheitsförderung in Organisationen insbesondere Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen (44 %, n = 21) und Selbsthilfegruppen (34 %, n = 11).

Nur gut ein Viertel der Anwendungsbeispiele in diesem Bereich (26 %, n = 9) ist zeitlich unbefristet. Die Phase der Beteiligung betreffend ist festzustellen, dass diese hier insbesondere in der Durchführung (69 %, n = 22) und Planung (63 %, n = 20) sowie der Dissemination von Ergebnissen (41 %, n = 13), nachrangig in der Evaluation (19 %, n = 6) erfolgt.

Konsultation ist in der Hälfte der Anwendungsbeispiele die höchste Form der Beteiligung (50 %, n = 16), gefolgt von Kooperation (47 %, n = 15). Nur in drei Prozent (n = 1) der Anwendungsbeispiele in diesem Bereich bleibt es bei Information.

Beteiligung in kommunalen Partizipationsprozessen

Insgesamt wurden 44 Anwendungsbeispiele aus dem Bereich kommunale Partizipationsprozesse eingemeldet. Davon entfallen 61 Prozent (n = 27) auf das Handlungsfeld Praxis, 27 Prozent (n = 12) auf Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung und neun Prozent (n = 4) auf Forschung. Auch hier konnte ein Projekt keinem der drei Handlungsfelder zugeordnet werden.

Kommunale Partizipationsprozesse verfolgen insbesondere die Stärkung der Kompetenzen (91 %, n = 40) und funktionale Zielsetzungen (87 %, n = 39). Ebenfalls häufig verfolgt werden dabei demokratische Ziele (73 %, n = 32).

Die beteiligten Bevölkerungsgruppen sind bei Anwendungsbeispielen im Bereich kommunale Partizipationsprozesse insbesondere Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen (50 %, n = 22), Eltern mit Kindern (41 %, n = 18), Menschen mit Migrationshintergrund (36 %, n = 16), Menschen mit Behinderung (34 %, n = 15) und Menschen mit chronischen Erkrankungen (32 %, n = 14).

In kommunalen Partizipationsprozessen erfolgt Beteiligung meist zeitlich begrenzt. Nur 18 % (n = 8) der hier angeführten Anwendungsbeispiele sind zeitlich unbefristet. Die Phase der Beteiligung betreffend ist festzuhalten, dass diese hier insbesondere in der Durchführung (91 %, n = 40) und Planung (77 %, n = 34), nachrangig in Dissemination (34 %, n = 15) und Evaluation (27 %, n = 12) erfolgt.

Kooperation ist in drei Viertel der Anwendungsbeispiele die höchste Form der Beteiligung (75 %, n = 33), gefolgt von Konsultation (23 %, n = 10). Nur in zwei Prozent (n = 2) der Anwendungsbeispiele in diesem Bereich bleibt es bei Information.

Gegenüberstellung von Beteiligung in Gesundheitsversorgung, Beteiligung in Organisationen und Beteiligung in kommunalen Partizipationsprozessen

Die Gegenüberstellung zeigt, dass in allen drei Bereichen Praxisprojekte dominieren, gefolgt von Politik, Verwaltung und Strategieentwicklung. Forschungsprojekte wurden am wenigsten erreicht bzw. eingemeldet.

Ein Vergleich nach Settings zeigt die größten Unterschiede (nach Prozentsatzdifferenz) im Bereich der demokratischen Zielsetzung, die bei kommunalen Beteiligungsprozessen häufiger angegeben wurden (n = 23, 73 %) als bei Gesundheitsförderungen in Organisationen (n = 17; 53 %) bzw. in der Gesundheitsversorgung (n = 41; 59 %).

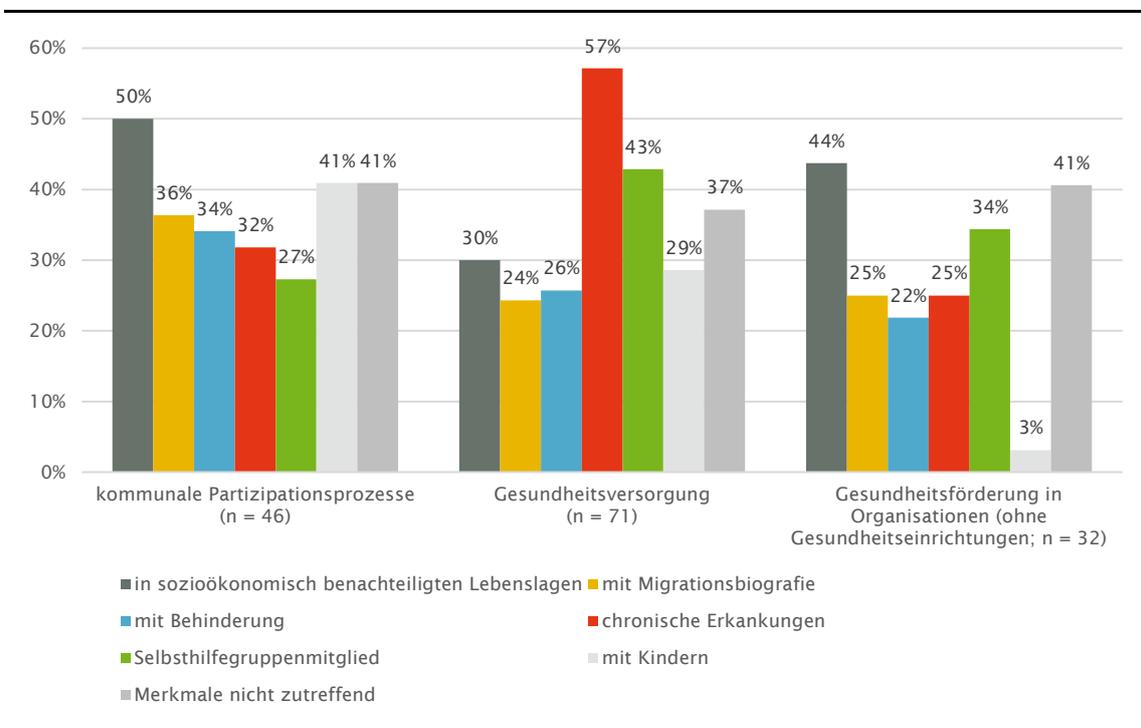
Ein Vergleich der unterschiedlichen Handlungsbereiche veranschaulicht, dass sich die beteiligten Bevölkerungsgruppen je Bereich unterscheiden (vgl. Abbildung 3.15). Sind es in der Gesundheitsversorgung vorrangig Menschen mit chronischen Erkrankungen und Selbsthilfegruppenmitglieder, die beteiligt werden, gilt dies in den Bereichen Gesundheitsförderung in Organisationen und kommunale Partizipationsprozesse für Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen. Die größten Unterschiede (nach Prozentsatzdifferenz) zeigen sich bei der Beteiligung von Menschen mit chronischen Erkrankungen (57 % in der Gesundheitsversorgung, 32 % in kommunalen Partizipationsprozessen und 25 % in der Gesundheitsförderung in Organisationen) und der Beteiligung von Eltern (41 % in kommunalen Gesundheitsförderungsprozessen, 29 % in der Gesundheitsversorgung, 3 % in der Gesundheitsförderung in Organisationen).

Mit Blick auf die Dauer der Beteiligung sticht die Gesundheitsversorgung hervor – hier erfolgt Beteiligung in 40 Prozent der Anwendungsbeispiele zeitlich unbegrenzt, bei der Gesundheitsförderung in Organisationen (26 %) und kommunalen Partizipationsprozessen (17 %) ist der entsprechende Wert deutlich geringer. Hinsichtlich der Phasen, in denen Beteiligung erfolgt, zeigen sich unterschiedliche Muster nach Handlungsbereich. Die größten Unterschiede nach Prozentsatzdifferenz zeigen sich hier in der Durchführungs- (kommunale Partizipationsprozesse 91 %, Gesund-

heitsversorgung 70 %, Gesundheitsförderung in Organisationen 69 %) und Evaluationsphase (Gesundheitsförderung in Organisationen 41 %, kommunale Partizipationsprozesse 34 %, Gesundheitsversorgung 19 %).

Betrachtet man die höchste Beteiligungsstufe, zeigt sich, dass der größte Unterschied in der Stärkung der Kompetenzen (Empowerment) bei den kommunalen Partizipationsprozessen besteht: 75 Prozent der Anwendungsbeispiele haben Kooperation als höchste Beteiligungsform, 23 Prozent Konsultation. In Anwendungsbeispielen zur Gesundheitsversorgung (47 % Kooperation, 50 % Konsultation) und zur Gesundheitsförderung in Organisationen (54 % Kooperation, 43 % Konsultation) ist der Unterschied der Beteiligungs-niveaus weniger stark ausgeprägt. Information ist jeweils in zwei bis drei Prozent der jeweiligen Anwendungsbeispiele die höchste Beteiligungsstufe.

Abbildung 3.15:
Beteiligte Bevölkerungsgruppen in Bezug auf Lebenskontexte nach Settings



Quelle und Darstellung: GÖG

3.6 Unterstützungsbedarf und Weiterentwicklung von Partizipation

Eine Erhebungsfrage adressierte den Umstand, inwieweit die Befragungsteilnehmer:innen bei ihren Anwendungsbeispielen weiteren Unterstützungsbedarf gebraucht hätten⁴. Die Einschätzung erfolgte über eine Bewertung mittels einer Skala von 1 (kein Unterstützungsbedarf) bis 10 (hoher Unterstützungsbedarf). Der Unterstützungsbedarf wird gering eingeschätzt. Im Median liegt er bei 2, im Mittelwert bei 3,15. 22 Personen (25 %) gaben einen Unterstützungsbedarf von 5 oder höher an.

Bei der Frage nach dem konkreten Unterstützungsbedarf gaben nur 29 Prozent (n = 25) von N = 87 an, keinen zu haben. Auf die Frage, welcher Unterstützungsbedarf gebraucht worden wäre bzw. gebraucht wird, wurde insbesondere Bedarf an finanziellen Ressourcen (36 %; n = 31), Aus-/Fortbildungsangeboten zu Themen und Methoden der Beteiligung (20 %; n = 17), einem Überblick über aktuelle Beteiligungsprojekte, -prozesse bzw. darin involvierte Akteurinnen und Akteure (15 %; n = 13) sowie an Öffentlichkeitsarbeit und externer Moderation (zu je 14 %; n = 12) angeführt. Kaum Bedarf besteht hingegen an Peerberatung (2 %; n = 2) oder der Konzeption des Beteiligungsprozesses bzw. der Beteiligungsstruktur (5 %; n = 4).

Im Rahmen des Workshops mit Erhebungsteilnehmerinnen und -teilnehmern (n = 27) wurden die Unterstützungsbedarfe weiter konkretisiert:

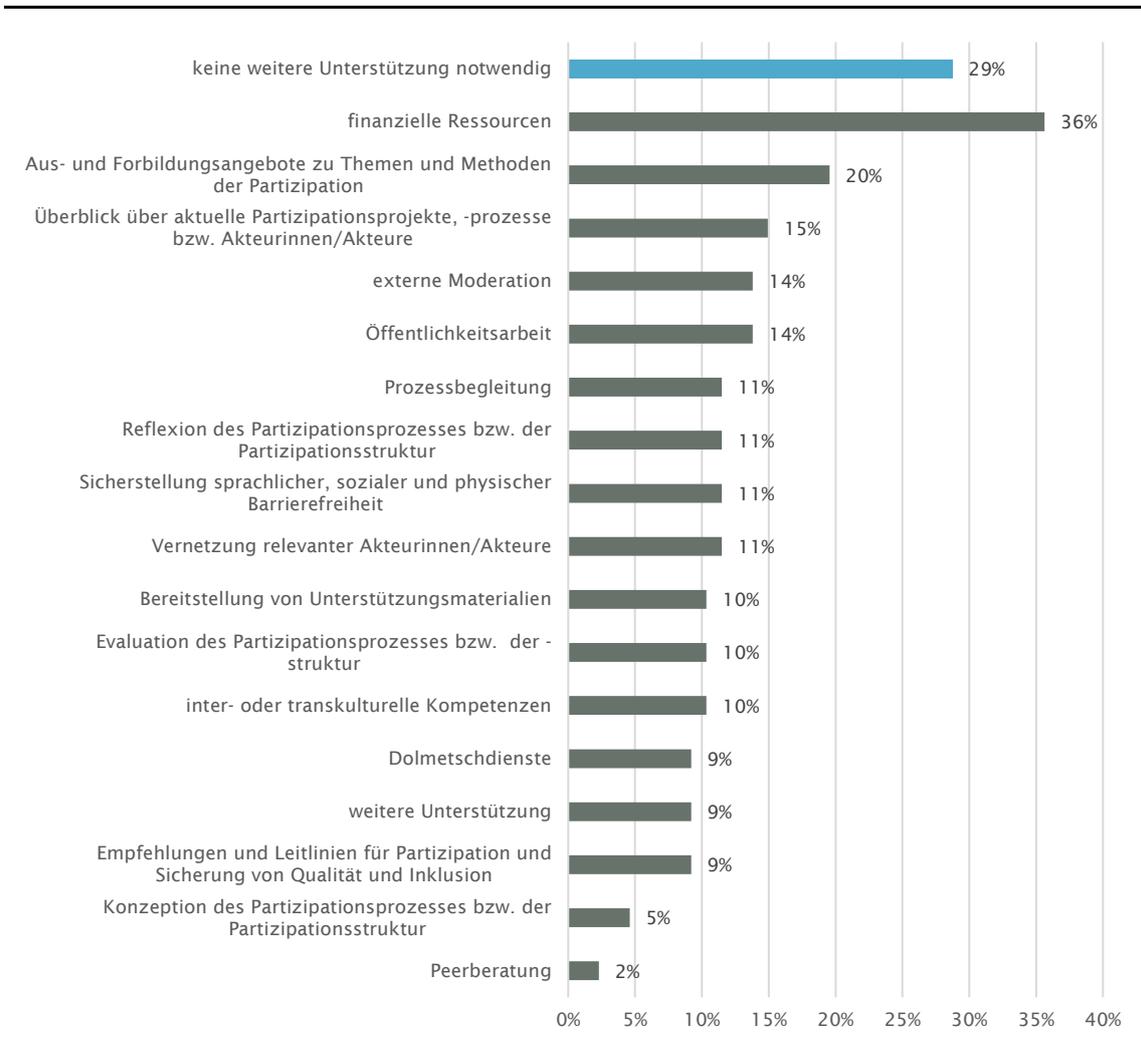
- » Schulungsbedarf (Aufbau von Methodenwissen) besteht nicht nur für die Prozessverantwortlichen und umsetzungsverantwortlichen Organisationen, sondern auch für die Bevölkerung. Großes Interesse besteht an Methodenschulungen bzw. auch Kontakten zu Methodenexpertinnen und -experten („Expertenpool“), die für die Mitarbeit in Projekten/Prozessen angefragt werden können. Als konkrete Idee kam beispielsweise, möglichst niederschwellig im Rahmen von Seminaren für unterschiedliche Akteurinnen und Akteure Fortbildungen anzubieten (z. B. angedockt an die Angebote des FGÖ-Bildungsnetzwerks).
- » Hilfe bei Recherchen in der Vorbereitung der Umsetzung von Beteiligung
- » Übersichten und Tools zur Erreichbarkeit bestimmter Gruppen
- » Unterstützung bei der Auswahl passender Methoden für das jeweilige Vorhaben
- » Bereitstellung von Good-Practice-Beispielen dahingehend, wie ausgewählte Gruppen gut erreicht werden können
- » Übersicht über Schulungsangebote – allerdings nur eine Auswahl, nicht alle
- » Coachings
- » kollegiale Fallberatung zu bestimmten Fragestellungen im Rahmen des Beteiligungsprozesses: „Wo ist es gut, offen an die Bevölkerung ranzugehen, und wo ist es wichtig, sich speziell an Teilpopulationen zu wenden?“

4

22. Inwieweit hätten Sie auf einer Skala von 1–10 bei Ihrem Anwendungsbeispiel / Ihren Anwendungsbeispielen weitere Unterstützung gebraucht? [1 = kein Unterstützungsbedarf; 10 = permanenter Unterstützungsbedarf]; Einschätzung gesamt, ohne Differenzierung nach Anwendungsbeispielen [Skala von 1 bis 10]

» Wissensmanagement, u. a. zu Erfahrungen guter Praxis, Wirkungsmessung partizipativer Prozesse (Endpunkte, Zeitrahmen)

Abbildung 3.16:
Welche weitere Unterstützung hätten Sie gebraucht? (Mehrfachauswahl möglich; n = 87)



Quelle und Darstellung: GÖG

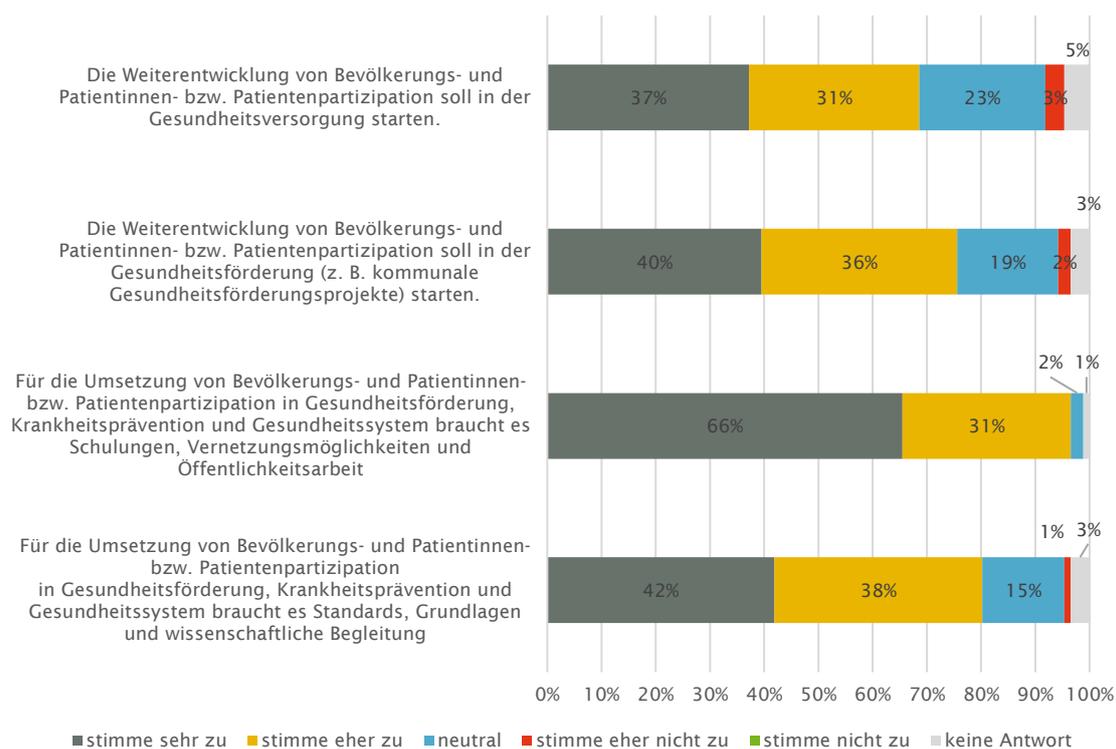
Weiterentwicklung von Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung⁵

Ergänzend zum Unterstützungsbedarf wurden die Erhebungsteilnehmer:innen auch nach ihrer Einschätzung gefragt, wo am besten mit Weiterentwicklung von Beteiligung begonnen werden sollte. Bewusst wurde hier nach einer Verortung in den Bereichen Gesundheitsförderung versus Gesundheitsversorgung und Serviceorientierung versus Wissensorientierung einer möglichen Kompetenz- und Koordinationsstelle Beteiligung im Gesundheitssystem gefragt.

Während sich die Teilnehmer:innen für die Adressierung beider Bereiche, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung, aussprachen, zeigte sich eine klare Präferenz für den Bedarf an Schulungen, Vernetzungsmöglichkeiten und Öffentlichkeitsarbeit (= Serviceorientierung, 66 %) und weniger (41 %) für Standards, Grundlagenarbeit und wissenschaftliche Begleitung.

Abbildung 3.17:

Inwieweit stimmen Sie den nachfolgenden Statements zur Förderung der praktischen Umsetzung von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem zu? (n = 87)



Quelle und Darstellung: GÖG

5

24. Inwieweit stimmen Sie den nachfolgenden Statements zur Förderung der praktischen Umsetzung von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenpartizipation in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung zu?

Die Workshopteilnehmer:innen unterstützten die Einschätzung, wonach weniger nach Settings, sondern mehr nach Handlungsfeldern (Strategieentwicklung, Forschung, Praxis) differenziert werden soll. Settings seien nicht immer trennscharf und würden in unterschiedlichen Projekten mehrfach adressiert. Zudem gehe es im Sinne einer Determinantenorientierung um die Förderung von Beteiligung in allen Settings, in denen intersektorale Zusammenarbeit erfolgen solle („Health in All Policies“). Zudem wurde angemerkt, dass Patientinnen/Patienten und Bevölkerung nicht scharf zu trennen seien, da vielfach eine Doppelrolle bestehe. Dies löst auch die Herausforderung, zwischen Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung zu differenzieren, was nicht immer möglich ist. Vorgeschlagen wurde, dass eine mögliche Kompetenz- und Koordinationsstelle eine Form der Koordination von Netzwerken sein solle und Konferenzen zur Vernetzung und Bearbeitung von Themen bzw. Fragestellungen organisieren solle. Als wichtig erachteten die Teilnehmer:innen auch ähnliche Stellen in den Bundesländern. Der Name für die Kompetenz- und Koordinationsstelle Beteiligung im Gesundheitssystem solle partizipativ entwickelt werden, um dem Beteiligungsanspruch treu zu bleiben und nicht nur die Fachwelt anzusprechen. Wichtig erscheint den Teilnehmerinnen und Teilnehmern weiters, dass die Umsetzung von Beteiligung nicht kommerzialisiert wird und in den Händen einiger weniger Expertinnen und Experten liegt. Um die Beteiligung in Zukunft weiterzuentwickeln und zu stärken, bedürfe es den Workshopteilnehmenden zufolge gesetzlicher Verankerungen. Hier könnte eine Übersicht darüber erstellt werden, wo Beteiligung bereits gesetzlich verankert ist.

Die Teilnehmenden zeigten auch die Herausforderung auf, mit der Kompetenz- und Koordinationsstelle Beteiligung im Gesundheitssystem jene zu erreichen, die noch nicht partizipativ arbeiten oder der Beteiligungsidee kritisch gegenüberstehen.

3.7 Einschätzung der Ergebnisse durch die Workshopteilnehmer:innen

Die Ergebnisse waren für die Teilnehmer:innen am Ergebnisworkshop wenig überraschend, sie hoben folgende Aspekte hervor:

- » **Anzahl der Praxisprojekte**, da es hier Vorgaben durch Fördergeber wie den FGÖ gibt: Gemeint ist damit, dass eines der FGÖ-Förderkriterien Beteiligung ist.
- » **Beteiligung ausgewählter Bevölkerungsgruppen**: Wenig überraschend ist die seltenere Beteiligung von Kindern und Jugendlichen aufgrund schwierigerer Rahmenbedingungen für Beteiligung. Es besteht eine vergleichsweise häufige Beteiligung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und aus der gemeinschaftlichen Selbsthilfe im Gesundheitsversorgungsbereich. Es stelle sich hier die Frage, wer hier wirklich für wen spreche.
- » **Beteiligungsphasen**: Die Beteiligung insbesondere in Planung und Umsetzung wird mit den begrenzten Ressourcen der beteiligten Akteure argumentiert. Eine Beteiligung in allen Phasen würde überfordern.

Einzelne Ergebnisse waren für die Teilnehmenden doch überraschend:

- » **Vielfalt eingesetzter Methoden**

- » **Verteilung der Anwendungsbeispiele auf Handlungsfelder:** Unerwartet hoch war der Anteil jener Anwendungsbeispiele, die dem Bereich Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung zugeordnet wurden. Dahinter steht die Annahme, dass Beteiligung bei den großen Strategieentwicklungsprozessen (vgl. Zielsteuerung-Gesundheit, neue Gesetze) kaum erfolgt. Eine Übersicht über die erhobenen Anwendungsbeispiele in den Handlungsfeldern findet sich im Anhang.
- » **beteiligte Zielgruppen (beteiligte Bevölkerungsgruppen):** Um bestimmte Zielgruppen zu erreichen, müssen diese gezielt eingeladen werden, dies gelingt aber nicht immer. In einzelnen Kleingruppen wurde hinterfragt, was es bedeutet, wenn ein bestimmtes Merkmal (z. B. Gender, Staatsbürgerschaft) kein Auswahlkriterium ist. Bedeutet es, dass diese Personen „ausgeschlossen“ wurden oder dass sie auch partizipieren konnten, ohne dass ein besonderer Fokus auf diese Merkmale gelegt wurde. Es wurde auch über eine „Zufälligkeit der Erreichbarkeit“ bei Beteiligungsprozessen gesprochen. Insgesamt wird es „in gewissem Grad“ als zufällig eingeschätzt, wen man mit bestimmten Methoden (nicht) erreicht. In stärker strukturierten Beteiligungsformen wie Gremien sprechen meist organisierte Gruppen für die Zielgruppen (z. B. Selbsthilfegruppen). Hier wird hinterfragt, wer tatsächlich für die Menschen spricht bzw. sprechen kann. Aufgezeigt wird auch die Herausforderung, Zielgruppen zu erreichen, manchmal bedarf es einer pragmatischen Annäherung, die im Prozessverlauf verbessert wird.

Folgende weitere kritische Hinweise und Denkanregungen wurden von den Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmern geäußert:

- » Beteiligung in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung solle breit gedacht werden und auch Settings wie Schule und Arbeit sowie intersektorale Prozesse berücksichtigen.
- » Es gebe bereits viele Erkenntnisse zu Beteiligung aus der Behindertenhilfe, die für die Entwicklungen im Gesundheitsbereich hilfreich sein können.
- » Es bedürfe gesetzlicher Rahmenbedingungen für Beteiligung der Bevölkerung.
- » Messbarkeit von Wirkungen der Beteiligung: Wie kann man überhaupt messen, ob Beteiligung wirkt? Welche Messpunkte sind hier passend, und in welchem Zeitrahmen kann gemessen werden, ob Beteiligung erfolgreich war oder nicht?
- » Beteiligung sei als Begriff oft hochschwellig. Damit sich alle Bevölkerungsgruppen von einer Kompetenz- und Kooperationsstelle Beteiligung angesprochen und eingeladen fühlen, bedürfe es einer einfachen und inklusiven Sprache, die Interesse wecke und zum Mitwirken einlade. Es wird vorgeschlagen, zur Namensfindung eine Beteiligungswerkstatt oder Ähnliches zu veranstalten.

4 Diskussion

Für die Diskussion wird anhand der Daten auf folgende Fragen eingegangen:

- » Wer wurde mit der Erhebung erreicht?
- » Was lernen wir für die Erhebung von Anwendungsbeispielen für Beteiligung?
- » Was lernen wir für Unterstützungsbedarf und Weiterentwicklung von Beteiligung?
- » Was lernen wir für Chancengerechtigkeit?
- » Was lernen wir für die Weiterentwicklung von Beteiligung?

4.1 Wer wurde mit der Erhebung erreicht?

Mit der vorliegenden Erhebung wurde eine erste Bestands- und Bedarfserhebung von Anwendungsbeispielen von Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem, d. h. in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung vorgelegt. Ursprünglich war eine umfassende Erhebung angestrebt, die aber bereits im Rahmen des Pretests verworfen werden musste, der ergab, dass eine umfassende Erhebung nicht realistisch ist, manche Organisationen hätten bis zu 15 Projekte/Anwendungsbeispiele einmelden müssen. Die Pretestteilnehmer:innen zeigten auf, nicht so viel Zeit aufbringen zu können, um alle Anwendungsbeispiele einzutragen. Die Befragungsteilnehmer:innen (n = 87) meldeten schließlich insgesamt 146 Anwendungsbeispiele ein.

Die Anwendungsbeispiele werden vorrangig von öffentlichen Einrichtungen auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene in Auftrag gegeben bzw. finanziert (85 % aller Anwendungsbeispiele). Die Umsetzung erfolgt insbesondere über AKS-Organisationen⁶ und Vereine, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen bzw. entsprechende Träger, Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen (Universitäten, Fachhochschulen, Forschungsinstitute; 68 % der Anwendungsbeispiele). Insgesamt haben 53 Auftraggeber/Finanziers gefördert bzw. Aufträge erteilt und 68 Organisationen diese umgesetzt. Die Zahl der mit Beteiligung befassten Organisationen, die bekannt sind, konnte damit im Vergleich zu den 24 identifizierten Organisationen im Rahmen einer früheren Erhebung im Kontext Public Health (Rojatz/Wahl 2022) erhöht werden. Dies lässt erste, vorsichtige Schlüsse auf die Anzahl mit Beteiligung befasster Organisationen zu, die auch (gut) erreicht werden können. Aufgrund der Unterschätzung der Anwendungsbeispiele ist mit weiteren Organisationen zu rechnen. Wie weitere Organisationen und Akteure erreicht werden können, ist noch zu klären.

6

<https://www.aksaustria.at> (abgerufen am 21. 6. 2023)

Da wenige FGÖ-geförderte Projekte⁷ eingemeldet wurden und auch mehr GÖG-Projekte mit Beteiligungsbezug bekannt sind⁸ und dies auch für weitere Organisationen angenommen werden kann, kann von einer massiven Unterschätzung der Anwendungsbeispiele in Österreich ausgegangen werden. Wie von Teilnehmenden am Workshop mit Erhebungsteilnehmerinnen und -teilnehmern aufgezeigt, wurden die an Beteiligung interessierten Personen mit der Erhebung tendenziell erreicht.

4.2 Was lernen wir für die Erhebung von Anwendungsbeispielen für Beteiligung?

Die vorliegende Erhebung trägt zum Abstecken des Bereichs Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung bei organisierten Gesundheitsentscheidungen bei. Vor dem Hintergrund der Vielfalt möglicher Zugänge zu Beteiligung und des breiten Feldes der Public Health ist dies wichtig. Nachdem sich „Gesundheitssystem“ als Bezugsrahmen im Pretest als nicht geeignet herausstellte, wurde versucht, sehr konkret mit Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung den Rahmen zu setzen. Gleichzeitig könnte dies wichtige Public-Health-Bereiche wie Health Technology Assessment und Pharmaökonomie unterbelichtet haben. Eine geeignete Rahmensetzung und eine geeignete Ansprache entsprechender Umsetzer:innen sind für eine gelingende Erhebung zentral. Bei der Bewerbung der Erhebung hat sich die persönliche Ansprache von Personen bewährt. Über Newsletterbeiträge oder Aussendungen wurde kaum Rücklauf erzeugt. Dies setzt eine gute Feldkenntnis und gute Kontakte in der Vorbereitung einer solchen Erhebung voraus.

Die vorliegenden Modelle von Beteiligung geben einen Hinweis auf relevante, abzufragende Dimensionen. Gleichzeitig gilt es die Erhebungszeit, die nur eine begrenzte Zahl an Fragen erlaubt, und die konzeptuelle Kenntnis der Befragungsteilnehmer:innen zu berücksichtigen. Nach Beteiligungsstufen kann schlecht gefragt werden, wenn man nicht davon ausgehen kann, dass die Befragungsteilnehmer:innen die Nuancen der Stufen verstehen. Daher wurde bewusst ein einfaches, leicht verständliches Beteiligungsniveau abgefragt (Information, Konsultation, Kooperation) (Österreich/Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2009). Nicht erhoben wurden Informationen zur Anzahl der beteiligten Personen aus der Bevölkerung, eingebrachte Wissensformen oder Wirkungen der Umsetzung von Beteiligung bzw. Erfahrungen damit. In einer Folgerhebung wird jedenfalls nach der Zahl der beteiligten Personen insgesamt und der beteiligten Personen aus der Bevölkerung gefragt werden, um die Größe des Beteiligungsprozesses einschätzen zu können.

7

Die Abfrage „Partizipation“ unter <https://fgoe.org/projekt> (abgerufen am 19. 6. 2023) ergab 110 Projekte.

8

https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/PLK_2020_Druckversion.pdf (abgerufen am 21. 6. 2023)

4.3 Was lernen wir für Beteiligung im Gesundheitssystem?

Das Beteiligungsverständnis ist divers und eine der größten Hürden für die erfolgreiche Umsetzung (Fung et al. 2009). Die Diskurse sind stark von unterschiedlichen sozialen Bewegungen, Demokratie, aber auch Patientensicherheit, Empowerment und sozialer Gerechtigkeit geprägt (Ocloo et al. 2021). Abhängig von den Handlungsfeldern (Praxis, Forschung und Policy) und Bereichen (kommunale Beteiligungsprozesse, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung in Organisationen) zeigen sich auch Unterschiede in der Ausgestaltung der Prozesse und im Verständnis von Beteiligung.

Die erhobenen Anwendungsbeispiele helfen auch dabei, das Verständnis von Beteiligung im österreichischen Kontext weiter zu konkretisieren. Konkrete Hinweise ergaben sich bezüglich der einbezogenen Perspektiven bzw. Gruppen und des Beteiligungsniveaus.

Mit dem Blick auf eine Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung wird der Definition von Beteiligung nach Forster (2015) gefolgt: Demnach geht es um die Einflussmöglichkeiten jener Personengruppen, die von Entscheidungen betroffen sind, üblicherweise aber nicht beteiligt werden. Entsprechend war davon auszugehen, dass für alle Anwendungsbeispiele angegeben würde, dass die Bevölkerungsperspektive in die Beteiligung einbezogen würde. Dies verhielt sich jedoch nicht in allen Fällen so. Bei einzelnen Anwendungsbeispielen dürfte es sich dabei aber um Eingabefehler gehandelt haben. Alle Angaben bis auf ein Anwendungsbeispiel konnten bereinigt werden, da in einer anderen Frage angeführt wurde, dass die Bevölkerungsgruppen konsultiert worden seien bzw. kooperiert worden sei (siehe das Kapitel „Beteiligungsprozess: Niveau, Phasen und Laufzeiten“).

Die Definition geht implizit davon aus, dass **mehrere Personengruppen/Perspektiven** in die Entscheidung respektive den Entscheidungsprozess eingebunden sind. Damit fließt unterschiedliches Wissen in Prozesse ein und wird ausgetauscht. Das Wissen hat unterschiedliche Formen: einerseits Erfahrungswissen und andererseits Wissen, das aufgrund des professionellen oder disziplinären Hintergrunds einfließt. Beteiligung im Gesundheitssystem ist damit auch interdisziplinär und -professionell – im Feld finden sich vielfältige Akteurinnen und Akteure mit unterschiedlichen Hintergründen wieder. Beim Verständnis von Beteiligung geht es in der Regel um die Beteiligung der Bevölkerung bzw. von Bevölkerungsgruppen an kollektiven, organisierten Entscheidungen (des Gesundheitssystems). In den Daten zeigen sich einzelne Fälle, bei denen nur Bevölkerungsgruppen bzw. Expertinnen und Experten aus Erfahrung beteiligt wurden und nicht mehrere Perspektiven bei Beteiligungsprozessen zusammengeführt wurden. In den erhobenen Anwendungsbeispielen (n = 10, 7 %) handelt es sich um vorgelagerte Beteiligungsstrukturen wie etwa eine Fokusgruppe, um die „Betroffenenperspektive“ zu erheben und die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe zuzuführen, oder um eine Vernetzungsplattform, um sowohl Gremienbeteiligungen als auch Inhalte abzustimmen und auszuarbeiten. Des Weiteren zeigt sich, dass Beteiligung auch als Beteiligung anderer, etablierter Akteursgruppen (z. B. Fachleute, Vertretungen aus anderen Politikbereichen) verstanden werden kann, z. B. in Form von Round-Table-Diskussionen, und hier die Grenzen zur Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung verschwimmen. Die Rollenüberschneidung zeigt sich auch gut

bei Mitarbeiterbeteiligungsprozessen, in deren Fall die Beteiligten als Mitarbeiter:innen in einem Betrieb gleichzeitig Erfahrungsexpertinnen/-experten und Fachexpertinnen/-experten sind.

Einer der zentralsten Aspekte, wenn es um Beteiligung geht, ist die Frage nach den tatsächlichen Mitspracherechten und der Einflussnahme der beteiligten Bevölkerungsgruppen. Die höchste Stufe der Beteiligung ist in nur ganz wenigen Anwendungsbeispielen Information ($n = 4,3 \%$). Information ist in vielen Modellen eine erste Vorstufe von Beteiligung (vgl. u.a. Straßburger/Rieger 2019) und eine wichtige Voraussetzung, um sich weiter zu beteiligen (Österreich/Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2009), aber in der Regel nicht ausreichend, um ein Vorgehen als partizipativ zu bezeichnen. Hier ist anzumerken, dass es nicht auszuschließen ist, dass in den unterschiedlichen Phasen eine unterschiedliche Beteiligungsstufe gewählt wird. In der Erhebung ist nur abgebildet, welche die höchste ist.

Hinsichtlich der **Phasen der Beteiligung** und deren Dauer zeigt sich, dass nur ein Drittel der Anwendungsbeispiele dauerhaft ist. Häufiger erfolgt Beteiligung zeitlich begrenzt für einen Zeitraum von meist ein bis drei Jahren. Der Zeitraum entspricht insbesondere auch bei Praxisprojekten dem üblichen Förderzeitraum. Beteiligung erfolgt vorrangig in der Planungs- und Umsetzungsphase. Von Teilnehmer:innen und Teilnehmern des Ergebnisworkshops wurde dies als wenig überraschend eingeschätzt und auf die Ressourcen der Bevölkerungsgruppen zurückgeführt. Eine Beteiligung in allen Phasen würde die zivilgesellschaftlichen Akteur:innen und Akteure, die ehrenamtlich partizipieren, überfordern, so die Einschätzung von Teilnehmer:innen und Teilnehmern.

Es gibt nicht die *eine Methode der Beteiligung*. Dies zeigt auch die eingesetzte Methodenvielfalt. In 76 Prozent der Anwendungsbeispiele werden zwei oder mehr Methoden eingesetzt. Identifiziert werden konnten 24 unterschiedliche Methoden zur Umsetzung von Beteiligung. Acht Methoden werden dabei auffallend häufig (häufiger als 10-mal) eingesetzt (vgl. Abbildung 3.14): Dabei handelt es sich insbesondere um prozessgestaltende Methoden wie Workshop, Arbeitsgruppen bzw. Gremien und runde Tische sowie Dialog und Konsultation. Bei den forschenden Methoden sind es Fokusgruppen, Befragungen und Community-Mapping, die am häufigsten eingesetzt werden. Digitale Beteiligungsmethoden wurden, abgesehen von Onlineerhebungen und Plattformen, kaum angeführt. Allerdings zeigte sich bei der Frage nach dem Handlungsfeld auch die Nutzung von Social Media. Der Einsatz digitaler Methoden für Beteiligungsprozesse scheint – ungeachtet der erhobenen Anwendungsbeispiele – eine wichtige Entwicklung zu sein, die es zu beobachten gilt.

Die Erhebung lässt erste Schlüsse zu, welche Methoden in Österreich bekannt sind und welche Kompetenzen für die Umsetzung vorliegen. Die Workshopteilnehmer:innen merkten an, dass es auch darum gehe, zielgruppenorientierte und -gerechte Methoden für das jeweilige Vorhaben zu finden.

Die Anwendungsbeispiele zeigen, dass Beteiligung in **unterschiedlichen Handlungsfeldern** erfolgt und sich großteils den Felder Praxis, Forschung und Strategieentwicklung zuordnen lässt. Drei Beispiele konnten nicht zugeordnet werden, da sie sie sowohl Forschungs- als auch Praxiselemente beinhalten. Das betrifft die Ausarbeitung partizipativ erstellter Guter Gesundheitsinformationen sowie Bedarfserhebungen im Rahmen von Praxisprojekten. Bei anwendungsorientierten partizipativen Forschungsprojekten lassen sich – aufgrund der doppelten Zielsetzung – Schwierigkeiten in der Verortung als Forschungs- oder Praxisbeispiel vermuten. Auch eine Trennung nach Set-

tings ist den Angaben der Beispiele zufolge nicht immer möglich, da es sowohl auf Ebene der Strategie settingübergreifende Anwendungsbeispiele gibt als auch in der Praxis, die häufig an Schnittstellen zwischen Versorgung und unterschiedlichen Settings der Gesundheitsförderung wirken (<https://fgoe.org/glossar/setting>).

Aufbauend auf der Beteiligungsdefinition von Forster (2015) und Straßburger/Rieger (2019), wird auf Basis der Erhebungsergebnisse folgende Arbeitsdefinition von Beteiligung abgeleitet, die es im weiteren Prozess partizipativ abzustimmen und bei Bedarf zu adaptieren gilt.

Bevölkerungs- und Patientinnen bzw. Patientenbeteiligung bedeutet (angelehnt an Forster 2015; Straßburger/Rieger 2019),

- » dass es um die Beteiligung der gesamten Bevölkerung oder ausgewählter Bevölkerungsgruppen in Entscheidungsprozessen geht – ausgewählte Bevölkerungsgruppen können z. B. Menschen mit einer bestimmten Erkrankung, Patientinnen und Patienten als Nutzer:innen von Gesundheitsdienstleistungen oder Menschen mit Migrationsbiografie sein –,
- » dass Beteiligung an einem Entscheidungs- oder Gestaltungsprozess wie Problembestimmung, Auswählen von Handlungsoptionen, Umsetzen der gewählten Option oder Bewertung/Evaluation der Umsetzung, Verbreitung von Ergebnissen gemeint ist,
- » dass Beteiligung sowohl eine wissensbasierte als auch soziale Dimension umfasst, d. h. es geht um die Erweiterung der Entscheidungsbasis durch weitere Perspektiven und Erfahrungen aus der Bevölkerung *und* die soziale Einbeziehung von Personen in den Entscheidungsprozess durch Vertretungen anderer Perspektiven (z. B. Verwaltung, Forschung, Praxis etc.) – der oder die konkreten Zwecke werden offengelegt (u. a. mehr Patientenorientierung, Chancengerechtigkeit ...), Information ist eine wichtige Voraussetzung für Beteiligung, aber allein nicht ausreichend, um als Beteiligung betrachtet zu werden, auch die Teilnahme an einer Veranstaltung allein ist für sich ohne Bezug zu einer Entscheidung keine Beteiligung –,
- » dass es klare Regeln gibt, wie Entscheidungen getroffen werden, d. h. es wird transparent gemacht, wann (in welcher Phase der Entscheidung) und inwieweit die Möglichkeit der Einflussnahme (von Information, Beratung bis Mitentscheidung) besteht.

4.4 Was lernen wir für Chancengerechtigkeit?

Beteiligung wird häufig auch in den Kontext gesundheitlicher Chancengerechtigkeit gestellt (WHO 2019). Damit rückt auch die Frage nach den beteiligten Bevölkerungsgruppen in den Blick. Gender und Staatsbürgerschaft waren in 90 Prozent der erhobenen Anwendungsbeispiele kein Auswahlkriterium. Dies schließt Menschen mit diversen Geschlechtsidentitäten und Staatsbürgerschaften nicht aus. Allerdings werden diese Personengruppen nur selten explizit eingeladen, sich zu beteiligen.

In Bezug auf das Alter zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche seltener beteiligt werden als Menschen im Erwachsenenalter und ältere Menschen. Ob dies ein Erhebungsbias ist, im Sinne dessen, dass einschlägige Kindergarten- oder Schulprojekte nicht angemeldet wurden, oder ob dies in Österreich wirklich der Fall ist, gilt es weiter zu beobachten. Die Workshopteilnehmer:innen merkten allgemein an, dass auch hierauf ein besonderes Augenmerk gerichtet werden müsse, um

Kinder/Jugendliche sowie auch ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen stärker zu involvieren. Auffällig hingegen war das hohe Ausmaß der Beteiligung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und von Selbsthilfegruppen. Dies ist jedoch angesichts vieler Anwendungsbeispiele aus der Gesundheitsversorgung wenig verwunderlich. Dennoch merkten die Workshopteilnehmer:innen an, dass die Beteiligung von Selbsthilfegruppen auch kritisch gesehen werden könne. Wen repräsentieren sie angesichts einer vergleichsweise geringen Beteiligung chronisch kranker Menschen in Selbsthilfegruppen? Gleichzeitig gelten sie als eine der wenigen Formen organisierter Patientinnen und Patienten, die erreicht werden können (Rojatz 2016).

Eine Gegenüberstellung der Beteiligung von Menschen mit ausgewählten Merkmalen und ihrem Anteil an der österreichischen Bevölkerung (vgl. Tabelle 4.1) kann nur vorsichtig interpretiert werden, da es sich um keine repräsentative Erhebung von Anwendungsbeispielen handelt und nicht erhoben wurde, wie viele Personen aus der Bevölkerung jeweils beteiligt werden. Auffällig ist die überproportionale Beteiligung von Menschen in Selbsthilfegruppen in 37 Prozent der Anwendungsbeispiele, wobei sie nur zwei bis drei Prozent der Bevölkerung ausmachen. Verhältnismäßig häufig⁹ werden auch Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen (38 % zu 18 % in der Bevölkerung) und Menschen mit Behinderung (28 % zu 18 % in der Bevölkerung) beteiligt.

9

zehn oder mehr Prozent Unterschied

Tabelle 4.1:

Beteiligung von Zielgruppen und Anteil der Zielgruppen in der österreichischen Bevölkerung

	Beteiligung in partizipativen Prozessen/Strukturen	Anteil in der österreichischen Bevölkerung
Menschen mit chronischen Erkrankungen	44 %	38 %
Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen (= armuts- oder ausgrenzungsgefährdete Personen)	38 %	17,5 %
Menschen in Selbsthilfegruppen	37 %	2-3 %
Menschen mit Behinderung	28 %	18 %
Menschen mit Migrationsbiografie	28 %	26 %
Menschen mit Kindern (Eltern)	26 %	33 %

Menschen mit chronischen Erkrankungen: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheitszustand/gesundheitszustand-selbstberichtet> (abgerufen am 16.11.2023)

Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/einkommen-und-soziale-lage/armut> (abgerufen am 21. 6. 2023)

Menschen in Selbsthilfegruppen: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/institutionen/argeselbsthilfe.html> ca. 250.000 Menschen sind in Selbsthilfegruppen organisiert, dies entspricht ca. 2,8% der Bevölkerung (abgerufen am 21. 6. 2023)

Menschen mit Behinderung: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Menschen-mit-Behinderungen/Bericht-der-Bundesregierung-ueber-die-Lage-der-Menschen-mit-Behinderung.html> (abgerufen am 16.11.2023)

Menschen mit Migrationsbiografie: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund> (abgerufen am 16.11.2023)

Eltern: Anteil der Privathaushalte mit Kindern: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/familien-haushalte-lebensformen/familienformen> (abgerufen am 16.11.2023)

Quelle: GÖG

Die Fokussierung auf die Beteiligung ausgewählter Zielgruppen kann zum einen entweder dem Zweck der Beteiligung oder einer gewissen Schwerpunktsetzung zugeschrieben werden (z. B. Fokus auf Gesundheitsversorgung) und zum anderen der Möglichkeit, ausgewählte Zielgruppen zu erreichen. Wie beim Ergebnisworkshop von einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmern aufgezeigt, gelingt es nicht immer, die angestrebten Zielgruppen zu beteiligen, bzw. muss hier schrittweise vorgegangen werden. Dies kann bedeuten, mit einer Selbstelektion von Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu beginnen und den Teilnehmerkreis im Prozessverlauf zu erweitern. Aus dem Ergebnisworkshop geht dennoch hervor, dass es im Sinne der Chancengerechtigkeit noch eines stärkeren Fokus auf Bedarfe und Bedürfnisse marginalisierter Gruppen bedarf, damit sie partizipieren können. Gruppen, die auch als vulnerabel oder „hard to reach“ gelten, sind häufig „easy to ignore“. Hier ist ein gemeinsames Lernen, wie diese Gruppen entsprechend besser erreicht und eingebunden werden können, einschließlich entsprechender Rahmenbedingungen vonnöten.

4.5 Was lernen wir für die Weiterentwicklung von Beteiligung?

Aufbauend auf der Machbarkeitsstudie zu Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem (Moser et al. 2022), leistet die vorliegende Erhebung einen Beitrag zur Konkretisierung und Vorbereitung von Umsetzungsschritten.

Beteiligungstrategie und -agenda

Eine Grundvoraussetzung für die Weiterentwicklung von Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung bilden ein gemeinsames Beteiligungsverständnis und eine gemeinsame Zielsetzung. Die Zielsetzung wurde in der Machbarkeitsstudie mit dem Anspruch auf Qualitätsverbesserung und eine neue Form der Zusammenarbeit skizziert. Ergänzend konnte, aufbauend auf den Erhebungsergebnissen, das Beteiligungsverständnis geschärft werden und ein erster Entwurf einer Arbeitsdefinition von Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung geleistet werden (vgl. Kapitel 4.3). Ein gemeinsames Verständnis von Beteiligung ist eine wesentliche Grundlage nicht nur für die Weiterentwicklung von Beteiligung, sondern auch für die Entwicklung einer Beteiligungsstrategie bzw. -agenda.

Die Entwicklung einer Beteiligungsstrategie als großer Rahmen für die Weiterentwicklung soll breit angelegt sein und die Vielfalt unterschiedlicher Beteiligungsbereiche (in Kommunen, in Organisationen, in der Gesundheitsversorgung) und Handlungsfelder (Politik/Strategieentwicklung, Forschung, Praxis) berücksichtigen. Die Befragungsteilnehmer:innen stimmten zu 37 Prozent bzw. 39 Prozent sehr zu, dass die Weiterentwicklung von Beteiligung in der Gesundheitsversorgung bzw. in der Gesundheitsförderung starten soll. Es kann vermutet werden, dass je nach persönlicher Verortung (in Gesundheitsförderung oder -versorgung) der Bedarf an Weiterentwicklung im eigenen Bereich gesehen wird. Diese Vielfalt gilt es anzuerkennen und als Ressource für gemeinsames Lernen für mehr Beteiligung zu nutzen. Gleichzeitig gilt es die Handlungs- und Einflussmöglichkeiten auf allen Ebenen zu beachten, um keine Überforderung zu erzeugen. Setzt man die erhobenen Anwendungsbeispiele zu den Gesundheitsausgaben¹⁰ in Bezug, zeigt sich, dass im Bereich Gesundheitsförderung – entsprechend dem einschlägigen Grundprinzip – häufiger partizipativ gearbeitet wird als in der Gesundheitsversorgung. Die Auflösung dieser „Silos“ scheint wünschenswert, um Zusammenarbeit zu forcieren und Synergien zu nutzen.

Gleichzeitig stellt sich die Frage, wo mit konkreten Aktivitäten begonnen werden soll. 39 Prozent bzw. 37 Prozent der Befragungsteilnehmer:innen sprechen sich für den Start der Umsetzung bzw. die Weiterentwicklung von Beteiligung in der Gesundheitsförderung bzw. in der Gesundheitsversorgung aus. Diese „Unentschiedenheit“ führte zur Überlegung, anstelle der unterschiedlichen Settings die unterschiedlichen Handlungsfelder (Politik/Strategieentwicklung, Forschung und Praxis) stärker zu fokussieren, was die Workshopteilnehmer:innen begrüßten. Allerdings wird die Umsetzung diesfalls entsprechend breit mit unterschiedlichen Handlungsfeldern, Settings, Zuständigkeiten und Entscheidungsstrukturen. Konkrete Aktivitäten im Rahmen einer umsetzungsorientierten Beteiligungsagenda könnten daher in einem ersten Schritt auf ausgewählte Beteiligungsbereiche wie das Gesundheitssystem und ausgewählte Bereiche der Gesundheitsversorgung fokussieren, z. B. die Etablierung von Patientenbeiräten in Krankenhäusern, vgl. Forster (2015). Dies hätte auch den Vorteil, die Komplexität unterschiedlicher Zuständigkeiten und Entscheidungsstrukturen etwas zu reduzieren.

10

Im Jahr 2016 (entspricht den neuesten verfügbaren Daten) wurden 2,441 Milliarden Euro für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben. Dies entspricht 0,7 % des BIP von 2016. Dem stehen elf Prozent des BIPs für alle öffentlichen Gesundheitsausgaben gegenüber.

Onlineportal

Die Erhebungsergebnisse sind weiters ein erster Schritt zu mehr Transparenz und bilden auch eine Grundlage für das Onlineüberblicksportal (Moser et al. 2022) über Beteiligungsprozesse, beteiligte Akteure und eingesetzte Methoden.

Forum zivilgesellschaftlicher Akteure

Die Machbarkeitsstudie hat eine Vernetzungsstruktur (Forum, Dach) der zivilgesellschaftlichen Organisationen vorgeschlagen. Die Erhebung, welche Bevölkerungsgruppen beteiligt werden und welche Organisationen schon beteiligt sind, liefert ergänzend zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der im Rahmen der Machbarkeitsstudie umgesetzten Workshops (Moser et al. 2022) Einblicke, welche Akteure Interesse an der Beteiligung an einem Forum haben könnten. Diese können zu einer Auftaktveranstaltung eingeladen werden, um das Forumkonzept und die weiteren Schritte zum Aufbau des Forums zu erarbeiten.

Kompetenz- und Koordinationsstelle Beteiligung im Gesundheitssystem

Die Erhebung leistete ferner einen Beitrag zur Konkretisierung der Aufgaben der Kompetenz- und Koordinationsstelle. Aufgedeckt wurde der Bedarf an finanzieller Unterstützung für Beteiligungsprozesse. Bestätigt hat sich der Unterstützungsbedarf in Form von Schulungen für alle Beteiligten – von den Auftraggebern über umsetzende Organisationen bis zu Beteiligten –, dessen Deckung die Workshopsteilnehmenden als erforderlich ansahen, desgleichen Übersichten über Methodenschulungen, Ansprechpartner:innen, Good Practice und Vernetzung.

Die Erhebung und der Ergebnisworkshop leisteten auch einen Beitrag zu einer ersten Vernetzung der umsetzenden Akteure, indem erkannt wurde, wer sich von der Erhebung angesprochen fühlt und Interesse an weiteren Informationen und Austausch hat.

5 Limitationen

Die vorliegenden Erhebungsergebnisse bilden die Vielfalt an Beteiligungsprozessen im Gesundheitssystem (in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung) ab, zeigen aber auch die Herausforderungen bei entsprechenden Erhebungen.

Eine große Herausforderung besteht in der Ansprache und Erreichung der Umsetzer:innen: Die Begriffswahl für die adressierten Handlungsfelder ist wichtig, damit sich alle Personen der Zielgruppe angesprochen fühlen. „Gesundheitssystem“ spricht beispielsweise Umsetzer:innen aus dem Gesundheitsförderungsbereich nicht an, „Public Health“ mitunter weder Umsetzer:innen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung noch aus jenem der Gesundheitsversorgung. Daher wurde auf Basis des Pretests entschieden, die Bereiche möglichst konkret zu benennen: Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass ausgewählte Bereiche, wie jener der Langzeitbetreuung nicht erreicht wurden. Durch die Ansprache der Bereiche Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung und die Einschränkung auf sie haben sich vermutlich nicht alle Akteure angesprochen gefühlt, die aber für die Public Health auch relevant sein können (z. B. HTA, Pharmaökonomie etc.).

In einigen Bereichen sind massive Unterschätzungen der eingemeldeten Beispiele bekannt – so wurden u. a. weder alle FGÖ-geförderten Projekte der letzten fünf Jahre eingemeldet noch alle partizipativen Projekte an der Gesundheit Österreich GmbH. Eine Unterschätzung kommt des Weiteren auch aufgrund von Sammeleinmeldungen wie Beteiligung in Gremien (ohne Hinweis auf die Anzahl der Gremien), „unterschiedliche Forschungsprojekte am Institut XY“, Initiativen oder „regionale Gesundheitsförderung“ zustande. Die einzelnen Anwendungsbeispiele wurden aber nicht namentlich genannt. Das führt einerseits zur Unterschätzung und andererseits zur Möglichkeit, den genauen Anwendungsbeispielen weiter nachzugehen. Für die Erhebung wurden die Beispiele dennoch eingeschlossen, um dies auch sichtbar zu machen. Andere Erhebungsteilnehmer:innen haben hingegen sehr detailliert sowohl die Durchführung als auch die Umsetzung als jeweils einzelnes Projekt angeführt, was eventuell zu einer gewissen Überschätzung der Anwendungsbeispiele führt. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass Durchführung und Umsetzung auch als zwei unterschiedliche Projekte in Auftrag gegeben wurden und die Angaben dann entsprechend korrekt sind.

Bei einigen Anwendungsbeispielen ist nicht unmittelbar ersichtlich, ob es sich um individuelle oder kollektive Beteiligung handelt. Bei einer genaueren Analyse der jeweiligen Projekttitel zeigt sich zudem, dass im medizinisch-klinischen Bereich auch individuelle Beteiligung von Patientinnen und Patienten vertreten sein könnte. Das könnte nach Einschätzung der Autorinnen auf drei Projekte zutreffen. Diese wurden jedoch nicht ausgeschlossen, da eine gänzliche Nachprüfung nicht durchgeführt wurde. Es zeigt jedoch auf, dass Patientenbeteiligung, insbesondere in der Krankheitsprävention, von Akteurinnen und Akteuren im Feld auch auf individueller Ebene verstanden werden kann.

Die vorliegenden Ergebnisse können nur als Überblick über die Beteiligungspraxis in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung in Österreich verstanden werden. Sie können keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität erheben. Wenngleich ver-

sucht wurde, möglichst breit auf die Erhebung aufmerksam zu machen, wurde der Rücklauf insbesondere über persönliche Nachfragen bei bekannten Umsetzerinnen und Umsetzern von Beteiligungsprozessen erzielt.

Die Beteiligungsdefinition wurde in der vorliegenden Erhebung bewusst breit angesetzt. Die eingemeldeten Anwendungsbeispiele spiegeln dies wider, so heißt es vereinzelt, der:die Patientenvertreter:in sei ein Mitglied im Gremium und dann erfolgt die Beteiligung indirekt durch Organisationen oder öffentliche Stellen (Patientenanwaltschaften). Bei anderen eingemeldeten Beispielen zeigte sich die Herausforderung darin, am Titel des Gesamtvorhabens (z. B. Community Nursing, Social Prescribing) den Beteiligungsbezug zu erkennen (z. B. ein Patientenbeirat bei der umsetzenden Organisation).

Die erhobenen Charakteristika der Anwendungsbeispiele sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil hier unterschiedliche Begriffsverständnisse auf eine sehr heterogene Praxis treffen. Aufgrund der unterschiedlichen Begriffsverständnisse kann trotz Hilfstexten im Fragebogen nicht davon ausgegangen werden, dass alle Begriffe einheitlich oder so wie intendiert verstanden wurden. Ein Beispiel hierfür ist die Frage nach den beteiligten Zielgruppen. Hier wurde versucht, abzufragen, wer zur Beteiligung eingeladen wurde bzw. ob ein ausgewähltes Merkmal kein Teilnahme-/Auswahlkriterium war. Dies bedeutet nicht, dass nicht auch Menschen mit diesem Merkmal teilgenommen haben. Umgekehrt kann aufgrund der Komplexität von Anwendungsbeispielen mehreres zutreffen, beispielsweise sind Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtungen sowohl eine Strategie zur strukturierteren Kooperation mit Selbsthilfegruppen in der Gesundheitsversorgung als auch praktische Umsetzungsbeispiele von Beteiligung. Selbsthilfegruppen sind weiters ein gutes Beispiel für unterschiedliche Auffassungen von Beteiligung. Selbsthilfegruppen, die z. B. mit Krankenhäusern kooperieren, sind ein Anwendungsbeispiel. Selbsthilfegruppen, in welchen sich Betroffene treffen und austauschen (ohne Aktivitäten in Kooperation mit der Gesundheitsversorgung o. Ä.) sind ein wichtiges Forum, aus dem partizipative Prozesse entstehen können, aber selbst kein Anwendungsbeispiel für Beteiligung, wenn das Zusammenwirken mehrerer Perspektiven als Grundelement der Beteiligungsdefinition verstanden wird.

6 Schlussfolgerung

Die Erhebung ist ein weiterer – sozialer und inhaltlicher – Beitrag zur Weiterentwicklung von Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung.

In sozialer Hinsicht belegen die Erhebungsergebnisse, dass Beteiligung zumindest in einigen Anwendungsbeispielen auch systematisch unbefristet stattfindet. Zudem konnte eine erste Vernetzung von Umsetzerinnen und Umsetzern von Anwendungsbeispielen im Rahmen des Ergebnisworkshops stattfinden, welcher den Grundstein für weitere Vernetzung bieten kann.

Inhaltlich ermöglichte die Erhebung ein Lernen für Beteiligung angesichts unterschiedlicher Vorstellungen von Beteiligung. Auf Basis der Erhebungsergebnisse wurde ein Entwurf einer Arbeitsdefinition von Beteiligung entwickelt, der die Ausgangsbasis für die weitere Arbeit und die Entwicklung der Beteiligungsstrategie bilden kann.

Des Weiteren konnten die Überlegungen zu Beteiligungsstrategie und -agenda sowie zur Kompetenz- und Koordinationsstelle Beteiligung im Gesundheitssystem, zum Onlineportal und Forum zivilgesellschaftlicher Akteure konkretisiert werden.

Für die Weiterentwicklung von Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem gilt es die Vielfalt und die Handlungsmöglichkeiten in diesem Feld zu (be)achten, das unterschiedliche Handlungsbereiche, Settings sowie Akteurinnen und Akteure umfasst. Trotz oder gerade wegen der Vielfalt und der vielfältigen Lernmöglichkeiten gilt es einen gemeinsamen Rahmen für Beteiligung zu etablieren. Gleichzeitig gilt es den Handlungs- und Einflussbereich der Akteurinnen und Akteure zu berücksichtigen (z. B. Kompetenzbereich von BMSGPK, Zielsteuerungspartnern). Konkret könnte dies beispielsweise bedeuten, dass das Überblicksportal alle Beteiligungsprozesse aus dem Gesundheitssystem einschließlich der Gesundheitsförderung transparent macht und auch die Tools und Weiterbildungsangebote der vorgeschlagenen Kompetenz- und Koordinationsstelle Beteiligung im Gesundheitssystem für Akteure aus Gesundheitsversorgung und -förderung offen sind. Die Forcierung systematischer Beteiligung kann aufgrund begrenzter Ressourcen zunächst nur in ausgewählten Bereichen beginnen. Die genaue Vorgehensweise und die konkreten Bereiche im Gesundheitssystem gilt es partizipativ abzustimmen – beispielsweise im Zuge der Entwicklung einer Beteiligungsstrategie und -agenda.

Literatur

- Czypionka, Thomas; Reiss, Miriam; Stegner, Christoph (2019): Wege der Beteiligung. Zur Einbindung von BürgerInnen, Versicherten und PatientInnen in Entscheidungen im Gesundheitswesen. Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS), Wien
- Forster, Rudolf (2015): Gutachten zur Bürger- und Patientenbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem. ARGE Selbsthilfe Österreich, Wien
- Kasberg, Azize; Müller, Patrick; Markert, Claudia; Bär, Gesine (2021): Systematisierung von Methoden partizipativer Forschung. In: Bundesgesundheitsblatt 64/2:146–155
- Marent, Benjamin; Forster, Rudolf; Nowak, Peter (2015): Conceptualizing lay participation in professional health care organizations. In: Administration & Society 47/7:827–850
- Moser, Michaela; Plunger, Petra; Langstadlinger, Ines; Schinnerl, Melanie (2022): Machbarkeitsstudie Bürger:innen- und Patient:innenpartizipation im österreichischen Gesundheitswesen. University of Applied Sciences, St. Pölten
- Ocloo, Josephine; Garfield, Sara; Franklin, Bryony D.; Dawson, Shoba (2021): Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: a systematic review of reviews. In: Health research policy and systems / BioMed Central 19/1:8
- ÖKUSS (2021): Beteiligung von Selbsthilfeorganisationen an gesundheitspolitischen Gremien auf Bundesebene. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Bundeskanzleramt Österreich; Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (2009): Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung. Empfehlungen für die gute Praxis. Praxisleitfaden. Wien
- Rojatz, Daniela; Wahl, Anna (2022): Public Health und Partizipation von Expertinnen und Experten aus Erfahrung in Österreich: erste explorative Erhebung. In: Gesundheitswesen, 85(06): 554–560
- Rojatz, Daniela (2016): Kollektive Patientenbeteiligung als (Heraus-)Forderung. Eine qualitative Analyse von Selbsthilfeorganisationen zur Reflexion ihrer Möglichkeiten und Grenzen. Dissertation. Universität Wien, Wien
- Steingruber, Brigitte; Sladek, Ulla; Groth, Sylvia (2014): Health Literacy erhöhen – Capacity Building bei VertreterInnen von PatientInnen und KonsumentInnen von Gesundheitsleistungen. Pilot im Auftrag von und in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Endbericht (12.08.2014). Frauengesundheitszentrum, Bundesministerium für Gesundheit, Graz
- Straßburger, Gaby; Rieger, Judith (2019): Partizipation kompakt. Beltz Juventa, Weinheim

WHO (2019): Participation as a driver of health equity. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Anhang

Übersicht über Auftraggeber/Fördergeber und umsetzende Organisationen

Organisation	Auftraggeber/ Fördergeber	umsetzende Organisation
öffentliche Einrichtungen auf Bundesebene (Ministerien, nachgelagerte Dienststellen)	<ul style="list-style-type: none"> » BGA » BMSGPK (Agenda Gesundheitsförderung) » Bundeskanzleramt » FGÖ » GÖG 	<ul style="list-style-type: none"> » GÖG mit div. Abteilungen (ÖBIG-Transplant, ÖKUSS ...) » BMSGPK » Zielsteuerungspartner
öffentliche Einrichtungen auf Landesebene (Länder, Gesundheitsfonds)	<ul style="list-style-type: none"> » Land Steiermark » Landesgesundheitsfonds » Land Burgenland » Land Oberösterreich » Vorarlberger Gesundheitsfonds » Gesundheitsfonds Steiermark » Wiener Gesundheitsförderung » Stadtrat für Soziales/Gesundheit (Wien) » Land Salzburg » Land Vorarlberg » Land Steiermark » FSW » Salzburger Gesundheitsfonds 	<ul style="list-style-type: none"> » Gesundheitsfonds Steiermark » Länder » FSW » NÖ Landesgesundheitsagentur » Land Burgenland » Wiener Programm für Frauengesundheit
öffentliche Einrichtungen einer Stadt oder Gemeinde	<ul style="list-style-type: none"> » Stadt Linz » Stadt Salzburg » Magistrat Salzburg » Marktgemeinde Voralau » Gesundheitsregion » Gesunde Gemeinde » Stadt Graz 	<ul style="list-style-type: none"> » Marktgemeinde Voralau / Gesunde Region Voralau » Gemeinde N. N. » Gesunde Gemeinde Sierndorf
Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> » LBG Open Innovation in Science, » LBI-Institut für digitale Gesundheit und Prävention » FH Salzburg » Medizinische Universität Innsbruck » LBG » IMC FH Kreams » Ludwig Boltzmann Institute Digital Health and Patient Safety 	<ul style="list-style-type: none"> » FH Kärnten » FH Salzburg » FH St. Pölten » FH Wiener Neustadt » IMC FH Kreams » Institut für Pflegewissenschaft » Ludwig Boltzmann Forschungsgruppe Alterung und Wundheilung » Ludwig Boltzmann Gesellschaft » Ludwig Boltzmann Institute Digital Health and Patient Safety » Open Innovation in Science Center » queraum. kultur- und sozialforschung » Universität für Weiterbildung Kreams » Universität Wien
Sozialversicherungsträger /soziale Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> » Dachverband der Sozialversicherungsträger » ÖGK 	<ul style="list-style-type: none"> » Vernetzungsgruppe Gesundheitskompetenz der SV

Organisation	Auftraggeber/ Fördergeber	umsetzende Organisation
Selbsthilfedachverbände / Selbsthilfeorganisationen	<ul style="list-style-type: none"> » Selbsthilfe Oberösterreich » Selbsthilfe Steiermark » Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen » Selbsthilfe Parkinson Wien » Selbsthilfe Salzburg 	<ul style="list-style-type: none"> » Dachverband NÖ Selbsthilfegruppen » Selbsthilfe Oberösterreich » Selbsthilfe Salzburg » Achterbahn
Vereine inkl. AKS-Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> » Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit GmbH » Verein LOGIN » eigener Verein » Lebenshilfe SD 	<ul style="list-style-type: none"> » Aks Gesundheit » AVOS – Gesellschaft für Vorsorgemedizin » Femail Fachstelle Frauengesundheit » GFSG – Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit GmbH » ISGS Kapfenberg » PROGES – Wir schaffen Gesundheit » Rettet das Kind Steiermark » Sozialhilfverband Oberösterreich » Styria vitalis » Verein LOGIN
wissenschaftliche Fachgesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> » medizin. Fachgesellschaften ÖGES / ÖGKJ (APEDÓ) » AWMF 	<ul style="list-style-type: none"> » Netzwerk AGS Österreich und ÖGES / ÖGKJ (APEDÓ) » AWMF
EU-Projekte/ -Programme/ -Initiativen bzw. internationale Partnerorganisationen	<ul style="list-style-type: none"> » Interreg » Innovative Medicines Initiative – Horizon 2020 » EU: EaSI » AWMF 	<ul style="list-style-type: none"> » CIPRA International » TU München » Copenhagen Business School
Gesundheitseinrichtungen, soziale Einrichtungen und entsprechende Trägereinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> » Gesundheitspark Speising » Gesundheitspark Göttlicher Heiland (Unternehmen der Vinzenz Gruppe) » Herz-Jesu Wien Errichtungs- und Vermietungs GmbH » Barmherzige Schwestern Wien Errichtungs- und Vermietungs GmbH 	<ul style="list-style-type: none"> » Chance B Gemeinnützige GmbH » Diabeteszentrum Wienerberg » Frauengesundheitszentrum, Fachstelle Mädchengesundheit# » Gesundheitspark (Barmherzige Schwestern Wien Errichtungs- und Vermietungs GmbH) » Gesundheitspark BHS Ried » Hilfswerk Steiermark » LKH Feldbach » MEN » Psychosoziale Einrichtung (N. N.) » Psychosoziale Dienste » Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum » Rotes Kreuz Ried » Senioren- und Pflgeresidenz Blaue Villa » Volkshilfe Seniorenzentrum Bairisch Kölldorf
Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> » Netzwerk AGS Österreich » Österreichische Plattform für Patientensicherheit (ANetPAS – Austrian Network for Patient Safety) 	<ul style="list-style-type: none"> » boJA » Vernetzungsplattform für Expertinnen und Experten aus Erfahrung für psychosoziale Gesundheit » Netzwerk AGS Österreich und ÖGES / ÖGKJ (APEDÓ) » ARGE Demenzfreundliche Bibliothek
Forschungsförderstellen und Stiftungen	<ul style="list-style-type: none"> » Ludwig Boltzmann Gesellschaft » Nationalstiftung » Fördergeberin Gesellschaft für Forschungsförderung Niederösterreich mbH (GFF) FWF 	

Organisation	Auftraggeber/ Fördergeber	umsetzende Organisation
weitere		<ul style="list-style-type: none"> » Regionalis. Verkehrsplanung und Regionalentwicklung » Landschafts- und Freiraum-Planungsbüro » SPES Zukunftsakademie » Polarfux GmbH » Energieinstitut Vorarlberg » gewerbliche Genossenschaft für Organisationsentwicklung

Übersicht über Anwendungsbeispiele

Nachfolgend werden erhobene Anwendungsbeispiele, für welche die Befragungsteilnehmer:innen einen öffentlich zugänglichen Link angaben, nach Handlungsfeld (Strategieentwicklung, Forschung, Praxis) aufgelistet. Die Zuordnung entspricht den Angaben der Befragungsteilnehmer:innen.

Handlungsfeld	Name	Link
Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung	aktive Zusammenarbeit in der Umsetzung der Peeraanstellung bei Trägern in der Steiermark	www.gfsg.at
	Beirat für Patientinnen- und Patientensicherheit	https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Patient-innensicherheit-und-Patient-inneninformationen/Beirat-fuer-Patientinnen-und-Patientensicherheit.html
	Beirat für psychosoziale Gesundheit	https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Beirat-für-Psychische-Gesundheit.html
	Beirat für seltene Erkrankungen	https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Onkologiebeirat.html
	Beirat Gesundheitspark	https://www.gesundheitspark.at/gesundheitsparks/herz-jesu-wien/beirat
	Beirat NÖ Landesgesundheitsagentur	https://www.landesgesundheitsagentur.at/
	Beteiligung Betroffener in Fokus-/Expertengruppen im Rahmen der Strukturplanung	https://goeg.at/Expertengruppen_OESG
	Der Alter(n)sbeirat: Multiprofessioneller Beirat für Gesundheit und Krankheit im Alter	https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Gesundheit-und-Krankheit-im-Alter/Der-Alter(n)sbeirat-Multiprofessioneller-Beirat-f%C3%BCr-Gesundheit-und-Krankheit-im-Alter.html
	Erarbeitung der Wiener Demenzstrategie	https://issuu.com/fondssozialeswien/docs/wiener_demenzstrategie
Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung	EU- und FGÖ-gefördertes Projekt InCARE – Supporting INclusive development of community-based long-term CARE services through multi-stakeholder participatory approaches	https://incare.euro.centre.org/
	Folgeprojekt Machbarkeitsstudie zur Umsetzung von Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen	https://research.fhstp.ac.at/projekte/machbarkeitsstudie-buerger-innen-und-patient-innenbeteiligung-im-gesundheitswesen
	Frauengesundheitstag Vorarlberg	https://femail.at/beratung-services/gesundheitskompetenz/
	Beirat Gesundheitspark Göttlicher Heiland Wien	https://www.gesundheitspark.at/gesundheitsparks/goettlicher-heiland-wien/beirat
	Gesundheitsziele Österreich	https://gesundheitsziele-oesterreich.at/
	Inklusives Wien 2030	www.inklusives.wien
	Interessenvertretung Gremien (nicht weiter spezifiziert)	https://www.selbsthilfe-salzburg.at/interessenvertretung/gremienarbeit
	interaktive Gesundheitsgespräche	https://www.smz.at/termine/interaktive-gesundheitsgespraeche-lasst-uns-ueber-unsere-gesundheit-reden/
	Kernteam der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz	https://oepgk.at/kern-team/

Handlungsfeld	Name	Link
Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung	Kompetenzgruppe Entstigmatisierung	https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Kompetenzgruppe-Entstigmatisierung.html
	Mitarbeit an der AWMF-S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon als Patientenvertreterin	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-094
	NAP + NAP-Begleitgruppe	https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Menschen-mit-Behinderungen/Nationaler-Aktionsplan-Behinderung.html
	Nationales Screening-Komitee auf Krebserkrankungen	https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Nationales-Screening-Komitee-auf-Krebserkrankungen.html
	öffentliche Konsultation bei Qualitätsstandards gem. GQG	https://goeg.at/Qualitaetsstandard
	ÖKUSS-Fachbeirat	https://oekuss.at/gremien
	Onkologiebeirat	https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Onkologiebeirat.html
	Onlinebefragung im Rahmen der Überarbeitung der steirischen Gesundheitsziele	https://gesundheitsfonds-steiermark.at/gesundheitsziele-steiermark/
	Österreichisches Konsensdokument: Notfallausweis, Notfallmedikation und Informationsmaterial zur Prävention und Therapie der Nebennierenkrise (Addison-Krise)	https://link.springer.com/article/10.1007/s41969-022-00155-2
	partizipativer Strategieprozess Zukunft Gesundheitsförderung	https://agenda-gesundheitsfoerderung.at/kozug/strategieprozess_kozug/beteiligungsprozess-2022
	Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung	Projekt „Tag der Seltenen Erkrankungen“
Round Table (politisches Gremium) im Rahmen der Überarbeitung der steirischen Gesundheitsziele		https://gesundheitsfonds-steiermark.at/gesundheitsziele-steiermark/
sektorenübergreifende Patientenbefragung 2022		https://goeg.at/Sektoren%C3%BCbergreifende_Patientenbefragung
Selbsthilfefreundliches Krankenhaus		https://www.selbsthilfe-salzburg.at/aktivitaeten/projekte/selbsthilfefreundliches-krankenhaus
Selbsthilfefreundliche Rehaklinik		https://www.selbsthilfe-salzburg.at/aktivitaeten/projekte/selbsthilfefreundliche-rehabilitationsklinik
Stakeholderdialoge im Rahmen von Bürger- und Patientenbeteiligung in Österreich		https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/Bericht%20Stakeholderdialoge_final_bf.pdf
Transplantationsbeirat		https://transplant.goeg.at/tx-beirat
Vernetzungsplattform der Expert:innen aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit		https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Vernetzungsplattform-Betroffenenvertretungen-für-Menschen-mit-psychischen-Erkrankungen.html
Youngstars 1		https://oepgk.at/youngstars1/

Handlungsfeld	Name	Link
	zamma leaba Götzis	https://hdg-vorarlberg.at/ehrenamt/zaemma-leaba-zgoetzis/
Forschung	Das Village-Projekt – Unterstützung von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern	https://village.lbg.ac.at
	DiabPeers Forschungsprojekt	https://research.fhstp.ac.at/projekte/diabpeers
	Ganz Salzburg Bewegen	https://www.fh-salzburg.ac.at/forschung/forschungsgruppen/gesundheitswissenschaften/projekte/ganz-salzburg-bewegen
	GO-Safe 2.0. Patientinnen/Patienten im Rahmen von Forschung (Prozess)	https://www.medunigraz.at/go-safe-20
	Healthy Minds – Psychische Gesundheit rund um die Geburt	https://village.lbg.ac.at/news/Weiterfuehrendes_Projekt_zur_perinatalen_psychischen_Gesundheit
	HERO – das Herz-Reha-Informationstool	https://dhp.lbg.ac.at/hero-das-herz-reha-informationstool/
	Inklusive Caring Communities	http://www.queraum.org/node/247
	inklusives Altern	https://www.lebenshilfen-sd.at/Aktuelles/Studie-Inklusives-Altern
	Ludwig Boltzmann Institut für digitale Gesundheit und Prävention	https://dhp.lbg.ac.at/
	Machbarkeitsstudie: Bürger:innen- und Patient:innenbeteiligung im österreichischen Gesundheitswesen	https://research.fhstp.ac.at/projekte/machbarkeitsstudie-buerger-innen-und-patient-innenbeteiligung-im-gesundheitswesen
	ÖKUSS-Selbsthilfe-Projektbeirat	https://oekuss.at/Leistungen
	Österreichischer Patient:innenbeirat	https://www.patientenbeirat.at/
	Projekt „Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund entwickeln“	https://goeg.at/GGI_Menschen_mit_Migrationserfahrung
	Projekt Demenzfreundliche Bibliothek	https://www.fhwn.ac.at/hochschule/infrastruktur/bibliothek/dembib
	Reden Sie mit! Behandlungsfehler	https://www.patientenbeirat.at/behandlungsfehler/index.php
	Reden Sie mit! Coronarisiko	https://dhps.lbg.ac.at/forschung/patient-empowerment/re-densiemit/
	Screen4Care-Projekt – Co-Creation im Bereich seltene Erkrankungen mit Patientinnen/Patienten und anderen Stakeholderinnen/Stakeholdern (WP2)	https://screen4care.eu/the-project/area-of-focus
unterschiedliche Forschungsprojekte am IARA	https://www.iara.ac.at/forschung/	

Handlungsfeld	Name	Link
Praxis	baseForum – Hausparlament in der Gesundheitsförderungseinrichtung	www.loginsleben.at
	#Body	https://fgoe.org/projekt/body
	AGIL – Aktiv und gesund im Leben bleiben	https://styriavitalis.at/information-service/projektarchiv/agil/
	Projekt „aktiv bewegt“ – Fonds gesundes Österreich	www.aktive-mobilitaet.at
	AMIGO	https://www.aks.or.at/amigo/
	Angebot von Social Prescribing erweitern und evaluieren	https://goeg.at/socialprescribing
	angewandte Save-Space-Konzepte	www.loginsleben.at
	Auf Gesundheitskurs – gesundheitskompetent in Feldbach	https://www.fh-joanneum.at/news/auf-gesundheitskurs/
	Aufsichtsratsplatz für die Selbsthilfeorganisation Achterbahn in der GFSG – Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit GmbH (Trägerorganisation)	www.gfsg.at
	baby.eltern.beratung.information	bebi.or.at
	Beirat Gesundheitspark Wien Speising	https://www.gesundheitspark.at/gesundheitsparks/wien-speising#advisor
	City Challenge – Gesundheitstouren durch den Bezirk	www.citychallenge.at
	Community Nursing Forchtenstein	www.forchtensten.at/communitynursing
	Design-Thinking-Prozess, um Versorgung für chronische Wundpatientinnen/-patienten zu verbessern	www.show.lbg.ac.at
	FABELHAFT: Familiäre BEgegnungen Leben, Hilfreiche Angebote Fürs Tätigsein	https://fabelhaft.jimdosite.com/
	GES.UND – Gemeinsam gesund in der Region Steinerne Mühl	https://www.proges.at/angebote/kommunale-gesundheitsfoerderung/haslach
	GES.UND – Gesundheitsförderung / Social Prescribing Haslach	https://www.proges.at/angebote/kommunale-gesundheitsfoerderung/haslach
	gesUNDgemeinsam Projekt Generationenrad	https://gesunde-nachbarschaft.at/gesund-gemeinsam
	Gesundheitsprogrammheft „Gesundheit Vorau(s)“	https://www.vorau.at/gesundheits-soziales/projekt-gesund-in-vorau
	Gesundheits-Rallye. Eine Schnitzeljagd für Jugendliche durch die Gemeinde	https://styriavitalis.at/angebote/gesundheits-rallye/
girlspirit – Influencerinnen für Power und gesunde Inspiration	https://www.frauengesundheitszentrum.eu/girlspirit/	
grafische Neugestaltung der Behandlungsleitlinie für Patientinnen/Patienten und Angehörige sowie Fachpersonal inkl. Anleitung zur Verabreichung der Hydrocortison-Notfallspritze als auf die Größe des Notfallausweises faltbarer Informationszettel	www.ags-oesterreich.at/aktuelles	
Praxis	Ich und Gesundheit?	https://www.proges.at/ichundgesundheit
	Initiative/Projekt "Naše Zdravlje – Unsere Gesundheit"	https://men-center.at/arbeitsbereiche/nase-zdravlje/
	Initiativenforum – Menschen bringen sich und ihre Kompetenzen ein	www.loginsleben.at
	JA, ICH KANN! AKTIV MIT CHRONISCHER KRANKHEIT UND KREBS UMGEHEN: Patientinnen/Patienten im Rahmen von Informationsmaterial (Prozess, Projekt)	https://www.medunigraz.at/aktiv-mit-chronischer-krankheit-und-krebs-umgehen
	KOMM! bleib gesund	https://www.proges.at/komm
	KOMM! Büro für kommunikative und innovative Nachbarschaftsinitiativen	https://www.proges.at/komm
	Mobil und aktiv im Gemeindeleben ... Durch barrierefreie Gestaltung der Umgebung	https://styriavitalis.at/angebote/mobil-aktiv-gemeindeleben/

Handlungsfeld	Name	Link
	Moveluencer – Kommunale Bewegungsförderung	https://www.fh-joanneum.at/projekt/moveluencer/
	Nationales Zentrum Frühe Hilfen	https://www.fruehehilfen.at/
	Netzwerk Arbeit zur Herbeiführung von Behandlung medizinischer Personen	www.loginsleben.at
	offene Treffen für und mit Seniorinnen/Senioren	https://www.smz.at/mittagstisch/
	Orientierungshilfe zur Umsetzung von Compliance in Selbsthilfeorganisationen	https://oekuss.at/compliance
	Orientierungshilfe zur Umsetzung von Transparenz in Selbsthilfeorganisationen	https://oekuss.at/Transparenz2
	Orte bewegen Generationen	https://www.fh-joanneum.at/projekt/orte-bewegen-generationen/
	Ortsmitte	https://styriavitalis.at/information-service/projektarchiv/ortsmitte/
	Patenfamilien für Kinder psychisch belasteter Eltern	https://styriavitalis.at/beratung-begleitung/patenfamilien/
	Patientinnen- und Patientenbeirat „Beirat Gesundheitspark“	https://www.gesundheitspark.at/gesundheitsparks/barmherzige-schwestern-wien/beirat
	Patient*innenbeteiligung im Diabeteszentrum Wienerberg	https://diabeteszentrum.gesundheitsverbund.at/patientinnen-beteiligung/
	Patientenbeirat der Plattform Patient:innensicherheit	https://www.plattformpatientensicherheit.at/
	Präventionsprojekte von AKS-Organisation (keine weitere Spezifizierung)	https://www.gesundessalzburg.at/avos/#home-was-wir-tun
	Projekt „Bewegung im Blick“	https://men-center.at/arbeitsbereiche/bewegung-imblick/
	Projekt „GeKiBu – Gesunde Kinder im Burgenland“ im Setting Volksschule	www.gekibu.at
	Projekt „Gemeinsam am Hof“	https://www.vorau.at/gesundheit-soziales/projekt-gesund-in-vorau
	Projekt „Gesunde Straßen und Plätze“	https://styriavitalis.at/entwicklung-innovation/gesund-strassen-plaetze/

Handlungsfeld	Namen	Link	
Praxis	Projekt „Meine Gesundheitstage“	www.meinegesundheitstage.at	
	Projekt BandCafé	https://www.smz.at/bandcafe/	
	Projekt Community Nurses	https://www.gesundheitspark.at/news/community-nurses-starten-im-juli?from=barmherzige-schwestern-ried	
	Projekt GEVAN – Gesundheit und Ernährung von Anfang an	https://femsued.at/arbeitsbereiche/gevan/	
	Projekt LEBENDiG – Leben mit Demenz in der Gemeinde	https://fgoe.org/projekt/lebendig	
	Projekt Mittagstisch	https://www.smz.at/mittagstisch/	
	Projekt Social Prescribing (Umsetzungsprojekt)	https://www.gesundheitspark.at/magazin/hier-kannst-du-dich-zur-kostenlosen-social-prescribing-beratung-zuweisen-lassen	
	Projekt Trialog Gesundheitskompetente Jugendarbeit	https://fgoe.org/projekt/trialog-gesundheitskompetente-jugendarbeit	
	Projekt Wir:Füreinander	https://fgoe.org/projekt/wirfuereinander	
	Regionale Gesundheitsförderungsprojekte von AKS-Organisation (keine namentliche Nennung)	https://www.gesundessalzburg.at/avos/was-wir-tun/regionale-gesundheitsfoerderung/	
	RESI – Resilienzförderung in Pflegeeinrichtungen	https://styriavitalis.at/entwicklung-innovation/resilienz-pflege/	
	rund-ums-impfen.at	www.rund-ums-impfen.at	
	Selbsthilfefreundliche Apotheke	https://www.selbsthilfenoe.at/service/	
	Selbsthilfefreundliche Sonderkrankeanstalt	https://www.selbsthilfenoe.at/service/	
	Selbsthilfefreundliches Krankenhaus	https://www.selbsthilfenoe.at/service/	
	Selbsthilfefreundliches Krankenhaus OÖ	https://www.selbsthilfe-ooe.at/projekte/	
	Selbsthilfegruppe Don't panic – keep going	www.loginsleben.at	
	Selbsthilfegruppe Endometriose	https://femail.at/beratung-services/gesundheit/endometriose/	
	andere	Umsetzung Österreichisches Konsensusdokument: Notfallausweis, Notfallmedikation und Informationsmaterial zur Prävention und Therapie der Nebennierenkrise (Addison-Krise)	www.ags-oesterreich.at/aktuelles
		Umsorgende Gemeinschaft	umsorgendegemeinschaft.at (im Aufbau)
Uns schmeckt's		https://www.aks.or.at/aks-angebote/uns-schmeckts/	
Veranstaltungen für Gesundheitsinteressierte / Patientinnen und Patienten (hier Bsp. Weltparkinsontag – Selbsthilfegruppe mit dem Gesundheitspark Göttlicher Heiland Wien)		https://www.gesundheitspark.at/news/welt-parkinson-tag-parkinson-selbsthilfe-wien-informiert?from=goettlicher-heiland-wien	
Wir machen uns ein Bild und reden darüber. PhotoVoice		https://styriavitalis.at/angebote/wir-machen-uns-ein-bild/	
Youtube-Video „Nächster Halt Intimzone“, Gesundheitsinformationen für Jugendliche zu Ernährung und Bewegung (#healthhacks)		https://www.youtube.com/watch?v=_VSd0UBpYU0 https://healthhacks.at/	
Menschen im Rahmen von Projekten im Gesundheitswesen (Prozess, Projekt)		https://www.intensivstation.jetzt/	
Initiativen (Verein loginsleben; keine weitere Spezifizierung)		www.login.at	

Quelle und Darstellung: GÖG

Fragebogen

Erhebung: Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung

Liebe Auftraggeber und Umsetzer:innen von Beteiligung in der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung!

Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung an Entscheidungen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung gilt in Österreich bisher als wenig ausgeprägt und verankert.

Eine Übersicht über Anwendungsbeispiele von Beteiligung in diesen Bereichen gibt es nicht. Das soll sich mit Ihrer Hilfe ändern! Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) arbeitet die Gesundheit Österreich GmbH an einer Erhebung von Anwendungsbeispielen von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung und bittet Sie um Mithilfe!

Ziel ist es, einen Überblick über Anwendungsbeispiele von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung zu schaffen. Mit dem Überblick sollen nächste Schritte zur Weiterentwicklung und Unterstützung von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung gesetzt werden.

Wie können Sie unterstützen? Gesucht werden Anwendungsbeispiele von Beteiligung in folgenden Bereichen und mit folgenden Merkmalen:

- » Beteiligungsprozesse/-strukturen aus den Handlungsfeldern
 - » Forschung,
 - » Strategieentwicklung und Praxis in den Bereichen
 - » Gesundheitsförderung (u. a. in Schulen und Betreuungseinrichtungen, auf kommunaler Ebene etc.),
 - » Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung (u. a. Primärversorgung, Krankenhaus, öffentliche Gesundheit etc.)

mit Beteiligung der Bevölkerung bzw. ausgewählter Bevölkerungsgruppen (z. B. Jugendliche, Patientinnen/Patienten, Menschen mit Migrationshintergrund), die

- » konsultiert werden oder
- » mitgestalten können,

die in den letzten fünf Jahren (2019–2023) stattgefunden haben und/oder aktuell laufen.

Wenn Sie in ein oder mehrere Anwendungsbeispiele involviert sind, unterstützen Sie uns bitte, Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung in Österreich abzubilden, und beantwor-

ten Sie die nachfolgenden Fragen. Dies nimmt ca. 15 Minuten in Anspruch, bei der Eingabe mehrerer Anwendungsbeispiele dauert es entsprechend länger.

In der Umfrage können bis zu fünf Beispiele näher ausgeführt werden, Geben Sie bitte möglichst alle an. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung (Daniela Rojatz unter partizipation@goeg.at)

Vielen Dank für Ihre Beteiligung!

Anmerkung: Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird der Fragebogen nur für ein Anwendungsbeispiel dargestellt. Die Befragungsteilnehmer:innen konnten pro Erhebungsbogen bis zu fünf Anwendungsbeispiele eintragen.

Abschnitt A:

Allgemeine Eckdaten zu Ihren Anwendungsbeispielen von Bevölkerungs- und Patientenpartizipation

1. Bitte nennen Sie den/die Titel Ihrer Anwendungsbeispiele von Bevölkerungs- / Patientinnen- bzw. Patientenpartizipation?

Anwendungsbeispiel 1: [offenes Textfeld]

Hilfstext: Das kann ein Projekt, ein Gremium oder ein Prozess in Ihrer Einrichtung sein.

2. Gibt es eine Website bzw. eine öffentlich zugängliche Beschreibung zu Ihrem Anwendungsbeispiel? Geben Sie bitte den Link an!

Name Anwendungsbeispiel 1: [offenes Textfeld]

3. Welche Einflussmöglichkeiten hat/haben die Zielgruppe(n), d. h. beteiligte Bevölkerung(sgruppen) bzw. Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung? Bitte geben Sie die jeweils höchste Stufe der Beteiligung an.

	Kooperation	Konsultation	Information
Name Anwendungsbeispiel 1			

Kooperation: Entscheidungen werden *partnerschaftlich getroffen* und basieren auf *transparenten Regelungen*.

Konsultation: Die Bevölkerungsgruppen *wirken beratend mit*, ob die Meinungen und Einschätzungen berücksichtigt werden, obliegt den Fachkräften, Auftraggeberinnen bzw. Auftraggebern und/oder Wissenschaftlerinnen bzw. Wissenschaftlern. (Siehe auch *Partizipationspyramide von Straßburger und Rieger*).

Information: über bevorstehende Entscheidungsprozesse informieren und diese transparent machen

4. Welche Personen/Gruppen sind beteiligt? [Mehrfachantworten möglich und notwendig]

	Bevölkerungsgruppe(n) bzw. Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung	Fachexpertinnen, Fachexperten	Wissenschaftler:innen	Auftraggeber
Name Anwendungsbeispiel 1				

Mit Bevölkerung sind Bevölkerungsgruppe bzw. Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung wie Mitarbeiter:innen bei betrieblicher Gesundheitsförderung, Selbsthilfegruppen, Menschen mit Migrationsbiografie gemeint.

Fachexpertinnen, Fachexperten und Fachkräfte, d. h. beruflich ausgebildete Beteiligte, die vorrangig die Expertise einer beruflichen Disziplin in den partizipativen Prozess einbringen. Dazu zählen neben Fachkräften aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen auch (politische) Entscheidungsträger:innen. (Wahl et al. 2021)

Abschnitt B:

Rollen bei Bevölkerungs- und Patientinnen-/Patientenpartizipation im Anwendungsbeispiel / in den Anwendungsbeispielen

5. Wer ist Auftraggeber bzw. Fördergeber des Anwendungsbeispiels?

Name Anwendungsbeispiel 1: [offenes Textfeld]

6. Wer ist für die Umsetzung des Anwendungsbeispiels verantwortlich (umsetzende Organisation[en])?

Name Anwendungsbeispiel 1: [offenes Textfeld]

Abschnitt C:

Kontext des Anwendungsbeispiels / der Anwendungsbeispiele für Bevölkerungs- und Patientinnen-/Patientenpartizipation

7. Welche geografische Reichweite haben die jeweiligen Anwendungsbeispiele, bzw. wo finden die Anwendungsbeispiele statt?

	international	bundesweit	Wien	Oberösterreich	Niederösterreich	Steiermark	Burgenland	Kärnten	Salzburg	Tirol	Vorarlberg
Name Anwendungsbeispiel 1											

Mit „international“ sind Partizipationsprozesse/-strukturen gemeint, die in mehreren Ländern umgesetzt werden, wie ein EU-Projekt, welches in Österreich und anderen Ländern stattfindet.
Bundesland/Bundesländer schließt auch Anwendungsbeispiele ein, die nur in einzelnen Organisationen, Gemeinden/Regionen eines Bundeslandes umgesetzt werden.

8. Wann hat das Anwendungsbeispiel gestartet?

Name Anwendungsbeispiel 1: [Monat, Jahr]

9. Welche Laufzeit haben die jeweiligen Anwendungsbeispiele? Hinweis: Bei fortlaufenden Strukturen und Prozessen (z. B. Gremien) bitte [99] auswählen.

Angabe der Monate: [Drag-and-Drop-Feld]

10. In welchem Handlungsfeld lässt sich das jeweilige Anwendungsbeispiel primär verorten?

	Strategieentwicklung: Veränderung von Strukturen/ Prozessen	Forschung	Praxis	andere
Name Anwendungsbeispiel 1				

Beispiele für:

Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung: Veränderungen von Strukturen/Prozessen wie zum Beispiel im Rahmen des Nationalen Aktionsplans für seltene Erkrankungen

Forschung: partizipative Gesundheitsforschung, Citizen-Science, Open Innovation

Praxis: Veränderungen der Praxis von Organisationen/Settings wie zum Beispiel in einer Primärversorgungseinrichtung, Gemeinde, Schule, in einem Kindergarten

Bitte schreiben Sie für das Anwendungsbeispiel, bei dem Sie zuvor „andere“ ausgewählt haben, das Handlungsfeld in das Kommentarfeld.

Name Anwendungsbeispiel 1: [offenes Textfeld]

11. Welche Ziele wurden/werden im jeweiligen Anwendungsbeispiel verfolgt?

	funktionale Ziele	demokratische Ziele	Stärkung der Kompetenzen
Name Anwendungsbeispiel 1			

- » funktionale Ziele: Beispiele sind Qualitätsverbesserung, Bedarfsorientierung, Veränderung der Lebenswelt unter besonderer Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, Generierung von Wissen.
- » demokratische Ziele: Beispiele sind „Mitbestimmung ermöglichen“, „in Kommunikation treten“, „Austausch stärken“, „Dialog fördern“.
- » Kompetenzen stärken: Beispiele sind Empowerment, Befähigen, Stärkung der Gesundheit von Bevölkerungsgruppen

12. Gibt es eine (weitere) spezifische Zielsetzung, die Sie für Ihr(e) Anwendungsbeispiel(e) hervorheben möchten?

Name Anwendungsbeispiel 1: [offenes Textfeld]

13. Mit welchem Setting / welchen Settings beschäftigt sich Ihr Anwendungsbeispiel, an wen richten sich die Ergebnisse?

	Gesundheitsversorgung	Gesundheitsförderung in Organisationen (ohne Gesundheitseinrichtungen)	kommunale Partizipationsprozesse
Name Anwendungsbeispiel 1			

Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus zählt zum Setting Gesundheitsversorgung.

FILTERFRAGEN, abhängig von Angaben bei Frage 13:

Gesundheitsversorgung:

Bitte wählen Sie das konkrete Setting / die konkreten Settings aus [Mehrfachantworten möglich]:

	Primärversorgung	ambulante Fachversorgung	Krankenhaus	Kureinrichtung	Rehabilitationseinrichtung	Öffentlicher Gesundheitsdienst	andere	nicht zutreffend
Name Anwendungsbeispiel 1								

- » Primärversorgung: allgemeinmedizinische Arztpraxis, Gruppenpraxis, Primärversorgungseinrichtung
- » ambulante Fachversorgung: Fachärztinnen/-ärzte im niedergelassenen Bereich
- » Krankenhaus: inkl. tagesklinischer und tagesambulanter Versorgung

Ist die Einrichtung auch Mitglied im Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen?

	ja	unsicher	nein
Name Anwendungsbeispiel 1			

Gesundheitsförderung (ohne Gesundheitseinrichtungen): Bitte wählen Sie das konkrete Setting / die konkreten Settings aus [Mehrfachantworten möglich]:

	Alten- und Pflegeheime	Betreuungseinrichtungen für Menschen	Betrieb/ Arbeitsplatz	höhere Bildungseinrichtungen	Jugendzentren	Kindergarten und Kinderbetreuungseinr.	Konsum- und Freizeitzweigen	Schule und andere Bildungseinrichtungen	Verein	andere	nicht zutreffend
Name Anwendungsbeispiel 1											

Betreuungseinrichtung: z. B. Tageswerkstätten für Menschen mit Behinderung

Kommunale Partizipationsprozesse: Bitte wählen Sie das konkrete Setting / die konkreten Settings aus [Mehrfachantworten möglich]

	Bezirk(e)	Stadt	Gemeinde(n)	Grätzl(n), z. B. ausgewählte Stadtteile	Siedlung, z. B. eine Reihe benachbarter Wohngebäude	Nachbarschaft	andere	nicht zutreffend
Name Anwendungsbeispiel 1								

Filter – nur wenn „anderes“ bei Gesundheitsförderung angegeben wurde:

Bitte schreiben Sie für das Anwendungsbeispiel im Bereich Gesundheitsförderung, für das Sie zuvor „andere“ ausgewählt haben, das konkrete Setting bzw. die konkreten Settings in das folgende Kommentarfeld.

Name Anwendungsbeispiel 1: [offenes Textfeld]

Abschnitt D: Partizipationsprozess

14. In welcher Phase / welchen Phasen des Gesamtvorhabens wird/werden bzw. wurde/wurden die Zielgruppen/Zielgruppen beteiligt?

	Planung inkl. Entwicklung von Fragestellung / Strategieentwicklung	Durchführung/Umsetzung (z. B. Umsetzung von Strategien, Durchführung von Forschungsvorhaben)	Evaluation	Dissemination von Ergebnissen
Name Anwendungsbeispiel 1				

Abschnitt E:

Zielgruppe(n) in den Anwendungsbeispielen

Bitte helfen Sie uns mit den folgenden Fragen, die Merkmale der Zielgruppe(n) Ihrer Anwendungsbeispiele näher zu beschreiben.

Welche Bevölkerungsgruppen waren zur Teilnahme eingeladen?

15. Welcher Altersgruppe / Welchen Altersgruppen gehört die Zielgruppe des jeweiligen Anwendungsbeispiels an? [Mehrfachauswahl möglich]

	Kinder (0 bis 13 Jahre)	Jugendliche (14 bis 18 Jahre)	Menschen im Erwachsenenalter (19 bis 64 Jahre)	ältere Menschen (65 und mehr Jahre)	Alter kein Teilnahme-/ Auswahlkriterium
Name Anwendungsbeispiel 1					

16. Welchem Geschlecht / Welchen Geschlechtern gehört die Zielgruppe des jeweiligen Anwendungsbeispiels an? [Mehrfachauswahl möglich]

	weiblich	männlich	transsexuell	nonbinär	intersexuell	Geschlecht kein Teilnahme-/ Auswahlkriterium
Name Anwendungsbeispiel 1						

17. Welches Merkmal / Welche Merkmale weist die Zielgruppe des jeweiligen Anwendungsbeispiels in Hinblick auf die Staatsbürgerschaft auf? Menschen mit ... [Mehrfachauswahl möglich]

	österreichischer Staatsbürgerschaft	anderer Staatsbürgerschaft	Asylstatus	Staatsbürgerschaft kein Teilnahme-/ Auswahlkriterium
Name Anwendungsbeispiel 1				

18. Welches Merkmal / Welche Merkmale weist die Zielgruppe des jeweiligen Anwendungsbeispiels in Hinblick auf Lebenskontexte auf? Menschen ... [Mehrfachauswahl möglich]

	in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen	mit Migrationsbiografie	mit Behinderung(en)	mit chronischer Erkrankung / chronischen Erkrankungen	in Selbsthilfegruppen (Selbsthilfegruppenmitglied)	mit Kindern (Eltern)	Merkmale nicht zutreffend
Name Anwendungsbeispiel 1							

19. Wenn Setting Gesundheitsversorgung (Frage 13) zutreffend: Welches Merkmal / Welche Merkmale weist die Zielgruppe der Anwendungsbeispiele im Setting Gesundheitsversorgung auf?

	Menschen in Pflege-/ Betreuungseinrich- tungen	Patientinnen und Patienten in Gesund- heitseinrichtungen	Patientinnen und Patienten allgemein ([potenzielle] Nutzer:innen von Gesund- heitsdiensten)
Name Anwen- dungsbeispiel 1			

**20. Werden bzw. wurden auch organisierte Gruppen (z. B. Vertretung von Menschen mit Lern-
schwierigkeiten, mit Armutserfahrung oder Vertretungen von Selbsthilfeorganisationen) be-
teiligt?**

	ja	nein	unsicher
Name Anwendungsbeispiel 1			

Filter, wenn ja: Bitte nennen Sie bei den zutreffenden Anwendungsbeispielen den Namen der or-
ganisierten Gruppe.

Name Anwendungsbeispiel 1: [offenes Textfeld]

21. Welche weiteren Merkmale beschreiben Ihre beteiligten Zielgruppe(n)?

Name Anwendungsbeispiel 1: [offenes Textfeld]

Abschnitt F: Methoden

22. Welche Partizipationsmethoden haben Sie pro Anwendungsbeispiel angewandt?

Bitte führen Sie max. drei Methoden pro Anwendungsbeispiel an!

Beispiele für Partizipationsmethoden sind Photovoice, Dynamic Facilitation, runder Tisch, weitere
Methoden siehe Auflistung unter Partizipation.at

Name Anwendungsbeispiel 1: [offenes Textfeld]

Teil G: Unterstützungsbedarf

**23. Inwieweit hätten Sie auf einer Skala von 1-10 bei Ihrem:Ihren Anwendungsbeispiele:n weitere
Unterstützung gebraucht? [1=kein Unterstützungsbedarf; 10=permanenten Unterstützungs-
bedarf]**

Einschätzung gesamt, ohne Differenzierung nach Anwendungsbeispielen [Skala von 1 bis
10]

24. Welche weitere Unterstützung hätten Sie gebraucht? [Mehrfachauswahl möglich]

- » keine weitere Unterstützung benötigt
- » Aus-/Fortbildungsangebote zu Themen und Methoden der Partizipation
- » Bereitstellung von Unterstützungsmaterialien (z. B. Leitfäden, Vorlagen für Methodenumset-
zung, etc.)
- » Dolmetschdienste
- » Empfehlungen und Leitlinien für Partizipation und Sicherung von Qualität und Inklusion

- » Konzeption des Partizipationsprozesses bzw. der Partizipationsstruktur
- » Evaluation des Partizipationsprozesses bzw. der Partizipationsstruktur
- » externe Moderation
- » Finanzielle Ressourcen
- » inter- oder transkulturelle Kompetenzen
- » Öffentlichkeitsarbeit
- » Peerberatung
- » Prozessbegleitung
- » Reflexion des Partizipationsprozesses bzw. der Partizipationsstruktur
- » Sicherstellung von sprachlicher, sozialer und physischer Barrierefreiheit
- » Überblick über aktuelle Partizipationsprojekte, -prozesse bzw. Akteur:innen
- » Vernetzung relevanter Akteur:innen
- » Sonstiges: [offenes Textfeld]

Abschnitt H:

Weiterentwicklung von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenpartizipation

Bei den folgenden Fragen geht es um die Weiterentwicklung von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenpartizipation in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung in der Zukunft.

25. Inwieweit stimmen Sie den nachfolgenden Statements zur Förderung der praktischen Umsetzung von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenpartizipation in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung zu?

	stimme sehr zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Antwort
Für die Umsetzung von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenpartizipation in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitssystem braucht es Standards, Grundlagen und wissenschaftliche Begleitung.						
Für die Umsetzung von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenpartizipation in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitssystem braucht es Schulungen, Vernetzungsmöglichkeiten und Öffentlichkeitsarbeit.						
Die Weiterentwicklung von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenpartizipation soll in der Gesundheitsförderung (z. B. kommunale Gesundheitsförderungsprojekte) starten.						
Die Weiterentwicklung von Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenpartizipation soll in der Gesundheitsversorgung starten.						

26. Bitte geben Sie Ihre Kontaktdaten (Vor- und Nachname sowie E-Mail) für etwaige Nachfragen zum Projekt an. [Freiwilliges Feld]

Datenschutztext: Ich erteile mit Klicken auf „Absenden“ freiwillig meine ausdrückliche Einwilligung, dass die Gesundheit Österreich GmbH, die mich betreffenden personenbezogenen Daten, insbesondere [***Name, und Mailadresse], zum Zwecke der Durchführung von Maßnahmen wie zur Versendung von E-Mails mit allgemeinen Informationen oder zum Einholen von (projektbezogenen) Unterlagen verarbeitet. Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu. Siehe dazu Kapitel III EU-DSGVO Rechte der betroffenen Person: <https://www.datenschutz-grundverordnung.eu>.

Mehr Informationen zum Datenschutz an der GÖG finden Sie hier: <https://goeg.at/Datenschutzerklaerung>

27. Möchten Sie noch weitere Informationen zu den Projekten, die mit der Umfrage im Zusammenhang stehen, erhalten?

Im Rahmen des Projekts Bürger- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen werden die Anwendungsbeispiele in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung aufgegriffen, aufbereitet und Möglichkeiten erarbeitet, Partizipationsprozesse künftig zu unterstützen. Im Rahmen des Kompetenzzentrums Zukunft Gesundheitsförderung wird ein Beteiligungsstandard entwickelt.

- » ja
- » nein

Abschluss

Die Ergebnisse der Erhebung werden im Rahmen der Agenda Gesundheitsförderung in den folgenden Projekten weiterbearbeitet:

- » Im Rahmen des Projekts Bevölkerungs- und Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung werden die Beteiligungsprozesse im Gesundheitssystem aufgegriffen, aufbereitet und Möglichkeiten erarbeitet, Beteiligungsprozesse künftig zu unterstützen.
- » Im Rahmen des Kompetenzzentrums Zukunft Gesundheitsförderung wird ein Beteiligungsstandard entwickelt.