



Laienpartizipation in einer Gesellschaft der ExpertInnen

– von einer idealistischen Forderung zu einer
realistischen Chance

Rudolf Forster

Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research
und Universität Wien



Ausgangspunkt: Partizipation in der modernen Gesellschaft

■ Partizipation

- Allgegenwärtiger Begriff
- Ideologisch aufgeladen
- Vieldeutig interpretiert
- Hohe Erwartungen vs. mit Skepsis betrachtet

■ Moderne Gesellschaft

- Funktionale Differenzierung (Arbeitsteilung)
- Spezialisierung
- Ausdifferenzierung von Experten- und Laienrollen (Asymmetrie)
- Bedeutung von Expertensystemen: prägen Machtdiskurse durch Wissen (Problemdefinitionen; Lösungshorizonte)



These 1:

Über die Partizipation von „Laien“ existieren mehrere unterschiedliche Diskurse nebeneinander, die unterschiedliche Begründungstraditionen und Zielsetzungen beinhalten.



Drei Partizipationsdiskurse

- Demokratisierung
 - Erweiterung der politischen Kultur: aktive Beteiligung
 - Partizipation als *Wert an sich*
- Emanzipation
 - Rückeroberung von Kontrolle über wichtige Lebensbereiche (→ Empowerment)
 - Sozial gestuft
- Utilitarismus/Nützlichkeit
 - Eine neue Form des Managements von Problemen
 - Nachweis des Nutzens; Nutzen für wen?, neue Verpflichtung



Aus: Arnstein, S. R. (1969):
A ladder of citizen participation.
In: Journal of the American
Institute of Planners, 35 (4), 216.



These 2:

Gesundheit steht nicht zufällig im Zentrum derartiger Entwicklungen. Teil der „Gesundheitsgesellschaft“ (Kickbusch) sind neue Chancen für mehr Selbstbestimmung und Einmischung, aber auch neue Erwartungen an mehr Verantwortung und aktiveres Tun.



Partizipation in der „Gesundheitsgesellschaft“

- Massive Bedeutungszunahme und -veränderung von Gesundheit
- Paradigmenwechsel: Gesundheit, kann nicht (nur) an Experten delegiert werden, „wandert aus dem Versorgungssystem aus“ und rückt näher an den Alltag → neue, aktivere Rolle und mehr Verantwortung der „Laien“ (individuell und kollektiv)
- Antriebskräfte und mögliche Konfliktfelder
 - Gesundheit als neuer Markt (Wirtschaft)
 - Gesundheit als Feld neuer Regulierungen/Kontrollen (Staat)
 - Gesundheit als Feld zunehmender Expertisierung



Partizipation als programmatische Forderung in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung

- „Die Menschen haben das Recht und die Pflicht individuell und kollektiv an der Planung und Implementierung ihrer Gesundheitsversorgung teilzunehmen“ (WHO, Alma Ata Deklaration 1979)

- Partizipation als Grundprinzip der Gesundheitsförderung:
Partizipative Gestaltung soll ermöglichen, dass Gesundheitsförderungsaktivitäten
 - besser auf Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt sind
 - Ressourcen der Zielgruppe zur Umsetzung aufgegriffen werden
 - situative Möglichkeiten und Hindernisse aus Sicht der Zielgruppe besser berücksichtigen
 - und damit höhere Erfolgchancen haben



These 3:

Dem programmatisch stark verankerten Partizipationsideal in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung scheint eine uneinheitliche und in Ausmaß und Effekten hinter den Erwartungen zurück bleibende Partizipations-Praxis gegenüber zu stehen.



Prozesse und Ergebnisse von Partizipation: zu wenig Wissen, wenig Evidenz, Hinweise auf viele Barrieren

- Unzureichendes Wissen
 - Unterschiedliches Partizipationsverständnis
 - Umsetzung in verschiedenen Kontexten mit verschiedenen Zielgruppen
 - Schwer vergleichbar
- Umsetzung beschränkt sich vielfach auf „niedrige“ Stufen
- Wenig Hinweise auf nachhaltige Effekte
- Viele Hinweise auf diverse Barrieren
 - Akteursebene: Motivations- und Kompetenzdefizite der Experten und Laien (Überforderung, Misstrauen, Skepsis)
 - Systemebene (Organisationen, politische Rahmenbedingungen): Zu wenig Anerkennung und Bereitstellung von Ressourcen



Zwischenbilanz

- Diskrepanz: Hohe Erwartungen vs. schwierige Umsetzung und wenig nachweisbare Ergebnisse
- Schlussfolgerungen: Um Partizipation als eine Strategie für bessere, lebensweltnahe und angemessene Interventionen weiter zu entwickeln, bedarf es
 - eines klareren Verständnisses
 - einer Überwindung/Erweiterung primär normativer Sichtweisen
 - einer besseren Berücksichtigung des jeweiligen Umsetzungs-Kontextes
 - einer entsprechenden Planung und systematischen Unterstützung



These 4:

Die Essenz von Partizipation ist die Einflussnahme auf
Entscheidungsprozesse



Partizipation: eine Begriffsabgrenzung

- Vorschlag: Partizipation ist (individuelle oder kollektive) Beteiligung an Entscheidungsprozessen
 - die für die eigenen Möglichkeiten der Lebensgestaltung und die eigene Lebensqualität wichtig sind
 - und häufig in hohem Ausmaß von etablierten Experten/Stakeholdern kontrolliert werden
- Partizipation in diesem Verständnis unterscheidet sich von
 - Teilnahme an bestimmten Programmen/Initiativen („Mitmachen“)
 - Sozialer Inklusion (gleichberechtigte Teilhabe an wichtigen gesellschaftlichen Lebensbereichen)
 - Empowerment als umfassender Prozess, mehr Kontrolle über das eigene Leben zu gewinnen (→ Voraussetzung und mögliches Ergebnis von Partizipation)

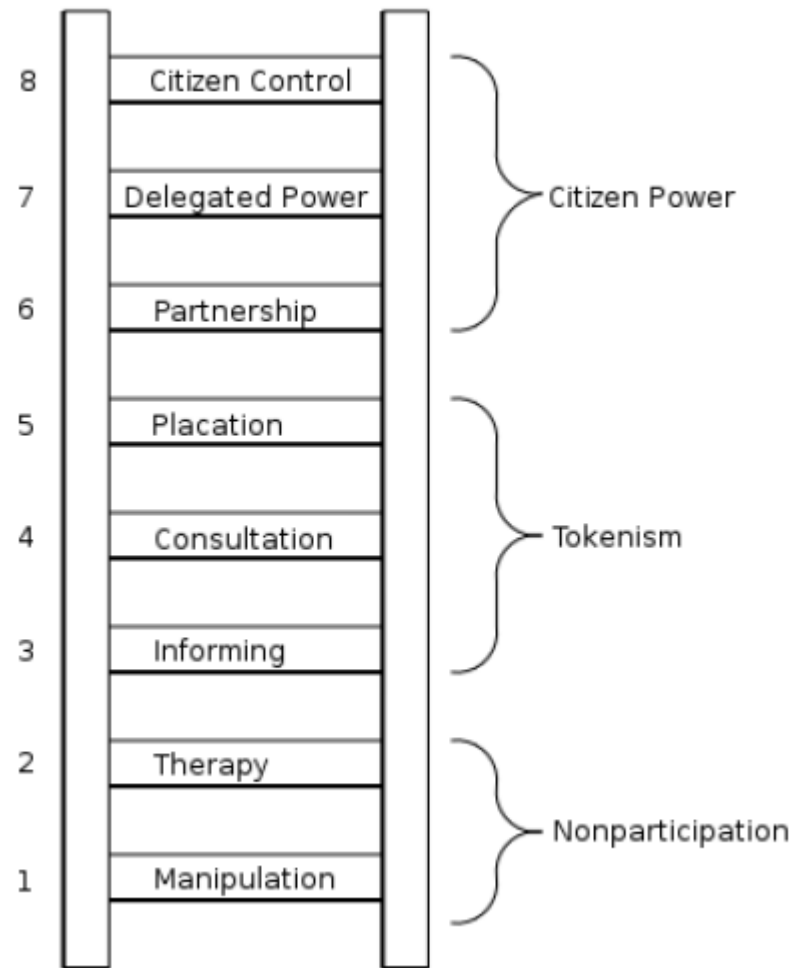


These 5:

Das vorherrschende „Leiter“-Modell von Partizipation ist zu einfach, normativ und einseitig. Es kann Entwicklungen auch behindern statt fördern.



Das Leiter-Modell der Partizipation nach Arnstein (1969)





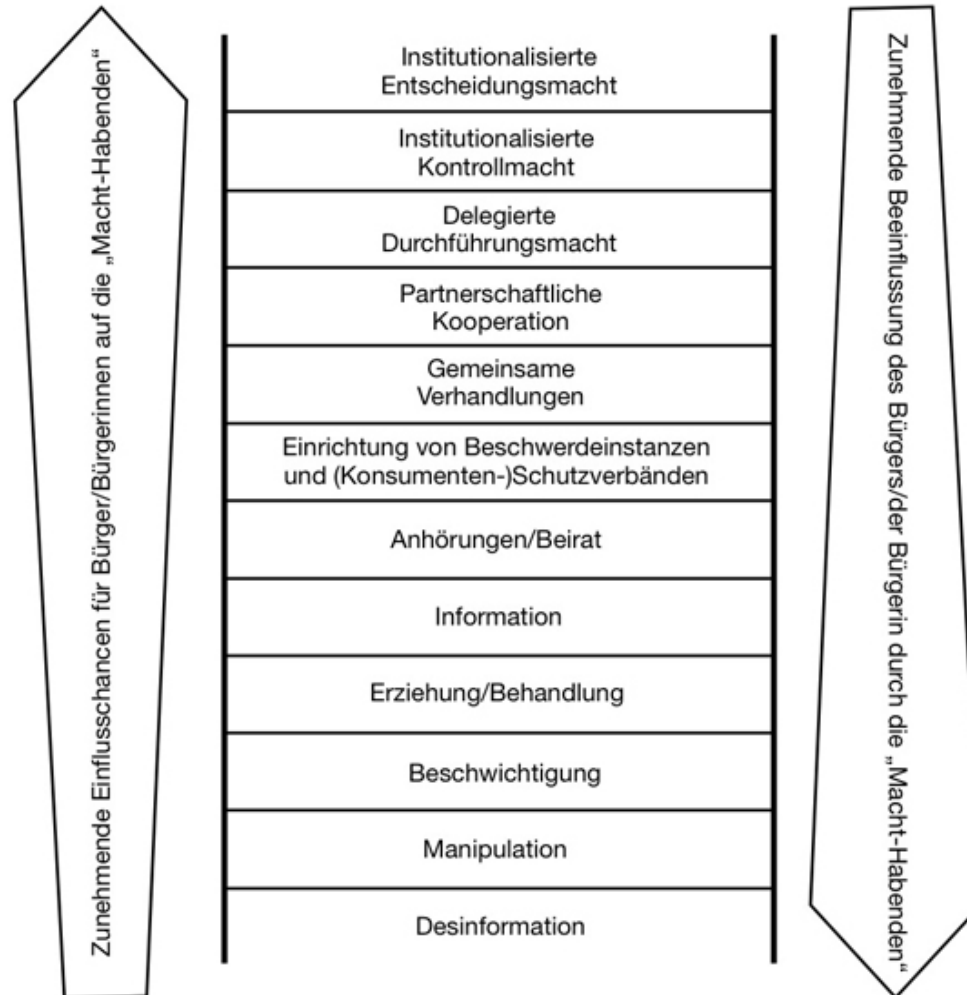
Kritikpunkte am Leiter-Modell

- **Normativ**
 - mehr Partizipation ist immer besser
 - Vollständige Bürgerkontrolle als eigentliches Ideal
 - Wertet eingeschränkte Partizipationsmaßnahmen (unabhängig von der jeweiligen Situation) ab
- **Verkürzter/einseitiger Machtbegriff**
 - Geht von „Nullsummenmacht“ aus
 - Führt zu einer Situation von Gewinnern/Verlierern
 - Führt zu Vorsicht, Abwehr und strategischem Umgang durch etablierte Experten
- **Vernachlässigung des Potentials eines Austausches von Wissen und Erfahrungen zwischen Experten und Laien**



Bürgerbeteiligung

Die 12-stufige Leiter der Beteiligung von Bürgern und Bürgerinnen an lokalen Entscheidungsprozessen



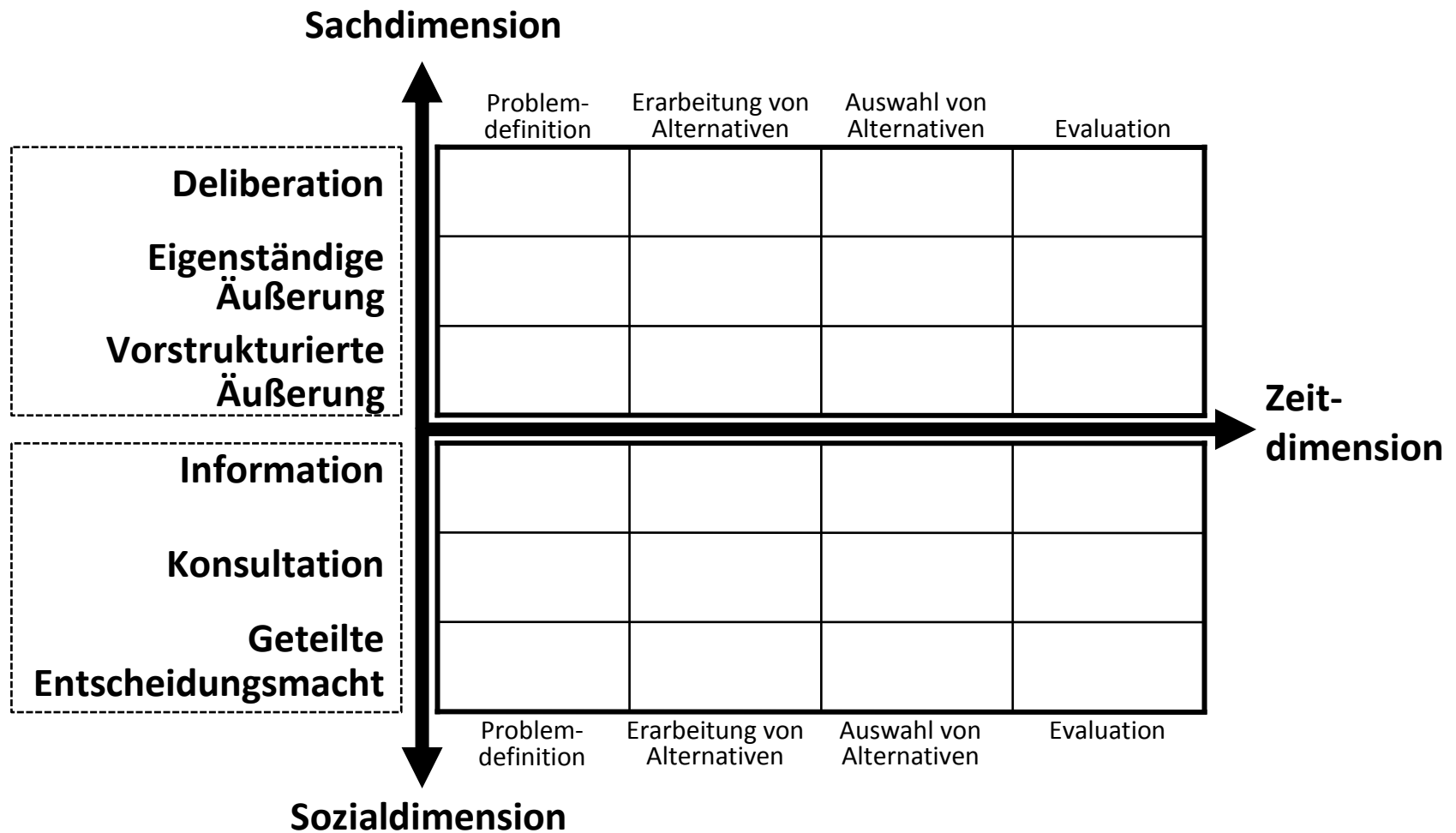


Partizipation an Entscheidungsprozessen als mehrdimensionaler Prozess

- **Sachdimension:** bezeichnet Themen/Wissensformen die von Laien in unterschiedlichen Formen und Graden in Entscheidungsprozesse eingebracht werden können
 - Vorstrukturierte Äußerung → eigenständige Äußerung → Deliberation
- **Sozialdimension:** bezeichnet die Möglichkeit von Laien durch Artikulation von Konsens und Dissens den Entscheidungsverlauf zu beeinflussen
 - Information → Konsultation → Geteilte Entscheidungsmacht
- **Zeitdimension:** Entscheidungsprozesse durchlaufen mehrere Phasen. Kritische Frage: wann werden Laien involviert?
 - Problemdefinition → Erarbeitung von Alternativen → Auswahl von Alternativen → Umsetzung und Evaluation



Dreidimensionales Modell zur Partizipation an Entscheidungsprozessen





These 6:

Partizipation ist ein situativ sehr unterschiedlicher sozialer Prozess: Je nach dem Setting, der Problemstellung, den beteiligten Akteuren und ihren Erfahrungen, den etablierten Entscheidungsstrukturen etc. ist Partizipation unterschiedlich möglich und entwickelbar und führt zu unterschiedlichen Ergebnissen und Erfahrungen.



Beispiel 1: Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (Deutschland) (Etgeton 2009; Meinhardt et al. 2009)

■ Kontext

- G-BA oberstes Gremium der Selbstverwaltung in der GKV (Leistungskatalog)
- Seit 2004 gesetzlich verankerte Beteiligung von legitimierten, sachkundigen und unabhängigen Patientenvertretern an Beratungen auf verschiedenen Ebenen
- Hauptziel: direkte Vertretung von Patienteninteressen neben Anbietern und Financiers

■ Dimensionen der Beteiligung

- Sozial: umfassende Beratungsbeteiligung - kein Stimmrecht (anfänglich zentral)
- Sachlich: Einbringen von Patientensichtweisen; Einblick in Expertendiskurse
- Zeitlich: Einbindung in den gesamten, stark reglementierten Ablauf

■ Erfahrungen, Einschätzungen, kritische Fragen (Sicht der Patientenvertreter)

- Kulturwandel; gutes Arbeitsklima; kritisch: keine Ausgewogenheit zwischen Erfahrungsexpertise (Lebensqualität; Alltagserfahrungen) und Fachwissen
- Abläufe begünstigen Experten mit ihren überlegenen Ressourcen, ihrem „Insider“-Wissen, eingespielten Koordinierungs- und Kommunikationsstrukturen
- Entscheidungsbeteiligung (Stimmrecht) für Patientenseite derzeit nicht im Vordergrund: Abbau von Asymmetrie durch organisatorische Unterstützung und Schulung (-> Nachbesserungen) sowie Einfluss auf Verfahrensfragen



Beispiel 2: Bürgerrat des National Institute of Clinical Excellence (NICE), UK (Davies et al. 2005, 2006)

■ Kontext:

- NICE erarbeitet Richtlinien für den nationalen Gesundheitsdienst (seit 1999)
- 2002: Bürgerrat als Beratungsorgan gegründet (30 repräsentative Bürger/innen)
- Ziel: Perspektive der Öffentlichkeit in herausfordernden gesundheitspolitischen Fragen berücksichtigen; Bürgerrat erarbeitet Stellungnahmen zu vorgegebenen Fragen (z.B. Strategien gegen gesundheitliche Ungleichheit).

■ Dimensionen der Beteiligung

- Sozial: Beratungsbeteiligung, weitgehend abgekoppelt von NICE-Experten → Bürger/innen diskutieren untereinander
- Sachlich: Problemstellung vorgegeben, Informationsphase (unterschiedliche Positionen), dann Austausch von Wissen, Erfahrungen und Werthaltungen unterstützt von externen Moderatoren; Abschluss: Erstellung einer Stellungnahme zur Problemstellung (Bericht)
- Zeitlich: spezifische Phase (Bewertung von Alternativen), intensiv über 3 Tage (zweimal jährlich)

■ Erfahrungen, Einschätzungen, kritische Fragen (Evaluationsstudie)

- Hohe Zufriedenheit der Teilnehmer: Wissenserweiterung und Kompetenzentwicklung
- Wichtige Voraussetzungen: Informationsaufbereitung und Prozessunterstützung
- Hoher Aufwand in Vorbereitung und Durchführung
- Ergebnisse: neue und andere Ergebnisse (als z.B. durch Meinungsumfragen); NICE ist verpflichtet zu einer Erklärung über den Umgang mit den Beratungsergebnissen



Resümee: Partizipation ist kein Projekt radikaler Machtverschiebung, sondern eine Möglichkeit sozialer Innovation und Transformation.



Resümee:

- Partizipation: immer auch eine Frage von Werten; Konflikte als inhärenter Bestandteil
- Bedarf auch der Bereitschaft zur Mitwirkung aller Beteiligten
- Als sozialer Prozess planbar, gestaltbar, evaluierbar – längerfristig, flexibel, erfahrungsbasiert zu entwickeln
- Bedarf der systematischen „Kapazitätsentwicklung“ auf mehreren Ebenen
- Braucht bessere wissenschaftliche Konzepte und empirische Beobachtung; verstärkte Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

PS: Literaturnachweise beim Verfasser erhältlich