

# Factsheet: Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung in Primärversorgungseinheiten (PVE) – Möglichkeiten der organisationalen und nachhaltigen Umsetzung

„Die Menschen haben das Recht und die Pflicht, sich individuell und kollektiv an der Planung und Durchführung ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen.“ (International Conference on Primary Health Care 1978)

Primärversorgung zielt darauf ab, die Gesundheitsbedürfnisse der Menschen zu adressieren und dabei neben medizinischen weitere gesundheitsrelevante Einflussfaktoren zu berücksichtigen. **Ein Schlüsselement dazu ist Partizipation. Dies ist auch in den Standards gesundheitsfördernder und gesundheitskompetenter Gesundheitseinrichtungen verankert:**

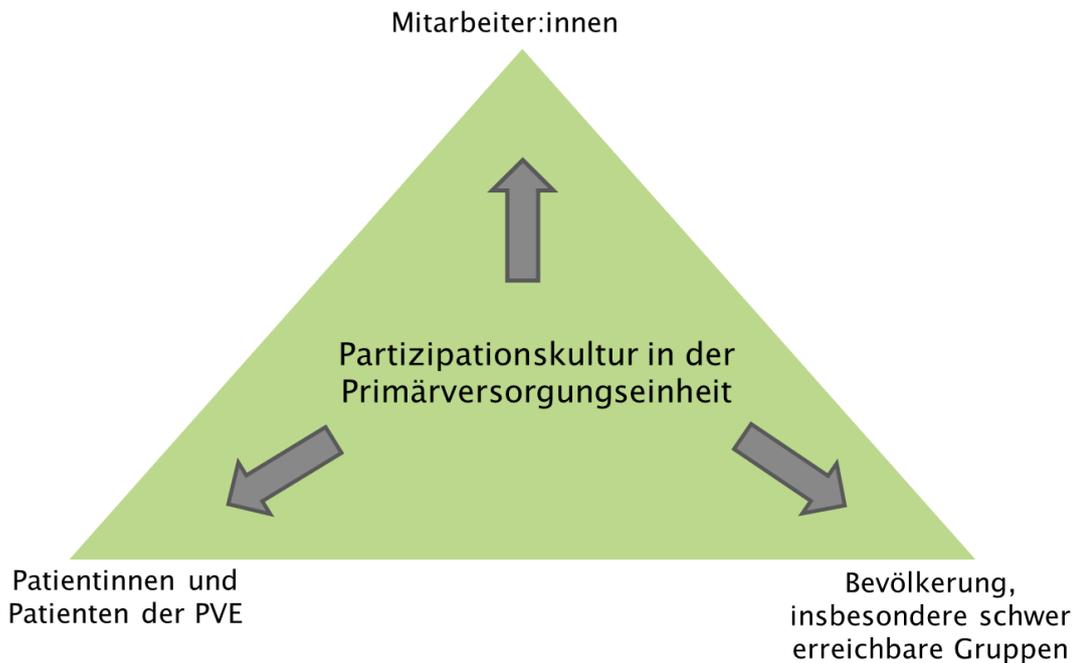
- » personenzentrierte Versorgung und Einbeziehung der Nutzer:innen als Standard gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services o.J.; International Network of Health Promotion Hospitals and Health Services 2020, S. 13)
- » Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren als Standard einer gesundheitskompetenten Gesundheitseinrichtung bzw. Primärversorgungseinheit (ÖPGK 2018, S. 9; ÖPGK 2019, S. 9)
- » Beteiligung der Mitarbeiter:innen, der Patientinnen und Patienten sowie der Bevölkerung als zentraler Eckpunkt einer gesundheitsfördernden PVE (Rojatz et al. 2021, S. 9)

„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, S. 230)

Nachdem die PVE einen Versorgungsauftrag für ein bestimmtes Einzugsgebiet hat, geht es neben der Beteiligung von Patientinnen und Patienten, der lokalen Bevölkerung und im Sinne der Chancengerechtigkeit insbesondere von vulnerablen Bevölkerungsgruppen auch um die Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Um Beteiligung für alle erlebbar zu machen und eine Partizipationskultur in der PVE zu schaffen, sollen nach und nach alle drei Gruppen adressiert werden (siehe Abbildung 1). Studien zeigen, dass die Beteiligung der Mitarbeiter:innen der Schlüsselfaktor für erfolgreiche Veränderung und Qualitätsentwicklung ist (Halm 2011). Durch das Leben einer offenen Gesprächskultur und das gemeinsame Arbeiten an Themen (z. B. Patientensicherheit, Gesundheitsförderungsprojekte) wird das Vertrauen zwischen dem PVE-Leitungsteam und den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern gestärkt sowie Widerständen innerhalb des Teams vorgebeugt (Janes et al. 2021).

Damit Beteiligung in einer PVE authentisch gelebt werden kann, bietet sich an, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu beginnen. Abhängig von den lokalen Bedingungen kann aber auch mit der Beteiligung der Patientinnen und Patienten bzw. der Bevölkerung gestartet werden. Nachfolgend wird der Fokus auf Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung gelegt. Patientenbeteiligung oder – mit Blick auf die Gemeinde – Bevölkerungsbeteiligung ist eine entscheidende Komponente für auf den Menschen zentrierte Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung (WHO 2015, S. 9).

Abbildung 1:  
Das Dreieck der Partizipationskultur in der PVE

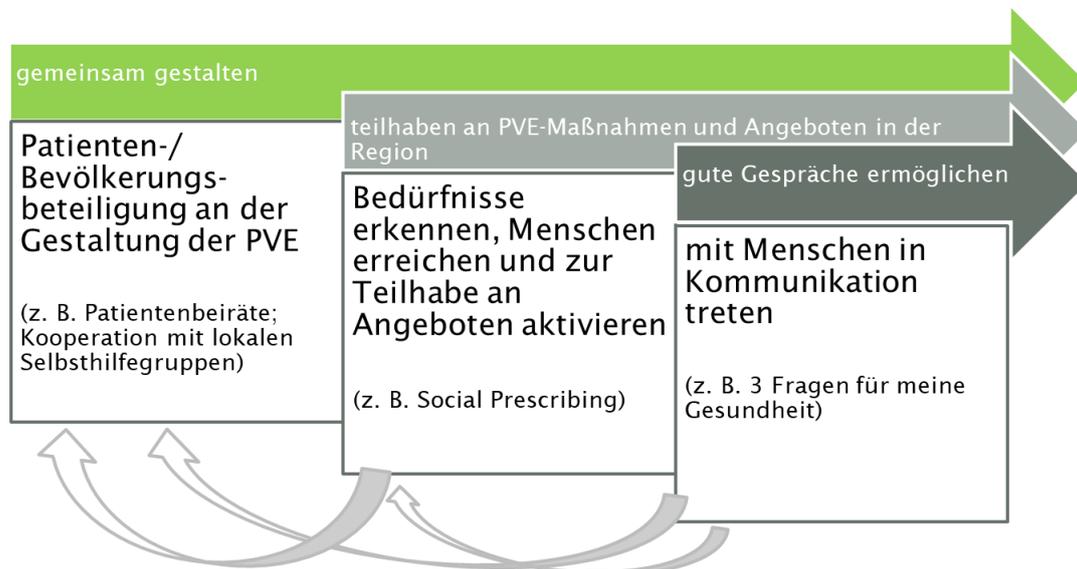


Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung im Kontext der Primärversorgung adressiert die Schnittstelle zwischen der Lebenswelt der Menschen und dem Gesundheits-/Sozialwesen. Bei Patientenbeteiligung geht es um definierte Einflussmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten (und deren Angehörigen) bei der Gestaltung der Primärversorgungseinheit, um gut an der Behandlung mitarbeiten zu können. Bevölkerungsbeteiligung geht darüber hinaus und möchte auch die Lebensbedingungen in der Gemeinde so gestalten, dass gesundheitsfördernde Verhältnisse gute Gesundheitsentscheidungen begünstigen und die Menschen aktive Gestalter:innen ihrer Gesundheit werden. Mitarbeiter-, Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung verbindet, dass es sowohl um den wechselseitigen Austausch von Fach- und Erfahrungswissen als auch um soziale Teilhabe und Teilnahme der Bevölkerung und des Primärversorgungsteams an Aktivitäten und PV-Leistungen geht (WHO 2016, S. 3).

Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung im Kontext der PVE bedeutet daher das gemeinsame Gestalten der PVE durch Menschen in der Region und PVE-Mitarbeiter:innen (Marent/Forster 2013, S. 106) – mit dem Ziel, gute Rahmenbedingungen für die aktive Teilhabe an der Behandlung und an Angeboten der PVE sowie in der Region zu ermöglichen und gute Gespräche zwischen Patient:in und Angehörigen der Gesundheitsberufe zu gewährleisten, welche den Kern für ein aktives Gestalten der Gesundheit bilden (Hart 1998).

Abbildung 2:  
Partizipation in PVE und soziale Teilhabe



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Bislang waren in Österreich Patientinnen und Patienten kaum in die Entscheidungen der PVE eingebunden. Das vorliegende Factsheet widmet sich daher der Frage, wie Patientinnen und Patienten bzw., breiter gefasst, die Bevölkerung im Einzugsbereich der PVE an der organisationalen Gestaltung einer PVE beteiligt werden können. Es richtet sich an ÖGK-Begleiter:innen, PVE-Manager:innen, PVE-Teams sowie die interessierte (Fach-)Öffentlichkeit.

Wenngleich nachfolgend der Fokus auf die Bevölkerungs-/Patientenbeteiligung in der PVE gerichtet wird (Mesoebene), sei aufgezeigt, dass es für eine patientenzentrierte und integrierte Versorgung aller Menschen deren Einbindung auf mehreren Ebenen bedarf: der Ebene der direkten Leistungserbringung (Mikroebene), der Ebene organisationaler Strukturen und Prozesse (Mesoebene) und der politisch-systemischen Ebene (Makroebene; WHO 2015; Wiczorek et al. 2018, S. 4).

## Vorteile von Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung

Durch Beteiligungsprozesse können Kommunikationsbarrieren aufgebrochen werden und kann sich Nutzen auf allen Ebenen entfalten. Der Kommunikationsprozess zwischen den Beteiligten stärkt eine bessere Erreichbarkeit der Bevölkerung bzw. der Patientinnen und Patienten, gegenseitiges Verstehen und die Akzeptanz der entwickelten Maßnahmen und getroffenen Entscheidungen. So können Unsicherheiten in der Kommunikation bewältigt werden und die Adressatengruppen von Maßnahmen dort abgeholt werden, wo sie stehen (Marent 2011).

Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung bietet Vorteile für die involvierten Personen, die PVE und das Gesundheitssystem (Brett et al. 2014; Forster 2015; Hardyman et al. 2014; Ladurner et al. 2020; Marent 2011; Marent/Forster 2013; Rojatz 2016; WHO 2016).

Tabelle 1:  
Übersicht über Vorteile von Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung

<b>Individuum (Patient:in, Bevölkerung)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Steigerung der Akzeptanz von / Zufriedenheit mit Versorgungsentscheidungen</li> <li>» Empowerment und Stärkung der Verantwortung für die eigene Gesundheit</li> <li>» Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz</li> <li>» Stärkung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, indem schwer erreichbaren Patienten- und Bevölkerungsgruppen die Teilhabe ermöglicht wird</li> </ul>
<b>Organisation (PVE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz</li> <li>» Steigerung der Patientenzufriedenheit und des Vertrauens in organisationale Prozesse</li> <li>» Stärkung des Commitments der Zielgruppe zu Maßnahmen der PVE</li> <li>» Nutzung oftmals noch unberücksichtigter Ressourcen wie des Erfahrungswissens und der Erfahrungsexpertise der Patientinnen und Patienten sowie der Bevölkerung</li> <li>» Entwicklung und Sicherstellung effektiver Behandlungspfade</li> <li>» Entwicklung/Sicherstellung einer Kultur des Miteinanders in Form einer gleichberechtigten und verantwortungsvollen Partnerschaft aller</li> <li>» kontinuierliche und systematische Reflexion bestehender Angebote und Prozesse sowie Förderung innovativer Prozesse/Projekte</li> </ul>
<b>System</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Sicherstellung effektiverer Versorgungspfade</li> <li>» Stärkung und Sicherstellung von Patientenrechten</li> <li>» Stärkung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit</li> <li>» Abbau von Kommunikationsbarrieren zwischen Betroffenen (Patientinnen und Patienten sowie Bevölkerung) und Entscheidungsträgerinnen und -trägern</li> <li>» effektivere Nutzung von Ressourcen (z. B. Erfahrungswissen der Patientinnen und Patienten)</li> </ul>

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## Leitfragen zur Gestaltung von Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung in der PVE

Für die Planung und Umsetzung von Bevölkerungs-/Patientenbeteiligung in der PVE bietet die Beantwortung von Leitfragen eine Orientierung für die konkrete Ausgestaltung (Marent et al. 2015). Dabei wird zwischen dem **Kontext**, in dem Beteiligung erfolgen soll, dem konkreten **Beteiligungsprozess** und den konkreten **Methoden** unterschieden.

Tabelle 2:  
Leitfragen zur Gestaltung von Patienten- und Bevölkerungsbeteiligungsprozessen

<b>Kontext</b>		
Was soll durch Beteiligung erreicht werden?	Wer soll beteiligt werden?	Woran soll beteiligt werden?
<b>Prozess</b>		
Mit welchen Mitspracherechten/Einflussmöglichkeiten findet Beteiligung statt?	Welches Wissen und welche Ressourcen bringen die Beteiligten ein?	Wann und wie oft soll Beteiligung stattfinden?
<b>Partizipationsmethoden</b>		
Welche Methode(n) wird (werden) eingesetzt?		

Quelle: orientiert an Marent et al. (2015)

- **Kontext: In welchem Kontext steht das Beteiligungsvorhaben?**



**Was soll durch Beteiligung erreicht werden?**

Mit dieser Dimension wird geklärt, zu welchem Zweck Beteiligung in einer PVE umgesetzt wird. In der PVE können Ziele von Beteiligung beispielsweise sein:

- » Empowerment und Stärkung von Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten
- » Erreichung und Empowerment besonders schwer zugänglicher Bevölkerungsgruppen
- » partizipative und nutzerorientierte Qualitätsentwicklung
- » zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheitsinformationen und/oder Gesundheitsförderungsprojekten



**Wer soll beteiligt werden und wie können zu Beteiligende gewonnen werden?**

Diese Frage klärt, welche Perspektiven vertreten sein sollen und durch welche Personen die Perspektiven in den Prozess eingebracht werden können. Die zu beteiligenden Personen können entweder anhand bestimmter Merkmale gezielt ausgewählt oder offen eingeladen werden (Forster 2015). Potenzielle Beteiligte einer PVE sind neben deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern:

- » Patientinnen und Patienten und ihre An- und Zugehörigen (z. B. Familie): Patientinnen und Patienten sind eine sehr heterogene Gruppe und differenzieren sich nach verschiedenen soziodemografischen (z. B. Gender, Bildung, Herkunft, Sprache) sowie krankheitsspezifischen Merkmalen (Parsons et al. 2010). Die Patientin oder der Patient kann sich als Einzelperson beteiligen oder als Teil einer organisierten Gruppe bzw. eines organisierten Kollektivs im Sinne einer Patientenvertretung oder Selbsthilfegruppe (Forster 2015).
- » die Bevölkerung bzw. ausgewählte Bevölkerungsgruppen als potenzielle Nutzer:innen oder Kooperationspartner:innen der PVE (z. B. Mitglieder einer Initiative oder eines Vereins)
- » regionale und kommunale Entscheidungsträger:innen (z. B. Bürgermeister:in, Gesundheitsstadträtin bzw. -stadtrat) als Kooperationspartner:innen einer PVE



**Woran soll beteiligt werden? Bei welchen Themen, Prozessen und Projekten soll Beteiligung erfolgen?**

Für Beteiligung bieten sich Themen an, die neu und/oder kontrovers sind. Diese Themen können die individuelle Behandlung, die Gestaltung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten oder Behandlungspfaden der PVE sowie strategische Entscheidungen, die beispielsweise die finanzielle Ressourcenallokation einer PVE betreffen, adressieren (Czypionka et al. 2019).

Entsprechend den Standards für gesundheitskompetente Organisationen, kann ein Fokus auf die Beteiligung in folgenden Bereichen gelegt werden (ÖPGK 2018):

- » Richtlinien und Abläufe der Patientenkommunikation
- » Dokumente und Angebote, die relevant für Patientinnen und Patienten sind
- » Feedback einholen zur Entwicklung und Verbesserung der Angebote und Leistungen

- **Prozess: Wie soll Beteiligung umgesetzt werden?**



**Mit welchen Mitspracherechten/Einflussmöglichkeiten findet Beteiligung statt?**

Das Ausmaß der Beteiligung und die Ausgestaltung von Partizipationsvorhaben kann abhängig vom Sinn/Zweck, den Rahmenbedingungen und Ressourcen variieren. Modelle können eine Orientierung bieten, um eine Stufe der Beteiligung festzulegen (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3:

Stufen der Partizipation aus Sicht der PVE und aus Sicht der Bevölkerung / Patientinnen und Patienten



Quelle: Straßburger/Rieger (2019 S. 230)



**Mit welchem Wissen partizipieren verschiedene Beteiligte?**

Partizipation bedeutet, dass verschiedene Wissensformen einbezogen werden (Forster 2015):

- » Alltagswissen und Erfahrungswissen: Wie ist es, mit einer Erkrankung zu leben, welche Tipps und Tricks helfen dabei, mit der Erkrankung zurechtzukommen, wo gibt es Herausforderungen?
- » kollektives Erfahrungswissen und -expertise: reflektiertes Alltagswissen und Erfahrungswissen durch Austausch mit anderen Betroffenen, z. B. in Selbsthilfegruppen



**Zeit: Wann und wie oft soll Beteiligung stattfinden?**

Beteiligung stellt idealerweise einen zyklischen Prozess dar und ist keine Einmalaktion. Die Beteiligungsform und die jeweils beteiligten Personen(gruppen) selbst können aber in einzelnen Phasen variieren. Unterscheiden lassen sich hier die Phase der Bedarfs-/Bedürfniserhebung, jene der Entwicklung und Auswahl von Maßnahmen/Angeboten, jene von deren Umsetzung und die Phase der Evaluation (Forster 2015).

- **Methoden: Wie kann Beteiligung konkret umgesetzt werden?**



Nachfolgend wird anhand dreier ausgewählter Ansätze vorgestellt, wie Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung konkret in der PVE umgesetzt werden kann.

## Ansätze zur Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung in der Primärversorgung

Tabelle 3:

Übersicht über Ansätze zur Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung in PVE

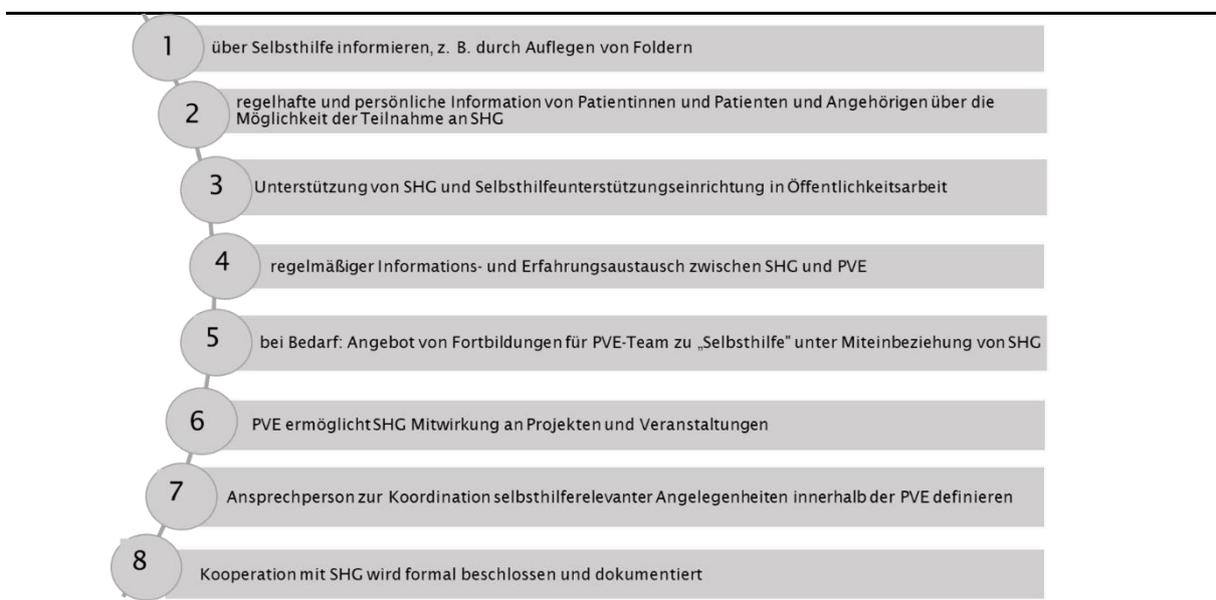
Ansatz	Kontext			Prozess		
	warum	wer	woran	Einfluss	Wissen	Häufigkeit der Beteiligung
<b>Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» systematische Kooperation von Selbsthilfegruppen (SHG) und PVE</li> <li>» Ergänzung des Fachwissens durch Erfahrungswissen</li> <li>» Information von Patientinnen und Patienten über Möglichkeit der Teilnahme an einer SHG</li> </ul>	Selbsthilfegruppen aus der Region	Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Patientinnen und Patienten und PVE-Team fördern; Austausch unter Patientinnen und Patienten und/oder Angehörigen fördern	Informationsaustausch, Meinung erfragen, Lebensweltexpertise einholen	Alltags-/Erfahrungswissen oder Erfahrungsexpertise	ca. halbjährliches Vernetzungstreffen
<b>Patienten- und familienzentrierte Versorgung durch Beteiligung in Gremien (IPFCC 2016)</b>	Schaffung einer Umgebung, in der Patientinnen und Patienten, deren An- und Zugehörige, die Bevölkerung sowie PVE-Fachkräfte als Partner:innen zusammenarbeiten, um die Patientenerfahrung und die Versorgungsqualität zu verbessern	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Patientinnen und Patienten</li> <li>» An- und Zugehörige</li> <li>» ausgewählte Bevölkerungsgruppen</li> <li>» Fachpersonal der PVE</li> </ul>	Entscheidungen, die das Angebot in der PVE betreffen; Förderung der Zusammenarbeit zwischen Patientinnen und Patienten bzw. der Bevölkerung, Familien und Fachkräften in der PVE	Lebensweltexpertise einholen, Mitbestimmung zulassen	Alltags-/Erfahrungswissen oder Erfahrungsexpertise	monatlicher, vierteljährlicher und halbjährlicher Rhythmus – je nach Möglichkeiten der Gremienmitglieder
<b>Communityorientierte Primärversorgung (Geiger 2002)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» organisierte Zusammenarbeit zwischen einer Community und Fachkräften der PVE</li> <li>» communityorientierte Planung, Umsetzung und Evaluierung von Angeboten in der PVE</li> </ul>	Communitymitglieder / Mitglieder von Communityorganisationen	Beurteilung von Gesundheitsbedürfnissen/-bedarfen; Planung, Durchführung, Evaluation von Maßnahmen unter Beteiligung einer Community	Meinung erfragen, Lebensweltexpertise einholen, Mitbestimmung zulassen	Alltags-/Erfahrungswissen oder Erfahrungsexpertise	kontinuierlich – von der Bedarfserhebung bis zur Evaluation

Quelle: CÖG-eigene Darstellung

## Selbsthilfefreundliche PVE

Eine Möglichkeit, zur Patientenorientierung in PVE beizutragen, ist, den Ansatz einer Selbsthilfefreundlichen PVE umzusetzen. Die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und PVE wird durch Transparenz, Strukturen und Vereinbarungen gestärkt und die Nachhaltigkeit wird gefördert. Der Ansatz der Selbsthilfefreundlichen Gesundheitseinrichtung hat das Ziel, den Kontakt zwischen Patientinnen und Patienten und Selbsthilfegruppen zu fördern sowie den Austausch von Erfahrungswissen der Selbsthilfegruppen und Fachwissen des PVE-Teams zu fördern (Jugend am Werk o. J.; Trojan/Nickel 2011). Ausgehend von einem Hamburger Modellprojekt zu Krankenhäusern, wurden acht Kooperationskriterien definiert:

Abbildung 4:  
Kriterien für Selbsthilfefreundliche PVE



Quelle: GÖG-eigene Darstellung, orientiert an Selbsthilfe Steiermark, NANES

Um eine Selbsthilfefreundliche PVE zu werden, muss die PVE die Erfüllung der Kriterien nachweisen. Dies erfolgt durch eine Selbstbewertung, in einigen Bundesländern auch durch ein externes Audit. Das Gütesiegel „Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtung“ wird dann von der Selbsthilfeunterstützungseinrichtung (Selbsthilfedachverband) im Bundesland zeitlich begrenzt vergeben. Anschließend erfolgt eine Rezertifizierung. Weitere Informationen finden Sie unter <https://www.nanes.at/selbsthilfefreundlichkeit>

Tabelle 4:  
Benötigte Ressourcen selbsthilfefreundliche PVE

Zeit	Personal	Material	Sonstige Kosten
» Kooperationsaufbau	Ansprechperson für selbsthilferelevante Themen in PVE	Präsentationsmöglichkeiten für SHG in PVE (z. B. das Auflegen von Foldern für Gruppentreffen)	ggf. Kosten für Bewirtung bei SHG-Treffen in PVE
» Informations- und Erfahrungsaustausch mit SHG (z. B. halbjährlich)			
» informieren über SHG			

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## Patienten- und familienzentrierte Versorgung durch Gremien in der PVE

Der Ansatz Patienten- und familienzentrierte Versorgung hat das Ziel, eine Umgebung zu schaffen, in der Patientinnen und Patienten, Familien und Fachkräfte als Partner:innen zusammenarbeiten, um die Patientenerfahrung und die Versorgungsqualität zu verbessern (IPFCC 2016, S. 2). Perspektiven/Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sowie ihrer An- und Zugehörigen (z. B. Freundinnen und Freunde, Familie) werden durch Patienten-/Familienbeiräte oder auch Bevölkerungsbeiräte in Prozesse und Projekte der PVE eingebunden. Sie sind ein bewährtes Gremium für Gesundheitseinrichtungen, um mit Patientinnen und Patienten bzw. ausgewählten Bevölkerungsgruppen kontinuierlich zu kooperieren (Luxford et al. 2011). Andere Bezeichnungen für Beiräte im Gesundheitswesen sind: Nutzerbeirat (Wright et al. 2011), Patientengruppen bzw. -partnerschaften (Parsons et al. 2010) oder auch Bürgerbegleitgremium (Lechtenfeld et al. o. J.). Die Mitglieder beraten über Bedarfserhebungen, Planung, Durchführung sowie Evaluation von PVE-Maßnahmen (Wright 2010). Eine andere Möglichkeit der strukturellen Patientenbeteiligung kann durch Patienten- und Familienvertreter:innen in Ausschüssen oder Aktivitäten der PVE (z. B. Mitarbeiter-schulungen, Evaluationsprozesse) erfolgen (Wieczorek et al. 2018).

**Schritte und Tipps in der Gründungsphase** (Hatlie/Washington 2018; Parsons et al. 2010; Wright et al. 2011):

- » Sicherstellung der Unterstützung des Vorhabens seitens der Leitungsebene
- » Gründung eines Planungsteams und Entwicklung eines Umsetzungsplans (Zeit- und Personalressourcen, Budget)
- » Gewinnung von Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe: direkte Ansprache der Zielgruppe oder indirekt über lokale Netzwerke, Organisationen (Vereine, Verbände, informelle Treffpunkte etc.). Im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit sollten vor allem schwer erreichbare bzw. gesundheitlich und sozial benachteiligte Patienten-/Bevölkerungsgruppen adressiert werden.
- » Kick-off-Veranstaltung, bei der neben dem gegenseitigen Kennenlernen eine gemeinsame Gremienstruktur (z. B. Sitzungsfrequenz und -länge, Format und Moderation, organisatorische Betreuung) festgelegt wird
- » strukturelle Einbettung des Gremiums: Wie und zu welchen Themen wird der Beirat tätig sein? Wie verbindlich sind seine Entscheidungen und in welcher Form werden diese der Leitungsebene kommuniziert? Diese Punkte sollten in einer Vereinbarung festgeschrieben werden.

Tabelle 5:

Benötigte Ressourcen für Patienten- bzw. Bevölkerungsbeirat in der PVE

Zeit	Personal	Material	Sonstige Kosten
» für die Rekrutierung von Gremienmitgliedern	zuständige Mitarbeiterin bzw. zuständiger Mitarbeiter für Administratives in der Gremienarbeit (Vereinbarungen, Vor- und Nachbereitung der Sitzungen, Kontaktmanagement)	Räumlichkeiten für die Sitzungen und entsprechendes Material für die Protokollierung	Aufwandsentschädigungen für die Beiratsmitglieder (z. B. Gutscheine, gefördert durch die Gemeinde), Getränke oder andere Kleinigkeiten während der Sitzungen
» für die strukturelle Einbindung der Gremienarbeit in bestehende Prozesse			
» organisatorische Vor- und Nachbereitung der Sitzungen			

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## Communityorientierte Primärversorgung

Communityorientierte Primärversorgung (COPC) ist ein Modell, das Community Health in die Primärversorgung integriert. Ihr Ziel ist, eine Versorgung bereitzustellen, die sich an den Bedürfnissen einer definierten Community orientiert (Gervits/Anderson 2014). Der Prozess der communityorientierten Versorgung ist iterativ und wird in der Abbildung 5 idealtypisch dargestellt. Kernelemente einer COPC sind: Primärversorgung, eine involvierte und definierte Community und Aktivitäten, welche die relevanten Gesundheitsbedarfe/-bedürfnisse der Community adressieren.

Abbildung 5:  
Communityorientierte PV –  
idealtypischer Ablauf



Quelle: GÖG-eigene Darstellung, orientiert an (Gervits/Anderson 2014; Huter 2020)

*Community bedeutet im Kontext der Primärversorgung eine Gruppe von Menschen bzw. Patientinnen und Patienten, die in Verbindung zur PVE stehen und ein Thema oder Merkmale teilen. (Frank et al. 2015 zitiert nach Huter 2020, S. 12)*

COPC kann beispielsweise im Zuge der Qualitätsentwicklung von Angeboten in der PVE herangezogen werden. Der Zugang zur Community (z. B. Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, alleinerziehende Elternteile in einer Gemeinde) erfolgt meist über bestehende Kontakte zu Schlüsselpersonen. Einzelne Personen der Community können als Türöffner:innen fungieren, die weitere Communitymitglieder ansprechen. Die Form der Zusammenarbeit – ob in Gremien oder Arbeitsgruppen – kann von der Community selbst beschlossen werden. Ein Beispiel einer konkreten Methode ist die angeleitete Arbeitsgruppe. Die Communitymitglieder werden als Einzelpersonen und/oder Vertreter:innen eingebunden und die Arbeitsgruppe wird durch eine externe oder interne Person (z. B. ÖGK-Begleiter:in) moderiert (Block et al. 2011).

Tabelle 6:  
Benötigte Ressourcen communityorientierte Primärversorgung

Zeit	Personal	Material	Sonstige Kosten
» für die Rekrutierung von Mitgliedern der Community	» Mitarbeiter:in bzw. AG-Mitglied als Kontaktperson	Räumlichkeiten für die Sitzungen und entsprechendes Material für die Protokollierung	Aufwandsentschädigungen für die Beiratsmitglieder (z. B. Gutscheine, gefördert durch die Gemeinde), Getränke oder andere Kleinigkeiten während Sitzungen
» für die strukturelle Einbindung des Prozesses	» zuständige Mitarbeiterin bzw. zuständiger Mitarbeiter für organisatorische Aufgaben in der Gremien-/AG-Arbeit		
» organisatorische Vor- und Nachbereitung des Beteiligungsprozesses	» Moderator:in der AG		

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## Die ersten Schritte zur Umsetzung

Folgende erste Schritte und Aktivitäten können für die Umsetzung von Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung in der PVE gesetzt werden (Wieczorek et al. 2018):



Verankern Sie Beteiligung als organisationales Grundprinzip (Leitbild) und in den Organisationsstrukturen und beginnen Sie bei der Mitarbeiterbeteiligung.



Fördern Sie das Bewusstsein, die Fähigkeiten und Möglichkeiten für die Umsetzung von Mitarbeiter-, Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung in der PVE, z. B. durch spezifische Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter:innen.



Stellen Sie Mitarbeiter-, Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Projekten zur Qualitätsverbesserung, Patientensicherheit und Gesundheitsförderung sowie bei der Beurteilung und Entscheidungsfindung in Bezug auf gesundheitsrelevante Informationen und Kommunikationstechnologien sicher.



Schaffen Sie Vernetzungs- und Kooperationsmöglichkeiten für die unterschiedlichen Fachkräfte und Partner:innen in der PVE, z. B. in Form von Vernetzungstreffen oder -foren mit allen regionalen Akteurinnen und Akteuren.

Bei der Umsetzung von Mitarbeiter- und Patienten-/Bevölkerungsbeteiligung kann Ihnen zudem die Einhaltung folgender Prinzipien helfen (Brett et al. 2014; Luxford et al. 2011):

- » offene Haltung und Bereitschaft für Veränderung
- » ausreichende zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen
- » Zeit für Beziehungs- und Vertrauensarbeit
- » transparente Kommunikation, um das Vertrauen zu stärken und Frustration vorzubeugen
- » regelmäßiges Reflektieren, um Beteiligungshürden frühzeitig zu erkennen und diesen entgegenzuwirken

Gelebte Mitarbeiter- und Patienten-/Bevölkerungsbeteiligung baut Kommunikationsbarrieren und Unsicherheiten für alle Beteiligten ab und legt einen Grundstein für eine inklusive Kultur, in der sich alle beachtet und gut aufgehoben fühlen.

---

Zitiervorschlag: Wahl, Anna-Kristina; Rojatz, Daniela (2022): Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung in Primärversorgungseinheiten (PVE) – Möglichkeiten der organisationalen und nachhaltigen Umsetzung. Factsheet. Dachverband der Sozialversicherungsträger und Fonds Gesundes Österreich, Wien

---

## Literatur

- Block, Martina; von Unger, Hella; Wright, Michael T. (2011): Angeleitete Arbeitsgruppe. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, [www.qualitaet.aidshilfe.de/index.php?id=11256](http://www.qualitaet.aidshilfe.de/index.php?id=11256)
- Brett, J.; Staniszewska, S.; Mockford, C.; Herron-Marx, S.; Hughes, J.; Tysall, C.; Suleman, R. (2014): A systematic review of the impact of patient and public involvement on service users, researchers and communities. In: Patient 7/4:387–395
- 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
- Gervits, Maria; Anderson, Matthew (2014): Community-oriented primary care (COPC) in Barcelona, Spain: an urban CPOC experience. In: International Journal of Health Services 44/2:383–398
- Halm, Barry (2011): Employee engagement: a prescription for organizational transformation. In: Organization development in healthcare: conversations on research and strategies 10/:77–96
- Hardyman, Wendy; Daunt, Kate L.; Kitchener, Martin (2014): Value Co-Creation through Patient Engagement in Health Care: A micro-level approach and research agenda. In: Public Management Review 17/1:90–107
- Hart, Julian Tudor (1998): Expectations of health care: Promoted, managed or shared? In: Health Expectations 1/1:3–13
- Hatlie, Martin J.; Washington, Knitasha (2018): Forming a Patient and Family Advisory Council (PFAC). Patient and family perspectives can help you achieve more patient-centered care in your practice. American Medical Association, <https://edhub.ama-assn.org/> on 05/17/2021
- Huter, Sebastian (2020): Community-Oriented Primary Care in Austria: Status Quo and Prospects for the Future. Medical University of Graz, Vienna
- International Conference on Primary Health Care (1978): Declaration of Alma-Ata. World Health Organization, Alma-Ata
- International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (o.J.): New Haven Empfehlungen zu Patienten-, Familien- und Bürgerbeteiligung zur Verbesserung der Leistungen und Qualität Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, [http://ongkg.mhil.at/fileadmin/user\\_upload/ONGKG\\_Grunddokumente/08\\_New-Haven-Empfehlungen.pdf](http://ongkg.mhil.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Grunddokumente/08_New-Haven-Empfehlungen.pdf)
- International Network of Health Promotion Hospitals and Health Services (2020): 2020 Standards for Health Promoting Hospitals and Health Services. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services 2020, Hamburg

- IPFCC (2016): Advancing the practice of Patient – and Family–centered care in primary care and other ambulatory Settings. How to get started. Institute for Patient– and Family–Centered Care, Bethesda
- Janes, Gillian; Mills, Thomas; Budworth, Luke; Johnson, Judith; Lawton, Rebecca (2021): The association between health care staff engagement and patient safety outcomes: a systematic review and meta–analysis. In: Journal of patient safety 17/3:207–216
- Jugend am Werk (o. J.): Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Auf dem Weg zu mehr Patient\*innenorientierung. Jugend am Werk Steiermark GmbH, Graz
- Ladurner, Joy; Braunegger–Kallinger, Gudrun; Cermak, Ileana; Haiden, Renate; Rojatz, Daniela (2020): Patientenbeteiligung in Österreich – Zentrale Eckpunkte und nächste Schritte. Unveröffentlicht
- Lechtenfeld, Stephanie; Kuhlmann, Andrea; Bertermann, Britta (o. J.): Gesundheit gemeinsam vor Ort gestalten – Bürgerbeteiligung ermöglichen. Bd. 1. Gesundheitszentrum im Ludgerushof, Bocholt
- Luxford, Karen; Safran, Dana Gelb; Delbanco, Tom (2011): Promoting patient–centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. In: International Journal for Quality in Health Care 2011/5:510–515
- Marent, Benjamin (2011): Partizipation als Strategie der Bewältigung der Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 36/1:48–64
- Marent, Benjamin; Forster, Rudolf (2013): Patienten– und Bürgerbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik 1/2:99–127
- Marent, Benjamin; Forster, Rudolf; Nowak, Peter (2015): Conceptualizing lay participation in professional health care organizations. In: Administration & Society 47/7:827–850
- ÖPGK (2018): Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), Wien
- ÖPGK (2019): Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), Wien
- Parsons, Suzanne; Winterbottom, Anna E; Cross, Peter; Redding, Don (2010): The quality of patient engagement and involvement in primary care. The Kings Fund, London
- Rojatz, Daniela (2016): "Selbsthilfefreundliche Krankenhäuser" als Ausgangspunkt für ein patientenzentriertes Gesundheitswesen? CCIV–Tagung. 1. Dezember 2016, Wien
- Rojatz, Daniela; Holzweber, Leonie; Nowak, Peter (2021): Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgungseinheit. Info–Mappe. Version 2.0. Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen und Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Straßburger, Gaby; Rieger, Judith (2019): Partizipation kompakt. Beltz Juventa, Weinheim
- Trojan, Alf; Nickel, Stefan (2011): Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen – Entwicklungen und Perspektiven. In: Gesundheitswesen 73/02:72–67

WHO (2015): People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim report. World Health Organization, Genf

WHO (2016): Patient Engagement. Technical Series on Safer Primary Care. World Health Organization, Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Wieczorek, Christina C.; Nowak, Peter; Frampton, Susan B.; Pelikan, Jürgen M. (2018): Strengthening patient and family engagement in healthcare — The New Haven Recommendations. In: Patient education and counseling 2018/101:1508-1513

Wright, Michael T. (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Hans Huber, Bern

Wright, Michael T.; Block, Martina; von Unger, Hella (2011): Qualität praxisnah und partizipativ entwickeln. Nutzerbeirat. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, [www.qualitaet.aidshilfe.de/index.php?id=11244](http://www.qualitaet.aidshilfe.de/index.php?id=11244)