

# Zielgruppenbeteiligung in der Erstellung Guter Gesundheitsinformation

Gute Gesundheitsinformation (GGI) ist qualitätsvolle, für die Zielgruppen verständliche Information zu gesundheitsbezogenen Themen (siehe [15 Qualitätskriterien Gute Gesundheitsinformation Österreich](#)). GGI steigert die Chancen, dass Botschaften ankommen und ermöglicht den Zielgruppen, passende Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Die Grundlage dafür bilden sowohl evidenzbasierte Fakten als auch eine zielgruppenorientierte Gestaltung [1]. In diesem Zusammenhang bedeutet Zielgruppenorientierung, dass eine Gesundheitsinformation mit jenen erstellt wird, für die sie gedacht ist. Deren Beteiligung hilft dabei, Qualität, Nützlichkeit, Verständlichkeit und Akzeptanz der Gesundheitsinformation zu sichern [2].

Das vorliegende Factsheet knüpft an die Arbeiten des [GGI-Schwerpunktes der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz \(ÖPGK\)](#) an. Es soll ein gemeinsames Verständnis von Zielgruppenbeteiligung bei der Erstellung von GGI innerhalb der ÖPGK schaffen. Primär richtet es sich an Ersteller:innen von Gesundheitsinformationen (z. B. Gesundheitsbehörden, Forschungsinstitute, NGOs). Sie erfahren hier, was für die Beteiligung der Zielgruppe bei der Erstellung von Gesundheitsinformation spricht und was dabei zu beachten ist.



Eine detaillierte Darstellung (der praktischen Anwendungen) von Zielgruppenbeteiligung findet sich im Leitfaden des Frauengesundheitszentrums Graz und der ÖPGK <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2022/05/leitfaden-gute-gesundheitsinformationen-bfrei.pdf>

## Was sind die Vorteile von Zielgruppenbeteiligung in der Erstellung von Gesundheitsinformation?

- Die Zielgruppe gewinnt höheres Vertrauen in die Gesundheitsinformation, kann sie besser verstehen und im Alltag anwenden [3].
- Die Ersteller:innen stellen die Qualität der Gesundheitsinformation sicher.
- Die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren verfügen über eine Gesundheitsinformation, die den Bedürfnissen der Zielgruppe entspricht.
- Die Geldgeber:innen setzen ihre Mittel optimal ein, da sich durch die Beteiligung die Effektivität der Gesundheitsinformation erhöht und deren breitere Dissemination erreicht wird.
- In Österreich wird die Zielgruppenbeteiligung in der Erstellung von GGI bisher zwar nur vereinzelt umgesetzt, aber es gibt Institutionen, die hier mit positivem Beispiel vorangehen (siehe Quellenverzeichnis [4-7]).

In Deutschland gibt es bereits strukturell verankerte Zielgruppenbeteiligung. So zieht das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen den Ansatz der Nutzertesting heran: Potenzielle Nutzer:innen testen Gesundheitsinformationen in Hinblick auf Verständlichkeit, Wissensvermittlung und Alltagsrelevanz [8].



weiterführende Literatur zur Nutzertesting gesundheitsbezogener Informationsmaterialien  
[Die Methodenbox: Die gesundheitskompetente Sozialversicherung](#)

ein Beispiel zur Nutzertesting von Gesundheitsinformationen

[Nutzertesting von Gesundheitsinformationen des IQWiG durch sozial benachteiligte Personen \(2014\)](#)

Andere Projekte [9] orientieren sich im Rahmen der Erstellung von GGI am sozialwissenschaftlich geprägten Ansatz partizipative Gesundheitsforschung. Wissenschaftler:innen, Fachkräfte und Zielgruppe werden dabei zu gleichberechtigten Beteiligten an der Erstellung von Gesundheitsinformationen [10].

Modelle wie die Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung (s. Abbildung 1) bieten eine erste Orientierung, um die passenden Formen der Zielgruppenbeteiligung zu identifizieren [11]. Wie Beteiligung gestaltet wird, hängt von verschiedenen Faktoren wie z. B. Ressourcen (Zeit, Geld, Personal), Offenheit der Beteiligten gegenüber dem partizipativen Prozess, Qualität der Beziehung zwischen Erstellerinnen/Erstellern und Zielgruppe etc. ab [12].

**Es geht nicht darum, während des gesamten Erstellungsprozesses die maximale Beteiligungsstufe umzusetzen** [13]. Abhängig von den Ressourcen aller Beteiligten sollte zu Beginn überlegt werden, wann und wie oft Zielgruppenbeteiligung realistisch und in welcher Phase des Projekts der größte Nutzen durch die Beteiligung erwartbar ist.

### Welche Formen der Zielgruppenbeteiligung sind möglich?

Im Kontext der partizipativen Erstellung von Gesundheitsinformationen werden größtenteils Vorstufen der Partizipation (s. Abbildung 1) realisiert: Die Zielgruppe wird zu einzelnen Fragen oder in einzelnen Phasen des Erstellungsprozesses angehört oder einbezogen. Anhörung bedeutet, Personen aus der Zielgruppe und Vertreter:innen der Zielgruppe z. B. nach ihren Informationsbedürfnissen im Rahmen von Interviews (Peer-, Gruppen-, Einzelinterview) zu fragen [11]. Bei der Stufe der Einbeziehung sind Angehörige der Zielgruppe in verschiedenen Phasen des Erstellungsprozesses in einer beratenden Rolle beteiligt (z. B. Nutzerbeirat [14]).

Zielgruppenbeteiligung im Sinne von Partizipation (s. Abbildung 1) bedeutet, dass Angehörige der Zielgruppe eine formale, verbindliche Rolle im Erstellungsprozess der GGI einnehmen. Im deutschsprachigen Raum wird Partizipation in der Erstellung von GGI am ehesten auf der Stufe der Mitbestimmung (s. Abbildung 1) realisiert. Die Angehörigen der Zielgruppe haben in diesem Fall ein verbrieftes Mitspracherecht, z. B. über das Medium der GGI. Vertreter:innen der Zielgruppe sind dann beispielsweise mit Mitspracherechten in ein Entscheidungsgremium (z. B. Projektsteuerungsgruppe) eingebunden [11].

**Abbildung 1:** Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung nach Wright, Block und von Unger 2010



### Wer ist die Zielgruppe?

Wichtig ist, die primäre Zielgruppe der Gesundheitsinformation klar zu definieren. Angehörigen der Zielgruppe wird die Möglichkeit gegeben, ihren Einfluss geltend zu machen und Gesundheitsinformationen nach ihren Bedürfnissen zu gestalten. Bei der Zielgruppenbeteiligung wird keine statistische Repräsentativität in der Auswahl der Angehörigen der Zielgruppe angestrebt. Auch wenn die Gesamtbevölkerung als Zielgruppe ins Auge gefasst wird, ist eine Beteiligung einzelner Personen hilfreich und zielführend. Studien im Bereich der Usability-Forschung zeigen z. B., dass bereits durch fünf Testpersonen der Großteil der Probleme von Interaktionsdesigns gefunden wird. Ideal dafür sind iterative Testungen, d. h. mehrere Durchgänge nach umgesetzten Änderungen [15; 16].

### Um die richtigen Personen für die Beteiligung auszuwählen und die Zielgruppe zu definieren, stellen Sie folgende Überlegungen an:

- Gibt es gesellschaftliche Gruppen, die durch ein bestimmtes gesundheitsbezogenes Thema besonders angesprochen werden sollen? (Etwa bezüglich des Themas Einsamkeit empfiehlt es sich, besonders häufig betroffene Gruppen wie ältere Menschen oder Jugendliche zu beteiligen.)
- Gibt es gesellschaftliche Gruppen, die ein bestimmtes Thema besonders interessiert? (z. B. Eltern eines dreijährigen Kindes interessiert aufgrund ihrer Lebenslage insbesondere, was eine gesunde Ernährung für das Kind in diesem Alter ist.)
- Welche Merkmale weist die Zielgruppe in demografischer (Alter, Gender), sozioökonomischer (Bildung, Beruf, Gehalt, Wohnsituation) und psychografischer (Motivation, Meinungen, Wünsche) Hinsicht auf?
- Werden im Sinne der Chancengerechtigkeit Angehörige der Zielgruppe, die sozial benachteiligt sind, berücksichtigt und adäquat adressiert?

**Um die Zielgruppe für eine Beteiligung am GGI-Erstellungsprozess gewinnen zu können, überlegen Sie Folgendes:**

- Wie wird die Zielgruppe angesprochen (z. B. als Patientinnen / Patienten, Eltern, Menschen mit Migrationshintergrund oder mit chronischen Erkrankungen)?
- Welche Anreize können der Zielgruppe für die Beteiligung angeboten werden?
- Über welche Kommunikationskanäle wird die Zielgruppe am besten erreicht?
- Gibt es formelle oder informelle Gruppen (z. B. Selbsthilfegruppen, Vereine), die sich als Vertreter:innen der Zielgruppe verstehen?
- Über welche Personen oder Organisationen kann der Zugang zur Zielgruppe bewerkstelligt werden?
- Es empfiehlt sich, Multiplikatorinnen / Multiplikatoren der Gesundheitsinformation von Anfang an aufzusuchen und einzubinden, z. B. in beratender Funktion. Das können z. B. Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe sein, die mit der Zielgruppe arbeiten.

**Welche Fragen können gemeinsam mit der Zielgruppe beantwortet werden?**

Die Zielgruppe kann in allen oder in einzelnen Phasen (z. B. Bedürfniserhebung) ihr Erfahrungswissen und ihre Erfahrungsexpertise zu folgenden exemplarischen Fragen einbringen:

**Bedürfniserhebung / Themenauswahl**

- Welches gesundheitsbezogene Thema ist für die Zielgruppe besonders wichtig?
- Welche Fragen hat die Zielgruppe zum Thema der geplanten Gesundheitsinformation?
- Welches Vorwissen, welche Meinungen, Einstellungen und Erwartungen hat die Zielgruppe zum Thema?

**Bedürfniserhebung / Gestaltung der Gesundheitsinformation**

- Was sollte bei der Gestaltung beachtet werden? (z. B. Lesekompetenz der Zielgruppe, Schriftgröße, Bebilderung, sensible Themen [etwa im Zusammenhang mit dem kulturellen Hintergrund] ...)?
- Welches Medium (z. B. Website, Folder, Podcast-Reihe) bietet sich für die Gesundheitsinformation an?

**Feedback zum Produkt**

- Ist die Gesundheitsinformation für die Zielgruppe verständlich?
- Ist die Gesundheitsinformation kultursensibel? Werden Werte, Bedürfnisse, Wünsche und Ängste der Zielgruppe berücksichtigt?
- Sind die Informationen anschlussfähig für die Zielgruppe, d. h. können sich deren Angehörige vorstellen, etwaige Maßnahmen im Alltag umzusetzen?
- Fühlen sie sich durch die Gesundheitsinformation zum Thema gut informiert?

**Dissemination**

- Welche Kanäle bieten sich zur Verbreitung der GGI an?
- Können Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus der Zielgruppe selbst gewonnen werden?

### Welche Methoden bieten sich an, um die Zielgruppe zu beteiligen?

Für die Beteiligung der Zielgruppe stehen aus der Nutzertesting und der partizipativen Gesundheitsforschung unterschiedliche Methoden zur Verfügung. Abhängig von den Ressourcen, dem Thema, der Zielgruppe und der Beteiligungsform kann aus einem breiteren Repertoire an Methoden geschöpft werden:

- quantitative Befragungen, Fragebögen (online und offline)
- qualitative Einzelinterviews, ggf. nach der Think-Aloud-Methode (Die Person wird gebeten, laut zu denken und ihre Gedanken zur Gesundheitsinformation bei deren Rezeption mitzuteilen.)
- Gruppeninterviews
- Peerinterviews
- Fokusgruppen, Gruppendiskussionen
- Beteiligung im Rahmen von Nutzerbeiräten, Arbeitsgruppen oder Teams
- Werkstätten (z. B. Entwicklungswerkstätten) oder Workshops
- Feedback-, Reviewschleifen (z. B. auf Zwischenergebnisse, Entwürfe der Gesundheitsinformation)



Eine detailliertere Beschreibung der partizipativen Methoden findet sich auf der Webseite <https://partizipation.at/partizipation-anwenden/methoden>

### Im Sinne der Qualitätsentwicklung und -sicherung soll die Methode [17]

- von der Zielgruppe gut angenommen und akzeptiert werden,
- mit den verfügbaren Ressourcen machbar sein,
- für die Zielgruppe leicht zugänglich sein, z. B. in puncto Barrierefreiheit (sprachlich, physisch) bei Menschen mit Handicaps bzw. besonderen Bedarfen,
- in ihren Alltag integrierbar sein (z. B. Durchführung von Fokusgruppen mit Jugendlichen im Jugendzentrum oder in der Schule),
- auf wissenschaftlichen und bewährten Verfahren aufbauen (d. h. es sollte publizierte Belege zur Durchführung, Machbarkeit und Wirksamkeit der Methode geben).

#### Praktische Tipps:

- Kommunizieren Sie von Anfang an den Nutzen der Zielgruppenbeteiligung für alle (Zielgruppe, Multiplikatorinnen / Multiplikatoren, Geldgeber:innen)!
- Kalkulieren Sie genügend Ressourcen für die Zielgruppenerreichung ein, nutzen Sie dafür bestehende Kooperationen und Kommunikationskanäle, die der Zielgruppe vertraut sind!
- Stellen Sie sicher, dass alle Beteiligten bezüglich der Beteiligungsstufe eine gemeinsame Vorstellung teilen!
- Halten Sie das Ausmaß der Beteiligung der Zielgruppe in einer Kooperationsvereinbarung schriftlich fest!
- Reflektieren Sie die Beteiligungsmethode(n) immer wieder in Hinblick auf Ressourcen, Zweck und die angestrebte Beteiligungsform!



Weitere Tipps für Gesundheitsinformationsersteller:innen finden sich im [ToolKit des U.S. Center for Medicare & Medicaid Services \(englischsprachig\)](#)



## Fazit

Für die Erstellung von GGI muss je nach Zielgruppe, Thema und Ressourcen entschieden werden, wie Beteiligung am besten gelingen kann. Sind die Ressourcen sehr knapp, empfiehlt sich zumindest eine Beteiligung künftiger Nutzer:innen zu Beginn (Erhebung der Informationsbedürfnisse) und vor der Fertigstellung (Prüfung von Verständlichkeit, Alltagsrelevanz/-tauglichkeit) [18].

Zielgruppenbeteiligung trägt zum ersten Wirkungsziel („Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen“) des Österreichischen Gesundheitsziels 3 („Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung“) bei. GGI ist ein zentraler Bereich, in dem die dort geforderte Beteiligung umgesetzt und in den Erstellungsprozess integriert werden kann.

## Literatur

1. Flaschberger, Edith und die Mitglieder der AG GGI (2020): Gute Gesundheitsinformation. Factsheet. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, Gesundheit Österreich, Wien
2. Zschorlich, B.; Knelangen, M.; Bastian, H. (2011): Die Entwicklung von Gesundheitsinformationen unter Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). *Das Gesundheitswesen*, 73/7: 423–429. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0030-1261879>
3. 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: *The Patient – Patient-Centered Outcomes Research*, 7/4:387–395. [www.doi.org/10.1007/s40271-014-0065-0](http://www.doi.org/10.1007/s40271-014-0065-0)
4. aks Gesundheit GmbH (o. J.): Klare Info – gute Entscheidung [online]. <https://www.rund-ums-impfen.at/projekt/> [Zugriff am 13. 9. 2021]
5. Flaschberger, E.; Sladek, U.; Teutsch, F. (2021): PeGGI – Partizipativ erstellte Gute Gesundheitsinformationen. In: Tagungsband. 6. Konferenz der ÖPGK, 12. Oktober 2021, virtuell. *Gesundheitskompetenz messen: Impulse für Praxis, Politik und Forschung*, S. 18. [online]. <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2021/10/pgk-konferenz-tagungsband-2021.pdf> [Zugriff am 11. 10. 2021]
6. ÖPGK (2018): Gemeinsam Gesundheit gestalten. Regionale Entwicklung für alternsgerechte Gesundheitsversorgung [online]. <https://oepgk.at/gemeinsam-gesundheit-gestalten> [Zugriff am 11. 10. 2021]
7. Niemann, A.; Krappinger, A. (2018): Kurzbeschreibung Gesund und Krank in Österreich. Erarbeitung und Verbreitung eines Beitrags (Video) zur Stärkung der Gesundheitskompetenz geflüchteter Jugendlicher und junger Erwachsener. *Gesundheit Österreich/Fonds Gesundes Österreich*.
8. Hirschberg, I.; Seidel, G.; Strech, D.; Bastian, H.; Dierks, M.-L. (2013): Evidence-based health information from the users' perspective – a qualitative analysis. In: *BMC Health Services Research* 13/405. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24112403>
9. Pfister, A., Favre, O., Omlin, M. et al. (2021): Partizipative Angebotsentwicklung in einem Amt für Gesundheit. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00829-w>
10. Wright, M. T.; Allweiss, T.; Schwersensky, N. (2021): Partizipative Gesundheitsforschung. *Leitbegriffe BZgA* [online]. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipative-gesundheitsforschung> [Zugriff am 17. 8. 2021]
11. Wright, M. T.; von Unger, H.; Block, M. (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Hg. v. Wright, Michael T. Hans Huber Verlag, Bern. 35–52
12. Wright, M. T.; Block, M.; von Unger, H. (2008): Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber. In: *Das Gesundheitswesen*. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0028-1102955.pdf>
13. von Unger, H. (2012): Participatory health research: who participates in what? In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1781>

14. Nielsen, J. (2000): Why you only need to test with 5 users [online]. [www.nngroup.com/articles/why-you-only-need-to-test-with-5-users](http://www.nngroup.com/articles/why-you-only-need-to-test-with-5-users) [Zugriff am 17. 8. 2021]
15. Nitsch, M.; Dimopoulos, C. N.; Flaschberger, E.; Saffran, K.; Kruger, J. F.; Garlock, L.; Wilfley, D.; Taylor, C. B.; Jones, M. (2016): A guided online and mobile self-help program for individuals with eating disorders: An iterative engagement and usability study. In: J Med Internet Research. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26753539/>
16. Wright, M. T.; Block, M.; von Unger, H. (2011): Partizipative Qualitätsentwicklung. Das Wissen aller Beteiligten einfließen lassen [online]. <https://www.pq-hiv.de/de/kapitel/partizipative-qualitaetsentwicklung> [Zugriff am 17. 8. 2021]
17. Rojatz, D. (2020): Gute Gesundheitsinformation in der Primärversorgung: erkennen, einsetzen und erstellen. Ein Leitfaden für das Primärversorgungsteam. Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Fonds Gesundes Österreich, Wien. Unveröffentlicht

**Zitiervorschlag:** Wahl, Anna; Flaschberger, Edith; Teutsch, Friedrich; Rojatz, Daniela, Schmotzer, Christoph und die Mitglieder der AG GGI (2021): Zielgruppenbeteiligung in der Erstellung Guter Gesundheitsinformation. Kurzinformation. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, Gesundheit Österreich, Wien