

Was ist Partizipative Gesundheitsforschung?

Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research

Einführung

Partizipative Ansätze in der Gesundheitsforschung genießen international eine wachsende Aufmerksamkeit bei Geldgeber/inne/n, Entscheidungsträger/inne/n, Wissenschaftler/inne/n und der Zivilgesellschaft. Die Palette der partizipativen Ansätze ist breit gefächert. Die Unterschiede der einzelnen Ansätze hinsichtlich ihrer Absicht, der theoretischen Grundlage, der Prozessmerkmale und der Ergebnisse [15, 28, 29] sind darin begründet, dass Menschen in sehr unterschiedlichen Zusammenhängen in zahlreichen Ländern partizipativ forschen.

Die „International Collaboration for Participatory Health Research“ (ICPHR) wurde 2009 gegründet, um die wachsenden internationalen Erkenntnisse über die Anwendung partizipativer Ansätze in der Gesundheitsforschung systematisch zusammenzuführen [31]. Durch eine Konsolidierung bestehender Wissensbestände und einen Prozess der Konsensbildung für eine gemeinsame Terminologie und Grundprinzipien will die ICPHR die Rolle der Partizipativen Gesundheitsforschung (PGF) in der Planung und Durchführung von Maßnahmen im Gesundheitswesen stärken. Um dieses Ziel zu erreichen, erarbeitet die ICPHR u. a. Leitlinien für die Durchführung und Evaluation der PGF. Sie klärt den Beitrag der PGF zur Theorie und Evidenz und entwickelt Möglichkeiten, Ergebnisse aus der PGF-Literatur zusammenzuführen, um generalisierba-

re Aussagen über Gesundheit in gemeinschaftlichen Zusammenhängen formulieren zu können.

Der folgende vom Autor übersetzte Auszug aus dem ersten Positionspapier der ICPHR stellt die Kernmerkmale der PGF vor [14]. Das vollständige Papier (in Englisch) findet sich auf der Internetseite der ICPHR¹. Der Artikel schließt mit einem Fazit, das die Bedeutung des Positionspapiers für die Praxis in Deutschland zusammenfasst.

Partizipative Gesundheitsforschung ist ein Forschungsansatz, keine Forschungsmethode

Wir verstehen PGF als Forschungsansatz, nicht als Forschungsmethode.

Partizipation als Forschungsmethode bedeutet, dass die Studienteilnehmer/innen an Forschungsprojekten beteiligt werden, um die Qualität der Forschung zu verbessern.

In den letzten 10 Jahren fördern immer mehr Länder ausdrücklich eine stärkere Beteiligung von Bürger/inne/n an der Konzeption und Durchführung von Vorhaben der Gesundheitsforschung. Beispielsweise werden bei der Entwicklung und Priorisierung von Forschungsfragen im Vorfeld von Untersuchungen Bürger/innen konsultiert, die von dem entsprechenden Gesundheitsproblem betroffen sind. Oder Bürger/innen werden dazu

eingeladen, Interventionskonzepte zu begutachten, die untersucht werden sollen. Es werden Menschen auch dafür gewonnen, Teilnehmer/innen für Studien zu rekrutieren oder Datenerhebungsverfahren zu unterstützen (z. B. durch die Verteilung von Fragebögen). Es gibt eine wachsende Zahl an Datenerhebungsmethoden, die eine aktivere Rolle der Studienteilnehmer/innen vorsehen als die üblichen, eher passiven Methoden wie Interview oder Fragebogen.

Diese positive Entwicklung in der Gesundheitsforschung hat zu deutlichen Verbesserungen geführt: z. B. zu einer erhöhten Bereitschaft zur Teilnahme an Studien, einer längerfristigen Einbindung von Studienteilnehmer/inne/n (weniger „loss to follow-up“), einer höheren Datenqualität, präziseren Dateninterpretationen und einer öffentlichkeitswirksameren Verwertung von Studienergebnissen. Die Beteiligung von Bürger/inne/n an der Gesundheitsforschung wird allerdings zum großen Teil von Wissenschaftler/inne/n und Geldgeber/inne/n bestimmt, die über die Zeitpunkte und Formen der Inputs entscheiden. Wissenschaftler/innen und deren Partner/innen, die für den Einsatz der Partizipation als zentrales Prinzip für den gesamten Forschungsprozess plädieren, stellen jedoch in Frage, wer den partizipativen Prozess bestimmen darf.

PGF als Forschungsansatz macht Partizipation zum Leitprinzip des Forschungsprozesses. Ein Forschungsansatz (Forschungsparadigma) basiert auf

¹ <http://www.icphr.org>.

einer erkenntnistheoretischen Grundlage, die Folgen für die Gütekriterien der Forschung hat, wie in diesem Papier erklärt wird. Für PGF ist die umfassende Partizipation von Menschen am Forschungsprozess, deren Lebensverhältnisse oder Arbeitsweisen im Mittelpunkt der Forschung stehen, das zentrale Ziel und Merkmal, das alle Aspekte der Forschung beeinflussen soll.

Partizipative Gesundheitsforschung und andere Forschungsansätze

Wir halten PGF nicht kategorisch für den „besseren“ Forschungsansatz. PGF zeichnet sich jedoch dadurch aus, dass sie Formen von Wissen und Handlung generiert, die in anderen Konzepten von Forschung kaum möglich sind. Darin liegt der besondere Beitrag der PGF zu Gesundheitsfragen, v. a. in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit (s. unten).

Ursprung der Partizipativen Gesundheitsforschung

PGF speist sich aus einer großen Vielfalt partizipativer Forschungstraditionen, die aus unterschiedlichen Ländern kommen und zu verschiedenen Zeiten entstanden sind. Gemeinsam sind diesen Traditionen die Wurzeln in sozialen Bewegungen, die sich für eine demokratische und inklusive Gesellschaft einsetzen: „participatory rural appraisal“ [4], emanzipatorische Forschungsansätze [9], Aktionsforschung in der Organisationsentwicklung [19], Aktionsforschung in der Pädagogik [17], „human inquiry“ und „cooperative inquiry“ [13], „appreciative inquiry“ [6], „community-based participatory research“ [16], „action science“ [1], konstruktivistische Forschung [11], feministische Forschung [20], „empowerment evaluation“ [8], „democratic dialogue“ [12] u. a.

Vertreter/innen der PGF gründen ihre Arbeit auf eine oder mehrere dieser Traditionen. Je nach Kontext wenden sie Methoden und Konzepte aus verschiedenen Traditionen an, um ihre Forschung an den spezifischen Forschungszusammenhang bestmöglich anpassen zu können.

Die zentralen Merkmale der Partizipativen Gesundheitsforschung

Trotz aller Vielfalt besitzen die verschiedenen Traditionen gemeinsame Leitprinzipien [28, 29, 16, 15].

PGF ist partizipativ

Das Kernprinzip der Partizipation unterscheidet die PGF wesentlich von anderen Formen der Gesundheitsforschung. Forschung wird nicht *an*, sondern *mit* den Menschen betrieben, deren Lebensverhältnisse oder Arbeitsweisen erforscht werden. Es werden keine abstrakten „Daten“ generiert, die einen Abstand zu den Beforschten voraussetzen, sondern Informationen über das Leben bzw. die Arbeit von den Menschen gewonnen, die sie selbst für relevant halten. Der Forschungsprozess wird als Partnerschaft zwischen allen Beteiligten („Stakeholdern“) betrachtet, zu denen u. a. Wissenschaftler/innen, Fachkräfte des Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesens und engagierte Bürger/innen der Zivilgesellschaft gehören.

Um sich „partizipativ“ nennen zu können, muss ein Forschungsprojekt die Menschen in den Forschungsprozess einbinden, deren Leben oder Arbeit im Mittelpunkt der Forschung stehen. Zum Beispiel soll eine Studie über Kommunikationsprozesse in einer Einrichtung des Gesundheitswesens die Mitarbeiter/innen beteiligen. Beschäftigt sich eine Studie mit Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheit von Menschen in einem bestimmten Wohnviertel, sollen die Bewohner/innen des Viertels partizipieren. Und eine Forschungsarbeit, die die Dienstleistungsqualität im Gesundheitswesen untersucht, soll sowohl Fachkräfte als auch die Nutzer/innen der Dienstleistungen einbeziehen, weil beide Gruppen vom Thema unmittelbar betroffen sind.

Das Ziel der PGF ist ein Maximum an Partizipation für die Menschen, deren Leben oder Arbeit beforscht werden. Die Partizipation umfasst den gesamten Forschungsprozess, von der Formulierung der Forschungsfrage und des Forschungsziels bis hin zur Entwicklung eines Forschungsdesigns, Auswahl von Methoden

der Datenerhebung und -auswertung, Durchführung der Forschung und Verwertung der Forschungsergebnisse.

Mehrere Stufenmodelle der Partizipation wurden über die letzten Jahre entwickelt, um den Grad der Partizipation der Beteiligten besser beurteilen zu können. Cornwall [7] nennt z. B. acht Ausprägungen der Partizipation bzw. Nicht-Partizipation [26]:

- **Instrumentalisierung** (*co-option*) – ausgewählte Vertreter/innen einer Zielgruppe („Quotenvertreter/innen“) nehmen am Prozess teil, haben aber keinen wirklichen Einfluss auf den Forschungsprozess.
- **Befolgung** (*compliance*) – Menschen außerhalb der Zielgruppe bestimmen die Forschung (Thema, Ausrichtung, Vorgehen) und haben unmittelbare Kontrolle über den Forschungsprozess. Menschen aus der Zielgruppe erhalten bestimmte Aufgaben und werden ggf. durch Anreize motiviert mitzumachen.
- **Konsultation** (*consultation*) – Die Meinungen der Zielgruppe zur geplanten Forschung werden eingeholt, aber Menschen außerhalb der Zielgruppe führen die Forschung durch und entscheiden über alle Bestandteile des Forschungsprozesses.
- **Kooperation** (*co-operation*) – Menschen aus der Zielgruppe arbeiten mit außenstehenden Forscher/inne/n zusammen, um das Thema und die Ausrichtung der Forschung mitzubestimmen; die Kontrolle über den Forschungsprozess liegt jedoch bei den außenstehenden Forscher/inne/n.
- **Gemeinsames Lernen** (*co-learning*) – Menschen aus der Zielgruppe und außenstehende Forscher/innen tauschen sich auf Augenhöhe über ihre (Erkenntnis-)Interessen und ihr bestehendes Wissen aus, um gemeinsam Forschungsprojekte zu entwickeln und durchzuführen. Oft übernimmt jemand aus der Gruppe der Außenstehenden eine moderierende Rolle im Forschungsprozess.
- **Kollektives Handeln** (*collective action*) – engagierte Bürger/innen organisieren ihre eigenen Forschungsvorhaben ohne Unterstützung oder Moderation von Außenstehenden.

Neben solchen Stufenmodellen existieren Konzeptionen von Partizipation, die zwischen verschiedenen Ebenen eines Systems unterscheiden und dadurch ermöglichen, zwischen der Partizipation von Einzelpersonen und der Partizipation ganzer Gruppen zu differenzieren.

Smithies u. Webster [24] verwenden die Metapher einer Zwiebel, um die verschiedenen, miteinander verbundenen Schichten der Partizipation darzustellen: Einzelpersonen, Gemeinschaften, Organisationen. Andere Autor/inn/en heben in ihrer Definition von Partizipation die Intention der Akteure und Akteurinnen hervor. Blackstock et al. [3] z. B. identifizieren drei Kategorien, die Bezug auf grundlegende Prinzipien der Partizipation in demokratischen Strukturen nehmen:

- **Normative Partizipation:** Durch Partizipation werden gemeinschaftliche und individuelle Lernprozesse gefördert.
- **Substantielle Partizipation:** Durch Partizipation wird eine Meinungsvielfalt berücksichtigt, um gesellschaftliche Probleme besser verstehen und Lösungsstrategien entwickeln zu können.
- **Instrumentelle Partizipation:** Durch Partizipation wird die Entstehung von Konflikten verhindert und effektives Handeln gefördert.

Die ICPHR empfiehlt kein bestimmtes Modell, um den Grad der Partizipation im Rahmen eines Forschungsprozesses zu beurteilen. Die Angemessenheit eines Modells hängt maßgeblich von der Kultur und dem Kontext der Akteure und Akteurinnen ab. Vertreter/innen der PGF sollen konkrete und aus Sicht der Beteiligten sinnvolle Möglichkeiten finden, den Grad und die Angemessenheit der Partizipation am Forschungsprozess zu beurteilen, um über die erreichte Partizipation berichten zu können.

Die Qualität der PGF wird maßgeblich dadurch bestimmt, wie es gelingt, die Menschen am Forschungsprozess zu beteiligen, deren Leben oder Arbeit befohrt werden.

Der Versuch, Menschen zu beteiligen, kann sich nicht auf Einladungen beschränken, sondern soll sich der zahlrei-

Präv Gesundheitsf 2013 · 8:122–131 DOI 10.1007/s11553-013-0395-0
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

M. T. Wright

Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research

Zusammenfassung

Hintergrund. Die „International Collaboration for Participatory Health Research“ (ICPHR) ist eine internationale Arbeitsgemeinschaft mit dem Ziel, die Stellung der Partizipativen Gesundheitsforschung (PGF) in der Praxis, Forschung und Politik zu stärken. Die ICPHR setzt ihren Fokus auf die systematische Zusammenführung internationaler Erkenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung des partizipativen Forschungsansatzes zur Verbesserung der Gesundheitslage sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Sie strebt die Formulierung von gemeinsamen Grundprinzipien, Gütekriterien und Leitlinien für PGF an. Als relativ neuer wissenschaftlicher Ansatz fehlt bisher sowohl für die PGF als auch für andere Formen der Partizipativen Sozialforschung eine allgemeine, international anerkannte Grundlage.

Ziel. In einem ersten Positionspapier definiert die ICPHR die Kernmerkmale der PGF. Dieser Aufsatz stellt die zentralen Aussagen des Papiers vor.

Ergebnis. Die ICPHR versteht PGF nicht als Methode, sondern als eigenständigen wissenschaftlichen Ansatz. Der Ansatz wird anhand von 11 Kernmerkmalen definiert. Die Merkmale beschreiben u. a. den Forschungsprozess, die Methodologie, die erkenntnistheoretische Grundlage und Validitätskriterien.

Schlüsselwörter

Partizipative Gesundheitsforschung · „International Collaboration for Participatory Health Research“ · Gütekriterien · Positionspapier · Forschungsansatz

What is participatory health research? A position paper of the international collaboration for participatory health research

Abstract

Background. The *International Collaboration for Participatory Health Research* (ICPHR) has the goal of strengthening the role of Participatory Health Research (PHR) in practice, research and policy. The work of the ICPHR is focused on bringing together systematically the knowledge and experience of PHR in different countries for the purpose of improving the health of disadvantaged communities. The ICPHR is working to develop common principles, guidelines and quality criteria for conducting PHR. As a relatively new research approach, PHR has to this point lacked an internationally recognized definition and scientific basis.

Goal. The first position paper of the ICPHR defines the core features of this approach. This article presents key issues raised in the paper.

Result. The ICPHR understands PGF as being a research approach rather than a research method. The approach is characterized by eleven key criteria. These criteria address such issues as research process, methodology, epistemology and validity.

Keywords

Participatory health research · International Collaboration for Participatory Health Research · Quality criteria in research · Position paper · Research approach

chen Methoden bedienen, die in den letzten Jahren entwickelt worden sind, um Menschen in Forschungsprozesse einzubeziehen. Dies setzt ein intensives Engagement der Personen voraus, die ein Forschungsprojekt initiieren.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Partizipation – wer partizipiert an was und wie – liefert Antworten auf die Frage, wie eine optimale Partizipation in verschiedenen Kontexten und mit verschiedenen Zielsetzungen erreicht werden

kann. Forschungsmethoden müssen entsprechend entwickelt bzw. angepasst werden, damit Menschen bestmöglich partizipieren können.

Partizipative Forschungsprozesse sind nur möglich, wenn zwischen den Beteiligten Vertrauen herrscht. Gegenseitiger Respekt und die Anerkennung der Menschenwürde aller Beteiligten ermöglichen dieses Vertrauen. Partizipative Prozesse benötigen eine sorgfältige Planung der Zusammenarbeit im Vorfeld, eine Mo-

deration und die kontinuierliche Pflege einer vertrauensvollen Zusammenarbeit. Letzteres stellt eine der größten Herausforderungen der PGF dar. In vielen Fällen wird diese Qualität in der Zusammenarbeit nicht erreicht. Laut Cornwall [7] entsteht stattdessen oft eine „funktionale Partizipation“, die Menschen auf eine unterstützende Rolle beschränkt und sie dadurch aus Entscheidungsprozessen über Forschungsverläufe fernhält.

PGF ist lokal situiert

PGF ist in den Alltag der Menschen eingebettet, deren Leben oder Arbeit beforscht werden. Dadurch ist PGF stark von dem spezifischen Kontext abhängig, in dem geforscht wird.

Das Forschungsprojekt soll in das Sozialsystem integriert werden, das vom Forschungsprozess unmittelbar profitieren soll. Der lokale Charakter der PGF ist eine Stärke, die die Entwicklung lokaler Theorien fördert. Zugleich stellt die lokale Ausrichtung der PGF aber auch ein Problem für Geldgeber/innen und Entscheidungsträger/innen dar, die von Forschungsprojekten generalisierbare Aussagen erwarten („wissenschaftliche Erkenntnisse“ oder „professionelles Wissen“ im üblichen Sinne) und diese Form von Aussagen für wichtiger halten als lokale Erklärungen.

Die lokale Ausrichtung der PGF beeinflusst nicht nur den Fokus von Forschungsprojekten, sondern auch die Auswahl der Forschungsmethoden. Beispielsweise bilden lokale Erzählungen oft den Ausgangspunkt für partizipative Forschungsprojekte.

PGF ist ein kollektiver Forschungsprozess

In der nichtpartizipativen Gesundheitsforschung wird der Forschungsprozess in der Regel von einem Wissenschaftler bzw. einer Wissenschaftlerin oder einem Forschungsteam aus Wissenschaftler/innen gesteuert. Die Wissenschaftler/innen arbeiten an akademischen Einrichtungen wie Hochschulen oder unabhängigen Forschungsinstituten. Eine Hierarchie unter den Wissenschaftler/innen ist üblich, bei der die Projektleitung die Verantwortung

für das Forschungsprojekt übernimmt. In der PGF wird der Forschungsprozess in der Regel von einem Forschungsteam gesteuert, das sich aus verschiedenen Interessengruppen zusammensetzt: engagierte Bürger/innen, Vertreter/innen der Zivilgesellschaft (NGO), Fachkräfte aus dem Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesen, Wissenschaftler/innen u. a. Eine partizipative Studie kann von all diesen Gruppen initiiert und geleitet werden.

Die Bezeichnung „Forscher/in“ ist nicht nur den Wissenschaftler/innen vorbehalten, sondern meint alle Mitglieder des Forschungsteams. Die Projektleitung fokussiert sich, anders als bei üblichen Forschungsteams, auf die Moderation eines gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses im Forschungsteam, um die Durchführung, Auswertung und Verwertung des Forschungsprojekts zu realisieren. Im Laufe des Forschungsprozesses werden alle Beteiligten zu Mit-Eigentümer/innen des Forschungsprojekts und erleben durch ihren Einfluss auf den Prozess eine Selbstwirksamkeit. Ein explizites Ziel der Moderation ist es, allen eine aktive Beteiligung zu ermöglichen.

Die Mitglieder des Forschungsteams vertreten die Gruppen von Menschen, die von der Forschung profitieren sollen. Das heißt, die Forschung kommt nicht nur den unmittelbar Beteiligten, sondern auch den Menschen zugute, aus deren Mitte sie stammen. Ob engagierte Bürger/innen, Vertreter/innen der Zivilgesellschaft, Fachkräfte oder Wissenschaftler/innen, alle Mitglieder des Forschungsteams werden aufgefordert, Menschen aus ihren Kreisen für die Forschungsarbeit zu interessieren und Möglichkeiten für die Verwertung der Forschungsergebnisse zu gestalten, die diese Menschen ansprechen.

PGF-Projekte sind Eigentum aller Beteiligten

Projekte der PGF gehören allen Beteiligten (dem Forschungsteam). Das Team entscheidet gemeinsam, wie die Ergebnisse der Studie am besten berichtet und verbreitet werden, um die Forschungsziele erfüllen zu können.

PGF fördert zivilgesellschaftliches Engagement, um Veränderungsprozesse zu unterstützen

So wie alle Formen der Partizipativen Sozialforschung hat PGF das Ziel, Veränderungsprozesse zugunsten der Menschen zu fördern, deren Leben oder Arbeit Gegenstand der Forschung sind. Diese Prozesse können unterschiedliche Zielsetzungen besitzen: Verbesserung des Gesundheitszustands einer Bevölkerungsgruppe, Verbesserung der Lebensverhältnisse von Menschen (soziale Determinanten von Gesundheit), Gesetzesänderungen, um Ausgrenzungsprozessen entgegenzuwirken (politische Determinanten von Gesundheit) oder Erhöhung der Qualität von Leistungen im Gesundheitswesen. Handlungen zur Verbesserung der Lage der beteiligten Menschen sind in den Forschungsprozess eingebettet und stellen den Gegenstand der Untersuchung dar (wie in der Aktionsforschung vorgesehen) oder werden als Empfehlungen auf Grundlage der Studienergebnisse formuliert.

Nichtpartizipative Formen der Gesundheitsforschung sollen Daten liefern, die v. a. von Entscheidungsträger/innen verwendet werden können, um direkt oder indirekt den Gesundheitszustand oder das Wohlbefinden der Bevölkerung oder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu verbessern. PGF geht über diesen Anspruch hinaus: Sie will Handlungen zur Verbesserung der Lage der Beteiligten unmittelbar fördern. Menschen können sich für die eigenen Belange besser einsetzen, wenn sie aktiv neue Erkenntnisse über ein gemeinsames Anliegen gewinnen, die einem effektiveren Handeln dienen können, und wenn sie dazu befähigt werden, diese Handlungsmöglichkeiten umzusetzen.

Diese Form des Erkenntnisgewinns ist in der kritischen Reflexivität verwurzelt, die den Beteiligten ermöglicht, ihre Lage als Folge von gesellschaftlichen Prozessen und Strukturen wahrzunehmen, die sie benachteiligen. Die Befähigung der Beteiligten selbst zu handeln, um ihre Situation zu verbessern, wird dadurch unterstützt, dass sie aktiv am Forschungsprozess teilnehmen. PGF bietet Menschen die Chance, eine Sprache für ihre Belange zu finden

und diese Belange systematisch zu untersuchen. Dabei werden nicht nur soziale Missstände, sondern auch die Stärken der Beteiligten und ihrer Umwelt offenbart.

Die Veränderungsprozesse, die von der PGF angestoßen werden, schließen sowohl das gemeinsame Lernen als auch die Befähigung der Beteiligten zu handeln mit ein. Die Veränderungen können durch Einflussnahme auf spezifische Gesundheitsparameter oder auf soziale und politische Faktoren entstehen, die das Leben oder die Arbeit der Beteiligten direkt betreffen. Solche Veränderungen ergeben sich aus dem gemeinsamen Handeln, das im Rahmen oder als Folge des Forschungsprozesses stattfindet.

Ein Qualitätsmerkmal von PGF ist die Kontinuität der Veränderung: Die beachteten Veränderungen sollen über den Zeitraum des Forschungsprozesses hinausgehen, um eine dauerhafte Verbesserung der untersuchten Problematik zu ermöglichen. Nachhaltige Veränderungen sind z. B. erreichbar, wenn sich im Rahmen des Forschungsprozesses ein Bündnis von Menschen bilden kann, das Strukturen aufbaut, um ein gemeinsames Lernen und Handeln zu verstetigen. Dann kann ein Ort geschaffen werden, an dem Menschen auch nach Abschluss des Forschungsprojekts Erkenntnisse und Kompetenzen weiterentwickeln können.

PGF fördert kritische Reflexivität

Kritische Reflexivität bedeutet eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie Macht und Machtlosigkeit den Alltag der Menschen beeinflussen, deren Leben oder Arbeit im Mittelpunkt der Forschung stehen. Diese Auseinandersetzung zielt auf ein kritisches Bewusstsein der Beteiligten ab (vgl. *conscientização* bei Freire [9]).

Aus der Perspektive der Fachkräfte, die sich an PGF-Projekten beteiligen, ist kritische Reflexivität von einer *technischen* oder *rationalistischen Reflexivität* und einer *praktischen Reflexivität* zu unterscheiden, den beiden Formen der Reflexion, die üblicherweise in der Gesundheitsforschung betont werden [18, 30].

Technische Reflexivität ist ein Hinterfragen der eigenen Arbeit anhand von objektifizierbaren, quantifizierbaren, schriftlich festgelegten Normen, wie es häufig

im Gesundheitswesen praktiziert wird. Das Ziel ist die Sicherung der höchstmöglichen Qualität durch das Einhalten von Standards. Die Standards basieren zunehmend auf Evidenz, die unter wissenschaftlichen Bedingungen generiert wurde.

Praktische Reflexivität ist dadurch gekennzeichnet, dass bestehende Normen aufgrund der aus der eigenen Praxis gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse hinterfragt werden können, um eine Handlung zu ermöglichen, die an einen spezifischen Zusammenhang angepasst ist. Auf Grundlage dieser Anpassungen findet ein systematisches Lernen statt. Diese Form der Reflexivität ist ein wichtiger Bestandteil der verschiedenen Modelle der Qualitätsentwicklung, wie z. B. „total quality management“.

Sowohl bei der technischen als auch bei der praktischen Reflexivität befinden sich die Fachkräfte in der Rolle von Expert/inn/en, die ihr Wissen zugunsten von Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en zur Verfügung stellen. Diese Haltung wird oft als paternalistisch kritisiert, v. a. weil sie eine Abhängigkeit statt Selbstbestimmung der hilfeschenden Personen fördert. Soziale Benachteiligung wird als Merkmal der hilfeschenden Personen verstanden, das von den Fachkräften berücksichtigt wird.

Kritische Reflexivität fordert Fachkräfte auf, ihre Funktion und ihr Wissen unter Beachtung des Machtgefälles zwischen ihnen und den Nutzer/inne/n ihrer Angebote zu hinterfragen. Dies gilt v. a. für die Zusammenarbeit mit Menschen, die stark sozial benachteiligt sind. Die kritisch reflektierte Fachkraft sieht eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit hilfeschenden Menschen als Voraussetzung für die Ausübung der Expertenrolle, um eine Befähigung der Personen im Rahmen der Hilfebeziehung zu unterstützen.

Gesundheitsprobleme werden nicht nur als Folge biologischer, sondern auch als Folge sozialer Prozesse verstanden, die von der Person nicht kontrolliert werden können. Die kritisch reflektierte Fachkraft arbeitet mit den Menschen zusammen, die ihre Hilfe suchen, um nicht nur individuelle, sondern auch kollektive Strategien zu entwickeln und umzusetzen und so den sozialen Determinanten von Gesundheit entgegenzuwirken.

Aus der Perspektive der Beteiligten an PGF-Projekten, die nicht Fachkräfte des Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesens sind, kann kritische Reflexivität unter Berücksichtigung der Kategorien der Gesundheitskompetenz („health literacy“) von Nutbeam [21] erklärt werden.

Der Schwerpunkt der nichtpartizipativen Gesundheitsforschung liegt in den Bereichen der *funktionalen* oder der *interaktiven Gesundheitskompetenz*. **Funktionale Gesundheitskompetenz** bedeutet die Fähigkeit, Gesundheitsrisiken und gesundheitsfördernde Faktoren zu verstehen, beinhaltet darüber hinaus das Wissen über die Strukturen des Gesundheitswesens. **Interaktive Gesundheitskompetenz** meint, dass Menschen Informationen über Gesundheit und Krankheit selbst ausfindig machen und diese Informationen zugunsten ihrer Gesundheit einsetzen können. **Kritische Gesundheitskompetenz** bedeutet, dass Menschen in der Lage sind, individuell und v. a. kollektiv zu handeln, um Lebensbedingungen zu ändern, die ihre Gesundheit beeinflussen.

PGF kann die technische und praktische Reflexivität der beteiligten Fachkräfte und die funktionale und interaktive Gesundheitskompetenz anderer Mitglieder des Forschungsteams fördern. Ein wesentliches Merkmal der PGF ist jedoch die Förderung der kritischen Reflexivität und der kritischen Gesundheitskompetenz. Dadurch können wirksame, kollektive Strategien der positiven Veränderung sozialer Determinanten von Gesundheit entwickelt und umgesetzt werden.

Der dialogische Prozess, der der PGF zugrunde liegt, kann nur gelingen, wenn die Rolle der Macht in der Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten erkannt wird. Die kritische Tradition der Sozialwissenschaft bietet hier wichtige Einsichten, die von den beteiligten Wissenschaftler/inne/n im Prozess vermittelt werden können (neben unmittelbaren, lokalen Erklärungen der Machtdynamik), um diese Dynamik besser verstehen zu können. Ein kontinuierliches Hinterfragen der Annahmen aller Beteiligten ist wichtig, um eine kritische Reflexivität aufrechtzuerhalten und neue Erkenntnisse zu erzeugen.

Kritische Reflexivität muss in die Kultur und Wertvorstellungen der Beteiligten

eingebettet werden. Beispielweise haben Forschende der Kaupapa Maori ein Modell zur Förderung der Reflexivität entwickelt, das aus ihrer eigenen Epistemologie stammt [2]. Das Modell macht die Verbindung zwischen Grundwerten und kritischer Reflexivität deutlich, um die Qualität eines partizipativen Forschungsprojekts beurteilen zu können. Das Modell fördert Reflexivität während des gesamten Forschungsprozesses und will dadurch die Qualität der Forschung für zentrale Merkmale aufrechterhalten. Ähnliche Modelle sind aus der Arbeit anderer Völkern entstanden (z. B. in Kanada).

Kritische Reflexivität stellt möglicherweise die größte Herausforderung für PGF dar. Sie ist die Voraussetzung für Authentizität, Transparenz, die Übertragung der Erkenntnisse auf andere Kontexte und die Berücksichtigung von Grundwerten der PGF im Forschungsprozess.

PGF generiert Wissen, das lokal, kollektiv, kooperativ, dialogisch und multiperspektivisch ist

Üblicherweise werden neue Erkenntnisse in den Gesundheitswissenschaften von und für ein wissenschaftliches Publikum produziert. Die Methodologie und die Berichterstattung sind für Nichtwissenschaftler/innen nur schwer zugänglich. Die Umsetzung der Erkenntnisse in Handlungsansätze für Entscheidungsträger/innen und andere Interessent/inn/en werden dadurch sehr erschwert. Dieses Problem erfährt unter den Stichworten „knowledge translation“ und „translational research“ (Wissenstransfer) international eine zunehmende Aufmerksamkeit.

Die Erkenntnisse, die aus der PGF entstehen, haben in der Regel einen lokalen Fokus. Wie bei anderen Formen der Partizipativen Sozialforschung bekommen die Menschen, deren Lebensverhältnisse oder Arbeitsweisen im Mittelpunkt der Forschung stehen, die Möglichkeit, ihr **lokales Wissen** (auch *implizites Wissen* genannt) durch den Forschungsprozess zu explizieren, zu überprüfen und zu ergänzen. Lokales Wissen umfasst alles, was Menschen aufgrund eigener Erfahrungen und Erkundungen über das Thema der Untersuchung bereits wissen. Lokales Wissen wird gewöhnlich in Form

von lokalen Theorien weitergegeben, die Gesundheitsthemen konkret und unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten beschreiben [32].

Im Vergleich zu üblichen „wissenschaftlichen Theorien“ sind lokale Theorien weniger abstrakt und erheben keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit. Lokale Theorien sollen plausible Erklärungen für Gesundheitsphänomene anbieten, die fassbar und in Handlung umsetzbar sind. Lokales Wissen und lokale Theorien sind in der Regel implizit und werden selten schriftlich verfasst. Durch PGF werden sie einem kollektiven Untersuchungsprozess unterzogen, um als Grundlage für Veränderungsstrategien fungieren zu können. Der kollektive Untersuchungsprozess ermöglicht die Artikulation des lokalen Wissens und der lokalen Theorien, sodass Menschen besser systematisch lernen können, wie Gesundheitsprobleme entstehen und wie sie die Probleme angehen können. Park [22] (mit Hinweis auf Antonio Gramsci) fasst diesen Prozess so zusammen:

... Partizipative Forschung nimmt als Ausgangspunkt das Alltagswissen der Menschen: ihre unmittelbaren Erkenntnisse über ihre Umwelt, ihr Wissen über sich selbst als Mitglieder einer Gemeinschaft, ihr Wissen aufgrund eines kritischen Bewusstseins, dass ihr Leben besser sein könnte. Dieses Alltagswissen wird systematisiert, sodass aus dem, was für allgemein gültig gehalten wird, vernünftige Schlussfolgerungen abgeleitet werden können [Original: „turning common sense into good sense“].

PGF fördert eine Vielfalt an Erkenntniswegen. Dabei nimmt Wissen über Beziehungszusammenhänge und über Machtgefüge einen besonderen Stellenwert ein. Ledwith u. Springett [18] beschreiben theoriegeleitete, erfahrungsgelitete, praktische, gefühlsbezogene und intuitive Formen des Erkenntnisgewinns im Rahmen von PGF-Verfahren. In der Regel werden in der nichtpartizipativen Gesundheitsforschung theoriegeleitete Formen des Erkenntnisgewinns bevorzugt, die auf empirischen Verfahren nach den Normen der Wissenschaft basieren. Das ergibt nach Park [22] ein abstrahiertes Wissen („representational knowled-

ge“). Parks Typologie umfasst drei Formen von Wissen:

- abstrahiertes Wissen („representational knowledge“),
- Wissen über Beziehungszusammenhänge („relational knowledge“),
- Wissen über Machtgefüge („reflective knowledge“).

Abstrahiertes Wissen bezeichnet das, was gewöhnlich für „wissenschaftliches Wissen“ gehalten wird. Die *funktionale Form* des abstrahierten Wissens ist mit dem Positivismus verbunden (v. a. in den Naturwissenschaften) und wird in der Regel durch die Anwendung quantitativer Methoden erzeugt. Der/die Forschende nimmt Abstand zum Forschungsgegenstand und erhebt quantifizierbare Daten, um probabilistische Aussagen über die funktionalen Zusammenhänge zwischen den beobachteten Variablen zu treffen.

Die *interpretative Form* des abstrahierten Wissens basiert auf der hermeneutischen (interpretativen) Tradition der Sozialwissenschaften, bei der qualitative Methoden im Vordergrund stehen. Hier liegt der Schwerpunkt darauf, soziale Phänomene aus subjektiver Sicht und kontextabhängig zu verstehen. Im Kontrast zur funktionalen Form strebt die interpretative Form des Wissens eine Nähe zu den Menschen an, die untersucht werden, um ihre Perspektive besser erfassen zu können. Dabei wird erkannt, dass auch die Subjektivität der Forschenden einen erheblichen Einfluss auf den Forschungsprozess nimmt. Beide Formen des abstrahierten Wissens generieren abstrakte Darstellungen (Theorien, Modelle) der untersuchten Phänomene, die grundlegende Prinzipien oder Dynamiken abbilden sollen.

Wissen über Beziehungszusammenhänge basiert auf Affektivität, die mit den emotionalen und intuitiven Aspekten der Erfahrung zusammenhängt. Wissen dieser Art ist die Basis menschlicher Beziehungen und moralischer Standpunkte. Daher ist das Wissen über Beziehungszusammenhänge ein zentraler Baustein für den Aufbau von Beziehungen, die kollektiven Prozessen des Lernens und des Handelns zugrunde liegen. Dieses Wissen verbindet Menschen miteinander und wird wechselseitig konstruiert. Wissen

über Beziehungszusammenhänge ist die Grundlage für ein ethisches Bewusstsein, das durch Empathie und Verständnis für andere gekennzeichnet ist. PGF will explizit dieses Bewusstsein stärken.

Wissen über Machtgefüge ist das Ergebnis einer kritischen Reflexivität. Es ist durch ein Bewusstsein für gesellschaftliche Prozesse gekennzeichnet, die Privilegien und Benachteiligung schaffen. Wissen darüber, wie diese Prozesse den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflussen, ist die Basis für kollektives Handeln, um die sozialen Determinanten von Gesundheit zu verändern.

In der nichtpartizipativen Gesundheitsforschung kann Partizipation als Forschungsmethode die Produktion abstrahierten Wissens sehr fördern. Auch die PGF kann abstrahiertes Wissen erzeugen. Charakteristisch für die PGF ist jedoch die Generierung von Wissen über Beziehungszusammenhänge und Machtgefüge. Der kollektive Forschungsprozess, der die Verbesserung von Lebensverhältnissen und Arbeitsweisen zum Gegenstand hat, bietet eine besondere Chance, Wissen über Möglichkeiten zur Stärkung von Gemeinschaften und zur Gestaltung kollektiven Handelns zu gewinnen, das Forschenden nicht zugänglich ist, die Abstand zum Leben der Menschen halten, die sie beforschen. Das Wissen über Beziehungszusammenhänge und über Machtgefüge ist ein **verkörpertes Wissen**, das den am Forschungsprozess Beteiligten ermöglicht, eine unmittelbare Verbindung zwischen Wissen und Handlung herzustellen.

Das aus der PGF entstehende Wissen ist koproduziert, dialogisch und multiperspektivisch. Der kollektive Forschungsprozess wird so gestaltet, dass dialogische Verfahren der Wissensproduktion in allen Phasen der Zusammenarbeit möglich sind. Die verschiedenen Perspektiven der Beteiligten sollen im Rahmen dieser Verfahren berücksichtigt werden. PGF, wie andere Formen der Partizipativen Forschung auch, wird oft als Konsensverfahren missverstanden, bei dem die Perspektive hauptamtlicher Wissenschaftler/innen keine Rolle spielt. Wir sehen die Stärke der PGF gerade darin, dass verschiedene Standpunkte aufgedeckt und überprüft werden können, denn das bedeutet in der Regel, dass im Forschungs-

verlauf eine Vielfalt an Perspektiven dargestellt wird. Die beteiligten Wissenschaftler/innen werden dabei aufgefordert, v. a. ihr Wissen über Forschungsdesign und -methodik in den dialogischen Prozess einzubringen. Ihre Rolle muss jedoch kritisch reflektiert werden, um einen zu starken Einfluss auf den Prozess zu vermeiden, v. a. wenn sie für die Moderation des Forschungsprozesses zuständig sind.

Der Unterschied zwischen Forschung „über“ und Forschung „mit“ Menschen besteht in der Erkenntnis, dass die Beteiligten unterschiedliche Perspektiven auf den Forschungsgegenstand haben und dass neues Wissen aus dem Dialog zwischen den Menschen, die verschiedene Perspektiven vertreten, entsteht. Dies geschieht durch die Schaffung kommunikativer Räume im Forschungsprozess. Das setzt die Haltung voraus, dass Wissen nie endgültig, sondern stets im Werden ist und dass der Prozess des Werdens dialektisch verläuft.

Die koproduktive, kollektive Wissensproduktion braucht eine Moderation, damit Vertrauen aufgebaut und aufrechterhalten werden kann und eine Grundhaltung beachtet wird, die Würde, Respekt und Gegenseitigkeit fördert. Des Weiteren soll die Machtdynamik im Forschungsteam überwacht werden, um sicherzustellen, dass nicht einige wenige dominieren, sondern dass alle Stimmen gehört und aktiv am Dialog beteiligt werden. Dadurch entsteht eine Forschungsarbeit, die allen Beteiligten gehört und von allen mitgetragen wird. Das hat Folgen für alle Phasen des Forschungsprozesses, auch für die Datenauswertung und -interpretation.

PGF zielt auf eine Breitenwirkung ab

Ein Kernmerkmal der PGF ist das Ziel, unmittelbar zu einer Verbesserung der Gesellschaft beizutragen. In den Worten von Wadsworth [27]:

Partizipative Aktionsforschung will ausdrücklich etwas untersuchen, um es zu verbessern. Diese Absicht entsteht oft aus einer Situation, die für die Betroffenen nicht zufriedenstellend ist und die sie deswegen positiv verändern wollen. (Es kann aber auch aus einer positiven Erfahrung entstehen, die dazu führt, dass die Beteiligten et-

was verbreiten oder ausbauen wollen, das gut funktioniert.) Obwohl es auf der theoretischen Ebene Unterschiede zwischen ‚Partizipation‘, ‚Handlung‘ und ‚Forschung‘ gibt, lösen sich diese Unterschiede in der am weitesten entwickelten Formen der partizipativen Forschung auf. Das heißt, es gibt nicht die eine Partizipation, die von der einen Forschung befolgt wird und dann die eine Handlung als Ergebnis hat. Sondern es sind unzählige, kleine Zyklen der partizipativen Reflexion und Handlung, des Lernens über die Handlung und daraus entstehender neuer Formen der Handlung, die wiederum zum Gegenstand der Reflexion gemacht werden. Veränderung vollzieht sich nicht erst zum Schluss, sondern fortwährend während des gesamten Prozesses. Kennzeichen eines echten partizipativen Aktionsforschungsprozesses ist, dass er seine Gestalt und seinen Fokus im Laufe der Zeit ändern kann (manchmal ziemlich unerwartet). Das geschieht, weil die Beteiligten ihren Blick auf die Sache ständig ändern – aufgrund ihrer neuen Erkenntnisse über das, was ‚wirklich‘ stattfindet, und über das, was ihnen wichtig ist.

In der PGF sind Lernen und Forschen untrennbar verbunden. Soziales Lernen (voneinander Lernen) ist ein Grundpfeiler des Forschungsprozesses, der durch den fortwährenden Zyklus von „Beobachten – Reflektieren – Handeln“ charakterisiert ist, der neue Erkenntnisse über Zusammenhänge hervorbringt. Es ist der Versuch, durch Dialog und aufgrund einer von Vertrauen und Empathie gekennzeichneten Beziehung das Gegenüber zu verstehen. Was die Beteiligten als Mitforschende lernen, ist unterschiedlich. Im besten Fall bewirkt die Forschung einen Prozess des **transformativen Lernens**, an dem alle Beteiligten teilhaben und der ihnen ermöglicht, sich und ihre Umwelt anders zu sehen.

Transformatives Lernen wird durch interaktive Vorgehensweisen der Reflexion realisiert, die sowohl die individuelle als auch die kollektive Ebene berücksichtigen. Es stärkt die Beteiligten in ihrem Willen, aufgrund der Forschungsergebnisse zu handeln und dadurch eine Wirkung zu erreichen, die über die „scientific community“ im engeren Sinne hinausgeht. Wie die angestoßenen Veränderungsprozesse

se verstanden werden, hängt zum großen Teil damit zusammen, wie die Handlung ausgerichtet ist: pragmatisch (d. h. auf unmittelbare Fragen des praktischen Nutzens fokussiert) oder emanzipatorisch (auf grundlegende Veränderungen der Denkweisen und Handlungsmuster der Beteiligten abzielend).

Auf der Basis einer systematischen Bewertung der Literatur über Bürgerbeteiligung an Forschung im Gesundheits- und Sozialwesen in Großbritannien schlägt Staley [25] eine vorläufige Typologie vor, um sowohl die positiven als auch die negativen Wirkungen der PGF zu beschreiben. Die berücksichtigten Aufsätze bilden ein breites Spektrum an Beteiligung ab, von der Mitarbeit bei der Formulierung von Forschungsfragen und der Begutachtung von Anträgen bis hin zum „Peer Research“ in verschiedenen Zusammenhängen, auch im Rahmen von klinischen Experimenten. Staley [25] hat verschiedene Formen von Wirkung auf fünf Ebenen identifiziert:

- Wirkungen auf die beteiligten Bürger/innen,
- Wirkungen auf die Wissenschaftler/innen,
- Wirkungen auf die anderen an der Forschung Beteiligten,
- Wirkungen auf die Gemeinschaft/Gesellschaft über die Beteiligten hinaus,
- Wirkungen auf Nichtregierungsorganisationen (Zivilgesellschaft).

PGF erzeugt lokale Evidenz und neue Formen der Generalisierbarkeit

Dass PGF sich auf den lokalen Kontext fokussiert, hat Folgen für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse aus PGF-Studien. Wie Greenwood u. Levin [10] argumentieren, erfordert ein koproduziertes, kontextspezifisches Wissen ein Umdenken in Bezug auf tradierte Vorstellungen der Generalisierbarkeit. Nichtpartizipative Formen der Gesundheitsforschung generieren ein abstrahiertes (theoretisches) Wissen, das verwendet werden soll, um standardisierbare Interventionen für vergleichbare Settings zu entwickeln. Sie gehen davon aus, dass Interventionen, die sich nach Kriterien der Wirksamkeit und unter wissenschaftlichen Bedingungen auf der lokalen

Ebene bewährt haben, an mehreren Orten repliziert werden können.

Demgegenüber ist das Ziel der PGF, Interventionen in einem spezifischen historischen und räumlichen Kontext zu entwickeln, mit dem Fokus auf der lokalen, kleinräumigen Ebene. Dieses Vorgehen produziert eine **lokale Evidenz**, die im Forschungsverlauf von den Beteiligten zusammengetragen und ausgewertet werden kann. Diese lokale Evidenz bildet die Grundlage, um Handlungen, die für das untersuchte Gesundheitsthema relevant sind, zu optimieren. Ob sich lokale Evidenz auf andere lokale Kontexte übertragen lässt, hängt davon ab, ob ein Verständnis entwickelt werden kann für die Unterschiede zwischen dem ursprünglichen Kontext, in dem die Daten erhoben und ausgewertet worden sind, und dem neuen Ort, an dem die Handlungen umgesetzt werden sollen.

Die Frage der Generalisierbarkeit wird jedoch durch einen solchen Transfer nicht gelöst, da noch nicht geklärt worden ist, wie die Ergebnisse aus einzelnen lokalen Fallstudien praktisch und theoretisch am besten zusammengeführt und auf andere Kontexte übertragen werden können. Zum Beispiel bleibt offen, wie das zentrale erkenntnistheoretische Prinzip kontextbezogenen Wissens dabei beachtet werden kann, nämlich, dass eine Aussage nicht mehr generalisierbar ist, sobald es einen Fall gibt, für den die Aussage nicht zutrifft. Eine Möglichkeit ist, jedes PGF-Projekt als Fallstudie zu betrachten. Allgemeine Aussagen könnten aus der Analyse einer großen Anzahl von Fällen abgeleitet werden. Bei einer solchen Analyse wird nach sich wiederholenden Mustern und Erklärungen gesucht, ohne die Besonderheiten des Einzelfalls außer Acht zu lassen. Dies ist der Ausgangspunkt für die Datensynthese, die im Rahmen des „knowledge base“ durchgeführt wird, eines Projekts der ICPHR.

PGF verfolgt spezifische Validitätskriterien

PGF verwendet sowohl qualitative als auch quantitative Methoden, je nachdem welche Daten für die Beantwortung der Forschungsfragen am besten geeignet sind. Die Methoden werden an die parti-

zipativen Forschungsprozesse angepasst. Diese Anpassung führt oft zu Abweichungen von den methodologischen Standards der nichtpartizipativen Gesundheitsforschung. Daher hat die PGF eigene Validitätskriterien festgelegt [10, 28, 23]:

- **Partizipative Validität** beschreibt, wie weit das volle partizipative Potenzial aller Beteiligten im Rahmen eines Forschungsprozesses realisiert wird.
- **Intersubjektive Validität** sagt aus, für wie glaubwürdig und sinnvoll die Beteiligten unter Berücksichtigung ihrer verschiedenen Perspektiven die Forschung halten.
- **Kontextspezifische Validität** bewertet, inwiefern die Forschung den lokalen Kontext berücksichtigt.
- **Katalysatorische Validität** ist ein Maß dafür, wie weit die Forschung einer Handlung zur Verbesserung der Situation der Beteiligten beiträgt.
- **Ethische Validität** beurteilt, ob die Forschungsergebnisse (auch Veränderungsprozesse) gerecht und ethisch vertretbar sind.
- **Empathische Validität** beschreibt, wie sehr die Forschung die Empathie der Beteiligten füreinander stärkt.

PGF ist ein dialektischer Prozess, gekennzeichnet durch ein „kreatives Chaos“

Das Wissen und die Handlungen, die durch PGF entwickelt werden, entstehen innerhalb eines moderierten, kollektiven Forschungsprozesses. Im Mittelpunkt dieses Prozesses steht der Dialog der Beteiligten über den Forschungsgegenstand, bei dem unterschiedliche Perspektiven an den Tag kommen. Dieser Dialog führt nicht unbedingt zu einem Konsens. Er kann in verschiedenen Standpunkten zu einem Gesundheitsthema und damit in divergierenden Handlungen münden. Der Dialog soll ein transformatives Lernen der Beteiligten fördern, dessen Grundlage die kritische Auseinandersetzung mit Fragen der Kausalität von Gesundheit und Krankheit ist.

Transformatives Lernen entsteht aus einem dialektischen Prozess, bei dem die Beteiligten aufgefordert werden, die Annahmen ihres (lokalen) Wissens in Frage zu stellen. Eine authentische Kommu-

nikation macht dieses Lernen erst möglich. Aufgrund der Vielfalt an Perspektiven und Wissenswegen unter den Beteiligten ist die strenge Einhaltung eines Forschungsplans und methodologischer Regeln nicht angemessen. Die methodologische Stringenz der PGF liegt in einer Begleitung des Forschungsprozesses, die es ermöglicht, neue, transformative Erkenntnisse zu gewinnen und dadurch neue, innovative Handlungsoptionen zu erschließen.

Die Dialektik in der PGF ist, wie bei anderen Formen der Partizipativen Forschung, eine Zweifache. Der erste Aspekt beschreibt das typische „spiralförmige“ zyklische Muster der Untersuchung: Reflexion, Planung, Handlung und Beobachtung. Die Handlungen stehen im dialektischen Verhältnis zu den neuen Erkenntnissen; sowohl neue Erkenntnisse als auch neue Handlungsoptionen ergeben sich aus dieser dynamischen Interaktion. Der zyklische Charakter von PGF-Projekten bedeutet einen iterativen Verlauf, der der üblichen linearen Logik der Planung und Durchführung der nichtpartizipativen Gesundheitsforschung nicht entspricht.

Der zweite Aspekt der Dialektik meint die Auseinandersetzung zwischen unterschiedlichen Perspektiven und Wissensformen. Die große Vielfalt an Wahrnehmungen löst bei vielen Beteiligten Irritationen aus. Sie werden aufgefordert, ihre eigenen Annahmen nicht nur über den Forschungsgegenstand, sondern auch über ihren eigenen Beitrag zur Entstehung oder Lösung des untersuchten Gesundheitsproblems zum Ausdruck zu bringen. Geglaubte Wahrheiten werden in Frage gestellt, wenn man sich im dialogischen Forschungsprozess auf die Erklärungen der anderen Beteiligten einlässt. Eine neue Synthese muss hergestellt werden, die die verschiedenen Standpunkte beachtet. Aus ihr ergeben sich neue Perspektiven und Handlungsoptionen.

Wo es gelingt, die dialektische Spannung aufrechtzuerhalten, entsteht ein „kreatives Chaos“, das sich an den Irritationen der Beteiligten erkennen lässt, wenn ihre Annahmen in Frage gestellt werden. Cook [5] beschreibt diesen Zustand wie folgt:

Die Rhetorik wird zerlegt, neue Denkanstöße werden gegeben, die ein Umdenken der Beteiligten anregen. Der Prozessablauf ist unvorhersehbar, instabil und ‚chaotisch‘ [Original: „messy“]. Weil die Beteiligten ständig zwischen intuitiven und analytischen Denkformen wechseln, bleiben die Ideen zunächst unklar. Neue Erkenntnisse entstehen in den Momenten, in denen die Beteiligten im Dunkeln tappen, um einen Ausweg zu finden. Spannungen entstehen und werden wieder aufgelöst. Das ‚Chaos‘ [Original: „messy area“] entsteht, wo ‚traditionelle‘ Ideen und Glaubenssätze über den Forschungsgegenstand dekonstruiert werden und neue Möglichkeiten, den Gegenstand zu verstehen und danach zu handeln, erahnt werden, aber noch nicht konkret geworden sind. Nicht zu vereinbarende Alternativen (Feyerabend 1975) werden im Rahmen einer intensiven Zusammenarbeit [Original: „co-laboring“] debattiert. Diese Form der Zusammenarbeit ist durch „... Beschwerlichkeit, Zweifel, Irritationen und sowohl körperliche als auch geistige Anstrengung gekennzeichnet ... eine Tätigkeit, die nicht selten unbequem sein kann“ (Sumara & Luce-Kapler, 1993:393). Es ist sehr wahrscheinlich, dass ein verwirrendes ‚Chaos‘ dabei entsteht, das nicht durch den im Vorfeld festgelegten Forschungsplan aufgelöst werden kann. Der ‚chaotische‘ Zustand bietet ein Forum für einen Austausch über unterschiedliche Wahrnehmungen und Glaubenssätze, einen Ort der Ko-Produktion, wo verschiedene Stränge des Lernens und des Wissens aufgedeckt und kritisch hinterfragt werden. Diese Stränge fungieren letztendlich als Katalysatoren für neue Erkenntnisse, die wiederum die Grundlage für Prozesse der Veränderung sind. Das ‚Chaos‘ öffnet einen Raum für eine kreative Freiheit und daher für neue Ideen. Es ist ein Raum, wo „die Notwendigkeit des Unwissens über das eigene Tun“ (Atkinson und Claxton 2000) gefeiert werden kann. ... Das ‚Chaos‘ kann als kommunikativer Raum verstanden werden, in dem die Beteiligten sich trauen, neue individuelle und kollektive Erkenntnisse zu gewinnen und dadurch altes Wissen zu ersetzen. Es ist ein Ort, an dem Expertenwissen (der Praktiker/innen), Erfahrung, Urteilsvermögen, Kreativität und Intuition angebracht sind, um vielfältige neue Sichtweisen annehmen zu können.

Die Entstehung eines „kreativen Chaos“ in diesem Sinne ist ein Kernmerkmal der PGF. Daraus entsteht ein Forschungsprozess, der nicht linear ist, der eine Vielzahl an Fragen und Unterfragen verfolgt und der Ergebnisse produziert, die im Vorfeld der Studie nicht charakterisiert werden können. Diese Qualität führt häufig dazu, dass PGF-Anträge die Anforderungen wissenschaftlicher Ausschreibungen nicht erfüllen können, weil diese eine Darstellung sowohl aller Forschungsfragen und -methoden als auch die Art der Ergebnisse erfordern.

Fazit für die Praxis

Die dargestellten Merkmale der Partizipativen Gesundheitsforschung aus Sicht der ICPHR können auch für die Praxis und Forschung in Deutschland Denkanstöße für die Weiterentwicklung dieses neuen wissenschaftlichen Ansatzes anbieten.

- Die ICPHR ist eine internationale Arbeitsgemeinschaft mit dem Ziel, die Stellung der PGF in der Praxis, Forschung und Politik zu stärken.
- Die ICPHR versteht PGF nicht als Methode, sondern als eigenständigen wissenschaftlichen Ansatz. Der Ansatz wird anhand von elf Kernmerkmalen definiert. Die Merkmale greifen u. a. Fragen des Forschungsprozesses, der Methodologie, der erkenntnistheoretischen Grundlage und Validitätskriterien auf.
- Die ICPHR hat in ihrem ersten Positionspapier die Kernmerkmale der PGF vorgestellt. Diese Merkmale können als Grundlage für partizipative Forschungsprojekte in Praxiseinrichtungen fungieren.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. M. T. Wright,
LICSW, MS
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Institut für Soziale Gesundheit, Köpenicker Allee 39–57, 10318 Berlin
Michael.Wright@KHSB-Berlin.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Argyris C, Putnam R, Smith D (1985) Action science: concepts, methods, and skills for research and intervention. Jossey-Bass, San Francisco
2. Bishop R (2005) Freeing ourselves from neo-colonial domination in research. A Kaupapa Maori approach to creating knowledge. In: Denzin NK, Lincoln YS (eds) The sage handbook of qualitative research, 3rd edn. Sage, Thousand Oaks, pp 109–138
3. Blackstock KL, Kelly GJ, Horsey BL (2007) Developing and applying a framework to evaluate participatory research for sustainability. *Ecol Econ* 60(4):726–742
4. Chambers R (1981) Rapid rural appraisal—rationale. Discussion Paper 155. Institute of Development Studies, Brighton
5. Cook T (2009) The purpose of mess in action research: building rigour through a messy turn. *Educ Action Res* 17(2):277–291
6. Cooperrider DL, Whitney D (1999) Collaborating for change: appreciative inquiry. Barrett-Koehler Communications, San Francisco
7. Cornwall A (2008) Unpacking “Participation” models, meanings and practices. *Community Dev J* 43(3):269–283
8. Fetterman DM, Kaftarian SJ, Wandersman A (1995) Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment and accountability. Sage, Thousand Oaks
9. Freire P (1970) Pedagogy of the oppressed. Herder & Herder, New York
10. Greenwood DJ, Levin M (2006) Introduction to action research: social research for social change. Sage, Thousand Oaks
11. Guba E, Lincoln Y (1989) Fourth generation evaluation. Sage, Thousand Oaks
12. Gustavsen B (1992) Dialogue and development. van Gorcum, Assen
13. Heron J (1996) Co-operative inquiry: research in the human condition. Sage, Thousand Oaks
14. International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) (2013) What is Participatory Health Research? Position Paper No. 1; Version February 2013. International Collaboration for Participatory Health Research, Berlin (<http://www.icphr.org>). Accessed: 31 May 2013
15. Ismail S (2009) Participatory health research. International Observatory on Health Research Systems. RAND Europe, Cambridge
16. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB (1998) Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health* 19:173–202
17. Kemmis S, McTaggart R (1986) The action research planner. Deakin University Press, Geelong
18. Ledwith M, Springett J (2010) Participatory practice. Community-based action for transformative change. The Policy Press, Bristol
19. Lewin K (1948) Resolving social conflicts. Harper, New York
20. Macquire P (1987) Doing participatory research: a feminist approach. University of Massachusetts, Amherst
21. Nutbeam D (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promot Int* 15(3):259–267
22. Park P (2001) Knowledge and participatory research. In: Reason P, Bradbury H (eds) Handbook of action research: participatory inquiry and practice. Sage, Thousand Oaks, pp 81–90
23. Reason P, Bradbury H (Hrsg) (2008) Handbook of action research. 2nd edn. Sage, Thousand Oaks
24. Smithies J, Webster G (1998) Community involvement in health. From passive recipients to active participants. Ashgate, Aldershot
25. Staley K (2009) Exploring impact: public involvement in NHS, public health and social care research. INVOLVE, Eastleigh
26. Unger H von (2012) Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? *Forum Qualitative Sozialforschung* 13(1):7 (<http://www.pakomi.de>). Zugriffen: 31. Mai 2013
27. Wadsworth Y (1998) What is Participatory Research? Action Research International, November (www.scu.edu.au)
28. Waterman H, Tillen D, Dickson R, Koning K de (2001) Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technology Assessment* 5:23 (<http://www.hta.ac.uk>). Accessed: 31 May 2013
29. Whitelaw S, Beattie A, Balogh R, Watson J (2003) A review of the nature of action research. Welsh Assembly Government, Cardiff
30. Wright MT (2012) Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg) Partizipation und Gesundheit. Hans Huber, Bern, S 91–101
31. Wright MT, Roche B, Unger H von et al (2009) A call for an international collaboration on participatory research for health. *Health Promot Int* 25(1):115–122
32. Wright MT, Unger H von, Block M (2010) Lokales Wissen, lokale Theorie und lokale Evidenz für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Wright MT (Hrsg) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Hans-Huber, Bern, S 53–74