

**Michael Wright, Martina Block, Hella von Unger**

## **Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung**

*„Es gibt einen entscheidenden Unterschied zwischen dem Durchlaufen eines leeren Rituals der Partizipation und dem Verfügen über die Macht, die man braucht, um die Ergebnisse des Prozesses zu beeinflussen.“*

Shelly Arnstein (1969) A Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Institute of Planners, No. 4: 216-224.

Partizipation ist im Bereich der Gesundheitsförderung in aller Munde. Gemeint ist die Beteiligung der Menschen, die von der Gesundheitsförderung erreicht werden sollen, bei der Planung und Durchführung entsprechender Maßnahmen. Aber wie wissen wir, dass eine Beteiligung tatsächlich stattfindet? Und nach welchem Maßstab können wir beurteilen, ob diese Beteiligung gelungen ist?

Die Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Gesundheit Berlin e.V. untersuchen im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekts Möglichkeiten für eine partizipative Entwicklung von Qualität in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ein Zwischenergebnis dieses Projekts, das methodisch auf einem Aktionsforschungsansatz aufbaut, ist ein Stufenmodell der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Dieses Modell soll verdeutlichen, was Partizipation in diesem Zusammenhang bedeutet.

Das Modell geht von der zentralen Forderung der Ottawa-Charta aus, Selbstbestimmung der Bürger/innen als Kern der Gesundheitsförderung zu realisieren. Im Mittelpunkt steht das Grundprinzip, dass Partizipation Entscheidungsmacht bedeutet: Je größer die Entscheidungsmacht einer Person oder einer Gruppe, umso größer der Grad an Partizipation. Dieses Prinzip stammt aus einer den US-amerikanischen Stadtentwicklungsprogrammen der 1960er Jahre entnommenen Darstellung von Shelly Arnstein. Sie hat in ihrem international einschlägigen Artikel aus dem Jahr 1969 versucht, die Gründe für erfolgreiche Bürgerinitiativen zu erklären (s. Zitat oben). Ihre Schlussfolgerung lautet, dass Veränderungen in Wohnvierteln, die den Alltag der Anwohner/innen nachhaltig verbessern, erst dann verwirklicht werden, wenn die Bürger/innen ihre Lebensbedingungen (mit)bestimmen können. In ihrem polemischen Aufsatz zieht Arnstein eine harte Grenze zwischen einer „echten“ Partizipation und einer Scheinpartizipation und stellt dabei fest, dass die meisten partizipativ angelegten Prozesse keine wirkliche Partizipation zulassen.

Unter Berücksichtigung unserer Erfahrung im Forschungsprojekt und mit Bezug auf andere Personen im Gesundheitsbereich, die sich mit der Darstellung von Arnstein beschäftigt haben (v. a. Roger Hart), entwickelten wir ein Modell, das ermöglichen soll, existierende partizipative Prozesse näher zu beschreiben. Damit erhalten Anbieter/innen der Prävention Anhaltspunkte, um den Grad der in ihrer Arbeit erreichten Partizipation einzuschätzen und Möglichkeiten zur Steigerung der Partizipation zu entwickeln.

Nach unserem Verständnis ist Partizipation kein Entweder/Oder sondern ein Entwicklungsprozess. In vielen Settings müssen zunächst Vorstufen der Partizipation realisiert werden, bevor eine direkte Beteiligung an Entscheidungsprozessen möglich ist. Allerdings muss die Anmahnung von Arnstein ernst genommen werden: Viele Maßnahmen, die sich für partizipativ halten, bieten keine Möglichkeit für eine Beeinflussung der Entscheidungsprozesse durch die Bürger/innen und sind daher nicht als partizipativ einzustufen.

Unser Modell zur Beurteilung der Partizipation sieht insgesamt neun Stufen vor:

### **Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung**

<b>Stufe 9</b>	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
<b>Stufe 8</b>	Entscheidungsmacht	Partizipation
<b>Stufe 7</b>	Teilweise Entscheidungskompetenz	
<b>Stufe 6</b>	Mitbestimmung	
<b>Stufe 5</b>	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
<b>Stufe 4</b>	Anhörung	
<b>Stufe 3</b>	Information	
<b>Stufe 2</b>	Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
<b>Stufe 1</b>	Instrumentalisierung	

Auf der Ebene der Nicht-Partizipation sind verschiedene Varianten vorstellbar; hier beschreiben wir zwei Ausprägungen, die in der Gesundheitsförderung oft anzutreffen sind:

### **Stufe 1: Instrumentalisierung**

Die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle. Entscheidungen werden außerhalb der Zielgruppe getroffen, und die Interessen dieser Entscheidungsträger stehen im Mittelpunkt. Zielgruppenmitglieder nehmen eventuell an Veranstaltungen teil, ohne deren Ziel und Zweck zu kennen (Zielgruppenmitglieder als „Dekoration“).

### **Stufe 2: Erziehen und Behandeln**

Die Lage der Zielgruppe wird wahrgenommen, jedoch ausschließlich oder überwiegend als defizitär. Es gilt, die beschriebenen Defizite („Benachteiligungen“) dadurch zu beseitigen, dass Menschen aus der Zielgruppe zum richtigen Verhalten erzogen bzw. von Professionellen behandelt werden. Wegen der angeblichen Defizite werden Mitglieder der Zielgruppe nicht für entscheidungsfähig gehalten.

Bei den Vorstufen der Partizipation handelt es sich um eine zunehmend starke Einbindung der Zielgruppe in Entscheidungsprozesse, auch wenn (noch) kein direkter Einfluss auf die Prozesse möglich ist:

### **Stufe 3: Information**

Die Entscheidungsträger teilen der Zielgruppe mit, welche Probleme die Gruppe (aus Sicht der Entscheidungsträger) hat und welche Hilfe sie benötigt: Basisinformationen über z. B. Krankheitserreger oder präventives Verhalten können Gegenstand dieser Kommunikation sein. Das Vorgehen der Entscheidungsträger wird erklärt und begründet.

### **Stufe 4: Anhörung**

Die Entscheidungsträger interessieren sich für die Sichtweise der Zielgruppe. Die Mitglieder der Zielgruppe werden angehört, haben jedoch keine Kontrolle darüber, ob ihre Sichtweise Beachtung findet.

### **Stufe 5: Einbeziehung**

Die Zielgruppe nimmt formal an Entscheidungsprozessen teil, indem ausgewählte Personen aus der Zielgruppe (oft Personen, die den Entscheidungsträgern nah stehen) in Entscheidungsgremien sitzen. Die Teilnahme der Zielgruppe hat keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

Bei der „echten“ Partizipation hat die Zielgruppe eine formale, verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung:

### **Stufe 6: Mitbestimmung**

Die Entscheidungsträger halten Rücksprache mit Vertreter/inne/n der Zielgruppe. Darüber hinaus kann es auch zu Verhandlungen zwischen der Zielgruppenvertretung und den Entscheidungsträgern zu wichtigen Fragen kommen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine alleinigen Entscheidungsbefugnisse.

### **Stufe 7: Teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz**

Ein Beteiligungsrecht stellt sicher, dass die Zielgruppe in Entscheidungen einbezogen wird. Die Entscheidungskompetenz der Zielgruppe ist jedoch auf bestimmte Aspekte des Entscheidungsprozesses oder der Projektarbeit beschränkt. Obwohl der Anstoß für Interventionen von anderen außerhalb der Zielgruppe kommt, werden bestimmte Entscheidungen ausschließlich von der Zielgruppe getroffen.

### **Stufe 8: Entscheidungsmacht**

Eine Maßnahme bzw. ein Projekt wird von Mitgliedern der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt. Häufig entsteht die Eigeninitiative aus eigener Betroffenheit. Die Entscheidungen trifft die Zielgruppe eigenständig und eigenverantwortlich. Die Maßnahme oder das Projekt wird jedoch von anderen außerhalb der Zielgruppe geleitet, begleitet und/oder betreut.

Die letzte Stufe des Modells geht über die Partizipation hinaus. Sie umfasst alle Formen selbst organisierter Maßnahmen, die nicht unbedingt als Folge eines partizipativen Entwicklungsprozesses entstehen, sondern von Anfang an von Bürger/inne/n selbst initiiert werden können.

### **Stufe 9: Selbstständige Organisation**

Die Verantwortung für eine Maßnahme oder ein Projekt liegt komplett in den Händen der Zielgruppe. Alle Entscheidungsträger sind Mitglieder der Zielgruppe. Alle Aspekte der Planung und Durchführung werden von Menschen aus der Zielgruppe realisiert.

## **Wright, Michael T.**

Strategien der Gesundheitsförderung

Neues aus der Präventionsforschung, FR 14.15

Suchtprävention - Geht uns alle an, FR 16.15

geboren 1962

Dr. phil., LICSW, MS

Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Koordinator der Forschungsbereiche HIV/Aids und Partizipative Forschung

## **Publikationen:**

- Wright, MT (2006) Auf dem Weg zu einem theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. Jahrbuch für Kritische Medizin, 43: 55-73.
- Wright, MT; Block, M (2005) Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. In der Reihe „Discussion Papers“. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Wright, MT (2004) Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings. In: R. Rosenbrock; M. Bellwinkel; A. Schröer (Hg.) Primäre Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW für Neue Wissenschaft: 297-346.

## **Kontakt:**

WZB, Forschungsgruppe Public Health, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin

E-mail: [wright@wzb.eu](mailto:wright@wzb.eu)

[Zurück zur Inhaltsübersicht Kongress Armut und Gesundheit](#)