

Wer sagt, was gut ist?

Das Konzept der Partizipativen Qualitätsentwicklung für mehr gesundheitliche Chancengleichheit

Gesine Bär, Maren Janella, Holger Kilian, Andrea Möllmann-Bardak, Cornelia Wagner

Der folgende Beitrag stellt das Konzept der »Partizipativen Qualitätsentwicklung« vor, das in den letzten Jahren für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt und erprobt wurde. Es versucht vor allem dem Anspruch einer höheren Selbstbestimmung aller Zielgruppen bei der Gestaltung ihrer Gesundheitschancen Rechnung zu tragen. Die soziale Selektivität von Angeboten und auch von Beteiligungsprozessen stellt gleichzeitig die größte Herausforderung für diese Form der Qualitätsentwicklung dar. Anhand von einigen kommunalen Projektbeispielen wird gezeigt, wie damit in der Praxis umgegangen wird. Vor allem beim Aufbau von kommunalen Präventionsketten und Netzwerken früher Hilfen werden derzeit verschiedene Umsetzungswege für mehr Partizipation und mehr Qualitätsentwicklung ausprobiert. Für die Public Health Forschung und Praxis liefern diese Initiativen wertvolle Hinweise.

Partizipative Qualitätsentwicklung – was ist das, was soll das?

Seit fast 30 Jahren lautet das Credo guter Gesundheitsförderung, dass sie allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung ermöglichen soll (vgl. Ottawa Charta der WHO 1986). Eng verknüpft mit diesem Ziel ist die Vorstellung, dass Gesundheit zwar durch viele soziale – und häufig nur schwer beeinflussbare – Faktoren bestimmt wird, aber letztlich jede und jeder bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung selbst mitentscheiden können muss. Es geht hier nicht lediglich um eine Partizipation im Sinne von »Dabei-Sein«, sondern um tatsächliche Mitbestimmung. Diese Entscheidungsteilhabe beginnt bei der Definition und Auswahl der zu bearbeitenden Probleme, geht weiter bei der Planung und Gestaltung der Fördermaßnahmen und reicht bis zur Evaluation der Ergebnisse (vgl. Kilian/Wright 2012).

Die Bilanzen zum zehnten und zwanzigsten Jubiläum der Ottawa Charta attestierten der Förderlandschaft hierzulande allerdings klare Defizite bei der Umsetzung dieses hohen Beteiligungsanspruchs (vgl. Rosenbrock 1998, Altgeld 2007). Zu expertenzentriert, zu viele gesetzte Themen, zu wenig an den Lebenswelten orientiert – das waren zentrale Kritikpunkte. Daher erscheint es heute als ein längst überfälliger Schritt, dass der Ansatz der »Partizipativen Qualitätsentwicklung« zwischen 2005 und 2008 im Rahmen von zwei Forschungsprojekten am Wissenschaftszentrum für Sozialforschung gemeinsam mit der Deutschen AIDS-Hilfe und Gesundheit Berlin-Brandenburg entwickelt wurde (vgl. Wright et al. 2010). Über die Publikationen, das online-Handbuch

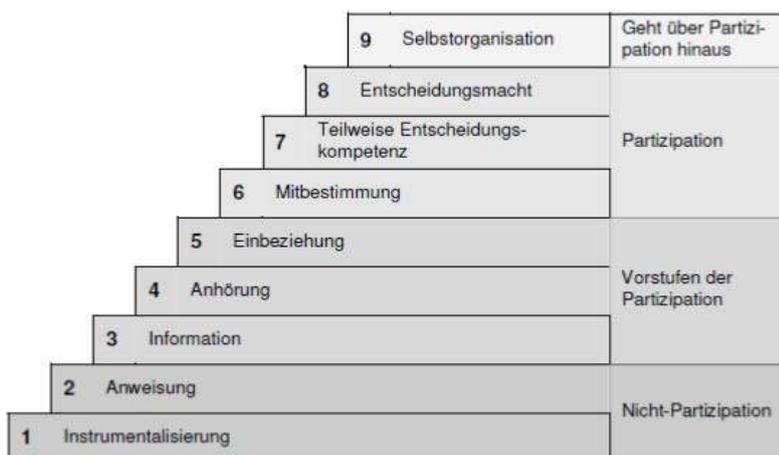
www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de, die Praxispartner, das Netzwerk für Partizipative Gesundheitsforschung PartNet und auch Arbeitshilfen, wie die vom Bundesministerium herausgegebenen Themenhefte »Aktiv werden für Gesundheit.« (BMG 2012) hat der Ansatz einiges an Aufmerksamkeit erfahren. Es gibt also Anlass zu hoffen, dass die Bilanz zum 30-jährigen Jubiläum der Ottawa Charta etwas positiver ausfallen könnte.

Definiert wird die Partizipative Qualitätsentwicklung als »eine ständige Verbesserung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgeber/inne/n und ggf. anderen wichtigen Akteur/inn/en.« (Wright et al. 2010, S. 15f.)

Die Verfahren zur Verbesserung der Arbeit sollen maßgeschneidert, praktikabel, nützlich, partizipativ und über lokale, praxisbasierte Evidenzen abgesichert sein. Qualität entsteht dabei in der Explikation von lokalem und meist impliziten Wissen der Beteiligten.

Instrumente und Ressourcen der Partizipativen Qualitätsentwicklung

Die methodischen Kompetenzen der Projektbeteiligten sind gefordert, um in allen Phasen der Projektarbeit (Bedarfsbestimmung, Planung, Umsetzung, Bewertung) Qualitätsentwicklung mit unterschiedlichsten Zielgruppen zu betreiben. Auch wenn bereits vielfältige Beteiligungserfahrungen in so unterschiedlichen Feldern wie der sozialen Stadtteilentwicklung, der gesundheitlichen Selbsthilfe oder in der qualitativen Sozialforschung – vorliegen, so wird lokal schnell die Notwendigkeit eines weiteren Kompetenzaufbaus offensichtlich. Der »Methodenkoffer« des genannten Forschungsprojekts stellt dafür einen guten Ausgangspunkt dar (vgl. www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de). Instrumente der Bedarfsbestimmung und Projektplanung sind beispielsweise die Blitzbefragung, Fokusgruppen oder teilnehmende Beobachtung. Bereits in der Planungs- oder Umsetzungsphase sollten im Dialog der Beteiligten auch die Kriterien, nach denen das Angebot bewertet wird, bestimmt werden.



Als weiteres hilfreiches Instrument, um ins Gespräch über die vorhandenen und gewünschten Beteiligungsmöglichkeiten zu kommen, hat sich die »Stufenleiter der Partizipation« erwiesen (Wright/von Unger/Block 2010), die auch über das genannte Portal online gut zugänglich und erläutert ist.

Die Mehrstufigkeit von Partizipation zeigt, dass die Umsetzung keine Frage von Ja oder Nein, sondern von Mehr oder Weniger ist. Die neun Stufen der Partizipationsleiter reichen von der »Nicht-Partizipation« bis »Über Partizipation hinaus«. Nicht immer ist hier mehr auch gleichbedeutend mit besser. Immer wieder setzen die Rahmenbedingungen von Projektarbeit den Partizipationsmöglichkeiten Grenzen. In diesem Fall ist es notwendig, dass die Projektverantwortlichen sich für eine realistische Stufe der Beteiligung entscheiden, um nicht an einem (zu) hohen Anspruch zu scheitern und alle Beteiligten zu entmutigen.

In diesem Sinn beschreibt die Partizipationsleiter einen Entwicklungspfad: Die höchsten Stufen »Entscheidungsmacht« und »Selbstorganisation« sind so anspruchsvoll und voraussetzungsreich, dass sie meist nicht im ersten Anlauf, sondern im Rahmen eines gemeinsamen Lern- und Entwicklungsprozesses erreicht werden können. In diesen sind nicht nur die Zielgruppen und Projektverantwortlichen eingebunden, sondern ebenso die Finanzgeber, Entscheider/innen auf unterschiedlichen Ebenen (z.B. in Politik und Verwaltung) und weitere Kooperationspartner.

Partizipative Qualitätsentwicklung in der Public Health-Praxis

Zur besseren Anschaulichkeit haben Kilian und Wright eine Übersicht erarbeitet, die die Stufen der Partizipation mit konkreten Projektbeispielen in der Arbeit mit Kinder und Jugendliche verbindet (Kilian/Wright 2011: 81f). Cornelia Wagner stellt darüber hinaus in diesem Newsletter eine Arbeitshilfe und Verfahren vor, die sich in der Arbeit mit Senior/inn/en bewährt haben. Alle Projekte sind im Pool der durch den Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit« ausgewählten Good Practice-Beispiele zu finden (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-beispiele).

Gesundheit Berlin-Brandenburg hat im Rahmen des Modellprojekts »Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf« den Ansatz der Partizipativen Qualitätsentwicklung beim Aufbau einer kommunalen Präventionskette mit guten Erfahrungen zum Einsatz bringen können, was an zwei Beispielen nachfolgend gezeigt wird.

Praxisbeispiel: Befragung von Eltern in schwieriger sozialer Lage

Um die Qualität von gesundheitsfördernden Angeboten und Projekten zu verbessern, spielen die Perspektiven und Impulse aller Beteiligten eine wichtige Rolle. Schnell können Fachkräfte ihre Meinung äußern und Hinweise zur Weiterentwicklung von Qualität geben, sie sind darin geübt. Die subjektiven Sichtweisen und Meinungen der Menschen, die entsprechende Angebote in Anspruch nehmen oder sich an ihnen beteiligen sollen, wird aber oft außer Acht gelassen - insbesondere die Perspektive von Menschen in belastenden Lebenslagen. Und nicht selten klafft zwischen der (anwaltschaftlich gemeinten) Sichtweise der Fachkräfte und der Perspektive von (sozial benachteiligten) Menschen eine Lücke.

Gesundheit Berlin-Brandenburg nutzte im Rahmen des Modellvorhabens »Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf« und im Rahmen des Projekts »Vielfalt von Elternkompetenzen wahrnehmen« die partizipative Methode »Fokusgruppen«. Befragt wurden ausschließlich Eltern in schwieriger sozialer Lage nach ihrer subjek-

tiven Sicht auf ihre Lebenslage, zu Aspekten, die ihrer Meinung nach die Entwicklung von Kindern positiv bzw. negativ beeinflussen, zu ihren subjektiv empfundenen Ressourcen und Bedürfnissen sowie zur eigenen Inanspruchnahme von bestehenden Angeboten im Stadtteil bzw. im Bezirk. Akquiriert wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Fokusgruppen z. T. über die Ansprache auf der Straße bzw. über Multiplikatoren aus den Communities und über Peers.

Die qualitativen Ergebnisse wurden in Ergänzung zu quantitativen Daten (z. B. aus der Gesundheits- und Sozialberichterstattung) im Rahmen von Fachtagungen und Fachgesprächen an die Fachkräfte rückgespiegelt. Interessanterweise gab es von Seiten der Fachkräfte zum Teil Widerstand gegen die Methode, da die nicht repräsentativ und somit eingeschränkt aussagekräftig seien, und gegen die Ergebnisse: »Das können ´unsere Eltern´ nicht so gesagt haben. Zu solchen Antworten sind die gar nicht fähig!« Einige Fachkräfte fühlten sich durch die Ergebnisse in ihrer Professionalität und Einschätzungsfähigkeit nicht wertgeschätzt. Eine Bearbeitung der »Deutungshoheit« war ein wichtiges Thema in dieser Anfangsphase. Andere Akteure wiederum nahmen die Methode und die Ergebnisse zum Anlass, um sich ernsthaft mit der Nutzerperspektive zu befassen und sich mit der Qualität von bestehenden Angeboten in den Bereichen Gesundheit(sförderung), Kinder- und Jugendhilfe, Schule und Kita auseinanderzusetzen. Aus den Befragungen und den sich anschließenden Diskussionen sind beispielsweise eine Online-Beratung des SOS Familienzentrums in Hellersdorf-Nord und ein Fahrplan »Was ist wichtig rund um die Geburt?« entstanden.

Für die Arbeit mit der Partizipative Qualitätsentwicklung stellten diese Auseinandersetzungen sehr wertvolle Erfahrungen dar. Sicherlich hätte einiges bei der Befragung von Eltern im Rahmen der genannten Projekte noch besser gemacht werden können. Eine wichtige Schlussfolgerung ist aber, dass der partizipative Ansatz letztlich noch konsequenter angewendet werden sollte. Die Entscheidung darüber, wonach gefragt und wie mit den Ergebnissen umgegangen wird, wäre beispielsweise mit den Befragten zu entwickeln. Als zweite wichtige Erkenntnis lässt sich festhalten, dass für die Fachkräfte die Partizipative Qualitätsentwicklung und die Anwendung ihrer Methoden eine wichtige Gelegenheit ist, Prozesse der Selbstreflexion anzuregen.

Praxisbeispiel: Kitatransfertage – Erzieherinnen und Erzieher als Expert/innen der Praxis!

Die Wertschätzung der Expertise von lokalen Fachkräften war ein zentrales Anliegen des Modellvorhabens »Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf«. Daher sollte der lokale Austausch und das gemeinsame Lernen voneinander einen festen Rahmen erhalten. Die sogenannten Kitatransfertage haben diese beiden Ziele sehr produktiv umsetzen können.

Innerhalb eines Kitatransfertages können zentrale fachliche Fragen unter den lokalen Fachkräften diskutiert werden. Eine der zentralen Fragen von Kitaerzieher/innen ist beispielsweise die nach dem Aufbau einer gelingenden Erziehungspartnerschaft mit Eltern. Während eines Transfertages stellt zunächst eine Kita als einladende Einrichtung ihre Arbeit exemplarisch vor. Interessierte Einrichtungen können sich im Anschluss innerhalb eines ausführlichen Hausrundgangs ein Bild von der Umsetzung machen. Im Anschluss findet ein moderierter Erfahrungsaustausch zu der vorher festgelegten Leitfrage statt.

Die Resonanz war auf die bislang acht durchgeführten Transfertage durchweg positiv: »Ich war sehr überrascht, wie viele interessierte Menschen aus dem Bezirk Marzahn-Hellersdorf sich mit diesem Thema beschäftigen«, sagte beispielsweise eine Vertreterin einer Einrichtung im Anschluss an den ersten Transfertag. Das Konzept konnte sich zum Erfolgsmodell für die Weiterentwicklung von Qualität in Kitas entwickeln und durch bezirkliche Kooperationspartner/innen inzwischen nachhaltig im Bezirk verankert werden. Die Einrichtungen betonen immer wieder wie wichtig und wertvoll der »Blick über den Tellerrand« ist und der »Austausch unter Kolleg/innen«. Es entstehen aber auch konkrete Ergebnisse bei dieser Qualitätsentwicklung.

Nach dem ersten Block der Transfertage, die zu Fragen gelingender Partnerschaften mit Eltern stattfinden konnten, entwickelte das Projektteam gemeinsam mit den beteiligten Einrichtungen und bezirklichen Kooperationspartner/innen eine Handreichung zum Aufbau gelingender Erziehungspartnerschaften .. In dieser Handreichung finden sich die Ergebnisse der Transfertage in Form praktischer Erfahrungsbeispiele gepaart mit wissenschaftlichen Impulsen. Ziel der Handreichung ist es, praktische Anregungen von Kolleg/innen für Kolleg/innen bereitzustellen, denn, wie eine Erzieherin deutlich machte, »wir alle wissen, dass die Fachkräfte, welche sehr nah an diesem Thema sind, langsam an ihre Grenzen kommen und eine Unterstützung einfach notwendig ist.«

Die Ergebnisse der Transfertage sind dokumentiert und einsehbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/gesund-aufwachsen-in-marzahn-hellersdorf/#anker2>. Weitere Kitatransfertage fanden statt zu den Themen »Sprachentwicklung« und »Bewegungsförderung«.

Fazit

Wie einleitend bereits erwähnt: Spätestens seit der Ottawa Charta hängt die Latte hoch für die gesundheitsfördernde Praxis. Dabei kann man sich die partizipativen Prozesse bei spezifischen Präventionsprojekten mit einem klar definierten Kreis von Beteiligten aus Projekt-Akteuren, Zielgruppe und Geldgebenden noch gut vorstellen. Geht es aber um gesundheitsfördernde Entwicklungsprozesse in Schulen, Kitas oder Stadtteilen, dann wird die Lage schnell komplizierter. Fragen entstehen, wie: Wer soll wann auf welche Weise einbezogen werden? Und wer ist überhaupt legitimiert, auf diese Fragen eine Antwort zu geben?

Sozialer Selektion von Beteiligungsverfahren begegnen

Es gibt ein doppeltes Dilemma bei dieser zuletzt genannten settingbezogenen Gesundheitsförderung. Sowohl Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung als auch Partizipationsverfahren wirken in der Regel sozial selektiv. Das heißt, sozial benachteiligte Menschen werden von den Maßnahmen seltener erreicht als sozial besser gestellte Gruppen. Verfahren der partizipativen Qualitätsentwicklung müssen hierauf besonders sensibel reagieren, um nicht die eigenen Ziele zu unterwandern in dem soziale Ungleichheiten noch verstärkt werden (vgl. Bär 2012, 2013).

Ein Gelsenkirchener Stadtteilprojekt hat versucht über eine Serie von Quartierskonferenzen auch sozial benachteiligte ältere Bewohnerinnen und Bewohner verstärkt zu beteiligen. Dort wird bilanziert, dass es dafür eines

ganzen Bündels von Maßnahmen bedarf: »Dazu zählt beispielsweise, dass die Konferenzen vor Ort – im Quartier – stattfinden, der Treffpunkt barrierefrei ist und eine hohe Akzeptanz im Stadtteil besitzt. Ebenso wichtig ist die kostenfreie Teilnahme wie der Einsatz von aktions- und gesprächsorientierten Methoden. Der Dialog muss auf Augenhöhe stattfinden. Themen und Maßnahmen werden von den Älteren selbst gesetzt und entwickelt.« (Heite 2013, S.7)

Perspektiven von Professionellen wie Adressatinnen in Dialog bringen

Eine wichtige Voraussetzung für eine sozialogensensible Vorgehensweise ist, die konkreten Ausgangsvoraussetzungen vor Ort zu betrachten. Die meisten Interventionsorte sind in Sachen Beteiligung kein Niemandland. Die Akteure vor Ort und die einzubeziehenden Zielgruppen verfügen meist über eine Vielzahl von Beteiligungserfahrungen – positive wie negative. An diese Vorerfahrungen gilt es anzuschließen. Partizipative Qualitätsentwicklung muss sich ins Verhältnis setzen zu den lokalen Beteiligungskulturen und den Partizipationserfahrungen. Schnell stößt man dabei auf unterschiedliche normative Vorstellungen, wie gute Gesundheitsförderung aussehen sollte. Expertenzentrierte Gesundheitserziehungskonzepte in Kitas und Schulen sind noch genauso verbreitet wie die ärztlichen Leistungen der medizinischen Prävention und die Gesundheitsschutzaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Partizipative Gesundheitsförderung findet häufig einen Wiederhall bei zivilgesellschaftlichen Akteuren oder auch im Rahmen gesetzlich verankerter Beteiligungsverfahren.

In integrierten kommunalen Konzepten der Gesundheitsförderung gilt es diese verschiedenen Akteure in einen offenen Dialog zu bringen und dabei gleichzeitig Perspektiven von bislang noch nicht oder wenig berücksichtigten Zielgruppen beizusteuern. Die Beispiele der Elternbefragungen oben haben das gut illustriert.

Ein gangbarer Weg, um diese große lokale Entwicklungsaufgabe zu stemmen, scheint der Mittelweg zwischen »top down«- und »bottom up«-Ansätzen zu sein: Einerseits werden mit kommunal Verantwortlichen und die lokalen Fachkräften Entwicklungsprozesse angestoßen, die mehr und bessere Gelegenheiten für Beteiligung der unterschiedlichsten Zielgruppen schaffen, wie es am Beispiel der Kita-Transfertage und der Kita-Fibel verdeutlicht wurde. Andererseits werden wie im Fall der Elternbefragungen gesonderte Anstrengungen unternommen, sozial benachteiligte Zielgruppen im Sinne der partizipativen Qualitätsentwicklung in den Prozess einzubinden. Eine externe Moderation ist hierbei herausgefordert, immer wieder Möglichkeiten zu finden, aus diesen verschiedenen Entwicklungsarbeiten einen gemeinsamen Austausch und Entwicklungsprozess werden zu lassen.

Reflektions- und Handlungsmöglichkeiten dieser Art zu unterstützen, ist Aufgabe von einer Gesundheitsförderung, die dem Konzept der Partizipativen Qualitätsentwicklung verpflichtet ist.

Literatur

- Altgeld, T. (2007): Wirksame Gesundheitsförderung heute - die Herausforderungen der Ottawa-Charta. In: Schmidt, B.; Kolip, P. (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim, München: Juventa, S. 33-44.
- Bär, G. (2012): Partizipation im Quartier – Gesundheitsförderung mit vielen Adressaten und Dynamiken. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hg.): Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber, S. 172-181.
- Bär, Gesine (2013): Wissenschaftliche Begleitung, formative Evaluation und partizipative Forschung – methodische Fußangeln für Wissenschafts-Praxis-Partnerschaften. In: Prävention und Gesundheitsförderung 8 (3), S. 155-162.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2012): Aktiv werden für Gesundheit. Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Teil 5: Erfahrungen nutzen - Qualität stärken <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-5-erfahrungen-nutzen/> (zuletzt abgerufen am 20.04.2014)
- Heite, E.; Seniorennetz Gelsenkirchen e.V. (2013): Lebensqualität Älterer im Wohnquartier. In: In Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.), Schritt für Schritt zu mehr Partizipation im Alter. Ein Leitfaden zur Beteiligung älterer Menschen an der Gestaltung bewegungsfreundlicher Quartiere. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg.
- Kilian, H.; Wright, M.T. (2011): Partizipation in der Gesundheitsförderung, in: BZgA (Hrsg.): Gesundes Aufwachsen für alle!, Gesundheitsförderung Konkret 17. Köln: BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), S. 76-83.
- Netzwerk Bürgerbeteiligung (2013): Qualitätsstandards Bürgerbeteiligung. http://www.netzwerk-buergerbeteiligung.de/fileadmin/Inhalte/PDF-Dokumente/Qualit%C3%A4tskriterien/nwbb_qualitaetskriterien_stand_februar2013.pdf (zuletzt abgerufen am 20.04.2014)
- Rosenbrock, R. (1998): Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. In: WZB discussion papers. Berlin: WZB.
- WHO Europe (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (zuletzt abgerufen am 20.04.2014)
- Wright, M.; Block, M.; von Unger, H.; Kilian, H. (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung. In: Wright, M. (Hg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber, S. 13-34.

Autorinnen und Autoren

Gesine Bär arbeitet an der Alice Salomon Hochschule in Berlin.

Maren Janella, Holger Kilian, Andrea Möllmann-Bardak, Cornelia Wagner sind tätig bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Kontakt:

Gesine Bär: baer@ash-berlin.eu

Holger Killian: kilian@gesundheitbb.de

Maren Janella: janella@gesundheitbb.de

Andrea Möllmann-Bardak: moellmann@gesundheitbb.de

Cornelia Wagner: wagner@gesundheitbb.de

Redaktion

Stiftung MITARBEIT

Redaktion eNewsletter Wegweiser Bürgergesellschaft

Eva-Maria Antz, Ulrich Rüttgers

Ellerstr. 67

53119 Bonn

E-Mail: newsletter@wegweiser-buergergesellschaft.de