

Stakeholder-Beteiligung als Methode: eine Reflexion

Julia Perry, M.A.,

Dr. Scott Stock Gissendanner, Benjamin Herten, M.A. & Prof. Dr. Silke Schicktanz

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen & IEGUS Institut
(Berlin/Bochum)

**AEM-Jahrestagung: Kollektivität im Gesundheitswesen:
Ethische Theorien und Praxisfelder von Gruppen als Akteuren
Göttingen, 28. September 2019**

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Warum Stakeholder für biomedizinische Innovationen und Politikentwicklung?

- „**Stakeholder**“ bezeichnet Personen, Gruppen oder Institutionen, die durch gesellschaftliche Entscheidungen betroffen sind und somit einen Anspruch haben, in diesen Entscheidungen berücksichtigt zu werden
- Mechanismus zum Wissensaustausch & Wissensgeneration (Phillipson et al. 2012; Murtagh et al. 2017)
- Beteiligung als Form der Demokratie & Förderung kollektiver Teilhabe an gesundheitspolitischen Entscheidungen (Agné et al. 2015)
- Eignung kollektiver Entscheidungsfindung zur ethischen Bewertung biomedizinischer Fortschritte mit gesamtgesellschaftlicher Relevanz, die mit Vor- sowie Nachteilen behaftet sind (Burgess et al. 2018; Lemke & Harris-Wai 2015; Hage et al. 2010)

Problemstellung

- Abweichung in der Art, wie Stakeholder-Verfahren genutzt bzw. eingesetzt werden (Murtagh et al. 2017; Lemke & Harris-Wai 2015)
- Unklar aus ethischer Sicht: wer wie beteiligt werden soll & welches Beteiligungsverfahren geeignet (Murtagh et al. 2017; Hansen et al. 2018)
- Tangierte Gruppen werden oftmals zu spät zusammengeführt

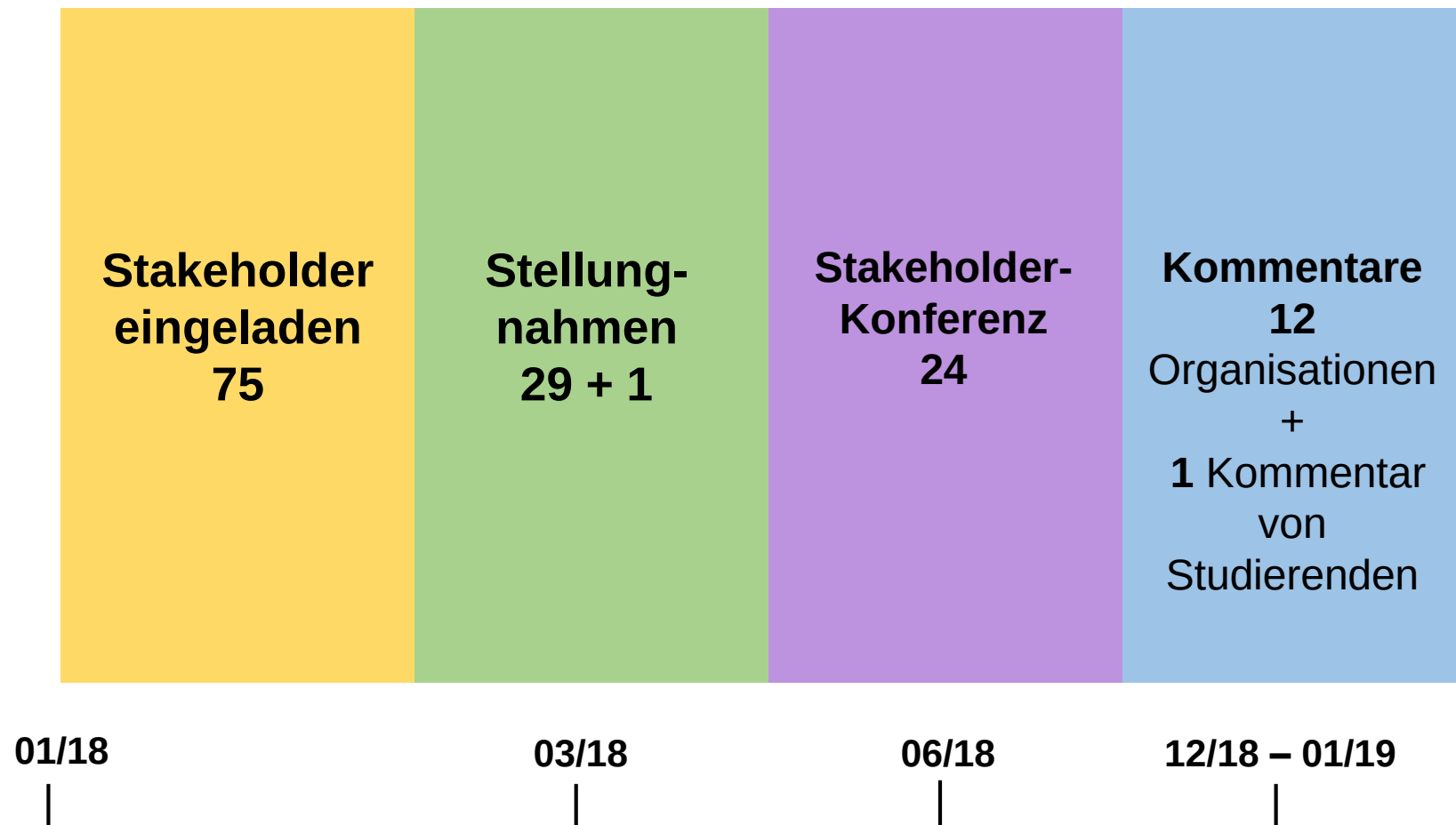
Reflexion: Stakeholder-Verfahren

- (1) Auswahl der Stakeholder
- (2) Kapazitäten und Kompetenzen
- (3) Heterogenität in der Zusammensetzung vs. Konsensfähigkeit
- (4) Zeitrahmen
- (5) Zielsetzung
- (6) Rolle der Moderation / Organisation

Beispiel: Diskursverfahren „Konfliktfall Demenzvorhersage“ (2017-2019)

- Neue Testverfahren mit dem Ziel einer Demenzvorhersage werfen wichtige bioethische Fragen auf
- Pot. Vorteile
 - medizinische Vorteile (Krankheitsmanagement)
 - individuelle Vorteile (Planungssicherheit, Prävention/Lebensstiländerung, Recht auf Wissen)
 - gesellschaftliche Vorteile (Kostensenkung)
- Pot. Bedenken
 - angesichts mangelnder Therapieoptionen (psychische Belastung, Stigmatisierung)
 - hinsichtlich einer Risikovorhersage / Testqualität (Umgang mit Risikoinformationen, Testgüte)
 - bezüglich individueller Freiheiten (Verpflichtung, Recht auf Nichtwissen)

Methode des Diskursverfahrens:



(1) Auswahl der Stakeholder

- Weite Definition (Beratung durch Projektbeirat)
- Kurze Stellungnahme als Selbstselektion (gute Rückmelderate 40%):
 - tiefgehende Auseinandersetzung mit der Thematik
 - breites Spektrum an teilnehmenden Organisationen
- Verfügbarkeit bzgl. Konferenz frühzeitig abgefragt, ‚Delegationsmodell‘

STAKEHOLDER IN DEN BEREICHEN:

- ETHIK
- DEMENZBERATUNG / SELBSTHILFE /
SOZIALVERBÄNDE
- BERUFS- UND FACHVERBÄNDE
- RELIGIONSGEMEINSCHAFTEN
- GESUNDHEITSWESEN /
SELBSTVERWALTUNG
- WIRTSCHAFT / GESELLSCHAFT
- WISSENSCHAFT

Peer-Concept-Mapping

- Technik zur Zwischenauswertung
(Mills et al. 2015; Vinson 2014; Novak & Canas 2008)

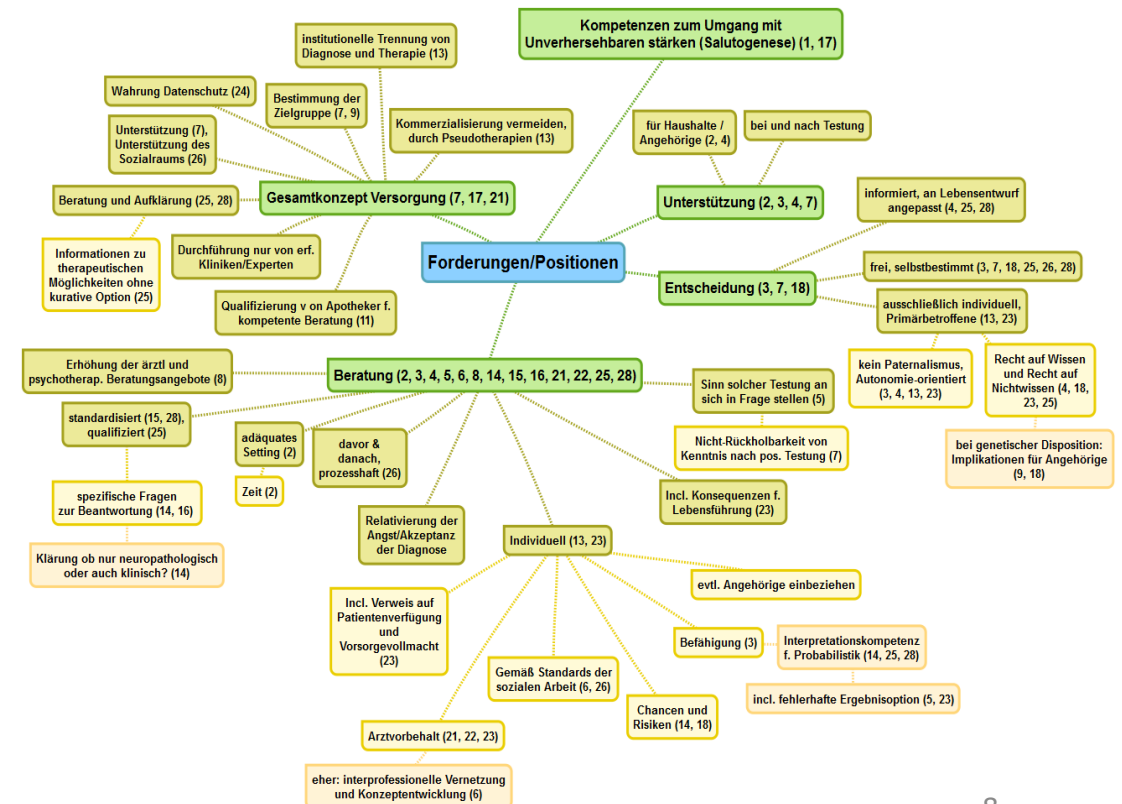
→ zentrale Aussagen visuell und
thematisch zu gruppieren

- Vorarbeit zur Konferenz zur Bildung von
thematischen Arbeitsgruppen

A) AG Diagnostische Fragen

B) AG Psychosoziale Fragen

C) AG Ethisch-rechtliche Fragen



(2) Kapazitäten und Kompetenzen?

- Aussendung von Informations-/Hintergrundmaterialien
- Moderation des Plenums durch professionelle, externe Person
 - Neutralität
 - Ausgleich
 - Schaffung sozialer Atmosphäre
- Fortlaufende Visualisierung von allen aufgebrachten Diskussionspunkten in den AGs und im Plenum
- Rolle von VertreterInnen von Organisationen und Verbänden explizit bei Einladung benannt
- Stakeholder vertreten z.T. Interessen, die nicht auf wissenschaftlichen oder klinischen Hintergrund beruhen → Erinnerung, dass sie bestimmte Organisation vertreten

(3) Heterogenität in der Zusammensetzung vs. Konsensfähigkeit

- Pluralität der Perspektiven durch Arbeitsweise erhalten: Arbeitsgruppen für Textherstellung, Plenumssitzungen zur Konsentierung der Ergebnisse
- Problem Anwesenheit: meinungsstarke Stakeholder waren z.T. nicht über die gesamte Zeit der Konferenz anwesend bzw. Ausfall bestimmter fachlicher Bereiche
- Redaktionsprozess, der in sequentiellen Schritten durchgeführt wurde & allen Stakeholdern zur Überprüfung gespiegelt wurde
- Kommentierungsrunde
- Output: 9-seitige Stellungnahme

(4) Zeitrahmen

- Realistisch planen: z.B. Fachtagungen i. d. R. 1,5-2 Tage
- Vorarbeiten durch Materialien
- Klare und formale, zeitliche Vorstrukturierung der Konferenz
- Nachbearbeitungszeit gewährleisten

(5) Zielsetzung

- Klar formulieren: ‚Stellungnahme‘, Mindestlänge, Adressaten
- Ergebnisoffen, Konsens oder Dissens, ggf. Forschungsbedarf
- Nutzung eines ernannten Redaktionsteams aus der Stakeholder-Gruppe für Überarbeitungsprozesse
- Stellungnahme: erste gemeinsame Position zum Thema Demenzprädiktion im deutschsprachigen Raum
- Bildungsschwerpunkt parallel & darauf aufbauend
- Transparenz durch Projektwebsite: www.praediadem.de

(6) Rolle der Moderation/Organisation

- Rollen zwischen Moderation & inhaltlicher Organisation trennen
- Kritische Punkte explizit benennen:
 - **auf methodischer Ebene** → interessensgeleitete Einflussnahme offen legen & Diskursoffenheit als Teilnahmebedingung
 - **auf inhaltlicher Ebene** → Folgekonferenzen für ungelöste Diskussionspunkte
- Evaluation: wichtiger Teil des Prozesses

Evaluation durch Teilnehmende der Stakeholder-Konferenz, n=15 von 24

- **Allgemeines positives Feedback**

Diskurs hat die Möglichkeit gegeben...

- die eigene Perspektive zu teilen und andere Perspektiven zu verstehen
- Konsens- als auch Dissensbereiche zu identifizieren
- in einem hoch reflexiven und sehr produktiven Setting zu arbeiten



- **Allgemeines negatives Feedback**

- hoher Zeitdruck
- zu wünschen wäre eine am Anfang klarer gestellte Differenzierung zwischen Diagnostik/Frühdagnostik/Prädiktion bzw. zwischen asymptomatischen Personen und Personen mit MCI



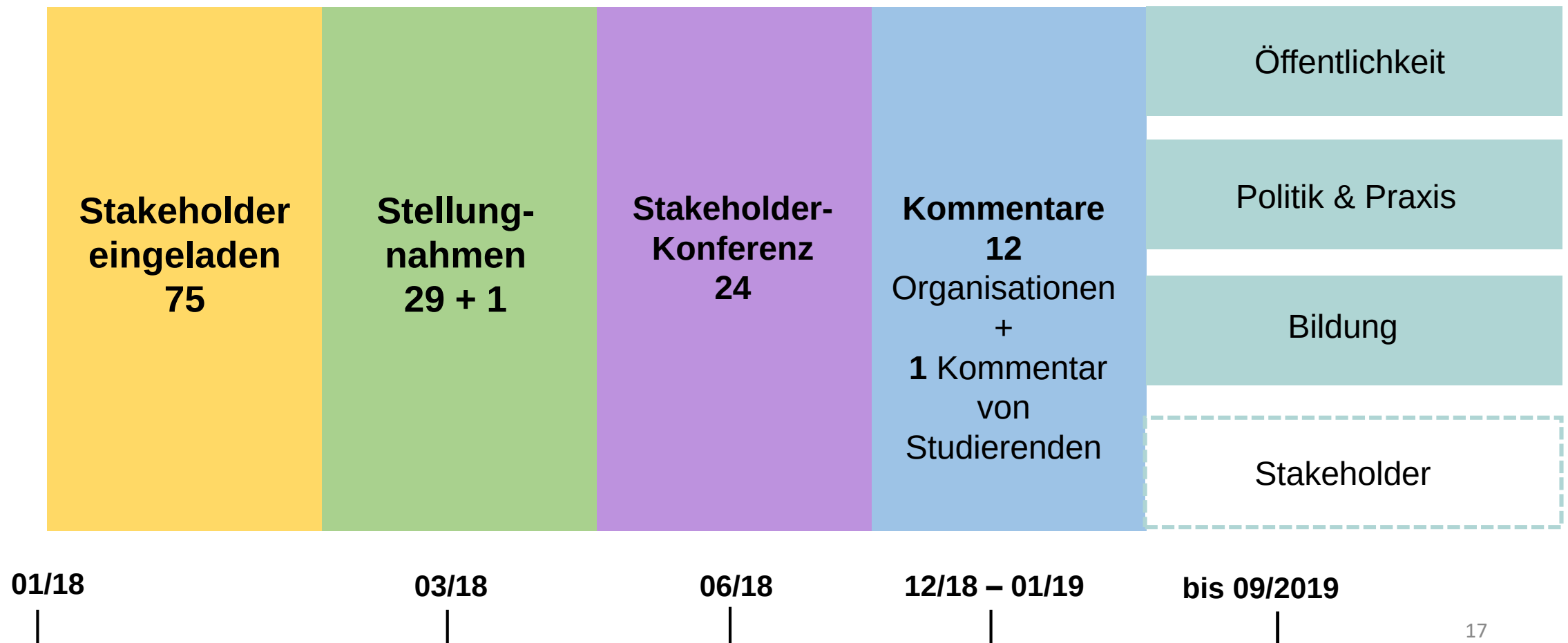
Zusammenfassende Reflexion des Diskursverfahrens:

- (1) Auswahl der Stakeholder
- (2) Kapazitäten und Kompetenzen
- (3) Heterogenität in der Zusammensetzung vs. Konsensfähigkeit
- (4) Zeitrahmen
- (5) Zielsetzung
- (6) Rolle der Moderation / Organisation

Zusammenfassende Reflexion des Diskursverfahrens:

- (1) weite Definition von Stakeholdern & Einholung schriftlicher Positionen
- (2) Informationsmaterialien & Rollendefinitionen
- (3) Pluralität durch Arbeitsweise, Redaktionsprozess & Kommentierung
- (4) Vorarbeit durch Materialien & Vorstrukturierung der Konferenz
- (5) methodisch: Zielsetzung klar formulieren;
inhaltlich: Ergebnisoffenheit wahren
- (6) methodisch: Diskursoffenheit als Teilnahmebedingung;
inhaltlich: Folgekonferenzen & Evaluation

Dissemination & Ausblick des Diskursverfahrens



Projektteam



Prof. Dr. Silke Schicktanz

Projektleitung

✉ silke.schicktanz@
medizin.uni-goettingen.de



Julia Perry, M.A.

Projektmitarbeiterin

✉ julia.perry@
medizin.uni-goettingen.de



**Dr. Scott Stock
Gissendanner**

Projektleitung

✉ s.gissendanner@iegus.eu



Benjamin Herten, M.A.

Projektmitarbeiter

✉ benjamin.herten@
iegus.eu

Vielen Dank!



julia.perry@medizin.uni-goettingen.de

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Universitätsmedizin Göttingen

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung