



# Gute Gesundheitsinformationen erstellen

**Ein Leitfaden zur Beteiligung von Nutzer:innen**



In diesem Leitfaden werden Sie häufig auf die Begriffe **Zielgruppe** und **Nutzer:innen** stoßen. Beide Begriffe kommen in der Literatur zur Erstellung Guter Gesundheitsinformationen vor und werden meist synonym verwendet. So auch in dem vorliegenden Text. Der Begriff der *Zielgruppe* wird in Fachkreisen der Gesundheitsförderung aber auch kritisiert: Mit ihm schwingt Passivität mit — es wird auf eine Gruppe gezielt. Von *Nutzer:innen* von Gesundheitsinformation zu sprechen, betont hingegen eher ihren aktiven Part. In diesem Leitfaden wird, wann immer passend, der Begriff *Nutzer:innen* bevorzugt verwendet. Um den Text einfacher zu halten, schreiben wir meist von *Nutzer:innen* und nicht von *potenziellen oder zukünftigen Nutzer:innen*, wie es eigentlich lauten müsste, wenn es noch kein fertiges Produkt (etwa eine Broschüre oder eine Video) zum Nutzen gibt.

#### Zitervorschlag:

ÖPGK (2021): Gute Gesundheitsinformationen erstellen — ein Leitfaden zur Beteiligung von Nutzer:innen, Wien, Graz: ÖPGK, Frauengesundheitszentrum

Autorin: Ulla Sladek (Frauengesundheitszentrum)

Mitarbeit: Anna Wahl, Edith Flaschberger, Friedrich Teutsch (Gesundheit Österreich GmbH), Felice Gallé (Frauengesundheitszentrum)

Grafik und Layout: Rita Obergeschwandner (Frauengesundheitszentrum)

#### Impressum:

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin:

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK),

c/o Fonds Gesundes Österreich,

Aspernbrückengasse 2, 1020 Wien, [oeapgk.at](https://www.oeapgk.at),

in Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum, Graz



Bundesministerium  
Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz

# Inhalt

<b>1. An wen sich dieser Leitfaden richtet und was Sie erwarten können</b>	<b>4</b>
<b>2. Was Beteiligung bringt</b>	<b>6</b>
<b>3. Wie Beteiligung gelingt</b>	<b>10</b>
3.1. Wer soll beteiligt werden und zu welchem Zweck?	10
3.2. Für die Beteiligung gewinnen — wen und wie?	16
3.3. In welchen Phasen und wie oft soll Beteiligung stattfinden?	20
3.4. Auf welcher Stufe soll Beteiligung stattfinden?	24
3.5. Welche Methoden der Beteiligung sollen angewendet werden?	30
<b>4. Geschlecht, Diversität und Beteiligung</b>	<b>36</b>
<b>5. Zusammenfassung — das Wichtigste auf einen Blick</b>	<b>41</b>
<b>6. Anhang</b>	<b>42</b>
Junge Co-Forscher:innen mit Typ1-Diabetes gesucht!	
Projektteam Eltern für die Entwicklung unabhängiger Impfentscheidungshilfen	
Leitfaden für Fokusgruppen mit Jugendlichen im Projekt PeGGI	
Infoblatt PeGGI	

# An wen sich der Leitfaden richtet und was Sie erwarten können

Planen Sie eine Gesundheitsinformation zu erstellen und überlegen, dabei die zukünftigen Nutzer:innen der Gesundheitsinformation zu beteiligen? Dann ist dieser Leitfaden in den richtigen Händen! Er wirft Fragen auf, die Sie sich bei der Planung eines solchen Projektes stellen können, und eröffnet Ihnen Handlungsmöglichkeiten.

Es gibt nicht einen richtigen Weg für Beteiligung bei der Erstellung von Gesundheitsinformation, sondern viele. Was Sie umsetzen können, hängt von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Fakt ist, dass eine gut durchgeführte Beteiligung die Qualität Ihrer Gesundheitsinformation steigert.

Folgenden Themen und Fragen geht dieser Leitfaden nach:



Der Leitfaden enthält Tipps und Anregungen und gibt anhand von österreichischen und internationalen Projekten Einblicke in die Praxis. Das Praxisbeispiel PeGGI — Partizipativ erstellte Gute Gesundheitsinformation der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist der rote Faden. Im Rahmen dieses Projektes wurde der vorliegende Leitfaden erstellt.

# Steckbrief PeGGI — Partizipativ erstellte Gute Gesundheitsinformation

## ZIEL DES PROJEKTES

Gesundheitsinformationen zu den Themen Ernährung und Bewegung erstellen, die den Anforderungen der Guten Gesundheitsinformation Österreich entsprechen und attraktiv für die Nutzer:innen sind.

## AUFTRAGGEBERIN

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)

## PROJEKTLAUFZEIT

April 2021 bis Dezember 2021

## PROJEKTTEAM

Edith Flaschberger, Friedrich Teutsch, Anna Wahl (Gesundheit Österreich GmbH), Unterstützung: Andreas Maier (BMSGPK), Rita Kichler, Verena Zeuschner (Fonds Gesundes Österreich)

## JUGENDLICHE UND JUGENDARBEITER:INNEN

Jugend und Lebenswelt Südrand, Nordrand und Streetwork Pielachtal, Jugendzentrum St. Johann in Tirol, sprungbrett für mädchen, jugendarbeit.07, Offene Jugendarbeit Click In Frohnleiten, Jugendzentrum IGLU

## BEIRAT

Hilde Wolf (FEM Süd), Romeo Bissuti (MEN), Daniela Kern-Stoiber (boJA), Philipp Leeb (poika), Jutta Eppich (Frauengesundheitszentrum), Verena Zeuschner und Rita Kichler (Fonds Gesundes Österreich)

## ERGEBNISSE

Leitfaden zur Beteiligung der Nutzer:innen: Frauengesundheitszentrum  
Gesundheitsinformation (Videos): [healthhacks.at](https://healthhacks.at)

# Was Beteiligung bringt



**Eines von 15 Qualitätskriterien der Guten Gesundheitsinformation Österreich ist die Anpassung an die Zielgruppe: Eine Gute Gesundheitsinformation greift jene Themen auf, die für die Nutzer:innen relevant sind, beantwortet ihre Fragen, geht auf ihre Bedürfnisse und Sorgen ein, knüpft an ihren Stärken an, ist in einer für sie verständlichen und ansprechenden Sprache gestaltet und erscheint in einem für sie passenden Format/Medium.**

Ersteller:innen von Gesundheitsinformationen sollen sich laut der Guten Gesundheitsinformation Österreich fragen: „Wie werden Nutzer:innen und Nutzer von der Planung bis zur Auswertung der Gesundheitsinformation beteiligt, um die Qualität und Nützlichkeit zu sichern?“ (1)

Auch weitere deutschsprachige Leitlinien, Leitfäden, Manuale oder Methodenpapiere zur Erstellung Guter Gesundheitsinformationen empfehlen einhellig, Nutzer:innen bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen zu beteiligen. (2,3,4,5)

Neben dem ethischen Anspruch, auf unterschiedliche Gesundheitsvorstellungen, Sorgen, Wünsche und Bedürfnisse einzugehen (2), zeigen Studien, dass die Beteiligung der Nutzer:innen die

- Verständlichkeit,
- Relevanz und
- Akzeptanz

von Gesundheitsinformation erhöht. (6, 7, 8, 9)

*An der Erstellung einer evidenzbasierten Patienteninformation sollten unbedingt Patienten beteiligt werden. Sinnvoll sind die Erfassung der subjektiven Sichtweise der Betroffenen und die Definition von Schlüsselfragen aus Patientensicht. Nur so kann sichergestellt werden, dass die besonderen Bedürfnisse und Fragen der Patienten auch berücksichtigt werden. Dies stellt die Relevanz Ihrer Patienteninformation für die Betroffenen sicher. ([Manual Patienteninformation](#))*

*Um Relevanz, Verständlichkeit und Gebrauchstauglichkeit einer Gesundheitsinformation zu erhöhen, sollen die Perspektiven von Nutzer:innen und Nutzern beziehungsweise Patient:innen und Patienten bereits während der Entwicklung einbezogen werden. ([Gute Gesundheitsinformation Österreich](#))*

*Gesundheitsinformationen, die sich an Laien richten, sollen zielgruppenorientiert sein. Es ist anzunehmen, dass Laien oftmals eine abweichende Erwartung an die Inhalte und Darstellungen in Gesundheitsinformationen im Vergleich zu den Professionellen haben. Bei Laien stehen andere Informationsbedarfe im Vordergrund oder es sind Informationen interessant, die aus medizinischer Sicht vielleicht als weniger wichtig eingestuft werden. Daher ist zu vermuten, dass Gesundheitsinformationen relevanter, lesbarer und verständlicher werden, wenn Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsinformationen in den Erstellungs- oder Evaluationsprozess einbezogen werden.*  
[\(Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation\)](#)



## AUS DER PRAXIS

Beteiligung der Nutzer:innen ist ein Qualitätsmerkmal guter Gesundheitsinformationen. Ersteller:innen machen deshalb transparent, wenn eine Gesundheitsinformation durch ihre Beteiligung entstanden ist. In einer [Broschüre](#) zur 6-fach-Impfung für Kleinkinder aus dem Projekt Rund-ums-Impfen heißt es etwa: „Eltern sind wichtige Expert:innen für Kleinkinder-Impfungen. Denn sie wissen am besten, welche Informationen sie brauchen, wenn für ihr Baby die ersten Impftermine näher rücken. Deshalb haben wir gemeinsam mit Eltern und unabhängigen Wissenschaftler:innen diese Impf-Information entwickelt. Leicht verständlich und nicht wertend (für oder gegen das Impfen).“

### QUELLEN:

- (1) Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz: Überblick über die 15 Qualitätskriterien für zielgruppenorientierte, evidenzbasierte Broschüren, Videos, Websites und Apps. Wien, Graz: BMSGPK, Frauengesundheitszentrum, ÖPGK, 4. Auflage, 2020 [https://oepgk.at/wp-content/uploads/2020/12/2020\\_11\\_18\\_fuenfzehn-qualitaetskriterien.pdf](https://oepgk.at/wp-content/uploads/2020/12/2020_11_18_fuenfzehn-qualitaetskriterien.pdf) (Zugriff am 25.11.2021)
- (2) Julia Lühnen, Martina Albrecht, Ingrid Mühlhauser, Anke Steckelberg: Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation, Hamburg 2017, <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/> (Zugriff am 23.11.2021)
- (3) Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin: Gute Praxis Gesundheitsinformation, Version 2.0, Berlin 2016, [https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi\\_2\\_20160721.pdf](https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi_2_20160721.pdf) (Zugriff am 23.11.2021)
- (4) Sylvia Säger, Britta Lang, David Klemperer, Christian Thomeczek, Marie-Luise Dierks: Manual Patienteninformation, Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen, äzq Schriftenreihe Band 25, Berlin 2006, <https://www.aeq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe25.pdf> (Zugriff am 23.11.2021)
- (5) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Allgemeine Methoden, Köln 2021, [https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden\\_entwurf-fuer-version-6-1.pdf](https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_entwurf-fuer-version-6-1.pdf) (Zugriff am 23.11.2021)
- (6) Atkinson NL, Massett HA, Mylks C, McCormack LA, Kish-Doto J, Hesse BW, et al.: Assessing the impact of user-centered research on a clinical trial eHealth tool via counterbalanced research design. Journal of the American Medical Informatics Association. 2011;18(1):24-31. Epub 2010/12/21 in: Julia Lühnen, Martina Albrecht, Ingrid Mühlhauser, Anke Steckelberg: Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation, Hamburg 2017, <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de> (Zugriff am 23.11.2021)
- (7) Chumbley GM, Hall GM, Salmon P.: Patient-controlled analgesia: what information does the patient want? Journal of advanced nursing. 2002; <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/833/CN-00444833/frame.html> (Zugriff am 13.10.2016) in: Julia Lühnen, Martina Albrecht, Ingrid Mühlhauser, Anke Steckelberg: Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation, Hamburg 2017, <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de> (Zugriff am 23.11.2021)
- (8) Aabakken L, Baasland I, Lygren I, Osnes M.: Development and evaluation of written patient information for endoscopic procedures. Endoscopy. 1997;29(1):23-6. Epub 1997/01/01 in: Julia Lühnen, Martina Albrecht, Ingrid Mühlhauser, Anke Steckelberg: Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation, Hamburg 2017, <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/> (Zugriff am 23.11.2021)
- (9) Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD.: Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. Cochrane Database Syst Rev 2006; (3): CD004563 in: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Allgemeine Methoden, Köln 2021, [https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden\\_entwurf-fuer-version-6-1.pdf](https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_entwurf-fuer-version-6-1.pdf) (Zugriff am 23.11.2021)

## Aus der Praxis: PeGGI

Was sagt das Projektteam zur Beteiligung der Nutzer:innen?

„Ohne Beteiligung hätten wir jene Informationen, auf denen wir unsere Gesundheitsinformation schlussendlich aufgebaut haben, nicht bekommen.“

„Die Beteiligung der Nutzer:innen hat die Behandlung bestimmter Themen, gegen die es Vorbehalte gab, legitimiert.“

„Was einfache und lebensweltnahe Sprache wirklich bedeutet, wird einem erst bewusst, wenn man mit den Adressat:innen der Guten Gesundheitsinformation interagiert.“

„Ja, Beteiligung ist auch herausfordernd. Aber dieses Projekt hat sehr schön gezeigt, worum es bei Guter Gesundheitsinformation eigentlich geht, wo es Reibungspunkte gibt und wie man damit umgehen kann.“



**Lesson Learned im Projekt PeGGI:** Nutzer:innen haben möglicher Weise andere Wünsche und Erwartungen an Formate und Kanäle als Ersteller:innen oder Auftraggeber:innen von Gesundheitsinformationen. Werden Nutzer:innen beteiligt, kann das Ergebnis — wie bei PeGGI — ein Videoclip auf einem Social Media-Kanal sein und keine klassische Broschüre. Für viele Organisationen sind Social Media jedoch (noch) ein unbekanntes Terrain. Deswegen ist es hilfreich, im Vorfeld zu überlegen: Sind wir in Bezug auf Formate und Verbreitungskanäle flexibel? Haben wir die Kompetenzen für die Verwendung von Social Media oder können diese zur Verfügung gestellt werden? Haben wir Budget und Zeit, um auf Beiträge von Nutzer:innen zu reagieren, Diskussionen zu moderieren oder um regelmäßig neue Inhalte zu erstellen? Oder auch: Wer muss eingebunden werden, wenn Social Media genutzt werden sollen (zum Beispiel Datenschutzbeauftragte in der Organisation)?

„Man muss wissen, ein partizipatives Projekt kann Innovation zu Tage bringen. Die Frage ist, lässt man sich darauf ein?“

# Wie Beteiligung gelingt



# 3

In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen zur Umsetzung von Beteiligung. Sie erfahren, wie Sie Ihre Zielgruppe (also die Gruppe der potenziellen Nutzer:innen) definieren können und wie Sie Mitglieder der Zielgruppe für die Teilnahme an Ihrem Vorhaben gewinnen können. Außerdem liefert der Leitfaden Ihnen Informationen, in welchen Phasen und auf welchen Stufen Sie Beteiligung umsetzen und welche Methoden Sie anwenden können.

## 3.1. Wer soll beteiligt werden und zu welchem Zweck?

Am Beginn jeder Beteiligung steht die Frage nach der Zielgruppe: Für wen wollen Sie eine Gesundheitsinformation erstellen? Diese Frage ist zentral, denn welche Gesundheitsthemen überhaupt relevant sind, welche Fragen dazu im Vordergrund stehen und wie die Informationen aufbereitet sein müssen, kann sehr unterschiedlich sein. Je genauer und umfassender Sie definieren können, wem die Gesundheitsinformation nutzen soll, desto gezielter können Sie Personen mit den entsprechenden Merkmalen zur Beteiligung einladen.

Wie können Sie Ihre Zielgruppe also genauer definieren? Sie können etwa die sechs primären Dimensionen von Vielfalt betrachten:

- Geschlecht, Geschlechtsidentität
- Alter
- Ethnie/kulturelle Herkunft
- Behinderung
- Sexuelle Orientierung
- Religion/Weltanschauung

Weiters können Sie Ihre Zielgruppe über sekundäre Dimensionen wie zum Beispiel Einkommen, Ausbildung, Familienstand, Elternschaft, Wohnort (etwa Stadt oder ländlicher Raum) oder soziale Stellung definieren. (1)



### TIPP

Zum Weiterlesen: Welche Geschlechtsidentitäten gibt es?

[genderdings.de/gender/geschlechtsidentitaet](https://genderdings.de/gender/geschlechtsidentitaet)

Die folgende Tabelle bietet ebenfalls einen Überblick über Merkmale, die Sie zur Bestimmung Ihrer Zielgruppe anwenden können:

ZIELGRUPPENMERKMALE	MERKMALSAUSPRÄGUNGEN (BEISPIELE)
Lebensstile	Konsum-, Spaß-, Gesundheitsorientierte
Konsum-/Verhaltensgewohnheiten	Raucher:innen, Fast-Food-Konsumierende
Formen des Beteiligtseins	Betroffene, Angehörige, Freunde, Bekannte
Regionale und Standortmerkmale	Mitarbeitende eines Betriebes, Bewohner:innen eines Bundeslandes, einer Gemeinde, einer Stadt, eines Gebietes mit besonderem Entwicklungsbedarfs
Bestimmte Interessen und Wünsche	Gesundheitsbewusste, Menschen, die abnehmen möchten, Menschen, die sich in bestimmten Phasen der Verhaltensänderung befinden
Gesundheitszustand, Gesundheitsrisiken	Menschen, die mit chronischen Krankheiten leben, Personen mit Hochgewicht, Raucher:innen, Personen, die chronischer Stressbelastung ausgesetzt sind, Personen in belastenden Lebensphasen und Lebensübergängen
Bestimmte Tätigkeiten und Rollen	Eltern, ärztliches Personal, Patient:innen

(2) gekürzt und adaptiert vom Frauengesundheitszentrum 2021

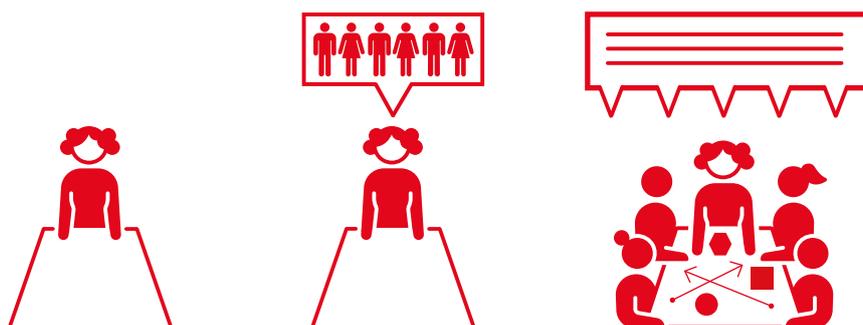
Nachdem Sie Ihre Zielgruppe definiert haben, können Sie sich folgende Frage stellen: **Wen können Sie konkret beteiligen und zu welchem Zweck?**

Sie können zum einen Personen aus Ihrer direkten Zielgruppe beteiligen, zum anderen Personen, die über fachliches Wissen zum Thema der Gesundheitsinformation verfügen oder Wissen über die Zielgruppe haben, weil sie zum Beispiel mit ihr arbeiten. Bei einer Gesundheitsinformation zu Ernährung in der Schwangerschaft könnten dies zum Beispiel sein: schwangere Frauen, Diätolog:innen und Hebammen. Bei einer Gesundheitsinformation zu seelischer Gesundheit von Mädchen: Mädchen, Psycholog:innen und Jugendarbeiter:innen.

Mitglieder der direkten Zielgruppe kann man auch als Expert:innen aus Erfahrung (3) bezeichnen. Expert:innen aus Erfahrungen können ihr individuell vorhandenes Wissen einbringen. Sie können aber auch über Wissen auf kollektiver Ebene verfügen oder weiteres Wissen entwickeln, wenn das Beteiligungsverfahren entsprechend gestaltet ist.

Daher kann man kann man wie folgt unterscheiden:

- **Alltagswissen:** individuelles Wissen im Sinne von „meine Erfahrungen“. (3)
- **Erfahrungsexpertise:** kollektives Wissen, im Sinne von „unsere Erfahrungen“. Erfahrungsexpertise entsteht, wenn Personen ihre „individuelle Perspektive um die Erfahrungen anderer Menschen in ähnlichen Situationen erweitern“. (3, S. 8)
- **Deliberatives Wissen:** Wissen, das entsteht, wenn Erfahrungsexpertise durch die Auseinandersetzung mit anderen Positionen und Wissen (wie zum Beispiel Wissen von Fachexpert:innen) vertieft wird. (4)



**Was folgt daraus?** Sie können überlegen, ob sich (auch) Personen für das Beteiligungsvorhaben finden lassen, die der gesuchten Zielgruppe angehören und über Erfahrungsexpertise verfügen. Das könnten etwa Personen sein, die sich in der Selbsthilfe engagieren oder die in einer Vertretungsfunktion für ihre Gruppe tätig sind. Außerdem können Sie überlegen, ob Sie Methoden der Beteiligung anwenden wollen, in denen deliberatives Wissen entstehen kann. Der Vorteil dieser Vorgangsweisen ist, dass sie damit über individuelles Wissen hinausgehendes kollektives, reflektiertes Wissen bekommen können.



## AUS DER PRAXIS

Eine Möglichkeit, deliberatives Wissen entstehen zu lassen, ist Expert:innen aus Erfahrung und Fachexpert:innen zusammenarbeiten zu lassen und beiden Entscheidungskompetenzen zuzuerkennen. Im Projekt [Gemeinsam Gesundheit gestalten. Regionale Entwicklung für altersgerechte Gesundheitsversorgung](#) haben verschiedene Projektbeteiligte — ältere Menschen, Ärztinnen und Ärzte und Vertreter:innen anderer Gesundheitsberufe — ihr Wissen in Denkwerkstätten eingebracht. Die Ergebnisse der Denkwerkstätten wurden genutzt, um gemeinsam konkrete Produkte zu konzipieren.

Neben den Expert:innen aus Erfahrungen können Sie auch **Fachexpert:innen** beteiligen, von denen Sie sich themenspezifisches Wissen und/oder Erfahrungen mit und Zugang zur Zielgruppe erwarten. Letzteres kann auch in der Phase der Dissemination, also Verbreitung der Gesundheitsinformation hilfreich sein.

### Welchen Sinn macht es, Fachexpert:innen zu beteiligen?

Fachexpert:innen können die Ergebnisse der Beteiligung der direkten Zielgruppe um Fachwissen, oft wissenschaftliche Evidenz, ergänzen. So könnten Sie etwa für eine Gesundheitsinformation für Migrantinnen neben zugewanderten Frauen auch Ärztinnen und Ärzte, Soziolog:innen oder Gruppenleiterinnen aus Migrantinnen-Organisationen oder Deutschkursen beteiligen. Fachpersonen, die mit der Zielgruppe arbeiten, verfügen in der Regel ebenfalls über gesammeltes Wissen, welche Themen und Fragen die Zielgruppe interessieren, welche Unsicherheiten oder Sorgen sie haben oder welche Ressourcen sie mitbringen, auf denen man aufbauen kann. Außerdem kann es ein strategisches Ziel sein, Fachpersonen zu beteiligen, damit diese sich ebenfalls mit der entstehenden Gesundheitsinformation identifizieren und sie gerne an die Zielgruppe weitergeben.



## TIPP

Ein zentrales Qualitätskriterium Guter Gesundheitsinformation ist deren Unabhängigkeit von wirtschaftlichen Interessen (etwa der Pharmaindustrie oder der Lebensmittelindustrie). Daher empfiehlt es sich, darauf zu achten, dass bei den beteiligten Fachexpert:innen und den Expert:innen aus Erfahrung keine Interessenskonflikte bestehen.

Im Projekt PeGGI mussten etwa alle Fachpersonen ein entsprechendes Formular unterschreiben.

## QUELLEN

- (1) Thomas Altgeld: Vielfalt gestalten — Das Diversity Management-Konzept in der Prävention und Gesundheitsförderung, 2020 in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Diversität in Medien der gesundheitlichen Aufklärung. Beiträge zum Werkstattgespräch mit Hochschulen am 27. November 2018 in Köln. Gesundheitsförderung konkret, Band 24, Meckenheim 2020, <https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/gesundheitsfoerderung-konkret/3459/> (Zugriff am 24.11.2021)
- (2) Stefan Blümel, Frank Lehmann, Susanne Hartung: Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, 2021, BZgA, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren/> (Zugriff am 24.11.2021)
- (3) Anna Wahl, Azize Kasberg, Tzvetina Arsova Netzelmann, Ute Kärmer: PartNet-Diskussionspapier: Beteiligte an Partizipativer Gesundheitsforschung. In: PartNet Perspektiven. Beiträge zur partizipativen Forschung 1/21, 2021 <http://partnet-gesundheit.de/partnet-publikationen/partnet-schriftenreihe/>
- (4) Rudolf Forster: Gutachten zur Bürger- und Patientenbeteiligung im Österreichischen Gesundheitssystem, im Auftrag der ARGE Selbsthilfe Österreich, Endbericht, 2015, <https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/Gutachten%20zur%20B%C3%BCrger-%20und%20Patientenbeteiligung%20im%20%C3%B6sterreichischen%20Gesundheitssystem.pdf> (Zugriff am 24.11.2021)

## Aus der Praxis: PeGGI

Mit der Definition der Zielgruppe zu starten, ist ein sinnvoller Weg. Es kann aber auch sein, dass das Thema der Gesundheitsinformation bereits feststeht, aber noch offen ist, an wen sie sich vorrangig richten soll. Das Projekt PeGGI hatte den Auftrag, eine Gesundheitsinformation zu den Themen Ernährung und Bewegung zu erstellen. Um herauszufinden, welche Gruppe(n) besonders von Guten Gesundheitsinformationen zu diesen Themen profitieren könnten, führte das Projektteam eine Literaturrecherche durch, schaute sich die nationalen und internationalen Empfehlungen an und interviewte nationale Fachexpert:innen im Bereich Ernährung und Bewegung.

Die Entscheidung fiel auf Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren. Die Jugendlichen befinden sich in einer kritischen Lebensphase: Die sozialen Strukturen, in denen sie leben, sind in Bewegung, neue Verantwortlichkeiten kommen hinzu, das Selbstbild verändert sich. Es ist eine Phase, die viele Umbrüche mit sich bringt, aber auch Chancen, Verhaltensweisen zu verändern.

Da Geschlecht auf Ernährung und Bewegung Einfluss hat, sollten Mädchen und Burschen als Nutzer:innen beteiligt werden. (Siehe dazu auch Kapitel 4: Geschlecht, Diversität und Beteiligung) Weitere relevante Merkmale aus Sicht des Projektteams waren Wohnortgröße (ländlicher Raum, Kleinstadt, Stadt), Bildungsstatus/Erwerbsstatus (Schule, Lehre, Arbeit, Arbeitslosigkeit) und finanzielle Situation der Familie. Hier wollte das Projektteam darauf achten, Jugendliche in unterschiedlichen Lebenslagen zu beteiligen und vor allem Jugendliche, die aus benachteiligten und mittleren sozialen Schichten kommen, zu Wort kommen zu lassen.

Fachexpert:innen, die ins Projekt eingebunden werden sollten, sollten Expertise zu Ernährung und Bewegung, insbesondere in Bezug zu Jugendlichen, zu Jugendarbeit sowie Genderexpertise einbringen. Fachexpert:innen wurden, wie oben erwähnt, in Einzelinterviews befragt. Einige wurden eingeladen, an einem Beirat mitzuwirken.



**Lesson learned:** Die Beteiligung eines Beirates nutzte dem Projektteam unter anderem bei der Auswertung der Ergebnisse der Beteiligung der Jugendlichen. Vieles, was die Jugendlichen sagten, wurde vom Fachbeirat bestätigt und manche Aspekte, die Jugendliche einbrachten, hätte das Projektteam vielleicht übersehen, wären sie nicht auch von den Fachexpert:innen genannt worden.

## 3.2. Für die Beteiligung gewinnen — wen und wie?

Wenn Sie Klarheit darüber haben, an wen sich die Gesundheitsinformation richten soll und die Hauptmerkmale definiert haben (siehe Kapitel 3.1.), können Sie daran gehen, Personen, die diese Gruppe repräsentieren, zur Beteiligung einzuladen.

Viele beteiligende Methoden sind qualitative Methoden, etwa Leitfadeninterviews und Fokusgruppen. Bei diesen geht es nicht darum, eine repräsentative Stichprobe in einem statistischen Sinn zu erreichen. Aber Sie sollten versuchen, Personen für die Beteiligung zu gewinnen, die bei den relevanten Merkmalen der Zielgruppe entsprechen.

### Merkmale definieren

Als erstes können Sie überlegen, wie **selektiv** Sie Ihre Auswahl gestalten wollen. Sollen die Personen, die sich beteiligen, einen breiten Querschnitt Ihrer Zielgruppe darstellen oder gibt es eine Subgruppe, die sie besonders beachten wollen? Beispiel: Sie wollen eine Information überarbeiten, weil sie schwer verständlich ist. Auch wenn sich diese Information an eine breite Bevölkerungsgruppe richtet, könnten Sie entscheiden, bei der Beteiligung Ihren Fokus auf Personen mit niedrigen Lesekompetenzen zu richten, um zu erfahren, was diese schwierig finden und was Sie verändern sollten.

Als zweites können Sie entscheiden, ob Sie **Quoten** anwenden wollen, um einen bestimmten Mix an Merkmalen zu bekommen. Wenn Sie eine Gesundheitsinformation für Migrant:innen aus verschiedenen Ländern erstellen wollen, könnte es hilfreich sein, vorher festzulegen, aus welchen Herkunftsländern die Personen kommen sollen und entsprechende Quoten für die Beteiligung festzulegen. Wenn Sie ohne Quoten arbeiten, kann es passieren, dass Sie nur jene Personen an Bord haben, die am leichtesten zu erreichen sind. Auch wenn Sie wollen, dass sowohl Frauen und Männer beziehungsweise Mädchen und Burschen gleichermaßen bei Ihrem Beteiligungsvorhaben mitmachen, macht es Sinn, dies vorher festzulegen.

### Wie können Sie die passenden Personen finden und sie zur Beteiligung motivieren?

Eine erste Frage könnte sein: Soll es im **Vorfeld festgelegte Termine** geben, zu denen Sie einladen oder wollen Sie Mitglieder der Zielgruppe an einem von ihnen frequentierten Ort ansprechen und **sofort befragen**? Im ersten Fall können Sie überlegen, welche Personen, Netzwerke, Organisationen bei der Rekrutierung behilflich sein könnten. Im zweiten Fall überlegen Sie, an welchen Orten sich Ihre Zielgruppe aufhält.



### TIPP

Folgende Ausführungen basieren auf dem [TOOLKIT for Making Written Material Clear and Effective](#) des US-Department of Health and Human Services. Diesen umfangreichen, englischsprachigen Leitfaden können Sie kostenlos herunterladen.

Personen direkt vor Ort anzusprechen, ist sinnvoll, wenn Sie Einzelinterviews durchführen wollen oder kleine Gruppen von zwei bis drei Personen befragen wollen. Wenn Sie mit größeren Gruppen arbeiten wollen, empfehlen sich vorher festgelegte Termine. (Mehr zum Thema Methoden der Beteiligung finden Sie in Kapitel 3.5.)



## AUS DER PRAXIS

Im Projekt [Text4Baby - Development and Implementation of a National Text Messaging Health Information Service](#) rekrutierte das Projektteam schwangere Frauen direkt im Wartezimmer eines großen städtischen Krankenhauses in Atlanta, Georgia. Das Team bat die Frauen, Feedback zur Verständlichkeit von vorbereiteten Botschaften zu geben.

Weiters können Sie überlegen, **wie Sie die Zielgruppe ansprechen wollen**: Entweder Sie gehen persönlich auf Mitglieder dieser Gruppe zu, Sie rufen an oder Sie schreiben einen Brief oder ein E-Mail oder nutzen einen sogenannten Messenger-Dienst. Sie können auch entscheiden, Social Media für die Rekrutierung zu nutzen oder einen Aufruf zur Beteiligung über regionale Medien machen. Was am besten wirkt, hängt vom Projekt und von der Zielgruppe ab.

Sie können auch Kombinationen wählen, zum Beispiel Mitgliedern der Zielgruppe eine schriftliche Information zum Projekt und zum Beteiligungsvorhaben zukommen lassen und sie danach anrufen. Am effizientesten können Sie Personen bei Veranstaltungen persönlich ansprechen. Außerdem ist eine Frage, **wer die Rekrutierung durchführen soll**. Sie können es selbst machen oder sich Unterstützung von Personen, Netzwerken, Organisationen holen, die Zugang zur Zielgruppe haben.

Überlegen Sie, welche **Informationen** Personen, die für Sie rekrutieren sollen, brauchen und welche Informationen die Angesprochenen selbst benötigen. Die Einladung, die Sie für die Mitglieder der Zielgruppe selbst gestalten, sollte diese ansprechen und ihnen alle Informationen geben, die für sie wichtig sind, um sich für oder gegen eine Beteiligung zu entscheiden.

## Welche Informationen könnten wichtig sein?

- Worum geht es?
- Was ist das Ziel der Beteiligung?
- Was findet wann wo statt?
- Was sind die Erwartungen an die Mitwirkenden? (Welches Wissen sollen sie einbringen, mit welchem zeitlichen Aufwand können sie rechnen?)
- Wie wird mit ihren Rückmeldungen umgegangen? (Wie verbindlich werden diese aufgenommen? Gibt es ein Mitspracherecht?)
- Gibt es eine Aufwandsentschädigung (zum Beispiel Geld oder einen Gutschein) und/oder sonstige Unterstützung (zum Beispiel Übernahme von Reisekosten, Kinderbetreuung vor Ort)?
- Werden die Mitwirkenden namentlich genannt oder nehmen sie anonym teil? Haben sie darüber ein Mitspracherecht?
- Informationen zum Thema Datenschutz



### AUS DER PRAXIS

Beim Projekt [Youngstars1](#) der FH Vorarlberg, der aks gesundheit GmbH und aha Jugendinfo Vorarlberg wurden Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 21 Jahren mit Typ1 Diabetes beteiligt. Die Jugendlichen erhielten pro Stunde eine Aufwandsentschädigung von 20 Euro. Den [Infobrief Junge Co-Forscher:innen mit Typ1-Diabetes gesucht!](#) finden Sie im Anhang.

Neben einer Aufwandsentschädigung können Sie auch überlegen, ob und welche anderen Anreize es geben kann, bei dem Beteiligungsvorhaben mitzuwirken: etwa sich Gehör verschaffen, Lernmöglichkeiten oder Empowerment. Für die unterstützenden Organisationen könnte die Teilnahme etwa bedeuten, eine Aufgabe oder ein Projekt für die eigene Zielgruppe anbieten zu können.

### QUELLE

US-Department of Health and Human Services: TOOLKIT for Making Written Material Clear and Effective, Part 6: How to collect and use feedback from readers, 2012, <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit> (Zugriff am 23.11.2021)

## Aus der Praxis: PeGGI

Als die Zielgruppe Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren feststand, wollte das Projektteam mit Schulen kooperieren. Die Umsetzung der Beteiligung fiel aber letztlich in die Sommermonate, sodass andere mögliche Kooperationspartner:innen gefunden werden mussten. Das Projektteam entschied, sich auf Einrichtungen der offenen Jugendarbeit zu konzentrieren. Allerdings haben auch viele Jugendzentren im Sommer eine Zeit lang geschlossen oder werden von weniger Jugendlichen besucht. Es gelang schlussendlich, Jugendzentren und Jugendliche an Bord zu holen, aber die Rekrutierung war mit großem Ressourceneinsatz verbunden und dauerte länger als geplant.



**Lessons Learned** aus dem Projekt PeGGI sind: Zu überlegen, welcher Zeitraum für die Umsetzung der Beteiligung günstig ist, und diesen Zeitraum zu nutzen, ist wesentlich. Optimal wäre es außerdem gewesen, Jugendzentren bereits bei der Projektkonzeption als Projektpartner:innen dabei zu haben. Das geht, wenn die Zielgruppe von vornherein feststeht. Jugendzentren hätten dann auch einen wertvollen Beitrag leisten können, Infomaterialien für und Fragen an die Jugendlichen passend zu gestalten. Das Projektteam von PeGGI hat mit vielen kleinen Gruppen an Jugendlichen zusammengearbeitet. Ein Tipp für andere Projekte ist, eher mit weniger Einrichtungen, dafür aber intensiver zusammenzuarbeiten.

Die Jugendzentren, die beim Projekt mitmachten, erhielten eine Aufwandsentschädigung von 500 Euro. Die Jugendarbeiter:innen durften entscheiden, wie sie es einsetzen: Etwa es für die Einrichtung verwenden, den beteiligten Jugendlichen geben oder es in eine gemeinsame Aktivität investieren.



Für den Beirat war keine Aufwandsentschädigung vorgesehen. **Lesson Learned:** Eine Aufwandsentschädigung für die Fachexpert:innen könnte die Beiratsarbeit aber ebenso verbindlicher machen und die Teilnahme für Personen erleichtern, die ihre Beiratstätigkeit nicht im Rahmen einer Anstellung erbringen können.

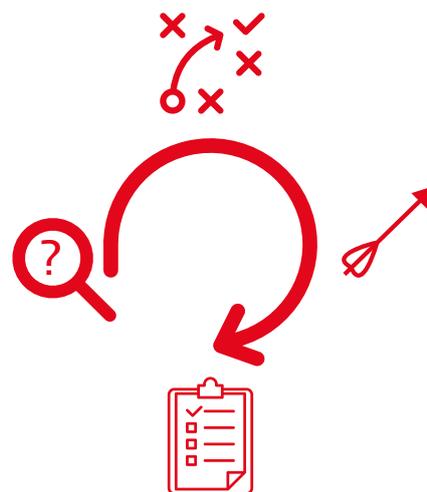
### 3.3. In welchen Phasen und wie oft soll Beteiligung stattfinden?

Beteiligung kann in unterschiedlichen Phasen der Erstellung von Gesundheitsinformationen umgesetzt werden: etwa zu Beginn, wenn es um die Auswahl des Themas und der Fragestellungen geht oder am Ende, wenn es darum geht, ob eine Gesundheitsinformation verständlich und nützlich ist. Beteiligung kann einmalig erfolgen oder auch kontinuierlich beziehungsweise zu mehreren Zeitpunkten im Laufe des Projekts.

Anhand des Public Health Action Cycle (1) können Sie verorten, wann Sie Beteiligung einsetzen wollen:

1. Problembestimmung
2. Strategieformulierung
3. Umsetzung der ausgewählten Strategie
4. Bewertung der Umsetzung

Steht die Zielgruppe fest, das Thema ist aber offen, haben Sie die Chance, mit Nutzer:innen bereits an der Problembestimmung zu arbeiten. Also an der Frage, welche Gesundheitsthemen für die Gruppe überhaupt relevant sind. Steht das Thema schon fest, können Sie Nutzer:innen beteiligen, um herauszufinden, welche Aspekte/Fragestellungen für sie in Bezug auf dieses Thema besonders wichtig sind. Ziel einer Beteiligung in dieser frühen Phase ist es, bereits bei der Erstellung auf die spezifischen Interessen, Bedürfnisse, Sorgen und Fragen der Nutzer:innen zu fokussieren.



#### AUS DER PRAXIS

Beim Projekt [Rund-ums-Impfen](#) der aks gesundheit GmbH wurde die Vorarlberger Bevölkerung über soziale Medien gebeten, ihre wichtigsten 10 Impffragen zu übermitteln.

Wenn es darum geht, wie die Gesundheitsinformation umgesetzt werden soll (Strategieformulierung), kann durch Beteiligung der Nutzer:innen etwa entschieden werden, welches Format eine Gesundheitsinformation haben soll und welche Kanäle beziehungsweise Medien dafür genutzt werden können. Bei der Erstellung der Gesundheitsinformation (Umsetzung) selbst kann ebenfalls mit den Nutzer:innen zusammengearbeitet werden.



## AUS DER PRAXIS

Im Projekt [Gesund und krank](#) in Österreich wurde mit jungen Menschen mit Fluchterfahrungen aus Afghanistan, Syrien und Somalia zusammengearbeitet. Das von ihnen präferierte Format von Erzähl-Videos wurde im Projekt gemeinsam mit ihnen umgesetzt. Die Jugendlichen waren als Protagonist:innen beteiligt und in die Gestaltung der Untertitel und der Testung der Videos involviert.

In einem [Schweizer Projekt](#) wurde die Kampagne 10 Schritte für psychische Gesundheit für Jugendliche adaptiert. In der Umsetzungsphase kreierte Jugendliche in Workshops jugendgerechte Bild- und Textbotschaften. Zuvor waren die Jugendlichen bereits als Forschende beteiligt und führten Peer-Umfragen durch, um relevante Themen für Jugendliche im Bereich der psychischen Gesundheit zu erheben.

In weiterer Folge können Nutzer:innen gebeten werden, Feedback zu geben, wie verständlich, passend und nützlich sie die Gesundheitsinformation finden (Bewertung). Dies kann mit verschiedenen Methoden (siehe Kapitel 3.5) passieren und wird meist unter dem Begriff Nutzer:innentestung zusammengefasst. Im Idealfall lassen Sie einen Prototyp der Gesundheitsinformation in einem frühen Stadium von Nutzer:innen testen. Außerdem ist es empfehlenswert, mehrere Runden an Fokusgruppen zu machen. So wissen Sie, wie die Überarbeitungen ankommen und können sicher gehen, dass die Lösung des einen Problems nicht ein anderes hervorgerufen hat. Wenn es die Ressourcen erlauben, ist es von Vorteil, pro Runde mehrere Fokusgruppen zu machen, denn die Ergebnisse hängen stark von den Teilnehmer:innen und von den Fragen und den Fähigkeiten der Moderator:innen ab. (2)

Wie oft sie Nutzer:innen befragen können, hängt natürlich von den zur Verfügung stehenden Projektressourcen ab. Studien aus dem Bereich von digitalen Anwendungen zeigen, dass es für solche Befragungen zumindest keine große Menge an Teilnehmer:innen braucht: Bereits mit

fünf Testpersonen kann der Großteil an Problemen gefunden werden. (3)



## AUS DER PRAXIS

Das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ließ eine Nutzer:innentestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG durch sozial benachteiligte Personen durchführen. Je vier Personen aus der Zielgruppe (zwei Frauen, zwei Männer) wurden mittels Leitfragen befragt. (4)

## QUELLEN

- (1) Fonds Gesundes Österreich: Public Health Action Cycle, [https://fgoe.org/glossar/public\\_health\\_action\\_cycle](https://fgoe.org/glossar/public_health_action_cycle) (Zugriff am 23.11.2021)
- (2) US-Department of Health and Human Services: TOOLKIT for Making Written Material Clear and Effective, Part 6: How to collect and use feedback from readers, 2012, <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit>
- (3) Jacob Nielsen: Why you only need to test with 5 users. Online, 2000, [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 24.11.2021)
- (4) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG durch sozial benachteiligte Personen, Köln 2014, [https://www.iqwig.de/download/ga13-01\\_arbeitspapier\\_nutzertestung\\_durch\\_sozial\\_benachteiligte.pdf](https://www.iqwig.de/download/ga13-01_arbeitspapier_nutzertestung_durch_sozial_benachteiligte.pdf) (Zugriff am 24.11.2021)

## Aus der Praxis: PeGGI

Im Projekt PeGGI wurden Jugendliche drei Mal beteiligt. Ziel war, von ihnen zu erfahren, welche Inhalte für sie in einer Gesundheitsinformation zu Ernährung und Bewegung wichtig sind. Gefragt wurde auch, welches Medium und Format sie passend finden und welche Vorstellungen sie in Bezug auf Sprache und Gestaltung haben.

Ursprünglich war geplant, die Inhalte der Gesundheitsinformation in einem weiteren Schritt mit den Jugendlichen im Detail zu besprechen. Außerdem sollten ihre Rückmeldungen zu einem ersten Entwurf der Gesundheitsinformation eingeholt werden. Da die Phase der Rekrutierung der Jugendlichen länger als geplant dauerte, waren keine zeitlichen Ressourcen für diese Beteiligungsschritte vorhanden.



**Eine zentrale Lesson Learned** für das Projektteam war: Genügend zeitlichen Puffer für Ungeplantes und Verzögerungen einplanen!

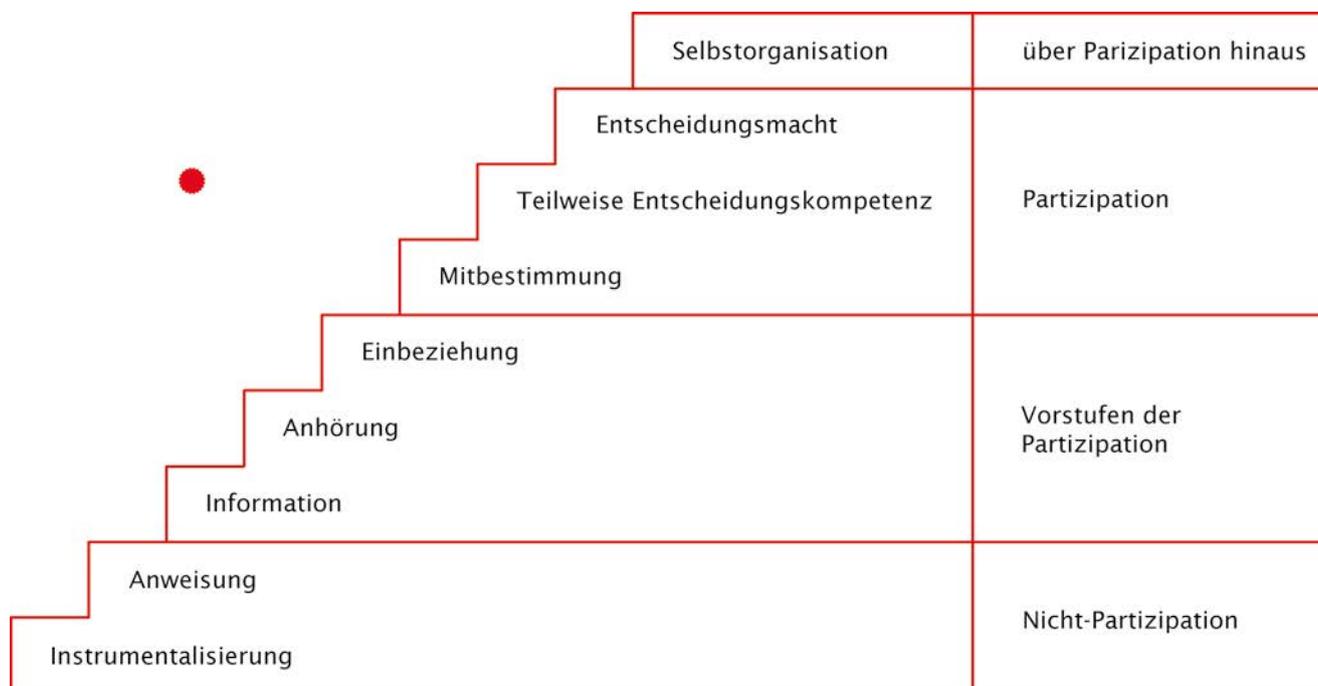
Für die Umsetzung der Gesundheitsinformation wurde eine externe Agentur beauftragt. Das Projektteam präsentierte der Agentur die Ergebnisse der Beteiligung und in einem gemeinsamen Workshop wurde die Entscheidung getroffen, Kurzclips zu 8 bis 10 Fragen zu erstellen, die auf TIKTOK, Instagram und via YouTube verbreitet werden sollten. Die Jugendlichen wurden ein drittes Mal um Feedback gebeten: Sie sollten per Online-Fragebogen rückmelden, welche Art von TIKTOK-Videos sie am meisten anspricht. Das Projektteam recherchierte die inhaltliche Evidenz zu den Fragen für die Kurzclips. Auf dieser Basis entwarf die Agentur ein Storyboard, zu dem das Projektteam Feedback gab. Bevor die Clips veröffentlicht wurden, lancierte die Agentur eine Kampagne mit Jugendlichen, die Aufmerksamkeit erzeugen sollte.



Die Agentur schon zu einem früheren Zeitpunkt einzubinden, hätte den Vorteil gehabt, diese Kampagne im Rahmen der Beteiligung umzusetzen. **Eine Lesson Learned**, die das Projektteam weitergeben kann ist demnach: externe Agenturen schon früher im Projekt einbinden, auch wenn noch keine Ergebnisse der Beteiligung vorhanden sind.

## 3.4. Auf welcher Stufe soll Beteiligung stattfinden?

Das folgende Modell von Michael T. Wright, Martina Block und Hella von Unger (1) zeigt, auf welchen Stufen Beteiligung stattfinden kann:



Die Stufenleiter beginnt bei Stufen, die für Wright keine Beteiligung darstellen, nämlich Instrumentalisierung und Anweisung. Er beschreibt sie, weil sie im Gesundheitswesen häufig vorkommen. **Instrumentalisierung** bedeutet, dass einzelne Mitglieder der Zielgruppe zwar in Erscheinung treten und etwa bei Veranstaltungen teilnehmen können. Ihre Interessen spielen aber, im Gegensatz zu den Interessen der Entscheidungsträger:innen, keine Rolle. Bei der Stufe der **Anweisung** werden die Probleme der Zielgruppe von den Entscheidungsträger:innen (etwa Fachpersonen des Gesundheitswesens) definiert und Maßnahmen aus Sicht der Fachpersonen festgelegt. Die Perspektive der Zielgruppe wird nicht berücksichtigt. (2)

Die nächste Gruppe an Stufen definiert Wright als Vorstufen für Beteiligung. Bei der **Information** bekommt die Zielgruppe Empfehlungen zu Handlungsmöglichkeiten, die erklärt und begründet werden. Die Sichtweise der Zielgruppe wird berücksichtigt, damit diese die Empfehlungen eher akzeptieren. Bei der **Anhörung** interessieren sich die Entscheidungsträger:innen für die Sichtweisen der Zielgruppe und holen diese, etwa durch Befragungen ein. Die befragten Vertreter:innen der Zielgruppe haben allerdings keinen Einfluss darauf, ob ihre Perspektiven und Wünsche

Beachtung finden. Bei der **Einbeziehung** werden ausgewählte Vertreter:innen der Zielgruppe eingeladen, die Entscheidungsträger:innen zu beraten. Einen verbindlichen Einfluss auf die Ergebnisse haben sie jedoch nicht. (2)

Eigentliche Beteiligung beginnt für Wright bei der Stufe der **Mitbestimmung**. Hier werden wichtige Aspekte einer Maßnahme mit Vertreter:innen der Zielgruppe verhandelt und abgestimmt. Die Zielgruppe hat Mitspracherecht, ist aber nicht allein entscheidungsbefugt. Auf der Stufe der **teilweisen Übertragung von Entscheidungskompetenz**, kommt es genau dazu, nämlich dass Vertreter:innen der Zielgruppe über bestimmte Aspekte selbst bestimmen können. Die Umsetzung der Entscheidungen liegt aber bei anderen, etwa den Fachpersonen einer Einrichtung. Die Stufe der **Entscheidungsmacht** ist jene Stufe, bei der Vertreter:innen der Zielgruppe alle wesentlichen Aspekte einer Maßnahme selbst bestimmen. Fachpersonen sind beteiligt, aber nicht in einer bestimmenden, sondern in einer unterstützenden, begleitenden Funktion. (2)

Die letzte Stufe der Leiter geht bereits über Beteiligung hinaus. **Selbstorganisation** beschreibt alle Formen selbstorganisierten Handelns einer Gruppe. Die Entscheidungsträger:innen sind die Vertreter:innen der Gruppe selbst und die Verantwortung für Maßnahmen liegt allein bei der Gruppe. (2)

Auf welcher Stufe Beteiligung stattfinden soll, hängt von vielen Faktoren ab. Echte Beteiligung — im Sinne einer Mitbestimmung oder Entscheidungsmacht — braucht genügend Zeit und Ressourcen: für die Gewinnung passender Mitwirkender, für Beziehungsaufbau und für ein flexibles Vorgehen (siehe auch Interview mit Andrea Niemann, S 27).

Aber auch wenn Sie weniger Zeit und Ressourcen zur Verfügung haben, bleiben Ihnen viele Möglichkeiten, Nutzer:innen zu beteiligen. **Es muss nicht das Ziel sein, während des gesamten Prozesses die maximale Beteiligungsstufe umzusetzen, damit Sie die Qualität Ihrer Gesundheitsinformation verbessern können.** Größtenteils werden bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen Vorstufen der Beteiligung, etwa Anhörung oder Einbeziehung, umgesetzt.

Was wünschen sich die Mitwirkenden selbst? Laut einer britischen Studie war es nicht absolute Entscheidungsmacht, sondern Garantien, dass ihre Beiträge ernst genommen und dass der Grad und die Art der Berücksichtigung in den letztendlichen Entscheidungen offengelegt werden. (3)

Wichtig erscheint also, **den Personen, die sich beteiligen, klar zu kommunizieren, wie mit ihren Rückmeldungen umgegangen wird:** Wie verbindlich werden die Rückmeldungen aufgenommen? Wer trifft die letztendliche Entscheidung und auf welcher Basis?

Das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ließ ausgewählte Gesundheitsinformationen für Bürger:innen von sozial benachteiligten Personen testen. Die Rückmeldungen der Teilnehmer:innen wurden in folgende Kategorien aufgeteilt:

- Empfehlungen, die problemlos umgesetzt werden können (und auch anderen Nutzer:innengruppen zugutekommen),
- Empfehlungen, die zur Umsetzung besondere Ressourcen erfordern würden,
- Empfehlungen, die zu Konflikten mit anderen Zielgruppen führen könnten,
- Empfehlungen, die mit informierter Entscheidungsfindung kollidieren. (4)

Eine solche Einteilung könnten auch für die Kommunikation mit Nutzer:innen, die sich bei der Erstellung der Gesundheitsinformation beteiligt haben, hilfreich sein: Sie könnte Entscheidungen, was in der Gesundheitsinformation umgesetzt werden kann und was (noch) nicht, nachvollziehbar machen.

### QUELLEN

- (1) Michael T. Wright: Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention, Hans Huber, Bern 2010
- (2) Michael T. Wright: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung in: BZgA: Leitbegriffe des Gesundheitsförderung, 2021, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipation-mitentscheidung-der-buergerinnen-und-buerger/> (Zugriff am 25.11.2021)
- (3) Rudolf Forster: Gutachten zur Bürger- und Patientenbeteiligung im Österreichischen Gesundheitssystem, im Auftrag der ARGE Selbsthilfe Österreich, Endbericht, 2015
- (4) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG durch sozial benachteiligte Personen, Köln 2014, [https://www.iqwig.de/download/ga13-01\\_arbeitspapier\\_nutzertestung\\_durch\\_sozial\\_benachteiligte.pdf](https://www.iqwig.de/download/ga13-01_arbeitspapier_nutzertestung_durch_sozial_benachteiligte.pdf) (Zugriff am 24.11.2021)



## AUS DER PRAXIS

Interview mit Andrea Niemann, Projektleiterin Rund-ums-Impfen, aks Gesundheit GmbH

Im Projekt [Rund-ums-Impfen](#) der Vorarlberger aks gesundheit GmbH wurden Informationen zu Impfungen für Kleinkinder erstellt. Zielgruppe sind Eltern mit Kindern bis zu 2 Jahren. Die fachliche Leitung des Projekts teilten sich Andrea Niemann (Projektleitung), Kristin Ganahl (wissenschaftliche Leitung) und Harald Geiger (medizinische Leitung). Die Projektlaufzeit betrug 3 Jahre.

*Das Projekt Rund-ums-Impfen heftet sich an die Fahnen, echte Partizipation umzusetzen. Können Sie beschreiben, wie Sie dies gemacht haben?*

Der Unterschied zu vielen anderen Beteiligungsprojekten war, dass die Zielgruppe nicht irgendwann im Projekt etwas sagen darf, sondern dass sie von Anfang an in der Projektstruktur verankert war und mitbestimmen konnte: Neben dem fachlichen Projektteam gab es ein sechsköpfiges Elternteam, das die Interessen und Bedürfnisse der Vorarlberger Eltern einbrachte. Die Mütter und Väter ergänzten zum Beispiel die Fragen der Wissenschaftler:innen, hinterfragten die Projekt-Ergebnisse und priorisierten Inhalte. Wie dem fachlichen Projektteam stand auch dem Elternteam ein Beirat zur Seite. Diese Beirätinnen sind beruflich in ständigem Kontakt zu Vorarlberger Eltern und konnten deren Bedürfnisse deshalb gut einschätzen.

*Was waren die Herausforderungen im Projekt? Was sind Ihre Tipps für ähnliche Projekte?*

Eltern für das Projekt zu gewinnen, war nicht einfach. Das liegt wahrscheinlich auch daran, dass Impfen ein Tabuthema in unserer Gesellschaft zu sein scheint. Wir wollten Eltern ursprünglich etwa über Ordinationen von Kinderärzt:innen gewinnen, aber das hat nicht funktioniert. Geklappt hat es durch persönliche Ansprache durch andere Eltern.

Ganz wichtig ist es, den Beteiligten zu kommunizieren, was von ihnen erwartet wird und was zur Verfügung gestellt wird: Die Einladung zum Projektteam Eltern beinhaltete eine Beschreibung der Aufgaben, der Anforderungen und des zeitlichen Aufwands. Sie enthielt die Info über die Aufwandsentschädigung, die es für jedes 2- bis 3-stündige Treffen gab und dass eine kostenlose Kinderbetreuung vor Ort zur Verfügung gestellt wird. Die Aufwandsentschädigung sollte mehr als eine Geste sein und annähernd einem Stundenlohn entsprechen.

Eine große Herausforderung war, Eltern über die ganze Projektlaufzeit hindurch an Bord zu halten. Hier war der persönliche Kontakt des Projektteams zu den Eltern wertvoll und wichtig. Gerade als die Corona-Pandemie begann und wir eine längere Pause bei den Treffen hatten, haben wir telefoniert und nachgefragt, wie es ihnen geht. Wir haben außerdem immer wieder betont, wie wichtig und wertvoll ihre Teilnahme ist, und ihnen gezeigt, was aus ihren Rückmeldungen geworden ist.

Im Laufe des Projekts hatten wir Eindruck, dass es auch sehr wichtig ist, dass Fachpersonen, die die Gesundheitsinformation weitergeben sollen, hinter dem Produkt stehen. Deswegen haben wir beispielsweise eine von zwei Fokusgruppen, die uns Rückmeldungen zu dem Prototyp einer Broschüre zur 6-fach-Impfung geben sollten, nicht mit Eltern sondern mit Fachpersonen gemacht. Eltern und Fachpersonen äußerten teilweise entgegengesetzte Wünsche. Für Eltern sind beispielsweise Informationen zu Nebenwirkungen sehr wichtig, Fachpersonen hielten diese nicht für so relevant, da sie ja so selten sind. In diesem Fall sind wir klar den Elternbedürfnissen gefolgt. Aber es ist eine Herausforderung, unterschiedliche Positionen zu einem guten Gesamtergebnis zusammenzubringen. Vor allem auch dann, wenn für manche Elternfragen die Evidenz fehlt oder diese in der gewünschten Form

nicht zu beantworten waren. Wenn die Evidenz nicht vorhanden ist, ist es wichtig, diesen Umstand in der Gesundheitsinformation transparent zu machen.

Ganz zentral in so einem Beteiligungsprojekt ist es, den Rückmeldungen der Eltern gegenüber wirklich offen zu sein und anzunehmen, was von ihnen kommt. Ursprünglich wollten wir das erprobte Format einer Faktenbox anwenden. Aber die Rückmeldung der Eltern war, diese sind nicht gut verständlich und sie bräuchten auch noch weiterführende Informationen, um eine Entscheidung treffen zu können.

Was noch wünschenswert wäre, wir in unserem Projekt aber nicht umsetzen können, ist die Verbreitung zu evaluieren. Fragen wären: Wie werden die Informationen in der Praxis angenommen? Oder: Erleichtern die Informationen die Kommunikation zwischen Eltern und Fachpersonen?



### **TIPP**

Im Anhang finden Sie den Brief Projektteam Eltern für die Entwicklung unabhängiger Impfentscheidungshilfen des Projekts Rund-ums-Impfen.

## Aus der Praxis: PeGGI



Das Projekt PeGGI war auf den Ebenen der Anhörung und der Einbeziehung angesiedelt. Zentrale **Lesson Learned** für das Projektteam ist, dass Projekte, die Expert:innen aus Erfahrung mehrfach im Projektverlauf und auf einer mittleren Stufe beteiligen wollen, Zeit für Beziehungsaufbau einplanen müssen. Beteiligungsprojekte, die so ausgerichtet sind, dauern im Schnitt mehrere Jahre. Beteiligung ist auch, Mitglieder der Zielgruppe zu bitten, Rückmeldungen zur Verständlichkeit und Nützlichkeit einer Gesundheitsinformation zu geben. Eine solche Nutzer:innentestung kann mit viel weniger Ressourcen durchgeführt werden. Sie erhöht die Qualität einer Gesundheitsinformation, hat aber darüber hinaus nicht dieselbe Wirkung, die echte Beteiligungsprojekte mit sich bringen können, etwa Kompetenzaufbau und Empowerment der Beteiligten. Jugendarbeiter:innen berichteten, dass durch das Projekt eine Auseinandersetzung mit den Themen Ernährung und Bewegung in den Jugendeinrichtungen angestoßen wurde.



**Lesson Learned:** Abhängig von den Projektressourcen sollte gut überlegt werden, wie oft, in welchen Phasen und auf welcher Stufe Beteiligung realistisch stattfinden kann.

## 3.5. Welche Methoden der Beteiligung sollen angewandt werden?

Wesentlich für das Gelingen der Beteiligung ist die Auswahl von passenden Methoden. Es gibt eine Vielfalt an Methoden, die jeweils verschiedene Möglichkeiten eröffnen und Grenzen haben. Im Folgenden wird auf Einzelinterviews, Fokusgruppen und die Methode Photovoice näher eingegangen. Unter Tipps erhalten Sie Links zu Webseiten, die weitere Methoden für Beteiligungsvorhaben vorstellen.

Um eine Methode für die Beteiligung auszuwählen, überlegen Sie, welche passt für

- die jeweilige(n) Projektphase(n), in denen Beteiligung stattfinden soll,
- die jeweils vorgesehene(n) Stufe(n) der Beteiligung
- und die jeweilige(n) Zielgruppe(n).



### TIPP

Auf der Webseite [partizipation.at/methoden](https://partizipation.at/methoden) können Sie eine Vielzahl von Methoden nachlesen und gezielt nach Methoden suchen, indem Sie etwa nach Stufe, Zweck und Form der Beteiligung (analog, digital) filtern.

## Methoden für bestimmte Projektphasen

**Qualitative** Methoden wie etwa eine Fokusgruppe oder Leitfadeninterviews mit einzelnen Personen können gut am Beginn von Projekten eingesetzt werden, um Informationsbedürfnisse, Interessen, Einstellungen, Anschauungen zu erheben. Je weiter vorangeschritten das Projekt, desto eher können auch **quantitative** Methoden wie eine Fragebogenerhebung angewandt werden.



### TIPP

Was ist der Unterschied zwischen qualitativen und quantitativen Methoden? Nachzulesen unter [home.uni-leipzig.de/methodenportal/qualivsquant](https://home.uni-leipzig.de/methodenportal/qualivsquant)



### AUS DER PRAXIS

Das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellte eine Versicherteninformation zu Pränataldiagnostik. Dafür wurden zu Beginn qualitative (Einzel-)Interviews mit schwangeren Frauen geführt. Der Entwurf der Gesundheitsinformation wurde mittels Online-Befragung von rund 1000 Personen bewertet. (1)

Eine qualitative Methode, die bei Beteiligungsvorhaben häufig angewendet wird, ist die **Fokusgruppe**. Eine Fokusgruppe ist eine moderierte Diskussion unter mehreren Teilnehmer:innen. Es wird zielgerichtet zu einem bestimmten Thema diskutiert. Dafür wird ein Leitfaden mit offenen Fragen erstellt, an dem sich die Moderator:innen orientieren. Ziel der Fokusgruppe ist es, durch den Austausch innerhalb der Gruppe eine Bandbreite an Sichtweisen, Einsichten und Reaktionen zu einem bestimmten Thema aufzuzeigen. Eine günstige Größe für Fokusgruppen sind 6 bis 10 Personen. Üblicherweise dauert eine Fokusgruppe etwa 1,5 Stunden. (2)

Eine Fokusgruppe kann für Teilnehmer:innen im Vergleich zu Einzelinterviews angenehmer sein, weil weniger Druck auf den Einzelnen lastet, zu allem etwas zu sagen. Außerdem kann es ermutigend sein, die eigene Meinung kundzutun, wenn andere das auch tun. Der Vorteil von **Einzelinterviews** besteht darin, dass es keine Beeinflussung durch andere Teilnehmer:innen gibt und tiefer gehende Fragen und Antworten möglich sind. Einzelinterviews können sich gut eignen, wenn Sie eine sehr diverse Zielgruppe haben oder wenn es um Tabuthemen geht (siehe dazu Kapitel 4: Geschlecht, Diversität und Beteiligung). (3)

Qualitative Methoden wie Fokusgruppen oder Einzelinterviews müssen nicht einer frühen Phase im Projekte vorbehalten sein, sondern werden häufig im Rahmen von **Nutzer:innentestungen** angewandt, wenn eine Gesundheitsinformation oder ein Entwurf der Gesundheitsinformation von Nutzer:innen überprüft werden soll.

Während Sie bei Fokusgruppen hauptsächlich mit offenen Fragen an die Teilnehmer:innen arbeiten werden, können Sie bei Einzelinterviews zusätzlich andere Techniken anwenden. Diese sind (3):

- **Laut denken/Think Aloud:** Bei dieser Methode bitten Sie die Teilnehmer:innen, alles auszusprechen, was ihnen durch den Kopf geht, während sie das Material anschauen. Der Vorteil dieser Vorgangsweise ist, dass Sie unmittelbare Reaktionen bekommen, die nicht von Fragestellungen beeinflusst werden. Die Interviewer:innen können jedoch Nachfragen stellen.
- **Eine Aufgabe stellen:** Hier geben Sie den Teilnehmer:innen eine Aufgabe, die sie erfüllen sollen. Sie beobachten die Teilnehmer:innen und finden heraus, ob sie die Aufgabe lösen können, wie lange sie dafür brauchen und ob sie irgendwelche Schwierigkeiten entdecken. Wenn es um ein Formular geht, können Sie zum Beispiel darum bitten, es auszufüllen. Wenn es um eine Information über die Qualität von Krankenanstalten geht, könnten Sie darum bitten, herauszufinden, wer bei Patient:innenzufriedenheit am besten abschneidet. Wenn es um eine Entscheidungshilfe zur Teilnahme an einem Früherkennungs-



### TIPP

Sie wollen mehr darüber wissen, wie Sie eine Fokusgruppe durchführen und was Sie alles bedenken können? Dann sehen Sie sich das [Lernvideo](#) der Alice Salomon Hochschule an.

Im Anhang finden Sie den [Leitfaden für Fokusgruppen mit Jugendlichen](#) im Projekt PeGGI



### TIPP

Welche Themen können Sie bei einer Nutzer:innentestung bearbeiten? Lesen Sie mehr dazu in der [Methodenbox — Die gesundheitskompetente Sozialversicherung](#), S. 110—111

programm geht, könnten Sie darum bitten, auf Basis der Information eine Entscheidung zu treffen.

- **Verhalten beobachten:** Diese Methode können Sie in Einzelinterviews zusätzlich anwenden. Sie können beobachten, welche Teile der Gesundheitsinformation die Teilnehmer:innen anschauen, in welcher Reihenfolge sie dies tun, wie lange sie sich womit beschäftigen. Sie können auf Gesichtsausdrücke wie Stirnrunzeln, Lächeln oder anderes Verhalten achten. Diese Beobachtungen können helfen, gezielt nachzufragen (etwa um zu erfahren, warum jemand die Stirn gerunzelt hat oder einen Teil nochmal gelesen hat).

## Methoden für verschiedene Stufen der Partizipation

Bei der Auswahl der Methode können Sie sich auch daran orientieren, welche Stufe der Beteiligung Sie anstreben. Findet Beteiligung auf der Stufe von Anhörung statt, eignen sich zum Beispiel Einzelinterviews, Fokusgruppen oder Fragebogenerhebungen. Wird darauf abgezielt, dass Beteiligte eine beratende Funktion einnehmen, mitbestimmen können oder Entscheidungsmacht haben, eignen sich andere Methoden wie Werkstätten besser. Sollen Entscheidungen getroffen werden, braucht es dafür passende Techniken.



### AUS DER PRAXIS

Im Handbuch [Wir machen das! Community Organizing als Methode in der Gesundheitsförderung](#) werden folgende Möglichkeiten der Abstimmung bei Versammlungen beschrieben: Klebepunkte für das gewünschte Thema vergeben, mit Handzeichen abstimmen, sich zum gewünschten Thema (das zum Beispiel auf einem Plakat steht) zu stellen, per App mit (kostenlose) Tool digital zu voten. (4)

## Methoden für bestimmte Zielgruppen

Eine weitere relevante Frage für die Auswahl einer Methode ist: Passt sie zur Zielgruppe? Für die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen können sich andere Methoden eignen als für Erwachsene, für Personen mit hoher sprachlichen und Lesekompetenzen andere als für Personen, die (noch) über geringe Sprachkompetenzen verfügen.



### TIPP

Eine Sammlung an Methoden zur Beteiligung von Kindern und Jugendlichen finden Sie auf [beteiligungskiste.de](http://beteiligungskiste.de).

**Photovoice** ist eine qualitative Methode, die vor allem bei der sogenannten partizipativen Forschung zum Einsatz kommt. Bei der partizipativen Forschung werden Menschen, deren Leben unmittelbar von den Ergebnissen der Forschung betroffen sind, selbst als Forscher:innen aktiv.

Bei der Methode Photovoice machen die Teilnehmer:innen zu einer bestimmten Fragestellung Fotos, die einzeln oder in einer Gruppe analysiert werden. Die Methode soll dabei unterstützen, sich auszudrücken und eigene Anliegen zu kommunizieren. Photovoice wird oft mit marginalisierten Gruppen durchgeführt, beispielsweise mit sozio-ökonomisch benachteiligten Gruppen oder Menschen mit Fluchterfahrungen. Auch mit Jugendlichen wird die Methode häufig angewandt.

Die Methode umfasst unter anderem folgende Phasen (5):

- **Schulungsphase:** Hier werden die Teilnehmer:innen zu ethischen und datenschutzrechtlichen Aspekten (etwa das Einverständnis der fotografierten Personen einholen) und im Umgang mit dem Medium Fotografie geschult.
- **Feldphase:** Die Teilnehmer:innen machen Fotos zu festgelegten Fragestellungen. Idealerweise wurden die Fragestellungen gemeinsam mit den Teilnehmer:innen erarbeitet.
- **Diskussionsphase:** Die Fotos werden von jenen, die sie gemacht haben, vorgestellt und die subjektive Bedeutung und der Kontext wird erklärt. Das kann in Einzelinterviews geschehen oder in einem Gruppensetting. In einer Gruppe können auch die anderen Teilnehmer:innen ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu den jeweils vorgestellten Fotos oder Themen der Fotos teilen.
- **Auswertung und Ergebnisse, Handlungsempfehlungen:**  
In der Regel ist die Auswertung der Ergebnisse und das Formulieren von Handlungsempfehlungen schon Teil der Diskussionsphase, alternativ kann dieser Schritt auch von Wissenschaftler:innen anschließend an die Diskussionsphase durchgeführt werden.



### TIPP

Im Anhang finden Sie das [Infoblatt PeGGI](#), das die Aufgabenstellung für Photovoice enthält.



### TIPP

Lesen Sie mehr zur Methode Photovoice in Layh et al.: Photovoice-Forschung mit Jugendlichen — ein Leitfaden zur Durchführung und Wihofsky et al.: Photovoice als partizipative Methode: Wirkungen auf individueller, gemeinschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene. Beide Artikel in: Partizipative Forschung — Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden.  
[Download](#)

## QUELLEN

- (1) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Versicherteninformation zur Pränataldiagnostik, Köln 2020, [https://www.iqwig.de/download/p17-01\\_versicherteninformation-zur-praenataldiagnostik\\_abschlussbericht\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/p17-01_versicherteninformation-zur-praenataldiagnostik_abschlussbericht_v1-0.pdf) (Zugriff 25.11.2021)
- (2) Gesine Bär, Silke Geers, Christine Claar: Fokusgruppen in der partizipativen Forschung einsetzen. Ein Lernfilm, Alice Salomon Hochschule, Berlin 2018, [www.ash-berlin.eu/partnet-lernvideos](http://www.ash-berlin.eu/partnet-lernvideos) (Zugriff am 25.11.2021)
- (3) US-Department of Health and Human Services: TOOLKIT for Making Written Material Clear and Effective, Part 6: How to collect and use feedback from readers, 2012, <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit>
- (4) Alima Matko, Nina Kretschi, Kathrin Manninger, Gerlinde Malli, Barbara Plavcak: Wir machen das! Community Organizing als Methode in der Gesundheitsförderung, Sytria Vitalis, Graz 2020, <https://styriavitalis.at/information-service/downloads/> (Zugriff am 25.11.2021)
- (5) Petra Wihofsky, Susanne Hartung, Theresa Allweiss, Monika Brand, Sven Brandes, Birte Gebhardt, Snadra Layh: Photovoice als partizipative Methode: Wirkungen auf individueller, gemeinschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene erschienen in: Partizipative Forschung — Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. Springer Verlag 2020, <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7> (Zugriff am 25.11.2021)

## Aus der Praxis: PeGGI

Die im Projekt angewandte Methode war eine adaptierte Form von Photovoice: Mit Unterstützung der Jugendarbeiter:innen vor Ort, wurden die Jugendlichen gebeten, Fotos zu machen, die zeigen, was ihnen in Bezug auf Bewegung und Ernährung wichtig ist. In Fokusgruppen mit Jugendlichen wurde eine Auswahl der Fotos genutzt, um zu diskutieren, welche Fragen die Jugendlichen konkret haben und wie sie sich eine Information dazu vorstellen.

Die Methode hat sich bewährt: Durch die Fotos konnten Probleme aufgezeigt werden und sie waren ein guter Impuls für die Diskussion in den Fokusgruppen. Die Fokusgruppen lieferten eine hilfreiche Basis für die Entscheidung zu Inhalten, Format und Sprache der zu erstellenden Gesundheitsinformation.

Schwierig war, dass das Projektteam selbst nicht vor Ort war und erst als Moderator:innen bei den Fokusgruppen in direkten Kontakt zu den Jugendlichen getreten ist. Die Moderation der Fokusgruppen erfolgte, bis auf eine Ausnahme, online. Die Jugendlichen nahmen im Jugendzentrum unter Begleitung einer Jugendarbeiterin oder eines Jugendarbeiters teil.



**Lesson Learned:** Aus der Sicht des Projektteams wäre es hilfreich gewesen, früher im Projekt persönlichen Kontakt aufzubauen. Das Projektteam empfiehlt außerdem, bei dem ersten Kontakt nach Möglichkeit in Präsenz zu arbeiten. Die Jugendlichen waren aufgrund der Erfahrungen in der Corona-Pandemie virtuelles Arbeiten zwar gewohnt, aber sich nicht zu kennen, machte es schwerer, Persönliches zu erzählen. Die Möglichkeiten vor oder nach der Fokusgruppe weiter zu plaudern oder Fragen zu stellen, fällt ebenfalls weg. Vorteile des virtuellen Zusammenarbeitens waren, dass Fokusgruppen in weiter entfernten Gegenden stattfinden konnten, ohne dass viele Ressourcen für Anfahrtswege oder -zeiten nötig waren.



Bei den Fokusgruppen fiel dem Projektteam auf, dass die Leitfragen teilweise nicht für die Jugendlichen passten und anders formuliert werden mussten. **Lesson Learned:** Es ist also empfehlenswert, in allen Phasen Expert:innen einzubeziehen, die mit der Zielgruppe arbeiten, damit Informationen und Fragen in einer verständlichen und anschlussfähigen Art und Weise vermittelt und gestellt werden können.

# Geschlecht, Diversität und Beteiligung



**Die Beteiligung der zukünftigen Nutzer:innen an der Erstellung von Gesundheitsinformationen hat zum Ziel, ein für sie passendes Produkt gestalten zu können: eine Gesundheitsinformation, die ankommt und wirkt. Welche Themen besonders relevant sind, welche Fragen im Vordergrund stehen und wie die Informationen aufbereitet sein müssen, kann von Zielgruppe zu Zielgruppe unterschiedlich sein, denn: Merkmale wie Geschlecht, Alter, Behinderung, regionale Herkunft, sexuelle Orientierung, Bildungs- und Einkommensstand beeinflussen die Lebenszusammenhänge und wirken sich auf Gesundheit und Krankheit aus.**

Eines von 15 Qualitätskriterien der [Guten Gesundheitsinformation Österreich](#) ist deswegen auch ausdrücklich die Berücksichtigung von Alters- und Geschlechterunterschieden. Als Querschnittmaterie ist Geschlechtergerechtigkeit außerdem in sämtlichen Kriterien relevant. (1) Werden bei der Beteiligung bestimmte Gruppen übersehen, nicht ausreichend berücksichtigt oder werden ihre Rückmeldungen nicht genügend wahrgenommen, kann es sein, dass die Gesundheitsinformation bei ihnen eben nicht ankommt und wirkt.

Aus diesem Grund sind Ersteller:innen von Gesundheitsinformationen dazu aufgerufen, sich genau zu überlegen, wen sie mit ihrem Produkt erreichen wollen. Ist die Gesundheitsinformation für Frauen und Männer gedacht, soll sie geschlechterdiverse Personen ansprechen, an welche Altersgruppe will man sich vorrangig richten, soll sie für Frauen und Männer aus verschiedenen Herkunftsländern passen? Mitglieder der verschiedenen vorab definierten Zielgruppen sollen für die Beteiligung gewonnen werden und sich gleichwertig einbringen können. (Siehe auch Kapitel 3.1. und 3.2.)

Dass das nicht selbstverständlich gelingt, zeigen etwa die Praxiserfahrungen von [beteiligung.st](#), der steirischen Fachstelle für Kinder-, Jugend- und Bürgerbeteiligung. Die Fachstelle reflektiert die im Jahr 2009 durchgeführten Gemeindeforschungsbildungswerkshops mit Buben und Mädchen: 57 Prozent der Teilnehmenden waren Buben und nur 43 Prozent waren Mädchen. Darüber hinaus schreiben sie: „Buben bringen sich mehr und leichter in Diskussionen mit Gemeindeverantwortlichen ein, erhalten mehr Aufmerksamkeit und somit eine längere Sprechzeit als Mädchen.“



## TIPP

Was ist eigentlich der Unterschied zwischen Sex und Gender? Und gibt es mehr Geschlechter als nur Frauen und Männer? Antworten auf diese und ähnliche Fragen finden Sie auf [genderdings.de](#).



In Gruppenarbeiten übernehmen Mädchen oft die Protokollführung sowie Kreativtätigkeiten, inhaltlich haben Buben das Sagen.“ (2)

„Gut funktionierende Beteiligung“, so die Fachstelle beteiligung.st „verlangt eine Gratwanderung zwischen dem Akzeptieren, dass es Menschen gibt, die nicht gerne reden oder hinterfragen und dem Aufdecken von strukturellen Stolpersteinen, die gleichberechtigte Teilhabe erschweren.“ (2)

## Was kann man also tun, um Beteiligung gleichberechtigt zu gestalten?

- Darauf achten, dass die Einladung zur Beteiligung die Zielgruppen auch wirklich anspricht. Wie die Information gestaltet sein sollte, damit sie zur Teilnahme motiviert und ob es differenzierte Zugänge (etwa einen eigenen Bewerbungsflyer für Mädchen und einen für Burschen) braucht, kann man zum Beispiel von Fachpersonen erfahren, die über Erfahrung mit der Zielgruppe verfügen.
- Frauen und Mädchen sowie Männer und Burschen durch geschlechtergerechte Sprache gleichermaßen adressieren. Denn: Nur die männliche Form zu verwenden und Frauen und Mädchen nicht zu benennen, macht unsichtbar und schließt aus. Es gibt bereits zahlreiche Studien, die dies belegen. (3)
- Information für die Zielgruppe verständlich machen (2): Einfache Sprache oder gegebenenfalls Leichte Sprache wählen und/oder Information in mehreren Sprachen anbieten.
- Die Verwendung von geschlechtergerechter, inklusiver und verständlicher Sprache und entsprechenden Bildern und Grafiken ist im gesamten Beteiligungsprozess zentral, damit alle angesprochen werden und sich gut einbringen können. (2)
- Sich bei der Planung der Methoden, der Orte und der Zeiten der beteiligenden Aktivitäten nach den Lebensbedingungen und Möglichkeiten der Personen richten, die sich beteiligen sollen. (2, 4) So wird eine Beteiligungsmethode, bei der schriftliche Rückmeldungen gewünscht werden, für eine Personengruppe, die über wenig Schreib- und Lesekompetenz verfügt, nicht passend sein. Eine Methode, die mit Bildern und mündlicher Kommunikation arbeitet, aber schon. Eine Möglichkeit, auf knappe Zeitressourcen von besonders beanspruchten Gruppen ein zugehen, ist die beteiligenden Aktivitäten in Alltagsroutinen zu integrieren. (4) Außerdem können Sie überlegen, welche Angebote Sie machen können (etwa Kinderbetreuung), um eine Teilnahme für die Zielgruppe zu ermöglichen.



### TIPP

Nützliche Tipps und Tools zum geschlechtersensiblen, diskriminierungsfreien Schreiben und Sprechen finden Sie zum Beispiel auf der Webseite [genderleicht.de](http://genderleicht.de) oder in der Broschüre [Geschlechtersensible Sprache — Dialog auf Augenhöhe](#)



### TIPP

Die sogenannte Leichte Sprache folgt bestimmten Regeln. Mehr dazu [leichte-sprache.org](http://leichte-sprache.org).  
Zum Thema einfache Sprache gibt es ein [Factsheet](#) der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK).



## AUS DER PRAXIS

Es kann hilfreich sein, schon im Vorfeld in Erfahrung zu bringen, welche Orte und Zeiten für bestimmte Gruppen passend sind. Das Frauengesundheitszentrum macht immer wieder Angebote für ältere Frauen. Die Erfahrung zeigt, dass diese Gruppe am besten vormittags erreichbar ist. Veranstaltungen, die abends oder nachmittags stattfinden, wenn es draußen bereits dunkel ist, werden von dieser Gruppe nicht gerne besucht.

- Bei Fokusgruppen können homogene Zusammensetzungen der Teilnehmenden von Vorteil sein. Große Diversität in der Gruppe, etwa in Bezug auf formale Bildungsabschlüsse, könnten Teilnehmende mit niedrigerem Bildungsstatus davon abhalten, sich einzubringen. Geschlechtshomogene Gruppen bieten einen geschützten Rahmen, in dem auch intime Themen und Tabuthemen besprochen werden können. (2, 4, 5, 6) Wenn Sie eine sehr diverse Zielgruppe haben, ist es empfehlenswert, entweder Einzelinterviews oder für jede Subzielgruppe eine eigene Fokusgruppe durchzuführen. (7)
- Aus demselben Grund empfiehlt es sich, als Moderator:in für eine Fokusgruppe mit Frauen oder Mädchen eine Frau und für eine Fokusgruppe mit Männern oder Burschen einen Mann einzusetzen. (4, 5, 6)
- Den Moderierenden Gender- und Diversitätskompetenzen zur Verfügung stellen: So können zum Beispiel Hinweise für gendersensibles Moderieren in Leitfäden einfließen, insbesondere Strategien, wie es gelingen kann, dass Frauen und Männer in gemischten Gruppen gleich viel Raum einnehmen. (5, 6)
- Einen Mix an verschiedenen beteiligenden Methoden (etwa Interviews, Fragebögen, kreative Methoden, Fokusgruppen, Werkstätten) anzuwenden, hat den Vorteil, dass unterschiedliche Menschen die Chance bekommen, sich auf eine für sie passende Art und Weise einzubringen. (2)
- Soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, formale Bildung, Herkunftsland etc.) erfassen und die Ergebnisedanach auswerten. Nur so kann deutlich werden, ob unterschiedliche Gruppen gleichberechtigt beteiligt waren und ob sie unterschiedliche Bedürfnisse und Wünsche zum Ausdruck gebracht haben. (2, 4, 5, 6)

Die gleichberechtigte Beteiligung zukünftiger Nutzer\*innen bei der Erstellung einer Gesundheitsinformation unterstützt dabei, sie für die Nutzer:innen relevant, verständlich und anschlussfähig zu machen. Der Ablauf und die Methoden der Beteiligung sollten im Verlauf des Projekts daher immer wieder reflektiert werden: Wer macht mit? Wie beteiligen sich die verschiedenen Gruppen? Wer sind die Lauten, wer sind die Leisen? Braucht es eine Veränderung der Strategie oder der Methoden, damit sich alle gleich gut einbringen können? (2)



## TIPP

Der Blick auf geschlechtsspezifische Unterschiede sollte nicht dazu führen, vorhandene Stereotype in der zu erstellenden Gesundheitsinformation zu verstärken. Vielmehr geht es darum, die unterschiedlichen Geschlechterrollen und Lebensrealitäten zu berücksichtigen, (gesundheitsschädliche) Stereotype zu hinterfragen und Vielfalt aufzuzeigen.

## QUELLEN

1. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK): Gute Gesundheitsinformation Österreich. Die 15 Qualitätskriterien. Der Weg zum Methodenpapier — Anleitung für Organisationen. Wien, Graz: BMSGPK, Frauengesundheitszentrum, ÖPGK, 4.Auflage, 2020, [https://oepgk.at/wp-content/uploads/2020/12/2020\\_11\\_18\\_die-gute-gesundheitsinformation.pdf](https://oepgk.at/wp-content/uploads/2020/12/2020_11_18_die-gute-gesundheitsinformation.pdf) (Zugriff am 25.11.2021)
2. Birgit Lacheiner: Geschlechterreflektierende Partizipation, in: Steirischer Dachverband der offenen Jugendarbeit: Geschlechtsbezogene Zugänge in der offenen Jugendarbeit. Anregungen zur Arbeit im Handlungsfeld, 2015, S. 36–39, [http://www.dv-jugend.at/wp-content/uploads/2020/02/Geschlechtsbezogene\\_Zugaenge\\_in\\_der\\_OJA\\_2020\\_Screen.pdf](http://www.dv-jugend.at/wp-content/uploads/2020/02/Geschlechtsbezogene_Zugaenge_in_der_OJA_2020_Screen.pdf), (Zugriff am 27.9.2021)
3. Friederike Braun, Sabine Sczesny, Dagmar Stahlberg: Cognitive effects of masculine generics in German: An over-view of empirical findings, Communications, 2005, 30, S. 1 – 21, [https://www.researchgate.net/publication/240753314\\_Cognitive\\_Effects\\_of\\_Masculine\\_Generics\\_in\\_German\\_An\\_Overview\\_of\\_Empirical\\_Findings](https://www.researchgate.net/publication/240753314_Cognitive_Effects_of_Masculine_Generics_in_German_An_Overview_of_Empirical_Findings) (Zugriff am 25.11.2021)
4. Marlène Elias: Practical Tips for conducting gender-responsive data collection, Biodiversity International 2013, <https://www.biodiversityinternational.org/e-library/publications/detail/practical-tips-for-conducting-gender-responsive-data-collection/> (Zugriff am 27.9.2021)
5. National Democratic Institute (NDI), Gender, Women and Democracy program: Designing and implementing gender-sensitive fokus groups, [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj08XD057zAhXFgf0HHeQTBZkQFnoECAyQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ndi.org%2Ffiles%2F-NDI%2520Fact%2520Sheet\\_GenderandFocusGroups.docx&usq=AOvVaw1K93CrOnM4t7xzHTTEOO1D](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj08XD057zAhXFgf0HHeQTBZkQFnoECAyQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ndi.org%2Ffiles%2F-NDI%2520Fact%2520Sheet_GenderandFocusGroups.docx&usq=AOvVaw1K93CrOnM4t7xzHTTEOO1D) (Zugriff am 27.9.2021)
6. United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women: Gender Research: A How-To Guide, <https://genderaveda.cz/wp-content/uploads/2017/10/gender-research-a-how-to-guide.pdf> (Zugriff am 27.9.2021)
7. US-Department of Health and Human Services (2012): TOOLKIT for Making Written Material Clear and Effective, Part 6: How to collect and use feedback from readers, <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Written-MaterialsToolkit>

# Aus der Praxis: PeGGI

Um herauszufinden, ob es unterschiedliche Fragestellungen gibt, die Mädchen und Burschen in Bezug auf die Themen Ernährung und Bewegung beschäftigen, führte das Projektteam Fokusgruppen mit Mädchen und Burschen durch. Diese Gruppen wurden nach Geschlecht getrennt durchgeführt. Außerdem wurden alle Fokusgruppen mit Mädchen von Frauen und der Großteil der Fokusgruppen mit Burschen von einem Mann moderiert. So sollte es den Jugendlichen erleichtert werden, auch über intime Themen und Tabuthemen zu sprechen.

Obwohl es zuerst schwieriger war, Mädchen für das Projekt zu finden, waren schlussendlich mehr Mädchen als Burschen beteiligt: Die erste Phase der Beteiligung fand in den Sommermonaten statt. Die Schulen, die ursprünglich als Kooperationspartner:innen angedacht waren, fielen somit aus. Als gute Alternative zu den Schulen erschienen Jugendzentren. Viele Jugendzentren erreichen Mädchen aber schlechter als Burschen. Lange Zeit sah es so aus, als könnten gar keine Mädchen für die Teilnahme gewonnen werden. Multiplikator:innen aus dem Projektbeirat unterstützten dabei, Jugendzentren zu finden, die Mädchengruppen und Interesse an der Teilnahme hatten.

Die Fragen zu Ernährung und Bewegung waren bei Mädchen und Burschen ähnlich. Ein paar Unterschiede und Tendenzen konnte das Projektteam dennoch ableiten: Zum Beispiel fanden es Mädchen wichtig, zu benennen, dass nicht nur Laufen als Bewegung zählt, sondern gesunde Bewegung alles Mögliche sein kann: Von Schwimmen über Tanzen bis zu mit dem Fahrrad in die Schule fahren oder mit Freund:innen spazieren gehen. Die Burschen interessierten sich mehr als die Mädchen für das Thema Muskelaufbau und wollten wissen, welche Rolle proteinreiche Ernährung oder Proteinshakes dafür spielen. In acht Kurzvideos wurden die Fragen der Mädchen und Burschen aufgegriffen und von einer jungen Frau oder einem jungen Mann beantwortet. Abgesehen vom Geschlecht der Sprecher:in gab es keine Trennung in Informationen für Mädchen und Informationen für Burschen.



## Lessons Learned:

Geschlechterrollen wirken sich auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Mädchen und Burschen aus. Deswegen empfahlen Projektbeirat:innen, Inhalte wie Schönheitsideale, Essstörungen, Doping, Risikoverhalten oder Alkoholkonsum aufzugreifen. Diese Themen wurden von den Jugendlichen selbst seltener oder nicht explizit eingebracht und fanden daher keinen Eingang in die Gesundheitsinformation: Wegen der knappen Zeitressourcen, die im Projekt PeGGI schlussendlich zur Umsetzung der Gesundheitsinfos zur Verfügung standen, fokussierte das Projektteam auf die Fragen der Jugendlichen.

Eine Lesson Learned aus dem Projekt PeGGI ist daher: Geschlechterstereotype wirken zwar auf Jugendliche, es setzt aber ein hohes Maß an Reflexion und Vertrauen voraus, über diese zu sprechen. Hemmend könnte gewirkt haben, dass die Fokusgruppen online stattfanden und sich die Moderator:innen und die beteiligten Jugendlichen vorher nicht persönlich kennen gelernt hatten. Außerdem braucht es eine vielfältige methodische Aufbereitung des Themas, was in einer einmaligen Online-Fokusgruppe ebenfalls nur eingeschränkt möglich ist.

Das Wissen darüber, wie sich Geschlechterrollen auswirken und wie man Mädchen und Burschen stärkt, schädliche Geschlechterstereotype zu hinterfragen, kann auch von Fachpersonen mit Gender-Expertise einfließen. Für die Übersetzung dieses Wissens in Gesundheitsinformationen bedarf es der Unterstützung dieser Expert:innen sowie Feedbackschleifen mit den Ersteller:innen der Gesundheitsinformationen.

Das Projektteam vermutet, dass die besonderen Anstrengungen Mädchengruppen zu gewinnen, dazu geführt haben, dass schließlich mehr Mädchen als Burschen am Projekt teilnahmen. Eine Erfahrung aus dem Frauengesundheitszentrum ist: Mädchen trauen es sich oft nicht zu, etwas Wertvolles beizutragen und brauchen mehr Zuspruch und Ermutigung dafür. Positiv wirkt es sich aus, wenn Freundinnen auch teilnehmen. Im Projekt PeGGI gelang es schlussendlich Jugendarbeiter:innen ausfindig zu machen, die mit stabilen Mädchengruppen arbeiten und die die Mädchen bestärkten, mitzumachen.

Was durch die Beteiligung von Jugendzentren gut gelang, war sozioökonomisch benachteiligte Jugendliche zu erreichen: Die Jugendarbeiter:innen wurden gebeten, die finanzielle Situation der Jugendlichen einzuschätzen: Bei den Burschen zählten die Jugendarbeiterinnen drei von neun Burschen zur einkommensschwachen Schicht, bei den Mädchen sieben von 17 (zu den restlichen beteiligten Jugendlichen haben die Jugendarbeiter:innen keine Angaben gemacht).

# Zusammenfassung — das Wichtigste auf einen Blick

- Die Orientierung an den Bedürfnissen, Wünschen und Werten der Zielgruppe ist ein **Qualitätskriterium** für Gute Gesundheitsinformationen. Ein Weg, damit diese Anpassung gelingt, ist Nutzer:innen bei der Erstellung der Gesundheitsinformation zu beteiligen.
- Nutzer:innen sind **Expert:innen aus Erfahrung** und bringen individuelles Alltagswissen ein. Personen, die sich mit den Erfahrungen anderer in ähnlichen Lebenssituationen auseinandergesetzt haben, können darüber hinaus auch kollektives, reflektiertes Wissen einbringen.
- Je genauer und umfassender Sie die Zielgruppe einer Gesundheitsinformation definieren können, desto gezielter können Sie **passende Vertreter:innen** zur Beteiligung einladen.
- Es ist empfehlenswert mit **Personen, Organisationen, Netzwerken zusammenzuarbeiten, die die Zielgruppe kennen und Zugang zu ihr haben**. Das kann während des Projekts (etwa zur Gewinnung von Mitwirkenden an Beteiligungsprozessen oder für eine zielgruppengerechte Ansprache) und bei der Verbreitung der Gesundheitsinformation hilfreich sein.
- Wichtig ist eine **transparente Kommunikation** mit jenen Personen, die man zur Beteiligung gewinnen möchte, etwa: Worum geht es? Was ist das Ziel der Beteiligung? Was findet wann wo statt? Was sind die Erwartungen an die Mitwirkenden? Wie wird mit ihren Rückmeldungen umgegangen? Gibt es eine Aufwandsentschädigung und/oder sonstige Unterstützung?
- Wesentlich für das Gelingen der Beteiligung ist es, einen für die Mitwirkenden **günstigen Zeitraum** (etwa vormittags oder abends, Schulzeit oder Ferien) auszuwählen.
- Beteiligung kann einmalig erfolgen oder auch kontinuierlich beziehungsweise zu mehreren Zeitpunkten im Laufe des Projekts. Sie kann darauf abzielen, die Perspektiven der Mitwirkenden in Erfahrung zu bringen oder (auch) darauf, ihnen Mitbestimmung zu ermöglichen. **Überlegen Sie, wann, wie oft und auf welcher Stufe Beteiligung realistisch umgesetzt werden kann und wodurch der größte Nutzen erwartbar ist**. Auch fünf Personen im Rahmen einer Nutzer:innentestung zu beteiligen, hat einen Mehrwert.
- Es gibt **verschiedene Methoden**, die zur Beteiligung eingesetzt werden können. Häufig verwendet werden qualitative Methoden wie zum Beispiel Fokusgruppen. Die gewählte Methode sollte zur Zielgruppe passen, zur Projektphase, in der sie eingesetzt wird, und zur geplanten Stufe der Beteiligung.
- Manche Zielgruppen sind weniger gut erreichbar und es braucht Überlegungen, **wie man sie am besten gewinnt und wie man Beteiligung gestaltet, damit sich alle gleich gut einbringen können**. Hilfreich ist zum Beispiel die Verwendung von geschlechtergerechter, inklusiver Sprache, dem Projektteam Gender- und Diversitätskompetenzen zur Verfügung zu stellen und einen Mix an verschiedenen Beteiligungsmethoden umzusetzen.

# 5

„Nutzer:innen sind Expert:innen aus Erfahrung. Ihr Wissen kann uns niemand anderes so gut geben wie sie.“ Projektteam PeGGI

# 6 Anhang