KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG

14. Jg ■ Heft 4 ■ September 2018

Inhalt

Themenschwerpunkt: Partizipative Forschung

3 Editorial

4 Partizipativ forschen für kommunale Gesundheitsförderung
PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen
Die Mitglieder des Forschungsverbundes PartKommPlus

6 Methodenvielfalt im Projekt GESUND!
Wie Menschen mit Lernschwierigkeiten partizipativ forschen
Silke Elze, Sven Frey und Christian, Theresa Allweiss und Nikola Schwersensky

8 Partizipative Praxisforschung konkret
Erfahrungen aus einem Forschungsprojekt in Suchtberatungsstellen
Rita Hansjürgens

11 Partizipative Qualitätsentwicklung
Teilhabe in sozialpsychiatrischen Einrichtungen verwirklichen
Elke Hilgenböcker & Andreas Bethmann

14 Beteiligung afrikanischer Communities an der RKI KABP-Studie
Stephen Amoah & Rosaline Mbayo

2 Zu dieser Ausgabe: Autor*innen, Termine, Informationen, Wissenschaftlicher Beirat, Impressum

15 Stellungnahme der DVSG: Leitlinien und Empfehlungen für eine Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung

Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.

Zu den Autor*innen dieser Ausgabe

Theresa Allweiss, Ergotherapeutin (BSc.) und Gesundheitswissenschaftlerin (MSc.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin in PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB).
Kontakt: theresa.allweiss@khsb-berlin.de

Stephen Kow Baako Amoah, Master of Science in International Health (MscIH), Mitarbeiter im Projekt Afrikaherz. Kontakt: berlin.missa@gmail.com

Andreas Bethmann, M.A., Mediator, wissenschaftlicher Mitarbeiter in der „Koordinierungsstelle PartKomm Plus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen", Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB).
Kontakt: andreas.bethmann@khsb-berlin.de
Die Mitglieder des Forschungsverbundes PartKomm Plus unter: www.partkommplus.de

Silke Elze, Sven Frey & Christian, Mitforschende im Projekt GESUND!; Lichtenberger Werkstätten gemeinnützige GmbH.

Dr. Rita Hansjürgens, Prof. Dr., M.A. Sozialarbeiterin, Professorin für Handlungstheorien und Methoden Sozialer Arbeit und Allgemeiner Pädagogik an der Alice-Salomon-Hochschule, Berlin.
Kontakt: hansjuergens@ ash-berlin.eu

Elke Hilgenböcker, Diplom-Soziologin, selbstständig als Evaluatorin und Coach im Sozial- und Gesundheitswesen (www.bethil.de).
Kontakt: e.hilgenboecker@bethil.de

Rosaline Mbayo, Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Master of Arts (M.A.), Projektkoordinatorin Afrikaherz seit 1999. Kontakt: afrikaherz@via-in-berlin.de

Petra Narimani, Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Promovendin FU Berlin, wiss. Mitarbeiterin an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) im Projekt PartKommPlus.
Kontakt: Petra.Narimani@khsb-berlin.de

Nikola Schwersensky, BSc. Gesundheitswissenschaften, Physiotherapeutin, aktuell im Masterstudiengang Soziale Arbeit, Partizipation und Sozialraumorientierung; Projektmitarbeiterin im Projekt GESUND!, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB).
Kontakt: nikola.schwersensky@khsb-berlin.de

Fortbildungen und Tagungshinweise

„BEHINDERT UND GESUND.
Gesundheit in der Behindertenhilfe"
19. Fachtagung der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost in Kooperation mit dem Projekt GESUND! der Kath. Hochschule für Sozialwesen Berlin. Zeit: 21. August 2018, 10–15 Uhr. Ort: Mühlenbergbrauerei, August-Bebel-Straße 13, 14715 Schollene (Sachsen-Anhalt).
Ziel: Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung von Menschen mit sog. geistiger Behinderung.
Ansprechpartner:
Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost,
E-Mail: info@stiftung-reha.berlin www.stiftung-reha.de

5. Berufskongress für Soziale Arbeit
– Engagement aus Erkenntnis
5. Berufskongress für Soziale Arbeit. Zeit und Ort: 18. bis 20. Oktober 2018 in Berlin-Spandau . Thema: Haltung. Der Kongressauftrag leitet sich aus der Internationalen Definition der Sozialen Arbeit sowie der Berufsethik und den berufsethischen Prinzipen des DBSH ab. Konkrete Leitlinien bilden die „Haltung innerhalb der Profession" der Sozialen Arbeit, die „Entwicklung eines Verständnisses für sich selbst" als Selbstsorge, sowie die „Perspektive der nachwachsenden Generation". Was bedeutet Haltung im Zusammenhang mit der Profession Soziale Arbeit? Wie kann die Haltung innerhalb der Profession aussehen? Welche Kompetenzen werden für eine professionelle Haltung benötigt? Kann man Haltung erlernen und wenn ja wie? Im Rahmen des Kongresses führen 4 Symposien vertiefend in die Thematik ein. Weitere Informationen: https://www.berufskongress-soziale-arbeit.de

SAVE THE DATE
DVSG-Bundeskongress 2019
Termin: 14. und 15. November 2019
Veranstaltungsort: Kongress Palais Kassel
Weitere Informationen:
https://dvsg.org/dvsg-bundeskongress

„Mitwirken! – Partizipation
in Einrichtungen praktisch umsetzen"
Seminar der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie. Zeit und Ort: 5. bis 6. November 2018 in Fulda.
Inhalt: BTHG: das Recht auf soziale Teilhabe/Transfer in der Praxis/Wirkungen von Teilhabemaßnahmen.
Anmeldung über: www.dgsp-ev.de/fortbildungen.
Einjährige zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen zu Partizipativer Qualitätsentwicklung (PQE) und Partizipativer Sozialforschung (PSF) an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin sind dem jeweils aktuellen Programmheft zu entnehmen. Download unter: www.khsb-berlin.de/weiterbildung

Literaturempfehlungen und Webpages

Fox, M.; Martin, P.; Green, G. (2007): **Doing Practitioner Research.** London: SAGE Publications Ltd.

International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) (2013): **Position Paper 1: What is Participatory Health Research?** Version: Mai 2013. Berlin: International Collaboration for Participatory Health Research.

Straßburger, G.; Rieger, J. (Hrsg.) (2014): **Partizipation kompakt.** Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Donk, C. van der; Lanen, B. van; Wright, Michael T. (2014): **Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen.** Bern: Verlag Hans Huber.

Unger, H. von (2012): **Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran?** Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 13(1), Art. 7. Online abrufbar: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120176.

Unger, H. von (2014): **Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis.** Wiesbaden: Springer VS.

Wright, M. T. (2013): **Was ist Partizipative Gesundheitsforschung?** Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research. In: Prävention und Gesundheitsförderung 8(3), 122-131. DOI 10.1007//s11553-013-0395-0. Online publiziert: 20. Juni 2013. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Wright, M. T. (Hrsg.) (2010): **Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention.** Bern: Verlag Hans Huber.

Webseiten:
http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de
http://www.partnet-gesundheit.de
http://www.icphr.org

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner, Hochschule München

Prof. Dr. Peter Dentler, Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Matthias Hüttenmann,
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

Prof. Dr. Johannes Lohner, Hochschule Landshut

Prof. Dr. Albert Mühlum, Bensheim

Prof. Dr. Helmut Pauls, Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Steiner,
Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst, Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber:
DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v.i.S.d.P.)
DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e.V.

Redaktionsteam:
Anna Lena Rademaker (Leitung)
Gerhard Klug, Ute Anotonia Lammel
Ingo Müller-Baron, Karlheinz Ortmann

Anzeigenakquise:
Ingo Müller-Baron,
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen
E-Mail: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion:
Redaktion „Klinische Sozialarbeit"
c/o Dr. Anna Lena Rademaker
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen
Alt Moabit 91, 10559 Berlin
Tel.: +49 (0) 521 106 7817 (Büro Bielefeld)
E-Mail: anna.lena.rademaker@dvsg.org

Layout, Grafik & Schlussredaktion:
Jill Köppe, Perfect Page, Karlsruhe
Clarissa Rosemann, Perfect Page, Karlsruhe

Druck:
Bachmann & Wenzel Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise:
viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2.470 Exemplare

Copyright:
Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Kommende Ausgaben

1/2019 **Rechtliche Betreuung**
(Redaktionsschluss: 01.10.2018)

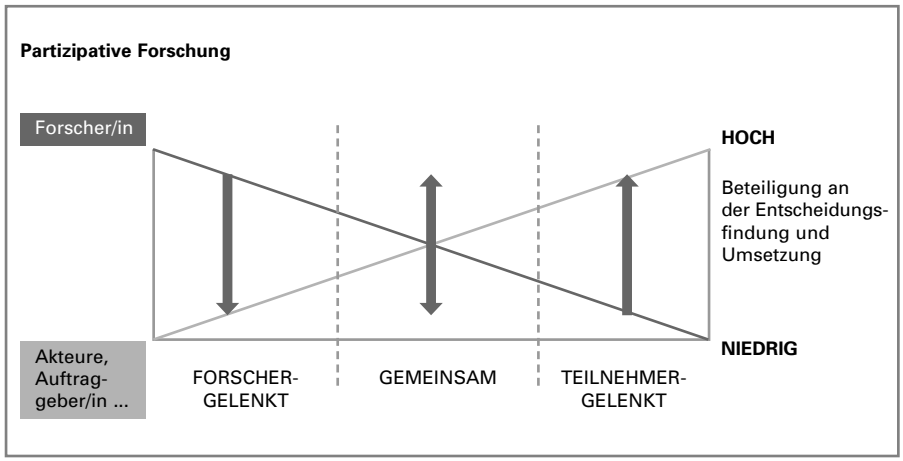
2/2019 **Clinical Social Work International**
(Redaktionsschluss: 01.01.2019)

Soziale Arbeit ist eine praxisorientierte Profession und eine wissenschaftliche Disziplin. Nach der Definition des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit fördert sie gesellschaftliche Veränderungen ebenso wie soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt. Unter Einbindung von Strukturen stärkt sie die Selbstbestimmung von Menschen und ermutigt sie, den Herausforderungen des Lebens zu begegnen. Weil auch Forschung ein politisches Instrument sein kann, um Lebenssituationen im Sinne der Klient*innen oder Patient*innen positiv zu beeinflussen, sollten Sozialarbeiter*innen sich aufgerufen fühlen, ihr eigenes Arbeitsfeld zu beforschen. Dies zum einen, um die Arbeitsqualität zu verbessern, zum anderen aber auch deshalb, um rechtlich, strukturell oder politisch bedingte Benachteiligungen sichtbar zu machen und Veränderungsbedarfe einzuklagen. Daher ist Forschung über Soziale Arbeit gleichzeitig immer auch Forschung für Soziale Arbeit. Eine solche ist nicht möglich ohne die Beteiligung derjenigen, die von Ausgrenzung und Ungleichheit betroffen sind sowie derjenigen, die im engeren und weiteren Sinne in entsprechende Systeme und Strukturen eingebunden sind. Dies ist für Sozialarbeiter*innen, die immer auf mehreren Ebenen arbeiten müssen, nicht neu.

Die klassischen Ziele Sozialer Arbeit entsprechen den Zielen partizipativer (Gesundheits-) Forschung, die vorrangig darin bestehen:

- die Gesundheit der Menschen zu verbessern, deren Alltagswelt und Lebensbedingungen erforscht werden sollen
- soziale Einflüsse auf Gesundheit zu erforschen und zu verbessern
- repressive (also einengende) oder restriktive (also einschränkende) Politik, die einen Einfluss auf die Gesundheit von Menschen haben kann, zu verändern
- Strukturen, Angebote und Abläufe zu untersuchen, um so deren Qualität positiv zu beeinflussen

Diese Ziele lassen sich auf alle Forschungsbereiche übertragen, weil Partizipative Forschung keine Forschungs*methode* ist, sondern ein Forschungs*ansatz*, der eine **grundsätzliche Haltung** voraussetzt. Diese besteht darin, dass diejenigen, deren Alltagsrealitäten, Strukturen oder Arbeitsweisen, über die man etwas wissen will, in alle Phasen der Forschung einbezogen werden. Wie partizipative Forschungsprozesse gestaltet werden können, hängt von zahlreichen Faktoren ab, die immer durch die jeweiligen Kontexte der beteiligten Akteur*innen bestimmt werden. Sozialarbeiter*innen bedienen sich in ihren praktischen Arbeitsfeldern unterschiedlichster Herangehensweisen und Methoden, die je nach Lebenssituation den Umständen angepasst oder aus besonderen Notwendigkeiten heraus entwickelt werden. Diese Vorgehensweise kann auf Partizipative Forschung übertragen werden.



Um einen Forschungsprozess partizipativ zu gestalten, haben Sozialarbeiter*innen gute Voraussetzungen; denn:

- sie kennen die Strukturen, in denen sie arbeiten sowie die zahlreichen Hürden und unterschiedlichen Interessen der Akteur*innen in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern
- sie verfügen bereits über Zugänge und tragfähige Beziehungen zu einzelnen Personen oder Gruppen
- sie verfügen über zahlreiche Methoden, wie Menschen in Aktivitäten und Entscheidungsprozesse eingebunden werden können
- sie haben einen sozialpolitischen Auftrag

Der Inhalt des vorliegenden Schwerpunkthefts zeigt, wie viele Zugänge Partizipative Forschung haben kann, welche unterschiedlichen Möglichkeiten von Partizipation gegeben sind (oder vielleicht auch zunächst nicht gegeben scheinen), wie viele unterschiedliche Methoden zum Einsatz kommen können, welche Herausforderungen sich auftun und welche Fülle ethischer Fragestellungen mit einem partizipativen Ansatz verbunden sind.

Zunächst stellt sich der bundesweite Forschungsverbund **PartKommPlus** als derzeit größtes partizipatives Forschungsvorhaben in Deutschland vor. Am Beispiel kommunaler Gesundheitsförderung werden die Möglichkeiten gemeinsamer Erarbeitung von Handlungsempfehlungen und die Chancen einer von allen Beteiligten mitgetragenen Verbesserung von Angeboten und Lebensrealitäten verdeutlicht. Sichtbar wird, wie sich Erkenntnisse aus der ersten Projektphase in der gerade begonnenen zweiten Förderphase umsetzen und verstetigen lassen.

Theresa Allweiss und Nikola Schwersensky geben einen Einblick in ein Teilprojekt des Forschungsverbundes Part KommPlus. In ihrem Beitrag lassen sie vor allem die Mitforschenden des Projekts GESUND! (Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung) zu Wort kommen. Dabei stellen sie zwei unterschiedliche Methoden vor, die für die partizipative Forschung besonders geeignet erscheinen (Peer-Befragung und Photovoice-Studie). Sichtbar werden die großen Gestaltungsmöglichkeiten einer solchen Zusammenarbeit wie auch die Tatsache, dass alle Beteiligten in derar-

tigen Forschungsprozessen voneinander und miteinander lernen können.

Elke Hilgenböcker und Andreas Bethmann zeigen auf, wie durch die große Herausforderung einer Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie die altbekannten Rollen künftig infrage gestellt werden müssen, wenn das neue Recht auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit greifen soll. Der hier zu vollziehende Perspektivenwechsel geht einher mit Fragen von Haltung, Macht, individuellen Interessen wie auch einer Reflexion über jahrzehntelang bestehende Formen von Abhängigkeiten. Er geht aber auch einher mit der Nutzung eines großen, bisher selten wahrgenommenen Schatzes an Ressourcen und besonderen Fähigkeiten. Bei den künftig zu gestaltenden Veränderungsprozessen können die Möglichkeiten der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ) hilfreich sein.

Rita Hansjürgens berichtet über ein partizipatives Forschungsprojekt im Bereich der Suchtberatungsstellen und beschreibt, welche grundlegenden (auch ethischen) Fragen auf akademisch Forschende wie auf die an der Forschung beteiligten Akteur*innen im Suchthilfebereich zukommen. Deutlich wird in diesem Beitrag auch, dass es nicht allein um die eigentliche Forschungsfrage einer Arbeitsbeziehung zwischen Klientel und Fachkräften der Sozialen Arbeit geht. Vielmehr müssen auch die an der Forschung beteiligten Leitungen, Fachkräfte, Klient*innen und Wissenschaftler*innen eine tragfähige und vertrauensvolle Arbeitsbeziehung entwickeln und im Forschungsverlauf ausbauen.

Abschließend fassen **Stephen Amoah** und **Rosaline Mbayo** vom Projekt Afrikaherz ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen einem Forschungsprojekt zur HIV-Prävention des Robert Koch-Instituts in Berlin und afrikanischen Communities zusammen. Auch sie weisen darauf hin, dass die wichtigste Grundlage einer derartigen Zusammenarbeit auf Vertrauen basiert. Dies aber setzt einen langen, intensiven Prozess voraus, der nicht ohne Konflikte, Offenlegung von Interessen und einer Infragestellung etablierter Machtpositionen verlaufen kann. Der präventive Charakter für die beteiligten Communities und die Annäherung unterschiedlichster Arbeits- und Lebenswelten hat sich für alle Akteur*innen als Gewinn erwiesen.

Veranstaltungshinweise und Literaturempfehlungen finden sich auf der Info-Seite 2, die Kernmerkmale Partizipativer Gesundheitsforschung im Kasten S. 9. Alle Autor*innen freuen sich über Rückmeldungen zu ihren Beiträgen. Bei Nikola Schwersensky bedanke ich mich herzlich für die Zuarbeit.

Petra Narimani

Partizipativ forschen für kommunale Gesundheitsförderung:

PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen

Die Mitglieder des Forschungsverbundes PartKommPlus

Der bundesweite Forschungsverbund PartKommPlus ist ein Projekt des Netzwerks für partizipative Gesundheitsforschung in Deutschland (PartNet). Unterstützt und gefördert wird das derzeit größte partizipative deutsche Forschungsvorhaben im Rahmen des Programms „Präventionsforschung“ (Förderkennzeichen 01EL1423A-H) vom Ministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

PartKommPlus geht in 2 Förderphasen (2015–2018 und 2018–2021) der Frage nach, wie kommunale Gesundheitsförderung partizipativ gestaltet werden kann. Übergeordnetes Ziel ist es, nicht über Menschen zu forschen, sondern mit ihnen. In der Partizipativen Gesundheitsforschung arbeiten Wissenschaftler*innen, Fachkräfte und engagierte Bürger*innen zusammen, um besser verstehen zu können, was Menschen gesund hält und was sie krank macht. Auf Grund dieser Erkenntnisse werden Maßnahmen zugunsten der Gesundheit der Bevölkerung entwickelt: 5 Teilprojekte forschen in verschiedenen Kommunen mit unterschiedlichen partizipativen Ansätzen und methodologischen Zugängen wie auch mit verschiedenen Zielgruppen, Fachkräften und kommunalen Akteur*innen, 2 weitere Teilprojekte beschäftigen sich mit übergeordneten Fragestellungen wie der Steuerung kommunaler Gesundheitsförderung in Form einer Kooperation von Kommunen und Krankenkassen **(Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin)** sowie mit Fragen nach den Möglichkeiten partizipativer Epidemiologie **(Robert Koch-Institut, Berlin)**. Als Partner des Forschungsverbundes ist **Gesundheit Berlin-Brandenburg (GBB)** verantwortlich für die Internetplattform inforo. In regelmäßigen Treffen tauschen die Teilprojekte Erfahrungen und Ergebnisse ihrer Arbeit aus. Gemeinsam entstehen verschiedene Fachartikel zu übergeordneten Themen. In der ersten Förderphase sind in den Teilprojekten vor allem zahlreiche Produkte in Form von beispielsweise Videos, Handbüchern und Handreichungen zu Methoden, Broschüren, Schulungsmaterialien und Toolboxes entstanden. Damit trägt PartKommPlus als Forschungsverbund zur Weiterentwicklung von nationalen Strategien der Gesundheitsförderung und einer nationalen Vernetzung bei. Ein weiteres Anliegen des Verbundes ist es, den Ansatz der parti-

zipativen Gesundheitsforschung in Deutschland bekannt zu machen und zu etablieren. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit der International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR). Zusätzlich unterstützt wird der Verbund durch einen wissenschaftlichen Beirat.

Die Koordinierungsstelle des Forschungsverbundes PartKommPlus hat ihren Sitz an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen (KHSB) in Berlin. Sie übernimmt koordinierende Aufgaben wie das Berichtswesen oder die Entwicklung einer Verwertungsstrategie für die zahlreichen Produkte und deren Verbreitung beispielsweise über die PartKommPlus-Website.
Im Zusammenhang mit der ersten Förderphase können die Teilprojekte auf unterschiedliche Erfahrungen und vielfältige Erkenntnisse zurückblicken und diese in der zweiten Förderphase weiterentwickeln und verstetigen.

Die Partnerprojekte
Das **Projekt ElfE – Eltern fragen Eltern** widmet sich der Frage, wie die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachkräften in der Kita verbessert werden kann. Als Peer-Forschende eingebunden wurden Eltern aus einem Berliner Bezirk sowie einer Kommune in Brandenburg. Die Eltern definierten die Forschungsfrage, führten Interviews und werteten diese gemeinsam mit den Wissenschaftlerinnen aus. Die Ergebnisse wurden in die Kommunalplanung eingebracht und helfen dabei, Angebote rund um Familie und Kita weiterzuentwickeln. In der zweiten Förderphase geht ElfE2 vom Modellprojekt zum Transfer in die Fläche: Es sollen partizipative Dialogformate entwickelt und erprobt werden, in denen Eltern an bezirklichen Planungsprozessen routinemäßig beteiligt werden können.

Die Methodik der partizipativen Evaluation war Gegenstand des Projekts **PEPBS – partizipative Evaluation der Präventionskette Braunschweig**. Hier wurde die Braunschweiger Fördermaßnahme „Praxisklasse" für abschlussgefährdete Hauptschüler*innen in den Blick genommen. Auch hier erfolgte eine enge Zusammenarbeit mit Jugendlichen, Lehrenden und kommunalen Verantwortlichen aus Jugendamt und Schulbehörde. Die partizipative Evaluation hat für eine bessere Vermittlung zwischen den genannten Perspektiven gesorgt und eine Ausweitung auf andere Schulen befördert. In der zweiten Phase widmet sich PEPBS nun der Frage, wie Jugendliche stärker an der Angebotsentwicklung von Jugendzentren beteiligt werden können.

Die Zusammenarbeit in Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten hat das **Projekt Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien: Wissenschaft und Praxis im Dialog (KEG)** in 2 Stadtteilen (Hamburg und Esslingen) partizipativ untersucht. Verschiedene Akteur*innen, Vertreterinnen der Hochschule und mitforschende Bewohner*innen trafen sich in Wissenschaft-Praxis-Partnerschaften. Mit Berücksichtigung von Anliegen und Bedingungen vor Ort stimmten sie Ziele und Fragen ab und planten alle Schritte des Forschungsprozesses. Die Mitforschenden erhoben mit partizipativen Methoden Daten in den Stadtteilen und diskutierten die Ergebnisse. Handlungsempfehlungen wurden abgeleitet, die in die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung vor Ort eingingen. In der aktuellen Phase entsteht auf Basis der Erkenntnisse ein Instrument zum Aufbau und zur Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten. Es wird partizipativ entwickelt und von der Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg in der Beratung von Kommunen und Stadtteilen zukünftig angewendet.

Das **Projekt Age4Health – Gesunde Stadtteile für Ältere** untersucht und fördert gemeinsam mit Kooperationspartner*innen sowie professionellen und zivilgesellschaftlichen Akteur*innen Gestaltungsmöglichkeiten für gelingende Beteiligung älterer Menschen. In 2 hessischen Kommunen zielt das partizipative Forschungsvorhaben auf die Entwicklung inklusiver, gesundheitsförderlicher Quartiere, insbesondere für ältere Personen in schwierigen Lebenslagen. Durch die systematische Einbindung älterer Menschen in die Gestaltung ihres Lebensraums wurden in der ersten Förderphase vielfältige Initiativen entwickelt, die auch benachteiligten und/oder isolierten Älteren Teilhabe ermöglichen. Die Prozesse sollen im Sinne der lokalen Nachhaltigkeit in der zweiten Projektphase weiter entwickelt und verstetigt werden.

Im **Projekt GESUND!** steht Gesundheitsbildung für und mit Menschen mit Lernschwierigkeiten im Mittelpunkt. Gemeinsam mit Beschäftigten einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung in Berlin-Lichtenberg wurden in der ersten Förderphase ein Gesundheitskurs, 2 Forschungsprojekte in der Werkstatt und eine Studie im Bezirk realisiert. Auf Grundlage der dabei gewonnenen Erkenntnisse werden in der nächsten Phase partizipativ verschiedene Seminare zu Gesundheitsthemen entwickelt. Nach einer Qualifizierung können die Mitforschenden die Seminare als (Co-)Referent*innen selbst durchführen. Dazu werden Materialien in leicht verständlicher Sprache erarbeitet und visualisierende Methoden wie Foto- oder Videografie eingesetzt. Die Seminare entstehen in enger Zusammenarbeit mit kommunalen Akteur*innen und sollen in weiteren Stadtbezirken angeboten werden (siehe dazu auch den Beitrag in diesem Heft: „Methodenvielfalt im Projekt GESUND" – Wie Menschen mit Lernschwierigkeiten partizipativ forschen").

Weiterführende Informationen

Weiterführende Informationen:
www.partkommplus.de
www.inforo.online/partkommplus

Weiterführende Informationen über Partizipative Gesundheitsforschung unter:
http://www.partnet-gesundheit.de/

Weiterführende Informationen über die International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) unter:
http://www.icphr.org

Ansprechpartner:
Koordinierungsstelle PartKommPlus,
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB), Köpenicker Allee 39–57,
10318 Berlin, Tel.: 030-501010-906;
andreas.bethmann@khsb-berlin.de

Methodenvielfalt im Projekt GESUND!

Wie Menschen mit Lernschwierigkeiten partizipativ forschen

Silke Elze, Sven Frey & Christian, Theresa Allweiss & Nikola Schwersensky

In der partizipativen Forschung können unterschiedliche Methoden Anwendung finden. Partizipative Forschung ist nicht mit einer bestimmten Forschungsmethode gleichzusetzen; sie sollte mehr als ein Ansatz oder Forschungsstil verstanden werden (Bergold & Thomas, 2012; Wright, 2013). Wesentliche Elemente dieses Ansatzes sind die partnerschaftliche Zusammenarbeit von unterschiedlichen Personengruppen sowie die Absicht, Veränderungen anzustoßen (Unger, 2014, S. 1). Je nach dem, was für die Beantwortung einer Forschungsfrage am passendsten erscheint, kann das Forschungsteam aus unterschiedlichen Methoden auswählen. Neben den „klassischen" qualitativen und quantitativen Methoden, wie Fragebogenerhebungen oder Interviews, können auch alternative, auf diskursiven Verfahren beruhende Methoden Anwendung finden. Zu diesen gehören beispielsweise das Community Mapping oder Photovoice (für einen Überblick siehe Unger, 2014, S. 69 ff.).

Auch in dem partizipativen Projekt „Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung (GESUND!)", das zum Forschungsverbund für gesunde Kommunen (PartKommPlus) gehört, kamen verschiedene Methoden zum Einsatz (siehe z. B. Allweiss, Perowanowitsch, Burtscher & Wright, 2018; Burtscher, Allweiss, Perowanowitsch & Rott, 2017). In der ersten Projektphase wurden im Rahmen eines Gesundheitsbildungskurses in einer Werkstatt für behinderte Menschen 2 Peer-Befragungen in leichter Sprache verwirklicht – eine zum Thema Lärm und eine über gesundes Essen. Im Mittelpunkt der zweiten Phase stand eine Photovoice-Studie. Photovoice ist eine qualitative, auf visuellen und narrativen Daten basierende Forschungsmethode (Wang & Burris, 1994, 1997). All diese Forschungsarbeiten fanden in einem inklusiven Forschungsteam, bestehend aus Menschen mit und ohne Lernschwierigkeiten (oder sogenannter geistiger Behinderung), statt. Um einen praktischen Einblick in das methodische Vorgehen zu geben, berichten nun 3 Mitforschende mit Lernschwierigkeiten von den Peer-Befragungen und der Photovoice-Studie. Die Texte sind Auszüge aus längeren Geschichten, die die Mitforschenden in einer begleiteten Schreibwerkstatt über ihre Erfahrungen in GESUND! verfassten.

» *Das Lärm-Projekt*

„Die Idee, sich den Lärm genauer anzuschauen, kam von mir. Ich beobachtete schon oft, dass der Lärm der Straßenbahnen mit ihren quietschenden Rädern auch was Gutes hat. Zwar geht er vielen auf die Nerven, doch kann er auch als Warnsignal schützen. Es gibt viele Beispiele von gutem und nicht so gutem Lärm. Mit Hilfe einer Befragung untersuchten wir 3 Abteilungen in der Werkstatt danach, welchen Lärm es gibt und ob er gut, störend und belastend ist. Überraschenderweise kam dabei heraus, dass es nicht der Lärm der Maschinen ist, der stört, sondern überwiegend der Lärm der Kolleginnen und Kollegen. Diese sind oft laut und nerven am Arbeitsplatz. Besonders in der Pause, wo man in der Kantine isst und eigentlich entspannen möchte, ist es am lautesten. Eine unserer Empfehlungen war daraufhin eine sogenannte „Lärmampel", die in den Abteilungen aufgestellt werden kann. Wenn es jemand zu laut wird, stellt er die Ampel auf gelb oder sogar auf rot, wenn es gar nicht mehr geht. Ich finde das eine super Idee, nur wurde sie bisher noch kaum umgesetzt. Die Ergebnisse unserer Untersuchungen konnten wir der Werkstatt, als auch Interessierten von außerhalb zeigen. Zu unserer Abschlussfeier kamen sogar Politiker und andere Gesundheitsforscher. Zum ersten Mal habe ich vor so vielen Leuten frei gesprochen und etwas präsentiert. Sogar nach Linz in Österreich wurden wir eingeladen, um unsere Ergebnisse auf einem Kongress in Leichter Sprache vorzustellen."

» *Das Projekt Gesund Essen*

„Nach dem Kurs haben wir 2 Forschungsprojekte gemacht. Ich war im Projekt Gesund Essen. Das Thema gesunde Ernährung interessiert mich. [...] Mit dem Projekt wollten wir erreichen, dass es mehr gesundes und abwechslungsreiches Essen in der Werkstatt gibt. Zusammen mit Theresa habe ich ein Gespräch mit dem Küchenchef gehabt. Ich habe mich darauf gut vorbereitet, indem ich meine Fragen auf Kärtchen geschrieben habe. Ich wurde als Gesprächspartnerin ernst genommen und war zufrieden mit dem Gespräch. Es gab auch Fragebögen über das Essen in der LWB [Lichtenberger Werkstätten gemeinnützige GmbH].

Ich habe mich da ein bisschen als Forscherin gesehen. Ich habe ja auch selber den Fragebogen ausgefüllt und ich habe in der Werkstatt selber Leute befragt. Zum Beispiel die Psychologin. Also es waren nicht nur die Beschäftigten, sondern auch die Mitarbeiter, die wir befragt haben. Der jüngste war 13, das war ein Schülerpraktikant. Da war kein Name auf den Fragebögen. Die Befragung ist anonym gewesen. Das habe ich auch immer allen gesagt. 123 Fragebögen kamen zustande. Es hat großen Spaß gemacht, die Fragebögen ausfüllen zu lassen. Nur einmal war eine Frau pampig. Die wollte etwas wissen, was ich nicht beantworten konnte. Aber ich habe einfach die anderen aus unserem Forschungsprojekt gefragt, die wussten das dann. Ich bin stolz auf die Befragung. Früher hätte ich mich nämlich nicht getraut, alleine

auf die Leute zuzugehen, um sie zu befragen. Es gab Leute, die Fragen falsch verstanden haben und dann konnte nicht alles gewertet werden. Wir konnten aber trotzdem viel herausfinden. Zum Beispiel über das Lieblingsessen der Leute. Es haben 113 Personen geantwortet und die meisten mögen Nudeln mit Tomatensoße, Schnitzel, Milchreis und Pizza gerne. Auf die Frage „Was schmeckt Ihnen gar nicht?" haben 103 Menschen geantwortet. Der Großteil der Leute mag keine Süßspeisen als Hauptgericht. Sie finden, dass das eher Nachtisch ist, so wie ich. Wir haben auch herausgefunden, dass die Beschäftigten mehr gesunde Sachen haben wollen, zum Beispiel weniger zuckerhaltige Getränke und weniger Süßes.

Dass der Großteil wirklich mehr gesundes Essen in der LWB haben will, das hatten wir so nicht gedacht. Und dass es auch so viele gibt, die gesundes Essen gerne mögen. Ja, da war ja die Prozentzahl ziemlich hoch. Der Kollege aus der Küche hat dann auch erzählt, dass das tatsächlich eine Auswirkung hatte, dass es sich verändert hat in der Küche. Also, die bieten jetzt auch Obstsalate an oder Gemüsesalate. Zum Beispiel kaufen sich viele auch eine Flasche Wasser. Und im September 2017 hat jemand von der Krankenkasse eine kleine Schulung über gesundes Essen in der Werkstatt gemacht. Da war ich auch dabei. Am meisten Spaß hat es gemacht, die Leute anzusprechen. Das war wirklich gut. Das könnte man wirklich öfter machen."

›› *Die Photovoice-Studie GESUND! in der Stadt*

„Für das neue Projekt haben wir uns dann regelmäßig an der Hochschule getroffen. Vorher waren wir ja immer in den Räumen der LWB. Es ging dabei um den Bezirk Lichtenberg, was mir dort hilft, gesund zu leben, was mich krank macht oder ärgert. [...] Wir haben mit einer Karte von Lichtenberg gearbeitet und jeder hat erzählt, wo er lebt und arbeitet. Dann hat jeder seine Wege auf der Karte eingetragen. Ich wohne am Tierpark in Lichtenberg. In Lichtenberg bin ich auch geboren. In meiner Ecke fühl ich mich sehr wohl, weil da alles grün ist. Wenn ich aus dem Fenster gucke sind da überall Bäume und Parks. [...] Für das Projekt sollten wir dann Fotos von unserem Kiez aufnehmen. Dafür haben wir vorher einen Fotoworkshop gemacht. Viel wusste ich ja eigentlich schon, da ich auch sehr gerne fotografiere, auch gut. An einem Tag haben wir uns in einer kleinen Gruppe getroffen. Mit den 5 Euro Kaffeegeld sind wir erstmal einen Kaffee trinken gegangen. Da stand mein Kaisers-Laden noch. Es war sehr kalt an dem Tag. Und so haben wir den Tag verbracht: Ich habe den anderen meinen Kiez gezeigt, den Hundeplatz und was alles grün ist im Sommer.

Das zweite Mal sind wir nach Hohenschönhausen gefahren, wo S. wohnt und wir haben ihre Meerschweinchen fotografiert. Und dann sind wir da spazieren gegangen. Sie hat uns gezeigt wo ihre Oma liegt, die liegt im Altersheim. [...]

Für die Auswertung der Fotospaziergänge haben wir uns wieder an der Hochschule getroffen. Zuerst hat jeder ein paar Fotos ausgewählt und aufgeschrieben, was zu sehen ist. Dann haben wir unsere Fotos in der Gruppe vorgestellt und überlegt zu welchen Kategorien (Überschriften) sie passen.

Mir ging es ja um Natur und Sauberkeit im Kiez, es gibt so viele Müllecken. Menschen sind rücksichtslos, sie schmeißen den Müll einfach daneben und nicht in die Tonne. Aber es gab auch Hobbies, Freizeit, Kunst und sowas alles. Am Ende waren es 10 Themen, die bei allen wichtig waren. Aus dem Thema Natur, Freizeit und Erholung ist dann mein eigenes Fotoposter geworden: „Wohlfühlen im Kiez. Was haben Umweltschutz und Erholungsorte mit Gesundheit zu tun?" [...]

Als die Roll-ups, so werden die großen Poster genannt, fertig waren, war das cool. Wir haben das ganze Projekt auf der Abschlussfeier vorgestellt. Die Präsentation fand ich sehr, sehr schön. Viele Leute waren da und haben sich die Ausstellung angeschaut, das fand ich einfach gut. Da war meine Mutti sogar dabei. Dieses Jahr war die Bezirksstadträtin da, die auch für Gesundheit zuständig ist. Sie hat sich alles angehört und sich etwas aufgeschrieben. Dann hat sie uns Blumen überreicht. Aber die Politik sollte nicht nur die schöne Ausstellung angucken sondern auch was machen. Zum Thema Umwelt gibt es noch viel zu tun in Lichtenberg und ganz Berlin. Für mich ist das Thema sehr wichtig."

Fazit

Die 3 Geschichten zeigen, wie vielfältig partizipative Forschung gestaltet werden kann. Gleichzeitig verdeutlichen sie, wie die Beteiligten neue Erfahrungen machten und von-, sowie miteinander lernten. Im Verlauf des gemeinsamen Forschens durchliefen viele der beteiligten Personen Veränderungen und besonders unter den Menschen mit Lernschwierigkeit wurden Empowermentprozesse angeregt. Dennoch ist partizipative Forschung voraussetzungsvoll. Damit ein gutes Ergebnis erzielt werden kann, ist eine hohe Kontakt-/Begegnungszeit innerhalb des Forschungsteams unabdingbar.

Literatur:

Allweiss, T.; Perowanowitsch, M.; Burtscher, R.; Wright, M. T. (2018): **Participatory Exploration of Factors Influencing the Health of People with Intellectual Disabilities in an Urban District**. A Photovoice Study. In: Proceeding of the 3rd International Conference on Public Health (International Conference on Public Health, Bd. 3, S. 237–245). The International Institute of Knowledge Management (TIIKM).

Bergold, J.; Thomas, S. (2012): **Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung.** Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 13 (1). Online abrufbar unter: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1801

Burtscher, R.; Allweiss, T.; Perowanowitsch, M.; Rott, E. (2017): **Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten.** Leichter lernen mit dem Projekt GESUND! 2. aktualisierte Auflage. Berlin: vdek.

Unger, H. von (2014): **Partizipative Forschung.** Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Wang, C.; Burris, M. A. (1994): **Empowerment through photo novella: portraits of participation.** In: Health education quarterly, 21 (2), S. 171–186.

Wang, C.; Burris, M. A. (1997): **Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment.** In: Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education, 24 (3), S. 369–387.

Wright, M. T. (2013): **Was ist Partizipative Gesundheitsforschung?** In: Prävention und Gesundheitsförderung, 8 (3), S. 122–131.

Partizipative Praxisforschung konkret

Erfahrungen aus einem Forschungsprojekt in Suchtberatungsstellen

Rita Hansjürgens

Von Dezember 2014 bis Juni 2017 wurde ein qualitativ ausgerichtetes Forschungsprojekt (Hansjürgens 2018) mit dem Ziel durchgeführt, Erstgespräche in Suchtberatungsstellen daraufhin zu untersuchen, wie sich eine sogenannte Arbeitsbeziehung zwischen Klient*in und Fachkraft der Sozialen Arbeit konstituiert und welche Faktoren dies beeinflussen. Das Forschungsinteresse ergab sich aus einer explorativen Arbeitsfelduntersuchung mit Hilfe von Expert*innen-Interviews (Hansjürgens, 2013).
Forschungsmethodisch wurde es als notwendig erachtet, mit Blick auf die zentrale Datenquelle die realen Interaktionen zwischen Fachkraft und Klient*in zu protokollieren. Dieses impliziert jedoch eine Situation beobachten zu wollen, die von Kähler als „sensible Schnittstelle“ (2009, S. 26) bezeichnet wird. Dies bedeutete einerseits, aus forschungsmethodischer Sicht die Datenaufzeichnung so zu gestalten, dass die Authenzität der Situation erhalten bleibt, aber andererseits den eigentlichen Hilfeprozess nicht oder nur minimal zu stören, da es sich insbesondere für die Klient*innen um eine unvorhersehbare Situation handelte, in der sie real und akut Hilfe suchen. Daher spielte die Frage der Möglichkeiten des Feldzugangs, der methodischen Gestaltung der Datenerhebung und -interpretation und der Möglichkeiten und Grenzen der Miteinbeziehung der Akteur*innen in die verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses nicht nur aus inhaltlicher, sondern auch aus forschungsethischer Sicht eine entscheidende Rolle. Im Rahmen dieses Artikels soll beschrieben werden, wie mit diesem Anspruch umgegangen wurde.

Partizipation der Fachkräfte in der Suchtberatungsstelle

Im Anschluss an die oben beschriebene Exploration der sozialarbeiterischen Tätigkeiten äußerten die befragten Fachkräfte in Nachgesprächen den Wunsch, mehr über das Thema der Entwicklung einer Arbeitsbeziehung erfahren zu wollen. Ihr Interesse galt allerdings dem Ziel, mit Hilfe der zu analysierenden Daten Strukturen und/oder Interaktionsverhalten im Sinne der Klient*innen verbessern zu wollen. In diesem Sinne wurde mit dem Team einer Beratungsstelle aus dem Sample der oben genannten Untersuchung eine weitere Zusammenarbeit vereinbart.

Als erster Schritt wurden zunächst der Stand der empirischen Forschung gesichtet und mögliche Forschungsfragen aus wissenschaftlicher Sicht entwickelt. Diese wurden kommuniziert und durch Fragen der Fachkräfte ergänzt. Dadurch gelang es, verschiedenen Interessen zu verdichten. Durch die teilnehmende Beobachtung konnten in einem weiteren Schritt die genauen Abläufe in der Beratungsstelle in Bezug auf die Situation, wie Klient*innen dort ankommen, exploriert werden. Die mit den Fachkräften kommunizierten Ergebnisse bildeten den Grundstock für die methodischen Ideen für die Datenerhebung. Diese wurden mit dem Team diskutiert. Eine forschungsmethodisch durchaus sinnvolle Videoaufzeichnung wurde aber von den Fachkräften mit der Befürchtung abgelehnt, dass dies die Unsicherheit der Klient*innen unangemessen erhöhen würde (da hier beispielsweise auch der Raum hätte spezifisch ausgeleuchtet werden müssen). Aber auch die Fachkräfte selbst fühlten ihre Arbeit durch eine derartige Methode überprüft. Daher wurde eine Audioaufzeichnung der Gespräche vereinbart. Dieses war jedoch mit der Herausforderung verbunden, dass die nonverbale Interaktion nicht sichtbar sein würde, und so möglicherweise Wirkungen dieser Kommunikationsanteile verloren gingen. Dieser Herausforderung konnte mit der Vereinbarung begegnet werden, leitfadengestützte Interviews zum Erleben des Gesprächs mit den Fachkräften und den Klient*innen zu führen. Um möglichst viel der allerersten Begegnungssituation protokollieren zu können, wurde die Information über das Forschungsprojekt und das Einholen des Einverständnisses aus dem eigentlichen Beratungsgespräch ausgelagert. An dieser Stelle wurden auch die Verwaltungsmitarbeiter*innen in die Planung der Abläufe zur Datenaufzeichnung aktiv mit eingebunden.

Dieses mit einer Beratungsstelle partizipativ entwickelte Forschungsdesign wurde auch in den anderen an der Studie teilnehmenden Beratungsstellen vorgestellt und fand im Grundsatz auch dort Anwendung. Anpassungen wurden auf der Basis von Explorationen vor Ort und Prozessen telefonischer Abstimmungen so lange ausgehandelt, bis das Vorgehen von den jeweiligen Beratungsstellen als praktikabel akzeptiert wurde, gleichzeitig aber eine Vergleichbarkeit der Daten sichergestellt war. Dieses Vorgehen ermöglichte die Authenzität der Situation und damit auch die Erhöhung der Qualität des Datenmaterials. Das für die Fachkräfte spürbare Bemühen, die Datenaufzeichnung so in den Alltag der Fachkräfte zu integrieren, dass auch für die Klient*innen möglichst wenig zusätzlicher Aufwand entstand, motivierte sie nach eigener Aussage, sich aktiv um Datenaufzeichnungen zu bemühen. Als im Rahmen der späteren Auswertung deutlich wurde, dass zusätzliche Interviews mit den jeweiligen Leitungen sinnvoll wären, zeigte sich die Motivation auch in deren sofortigem Einverständnis, zur aktuellen Situation der Beratungsstelle und deren Zukunftsaussichten Stellung zu nehmen. Insgesamt konnten 13 Erstgespräche und 28 Begleitinterviews aufgezeichnet werden.

Herausforderung des Einbezugs der Klient*innen

Eine wenig planbare Herausforderung stellte die Zusammenarbeit mit den Klient*innen dar, da das wesentliche Einschlusskriterium für diese Untersuchung die Tatsache war, dass diese zum ersten Mal mit den jeweiligen Fachkräften in einen Kontakt treten sollten. Insbesondere zur Mitarbeit beigetragen haben dürfte das mit den Fachkräften entwickelte Informationsschreiben, das auf der Basis der Erfahrungen der Fachkräfte so gestaltet wurde, dass es von den Klient*innen vor Aufzeichnungen des Gesprächs verstehbar war und es nur in einem Fall zu detaillierteren Nachfragen kam. Dennoch wurden Herausforderungen sichtbar, die eine Nachsteuerung der Datenaufzeichnung notwendig machten.

In 4 Beratungsstellen konnten Erstgespräche aufgezeichnet werden. Davon meldete eine Fachkraft zurück, dass es vermehrt zu Ablehnungen der Aufzeichnung durch Klient*innen in Bezug auf das Einverständnis zur Aufnahme gekommen sei. Die Analyse der Situation ergab, dass dies möglicherweise auf die aus ökonomischen Gründen getroffene Entscheidung zurückzuführen war, das Forschungsprojekt in dieser Einrichtung zwar mit der Leitung und der aufzeichnenden Fachkraft aber nicht explizit mit den dort tätigen Verwaltungskräften kommuniziert zu haben. So ergab sich zwar eine gute Kooperation mit der Leitung und der mitwirkenden Fachkraft, nicht aber mit allen Mitarbeitenden. Im Nachhinein war daher nicht mehr genau nachzuvollziehen, wie die Information über das Forschungsprojekt vorgenommen wurde und ob die Art und der Inhalt der Kommunikation vielleicht dazu beigetragen hatten, dass Klient*innen nur zögerlich einwilligten. Auch wurde nach der Auswertung deutlich, dass die Gespräche auf Grund ihrer unsicheren und schwierigen Lebenssituation tatsächlich eine zusätzliche Belastung für die Klient*innen darstellten. Vor diesem Hintergrund wurde in 2 Fällen aus forschungsethischen Gründen entschieden, von einer Anfrage zu einem Nachinterview seitens der Forscherin abzusehen. In einem Fall brach der Klient den Kontakt zur Beratungsstelle ab, bevor die Anfrage gestellt werden konnte. Allen Fällen gemeinsam war eine jeweils äußerst schwierige Gesamtlebenssituation der Klient*innen, von welcher der Suchtmittelkonsum nur einen kleinen Teil ausmachte. Daher wurde die Strategie der Datengewinnung durch die Begleitinterviews nach den ersten Aufzeichnungen neu überdacht und möglichst aufwandsarm gestaltet, das heißt, die Befragung wurde auf Telefoninterviews umgestellt. Nach dieser Umstellung nahm die Bereitschaft der Klient*innen zu diesen Interviews zu.

Kernmerkmale der partizipativen Gesundheitsforschung

- PGF ist partizipativ
- PGF ist lokal situiert
- PGF ist ein kollektiver Forschungsprozess
- PGF-Projekte sind Eigentum aller Beteiligten
- PGF fördert zivilgesellschaftliches Engagement, um Veränderungsprozesse zu unterstützen
- PGF fördert kritische Reflexivität
- PGF generiert Wissen, das lokal, kollektiv, kooperativ, dialogisch und multiperspektivisch ist
- PGF zielt auf eine Breitenwirkung ab
- PGF erzeugt lokale Evidenz und neue Formen der Generalisierbarkeit
- PGF verfolgt spezifische Validitätskriterien
- PGF ist ein dialektischer Prozess, gekennzeichnet durch ein „kreatives Chaos“

(siehe dazu Literaturempfehlungen S.2, Wright 2013)

Folgen der partizipativen Zusammenarbeit für die Datenauswertung

In der Phase der Datenauswertung stellte sich die Herausforderung, dass es in der Phase der Planung und Datenerhebung zwar ein Vertrauensverhältnis zwischen Forscherin und Fachkräften (auch Leitung) braucht, um offen alle Ideen und die als problematisch empfundenen Punkte ansprechen zu können. Gleichzeitig jedoch beeinträchtigten dieses entstandene Vertrauensverhältnis und die Kenntnis von Interna der Beratungsstelle die Fähigkeit der Forscherin, die prozessanalytische „Fremdheitshaltung“ (Bohnsack; Nohl 2001, S. 17 f.) als methodisches Prinzip einzunehmen. Es fiel zunächst aufgrund des „Sich-Einfühlens“ in die Organisationsstrukturen und -konstruktionen schwer, Zugänge dazu zu finden, „wie“ diese sozial im Sinne von „interaktiv und erlebnismäßig“ (ebd.) hergestellt werden. Diese Herausforderung konnte aber mit Hilfe einer Interpretationsgemeinschaft, in der das Vorhaben mehrfach vorgestellt wurde, zunächst ins Bewusstsein geholt und dann auch bewältigt werden. Die Notwendigkeit hierzu zeigte sich vor allem in der Phase der Befragung der Fachkräfte, wo es „Überwindung“ kostete, auch Nachfragen zu stellen, die von ihnen potenziell als kontrollierend erlebt wurden und spürbar Unsicherheit auslösten. Dies musste auf fachlicher und auf der Beziehungsebene zwischen Forscherin und Fachkräften ausgehalten und reflektiert werden, um das Vertrauen in die gemeinsame Arbeit nicht zu verlieren. Dies erschien auch insofern bedeutsam, als die Gefahr eines Rückzugs der Fachkräfte fortwährend gegeben war. Diese Dynamik war tendenziell in allen Beratungsstellen für die Forscherin spürbar.

Reflexionen und Ergebnisse der Zusammenarbeit

Das Angebot eines Auswertungsgesprächs der Zusammenarbeit wurde von 3 der Beratungsstellen angenommen. Die Einrichtungen fanden es bereichernd, am Forschungsprojekt teilnehmen zu können, da im Alltag Zeit wie auch nötige (Forschungs-) Methoden-Kompetenz fehlen. Der Aufwand einer derartigen Untersuchung war bis zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt. Dies führte auch zu der Erkenntnis, dass die aus einer Wissenschaftsperspektive gestellten Fragen häufig zu weiteren Reflexionsprozessen innerhalb der Einrichtungen geführt hätten, die in dieser Form nicht regelmäßig zu leisten wären. Daraus habe sich zum Beispiel die Frage für die Praxis ergeben, inwieweit künftig Reflexionsforen geschaffen werden könnten, die eigene Arbeit zu reflektieren und sich darüber auch mit anderen Einrichtungen auszutauschen. Um diesen Bedarf zu unterstützen, wurden die erhobenen Daten nach Transkription den Fachkräften zur Verfügung gestellt, um so auch eine eigene Auswertung vornehmen und interne Verbesserungsvorschläge einbringen zu können. Ebenso ergaben sich Überlegungen, ob und wie

Klient*innen für eine praktische Mitarbeit gewonnen werden konnten. Hierzu mussten zahlreiche Details reflektiert werden, die normalerweise in der Routine des Arbeitsalltags untergehen. Beispielsweise konnten Bedenken wegen des Schutzes der Klient*innendaten und möglicher Überforderungen der Klient*innen durch gemeinsame Exploration des Raumes zwischen Wünschbarem und Notwendigem im Spannungsfeld zwischen Methodologie der Erhebung und Anforderungen der Praxis genauer ausgelotet werden. Dies gelang auch im Vertrauen darauf, dass Klient*innen genug Ressourcen besitzen, für sich selbst zu beurteilen, ob sie an dem Projekt partizipieren wollten oder nicht. An dieser Stelle wurde deutlich, dass es für manche Fachkräfte eine Herausforderung bedeutete, ihre eher fürsorgende Haltung in Bezug auf die Klient*innen zu überwinden und die damit verbundene Spannung auszuhalten.

Eine weitere wichtige Reflexion bestand in der Erkenntnis, dass es wichtig war, das gesamte System der Beratungsstelle im Blick zu haben. Dies bedeutete, dass auch die Verwaltungsmitarbeiterinnen einbezogen werden sollen, die telefonisch oder persönlich den Erstkontakt haben. Sie sollen künftig partizipativ mit einbezogen und ihre Hinweise und Änderungswünsche ernstgenommen werden. Hierdurch wird die Akzeptanz der Projektidee wie auch die notwendige Flexibilität der Beratungsarbeit deutlich erhöht. Dies führt zu weiteren Forschungsfragen, beispielsweise welche Rolle die Atmosphäre einer Beratungsstelle für das Entstehen von Vertrauen spielt oder auch wie sich die Durchführung eines partizipativen Forschungsprojektes auf die Dynamik des ganzen Teams bzw. auf die Weiterentwicklung der Fachlichkeit auswirkt.

Fazit

Aus Sicht der Autorin kann dieser in Teilen gemeinsame Forschungsprozess als positiv bewertet werden, da es dadurch gelungen ist, Daten zu erheben und zu protokollieren, die direkt ohne den Filter von Wahrnehmung und Reflexion die Praxis von Fachkräften in der Sozialen Arbeit im Kontext einer Suchtberatungsstelle zeigen. Darüber hinaus konnten durch die stellenweise explorative Teilnahme am Beratungsstellenalltag vertiefende Erkenntnisse über Organisation und Realität sozialarbeiterischer Praxis gewonnen werden, die bei einer alleinigen Nutzung als Ort einer wissenschaftlichen Erhebung in dieser Form nicht möglich gewesen wären und die auch zur weiteren Forschung anregen.

Literatur:

Bohnsack, R.; Nohl, A.-M. (2001): **Ethnisierung und Differenzerfahrung. Fremdheit als alltägliches und methodologisches Problem.** In: Zeitschrift für qualtitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (1), S. 15–36.

Hansjürgens, R. (2018): **„In Kontakt kommen." Analyse der Entstehung von Arbeitsbeziehungen in Suchtberatungsstellen.** Baden-Baden: Tectum-Verlag.

Kähler, H. D. (2009): **Erstgespräche in der sozialen Einzelhilfe.** 5. unveränd. Auflage. Freiburg, Br.: Lambertus.

Anzeige

MASTER KLINISCHE SOZIALARBEIT

Berufsbegleitender postgradualer Masterstudiengang

Voraussetzungen:
berufsqualifizierender Abschluss eines Hochschulstudiums, mindestens einjährige einschlägige Berufspraxis

Studienumfang:
90 Credits

Studienkosten:
z. Zt. 7.000,- Euro

Bewerbungsschluss:
1. Juli 2020

Studienbeginn:
WS 2020/21

Kontakt/Informationen:
Katholische Hochschule
für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39 - 57
10318 Berlin

Ansprechpartnerin:
Margit Wagner
Tel. +49 (0)30. 50 10 10 - 47
margit.wagner@khsb-berlin.de

www.khsb-berlin.de



Partizipative Qualitätsentwicklung

Teilhabe in sozialpsychiatrischen Einrichtungen verwirklichen

Elke Hilgenböcker & Andreas Bethmann

Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie sehen sich derzeit der großen Herausforderung ausgesetzt, die Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) umzusetzen. Noch vor kurzem galten die Mitarbeiter*innen, oftmals hochqualifiziert, als die Expert*innen für das Wohlergehen der Nutzer*innen einer Einrichtung. Ihnen kam letztendlich die Rolle der Entscheidungsträger*innen zu, manchmal auch gegen den Willen der zu Betreuenden selbst, solange es ihrem – vermeintlichen oder tatsächlichen – Wohl diente. Zukünftig steht allerdings das Recht auf Selbstbestimmung und die Erlangung derselben im Vordergrund. Nach den Neuregelungen des BTHG haben Mitarbeiter*innen die Aufgabe, „Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen". (§ 113 Abs 1. BTHG)

Dieser Perspektivwechsel bedeutet für die Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie oftmals eine Neuausrichtung ihrer internen Strukturen und Abläufe, aber auch die Ausbildung neuer Denk- und Haltungsmuster. Bisher waren diese, trotz Personenzentrierung, Individuellem Behandlungs- und Rehabilitationsplan und persönlichen Budgets hauptsächlich auf die Einrichtung und deren Belange ausgerichtet. Die Bedürfnisse der Nutzer*innen mussten sich gleichsam der vorhandenen Struktur und dem Angebot anpassen. Mit der Umsetzung des BTHG stehen nun die Bedarfe und Wünsche der Nutzer*innen an erster Stelle.
Schon in den 90er-Jahren haben der „Bundesverband evangelische Behindertenhilfe" und der Bundesfachverband „Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie" das Qualitätsmanagementsystem „ProPsychiatrieQualität" (PPQ) entwickelt, das sich streng am Trialog ausrichtet. Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Teilhabe sind zentrale Bestandteile dieses Konzepts. Seither haben sich allerdings nur wenige Einrichtungen nach PPQ zertifizieren lassen, was unter anderem an dem sehr hohen Anspruch dieses QM-Systems liegt. Einige nutzen allerdings ausgesuchte Verfahren aus diesem System, ohne die hohen Hürden der Anerkennung nehmen zu wollen.

Der Ansatz der Partizipativen Qualitätsentwicklung

Einen guten Ansatz, um dem Rechtsanspruch der Psychiatrieerfahrenen auf Teilhabe und ihrer Forderung nach Einbeziehung ihres Expertenwissens gerecht zu werden, bietet die Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ). Sie nimmt einen anderen Blickwinkel ein und zielt auf die aktive Beteiligung der Nutzer*innen bei der Planung, Durchführung und Bewertung der Angebote der Einrichtung und Maßnahmen der Qualitätsentwicklung. Damit wird es möglich, sowohl die Bedarfsorientierung wie auch das Ziel der sozialen Teilhabe als Kernaufgaben der Einrichtungen praktisch umzusetzen.
Die Partizipative Qualitätsentwicklung wurde im Rahmen von 2 Forschungsprojekten in der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt, die von der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) begleitet wurden; eines in Zusammenarbeit mit der Deutschen Aids Hilfe (DAH), das andere in Kooperation mit Gesundheit Berlin Brandenburg (GBB) und gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Wright et al 2010, S.13 f.). Seither wird dieser Ansatz an vielen Stellen, besonders in Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention, genutzt, weiterentwickelt und den jeweilig vorhandenen Bedingungen angepasst.

Partizipative Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention möchte im Kern durch die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Mitarbeitenden, Adressat*innen, Geldgebern und anderen wichtigen Akteuren die ständige Verbesserung der durchgeführten Maßnahmen erreichen. Gekennzeichnet ist diese Zusammenarbeit dabei durch die möglichst starke Teilnahme und Teilhabe der (sonst weisungsgebundenen) Mitarbeitenden und der Adressat*innen der Maßnahme bzw. des Projekts (Wright et al 2010, 15 f., Wright et al 2009). Da in einschlägigen Artikeln und auf Webseiten wie www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de ausdrücklich auf Projekte Bezug genommen wird, ist es Mitarbeitenden psychosozialer Einrichtungen oft nicht klar, dass PQ ein Instrumentarium zur Verfügung stellt, dass es ihnen ermöglicht, die Vorgaben des BTHG hinsichtlich der Selbstbestimmung und der Förderung sozialer Teilhabe der Nutzer*innen umzusetzen.

Leider gibt es gerade in Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie häufig Missverständnisse über Begriff und Wesen von Partizipation. Das beginnt beim Begriff Partizipation selbst, der hier oft mit Teilhabe gleichgesetzt wird. Dies führt in die Irre, weil Partizipation im Kontext von PQ weit über die Teilhabe, die meist nur die Beteiligung der Nutzer*innen meint, hinausgeht: Partizipation nimmt alle Beteiligten eines Projektes oder einer Einrichtung bezüglich des Grades ihrer Mitbestimmungsrechte in den Blick.
Manchmal wird aber auch Hochstapelei mit der Mitsprache betrieben: da reichen schon Mehrheitsabstimmungen über das gemeinsame Ausflugsziel oder das Menü zum Mittag, damit sich die Einrichtung das Label „Partizipation" aufklebt. Da wird eine einzelne Bewohnerin, die gerade sehr mit sich selbst zu kämpfen hat, von der Ein-

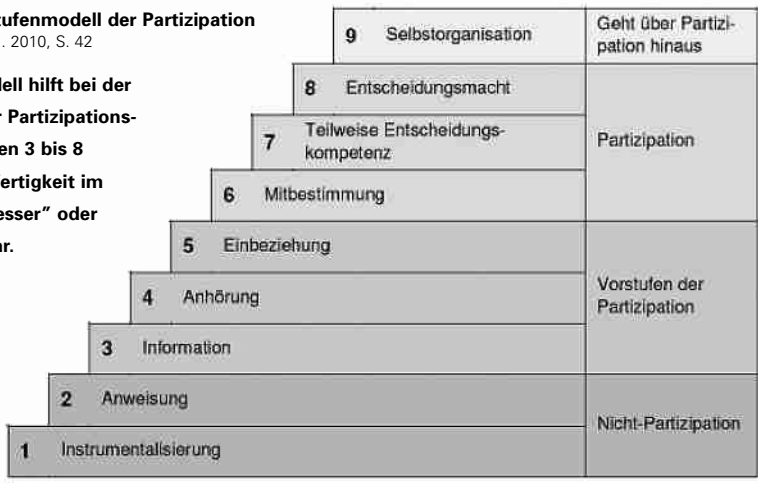


Abbildung 1: Stufenmodell der Partizipation
Quelle: Wright et al. 2010, S. 42

Das Stufenmodell hilft bei der Einordnung der Partizipationsgrade. Die Stufen 3 bis 8 stellen keine Wertigkeit im Sinne eines „besser" oder „schlechter" dar.

richtungsleitung zum einzigen Mitglied des „Klient*innenrates" bestimmt, obwohl sie weder von ihren Mitbewohner*innen gewählt wurde, noch weiß, was ihre Aufgaben oder Rechte sind und sie mit sich selbst allein auch keinen Rat bilden kann! Es handelt sich hier um einen sehr krassen Einzelfall. Die dahinter stehende Haltung der Falschetikettierung ist allerdings weiter verbreitet.

Partizipative Grundhaltung

Demgegenüber geht es bei einer partizipativen Grundhaltung, um Reflektion, um aushandeln und verhandeln. Die Profis sind Expert*innen durch ihre Ausbildung und Berufserfahrung, die Nutzer*innen sind Expert*innen durch ihre Lebenswelt- und Krisenerfahrung. Der respektvolle Umgang im Bewusstsein und Selbstverständnis der gegenseitigen Anerkennung der Expertisen ist für alle Seiten ein großartiger Gewinn und schlägt sich in der Qualität der Arbeit und nicht zuletzt in der Zufriedenheit von Mitarbeiter*innen, Nutzer*innen und Leitungen nieder.

Eine hilfreiche Definition für Partizipation ist in diesem Zusammenhang die folgende von Gaby Straßburger und Judith Rieger: „Partizipation bedeutet, an Entscheidungen mitzuwirken und damit Einfluss auf das Ergebnis nehmen zu können. Sie basiert auf klaren Vereinbarungen, die regeln, wie eine Entscheidung gefällt wird und wie weit das Recht auf Mitbestimmung reicht" (Straßburger & Rieger 2014, S. 230).

Wie oben erwähnt, bezieht sich dieses Recht in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung selbstverständlich nicht nur auf die Nutzer*innen, sondern auch auf die Mitarbeiter*innen. Wie sollen Mitarbeiter*innen ihren Bezugspersonen Partizipationsrechte einräumen, die sie selber nicht haben? Wenn also Mitbestimmung der Nutzer*innen in einer Einrichtung gelingen und damit der Prozess zur Gewinnung sozialen Teilhabe erfolgreich eingeleitet werden soll, bedarf es der Einbeziehung aller Akteure nach zuvor festgelegten Regeln. Straßburger und Rieger schlagen hierfür ein Verfahren vor, das darauf beruht, dass in 3 Phasen das Ausmaß der Partizipation für die gesamte Einrichtung festgelegt wird: Will sich eine Einrichtung konsequent partizipativ ausrichten, ist es wichtig, dass Mitarbeiter*innen und Leitungen in der ersten Phase die Struktur der Einrichtung, die Hierarchien und Prozesse beleuchten und ihre Rollen und ihr berufliches Selbstverständnis reflektieren. Was bin ich bereit, an Macht abzugeben? An welchen Stellen geht das überhaupt? Wo trage ich per definitionem die Verantwortung? Wie sieht Begegnung auf Augenhöhe wirklich aus? Diese Fragen können von allen Mitarbeitenden für alle denkbaren Arbeitsprozesse in einem Aushandlungsprozess beantwortet werden. Es ist dabei sinnvoll, komplexe Bereiche zu unterteilen in Teilbereiche. In der zweiten Phase werden dann Formen und Strukturen der Beteiligung entwickelt, indem beispielsweise über Gremien nachgedacht wird, die eine Mitbestimmung der Nutzer*innen ermöglichen, ohne diese zu überfordern oder die Einrichtung handlungsunfähig zu machen. Diese Strukturen sollten Transparenz und Funktionsfähigkeit gewährleisten. In der dritten Phase werden Rechte, Strukturen und Mitbestimmungsmöglichkeiten beschrieben und von den Mitarbeitenden in einer ersten Lesung verabschiedet. Das Ergebnis wird den Nutzer*innen vorgestellt und in einem weiteren Aushandlungsprozess werden Vorstellungen und Wünsche der Nutzer*innen mit eingearbeitet in ein Dokument, dass nach einer zweiten Lesung für alle verbindlich wird. Dies kann ein Leitbild, eine Satzung oder ein anderes Grundsatzdokument sein, das fortan die Zusammenarbeit aller Beteiligten in der Einrichtung bestimmt (Straßburger & Rieger 2014, S. 88 ff.). Auf diese Weise wird dafür gesorgt, dass Partizipation strukturell in einer Einrichtung verankert werden kann und nicht vom Wohlwollen oder Engagement einzelner Personen abhängt. Statt Willkür gibt es „Rechtssicherheit", die sich in klaren und transparenten Strukturen und verbindlichen Regelungen wiederspiegelt, auf die sich alle Beteiligten berufen können.

Strukturelles Empowerment

Neben der partizipativen Grundhaltung und der Festschreibung der aus-

Literatur:

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (Hrsg.) (2009): **PPQ: ProPsychiatrie Qualität: leitzielorientiertes Qualitätsmanagement**, [Implementierung, Beteiligungsorientierung, Ressourcenorientierung, Handlungsorientierung]. 1. Aufl. Forschung für die Praxis – Hochschulschriften. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Straßburger, G.; Rieger, J. (Hrsg.) (2014): **Partizipation kompakt für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe.** Weinheim; Basel: BeltzJuventa.

Utschakowski, J. (2015): **Mit Peers arbeiten: Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung**; [inklusive Downloadmaterial]. 1. Aufl. Psychosoziale Arbeitshilfen 32. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Wright, M.; Unger, H. von; Block, M. (Hrsg.) (2010): **Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention.** Bern: Huber.

Wright, M.; Block, M.; Unger, H. von (2009): **Partizipative Qualitätsentwicklung.** In: Kolip, P.; Müller, V. E. (Hrsg.) (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. 1. Auflage Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber, S. 157–176.

gehandelten Beteiligungsprozesse, ist die Etablierung eines strukturellen Empowerments die dritte unabdingbare Säule der PQ. Die Nutzer*innen einer sozialpsychiatrischen Einrichtung, die bisher nicht wirklich nach ihren Wünschen und Vorstellungen gefragt wurden und auch wenig Entscheidungsmacht hatten, sollen von nun an selbstbestimmt leben, Wünsche, Bedarfe, Bedürfnisse äußern und auch noch über bestimmte einrichtungsrelevante Fragen, die ihr Alltagsleben betreffen, mitbestimmen. Das geht nicht von heute auf morgen. Das will erstmal gelernt sein. Die Nutzer*innen diesbezüglich zu unterstützen und zu stärken, ist ausdrückliche Aufgabe nach dem BTHG.

Die Einstellung von Genesungsbegleiter*innen, sofern gut geplant und vorbereitet, kann für diesen Unterstützungsprozess sehr hilfreich sein, denn sie stärkt die Sichtweisen der Nutzer*innen unter den Mitarbeitenden (vgl. Utschakowski 2015). Neben Peerarbeit und der Einrichtung von Recoverygruppen geht es auch darum die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Nutzer*innen durch Kommunikationstrainings, Beratungsgespräche oder Schulungen zu entwickeln. Eine weitere gute Möglichkeit, Mitbestimmung zu lernen, ist die Wahl eines Klient*innenrates. An der Wahl können sich alle beteiligen und es ergeben sich viele Diskussionen über Sinn und Zweck der Wahl im Besonderen und Demokratie im Allgemeinen. Und sowohl schon vor als auch nach der Wahl wird es um das gemeinsame Aushandeln von Rechten und Pflichten gehen. Die gemeinsame Einrichtung eines guten, umfassenden Verbesserungsmanagements ist eine einfache, sehr niedrigschwellige, aber eine extrem wichtige Beteiligungsmöglichkeit. Auch gemeinsam konzipierte und durchgeführte Befragungen der Nutzer*innen können ganz viele Veränderungen in einer Einrichtung im Hinblick auf Mitbestimmung und Teilhabe bewirken.
„Gehört werden", „ernst genommen werden", „mitgestalten können" sind wesentliche Elemente um die eigene Selbstwirksamkeit zu erfahren, ein nicht zu unterschätzender Faktor für Genesungsprozesse und zum Erlernen der Selbstbestimmung. Und auch den Mitarbeiter*innen eröffnen sich ganz neue Erfahrungen dadurch, dass sie den Nutzer*innen auf andere Art begegnen. Es ist aber äußerst wichtig, zu Beginn eines Projektes die Möglichkeiten und Grenzen der Partizipation und die Kompetenzen der Beteiligten klar zu kommunizieren und im Verlauf dann auch penibel einzuhalten. Sonst kann es zu unnötigen Missverständnissen und tiefen Verletzungen kommen.

Partizipation ist nicht leicht, weder für die Klient*innen noch für die Mitarbeiter*innen, noch für die Einrichtung insgesamt. Doch diejenigen Einrichtungen, und inzwischen gibt es im deutschsprachigen Raum einige, die sich auf das Abenteuer Partizipation eingelassen haben, sind einhellig der Meinung, dass es sich auf jeden Fall für alle Beteiligten gelohnt hat und weiterhin lohnt.

Anzeige

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Masterstudiengänge Soziale Arbeit

Vielfalt und Spezialisierung

Die KatHO NRW bietet den Masterstudiengang Soziale Arbeit an vier Standorten mit fünf verschiedenen Vertiefungsgebieten an:

- Klinisch-Therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)
- Bildung und Teilhabe (Aachen)
- Forschung und Innovation in der Sozialen Arbeit (Köln)
- Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit (Münster)
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Paderborn)

Die Studiengänge bereiten auf Tätigkeiten speziell im Handlungsfeld Sozialer Arbeit und Gesundheit vor und schließen mit dem Titel „Master of Arts in Social Work (M.A.)" ab. Der Abschluss berechtigt zur Promotion und eröffnet den Zugang zum Höheren Dienst.

Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt zur Leitung von Organisationen. Der Fokus liegt zudem auf anwendungsbezogener Forschung.

Studierende aller Vertiefungsgebiete erweitern ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, komplexe Fragestellungen zu erforschen sowie innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren.

Weitere Informationen unter www.katho-nrw.de



Beteiligung afrikanischer Communities an der RKI-KABP-Studie

Stephen Amoah & Rosaline Mbayo

Die Beteiligung von Migrant*innen aus unterschiedlichen Communities an Projekten der Gesundheitsförderung ist ein bewährter Ansatz zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit und in der HIV-Prävention von großer Bedeutung. Hier arbeiten Fachleute des öffentlichen Gesundheitswesens seit vielen Jahren mit Migrant*innen zusammen. Die gemeinsame Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten der Gesundheitsförderung hat gezeigt, dass deren Expertise die HIV/AIDS-Präventionsarbeit wirksam und nachhaltig fördern konnte.

Ausschlaggebend für den Erfolg ist die **tatsächliche Beteiligung** von Mitgliedern der Community und hier insbesondere auch von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Einbeziehung von Migrant*innen kann aber nur dann gelingen, wenn zunächst eine Vertrauensbasis geschaffen wird. Vertrauen ist eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür, dass die Zielgruppen wirksam von den Botschaften der Prävention erreicht werden (BZgA 2009). Afrikanische (wie auch andere) Migrant*innen bringen aus ihren Herkunftsländern häufig ein tiefgehendes Misstrauen gegenüber insbesondere staatlichen Einrichtungen mit nach Deutschland. Ängste und Unsicherheiten bestehen daher nicht nur untereinander, sondern vor allem auch gegenüber Institutionen. Die Angst vor der Verbreitung persönlicher Daten ist groß und kann durch bloße Informationen nicht ausgeräumt werden. Vertraulichkeit und Datenschutz müssen nicht nur zugesichert, sondern auch als höchstes Gut angesehen werden. Vertrauen zu schaffen, um Glaubwürdigkeit zu erlangen, ist daher ein erster und sicher auch der langwierigste und schwierigste Schritt hin zu einer tragfähigen Zusammenarbeit.

Beteiligung afrikanischer Communities an einer Studie des RKI

Nicht nur in der Praxis, sondern auch in der Forschung ist die Förderung von Partizipation relevant. In Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut in Berlin (RKI) hat das Projekt Afrikaherz im Rahmen der „KABP-Studie“ eine Befragung von in Deutschland lebenden Bürger*innen aus Subsahara-Afrika durchgeführt. Afrikaherz ist ein Projekt des Vereins für interkulturelle Arbeit (VIA e. V.). Seit seiner Entstehung im August 1999 ist es Ziel des Projekts, den Zugang zum Gesundheitssystem für afrikanische Migrant*innen zu verbessern, neue Zugänge zu erschließen und an der Verbreitung von Informationen und Präventionsbotschaften mitzuwirken. Angesprochen werden insbesondere Menschen mit HIV und deren Angehörige.

Das Projekt der ,,KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant*innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)“ wurde vom 1. August 2014 bis 31. Mai 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Gemeinsam mit Vertreter*innen aus afrikanischen Communities, Akteur*innen aus Bereichen der Primärprävention, dem ÖGD und Vertreter*innen aus Verwaltung und Wissenschaft wurde ein Studiendesign entwickelt, das durch andere Gremien (Advisory Board, Fokusgruppen) validiert und 2013 in Hamburg erfolgreich pilotiert wurde. Untersucht werden sollten das Wissen und die Einstellungen zu tabuisierten Themenbereichen wie HIV und sexueller Gesundheit ebenso wie das individuelle Sexualverhalten. Eingeschlossen in die Befragung war ein optionales HIV- und STI-Testangebot.
Afrikaherz pflegt seit langem intensive Kontakte zu unterschiedlichen afrikanischen Communities vor Ort und übernahm auf Anfrage des RKI die lokale Studienbetreuung. Zunächst wurden im Rahmen von MiSSA (Migrant*innen aus Subsahara-Afrika) Peer-Researcher ausgebildet, die in ihren Communities aktiv und gut vernetzt sind. Die Schulung erfolgte in enger Zusammenarbeit mit dem Projekt Afrikaherz, dem RKI sowie mit bereits zuvor ausgebildeten Peer-Researchern aus Vorgängerstädten. Themen der Schulung waren HIV, HEP und STI sowie Studienziele und Studiendesign. Aufgrund ihrer spezifischen Zugänge zu ihren jeweiligen Communities und ihrer Mehrfachzugehörigkeit (zu einer Einrichtung, einem Projekt, einer Community oder einer Kirchengemeinde) erfolgte die aufsuchende Rekrutierung der Befragungsteilnehmer*innen durch die Peer-Researcher. Dadurch war das Projekt Afrikaherz nicht nur gefordert, sich mit unterschiedlichen Fragen von Gesundheit und Sichtweisen auf Gesundheit, sondern sich gleichzeitig auch mit Forschungsfragen hinsichtlich einer heterogenen Zielgruppe zu beschäftigen. Auch die Mitarbeiter*innen des RKI erhielten neue Einsichten und damit ein verbessertes Verständnis für unterschiedliche Präventionsbedarfe.

Für das Projekt Afrikaherz war die Zusammenarbeit mit dem RKI mit besonderen und vielfältigen Herausforderungen verbunden. Diese begannen bereits vor Projektbeginn mit der Frage, ob Afrikaherz eine derart verantwortungsvolle Aufgabe überhaupt übernehmen könne. Auf Grund der zahlreichen Ressourcen der Akteur*innen war man sich jedoch schnell einig, hier eine neuartige Chance ergreifen zu müssen und auch zu können. Unterschiedliche Meinungen von RKI und Afrikaherz gab es beispielweise bei der Gestaltung des Fragebogens. Dieser sollte anfangs Informationen abfragen, welche die

Vertreter*innen der Communities für nicht relevant und geeignet hielten. Man konnte sich schließlich dahingehend einigen, bestimmte Fragen wegzulassen. Andere Fragen, wie die nach der Häufigkeit von Geschlechtsverkehr, wurden in ihrer Deutlichkeit als zu intim und übergriffig empfunden, blieben aber bestehen. Auch wenn die beteiligten Communities die Notwendigkeit derartiger Fragestellungen sehen, würden sie sich dennoch künftig ein sensibleres Vorgehen mit gemeinsamen Überlegungen zur jeweiligen Formulierung wünschen. Die mit der Zusammenarbeit verbundenen extremen Erwartungen an das Projekt Afrikaherz und die vielfältigen individuellen und strukturellen Interessen der verschiedenen Communities, des Projektträgers wie auch des RKI führten nachvollziehbar zu immer neuen Konflikten, die es zu lösen galt. Überaus hilfreich war in derartigen Fällen das Projektziel, das von allen Beteiligten mitgetragen werden konnte.

Fazit aus der Zusammenarbeit

Die Teilnahme an der Studie ist aus Sicht des Projekts Afrikaherz eindeutig als Gewinn zu sehen. So konnten die Sichtbarkeit von Angeboten für unterschiedliche Communities deutlich erhöht und die Möglichkeiten zur Information über HIV, STI und Hepatitis wie auch entsprechende Testmöglichkeiten bekannt gemacht werden. Die Zusammenarbeit mit dem RKI führte ebenso zu weiterer Vernetzung des Projekts Afrikaherz mit anderen Akteur*innen und Institutionen im Bereich HIV/AIDS. Vor allem aber führte sie zu einer Stärkung der Rolle der Peers als Akteur*innen der aktiven Gesundheitsprävention in den Communities.

Die Teilnahme von und die Zusammenarbeit mit Community-Mitgliedern stellt damit eine wichtige Grundlage einer effektiven öffentlichen Gesundheitsforschung dar. Es muss anerkannt werden, dass Prävention in allen Bereichen der Gesundheit mit größter Wahrscheinlichkeit nur dann erfolgreich sein wird, wenn Community-Mitglieder konsequent in die Planung und Ausführung solcher Projekte einbezogen werden. Community-Mitglieder müssen eine wesentliche Rolle einnehmen bei der Entwicklung und Implementierung aller Aspekte von Forschungen, die Migrant*innen zur Zielgruppe haben, sowie bei der Verbreitung von Informationen und Forschungsergebnissen in den Communities (UNAIDS 2000). Um einen wirklich effektiven Kampf gegen HIV/Aids zu führen, benötigen wir Offenheit, Verständnis, Mut und die Erkenntnis, dass diese Arbeit nicht ohne die Partizipation von Migrant*innen auf allen Ebenen geleistet werden kann.

Literatur:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009): **Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit.** Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35. Köln.

Cargo, M.; Mercer, S.L. (2008): **The value and challenges of participatory research: strengthening its practice.** In: Annu. Rec. Public Health, 29: S. 325–350.

Kühne, A. et al. (2016): **Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrant*innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA) in Berlin.** Abschlussbericht. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Kuehne A.; Koschollek C.; Santos-Hövener C.; Thorlie A.; Müllerschön J.; Mputu Tshibadi C. et al. (2018): **Impact of HIV knowledge and stigma on the uptake of HIV testing – Results from a commu-nity-based participatory research survey among migrants from sub-Saharan Africa in Germany.** PLoS ONE 13(4): e0194244. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194244

Robert-Koch-Institut (2017): **Abschlussbericht der Studie „KABP–Studie mit HIV- und STI-Testangebot mit in Deutschland lebenden Migrant*innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA).** Berlin: Robert-Koch-Institut.

UNAIDS (2000): **Ethical considerations in HIV preventive vaccine research.** UNAIDS Guidance document. Geneva.

Info

Stellungnahme der DVSG

Leitlinien und Empfehlungen für eine Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung

Die Leitlinien und Empfehlungen zur Guten Praxis der Gesundheitsberichterstattung (GBE) sind absolut begrüßenswert. Sie stellen eine gute fachliche Orientierung dar und werden zur Qualität und Etablierung der nationalen GBE deutlich beitragen. Ebenfalls sehr zu begrüßen ist das Stellungnahme-Verfahren, um die bereits geleistete Arbeit der interdisziplinären Arbeitsgruppe durch Kommentare, Hinweise und Verbesserungsvorschläge weiterer Expert*innen(-gruppen) weiterzuentwickeln. Als Fachverband für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kommen wir diesem Aufruf aus unserer fachlichen Expertise gerne nach.

Gesundheit ist ein konstitutiver Bestandteil des Alltags (WHO 1986, 1997) und muss auch als dieser erfasst werden. Aus Sicht einer lebensweltorientierten Perspektive steht der Alltag der Menschen damit im Fokus. Dies impliziert insbesondere eine sozialraumorientierte und sektorenübergreifende sowie partizipative Praxis in der GBE. „Damit Gesundheitspolitik und Programme der Gesundheitsförderung jedoch effizient und effektiv sind sowie gleichzeitig gemeindenah und bürgerorientiert, muss kommunale GBE den Bürger partizipieren lassen" (Homfeldt/Steigleder 2003, 180). Standardisierte Verfahren vermögen es kaum, die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit im Alltag – aus dem der lebensweltorientierten Perspektive zugrunde liegendem subjektorientierten Verständnis – zu erklären. Gesundheit ist ein subjektives „Sich-Befinden" (WHO 1948), das von Individuen in Wechselwirkung mit ihrer Umwelt hergestellt wird. Die GBE bedarf daher

einer Ergänzung um alltagsweltnahe, subjektive Daten.
Die Leitlinien sollten diesen Punkt zwingend beachten: Aus unserer Sicht sind daher nicht nur quantitativ erhobene Daten notwendig, sondern dringend auch qualitative Daten, die dazu geeignet sind, die subjektive Lebenslage und Situation zielgruppenspezifisch zu analysieren und zu interpretieren. Selbstverständlich ist eine beschreibende Analyse wichtig, um die Gesundheitssituation der Bevölkerung zu erfassen, allerdings vermag es nur eine erklärende Analyse zudem ableiten zu können, wie Gesundheit in der Lebenswelt der Menschen hergestellt wird, welche Strategien die Menschen verfolgen und was sie dazu motiviert im Alltag gesundheitsachtsam – oder eben nicht – zu handeln. Sie bietet also einen direkten Zugang für die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention.
Die kommunale GBE kann genau diese kleinräumige Datenerhebung und zielgruppenspezi-fische Auswertung übernehmen; sie könnte Bindeglied zwischen Politik als Entscheidungsträger und betreffenden Menschen werden (Homfeldt/Steigleder 2003, 186). Um das Bild der GBE möglichst realistisch werden zu lassen, ist es notwendig, die entsprechenden Bürger*innen daran partizipieren zu lassen. Dies ermöglicht es an die wirklichen Probleme in den Wohngebieten ausgehend vom Alltag der darin lebenden Menschen anzuknüpfen, „denn nur sie kennen durch ihr Alltagsleben die wirklichen Probleme in ihrem Wohngebiet, die vielleicht ganz woanders liegen, als die ‚vermeintlichen Experten für diesen Stadtteil' es annehmen" (ebd., 187). Eine wohngebietsnahe GBE ermöglicht es Verbesserungsvorschläge gemeinsam mit Akteur*innen und Bürger*innen zu identifizieren und zu implementieren, so können Maßnahmen effektiver und die Gesundheitspolitik effizienter werden; im Idealfall trägt dies zu einer Vernetzung mit der Kommunalpolitik bei, die „über die Reichweite gesundheitspolitischer Maßnahmen hinaus zum Beispiel durch städtebauliche Maßnahmen zu einer Verbesserung der Lebensqualität möglichst vieler Bewohner beitragen kann" (ebd.).
Entsprechende Ressourcen liegen vor. In den vergangenen Jahren hat sich beispielsweise das Netzwerk zur Qualitativen Gesundheitsforschung (www.qualitative-gesundheitsforschung.de) und der Forschungsverbund Partizipative Gesundheitsforschung (www.partnet-gesundheit.de) gebildet. Zudem liegen rekonstruktive Untersuchungen vor (Flick/Röhnisch 2008, 2011; Rademaker 2017a, b, 2018 im Druck; Homfeldt/Steigleder 2003), die zur Etablierung neuer Möglichkeiten der GBE hinzugezogen werden können. Die DVSG ist daran interessiert, diese Entwicklung mit voran zu treiben und Gesundheitsförderung aus der Praxis Sozialer Arbeit zu stärken. Die GBE ist hierbei ein wesentlicher Dreh- und Angelpunkt, den wir mit unserer Expertise stärken wollen.
Mit Blick auf die vorliegenden Leitlinien haben wir folgende Anmerkungen und Ergänzungen:

■ **Leitlinie 1 (Ethik), Empfehlung 1.2:**
Anstatt von „sozialen Milieus" zu sprechen ziehen wir den Begriff „Diversität" vor. Dieser impliziert deutlicher die vertikalen und horizontalen Unterschiede der Gesundheit der Menschen und wird weniger mit einer „Arm-Reich-Differenzierung" assoziiert. Zudem rückt damit die diverse Lebenswelt der Menschen mehr in den Fokus.

■ **Leitlinie 3 (Public Health):**
An diesem Punkt setzt unsere primäre Kritik an. Eine expertokratische Interpretation der GBE-Daten reicht nicht aus. Sie ist um rekonstruktive Verfahren zu ergänzen, die lokal, subjektorientiert und partizipativ die Lebensphase und -lage der Bewohner*innen einer Kommune analysieren. Gesundheit in der Kindheit ist von der in der Jugend, dem Übergang in den Berufsmarkt und andere Lebensphasen zu unterscheiden. Gesundheit in der Stadt kann weit von der auf dem Land abweichen. Menschen mit körperlichen Einschränkungen haben vielleicht andere Bedarfe als Menschen mit psychischen Erkrankungen. Je nach Lebensphase und -lage sind unterschiedliche Themen von Relevanz. Das bedeutet Gesundheit im Lebensalltag zu analysieren und davon ausgehend Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung abzuleiten.
Chancengleichheit und -gerechtigkeit in der Gesundheitsförderung ist nur umsetzbar, wenn die Menschen dort erreicht werden, wo sie ihre Gesundheit aufrechterhalten und wiederherstellen. Insbesondere rekonstruktive Verfahren können dies erfassen, wie die oben exemplarisch benannten Untersuchungen aufgezeigt haben.

■ **Leitlinie 5 (Arbeitsgrundlagen), Empfehlung 5.3:**
Auch mit standardisierten Verfahren können regionale Vergleiche an Grenzen kommen. Sie sind daher durch rekonstruktive Verfahren zu ergänzen und zu validieren, da damit die lokalen Spezifika besser zu erklären sind. Diese Tatsache verweist unmittelbar darauf, qualitative Methoden in der GBE stärker zu forcieren, um Maßnahmen effektiver und die Gesundheitspolitik effizienter zu gestalten.

■ **Leitlinie 8 (Interpretation):**
Die Interpretation und kritische Diskussion der Ergebnisse ist Aufgabe von Expert*innen. Sie sollte jedoch zudem zwingend in einer sektorenübergreifende Form und unter Beteiligung der lokalen Akteur*innen erfolgen.

■ **Leitlinie 10 (Kommunikation):**
Je stärker die GBE mit den lokalen Akteur*innen vernetzt erfolgt und unter Beteiligung der Bürger*innen durchgeführt wird, desto mehr steigt auch ihre Bürgernähe und Wahrnehmung über die Gesundheitspolitik hinaus. Die lokale Vernetzung sowie Partizipation von Akteur*innen und Bürger*innen darf keine Frage bleiben, sondern muss zum Standard in der GBE werden.

Literatur:

Flick, U.; Röhnisch, G. (2008): **Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit**. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Flick, U.; Röhnisch, G. (2011): **„(…) da bin ich eigentlich der Außenseiter, und das ist das Schlimmste." Krankheitserleben und -verhalten von chronisch kranken obdachlosen Jugendlichen**. In: Oelerich, G.; Otto, H.-U. (2011): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften und Springer Fachmedien, S. 151–164.

Homfeldt, H. G.; Steigleder, S. (2003): **Gesundheitsvorstellungen und Lebenswelt: Subjektive Vorstellungen von Bewohnern benachteiligter Wohngebiete über Gesundheit und ihre Einflussfaktoren.** Weinheim und München: Juventa Verlag.

Rademaker, A. L. (2017a): **„Also ich finde es gibt eigentlich nur Schulstress!" – empiriebasierte Implikationen für eine lebensweltorientierte Praxis schulischer Gesundheitsförderung.** In: Zeitschrift für Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. Jg. 66, Heft 10, S. 791–806.

Rademaker, A. L. (2017b): **Agency & Gesundheit in der Lebenswelt junger Menschen.** In: Thiersch, H.; Otto, H.-U. (Hrsg.): neue praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozial-pädagogik und Sozialpolitik. Lahnstein: Verlag neue praxis GmbH, 47. Jg., Heft 5, S. 401–419.

Rademaker, A. L. (2018, im Druck): **Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten.** Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.

World Health Organization (WHO). **1948. Constitution of the World Health Organization.** World Health Organization (WHO). 1986. Ottawa-Charta for Health Promotion.

World Health Organization (WHO). **1997. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century.**