

Factsheet

Bevölkerungs- und Patientinnen-/ Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem

Status quo der Umsetzung und Entwicklungsperspektiven

Stand: Oktober 2023

Daniela Rojatz, Anna Wahl
Oktober 2023

Die Beteiligung der Bevölkerung an kollektiven Entscheidungen gewinnt in unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen zunehmend an Bedeutung. Kürzlich wurde Beteiligung auch als eines von zehn Maßnahmenbündel der Roadmap „Zukunft Gesundheitsförderung“ definiert – die darauf abzielt, mehr Lebensqualität und viele gesunde Lebensjahre zu erreichen¹. Auch die rezente Machbarkeitsstudie zur Weiterentwicklung von Bürger- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem (Moser et al. 2023) spricht sich für die Stärkung von Beteiligung aus. Hierzu wurde empfohlen, eine Kompetenz- und Koordinationsstelle Beteiligung, ein Forum zivilgesellschaftlicher Akteurinnen und Akteure und ein Online-Überblicksportal zu Beteiligungsprozessen zu etablieren. Für diese Weiterentwicklung ist ein gemeinsames Verständnis von Beteiligung als Grundlage des gemeinsamen Handelns wichtig. Daher wurde eine Erhebung durchgeführt mit dem Ziel, einen Einblick zu bekommen, wo und wie Bevölkerungs- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem, d. h. in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung, bereits erfolgt. Die Erhebung präsentiert die vielfältigen Beteiligungspraktiken im Gesundheitssystem und zeigt Handlungsmöglichkeiten für Entscheidungsträger:innen in Bezug auf Bevölkerungs- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung auf. Aus der Erhebung ging eine erste Arbeitsdefinition von Bevölkerungsbeteiligung im Gesundheitssystem hervor, welche die Grundlage für eine Beteiligungsstrategie und einen gemeinsamen Handlungsrahmen für die Umsetzung von Bevölkerungs- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem darstellen kann. Das vorliegende Factsheet richtet sich an Entscheidungsträger:innen sowie interessierte Umsetzer:innen und bietet eine Zusammenfassung der Erhebungsergebnisse.

1

<https://agenda-gesundheitsfoerderung.at/sites/agenda-gesundheitsfoerderung.at/files/inline-files/Roadmapbfrei.pdf> (abgerufen am 07. 10. 2023)

Auf Bestehendem Aufbauen: Überblick über Bevölkerungs- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung

Die rezente Machbarkeitsstudie zur Weiterentwicklung von Bürger- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem (Moser et al. 2023) empfiehlt die Etablierung

- » einer Kompetenz- und Koordinationsstelle Beteiligung, welche das Beteiligungsgeschehen im österreichischen Gesundheitssystem überblickt, vernetzt und Lernerfahrungen bündelt,
- » eines Forums zivilgesellschaftlicher Akteurinnen und Akteure als Plattform für Vernetzung, Austausch und Abstimmung zivilgesellschaftlicher Organisationen (Selbsthilfeorganisationen ...) in diesem Feld,
- » eines Überblicksportals zu bestehenden Beteiligungsprozessen sowie beteiligten bzw. an Beteiligung interessierten Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitssystem,
- » von Governancestrukturen der wesentlichen Stakeholder zur Umsetzung einer „umfassenden Partizipationsagenda“ im Gesundheitssystem.

Wie vorangegangene Gutachten zur Frage der Weiterentwicklung von Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen (Czypionka et al. 2019; Forster 2015; Moser et al. 2022; Steingruber et al. 2014), spricht sich die Machbarkeitsstudie daher für die Stärkung von Bürger- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung insbesondere im Gesundheitswesen aus.

Bislang fehlt es aber weitgehend an einem Überblick darüber, wo bereits Beteiligung stattfindet. Daher wurde als nächster Schritt zur Weiterentwicklung von Bevölkerungs- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem eine Erhebung zu Anwendungsbeispielen und Unterstützungsbedarfen aus Sicht der bisherigen Beteiligungspraxis durchgeführt. Die Erhebung umfasst die unterschiedlichen Teilbereiche des Gesundheitssystems, um deren Zusammenwirken für viele Lebensjahre bei guter Gesundheit im Blick zu haben: Neben Beteiligungsaktivitäten in der Gesundheitsversorgung werden auch solche im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sichtbar. Der Überblick soll zur Transparenz der Umsetzung von Beteiligung, der handelnden Akteurinnen und Akteure und des zugrundeliegenden Beteiligungsverständnisses beitragen.

Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage „Wo und wie wird Bevölkerungs- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem (=Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung) in Österreich umgesetzt?“ wurde eine Online-Fragebogenbogenerhebung durchgeführt. Die Zielgruppe der Erhebung waren Auftraggeber:innen und Umsetzer:innen von Anwendungsbeispielen von Bevölkerungs- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung. Die Erhebung wurde über einschlägige Netzwerke und Verteiler (z. B. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, Public Health Forum, Plattform Primärversorgung; Psychiatrie- sowie Suchtkoordinatorinnen/-koordinatoren) verbreitet – mit dem Ziel, Auftraggeber:innen und Umsetzer:innen von Anwendungsbeispielen zu erreichen. Gesucht wurden dabei

- » Beteiligungsprozesse/-strukturen im Gesundheitssystem aus den Handlungsfeldern **Forschung, Politik/Verwaltung/Strategieentwicklung und Praxis** in den Bereichen **Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung**
 - » mit **Beteiligung der Bevölkerung bzw. ausgewählter Bevölkerungsgruppen,**

- » die **über einen längeren Zeitraum konsultiert** werden oder mitgestalten können.

Pro Fragebogen konnten bis zu fünf Anwendungsbeispiele eingetragen werden. Die Auswertung bezieht sich auf die Daten, welche zwischen Ende März und Ende Mai 2023 erhoben wurden. Insgesamt meldeten 87 Personen – nach Datenbereinigung – 146 Anwendungsbeispiele ein. Die Datenauswertung erfolgte vorrangig deskriptiv. Offene Antworten wurden kategorisiert. Zur Unterstützung der Interpretation der Erhebungsergebnisse wurde ein Ergebnisworkshop mit den Erhebungsteilnehmerinnen und -teilnehmern (n = 25) durchgeführt. Die Ergebnisse des Workshops flossen in die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse ein.



Ergebnisse

Kontext der Anwendungsbeispiele

Wo findet Beteiligung statt?

Erhoben wurden insbesondere Anwendungsbeispiele in den Bereichen Gesundheitsversorgung (n = 70), kommunale Partizipationsprozesse (n = 44) und Gesundheitsförderung² in Organisationen (ohne Gesundheitsversorgung) (n = 32). Dabei dominierten in der Grundgesamtheit von 146 Anwendungsbeispielen Praxisprojekte/-prozesse (n = 77), gefolgt von Anwendungsbeispielen im Handlungsfeld Forschung (n = 45) und Politik, Verwaltung, Strategieentwicklung (n = 19). Tabelle 1 zeigt die bivariate Verteilung der Merkmale Handlungsfeld und –bereich in absoluten Zahlen. Insgesamt zeigt sich, dass wenige Anwendungsbeispiele aus dem Handlungsfeld Forschung erhoben wurden – unabhängig vom betrachteten Handlungsbereich.

Tabelle 1:

Anwendungsbeispiele für Beteiligung nach Handlungsfeld und Bereiche des Gesundheitssystems

| Handlungsbereich/ Handlungsfeld | Gesundheits- versorgung | Kommunale Partiz- ipationsprozesse | Gesundheitsförderung in Organisationen | 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

Welche Ziele werden in den Anwendungsbeispielen verfolgt?

Beteiligung kann unterschiedliche Zwecke verfolgen. Abgefragt wurden funktionale Ziele (u. a. Bedarfsorientierung, Qualitätsverbesserung), demokratische Ziele und Stärkung der Kompetenzen

²

Gesundheitsförderung schließt Maßnahmen der Prävention ein.

(Empowerment). Ergänzend war die Möglichkeit, weitere Ziele anzugeben. Die Anwendungsbeispiele verfolgen insbesondere funktionale Ziele (86 %, n = 127), gefolgt vom Ziel, Kompetenzen zu stärken (Empowerment; 84 %, n = 126) und demokratischen Zielen (61 %, n = 92). In fast der Hälfte der Anwendungsbeispiele (49 %) werden alle drei Ziele angegeben, in 33 Prozent der Fälle werden zwei Ziele und in 17 Prozent der Anwendungsbeispiele wird ausschließlich ein Ziel verfolgt. Es zeigt sich, dass im Vergleich zur Strategieentwicklung in der Praxis häufiger angegeben wird, die Kompetenzen zu stärken (Empowerment; 95 % vs. 76 %), aber seltener demokratische Zielsetzungen im Zentrum der Praxisanwendungsbeispiele stehen (61 % vs. 71 %). Funktionale Zielsetzungen werden in Strategieentwicklungsanwendungsbeispielen häufiger angegeben als im Handlungsfeld Praxis (96 % vs. 82 %). 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 %).

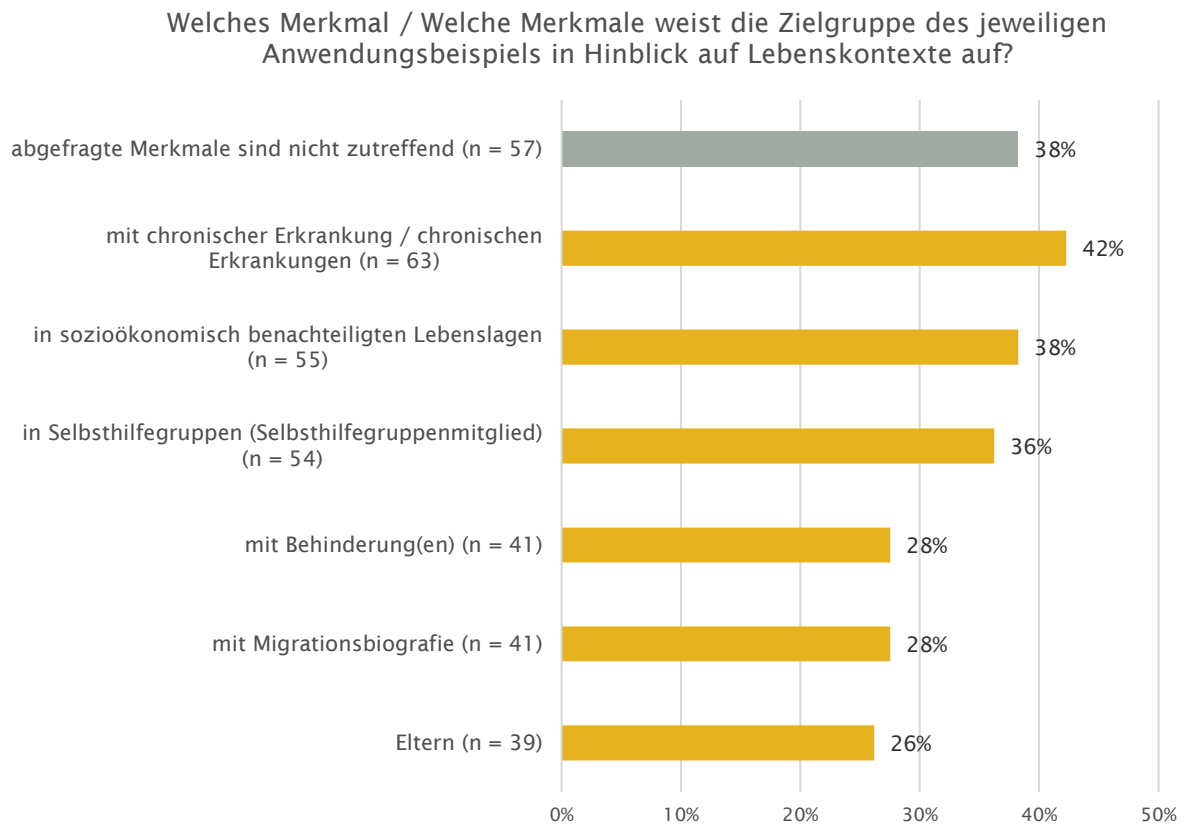
Wer beauftragt bzw. fördert Beteiligung? Welche Perspektiven werden beteiligt?

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 Organisationen im Kontext des AKS (Arbeitskreis der Gesundheitsförderungseinrichtungen der Bundesländer; n = 41), öffentliche Einrichtungen auf Bundesebene (n = 33) sowie Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen (n = 27).

In Beteiligungsprozessen werden unterschiedliche Perspektiven zusammengeführt: Die Perspektiven von Bevölkerungsgruppen, Wissenschaftler:innen, Fachexpertinnen/-experten, Auftraggeber:innen. In neun Anwendungsbeispielen (6 %) wird nur eine Perspektive, nämlich die der Bevölkerung beteiligt. Konkrete Beispiele sind etwa im Rahmen der Vernetzungsplattform für Expertinnen und Experten aus Erfahrung für psychosoziale Gesundheit und von Fokusgruppen, Save-Space-Konzepten, Hausparlamenten, Nachbarschaftsinitiativen oder Selbsthilfegruppen. In 45 Anwendungsbeispielen (31 %) werden zwei der drei Perspektiven eingebracht, in 53 (36 %) werden drei und in 39 Anwendungsbeispielen (27 %) werden alle vier abgefragten Perspektiven berücksichtigt.

Hinsichtlich der beteiligten Bevölkerungsgruppen sind Gender und Staatsbürgerschaft/Aufenthaltstitel in über 90 Prozent der Anwendungsbeispiele kein Auswahlkriterium. Alter und Lebenslagen bilden häufiger ein Auswahlkriterium. In Bezug auf das Alter werden Kinder und Jugendliche seltener beteiligt. Die relative Verteilung der Beteiligung von Menschen in ausgewählten Lebenslagen ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1:
Merkmale der beteiligten Zielgruppen



Merkmale in N = 146; Mehrfachantworten möglich

Quelle und Darstellung: GÖG



Beteiligungsprozess

Welchen Einfluss haben Bevölkerungsgruppen auf Entscheidungen?

Das Ausmaß der Beteiligung wurde entsprechend der Standards für Öffentlichkeitsbeteiligung (Österreich / Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2009) abgefragt mit den Stufen Information, Konsultation, Kooperation. In drei Prozent (n = 4) der Anwendungsbeispiele erfolgt Beteiligung auf der Stufe „Information“. In 38 Prozent (n = 56) der Anwendungsbeispiele ist Konsultation die höchste Beteiligungsstufe. In mehr als der Hälfte (n = 86; 59 %) der Anwendungsbeispiele ist die höchste Stufe der Beteiligung Kooperation. Die Kooperation umfasst Anwendungsbeispiele, in denen Bevölkerungsgruppen Einfluss auf Entscheidungen nehmen können und eine gemeinsame Entscheidung zwischen den verschiedenen Beteiligungsgruppen erfolgt.

Ein Vergleich der Anwendungsbeispiele nach Handlungsfeld zeigt, dass in Praxisprojekten häufiger kooperative Beteiligung als in der Strategieentwicklung (68 % vs. 49 %) erfolgt. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Beteiligungsstufe nach Handlungsbereich. Sie veranschaulicht, dass Kooperation

insbesondere bei kommunalen Partizipationsprozessen die höchste Beteiligungsstufe ist. Bei Beteiligungsprozessen in Organisationen und Gesundheitsversorgung hat etwa jeweils die Hälfte der Anwendungsbeispiele Kooperation bzw. Konsultation als höchste Beteiligungsstufe.

Tabelle 2:
Anwendungsbeispiele nach Beteiligungsstufe und Handlungsfeld

| Handlungsbereich / Einflussniveau | Kommunale Partizipationsprozesse | Gesundheitsförderung in Organisationen | Gesundheitsversorgung |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|
| Kooperation | 75 % | 47 % | 54 % |
| Konsultation | 23 % | 50 % | 43 % |
| Information | 2 % | 3 % | 3 % |

Quelle und Darstellung: GÖG

In welchen Phasen des Entscheidungsprozesses werden Bevölkerungsgruppen beteiligt?

Beteiligung kann in unterschiedlichen Phasen, von der Planung über die Durchführung bis hin zu Evaluation und Ergebnisdissemination, erfolgen. Am häufigsten erfolgt Beteiligung bei der Durchführung/Umsetzung (z. B. im Falle der Umsetzung von Strategien, der Durchführung von Forschungsvorhaben; n = 111; 76 %), gefolgt von der Planung inklusive der Entwicklung von Fragestellungen bzw. der Strategieentwicklung (n = 97; 66 %). In jeweils 41 Anwendungsbeispielen (28 %) 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.

Bei Anwendungsbeispielen im Feld Politik/Verwaltung/Strategieentwicklung erfolgt Beteiligung vor allem in der Planungsphase (80 %, n = 36), in Praxisprojekten in 61 Prozent (n = 47) der Anwendungsbeispiele sowie in 47 Prozent (n = 9) der Anwendungsbeispiele im Bereich Forschung. Ein Vergleich nach Settings zeigt die größten Prozentsatzunterschiede bei der Durchführungs- und Disseminationsphase. Während bei 91 Prozent (n = 40) der kommunalen Partizipationsprozesse eine Beteiligung in der Durchführung/Umsetzung erfolgt, sind es bei Gesundheitsförderung in Organisationen 69 Prozent (n = 22) bzw. in der Gesundheitsversorgung 70 Prozent (n = 49). Eine Beteiligung in der Disseminationsphase erfolgt insbesondere bei Gesundheitsförderung in Organisationen (41 %, n = 13), gefolgt von kommunalen Beteiligungsprozessen (34 %, n = 15) und Gesundheitsversorgung (19 %, n = 13).

Etwa ein Drittel der Anwendungsbeispiele (32 %, n = 46) wird ohne zeitliche Beschränkung laufend umgesetzt. Das betrifft vor allem Gremienbeteiligungen. Ein Vergleich nach Settings zeigt, dass insbesondere Anwendungsbeispiele im Bereich der Gesundheitsversorgung zeitlich unbefristet sind (40 %, n = 29) – im Unterschied zu jenen im Bereich der Gesundheitsförderung in Organisationen (26 % unbefristet, n = 9) und zu solchen im Rahmen kommunaler Partizipationsprozesse (18 % unbefristet, n = 8).

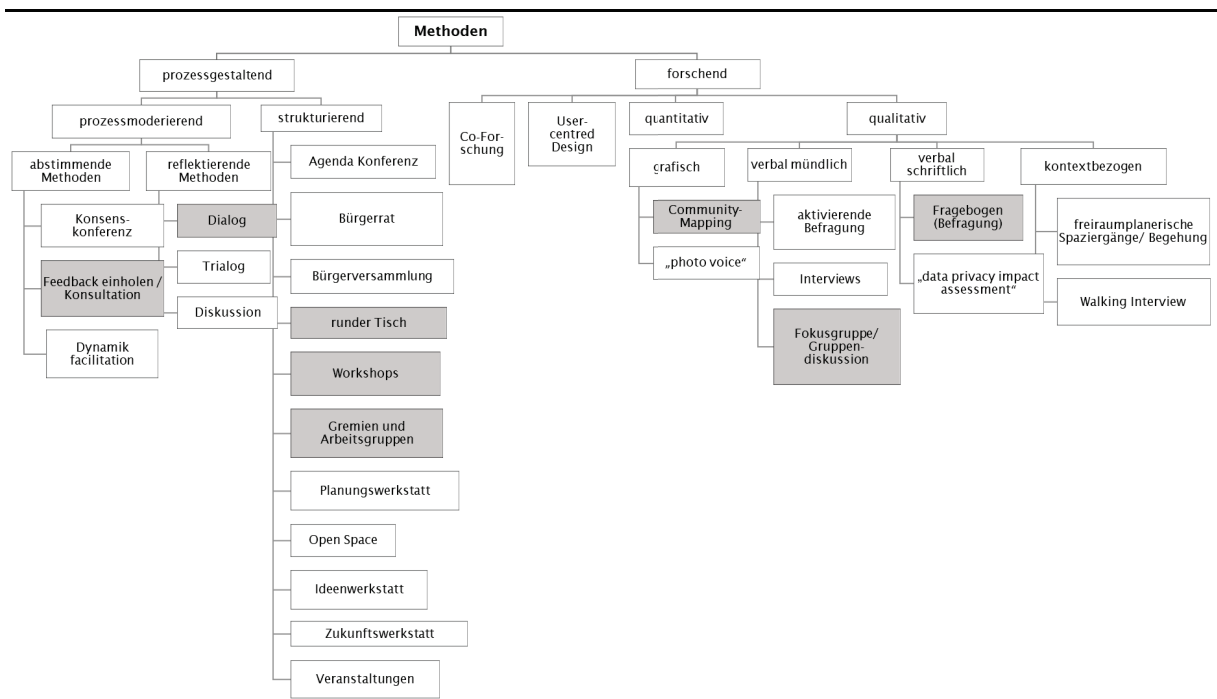
Zwei Drittel der Anwendungsbeispiele haben eine begrenzte Laufzeit: Fast ein Viertel (23 %, n = 34) hat eine Laufzeit von unter einem Jahr. Die meisten Anwendungsbeispiele umfassen eine Laufzeit von ein bis drei Jahren (36 %, n = 53). Drei bis fünf Jahre umfasst die Laufzeit in sieben Prozent (n = 10) der Anwendungsbeispiele und in zwei Prozent (n = 3) der Fälle fünf bis acht Jahre.



Beteiligungsmethoden

In den Anwendungsbeispielen werden 27 unterschiedliche Methoden eingesetzt, wobei für die meisten Projekte zwei oder mehr Methoden angeführt wurden. Die genannten Methoden wurden in Anlehnung an Kasberg et al. (2021) in prozessgestaltende und forschende Methoden kategorisiert. Acht Methoden wurden häufiger als zehnmal angeführt. Sie sind in Abbildung 2 grau hervorgehoben. Mit Abstand am häufigsten wurden Workshops (n = 54) und Gremien bzw. Arbeitsgruppen (n = 39) genannt, gefolgt von als „forschende“ Methoden kategorisierten Fokusgruppen (n = 29) und Fragebogen (n = 22).

Abbildung 2:
Beteiligungsmethoden



Quelle und Darstellung: GÖG



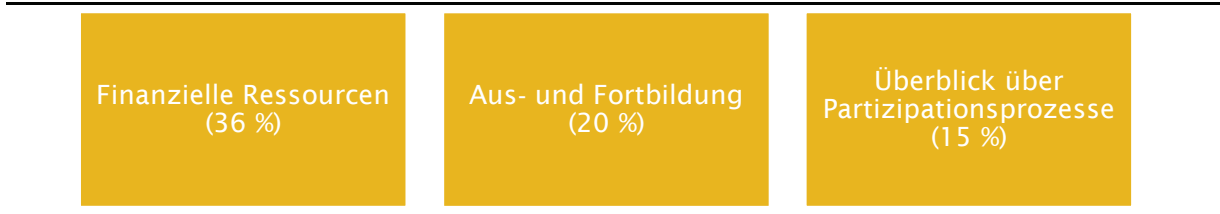
Unterstützungsbedarf und Weiterentwicklung von Beteili-gung

Gut zwei Drittel der Befragten (n = 61, 70 %) gaben an, zumindest etwas Unterstützung zu brau-chen (Mittelwert: 2, auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 10 kontinuierliche Unterstützung und 1 keine Unterstützung bedeutet). Ein Viertel der Befragten (n = 26) verortet sich bei 5 oder höher.

Größter Unterstützungsbedarf wurde für den Bereich finanzielle Ressourcen (36 %), gefolgt von Aus- und Fortbildungsangeboten zu Themen und Methoden (20 %) und sowie einem Überblick über aktuelle Beteiligungsprozesse (15 %) genannt.

Abbildung 3:

Priorisierter Unterstützungsbedarf bei der Umsetzung von Beteiligung im Gesundheitssystem



Quelle: GÖG

Im Rahmen des Workshops mit Erhebungsteilnehmerinnen und -teilnehmern (n = 25) wurden die Unterstützungsbedarfe weiter konkretisiert. Aufgezeigt wurde dabei der Bedarf an Schulungen für alle beteiligten Akteurinnen und Akteure: sowohl für Auftraggeber:innen und Umsetzer:innen als auch für beteiligte Bevölkerungsgruppen. Bereits eine Übersicht über ausgewählte Schulungsangebote und Tools wäre hilfreich. Auch ein Austausch mit anderen im Sinn von kollegialen Fallberatungen, Coaching oder Unterstützung bei der vorbereitenden Recherche und der Auswahl von Methoden wird gewünscht.

Was lernen wir aus der Erhebung für die Weiterentwicklung von Bevölkerungs- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem?

Für die weitere Konkretisierung und Umsetzung der Empfehlungen der Machbarkeitsstudie von Moser et al. (2021) lässt sich Folgendes ableiten:

- » **Bevölkerungs- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung findet bereits statt. Die identifizierten 146 Anwendungsbeispiele sind ein Anfang ohne Anspruch auf Vollständigkeit.** Die Erhebungsergebnisse belegen, dass es bereits eine vielfältige Praxis an Beteiligung im österreichischen Gesundheitssystem gibt. Nachdem die Erhebung keinen Anspruch auf Vollständigkeit hat, ist von viel mehr Anwendungsbeispielen auszugehen.
- » **Erste Schritte zu einem gemeinsamen Verständnis von Beteiligung im Gesundheitssystem.** Eine Gegenüberstellung der Erhebungsergebnisse (u.a. welche Perspektiven werden beteiligt, Beteiligungsstufe) und der bestehenden Beteiligungsdefinitionen erlaubte eine weitere Schärfung des Beteiligungsbegriffes. Aufbauend auf der Beteiligungsdefinition von Forster (2015) und Straßburger/Rieger (2019), wird auf Basis der Erhebungsergebnisse folgende Arbeitsdefinition von Beteiligung abgeleitet: Bevölkerungs- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung (angelehnt an Forster 2015; Straßburger/Rieger 2019) bedeutet,
 - » 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 gemeint ist, wie im Falle von Problembestimmung, Auswählen von Handlungsoptionen, Umsetzen der gewählten Option oder Bewertung/Evaluation der Umsetzung, Verbreitung von Ergebnissen,

- » 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 nicht ausreichend, um als Beteiligung betrachtet zu werden, auch die Teilnahme an einer Veranstaltung 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 wieweit die Möglichkeit der Einflussnahme (von Information, Beratung bis Mitentscheidung) besteht.

Diese Arbeitsdefinition gilt es im weiteren Prozess partizipativ abzustimmen und bei Bedarf zu adaptieren.

- » **Umsetzung von Beteiligung braucht Unterstützung.** Es kann angenommen werden, dass vorrangig partizipationsaffine und -erfahrene Personen erreicht wurden. Entsprechend gering wird der Unterstützungsbedarf eingeschätzt. Gleichzeitig sehen auch diese Personen Unterstützungsbedarf – insbesondere an finanzieller Unterstützung sowie Vernetzung, Überblick und Schulung, und zwar aller beteiligten Gruppen: der Auftraggeber:innen, der umsetzenden Organisationen und der beteiligten Personen.
- » **Gemeinsames Handeln und Lernen der Umsetzer:innen von Beteiligung, um Herausforderungen zu bewältigen.** Beteiligung trägt zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit bei. Menschen in Selbsthilfegruppen, armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Personen und Menschen mit Behinderung werden bereits häufig beteiligt. Die Erreichung von „hard to reach“ Gruppen stellt eine Herausforderung dar. Die Teilnehmer:innen am Ergebnisworkshop betonen die Wichtigkeit von Chancengerechtigkeit und dass noch ein stärkerer Fokus auf Bedarfe und Bedürfnisse marginalisierter Gruppen vonnöten ist, damit sie partizipieren können. Gemeinsam soll und kann gelernt und erarbeitet werden, wie diese Gruppen entsprechend besser erreicht und eingebunden werden können sowie welche Rahmenbedingungen es dafür braucht.
- » **Vielfalt und Handlungsmöglichkeiten beachten.** Bevölkerungs- und Patientinnen-/ Patiententeilnahme im Gesundheitssystem ist vielfältig und umfasst unterschiedliche Handlungsbereiche, -felder und Akteurinnen/Akteure. Eine Empfehlung aus dem Ergebnisworkshop lautet, trotz oder gerade wegen der Vielfalt und vielfältigen Lernmöglichkeiten einen gemeinsamen Rahmen für Beteiligung zu etablieren. Dabei gilt es auch den Handlungs- und Einflussbereich der Akteurinnen und Akteure zu berücksichtigen (z. B. Kompetenzbereich von BMSGPK, Zielsteuerungspartnern). Konkret mit Hinblick auf die Empfehlungen der Machbarkeitsstudie (Moser et al. 2023) könnte dies bedeuten, dass das Überblickportal 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 Akteurinnen und Akteure aus Gesundheitsversorgung und -förderung offen sind. Die Forcierung systematischer Beteiligung kann jedoch aufgrund der Unterschiedlichkeit der beteiligten Stakeholder und der begrenzten Ressourcen zunächst in ausgewählten Bereichen (z. B. Gesundheitsversorgung) beginnen. Die genaue Vorgehensweise und die konkreten Bereiche 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
- Moser, Michaela; Plunger, Petra; Langstadlinger, Ines; Schinnerl, Melanie (2022): Machbarkeitsstudie Bürger:innen- und Patient:innenpartizipation im österreichischen Gesundheitswesen. University of Applied Sciences, St. Pölten
- Österreich, Bundeskanzleramt; Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (2009): Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung. Empfehlungen für die gute Praxis. Praxisleitfaden. Wien
- Rojatz, Daniela; Wahl, Anna (2023): Bevölkerungs- und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem. Ergebnisse einer ersten Erhebung zum Status quo und Entwicklungsperspektiven. Gesundheit Österreich, Wien (unveröffentlicht)
- 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

Zitiervorschlag: Rojatz, Daniela; Wahl, Anna (2023): Bevölkerungs- und Patientinnen- / Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem. Status quo der Umsetzung und Entwicklungsperspektiven. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
