

Becker, Klaus-Peter [Hrsg.]; Burtcher, Reinhard [Hrsg.]
**Gemeinsam forschen - gemeinsam lernen. Menschen mit Lernschwierigkeiten
in der Partizipativen Gesundheitsforschung**

Berlin : Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost 2019, 188 S. - (inmitten; 7)



Quellenangabe/ Reference:

Becker, Klaus-Peter [Hrsg.]; Burtcher, Reinhard [Hrsg.]: Gemeinsam forschen - gemeinsam lernen. Menschen mit Lernschwierigkeiten in der Partizipativen Gesundheitsforschung. Berlin : Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost 2019, 188 S. - (inmitten; 7) - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-288171 - DOI: 10.25656/01:28817

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-288171>

<https://doi.org/10.25656/01:28817>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen sowie Abwandlungen und Bearbeitungen des Werkes bzw. Inhaltes anfertigen, solange Sie den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and render this document accessible, make adaptations of this work or its contents accessible to the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



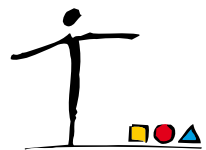
Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipt.de
Internet: www.pedocs.de

Klaus-Peter Becker, Reinhard Burtcher (Hrsg.)

Gemeinsam forschen – Gemeinsam lernen

Menschen mit Lernschwierigkeiten
in der Partizipativen Gesundheitsforschung



Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Impressum

Herausgeber:

Prof. em. Dr. habil. Klaus-Peter Becker
& Prof. Dr. Reinhard Burtcher
im Auftrag des Vorstandes
der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Verantwortlich für die Inhalte:

Prof. Dr. Reinhard Burtcher

Zitiervorschlag:

Klaus-Peter Becker, Reinhard Burtcher (Hrsg.) (2019):
Gemeinsam forschen – Gemeinsam lernen.
Menschen mit Lernschwierigkeiten
in der Partizipativen Gesundheitsforschung. Berlin:
Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Copyright © 2019 Reinhard Burtcher



Dieses Werk steht unter der Lizenz Creative Commons
Namensnennung 4.0 International.

Lektorat:

Dr. Eduard Jan Ditschek

Layout:

Christina Kaminski

Anschrift:

Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost,
Allee der Kosmonauten 23 B, 10315 Berlin

Internet: www.stiftung-reha.berlin

Druck:

DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH,
Wilhelm-Kabus-Straße 21–35, 10829 Berlin

ISBN 978-3-9814923-9-2

Vorwort des Herausgebers

Die Herausgabe des Bandes 7 von „inmitten“ mit der Publikation von Reinhard Burtcher et al. „GEMEINSAM FORSCHEN – GEMEINSAM LERNEN“ löst bei mir die Hoffnung auf ein reges Interesse der Leserschaft an einer Diskussion aus. Es bezieht sich darauf, wie es Prof. Dr. Reinhard Burtcher, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, gelungen ist, die sogenannte „Partizipative Forschung“ mit dem Anspruch an die Einheit von Theorie und Praxis zu verbinden.

Reinhard Burtcher ist der Leiter des Forschungsprojektes „GESUND! – Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung“. Es ist seinerseits Teil des Netzwerkes „PartKomPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen“. Beide Aktivitäten dienen dem „Aktionsplan Präventions- und Ernährungsforschung. Forschung für ein gesundes Leben“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Alle Beteiligten haben sich auf Grund einer Ausschreibung des Bundesministeriums um die Mitarbeit beworben und den Zuschlag erhalten. Sie werden vom Auftraggeber finanziell unterstützt. Eine erste Herausforderung an die Teilnehmer verschiedener Disziplinen im Netzwerk musste gemeistert werden. Sie bestand darin, über die einzelnen Fachterminologien hinaus eine gemeinsame Verständigung zu finden.

Auf der Suche nach einem Praxisfeld für die Forschung trafen sich Prof. Burtcher und der Vorstand der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost. Angesichts gleicher Interessen ebnete die Stiftung in Übereinstimmung mit ihrer Satzung dem Projekt GESUND! den Weg in ihre Tochtergesellschaften. Das erste Betätigungsfeld der Forscher lag in den Lichtenberger Werkstätten (LWB). Mit Hilfe einer Stiftungsprofessur war es überdies möglich, den Hochschullehrer von seinen Lehrverpflichtungen partiell zugunsten der Forschung zu entlasten. Diese Art der gegenseitigen Verbindung fand das erste Mal statt und verlief von 2015 bis 2018 in verschiedenen Etappen. Ihr Ablauf und ihre Ergebnisse spiegeln sich im Band 7, seinem Wesen nach einem Forschungsbericht, wider.

Der Forschungsprozess wies die Besonderheit auf, partizipativ gestaltet worden zu sein. Danach werden die Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung nicht nur als Objekte der Forschung angesehen. Sie werden vielmehr als Mitforschende be-

trachtet, d. h. subjektiv einbezogen – getreu dem Grundsatz: „Nichts über uns ohne uns!“ Die Verbindung von Theorie und Praxis im Verständnis der partizipativen Forschung wird dargestellt am Gegenstand der Gesundheitsforschung. 14 Personen aus einer großen Zahl von Beschäftigten der LWB mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen hatten sich nach einem Einführungskurs an einer Mitarbeit in dem Projekt interessiert gezeigt. Sie verfügten zumindest über elementare Schreib- und Lesefähigkeiten, jedoch ganz unterschiedliche soziale Kompetenzen. Sie werden als Menschen mit Lernschwierigkeiten bezeichnet. Dabei handelt es sich nicht um einen neuen Terminus technicus, vielmehr um die Berücksichtigung der ablehnenden Haltung der beteiligten Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung gegenüber dem Fachterminus im alltäglichen Umgang.

Prof. Burtscher war sich von Anfang an der Herausforderung bewusst, den herkömmlich akademisch geprägten Begriff Forschung partizipativ zu modifizieren und auf sein Projekt anzuwenden. Er verweist deshalb auf Vorläufer dieser Art und Weise von Forschung und orientiert sich daran. Ist es gelungen, der Herausforderung gerecht zu werden? Dabei spielt eine Frage eine herausragende Rolle, nämlich die Art und Weise des Erkenntnisgewinns, besonders die seiner Bezugsgröße: Worin besteht der Erkenntnisgewinn, woran wird er gemessen?

Im Projekt arbeiteten akademisch Forschende mit den o. g. Beschäftigten der LWB zusammen. Letztere wurden zunächst auf dem Wege eines Einführungskurses zur Gesundheitsförderung auf die Mitarbeit als „Mitforschende“ vorbereitet. Der Kurs bezweckte bei den Teilnehmern einen nachweisbaren Zuwachs an Fachkompetenz, Wissen, Fertigkeiten, persönlicher Kompetenz, Sozialkompetenz und Selbstständigkeit. Er schuf damit zugleich die Voraussetzungen, um die Partizipation jedes Einzelnen am Forschungsprozess erwarten zu können. Zu den Voraussetzungen zählen in Anlehnung an ein Stufenmodell: Mitbestimmung, Entscheidungsmacht und Selbstorganisation. In der konkreten Kooperation von akademisch Forschenden und Mitforschenden sollte sich die Ausübung der „Entscheidungsmacht“ als ein besonders kritischer Punkt erweisen.

Auf der Basis des Kursergebnisses und der personalen Voraussetzungen konnte das Projekt in die offenen Phasen eintreten, d. h. die Mitforschenden konnten sich zur Wahl neuer Fragestellungen partizipativ entfalten. Auf diese Weise wurden vier Teilprojekte mit verschiedenen und teilweise gleichen Teilnehmern ausgewählt und zielbestimmt bearbeitet. Es handelt sich um: „Lärm“ – „Gesundes Essen“ – „GESUND! in der Stadt“ – „GESUND!-Schreibwerkstatt“. Die Abhandlung der vier Teilprojekte nach Fragestellung, Methodenwahl, Datenerhebung, Datenauswertung und Dissemination der Ergebnisse können der Leser und die Leserin im Buchtext detailliert nachvollziehen und selbst bewerten. Theresa Allweiss hat mit zehn Mitforschenden die kommunale Gesundheits-

förderung mit der Methode der Photovoice-Studie dokumentiert. Alle Beteiligten haben anschauliche Schlussfolgerungen daraus gezogen und vorgestellt (siehe auch Kapitel 8). Nikola Schwersensky hat mit drei Mitforschenden den Weg der individuellen Reflexion des Erlebten in einer Schreibwerkstatt gewählt. Gegenstand sind verschiedene Erlebnisse in einzelnen Phasen des Projektes GESUND!. Prof. Burtscher hat in dem Text auch Aussagen der Vorträge verarbeitet, die zur Fachtagung der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost im Sommer 2018 unter dem Thema „BEHINDERT UND GESUND“ gehalten worden sind und Aufgaben der Gesundheitsförderung behandelt haben. Im Ergebnis des Projektes besteht der Erkenntnisgewinn darin, dass die Auffassung der Mitforschenden, d. h. der Menschen mit Lernschwierigkeiten, selbst zu Gehör kommt.

Prof. Burtscher und Frau Allweiss gehen im Kapitel 5: „Der Wert gemeinsamer Forschung“ noch einmal resümierend auf Methoden und Ergebnisse des Projektes kritisch ein. Sie wählen dazu verschiedene Aspekte, wie z. B. verständliche Kommunikation oder wiederum die Reflexion geteilter Entscheidungsmacht. Sie stellen klar, dass es für die partizipative Forschung bestimmter Rahmenbedingungen bedarf. Ich könnte mir vorstellen, dass die Bewertung der partizipativen Forschung – hier am Beispiel des Erkenntnisgewinns der Teilnehmer des Projektes GESUND! – genügend Stoff für Diskussionen bietet. Es wäre dem Versuch des Projektes GESUND! angemessen, wenn die Teamleiter und Sozialarbeiter, die mit dem Projekt auf Tuchfühlung gestanden haben, ihre Eindrücke in der nächsten Ausgabe der EINBLICKE vortrügen. Ich selbst muss unwillkürlich an die lebhaften Diskussionen denken, die schon vor ca. 50 Jahren an der Pädagogischen Fakultät der Humboldt-Universität geführt worden sind. Im Mittelpunkt stand das didaktisch-methodische Bemühen um die Entwicklung von wesentlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten in Schule und Universität am Beispiel der Grundfertigkeiten des Erkundens. Parallelen können gezogen werden, allerdings ohne Bezug zu Personen mit geistiger oder psychischer Behinderung.

Mit dem Kapitel 5 schließt der Forschungsbericht im engeren Sinne ab. Des Weiteren räumt Prof. Dr. Burtscher drei Studentinnen die Möglichkeit ein, ihr Bemühen um Erkenntnisgewinn darzulegen, das in einer Beziehung zum Projekt GESUND! steht. Einmal handelt es sich um eine biografische Einzelfallstudie einer Masterstudentin, die darauf abzielt, „soziale Wirklichkeit partnerschaftlich und gleichberechtigt zu erforschen“. Zwei Bachelorstudentinnen verfolgen die Absicht, in einer Pilotstudie die Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistigen Behinderungen, die in Wohnstätten leben, zu erkunden. Sie räumen selbstkritisch ein, dass unter den gegebenen Studienbedingungen nur ein begrenzter Überblick zustande kommen konnte. Immerhin rechtfertigen die Ergebnisse die Schlussfolgerung, dass weitergehende Untersuchungen auf dem Gebiet dringend vonnöten sind.

Schließlich greifen der Leiter des Autorenkollektivs, Prof. Dr. Burtscher, und die akademisch Forschenden Theresa Allweiss, Merlin Perowanowitsch und Nikola Schwersensky im Kapitel 8 abschließend noch einmal zur Feder. Sie nehmen auf einen wesentlichen Aspekt der Behindertenrechtskonvention Bezug. Es ist die Frage nach der Entscheidungsmacht, der Menschen mit Behinderungen im gesellschaftlichen Leben vielfach ausgesetzt sind. Die Forderungen nach Gleichberechtigung und Teilhabe leiten sich als Schlussfolgerungen davon ab. Gleich einer Matrix stellen die Autoren Aspekte der Macht dar, geben dazu ihren Kommentar und weisen auf notwendige Veränderungen hin, wie sie sie im Projekt GESUND! z.T. erfolgreich erreicht haben.

Aus rehabilitationspädagogischer Sicht erscheint mir die dem Projekt GESUND! innewohnende Überwindung konventionell gesetzter Grenzen der Persönlichkeitsentwicklung von Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung besonders beachtenswert. Die Autoren führen im Hinblick auf das gegenwärtige Bildungssystem u.a. aus: „Das derzeitige Bildungssystem hält für Menschen mit Lernschwierigkeiten kaum Angebote im Bereich der Erwachsenenbildung bereit.“ Später folgt im Text: „Wenn wir dem Leitsatz folgen, dass Bildung die ‚beste Medizin‘ ist, dann stellt sich zwangsläufig die Frage nach der adäquaten Didaktik.“ Sie ist also nicht neu. Ich hatte bereits auf das didaktische Prinzip des individuellen Eingehens in Verbindung mit der Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Prozess der Erkundung hingewiesen. Es ähnelt dem der Orientierung an den Mitforschenden analog zum Konzept einer Ermöglichungsdidaktik, wie sie von Reinhard Burtscher im Projekt erwähnt wird und praktiziert worden ist.

Die Erwägungen der Autoren zur Überwindung struktureller Gewalt erlangen in erster Linie Relevanz für die Gestaltung der Berufsbildung und die Fortbildung von Beschäftigten in den Werkstätten für behinderte Menschen. Ich wünschte mir, dass das Ergebnis des Forschungsprojektes GESUND! auch zu einem Modell didaktisch-methodischer Prozessgestaltung in den Berufsbildungsbereichen und weiterzuführenden Bildungsangeboten der WfbM anregt. Die Teilnehmer wandelten sich im regulären Lernprozess zu Kundschaftern, angeregt/angeleitet von entsprechend qualifizierten Lehrkräften.

Der Forschungsbericht ist übersichtlich gegliedert und sprachlich klar gefasst. Dem Leser wird nicht entgehen, dass den Autoren im Umgang mit den Mitforschenden die Wahl der „Leichten Sprache“ ein Anliegen war und sich auch mehr oder weniger deutlich im Text widerspiegelt.

Ich wünsche der Publikation eine gute Aufnahme und eine diskussionsfreudige Leserschaft.

Klaus-Peter Becker

Inhalt

1	Einführung und Überblick (<i>Reinhard Burtcher</i>)	15
1.1	Die Rahmung	15
1.1.1	Am Anfang war die Ausschreibung	15
1.1.2	Der Forschungsverbund PartKommPlus	16
1.1.3	GESUND! stellt sich vor	17
1.1.4	Praxispartner von GESUND!	19
1.2	Klärung zentraler Begriffe und Konzepte	20
1.2.1	Gesundheitsförderung	20
1.2.2	Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung (IKS)	22
1.2.3	Partizipation – das Stufenmodell	23
1.2.4	Partizipative Gesundheitsforschung	25
1.3	Einflussfaktoren in der Vorbereitungsphase von GESUND!	26
1.4	Ausblick	28
	Literaturverzeichnis	29
2	Gesundheitsforscher/-in der WfbM – Der Gesundheitskurs (<i>Reinhard Burtcher</i>)	31
2.1	Ausgangssituation und Überblick	31
2.2	Beschreibung der Teilnehmer/-innen aus der WfbM	35
2.3	Fragestellung und Auswertungsmethodik	37
2.4	Exkurs: Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)	38
2.5	Lernergebnisse und Erkenntnisse	39
2.5.1	Wissen	40
2.5.2	Fertigkeiten	42
2.5.3	Sozialkompetenz	45
2.5.4	Selbstständigkeit	48
2.6	Zusammenfassung der Lernergebnisse	50
	Literaturverzeichnis	52
3	GESUND! in der Stadt – die Photovoice-Studie (<i>Theresa Allweiss</i>)	53
3.1	Einleitung	53
3.2	Kommunale Einflussfaktoren auf Gesundheit	54
3.3	Kommunale Gesundheitsförderung	59

3.4	Fragestellung und Ziele	60
3.5	Die Methode Photovoice.....	61
3.6	Vorgehen	63
3.7	Ergebnisse der Photovoice-Studie	69
3.8	Diskussion	81
3.9	Positive Schlussfolgerungen aus der Photovoice-Studie	86
	Literaturverzeichnis.....	88
4	Gesundheitsforscher/-innen in der Schreibwerkstatt (Nikola Schwersensky)	91
4.1	Methodisches Vorgehen.....	91
4.2	Ablauf der Schreibwerkstatt	92
4.3	Christian Meinhard: GESUND! und schlagfertig durch die Welt!	95
4.4	Silke Elze: Die Gesundheitsexpertin	100
4.5	Sven Frey: Der Mann ohne Lampenfieber	108
	Literaturverzeichnis.....	116
5	Der Wert gemeinsamer Forschung (Theresa Allweiss, Reinhard Burtcher)	117
5.1	Rückblick auf die partizipativen GESUND!-Studien	117
5.2	Gemeinsam forschen und Spannungsfelder des Alltags	119
	5.2.1 Eine forschende Haltung entwickeln und lernen, gemeinsam zu forschen.....	119
	5.2.2 Partizipation ermöglichen.....	122
	5.2.3 Spannungsfelder im Alltagsleben	129
5.3	Der Mehrwert Partizipativer Forschung.....	132
	Literaturverzeichnis.....	138
6	Karin – Eine partizipative Einzelfallstudie mit biografischer Geschichte (Elisabeth Rott)	139
6.1	Ausgangsüberlegungen	139
6.2	Annäherung an den Gesundheitsbegriff.....	140
6.3	Untersuchungsziel und Fragestellungen	141
6.4	Ablauf des Projekts und methodisches Vorgehen	142
6.5	Ergebnisse aus dem ersten Teil der Untersuchung.....	143
	6.5.1 Die Mitforschende und ihre Vorstellungen von Gesundheit	144
	6.5.2 Einflussfaktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden	146
	6.5.3 Kommentar zum partizipativen Forschen als Rück- und Ausblick.....	149
6.6	Zweiter Teil der Untersuchung: Die Geschichte	150
	6.6.1 Wie diese Geschichte entstanden ist.....	151
	6.6.2 Wie das war, mit meiner Schwangerschaft.....	151
	6.6.3 Ein Text zum Projekt in Leichter Sprache	161
	Literaturverzeichnis.....	164

7 Die Gesundheitsversorgung aus Sicht von Mitarbeiter/-innen – Eine kommunale Fragebogenerhebung (<i>Juliane Zeidler, Romina Fiebig</i>)	165
7.1 Einleitung und Hintergrund.....	165
7.2 Methodik	166
7.3 Ausgewählte Ergebnisse und Diskussion.....	167
7.3.1 Der allgemeine Fragebogen.....	168
7.3.2 Der klientenbezogene Fragebogen	170
7.4 Limitierungen und Fazit	175
Literaturverzeichnis.....	176
8 Machtfragen und abschließende Antworten (<i>Reinhard Burtcher, Theresa Allweiss, Merlin Perowanowitsch, Nikola Schwersensky</i>)	177
8.1 Verschiedene Aspekte von Macht.....	177
8.1.1 Machtverhältnisse in der Interaktion von Menschen.....	178
8.1.2 Die strukturelle Macht der Systeme	179
8.1.3 Die transformative Macht der Partizipativen Forschung	180
8.2 Abschließende Antworten	181
8.2.1 Wie kann Gesundheitsförderung für Menschen mit Lernschwierigkeiten gemeinsam mit ihnen gestaltet werden?	181
8.2.2 Wie kann eine integrierte kommunale Strategie der Gesundheitsförderung inklusiv umgesetzt werden?	182
8.2.3 Wie gelingt Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) mit Menschen mit Lernschwierigkeiten?.....	183
8.3 Schlussbetrachtung.....	187
Literaturverzeichnis.....	188
9 Ausblick: Inklusive Hochschule	189

Abbildungen/Tabellen

1 Einführung und Überblick	15
Abb. 1.1: Übersicht der Partner von GESUND!	19
Abb. 1.2: Einflussfaktoren auf die Gesundheit; Nachbildung vdek (2017)	21
Abb. 1.3: Stufenmodell der Partizipation	24
2 Gesundheitsforscher/-in der WfbM – Der Gesundheitskurs	31
Abb. 2.1: Vier-Felder-Matrix von Themen.....	32
Abb. 2.2: Der DQR im Überblick	38
Tab. 2.1: Die kursspezifische Phase	34
Tab. 2.2: Die projektorientierte Phase	34
Tab. 2.3: Merkmale der Beschäftigten (N = 14).....	36

3 GESUND! in der Stadt – die Photovoice-Studie	53
Abb. 3.1: Gesundheitliche Einflussfaktoren im Stadtteil.....	54
Abb. 3.2: Schritte zur Erarbeitung gemeinsamer Maßnahmen.....	60
Abb. 3.3: Ziele der GESUND!-Photovoice-Studie.....	61
Abb. 3.4: Fotopräsentation	65
Abb. 3.5: Bildsammlung aus einer Arbeitsgruppe.....	67
Abb. 3.6: Beispiele von gesundheitlichen Einflussfaktoren in Berlin-Lichtenberg aus Sicht des inklusiven GESUND!-Forschungsteams.....	82
4 Gesundheitsforscher/-innen in der Schreibwerkstatt	91
<i>keine Abbildungen, keine Tabellen</i>	
5 Der Wert gemeinsamer Forschung	117
Tab. 5.1: Die partizipativen GESUND!-Studien	118
Tab. 5.2: Motivation im September 2015.....	123
Tab. 5.3: Motivation im März 2016.....	124
Tab. 5.4: Bewertung der Partizipation in GESUND!-Studien.....	127
Tab. 5.5: Spannungsfeld: Alltag und das Projekt GESUND!.....	131
Tab. 5.6: Der Wert Partizipativer Forschung.....	134
6 Karin – Eine partizipative Einzelfallstudie mit biografischer Geschichte	139
Abb. 6.1: Tagebuch zur Forschung	143
Abb. 6.2: Was ist gesund – Was ist ungesund?	144
Abb. 6.3: Das ist unser WG-Fahrrad	145
Abb. 6.4: Arbeitsgeräte	146
Abb. 6.5: Notizen der Mitforschenden	147
7 Die Gesundheitsversorgung aus Sicht von Mitarbeiter/-innen – Eine kommunale Fragebogenerhebung	165
Tab. 7.1: Alter der Mitarbeiter/-innen (N = 41)	168
Tab. 7.2: Deskriptive Auswertung Ärzteguppen	169
Tab. 7.3: Beachtung gesundheitsförderlicher Bereiche durch die Mitarbeitenden	170
Tab. 7.4: Alter der Klient/-innen (N = 56).....	170
Tab. 7.5: Vorsorgemaßnahmen	172
Tab. 7.6: Konsum von Suchtmitteln.....	174
Abb. 7.1: Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes	171
Abb. 7.2: Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen.....	173
Abb. 7.3: Einschätzung von Sozialkontakten	175
8 Machtfragen und abschließende Antworten	177
<i>keine Abbildungen, keine Tabellen</i>	

- 
- 
- 
- 1 Einführung und Überblick 15
 - 2 Gesundheitsforscher/-in der WfbM –
Der Gesundheitskurs 31
 - 3 GESUND! in der Stadt – die Photovoice-Studie 53
 - 4 Gesundheitsforscher/-innen
in der Schreibwerkstatt 91
 - 5 Der Wert gemeinsamer Forschung 117
 - 6 Karin – Eine partizipative Einzelfallstudie
mit biografischer Geschichte 139
 - 7 Die Gesundheitsversorgung aus Sicht
von Mitarbeiter/-innen – Eine kommunale
Fragebogenerhebung 165
 - 8 Machtfragen und abschließende Antworten 177
 - 9 Ausblick: Inklusive Hochschule 189

Vorwort der Projektleitung

Mit der vorliegenden Veröffentlichung ist die Absicht verbunden, die Arbeit des Projekts „GESUND! – Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung“ zu dokumentieren. Unsere ersten Auseinandersetzungen mit dem Thema reichen bis in das Jahr 2013 zurück. Damals gab es im deutschsprachigen Raum nur wenige Fachveröffentlichungen zur Gesundheitsförderung von Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Erfreulicherweise hat sich seither einiges getan (Havemann & Stöppler 2014; Burtscher et al. 2017; Habermann-Horstmeier 2018; Rathmann et al. 2018; Walther & Römisch 2019). Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) aus dem Jahr 2015 setzte für die Beschäftigung mit dem Thema Gesundheitsförderung wichtige Impulse. Hinzu kam, dass im zweiten „Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“ auf die schlechte Datenlage im Lebensbereich Gesundheit hingewiesen wurde. Insgesamt ist im Kapitel „Gesundheit“ auf 30 Seiten zehnmal zu lesen, dass entweder „keine Informationen“ oder „keine Daten“ vorhanden sind (BMAS 2016, S. 306 – 336). Nicht nur auf politischer Ebene wurde die Lücke erkannt. Von verschiedenen Seiten, angefangen bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bis hin zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) sind inzwischen vermehrt Anstrengungen unternommen worden, die Informations- und Datenlage zum Lebensbereich Gesundheit von Menschen mit Behinderungen zu verbessern.

Zurück ins Jahr 2013, zu den Anfängen unseres Projekts: Bei der Formulierung des Projektantrags von GESUND! an das Bundesministerium für Bildung und Forschung lagen damals vier Annahmen zugrunde, die sich zum Teil auf internationale Publikationen stützten (Walsh 2008; Havemann et al. 2011):

- Der Gesundheitszustand von Menschen mit Lernschwierigkeiten ist deutlich schlechter als der von Menschen ohne Behinderung.
- Die Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung von Menschen mit Lernschwierigkeiten sind unzulänglich.
- Menschen mit Lernschwierigkeiten werden in gesundheitspolitischen Strategien auf kommunaler und nationaler Ebene übersehen bzw. nicht wahrgenommen.

- Menschen mit Lernschwierigkeiten sind interessiert und offen für das Thema Gesundheitsförderung. Sie haben Lust, im Rahmen von Partizipativer Gesundheitsforschung neue Ansätze und Methoden zu erproben.

Wie wir zeigen werden, haben sich diese vier ursprünglichen Annahmen allesamt als richtig erwiesen. Das Projekt GESUND! liefert in allen vier Bezugsfeldern eine Vielzahl von empirischen Belegen und leistet damit einen Beitrag zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung von Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Danke

An dieser Stelle wechsele ich von der Objektivität des Berichterstatters in die Rolle des persönlich verantwortlichen Projektleiters. Ich bedanke mich ganz herzlich bei den Autorinnen und Autoren dieser Veröffentlichung. Es ist zweifelsohne eine zusätzliche Kraftanstrengung zu den parallellaufenden Anforderungen im Forschungsprojekt GESUND!, bei der Arbeit und im Studium, eine eigene Buchpublikation herauszugeben. Darüber hinaus bedanke ich mich bei Dr. Eduard Jan Ditschek für sein umfangreiches Lektorat und bei Dr. Antje Ginnold für ihre inhaltlichen Anmerkungen. Diese Arbeiten an den Texten haben uns sehr geholfen. Besonderer Dank gilt der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost für die Förderung der Buchpublikation. Mit Prof. Dr. Klaus-Peter Becker, Mitglied im Vorstand der Stiftung, konnten wir zahlreiche anregende Diskussionen zum Thema führen. Zu guter Letzt richtet sich mein Dank an Christina Kaminski, die das Layout sehr ansprechend gestaltete.

Reinhard Burtscher

Berlin, März 2019

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS, Hrsg.) (2016). Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn.
- 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.
- Habermann-Horstmeier, L. (2018). Grundlagen der Gesundheitsförderung in der stationären Behindertenarbeit. Bern: Hogrefe Verlag.
- Haveman, M.; Perry, J., et al. (2011). Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: Results of the European POMONA II study. In: Journal of Intellectual & Developmental Disability. Volume 36 (1). 49 – 60.
- Havemann, M. & Stöppler, R. (2014). Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rathmann, K.; Frings, S. & Rüster, C. (2018). Gesundheitsverständnis und -verhalten von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen: eine qualitative Studie. In: Prävention und Gesundheitsförderung. Zugriff am 28.10.2018. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0673-y>.
- Walsh, P. N. (2008). Health indicators and intellectual disability. In: Current Opinion in Psychiatry. 21 (5). 474 – 478.
- Walther, K. & Römisch, K. (Hrsg.) (2019). Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Wiesbaden: Springer VS.

1 Einführung und Überblick

Reinhard Burtscher

„GESUND! – Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung“ ist Teil eines großen Forschungsverbundes in Deutschland. Die vorliegenden Erkenntnisse ergaben sich aus den Diskussionen und Auseinandersetzungen in einem breiten Netzwerk von Akteur/-innen und aus Daten, die wir in dem Projekt GESUND! gesammelt haben.

Im ersten Kapitel beschreiben wir, wie das Projekt GESUND! entstanden ist, die Rahmung, den Plan und unsere Ziele. Wir bestimmen zentrale Begriffe und das dahinterliegende konzeptionelle Verständnis. Bereits in der Vorbereitungsphase bis zum eigentlichen Beginn des Projekts stießen wir auf drei Herausforderungen, die partizipative Forschungsvorhaben beeinflussen können. Diese Herausforderungen werden benannt. Das Kapitel endet mit einem Vorschlag zur Verbesserung der gegenwärtigen Ausschreibungspraxis.

1.1 Die Rahmung

Zuerst beschreiben wir den Rahmen, der für unsere Forschungsarbeit bestimmend war. Die Rahmung gab vor, dass wir uns mit der sozial ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen beschäftigen und einen Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten sollten.

1.1.1 Am Anfang war die Ausschreibung

Im Mai 2013 veröffentlichte das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) eine Ausschreibung zur Förderung von Forschungsverbünden zur Primärprävention und Gesundheitsförderung. Damals wurde festgestellt, dass die deutsche Forschungslandschaft in diesem Bereich unzureichend etabliert und institutionell stark zersplittert ist:

„Trotz einiger Verbesserungen durch die Anstrengungen der letzten Jahre mangelt es nach wie vor an Forschungsstrukturen, die die Vernetzung und Zusammenarbeit der beteiligten Akteure aus Wissenschaft und Praxis nachhaltig stärken und die unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und Praxispartner einbinden.“ (BMBF 2013)

Der Ausschreibungstext bezog sich auf den vom Ministerium herausgegebenen „Aktionsplan Präventions- und Ernährungsforschung. Forschung für ein gesundes Leben“ (2013), und sie war verbunden mit dem Rahmenprogramm Gesundheitsforschung.

Im „Aktionsplan“ war als zentrales Ziel die Absicht formuliert, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen zu stärken, die Qualität der Lebensjahre zu erhöhen und insbesondere sozial benachteiligte Gruppen in der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Insgesamt wurden 51 Anträge im BMBF eingereicht. Im Februar 2014 wählte ein internationales Begutachtungsgremium sieben Forschungsverbünde aus, die für drei Jahre eine erste Finanzierung erhielten. Am 1. Februar 2015 war es schließlich soweit und der Forschungsverbund, der im Folgenden genauer vorgestellt wird, konnte die Arbeit aufnehmen.

1.1.2 Der Forschungsverbund PartKommPlus

Das „Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet)“ wurde 2007 gegründet und ist seit 2009 an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) etabliert. PartNet ist ein Forum für Wissenschaftler/-innen und wissenschaftlich interessierte Praktiker/-innen, die innovative Strategien bei der Erforschung von Gesundheit – insbesondere im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit – erarbeiten. Aus diesem Netzwerk heraus bildete sich eine Interessensgruppe, die sich erfolgreich auf die Ausschreibung des BMBF bewarb. Unter der Überschrift „PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen“ – schlossen sich acht Teilprojekte zusammen, die in Kommunen in Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen und Niedersachsen tätig waren bzw. wurden. Bei der Gestaltung der Teilprojekte wurden die Vielfalt von Kommunen, unterschiedliche Strategien der Gesundheitsförderung, als vulnerabel geltende Bevölkerungsgruppen, aber auch diverse Forschungsmethoden berücksichtigt. Damit bestand die Möglichkeit, Partizipation im Rahmen kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung unter unterschiedlichen Bedingungen zu untersuchen. Die nachfolgenden Einrichtungen vertraten die Teilprojekte im Forschungsverbund PartKommPlus:

- Die Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin koordinierte den Verbund und führte das Teilprojekt „Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung“ (GESUND!) durch.
- Die Alice-Salomon-Hochschule Berlin forschte im Teilprojekt „Eltern fragen Eltern: Wege in die Kita“ (ElfE).
- Die Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. war Trägerin des Teilprojekts „Partizipative Evaluation der Präventionskette Braunschweig“ (PEBS).
- Die Hochschule Esslingen kooperierte mit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung und der Stadt Esslingen im Teilprojekt „Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien: Wissenschaft und Praxis im Dialog“ (KEG).

- Die Hochschule Fulda untersuchte „Gesunde Stadtteile für Ältere“ (Age4Health).
- Das Deutsche Institut für Urbanistik gGmbH befasste sich in einer Zusammenchau mit „Integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“ (IKS).
- Das Robert-Koch-Institut erarbeitete theoretisch-konzeptionelle Grundlagen im Teilprojekt „Partizipation und Epidemiologie“ (P&E).
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. war im Teilprojekt ElFE involviert und betreute als Querschnittsthema das Internet-Portal inforo-online für die „Integration und Synthese“ (I & S) der Daten im Forschungsverbund.

Die Teilprojekte forschten in der ersten Förderperiode im Zeitraum von 2015 bis 2018 zu zwei übergeordneten Zielen:

- Die Gewinnung neuer und nachvollziehbarer (evidenzbasierter) Erkenntnisse über die fördernden und hemmenden Bedingungen für eine gelungene Partizipation in der kommunalen Gesundheitsförderung.
- Die Weiterentwicklung von Partizipativer Gesundheitsforschung zu einem gesundheitswissenschaftlichen Ansatz im Bereich der Gesundheitsförderung in Deutschland in Zusammenarbeit mit der Internationalen Collaboration for Participatory Health Research.

Die vorliegende Veröffentlichung bezieht sich auf die angegebene erste Förderperiode. Detaillierte Informationen über den gesamten Forschungsverbund PartKommPlus sind Online zu finden unter: <http://partkommplus.de>.

1.1.3 GESUND! stellt sich vor

Im Teilprojekt GESUND! arbeiteten wir von der Hochschule mit Menschen mit Lernschwierigkeiten zusammen. Unsere übergeordneten Fragestellungen lauteten:

- Wie kann Gesundheitsförderung für Menschen mit Lernschwierigkeiten gemeinsam mit ihnen gestaltet werden?
- Wie kann eine integrierte kommunale Strategie der Gesundheitsförderung inklusiv umgesetzt werden?
- Wie gelingt partizipative Gesundheitsforschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten?

Um diese Fragen beantworten zu können, planten wir drei Abschnitte im Projektverlauf. In den jeweiligen Phasen entwickelten und erprobten wir unterschiedliche Maßnahmen, auf die wir in den folgenden Kapiteln dieses Buches näher eingehen werden. An dieser Stelle bieten wir einen allgemeinen Überblick.

In der ersten Phase arbeiteten wir primär in den Lichtenberger Werkstätten (LWB), um einen niederschweligen Zugang zu Menschen mit Lernschwierigkeiten zu erreichen. Die LWB sind anerkannte Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Mittels Partnertreffen auf Leitungsebene und einer Befragung unter Werkstatt-Beschäftigten (N=90) erhoben wir die Ausgangssituation und den möglichen Bedarf an Gesundheitsförderung. Anschließend, von September 2015 bis Juni 2016, folgte die Planung und Durchführung eines Kurses mit dem Titel: „Gesundheitsforscherin/Gesundheitsforscher in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)“. Zusätzlich organisierten wir in dieser Zeit zwei Kunstprojekte. Wir erarbeiteten mit Beschäftigten einen Rap-Song und ein Video mit dem Künstler Graf Fidi. In Abstimmung mit Stromnetz Berlin gestalteten Beschäftigte fünf Stromkästen im Sozialraum mit gesundheitsbezogenen Themen. Die künstlerische Anleitung hatte Chi Maulbetsch, das Begleitvideo drehte – wie beim Rap-Song – Merlin Perowanowitsch. LWB-interne Präsentationen, die Ehrung der Teilnehmenden sowie öffentliche Ergebnispräsentationen bildeten den Abschluss der ersten Phase von GESUND!.

In der zweiten Phase setzten wir die gemeinsamen Aktivitäten mit Beschäftigten aus den LWB fort. Wir verlegten unsere Aktivitäten von der WfbM in die Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin und führten von Oktober 2016 bis April 2017 eine inklusive Forschungswerkstatt mit dem Titel „Gemeinsam forschen in Lichtenberg“ durch. Ziel der Forschungswerkstatt war es, die Sicht von Menschen mit Lernschwierigkeiten auf gesundheitsförderliche und gesundheitshinderliche Aspekte in ihrem unmittelbaren Sozialraum zu erfassen. Dabei ging es konkret um Antworten auf die Frage: Was erhält uns gesund bzw. was macht uns krank? Die exemplarischen Ergebnisse, die die Perspektive der Mitforschenden auf ihren Bezirk deutlich machten, wurden zusammengeführt und im Rahmen einer Ausstellung auf Roll-ups präsentiert. Es folgten eine Abschlussfeier und die Ergebnispräsentation an mehreren Orten in und außerhalb von Berlin.

Teilergebnisse zu unseren Aktivitäten wurden laufend veröffentlicht, doch in der dritten Projektphase konzentrierten wir uns auch auf eine übergreifende Datenauswertung. Wir führten eine GESUND!-Schreibwerkstatt mit drei Beschäftigten zur Dokumentation und Evaluation des Gesamtprojekts durch sowie einen Auswertungsworkshop mit Fachkräften der WfbM. Verschiedenste Beteiligungen an Publikationen und Kongressbesuche beendeten diesen Abschnitt im Projekt.

Wir gingen zuversichtlich in die Bewerbung und Begutachtung für die zweite Förderperiode von 2018 bis 2021 und hatten wiederum Erfolg, sodass wir ohne zeitliche Unterbrechung weiterhin tätig sein können.

1.1.4 Praxispartner von GESUND!

Wir als akademisches Team an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin¹ wurden von vier Organisationen als Praxispartner unterstützt:

- RBO – Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, insbesondere LWB – Lichtenberger Werkstätten gemeinnützige GmbH
- Bezirksamt Lichtenberg von Berlin – Abteilung Jugend und Gesundheit; Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (QPK)
- Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin (Der Paritätische Berlin)
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek).

Jede Organisation war als Praxispartner durch mehrere Personen vertreten, die jeweils verschiedene Aufgaben erfüllten. Sie leisteten in unterschiedlicher Intensität einen wichtigen Beitrag zum Erfolg von GESUND!. Beispielsweise reflektierten sie mit uns in zahlreichen Diskussionen die gesammelten Erfahrungen oder halfen uns, die Ergebnisse einzuordnen. Aber waren sie Teil des Forschungsteams?

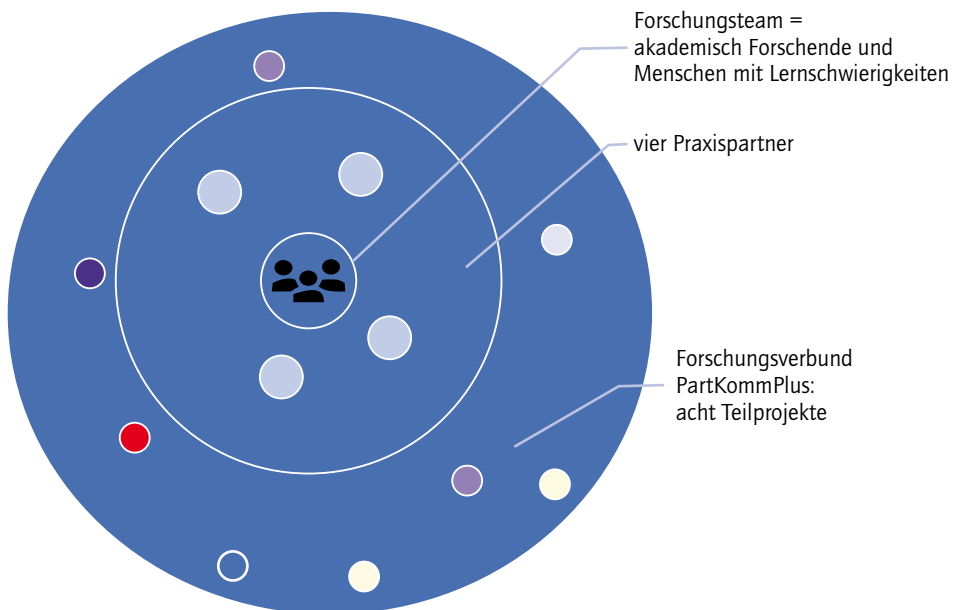


Abb. 1.1: Übersicht der Partner von GESUND!

¹ Theresa Allweiss, Merlin Perowanowitsch, Elisabeth Rott (bis 31.01.2017), Nikola Schwersensky (seit 01.08.2017) Reinhard Burtscher als Projektleiter

Um Verständnisprobleme zu vermeiden, definieren wir wie folgt: Mit „wir“ sind die akademisch Forschenden von der Hochschule gemeint. Die beteiligten Menschen mit Lernschwierigkeiten aus der WfbM bezeichnen wir als „Mitforschende“. Wenn wir vom „Forschungsteam“ sprechen, dann sind die Mitforschenden und die akademischen Forschenden gemeint. Die Mitarbeitenden der oben genannten Praxispartner zählen in diesem engen Verständnis nicht zum Forschungsteam, auch wenn sie manche Erkenntnisse beigesteuert haben (vgl. Abb. 1.1).

1.2 Klärung zentraler Begriffe und Konzepte

Im Folgenden definieren wir zentrale Begriffe und beschreiben, wie wir sie als akademisch Forschende nutzen. Auf die Herleitungen und die wissenschaftlichen Diskussionen um die Begriffe werden wir nicht näher eingehen, sondern verweisen auf die entsprechende Fachliteratur.

1.2.1 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung als Handlungsfeld hat weltweit durch die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) einen enormen Aufschwung erfahren. Als Leitmotiv „zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Die WHO plädiert für ein integriertes Konzept von Gesundheitsförderung, eingebettet in den Alltag der Menschen. Die tatsächlichen Lebensräume, die Orte, an denen sich Menschen aufhalten, werden bei der Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt gerückt.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO 1986)

In der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997) wurde die Definition weiterentwickelt. Gesundheitsförderung wird als eine Schlüsselinvestition für soziale und ökonomische Entwicklungen gesehen. In der Erklärung heißt es:

„Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern. Durch Investitionen und Maßnahmen kann Gesundheitsförderung einen entscheidenden Einfluss auf die Determinanten für Gesundheit auszuüben. Ziel ist es, den größtmöglichen Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung zu erreichen, maßgeblich zur Verringerung der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten beizutragen, die Menschenrechte zu stärken und soziale Ressourcen aufzubauen.“ (WHO 1997)

Mit den Einflussfaktoren auf die Gesundheit verweist die Jakarta-Erklärung auf ein Modell, welches vor allem Dahlgren und Whitehead (1991) in einem Regenbogenbild bekannt gemacht haben (vgl. Abb. 1.2). Sie beschreiben – abgesehen von individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen – vier Ebenen, die die Gesundheit des Menschen beeinflussen:

- Faktoren individueller Lebensweisen: z. B. Rauchen und Alkoholkonsum, Zufriedenheit, Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress, Zeit (für Erholung),
- soziale und kommunale Netzwerke: z. B. Freundschaften, Mitgliedschaft in einer Gruppe, Familienbeziehungen,
- Lebens- und Arbeitsbedingungen: z. B. Arbeit, Wohnumfeld, Verkehr, Bildung, Landwirtschaft und Lebensmittelproduktion, Kultur, Gesundheitsversorgung, medizinische Versorgung und
- allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt: z. B. Wirtschaft, Natur, Finanzwesen, Rechtsstaatlichkeit, Lebensräume, Technik, Umweltschutz, Frieden.



Abb. 1.2: Einflussfaktoren auf die Gesundheit; Nachbildung vdek (2017), © Jörg Hafermeister

Die 9. und damit jüngste Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Shanghai (2016) widmete sich der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (SDG – Sustainable Development Goals). Die gemeinsame Abschlusserklärung betont neben den sozialen Determinanten den Wert von „Health Literacy“, was in deutschsprachigen Ländern mit „Gesundheitskompetenz“ übersetzt wird:

„Gesundheitskompetenz befähigt die Bürger und ermöglicht ihnen die Beteiligung an kollektiven Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. [...] Gesundheitskompetenz basiert auf einem inklusiven und gleichberechtigten Zugang zu hochwertiger Bildung und lebenslangem Lernen. Sie muss integraler Bestandteil der Fähigkeiten und Kompetenzen werden, die im Laufe des gesamten Lebens erworben werden, insbesondere durch die Schulbildung.“ (WHO 2016)

Konzeptionell beinhaltet der Begriff der Gesundheitskompetenz das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen 1.) ausfindig zu machen, 2.) zu verstehen, 3.) zu beurteilen und 4.) zu nutzen. Damit soll der Mensch seine Gesundheit erhalten, sich bei Krankheiten die nötigen Unterstützungen durch das Gesundheitssystem sichern oder sich kooperativ an der Behandlung und Versorgung beteiligen und die dazu nötigen Entscheidungen treffen können (NAP Online; Schaeffer & Pelikan 2017). Für gesundheitskompetentes Handeln spielt jedoch nicht nur die Fähigkeit des Einzelnen eine entscheidende Rolle, sondern auch die Art und Weise, wie und unter welchen Umständen Informationen weitergegeben werden. Wenn beispielsweise Haus- und Fachärzte häufig nicht verstanden werden, dann kann man das als ein Problem des Patienten/der Patientin bzw. generell der Ratsuchenden ansehen. Aber es kann auch darin liegen, dass die Informationen nicht alltagsprachlich vermittelt wurden. Daher wird gerade im gesundheitswissenschaftlichen Bereich den Aspekten der Partizipation, des Empowerments und den sogenannten „health literacy – friendly settings“ (d. h. „Bedingungen, die die Gesundheitskompetenz fördern“) zunehmend Beachtung geschenkt (Kickbusch et al. 2013; Nutbeam 2008).

In Deutschland gibt es seit dem Jahr 2018 einen „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (Online: <http://www.nap-gesundheitskompetenz.de>), in dem zahlreiche Aktivitäten aufgeführt sind. Denn wie erste repräsentativen Studien für Deutschland nachweisen, ist es um die Gesundheitskompetenz in der Gesamtbevölkerung nicht gut bestellt. „Einen Großteil der deutschen Bevölkerung – konkret 54,3 Prozent – stellt der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen vor Schwierigkeiten“ (Schaeffer et al. 2016, Online S. 96). Für die Gruppe von Menschen mit Lernschwierigkeiten sind im deutschsprachigen Raum noch keine repräsentativen Studien bekannt. GESUND! nahm an dieser Stelle eine explorative Forschungsperspektive ein. Sowohl der Ansatz der Gesundheitsförderung als auch der Ansatz der Gesundheitskompetenz wurden durch Lernangebote erprobt, um zusammen mit der Adressatengruppe einen differenzierten Einblick zu gewinnen.

1.2.2 Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung (IKS)

Der Forschungsverbund PartKommPlus hat in der Zielausrichtung den Begriff „Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung (IKS)“ aufgenommen. Dieser Begriff steht für einen umfassenden lebensphasenübergreifenden Plan einer Kommune

zur Gesundheitsförderung ihrer Bevölkerung. Der Plan soll dazu beitragen, dass für alle Menschen die Voraussetzungen für ein möglichst langes und gesundes Leben geschaffen werden – und das unabhängig von der jeweiligen sozialen Lage und individuellen Voraussetzung. Die kommunalen Gesundheitsstrategien schaffen den Rahmen, um verfügbare Unterstützungsangebote öffentlicher und privater Träger zusammenzuführen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: Online). Von „integrierten Strategien“ ist die Rede, weil einzelne Maßnahmen, Programme oder Angebote aufeinander abgestimmt sind und/oder aufeinander aufbauen. Deshalb wird häufig auch der Begriff der „Präventionskette“ verwendet (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: Online).

Böhme und Reimann (2018) machen in ihrer Studie deutlich, dass dieses Zusammenspiel vieler verschiedener Akteure letztlich eine Steuerung gut und erfolgreich macht:

„Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung erfordern die Zusammenarbeit vieler verschiedener Akteure – der Betroffenen bzw. Zielgruppen selbst, der beteiligten Institutionen, von Krankenkassen, der Kommunalverwaltung sowie der Kommunalpolitik. Sie bedürfen daher einer Steuerungsform, die auf Kooperation und Konsensfindung basiert und sowohl horizontal zwischen verschiedenen Fach- und Politikbereichen als auch vertikal zwischen unterschiedlichen Handlungsebenen (Verwaltungsebene, intermediäre Ebene, Quartiersebene, Projektebene) koordiniert. Eine zentrale Rolle bei der Steuerung hat die Kommunalverwaltung inne. Gleichzeitig kommt bei der kommunalen Gesundheitsförderung der Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen – verstärkt durch das Präventionsgesetz – große Bedeutung zu. Eine derartige Kooperation ist aber nicht selbstverständlich und auch nicht immer einfach: Unterschiedliche Interessen, Ziele und Arbeitsweisen müssen offengelegt, erörtert und aufeinander abgestimmt bzw. synchronisiert, Schnittstellen und passende Formen der Zusammenarbeit gefunden werden.“ (ebenda, S. 5)

Im Projekt GESUND! fragten wir uns, inwieweit Menschen mit Lernschwierigkeiten in den kommunalen Gesundheitsstrategien berücksichtigt werden und ob der (teils) erhöhte Bedarf an Unterstützung in der bezirklichen Verwaltung (z. B. im Gesundheitsamt) thematisiert wird. Die Gespräche mit der kommunalen Gesundheitsverwaltung und Gesundheitspolitik waren daher für uns besonders wichtig. Gemeinsam mit den Menschen mit Lernschwierigkeiten sensibilisierten wir sowohl für gruppenspezifische als auch inklusive Angebote.

1.2.3 Partizipation – das Stufenmodell

GESUND! hat das Konzept und Verständnis von Partizipation der Autor/-innen Wright, von Unger und Block übernommen (2010, S. 42 ff.), die mit ihrem Stufenmodell die Diskussion um eine „Partizipative Gesundheitsforschung“ in Deutschland maßgeblich geprägt haben. Vier Ebenen und neun Stufen werden in diesem Modell beschrieben.

Wright et al. (2010) beginnen in ihrem Modell mit der Ebene der Nicht-Partizipation und unterscheiden zwischen Stufe (1) „Instrumentalisierung“ und Stufe (2) „Anweisung“. Im Falle der „Instrumentalisierung“ geht es um Personen bzw. Organisationen,

9	Selbstorganisation	Geht über Partizipation hinaus
8	Entscheidungsmacht	Partizipation
7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
6	Mitbestimmung	
5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
4	Anhörung	
3	Information	
2	Anweisung	Nicht-Partizipation
1	Instrumentalisierung	

Abb. 1.3: Stufenmodell der Partizipation (Wright et al. 2010)

die eine Entscheidung über ein Problem (oder eine Lösung) treffen, ohne dass sie sich direkt mit den Betroffenen abstimmen. Kommt es zu einer Veranstaltung, dann nutzt der Hauptakteur die Anwesenheit der Betroffenen für eigene Zwecke (z. B. für positive Berichterstattung in den Medien). Im Falle der „Anweisung“ ist die Kommunikation seitens der Hauptakteure direktiv. Entscheidungsträger/-innen definieren die Situation und bestimmen den Lösungsweg aufgrund einer theoretischen Einschätzung. Die Meinung der Betroffenen zu ihrer eigenen Situation wird dabei nicht berücksichtigt.

Auf der Ebene der Vorstufen der Partizipation beschreiben Wright et al. (2010) die Stufen (3) „Information“, (4) „Anhörung“ und (5) „Einbeziehung“. Am Beispiel von GESUND! lassen sich die Stufen 3 bis 5 so verdeutlichen: Nach der Ausschreibung des BMBF informierten wir die LWB und fragten an, ob sie sich an einem Gesundheitsprojekt beteiligen wollten. Bei den Erstgesprächen mit der LWB-Geschäftsführung erklärten und begründeten wir das Gesamtvorhaben (Stufe 3: Information der LWB). Die Entscheidung, sich für das Projekt zu bewerben und einen Projektantrag zu stellen, war bei uns schon getroffen worden. Wir befragten den potenziellen Praxispartner zu unserem Plan, aber es blieb anfangs unklar, wie viel seiner Meinung in den gesamten Entscheidungsprozess des Forschungsverbundes würde einfließen können (Stufe 4: „Anhörung“ der LWB). Zu diesem frühen Zeitpunkt saßen noch keine Stellvertreter/-innen von behinderten Menschen (Stufe 5: „Einbeziehung“ der Adressatengruppe) am Tisch. Gleichwohl gelang gegen Ende der Antragstellung eine verbindlichere Einbeziehung der LWB, die u. a. in eine Absichtserklärung (letter of intent) mündete.

Partizipation nach dem hier vorliegenden Modell beginnt erst ab der dritten Ebene. Hier sprechen die Autoren/Autorinnen von den Stufen (6) „Mitbestimmung“, (7) „Teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz“ und (8) „Entscheidungsmacht“. Beispiel GESUND!: Nach der Bewilligung des Antrags starteten wir unsere Aktivitäten. In den Kursen, die in den LWB stattfanden, entwickelte sich die Zusammenarbeit mit den Beschäftigten von der Stufe 4 bis zur Stufe 8. Die Teilnehmenden konnten die zu bearbeitenden Themen je nach Kursphase mal mehr und mal weniger mitbestimmen und mitentscheiden. Am Ende wählten sie die Themen für ihre Forschungsprojekte. Sie entschieden sich für die Projekte „Gesundes Essen“ und „Lärm im Betrieb“ (Stufe 8).

Auf der vierten Ebene bzw. auf Stufe 9 steht die „Selbstorganisation“. Sie geht über Partizipation hinaus. Dies ist der Fall, wenn sich beispielsweise die betroffenen Menschen in einem Selbsthilfeverein zusammenschließen oder eine eigene Firma gründen.

Die Partizipationsstufen lassen sich nach unserer Erfahrung in der Praxis nicht immer trennscharf zuordnen. Je nach Zeitpunkt im Projekt und dem Zuschnitt von Aufgaben und Verantwortlichkeiten ist eine Zuordnung auf mehreren Stufen gleichzeitig möglich. Meist kommt es zu Wechselwirkungen. Beispielsweise ist eine Informationsveranstaltung häufig auch ein Ort der „Anhörung“ und der „Einbeziehung“ von Meinungen aus dem Publikum. Auch im zeitlichen Verlauf einer Veranstaltung lassen sich verschiedene Partizipationsstufen beobachten, so z. B. in unserem Gesundheitskurs in den LWB: Der Grad der Partizipation variierte sichtlich. Die Beteiligung der betroffenen Menschen war anfangs eher verhalten, doch abhängig von unserem Vorgehen, der Entwicklung der Gruppe und den anstehenden Aufgaben im Kurs entwickelte sich zum Ende hin eine immer deutlicher ausgeprägte Partizipation.

1.2.4 Partizipative Gesundheitsforschung

Forschung beruht im Gegensatz zum Alltagswissen auf einem systematischen Suchen nach neuen Erkenntnissen. Sie soll anknüpfen an bestehende Erkenntnisse (theoriebasiert), soll in irgendeiner Form dokumentiert und damit auch kritisierbar sein, dazu kritisch reflektiert und ergebnisoffen (Donk et al. 2014, S. 23).

GESUND! ist im Bereich der Partizipativen Gesundheitsforschung (PGF) angesiedelt (Wright & Kongats 2018). In möglichst allen Phasen des Gesamtprojekts sollen Menschen mit Lernschwierigkeiten zusammen mit den akademisch Forschenden neue Erkenntnisse gewinnen. Die International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) formuliert die Zielsetzung von Partizipativer Forschung folgendermaßen:

„Das Ziel Partizipativer Forschung ist die größtmögliche Partizipation der Menschen, deren Lebens- und Arbeitswelt im Fokus der Forschung stehen. Sie sind in alle Phasen des Forschungsprozesses eingebunden: von der Formulierung der Forschungsfrage und des Ziels über die Entwicklung des Forschungsdesigns,

die Auswahl von geeigneten Methoden zur Datenerhebung und deren Analyse, die Durchführung der Forschung und Deutung der Ergebnisse bis hin zur Verbreitung der Resultate. Größtmögliche Partizipation ist das Herzstück der PGF und ihr wesentliches Merkmal, durch das sie sich von anderen Methoden im Gesundheitsbereich abhebt. Unabhängig von dem Modell, das für die Beschreibung von Partizipation im Forschungsprozess herangezogen wird, zielt PGF darauf ab, für alle Beteiligten die Zugangsvoraussetzungen zu schaffen, um gleichberechtigt und fortwährend in allen Phasen des Forschungsprozesses auf der größtmöglichen Stufe zu partizipieren." (Cook 2015, Online)

Im deutschsprachigen Raum ist die Partizipative Forschung im Bereich der Heil- und Sonderpädagogik in den letzten Jahren zunehmend populär geworden (z.B. Goeke & Kubanski 2012; Hedderich et al. 2015; Buchner et al. 2016; Sigot 2017). Das Alleinstellungsmerkmal von GESUND! war und ist, dass wir zusammen mit Menschen mit Lernschwierigkeiten in der Präventions- und Gesundheitsforschung tätig sind. Damit werden sowohl institutionelle als auch fachwissenschaftliche Grenzen ausgeweitet bzw. überschritten. Bei Antragstellung gab es zwei Personen, die in der Heilpädagogik verortet waren. Später baute GESUND! ein interdisziplinäres Team auf, mit zwei Personen aus den Gesundheitswissenschaften und zwei Personen aus der Heilpädagogik. Dieses interdisziplinäre Team, das zusammen mit den Menschen mit Lernschwierigkeiten agierte, war zumindest in Deutschland ein Novum in der Wissenschaftslandschaft. Das führte dazu, dass sich manche von uns als Wegbereiter in den Gesundheitswissenschaften fühlten. Erfahrungen auf nationalen und internationalen Tagungen von Public Health stärkten dieses Selbstbewusstsein. Wo wir unsere Arbeit vorstellten, waren wir häufig die einzigen, die ihre Forschungsergebnisse gemeinsam mit der Adressatengruppe präsentierten.

1.3 Einflussfaktoren in der Vorbereitungsphase von GESUND!

Die Zielstellung von Partizipativer Gesundheitsforschung verdeutlicht, dass dieser Ansatz voraussetzungsvoll ist. Zahlreiche fördernde und hemmende Faktoren beeinflussen den Forschungsprozess und die Wirkung der Arbeit. Über die Wirkung unserer Arbeit werden wir im weiteren Verlauf dieser Veröffentlichung noch schreiben. An dieser Stelle beschränken wir uns auf drei Einflussfaktoren, die in der Vorbereitungsphase von GESUND! eine Herausforderung darstellten. Gleichzeitig führen uns unsere Erfahrungen zu dem Schluss, dass solche Herausforderungen für viele partizipative Projekte der Dreh- und Angelpunkt sind.

Theoretischer Ansatz trifft auf Ausschreibungspraxis

Die Formulierung der übergeordneten Forschungsfragen ist im Rahmen einer Ausschreibung des BMBF gesetzt. Die darauf Bezugnehmenden Forschungsfragen im Rahmen der Antragstellung wurden im Forschungsverbund PartKommPlus primär durch die akademisch Forschenden formuliert. Der Einbezug der Menschen, deren

Lebens- und Arbeitswelt im Fokus der Forschung stehen sollte, war zeitlich bedingt sehr begrenzt. Es ging vielmehr darum, rechtzeitig einen unter den Teilprojekten abgestimmten Forschungsantrag einzureichen. In dieser Phase war der kommunikative Austausch auf Ebene der potenziellen Projektleitungen im Verbund hoch und die Adressatengruppe noch kaum involviert oder noch weit weg. Der Projektleiter von GESUND! beispielsweise hatte Vorbereitungsgespräche mit der Geschäftsführung der Werkstatt für behinderte Menschen, aber nicht mit den Menschen mit Lernschwierigkeiten. Der Austausch und die Zusammenarbeit mit ihnen erfolgten erst nach Bewilligung des Projekts.

Entwicklung einer gemeinsamen Sprache

Die Teilprojekte aus dem Forschungsverbund PartKommPlus kamen aus unterschiedlichen Forschungsfeldern und -disziplinen der Gesundheits-, Erziehungs- und Sozialwissenschaften. Diese Heterogenität ist herausfordernd, wenn man eine gemeinsame Sprache finden soll. Die Sprache betrifft sowohl das unterschiedliche Fachvokabular als auch das Verständnis von Begriffen oder die konkrete Herangehensweise in der Forschung selbst. Die GESUND!-Projektentwickler fühlten sich zu Beginn in den Diskussionen des Forschungsverbunds fremd. Wenn es darum ging, ein Forschungsdesign zu erarbeiten, sich mit IKS (Integrierte kommunale Strategien) zu beschäftigen oder Partizipative Forschung weiterzuentwickeln, dann war viel an Phantasie und Übersetzungsleistung notwendig. Auf der einen Seite musste eine verständliche Sprache mit den anderen Teilprojekten gefunden werden und auf der anderen Seite ebenso eine verständliche Sprache mit den Praxispartnern aus der Behindertenhilfe.

Dauer der Begutachtungsphase und Projektstart

Die Ausarbeitung des Forschungsantrags erfolgte u. a. mit hohem Engagement von zeitlich befristetem Personal oder unbezahlten Freiwilligen. Sie setzten sich mit konzeptionellen Fragen auseinander und hatten so bei der Entwicklung der Teilprojekte einen wichtigen Anteil. Nachdem der Antrag eingereicht war, dauerte es noch einhalb Jahre bis zum Projektstart. Das war eine Durststrecke für viele, die bereits involviert waren. Einige mussten sich beruflich neu orientieren und konnten sich nicht mehr an der Projektumsetzung beteiligen. Damit gingen konzeptionelles Wissen sowie Kontakte zur Praxis verloren. Auch die Praxispartner drängten auf den Beginn des Projekts und mussten immer wieder getröstet werden. GESUND! verlor in dieser Zwischenzeit eine wichtige Projektmitarbeiterin aus der Heilpädagogik und engagierte Ansprechpartner/-innen in der Praxis. Als schließlich das Projekt begann, starteten wir mit einem komplett neuen Team. Es dauerte rund ein halbes Jahr, bis die Erfahrungs- und Wissenslücken gegenüber der Antragstellung ausgeglichen werden konnten.

1.4 Ausblick

Wenn die Bundesregierung in Deutschland Partizipative Forschungsvorhaben stärken möchte, dann sollte sie darüber nachdenken, die bestehende Logik von Ausschreibungen weiterzuentwickeln. Möglicherweise bedarf es eines veränderten Verständnisses von Qualitätskriterien in der Begutachtung. Vielleicht braucht es für bestimmte forschungsmethodische Ansätze, vor allem für Partizipative Forschung, neue Verfahrensregeln. Hier einige Anregungen dazu:

- Der Ausschreibungstext und die Beschreibung der darauf basierenden Forschungsvorhaben sollten neben Wissenschaftssprache auch eine alltagstaugliche Sprache berücksichtigen, die Sprache der potenziell Teilnehmenden aus der Praxis.
- Die Bewertung der Forschungsanträge sollte nicht nur in den Händen von wissenschaftlichen Expert/-innen liegen, sondern auch die Menschen einbeziehen, deren Lebenswelt im Fokus steht (nicht-wissenschaftliche, betroffene Menschen).
- Die Schritte zur Finanzierung eines Forschungsvorhabens sollten in einem dreistufigen Verfahren gegliedert werden: Auf der ersten Verfahrensstufe wird eine Projektskizze eingereicht. Nach erfolgreicher Bewertung findet auf der zweiten Stufe die Partizipative Projektentwicklung statt, die mit einem finanziellen Beitrag unterstützt wird. Damit hätten die Betroffenen die Chance, ihre Ideen und Kompetenzen in das Forschungsdesign einzubringen, und vorhandenes Personal könnte mit einer Zwischenfinanzierung abgesichert werden. Erst auf der dritten Verfahrensstufe würde dann das eigentliche Partizipative Forschungsprojekt beginnen, sofern davor eine positive Begutachtung die Freigabe der Zuwendung erlaubt.

Literaturverzeichnis

- Böhme, C. & Reimann, B. (2018). Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation – Ergebnisse einer Akteursbefragung. Hg. v. Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH. Berlin. Zugriff am 01.10.18. Verfügbar unter <https://difu.de/publikationen/2018/integrierte-strategien-kommunaler-gesundheitsfoerderung.html>.
- Buchner, T.; Koenig, O. & Schuppener, S. (Hrsg.). (2016). Inklusive Forschung. Gemeinsam mit Menschen mit Lernschwierigkeiten forschen. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2013). Bekanntmachung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, Richtlinien zur Förderung von Forschungsverbünden zur Präventionsförderung und Gesundheitsförderung. Unter Mitarbeit von Renate Loskill. Zugriff am 28.09.2018. Verfügbar unter <https://www.bmbf.de/foerderung/bekanntmachung-859.html>.
- Cook, T. (2015). Qualität sichern: Zentrale Merkmale der partizipativen (Gesundheits-)Forschung. Übersetzung des Papiers „Ensuring Quality: Indicative Characteristics of Participatory (Health) Research“ von Prof. Dr. Tina Cook. Hg. v. ICPHR und PartNet Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung. Zugriff am 01.10.2018. Verfügbar unter <http://www.icphr.org/icphr-resources.html>.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies. Stockholm (Arbeitspapier, 2007:14). Zugriff am 21.04.2017. Verfügbar unter <http://www.iffs.se/en/publications/working-papers/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>.
- Donk, C. van der; Lanen, B. van; Wright, M. T. (2014). Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
- Goeke, S. & Kubanski, D. (2012). Menschen mit Behinderungen als Grenzgänger/-innen im akademischen Raum – Chancen partizipatorischer Forschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 13 (1). Zugriff am 29.09.2018. Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1782/3302>.
- Hedderich, I.; Egloff, B. & Zahnd, R. (Hrsg.) (2015). Biografie – Partizipation – Behinderung. Theoretische Grundlagen und eine partizipative Forschungsstudie. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Kickbusch, I. & Hartung, S. (2013). Die Gesundheitsgesellschaft. Ein Plädoyer für eine gesundheitsförderliche Politik. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Zugriff am 02.11.2018. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>.
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Zugriff am 02.11.2018. Verfügbar unter <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz>.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science and Medicine, 67, 2072 – 2078.
- Schaeffer, D.; Vogt, D.; Berens, E. M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2016). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Universität Bielefeld. Bielefeld.
- Schaeffer, D. & Pelikan, J. M. (Hrsg.) (2017). Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe Verlag.
- Sigot, M. (2017). Junge Frauen mit Lernschwierigkeiten zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Ergebnisse aus einem partizipativen Forschungsprozess. Opladen-Berlin-Toronto: Verlag Barbara Budrich.

- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Zugriff am 12.12.2017. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.) (1997). Die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Zugriff am 12.12.2017. Verfügbar unter http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/vhpr_jakarta_declaration_german.pdf.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.) (2016). Erklärung von Shanghai über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Zugriff am 10.09.2018. Verfügbar unter https://www.gesundes-oberoesterreich.at/Mediendateien/Shanghai_Erklaerung.pdf.
- Wright, M. T.; Unger, H. von; Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. 35 – 52. In: Wright, Michael T. (Hrsg.) (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
- Wright, M. T. (Hrsg.) (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
- Wright, M. T. & Kongats, K. (Editors) (2018). Participatory Health Research. Voices from Around the World. Cham: Springer Nature.

2 Gesundheitsforscher/-in der WfbM – Der Gesundheitskurs

Reinhard Burtscher

Im zweiten Kapitel richtet sich unser Blick auf den Gesundheitskurs, den wir in der Werkstatt für behinderte Menschen angeboten haben. Auf eine kurze Einführung folgt die systematische Analyse von Beobachtungen und Erfahrungen. Wir nutzen dabei den Deutschen Qualifikationsrahmen und versuchen, die Entwicklung von Wissen, Fertigkeiten, Sozialkompetenz und Selbstständigkeit bei den Teilnehmenden nachzuzeichnen.

2.1 Ausgangssituation und Überblick

Wir entwickelten einen Gesundheitskurs mit dem Titel „Gesundheitsforscherin/ Gesundheitsforscher in der Werkstatt für behinderte Menschen“. Die Kursplanung erfolgte nicht nur am Schreibtisch, sondern wir nutzten unterschiedliche Datenquellen und Erhebungsmethoden, um die Bedarfe von Menschen mit Lernschwierigkeiten besser kennenzulernen. Die wichtigsten Informationsquellen für die Planung waren:

- eine Literaturrecherche,
- eine Fragebogenerhebung während eines Sommerfestes der LWB (90 Fragebögen),
- zwei Probeworkshops zum Thema Gesundheitsförderung im Berufsbildungsbereich der LWB,
- Gespräche mit Praktikerinnen und Praktikern in der LWB und auf Fachkonferenzen,
- Beratungen und Diskussionen im Projektteam und im Projektbeirat.

Unser leitendes Interesse war, die Forschung so partizipativ wie möglich zu gestalten. Damit verbanden wir die Hoffnung, Fragestellungen im Bereich der (Betrieblichen) Gesundheitsförderung partnerschaftlich mit Menschen mit Lernschwierigkeiten bearbeiten zu können. Das bedeutete für den Kurs, dass wir mit einem inhaltlichen Grobkonzept starteten, ohne alle Inhalte schon zu Beginn festzulegen. Wir hatten einen „roten Faden“, aber die inhaltliche Konkretisierung entwickelten wir gemeinsam mit den Kursteilnehmenden, die sich im Fortgang des Kurses immer intensiver einbrachten und beteiligten. Die Interessen der Teilnehmenden, ihre Fragen und Bedarfe führten zu einer

kontinuierlichen Fortschreibung des Gesamtcurriculums. Der Kurs sollte Menschen mit Lernschwierigkeiten neugierig machen auf das Thema Gesundheitsförderung. Unser Ziel war die Erweiterung der individuellen Gesundheitskompetenz (Schaeffer & Pelikan 2017) bei den Kursteilnehmenden. Vor allem sollten sie lernen, ihre eigenen gesundheitsspezifischen Anliegen wahrzunehmen, zu formulieren, zu vertreten und möglichst auch durchzusetzen. Darüber hinaus qualifizierten wir die Kursteilnehmenden zu Mitforschenden im betrieblichen Kontext. Sie lernten Aufgaben von Forscherinnen und Forschern kennen und wurden angeleitet, eigenständige Forschungsfragen zu Gesundheitsthemen im Betrieb zu entwickeln.

Das Bild einer Vier-Felder-Matrix diente uns zur Zuordnung von Themen und Inhalten. Vier Ausgangspunkte bildeten die Grundstruktur des Curriculums. Damit konnten wir ein inhaltliches Netz knüpfen, Zusammenhänge herstellen und Verbindungslinien aufzeichnen. Die vier Punkte definierten wir wie folgt:

- ICH steht für Inhalte mit starkem persönlichen Bezug (Erfahrungswissen, biografisches Wissen).
- GESUNDHEIT meint spezifisches Fachwissen und Gesundheitsinformationen.
- BETRIEB umfasst die Inhalte mit der Ausrichtung auf die Kolleg/-innen und Mitarbeiter/-innen sowie die Werkstatt als Organisation.
- PARTIZIPATIV FORSCHEN behandelt methodisches Wissen aus dem Bereich der Forschung.

Die Logik des Curriculums folgte einem offenen und didaktisch flexiblen Angebot entsprechend den Lernbedürfnissen der Teilnehmenden. Die Vier-Felder-Matrix erleichterte die Systematisierung im Gesamtkontext.

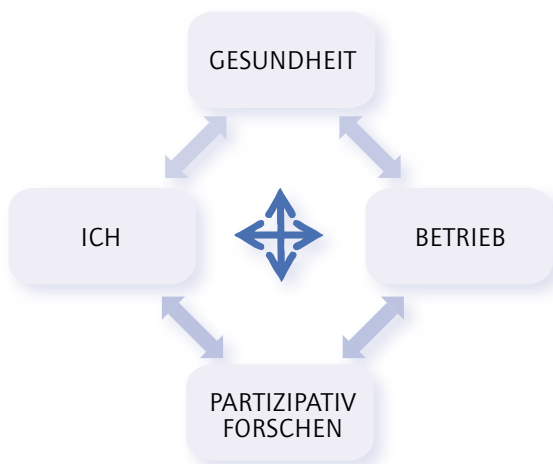


Abb. 2.1: Vier-Felder-Matrix von Themen

Bei den meisten Kursthemen starteten wir mit dem Erfahrungswissen der Teilnehmenden. Wie wir methodisch-didaktisch vorgehen, ist in unserer Praxishilfe ausführlich dokumentiert (Burtscher et al. 2017). Hier ein Beispiel zur Verdeutlichung unseres Vorgehens:

„Schmerz“ in der Themen-Matrix

Der Anlass war ein Gespräch über Kopfschmerzen bei der Arbeit und die Frage nach der Ursache der Schmerzen. Im Gesundheitskurs griffen wir diese Fragestellung auf. Das Ich und die persönliche Erfahrung bildeten den Ausgangspunkt. Im Kurs erweiterten wir gemeinsam den Blick und stellten spezifisches Wissen aus den Gesundheitswissenschaften zur Verfügung (Bezugspunkt Gesundheit). Wir sprachen zum Beispiel über verschiedene Formen von Schmerzen, suchten bestimmte Wörter zur Beschreibung von Schmerz und lernten die Funktion von Schmerz kennen. Danach fragten wir nach Ursachen und kamen auf den Betrieb zu sprechen. Wir untersuchten die Lärmbelastung im Betrieb und sprachen über das Raumklima. Wir interessierten uns dafür, ob auch andere Menschen im Betrieb über Kopfschmerzen klagten. Gemeinsam stellten wir Fragen zusammen und führten eine mündliche Befragung in einer Abteilung der LWB durch (Bezugspunkt PARTIZIPATIV FORSCHEN). Mit den Ergebnissen erhielten wir Hinweise auf die betrieblichen Verhältnisse. Die Behandlung des Themas unter den verschiedenen Bezugspunkten führte uns schließlich zu den zwei zentralen Ansätzen für Prävention: 1. Durch die Diskussion über mögliche Ursachen von Kopfschmerzen und die Stärkung der Persönlichkeit zielten wir auf eine Verhaltensprävention ab: Wie kann ich selbst Kopfschmerzen vorbeugen? 2. Indem wir die Situation am Arbeitsplatz einbezogen, suchten wir nach strukturellen Ursachen und leisteten einen Beitrag zur Verhältnisprävention: Welche belastenden Arbeitsbedingungen gibt es, die zu Kopfschmerzen führen? Wie lassen sich diese Bedingungen verändern?

Neben der inhaltlichen Strukturierung des Curriculums erfolgte auch eine tätigkeitsorientierte Strukturierung. Das Curriculum gliederte sich somit in a) eine kursspezifische Phase und b) eine projektorientierte, offene Phase.

Die kursspezifische Phase war stärker vorstrukturiert und mit klassischen Workshops in der Weiterbildung vergleichbar. Sie dauerte sechs Monate und konnte mit einem Zertifikat abgeschlossen werden. Anschließend folgte eine Phase, in der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eigene Projekte vorbereiteten und mit Begleitung durchführten. Die projektorientierte Phase endete nach drei Monaten mit einer Ergebnispräsentation im Betrieb.

Aus der Tabelle 2.1 ist die Struktur der kursspezifischen Phase ersichtlich: die Anzahl der Module, die Titel der Module und eine Zeitangabe in Form von Lerneinheiten (LE = 45 Minuten). In GESUND! fand der Kurs wöchentlich am Mittwochvormittag von 8 bis 12 Uhr statt. Bei jedem Termin von vier Zeitstunden konnten jeweils vier Lerneinheiten abgehalten werden. Mit der Pausenregelung orientierten wir uns am Bedarf innerhalb der Gruppe. Wir starteten Mitte September und berücksichtigten jahreszeitliche Ereignisse (z. B. Herbstzeit = Erkältungszeit) und Feierlichkeiten (Weihnachtsfeier im Kurs).

Tab. 2.1: Die kursspezifische Phase

Nr.	Titel des Moduls	Lerneinheiten
1	Einführung	4
2	Gesund leben	8
3	Bewegung	8
4	Ernährung	8
5	Stressreduktion und Entspannung	8
6	Zwischenauswertung	4
7	Das Gesundheitssystem	8
8	Frauen- und Männergesundheit	4
9	Gesundheit im Betrieb	4
10	Motivation, Lust und Frust	4
11	Partizipation: Mitbestimmung und Mitentscheidung	4
12	Abschluss Phase 1: Evaluation und Ausblick	4

Mit der Absolvierung der kursspezifischen Phase erreichten die Teilnehmenden Niveaustufe 1. Danach erhielten sie die Möglichkeit, ihr forschendes Lernen in einer projektorientierten Forschungswerkstatt fortzusetzen und damit Niveaustufe 2 zu erreichen (Tabelle 2.2). Der Kurscharakter wurde in dieser zweiten Phase aufgelöst. In zwei kleineren Projektgruppen vertieften wir zusammen über einen Zeitraum von drei Monaten jeweils ein spezifisches Thema.

Tab. 2.2: Die projektorientierte Phase

Nr.	Titel des Moduls	Lerneinheiten
13	Gesundheitsforschung	4
14	Projekte planen und umsetzen	4
15	Projektphase	40
16	Präsentation der Projekte	4
17	Evaluation und Ausblick	4

Man könnte auch so formulieren: Die Kursgruppe teilte sich in zwei gemischte Forschungsteams, bestehend aus Menschen mit Lernschwierigkeiten in der Rolle als Mitforschende und uns, den akademisch Forschenden. Wir boten methodische und strukturierende Hilfen an und unterstützten die Mitforschenden in allen Phasen des Projekts.

Im Sinne von Partizipativer Forschung

- entwickelten die Forschungsteams die Fragestellungen,
- erhoben sie Daten,
- diskutierten, systematisierten und interpretierten sie die Ergebnisse der Datenerhebung,
- erarbeiteten sie konkrete Empfehlungen für den Betrieb,
- stellten sie Ergebnisse mittels Projektpräsentationen vor.

Die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer im Projekt GESUND! wählten die beiden Themen „Gesundes Essen“ und „Lärm im Betrieb“ für die Projektphase aus. Die Forschungsteams realisierten zusammen Befragungen in unterschiedlichen Abteilungen der WfbM, führten ein Fotoprojekt durch, deckten Probleme auf und entwickelten Empfehlungen und Lösungsstrategien (siehe Abschlussberichte, Online: <https://www.vdek.com/projektgesund.html>).

2.2 Beschreibung der Teilnehmer/-innen aus der WfbM

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Gesundheitskurses und der anschließenden projektorientierten Lern- und Forschungsphase waren Beschäftigte der Lichtenberger Werkstätten. Die Teilnahme war freiwillig, hatte aber zur Voraussetzung, dass die Bewerberin oder der Bewerber ein allgemeines Interesse am Thema Gesundheit zeigte. Bei der Auswahl unter den Interessierten (17 Personen) folgten wir den Empfehlungen des Sozialdienstes. Die Kursteilnehmenden sollten aus unterschiedlichen Abteilungen der Werkstatt kommen und eine regelmäßige Anwesenheit in der Werkstatt belegen können. Zudem mussten sie selbstständig mobil sein, da keine Mobilitätsassistenz bereitgestellt werden konnte. Lese- und Schreibkenntnisse waren keine Voraussetzung für die Teilnahme. Letztlich starteten wir in der ersten Phase mit zwölf Beschäftigten. Die Aufteilung in zwei Niveaustufen machte es möglich, dass nach sechs Monaten alle einen erfolgreichen Abschluss erzielen konnten. Drei Teilnehmende beendeten den Kurs auf dieser ersten Niveaustufe, neun Teilnehmende setzten die Qualifizierung auf der zweiten Niveaustufe mit selbstgewählten Forschungsprojekten fort. In dieser Phase schlossen sich zwei weitere Beschäftigte aus der Werkstatt an, die aufgrund ihrer Tätigkeit in der WfbM thematisch mit den Fragestellungen eng verbunden waren.

Insgesamt waren damit 14 Personen mit Lernschwierigkeiten unmittelbar in unseren Gesundheitskurs involviert. Im Detail kann diese Gruppe wie folgt beschrieben werden (siehe auch Tab. 2.3):

- Alle waren Beschäftigte einer Werkstatt für behinderte Menschen und damit voll erwerbsgemindert.
- Alle verfügten über Lese- und Schreibkompetenz, aber mit starken Leistungsunterschieden. Die exemplarische Aussage einer Teilnehmerin lautete: „Ich kann lesen und schreiben, aber ich mag das nicht so gern.“
- Wir beobachteten zu Beginn deutlich unterschiedliche Niveaus im Hinblick auf die soziale und kommunikative Kompetenz (z. B. sicheres Auftreten vs. Angst, vor der Gruppe zu sprechen).
- Der sozio-ökonomische Status (SoS) war bei allen ähnlich (z. B. niedriger oder kein formaler Bildungsabschluss, Bezug von Grundsicherung, wenig Eigentum, ähnliche Wohnlagen).
- Alle Teilnehmenden hatten die deutsche Staatsangehörigkeit mit Geburtsort in Berlin oder in Brandenburg.
Bei einer Person war ein Elternteil außereuropäischer Herkunft.

Tab. 2.3: Merkmale der Beschäftigten (N = 14)

Geschlecht	9 Frauen 5 Männer	
Alter	25 bis 65 Jahre, Ø 37,9 Jahre	
Geburtsort	Berlin: 12 Personen Brandenburg: 2 Personen	
Bezug von Grundsicherung	12 Ja 2 Nein	
Beschäftigungszeit in der LWB	< 2 Jahre	2 Personen
	3 – 5 Jahre	2 Personen
	> 5 Jahre	10 Personen
Wohnform	Alleine	7 Personen
	Betreutes Einzelwohnen	3 Personen
	Betreute Wohngemeinschaft	3 Personen
	Bei den Eltern	1 Person
Schwerbehindertenausweis	14 Personen	

2.3 Fragestellung und Auswertungsmethodik

Einige Wirkungen im Sinne von Lernergebnissen wollen wir hier zusammenfassend darstellen. Dabei ist unsere leitende Fragestellung: Welche Lernergebnisse können bei den Teilnehmer/-innen im Gesundheitskurs beobachtet werden?

Wir nutzten folgende Datenquellen bei der Auswertung des Gesundheitskurses:

- *ein digitales Forschungsjournal:*
Hier hielten wir, die akademisch Forschenden, Beobachtungen und Äußerungen der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer fest (gedächtnisbasiertes Protokoll). Die Einträge ins Forschungsjournal erfolgten individuell jeweils durch jede einzelne Person des Hochschulteam; anschließend wurden sie mit Kommentaren wechselseitig ergänzt. Die Kommentare waren entweder zustimmend, ablehnend oder kritisch fragend. Damit verringerten wir die Subjektivität der Daten und verbesserten die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse.
- *Videodokumentationen und Foto-Slideshows:*
Im Verlauf des Kurses entstanden 16 Videodokumentationen über die Kurseinheiten und drei Foto-Slideshows. In den Videos kommen die Kursteilnehmenden zu Wort. Sie fassen den Inhalt einzelner Kurstermine mit eigenen Worten zusammen und geben Bewertungen zur Kurseinheit ab. Manche Videos zeigen Lern-/Übungssituationen während der Kurseinheit. Die Fotos der Slideshows dokumentieren Momentaufnahmen im Kurs. Sie ergänzen damit die gedächtnisbasierten Protokolle des Forschungsjournals.
- *Rückmeldungen von weiteren Akteuren im Betrieb:*
In unregelmäßigen Abständen fanden Gespräche bzw. Teamsitzungen mit dem Sozialdienst der WfbM statt, die protokolliert wurden. Zudem führten wir am Ende der ersten Förderphase mit elf Fachkräften aus den LWB einen Auswertungsworkshop über GESUND! durch.

Unser Auswertungsverfahren war angelehnt an eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse, bei der wir inhaltliche Codes verwendeten (Schreier 2014). Mithilfe der Software MAXQDA erarbeiteten wir auf deduktiv-induktive Weise ein Kategoriensystem, das wir nach einer Probecodierung auf unser gesamtes verschriftlichtes Datenmaterial anwendeten. Schließlich benutzten wir den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR Handbuch 2013) als Hintergrundfolie zur Einordnung der als Lernergebnisse codierten Segmente.

2.4 Exkurs: Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)

Der DQR beschreibt Lernergebnisse auf verschiedenen Niveaustufen. Die Niveaustufe gibt an, was eine Person weiß, versteht und in der Lage ist zu tun. Die Kompetenzen werden in zwei Dimensionen und vier Kategorien ausgewiesen (Abb. 2.2). So können bildungsbereichsübergreifend erworbene Qualifikationen eingeordnet werden. Die komplette Matrix umfasst acht Niveaustufen. Der ersten und zweiten Niveaustufe werden elementare und grundlegende Kompetenzen zugeordnet. Als Qualifikationstypen gehören dazu die Berufsausbildungsvorbereitung mit Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (BVB, BvB-Reha), das Berufsvorbereitungsjahr (BVJ), der Hauptschulabschluss (HSA), die Berufsfachschule (Berufliche Grundbildung), die Einstiegsqualifizierung u. a. Die achte und höchste Qualifikationsstufe bildet das Doktorat und äquivalente künstlerische Abschlüsse.

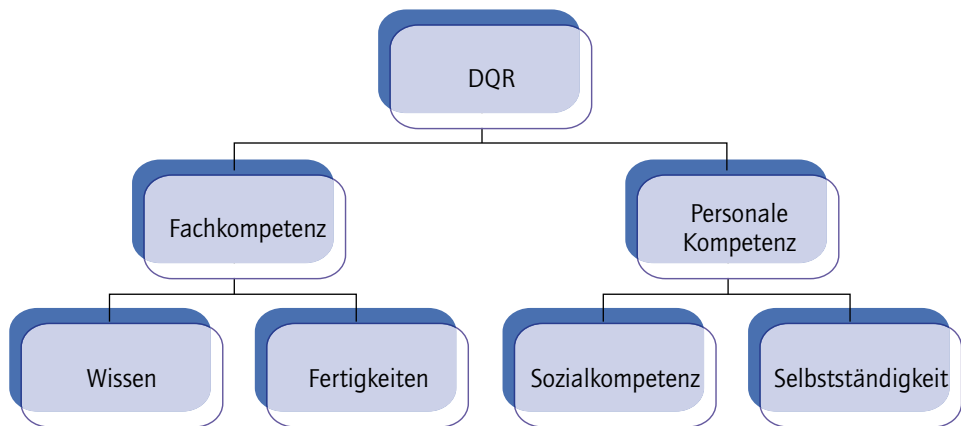


Abb. 2.2: Der DQR im Überblick

Die Methodenkompetenz wird als Querschnittskompetenz verstanden und ist deshalb nicht explizit aufgenommen. Das DQR-Handbuch definiert die einzelnen Kompetenzen wie folgt:

„*Fachkompetenz* umfasst Wissen und Fertigkeiten. Sie ist die Fähigkeit und Bereitschaft, Aufgaben und Problemstellungen eigenständig, fachlich angemessen, methodengeleitet zu bearbeiten und das Ergebnis zu beurteilen.

Wissen bezeichnet die Gesamtheit der Fakten, Grundsätze, Theorien und Praxis in einem Lern- und Arbeitsbereich als Ergebnis von Lernen und Verstehen. Der Begriff Wissen wird synonym zu „Kenntnisse“ verwendet.

Fertigkeiten bezeichnen die Fähigkeit, Wissen anzuwenden und Know-how einzusetzen, um Aufgaben auszuführen und Probleme zu lösen. Wie im Europäischen Qualifikationsrahmen werden Fertigkeiten als kognitive Fertigkeiten (logisches, intuitives und kreatives Denken) und als praktische Fertigkeiten (Geschicklichkeit und Verwendung von Methoden, Materialien, Werkzeugen und Instrumenten) beschrieben.

Personale Kompetenz – auch Personale/Humankompetenz – umfasst Sozialkompetenz und Selbstständigkeit. Sie bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, sich weiterzuentwickeln und das eigene Leben eigenständig und verantwortlich im jeweiligen sozialen, kulturellen bzw. beruflichen Kontext zu gestalten.

Sozialkompetenz bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, zielorientiert mit anderen zusammenzuarbeiten, ihre Interessen und sozialen Situationen zu erfassen, sich mit ihnen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu verständigen sowie die Arbeits- und Lebenswelt mitzugestalten.

Selbstständigkeit bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, eigenständig und verantwortlich zu handeln, eigenes und das Handeln anderer zu reflektieren und die eigene Handlungsfähigkeit weiterzuentwickeln.“ (DQR-Handbuch 2013, S. 14)

Mit Hilfe des DQR werden erworbene Qualifikationen national und international verglichen.

2.5 Lernergebnisse und Erkenntnisse

Die Nachweise der Lernergebnisse unseres Gesundheitskurses beruhen – wie beschrieben – auf einer Prozessdokumentation und visuellen Medien (Foto und Video). Wir verzichteten darauf, zu Beginn des Kurses verschiedene Tests mit den Teilnehmenden durchzuführen, um ein Ausgangsniveau (baseline) zu definieren. Zwei Gründe waren dafür maßgeblich verantwortlich:

- Als Entwicklungsprojekt leitete uns die Idee der Partizipation. Wir starteten den Kurs in einem konzeptionellen Rahmen, aber ohne festgelegte Lerninhalte und Lernziele. Daher wussten wir auch nicht, was wir zu Beginn überprüfen sollten; es fehlten Prüfindikatoren. Die Themen und konkreten Inhalte waren noch nicht entwickelt – sie entstanden im Verlauf der Zeit.
- Außerdem hätte aus unserer Sicht die Prüfsituation dem Aufbau eines (Forschungs-) Teams widersprochen, das in einem partizipativen Projekt auf gleichberechtigte Partnerschaft abzielt. Wir versuchten ein Machtgefälle, wie es zwischen Prüfer und Prüfling zustande kommt, zu vermeiden.

Wir beschreiben im Folgenden exemplarisch, a) was wir im Gesundheitskurs angeboten oder getan haben, b) was wir beobachtet bzw. von den Teilnehmenden gehört haben und c) wie wir die Situationen jeweils interpretiert haben. Die dargestellten Lernergebnisse resultieren aus der Bewertung der jeweiligen Lernsituationen. Jede einzelne Kompetenzkategorie schließt damit, dass wir die Erfahrungen reflektieren, teils mit theoretischen Konzepten verbinden und in „Gewonnene Erkenntnisse“ (lessons learned) zusammenfassen.

2.5.1 Wissen

Wissen	Fakten, Grundsätze, Theorien und Praxis in einem Lern- oder Arbeitsbereich als Ergebnis von Lernen und Verstehen
---------------	---

Wir vermittelten in 17 Modulen ein breites Spektrum an Fakten und Theorien und erarbeiteten das Wissen gemeinsam mit den Kursteilnehmer/-innen. Der Lernbereich umfasste Grundlagen der Gesundheitsförderung und der Forschung zur Gesundheitspraxis. Wir orientierten uns an dem Regenbogenmodell nach Dahlgren und Whitehead (1991). Das Modell wurde vorgestellt, und dann diskutierten und wiederholten wir die Inhalte immer wieder in vielfältiger Art und Weise. Im Kursverlauf suchten wir Verbindungen zwischen den einzelnen Einflussfaktoren herzustellen. Ein selbst gestaltetes Regenbogenmodell hing dafür die gesamte Kurszeit im Raum. Aus einzelnen Äußerungen der Teilnehmenden konnten wir schließen, dass die im Modell angegebenen verschiedenen die Gesundheit beeinflussenden Faktoren bekannt sind und dass sie unterschiedlichen Ebenen zugeordnet werden können.

Eine Lerneinheit beschäftigte sich beispielsweise mit dem Herzen und dem Blutkreislauf. Wir präsentierten die elementaren Funktionen des Herzens, besprachen Herzerkrankungen und Dinge, die das Herz stärken können. Auch der Blutkreislauf und der menschliche Blutdruck wurden behandelt. Als am Ende der Kurseinheit ein Merk- und Übungsblatt zum Bluthochdruck bearbeitet wurde, markierten die Teilnehmenden auf die Frage, was sie gegen hohen Blutdruck tun könnten, die richtigen Bilder.

Wir informierten auch über den hohen Zuckergehalt in vielen Getränken und Speisen. Eine Teilnehmerin war der Meinung, ihrem Kind etwas Gutes zu tun, wenn sie ihm wegen der vielen Vitamine des Öfteren Fruchtsaftgetränke zu trinken gäbe. In unserem Gesundheitskurs wurde ihr klar, wieviel Zucker die entsprechenden Getränke enthalten. Sie war darüber sehr erstaunt und wollte zukünftig mit solchen Getränken vorsichtiger umgehen.

Eine zentrale Aufgabe der Wissensvermittlung war die Klärung von Begriffen. So waren Wörter wie z. B. Respekt oder Partizipation nicht bei allen Teilnehmer/-innen bekannt. Beim Thema Respekt machten wir die Beobachtung, dass sich die Teilnehmer/-innen den Begriff gegenseitig erklärten (peer-to-peer). Der Begriff der Partizipation schien dagegen allen Teilnehmenden fremd, er kam in ihrem Alltag offensichtlich nicht vor. Wir sprachen im Kurs über die Bedeutung des Wortes. Beim darauffolgenden Kurstermin eine Woche später wollte in einer Wiederholungsrunde aber niemand aus dem Kreis der Teilnehmenden diesen Begriff vor der Gruppe definieren. Hatten sie die Bedeutung vergessen?

Mehrere Gäste bereicherten den Gesundheitskurs und stellten ihre Arbeit vor. So besuchten uns im Modul Bewegung unter anderem eine Sporttherapeutin und zwei

Athletinnen von Special Olympics. Der Sicherheitsbeauftragte der LWB referierte zum Thema Betrieblicher Gesundheitsschutz, und Vertreter des Werkstattrates sprachen über Beteiligungsmöglichkeiten im Betrieb. Außerdem vermittelte eine Sozialarbeiterin ihr Wissen als Krisenberaterin. Alle diese Gäste trugen dazu bei, dass die Kursteilnehmer/-innen Praxiswissen erwarben. Die Beschäftigten lernten die jeweiligen Expertinnen und Experten kennen und erinnerten sich auch Wochen später daran, wo diese bei Bedarf erreichbar wären.

Gewonnene Erkenntnisse

1. Wir waren immer wieder von dem Wissensdurst der Teilnehmerinnen und Teilnehmer überrascht. Die Teilnehmenden interessierten sich besonders für medizinische Erklärungen und dafür, wie der menschliche Körper funktioniert. In diesen beiden Bereichen waren die Aufmerksamkeit und die Bereitschaft, Neues zu lernen, besonders hoch. Das zeigte sich z. B. auch bei der Lerneinheit über Herz und Blutkreislauf.
2. Die Heterogenität der Lerngruppe stellte uns vor didaktische Herausforderungen. Wir reagierten darauf mit offenen Unterrichtsformen und mit dem Arbeiten in Kleingruppen. Beides erwies sich für die Wissensvermittlung als sehr gut geeignet. Unterrichtsformen wie Stationslernen oder projektorientiertes Lernen ermöglichten es, Über- und Unterforderungsphasen bei den Teilnehmer/-innen zu reduzieren. In Kleingruppen kamen die Teilnehmenden leichter ins Gespräch, und die Wissensvermittlung passte sich dem individuellen Lerntempo besser an.
3. Unbedingt notwendig sind zahlreiche Wiederholungen und Übungen zur nachhaltigen Absicherung des Wissens. Selbstkritisch müssen wir feststellen, dass wir dafür zu wenig Zeit vorgesehen hatten. Wir neigten dazu, die Lerneinheiten mit zu vielen Inhalten auszufüllen. Das Festigen des erworbenen Wissens auf unterschiedliche Art und Weise kam deshalb allzu oft zu kurz.
4. Von Zeit zu Zeit waren wir mit „Halbwissen“ bzw. mit voreingenommenen Einstellungen konfrontiert, die emotional stark besetzt waren. Einige Male ging es beispielsweise darum, inwieweit Limonade, insbesondere Cola, wegen des hohen Zuckergehalts schädlich sei. Ein Teilnehmer meinte, dass es darauf ankomme, wie oft und wie viel man davon trinke und dass der Körper ja Zucker brauche. Eine andere Teilnehmerin betonte, dass Cola hilfreich sei, wenn man Kreislaufprobleme habe. Auch andere Empfehlungen zur gesunden Ernährung führten zu ambivalenten Reaktionen und lösten Kontroversen aus. Typisch waren Aussagen wie diese: „Da darf man ja gar nichts mehr essen! [...] Man soll essen, was einem schmeckt. [...] Ich bin gut, so wie ich bin!“ Die Diskussionen und Auseinandersetzungen, die sich ergaben, wenn solche Sätze infrage gestellt wurden, zeigten, dass gesunde Ernährung für die Kursteilnehmer/-innen ein hochemotionales Thema war.

2.5.2 Fertigkeiten

Fertigkeiten	Wissen anwenden, Aufgaben ausführen und Probleme lösen
	kognitive Fertigkeiten: logisches, intuitives, kreatives Denken
	praktische Fertigkeiten: Geschicklichkeit, Verwendung von Methoden, Materialien, Werkzeugen und Instrumenten

Die Teilnehmenden erfuhren im Modul Bewegung, dass die körperliche Aktivität ein wichtiger Schutzfaktor für Gesundheit sein kann und zu wenig Bewegung das Wohlbefinden stark einschränkt. Sie führten eine kleine Befragung durch, mit der sie untersuchen wollten, ob und wie viel sich die Arbeitskolleg/-innen am Arbeitsplatz bewegen. Die Kursteilnehmenden dachten sich passende Fragen aus und gingen in mehreren Abteilungen auf Erkundungstour.

Im Verlauf des Gesundheitskurses führten wir verschiedene Rollenspiele durch. Das Stegreifspiel sorgte für Erheiterung und Spaß, dabei entstanden aber auch lebensnahe Lösungsansätze. Der Ablauf stellte sich meist wie folgt dar: Zwei oder drei aus dem Kurs (meist gemischt aus dem Kreis der Kursteilnehmer/-innen und des Hochschulteam) führten in einem Rollenspiel ein Gesundheitsthema vor. Anschließend diskutierten wir in der Gruppe das Geschehen und suchten nach Lösungen. Am Ende wurde die Szene wiederholt, aber jetzt spielten ausschließlich die Kursteilnehmer/-innen. Sie variierten das Verhalten und berücksichtigten verschiedene Lösungsmöglichkeiten. Dazu einige Beispiele: ein schlecht geführtes Arztgespräch versus ein gut geführtes Arztgespräch; ein Streitgespräch unter Arbeitskolleg/-innen und ein Gespräch, das wertschätzende Kommunikationsregeln beachtet; eine Person, die eine bestimmte Aufgabe ständig verschiebt versus eine Person mit einem positiven Selbstwertgefühl, die einen guten Umgang mit dem „inneren Schweinehund“ pflegt und Aufgaben nur unter bestimmten Bedingungen verschiebt.

Im Modul Betriebliche Gesundheitsförderung ging es um das Thema Arbeitszufriedenheit. Die meisten Kursteilnehmenden waren mit ihrer Arbeit und dem Arbeitsplatz zufrieden. Doch die Auseinandersetzung mit für die Gesundheit förderlichen bzw. ungünstigen Arbeitsbedingungen führte auch zu Kritik. Im Kurs diskutierten die Teilnehmenden ihre Bedingungen bei der Arbeit und entschieden sich für ein Gespräch mit der Geschäftsführung. Mit unserer Unterstützung bereiteten sich drei Teilnehmer/-innen auf das Gespräch vor. Sie waren zum ersten Mal in den Büroräumlichkeiten der Geschäftsführung und trugen ihre Bedarfe und Kritik selbstständig vor. Dabei ging es u. a. darum, dass in einer Abteilung die Toiletten häufig verschmutzt waren, dass in einer Gruppe zu viel „herumgemeckert“ wurde oder dass das Arbeitsentgelt nicht ausreichte, um Weihnachtsgeschenke für Familie oder Freunde zu kaufen. Das Gespräch mit der

Geschäftsführung war offen und konstruktiv. Die Teilnehmenden erlebten sich als aktiv Handelnde, die zur Lösung von Problemen beitrugen.

Im ersten Jahr von GESUND! gründete sich in der Werkstatt ein „Arbeitskreis Betriebliche Gesundheitsförderung“ mit Mitarbeiter/-innen aus verschiedenen Betriebsstätten und Bereichen. Aus dem Kreis der Teilnehmenden am Gesundheitskurs wurden drei Vertreter/-innen gewählt, die in diesem Arbeitskreis die Sichtweise der Beschäftigten aus der Werkstatt einbrachten.

Einmal stellten wir die Aufgabe, dass sich die Teilnehmenden in Kleingruppen zusammenfinden und Quizfragen entwickeln sollten. Alle durchstöberten ihre Lernmaterialien und formulierten in ihren jeweiligen Kleingruppen Fragen für die Teilnehmer/-innen in den anderen Gruppen. In einem spielerischen Wettbewerb traten die Gruppen gegeneinander an und wiederholten ausgewählte Lerninhalte. Die verschiedenen Teams kontrollierten und bewerteten die Antworten der anderen selbstständig. Damit setzten sie das Prinzip der Selbstlernkontrolle um.

In zwei Forschungsprojekten zu den Themen „Gesund essen“ und „Lärm“ befragten die Kursteilnehmer/-innen zahlreiche Beschäftigte in der Werkstatt. Gemeinsam werteten wir als Forschungsteam die Daten aus, entwickelten Empfehlungen und präsentierten die Ergebnisse vor Publikum. Die Forschungsprojekte in Leichter Sprache sind im Internet zu finden unter: www.vdek.com/projektgesund

Wir fassten für die Kursteilnehmenden jede Lerneinheit in Leichter Sprache zusammen, sodass mit der Zeit ein umfangreiches Begleitmaterial entstand. Einerseits war dieses Material ein Beleg für die geleistete Arbeit, andererseits konnten die Teilnehmenden mit Hilfe des Ordners verschiedene Inhalte wiederholen. Mehrere Teilnehmer/-innen berichteten, dass sie die Kursthemen und die Unterlagen dazu mit ihren Betreuer/-innen zu Hause noch einmal durchgingen.

Die Teilnehmer/-innen wendeten ihr Wissen an, um andere Arbeitskolleg/-innen über gesundheitsrelevante Themen zu informieren. Mehrere Teilnehmer/-innen nutzten die wöchentlichen Teamsitzungen in ihren Abteilungen und stellten Inhalte aus dem Gesundheitskurs vor. Für die kontinuierliche Berichterstattung in mehreren Betriebsstätten der Werkstatt und für den Bericht bei der Abschlussfeier des Gesundheitskurses erstellten sie Präsentationen mit Powerpoint und bedienten sich auch anderer kreativer Methoden. Einige Kursteilnehmer/-innen reisten auch als Referent/-innen zu Kongressen.

Gewonnene Erkenntnisse

1. Die Teilnehmer/-innen leisteten mehr, als wir zu Beginn des Gesundheitskurses erwartet hatten. Auch Fachkräfte aus der Werkstatt, Angehörige der Kursteilnehmer/-innen

und Betreuer/-innen aus dem Wohnbereich zeigten sich von dem Leistungsvermögen überrascht. Indem wir die Teilnehmer/-innen dabei bestärkten und unterstützten, forschend aktiv zu sein, und indem wir eine gemeinsame Lust am Ausprobieren von neuen Dingen entwickelten, förderten wir die Entwicklung von Fertigkeiten unter den Teilnehmenden. Diese Erfahrung lässt sich mit der Arbeit von Lev S. Vygotski (1896 – 1934) in Verbindung bringen. Er spricht in seinem entwicklungspsychologischen Konzept von der „Zone der nächsten Entwicklung“ (Keiler 2002). Dabei unterscheidet er zwischen aktuellem und potenziellem Entwicklungsniveau. Mit dem potenziellen Entwicklungsniveau ist ein neues Problemlöseverhalten gemeint, das mit Hilfe von anderen Personen erzielt werden kann. Nach Vygotskis Ansicht sollten sich Instruktionen mehr auf die Potenziale und weniger auf das aktuelle Entwicklungsniveau konzentrieren. Es erscheint demnach sinnvoll, nicht alles gleich vollständig zu erklären, sondern nur Stichworte oder Hinweise zu geben, Modellbildung zu fördern, Leitfragen zu entwickeln oder Diskussionen zu starten und vor allem Ermutigungen auszusprechen, um die Aufmerksamkeit der Lernenden zu lenken.

2. Die Teilnehmenden brachten ihr Erfahrungswissen in den Kurs ein und beeinflussten so die Themen und Inhalte des Kurses. Wir nutzten dieses Wissen, indem wir es aufnahmen und damit weiterarbeiteten. Wir führten offene Diskussionen mit den Teilnehmenden, entwickelten aber auch (vor-)strukturiertes Material zur Vertiefung dieser Inhalte. Im Hochschulteam sprachen wir über Formen der Einflussnahme, mit denen das Mitbestimmungsverhalten der Teilnehmenden gelenkt werden konnte. Manchmal versuchten wir, die Teilnehmenden in eine bestimmte Richtung zu „stupsen“. Dann vereinfachten wir bewusst oder ließen bestimmte Dinge unerwähnt, betonten Themen und hoben ihre Bedeutung hervor. In der projektorientierten Kursphase sollten die Teilnehmer/-innen beispielsweise zwei Themen auswählen, nachdem sie vier Themen vorgeschlagen hatten, von denen wir eines nicht für sinnvoll hielten, bearbeitet zu werden. Wir wollten vermeiden, dass sich bei einer Kursteilnehmerin eine bereits durchlebte Krise wiederholte. Zu unserer Erleichterung wurde das Thema schließlich auch von der Mehrheit der Gruppe ausgewählt. Diese Art der niederschweligen Steuerung lässt sich mit der Konzeption von Nudge in Verbindung bringen (Düber 2016). In der anschließenden Reflexion unseres Verhaltens stellten wir uns die Frage, wer letztendlich im Projekt Entscheidungen trifft und wie hoch der Grad der Partizipation durch die Teilnehmenden tatsächlich ist. Eine eindeutige Antwort konnte nicht gefunden werden. Die Begleitung der Teilnehmer/-innen blieb eine Gratwanderung zwischen Fremdsteuerung und Mit- bzw. Selbstbestimmung.

3. Die Dimension Fachkompetenz beinhaltet mehr als Wissen und Fertigkeiten. Welche Bedeutung hat z. B. implizites („schweigendes“) Wissen (Kraus et al. 2017) in der partizipativen Forschung? Unser Beispiel: Ohne dass es ihr jemand gesagt hätte, wusste eine Teilnehmerin sofort, wie sie ihre Arbeitskolleg/-innen ansprechen musste, damit diese bei einer Befragung zum Thema Lärmbelästigung mitmachen. Im Nachhinein sagten wir, dass sie eine „Türöffnerin“ war, aber was bedeutet das? Die Teilnehmerin fand den richtigen Ton oder die richtigen Worte. Das ist möglicherweise eine individuelle Stärke oder eine Form anwendungsorientierten Wissens. Aus unserer Sicht wird dieses implizite Wissen und die Entwicklung von implizitem Wissen in der partizipativen Forschung noch zu wenig thematisiert.

2.5.3 Sozialkompetenz

Sozialkompetenz	Fähigkeit und Bereitschaft, zielorientiert zusammenzuarbeiten
	Gruppeninteressen und soziale Situationen erfassen
	sich rational und verantwortungsbewusst in der Gruppe auseinandersetzen und verständigen
	Arbeits- und Lebenswelt mitgestalten

Am Anfang schien es für die Kursteilnehmenden besonders schwierig, sich gegenseitig zuzuhören oder sich miteinander über ein Thema zu unterhalten. Im Verlauf des Kurses gab es dann zahlreiche Situationen, in denen aktives Zuhören stattfand. Die Teilnehmer/-innen unterstützten sich in vielfältiger Art und Weise, z. B. beim Lesen von Arbeitsaufträgen oder Arbeitsblättern, beim Schreiben auf einem Flipchartpapier oder beim Präsentieren von Ergebnissen. Teilnehmer/-innen baten um Hilfe und halfen sich gegenseitig. Wir bastelten beispielsweise Ernährungspyramiden aus Papier. Für manche war diese feinmotorische Arbeit fast unmöglich, aber in der Zusammenarbeit mit anderen und durch stellvertretende Ausführungen untereinander gelang es, dass alle Teilnehmenden ein Anschauungsmodell mit nach Hause nehmen konnten.

Wir arbeiteten, wie gesagt, viel in Kleingruppen. Wenn die Gruppenaufteilung aus irgendeinem Grund ungünstig ausgefallen war, reagierten die Teilnehmer/-innen darauf in der Regel aus eigenem Antrieb. Meistens entschied sich dann der Eine oder die Andere spontan und eigenständig, die Gruppe zu wechseln. Es bedurfte kaum einer Steuerung durch die Kursleitung.

Das Verhalten einer Teilnehmerin führte immer wieder zu Konflikten und Diskussionen. Es wurde als unfreundlich und unhöflich bewertet. Manche Äußerung erschien ausfallend (pampig) oder barsch abwehrend und laut. Auf diese Weise geriet sie zunehmend

in eine Außenseiterrolle. In einem Gruppengespräch, an dem sie krankheitsbedingt fehlte, versuchten andere Teilnehmer/-innen, das Verhalten ihrer Kollegin zu erklären. Es wurde die Vermutung geäußert, dass sie nicht gut hört und dass sie deshalb manches rein akustisch nicht versteht. Daraus könnten sich Missverständnisse in der Kommunikation ergeben. Eine Teilnehmerin meinte, dass sie selbst sehr sensibel auf Lautstärke reagiere und allein deshalb von der lauten Teilnehmerin genervt sei. Die Gruppe lernte so zu verstehen, wie die Streitsituationen entstanden. Alle beschlossen, auch die Außenseiterin mit Respekt zu behandeln. In schwierigen Situationen wurde versucht abzuklären, was bei der Teilnehmerin los war oder ihre negativen Kommentare einfach zu ignorieren. Tatsächlich gelang es auf diese Weise, eine gemeinsame Verständnisebene zu erzielen und weiter zusammenzuarbeiten. Allerdings beobachteten wir auch, dass abfällige Kommentare über die fast integrierte Außenseiterin nie ganz aufhörten.

Einmal stellte eine der Kursteilnehmenden fest, dass sich eine andere Teilnehmerin viel zu oft selbst „runtermache“, wofür es keinen Grund gäbe. Daraufhin fing die angesprochene Person an zu weinen. Der Moderator war in dieser Situation überfordert. Aber die Gruppe reagierte beruhigend und tröstete die weinende Teilnehmerin mit viel Einfühlungsvermögen. Ein Teilnehmer stand wortlos auf und reichte ihr Taschentücher. Von einer anderen Teilnehmerin erhielt sie Kekse. Die Teilnehmerin fühlte sich offensichtlich von der Gruppe getragen und konnte sich beruhigen.

Der Gesundheitskurs wurde zu einem bedeutsamen Ereignis im Alltag der Teilnehmer/-innen, und einige besuchten den Kurs auch während ihrer Urlaubszeit. Wenn jemand fehlte, dann wurde das in der Gruppe wahrgenommen, und es wurde nach Gründen gefragt. Die Lern- und Arbeitsatmosphäre war insgesamt positiv geprägt. Dies zeigte sich u. a. darin, dass niemand den Kurs vorzeitig abbrach.

Gewonnene Erkenntnisse

1. Der Gesundheitskurs wurde zu einem wichtigen Gesprächsraum für die Teilnehmenden. Häufig unterschätzten wir den Redebedarf. Die Teilnehmer/-innen sprachen viel über eigene Krankheitsgeschichten, schwierige Familienerfahrungen oder andere belastende Situationen (z. B. Ausgrenzungen, bedrückende Wohnverhältnisse, finanzielle Nöte, Liebeskummer). Die Gesundheitsthemen gaben immer wieder Anlass, persönliche Probleme, Einstellungen und Meinungen vorzutragen. Umso wichtiger war es, dass die Geschichten über einzelne Personen nicht weitererzählt wurden. Eine Kursregel lautete, dass vertrauliche Dinge nicht weitergegeben werden durften. Manchmal wurden in den spontanen Gesprächen auch diskriminierende Einstellungen und Meinungen deutlich.

Die konstruktive Auseinandersetzung mit diesen negativen Äußerungen gelang nicht immer, weil uns mitunter in der Situation ad hoc die passenden Worte fehlten. Immer wieder mussten wir uns die Frage stellen, inwieweit wir solche Äußerungen sofort aufgreifen oder sie einfach ignorieren sollten, um nicht vom Hauptthema abzuschweifen.

2. Die Teilnehmer/-innen im Gesundheitskurs kamen aus unterschiedlichen Abteilungen der Werkstatt und waren sich mehr oder weniger fremd. In der Gruppe entwickelten sich Dynamiken, die typisch für Gruppenprozesse sind (Stahl 2002). Einer Anfangsphase, in der noch viel Ungewissheit herrschte, folgte die Herausbildung und Annahme bestimmter Rollen, es gab Gruppenkonflikte, Kooperationsstrukturen entstanden, und in der Abschlussphase überwog ein stolzes „WIR-Gefühl“. Die Beachtung von gruppendynamischen Modellen (insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung von Rollen in der Gruppe) ist für eine gute Zusammenarbeit im Kurs und für das Verständnis der jeweiligen Situation absolut gewinnbringend.
3. Wir konnten ein partnerschaftliches und vertrauensvolles Beziehungsverhältnis zu den Kursteilnehmer/-innen aufbauen. Gleichzeitig war diese „professionelle Nähe“ auch fragil, und bisweilen kam sie auf den Prüfstand: Wie ernst nahm das Hochschulteam die Teilnehmenden? Hielten wir die Dinge, die wir zusagten, auch wirklich ein? Wurde niemand aus der Gruppe bevorzugt? blieb das Hochschulteam bei allen Herausforderungen authentisch, oder versteckten wir uns hinter unseren Rollen? Dass wir die Teilnehmenden mit ihren Anliegen und Äußerungen ernstnahmen, war sicherlich ein Zeichen für ein gutes Beziehungsverhältnis. Wichtig war aber, dass sich diese innere Haltung in einer wertschätzenden Kommunikation widerspiegelte. Wir achteten auf die stillen Teilnehmenden und luden sie zur Mitarbeit ein. Bei den Lautstarken ging es darum, dafür zu sorgen, dass sie ihr Verhalten bewusst wahrnahmen und reflektieren konnten. Wir akademisch Forschenden kaschierten auch nicht eigene Unsicherheit oder Unwissenheit. Wenn wir z. B. bei einem Vortrag nervös waren oder im Kurs nicht weiter wussten, dann wurde das von uns benannt.
4. Feierlichkeiten hatten einen hohen Stellenwert für die Zusammenarbeit von akademisch Forschenden und mitforschenden Beschäftigten der WfbM. Veranstaltungen wie ein gemeinsames Frühstück, eine Weihnachtsfeier oder die Vorbereitung und Realisierung eines großen Abschlussfestes waren wichtige soziale Situationen. Sie boten die Gelegenheit, sich auf eine andere Art und Weise als im Kurs kennenzulernen oder auch (bislang unbekannte) Talente zu entdecken.

2.5.4 Selbstständigkeit

Selbstständigkeit	Fähigkeit und Bereitschaft, eigenständig und verantwortlich zu handeln
	eigenes und das Handeln anderer reflektieren
	eigene Handlungsfähigkeit weiterentwickeln (Lernkompetenz)

Ein Teilnehmer war unzufrieden mit seiner Situation am Arbeitsplatz. Eines Tages kam er in den Kurs und sagte, dass er selbstständig die Initiative ergriffen und beim Mittagessen den verantwortlichen Gruppenleiter direkt angesprochen habe. Dieser zeigte Verständnis für das vorgebrachte Anliegen, und bald wurde eine Probezeit in einer neuen Abteilung vereinbart. Kurz darauf konnte unser Kursteilnehmer den Arbeitsplatz wechseln, was ihn sichtlich zufriedener machte.

Nach 15 Kursterminen stellte eine schüchterne Teilnehmerin zum ersten Mal der gesamten Gruppe ihre Arbeitsergebnisse vor. Eine andere Teilnehmerin nahm diese Entwicklung wahr und machte alle darauf aufmerksam. Die angesprochene Teilnehmerin meinte daraufhin, dass sie oft lange brauche, bis sie sich in einer Gruppe etwas zutraue.

Eine Kursteilnehmerin kannte eine andere Teilnehmerin offensichtlich schon aus der Schulzeit und stellte fest, dass diese jetzt im Kurs viel mehr redete und selbstbewusster geworden sei.

Eine Teilnehmerin bemerkte über einen Teilnehmer lobend, dass er im Verlauf des Kurses ruhiger geworden sei. Dieser bestätigte, dass er sich die Rückmeldungen im Kurs zu Herzen genommen habe und sich im Vergleich zu früher etwas zurücknehme.

Ein Teilnehmer berichtete, dass er am Abend zu Hause noch lange „gepaukt“ habe. Er habe seinen Vortragstext mehrmals wiederholt, um bei der Ergebnispräsentation gut vorbereitet zu sein.

Jede Einheit unseres Gesundheitskurses begann damit, dass wir ein Video (oder eine Foto-Slideshow) über den letzten Kurstermin zeigten. Die Videos zeigten in der Regel Teilnehmer/-innen, die Interviews vor der Kamera gaben, in denen sie Kursinhalte zusammenfassten oder ihre Erfahrungen mitteilten und reflektierten. Die Aufgabe, vor der Kamera zu stehen, erzeugte bei den Teilnehmenden gemischte Gefühle. Wir mussten mitunter Überredungskunst aufwenden, um „Freiwillige“ zu finden. Dennoch übernahmen bis auf drei Teilnehmerinnen alle mindestens einmal diese Arbeit.

Bei einzelnen Teilnehmenden wurden Veränderungen im persönlichen Auftreten auch durch den Sozialdienst der Werkstatt bestätigt. Beim Treffen zur Auswertung des Gesundheitskurses konnten wir Folgendes hören:

„Was aber bleiben wird, sind die persönlichen Entwicklungen. Zum Beispiel N., sie spricht viel sicherer und hat einen anderen/besseren Stand in der Gruppe. [...] L. hat früher oft viel gemeckert. Zum Teil ist er auch

schnell wütend geworden und hat geschrien. Durch die Teilnahme in GESUND! hat er sich verändert; seine persönlichen Kompetenzen sind gewachsen; er kann besser Kritik äußern und sich gegenüber anderen Beschäftigten positionieren. [...] A. hat ein starkes Zugehörigkeitsgefühl zu GESUND!. Ihr Selbstwert ist gestiegen, und sie wird vermutlich bald ins Betreute Einzelwohnen wechseln."

Gewonnene Erkenntnisse

1. Die Themen Selbstwert-/Minderwertigkeitsgefühl und Selbstwirksamkeitserwartung waren für das Forschungsteam von Anfang an sehr bedeutsam. Im Kurs fiel uns bei fast allen Teilnehmenden ein niedriges Selbstwertgefühl auf. Wir befassten uns deshalb mit der sozial-kognitiven Theorie nach Albert Bandura (*1925). Für ihn ist die Selbstwirksamkeitserwartung ein wichtiger Einflussfaktor in der Gesundheitsförderung. Bandura geht davon aus, dass Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserfahrung ein Vertrauen in sich selbst entwickeln und lernen, mit den Anforderungen des Lebens besser umzugehen. Beim Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen unterscheidet er vier Faktoren. Der stärkste Faktor ist die wiederholte Erfahrung von Erfolg durch eigene Anstrengung: Wenn ich aktiv werde, kann ich etwas positiv beeinflussen oder verändern (interne Kausalattribution). Bei der stellvertretenden Erfahrung geht es um Modelllernen durch Beobachtung: Ich traue mir mehr zu, wenn ich eine mir vergleichbare Person bei der erfolgreichen Bewältigung einer Aufgabe beobachte. Auch Überredung wie z. B. „Du schaffst das!“ kann ermutigen und zum Erfolg verhelfen. Als kleinsten Faktor beschreibt Bandura den eigenen emotionalen Erregungszustand: Wenn ich vor einer Situation beispielsweise starkes Herzklopfen u. a. emotionale Reaktionen wahrnehme, dann können Selbstzweifel und Ängste zunehmen. Umso wichtiger erscheint es, zu lernen wie Stressreaktionen abgebaut werden können (Brinkmann 2014, S. 81). Nach unserer Erkenntnis ist Banduras Theorie für die Gruppe von Menschen mit Lernschwierigkeiten besonders bedeutsam.
2. Den Teilnehmer/-innen fiel es schwer, inhaltliche Kritik am Kurs zu äußern. Kritikkompetenz (die Fähigkeit, konstruktive Kritik zu üben und mit Kritik gut umzugehen) konnte bis zum Ende des Kurses nicht in dem gewünschten Ausmaß aufgebaut werden. Auf die Frage, was gut und was schlecht laufe, lautete die Antwort meist: „Alles soll so weitergehen wie bisher.“ Allerdings beobachteten wir durchaus Überforderungen, wenn wir im Kurs zu viel Stoff einbrachten. Überforderungssituationen machten sich dadurch bemerkbar, dass verstärkt Nebengespräche geführt oder Aufgaben ignoriert wurden. Eine Teilnehmerin äußerte sich einmal folgendermaßen: „Ihr macht das toll, aber das lange Zuhören schafft mich total.“ Sie entschied sich, nach der ersten Kursphase nicht weiterzumachen.
3. Wir nutzten selbstgedrehte Videos und Fotos zur Ergebnissicherung, als methodisches Instrument, um Inhalte festzuhalten und in Erinnerung zu holen. Obwohl

die Endprodukte stets beliebt waren und sich als nützlich erwiesen, gab es hin und wieder Diskussionen und auch Ablehnung. Zum einen wurde das Aufnehmen in manchen Situationen als störend empfunden. Zum anderen zeigten einige Teilnehmende eine Scheu vor dem eigenen Bild. Manche Teilnehmer/-innen gefielen sich nicht auf den Bildern und werteten sich selbst ab. Offensichtlich fiel es manchen auch schwer, sich so anzunehmen, wie sie sich auf den Bildern sahen. Wir lernten dadurch, mit Videos und Fotos äußerst behutsam umzugehen. Es ist nach unserer Auffassung generell wichtig, die Teilnehmenden gut aussehen zu lassen, schöne und wertvolle Bilder zu produzieren sowie missglückte Aufnahmen zu löschen. Schlechte Bilder erzeugen nicht nur Frustration bei den Teilnehmenden. Wenn schlechte Bilder unreflektiert über Menschen mit Lernschwierigkeiten veröffentlicht werden, dann kann das dazu führen, dass Klischees oder Stigmatisierungen verstärkt werden.

4. Die Gruppengröße von 12 Teilnehmenden und die damit verbundene Heterogenität erforderte eine Differenzierung von Lernangeboten. Nach Klafki und Stöcker

„[ist] eine solche innere Differenzierung in zwei Grundformen möglich, die einander nicht ausschließen, sondern miteinander kombiniert werden können: Es kann sich einmal um eine Differenzierung von Methoden und Medien bei gleichen Lernzielen und gleichen Lerninhalten für alle Schüler einer Klasse bzw. Lerngruppe handeln, oder aber um eine Differenzierung im Bereich der Lernziele und der Lerninhalte.“ (Klafki & Stöcker 1976, S. 504)

Die Kleingruppenarbeit während des Gesundheitskurses war eine hilfreiche Methode, um differenzierte Lernsituationen anzubieten. Ebenso bewährte sich die Aufteilung in eine kursspezifische Phase und eine daran anschließende projektorientierte Phase. Die Aufteilung des Kurses in zwei Stufen bot den Teilnehmenden die Möglichkeit, einen positiven Abschluss zu erreichen, ohne das Programm von GESUND! bis zum Ende absolvieren zu müssen.

2.6 Zusammenfassung der Lernergebnisse

An dieser Stelle möchten wir betonen, dass der Gesundheitskurs einen idealen Raum bot, um gemeinsam und voneinander zu lernen. Durch die Teilnehmer/-innen konnten wir als akademisch Forschende unsere eigene Handlungsfähigkeit weiterentwickeln. Wir veränderten unser Vorgehen im Kurs, und indem wir die Teilnehmer/-innen und ihre Sicht auf die Welt besser verstehen lernten, veränderten wir auch uns selbst.

Die Lernergebnisse des Gesundheitskurses bei den Menschen mit Lernschwierigkeiten sind vielfältig. Sie sind individuell unterschiedlich und können hier nicht für jede teilnehmende Person einzeln dokumentiert werden. Doch die oben angeführten Einzelbelege lassen sich zu einigen allgemeinen Aussagen zusammenfassen:

- *Wissen:*
Gesundheit wird nach Abschluss des Kurses differenzierter und umfassender verstanden. Die Teilnehmenden eigneten sich ein komplexeres Verständnis von Gesundheit an. Sie lernten elementare Wissensbausteine der Gesundheitsförderung kennen.
- *Kommunikation:*
Die Teilnehmenden verbesserten ihre Sprachfähigkeit in Bezug auf das Thema. Sie kommunizierten in unterschiedlichen Kontexten über gesundheitsrelevante Inhalte: unter Freunden, Bekannten oder Arbeitskollegen sowie in öffentlichen Veranstaltungen (Präsentationen).
- *Forschende Haltung:*
Die Teilnehmenden probierten verschiedene Forschungsmethoden aus und erlebten die Bedeutung einer forschenden Haltung. Sie wendeten theoretisches Wissen in kleineren Aufgaben und zwei größeren Projekten an. Durch die Projektarbeiten wurde ein forschendes Lernen in dem Sinne gefördert, dass selbstverständliche Dinge hinterfragt und kritisch besprochen wurden.
- *Sozialkompetenz:*
In zahlreichen Gruppensituationen übten sich die Teilnehmenden im Sprechen und Zuhören, im Loben, Kritisieren und Trösten. Sie lernten, sich besser als bisher aufeinander zu beziehen und anderen gegenüber Respekt und Wertschätzung zu äußern.
- *Bewusstseinsbildung:*
Die Teilnehmenden lernten, in Gesundheitsfragen offener und sensibler zu sich selbst zu sein. Sie thematisierten ihre Stärken und Schwächen („innerer Schweinehund“), erweiterten ihr Bewusstsein von der eigenen Gesundheit und sprachen über Widersprüche bei sich selbst. Sie lernten, sich teilweise neu zu sehen, sich zu akzeptieren und anzunehmen. Dabei reflektierten sie ihre eigene Verantwortlichkeit zwischen Selbst- und Fremdbestimmung.
- *Selbstvertrauen:*
Die Mitarbeit im Forschungsteam führte zu wachsendem Selbstvertrauen, zum Erkennen der eigenen Stärken. Teilnehmende eigneten sich neue Aufgabenfelder und Fertigkeiten an. Sie erlebten sich als Expertin bzw. Experten in Gesundheitsfragen und erfuhren durch diese Arbeit Anerkennung und Wertschätzung.

Literaturverzeichnis

- Brinkmann, R. (2014). Angewandte Gesundheitspsychologie. Hallbergmoos: Pearson.
- 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.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies. Stockholm (Arbeitspapier, 2007:14). Zugriff am: 21.04.2017. Verfügbar unter <http://www.iffs.se/en/publications/working-papers/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>.
- DQR – Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (Hrsg.) (2013). Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnung – Verfahren – Zuständigkeiten. Zugriff am 29.09.2018. Verfügbar unter https://www.dqr.de/media/content/DQR_Handbuch_01_08_2013.pdf.
- Düber, D. (2016). Überzeugen, Stupsen, Zwingen – Die Konzeption von Nudge und Libertärem Paternalismus und ihr Verhältnis zu anderen Formen der Verhaltenssteuerung. 437 – 486. In: Zeitschrift für Praktische Philosophie. Band 3, Heft 1. Zugriff am 15.10.2018. Verfügbar unter <https://doi.org/10.22613/zfpp3.1.13>.
- Keiler, P. (2002). Lev Vygotskij – ein Leben für die Psychologie. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Klafki, W. & Stöcker, H. (1976). Innere Differenzierung des Unterrichts. In: Zeitschrift für Pädagogik 22, 497 – 523.
- Kraus, A.; Budde, J.; Hietzge, M. & Wulf, C. (2017): Handbuch Schweigendes Wissen: Erziehung, Bildung, Sozialisation und Lernen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schaeffer, D. & Pelikan, J. M. (Hrsg.) (2017). Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe Verlag.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse. Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Form: Qualitative Social Research 15 (1). Zugriff am 29.09.2018. Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043>.
- Stahl, E. (2002). Dynamik in Gruppen. Handbuch der Gruppenleitung. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz PVU.
- Verband der Ersatzkassen – vdek. Prävention und Gesundheitsförderung. Projekt GESUND!. Zugriff am 29.09.2018. Verfügbar unter <https://www.vdek.com/projektgesund.html>.

3 GESUND! in der Stadt – die Photovoice-Studie

Theresa Allweiss

Im dritten Kapitel beschreiben wir unser Vorgehen und die Ergebnisse aus einer Forschungswerkstatt mit zehn Menschen mit Lernschwierigkeiten als Mitforschende. In dieser Forschungswerkstatt, die im Rahmen eines Hochschulseminars verwirklicht wurde, setzten wir eine Untersuchung mit der Methode Photovoice um. Die Untersuchung setzte sich mit kommunaler Gesundheitsförderung auseinander. Die Mitforschenden erhoben Daten in Form von Fotos und Gesprächen über diese Fotos. Die Untersuchungsergebnisse führten wir gemeinsam zusammen und gestalteten eine Ausstellung mit Großaufstellern (Roll-ups).

3.1 Einleitung

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sieht in der Kommune

„[...] ein besonders geeignetes Setting der Gesundheitsförderung, weil die kommunale Lebenswelt von hoher gesundheitlicher Relevanz für die dort lebenden Menschen ist und sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen hier ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden können.“ (GKV-Spitzenverband 2014, S. 26)

Ein Ziel des gesamten Forschungsverbundes PartKommPlus war es, partizipative Prozesse im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung zu untersuchen. Auch im Projekt GESUND! lag ein Schwerpunkt unserer Arbeit auf Gesundheitsförderung in der Kommune. Dabei interessierte uns, wie kommunale Strategien der Gesundheitsförderung inklusiv und partizipativ initiiert und umgesetzt werden können. Um unseren forschenden Blick aus der Werkstatt heraus in die Kommune zu lenken, führten wir eine Photovoice-Studie durch. Leitidee dabei war, gesundheitsförderliche und gesundheitshinderliche Aspekte zu erfassen, die Menschen mit Lernschwierigkeiten in ihrem Alltag in dem Bezirk Berlin-Lichtenberg begegnen.

Zuerst arbeiten wir in diesem Kapitel heraus, welche kommunalen Faktoren sich auf die Gesundheit (im Speziellen von Menschen mit Lernschwierigkeiten) auswirken können und was sich hinter dem Ansatz der kommunalen Gesundheitsförderung verbirgt. Dann stellen wir die Methode Photovoice vor und beschreiben die einzelnen Arbeitsschritte, die wir in der Studie unternommen haben. Der Schwerpunkt dieses Kapitels soll dann auf der Darstellung der Untersuchungsergebnisse liegen. In der anschließenden Dis-

kussion befassen wir uns kritisch mit der Frage, wie weit wir unsere gesteckten Ziele erreichen konnten, und enden mit einer Schlussfolgerung.

3.2 Kommunale Einflussfaktoren auf Gesundheit

In einem kommunalen Setting (also in einem Bezirk, einem Stadtteil oder Quartier) gibt es verschiedenste Einflüsse, die sich auf die Gesundheit der Bewohner/-innen auswirken können – im Positiven wie im Negativen. Diese gesundheitlichen Einflussfaktoren stehen in Wechselbeziehung zueinander. Sie betreffen die räumlichen und sozialen Gegebenheiten, aber auch strukturelle und symbolische Faktoren (siehe Abb. 3.1). Um diese Einflussfaktoren deutlich zu machen, führen wir im Folgenden beispielhaft einige dieser Aspekte näher aus und nehmen Bezug auf Studienergebnisse, die sich mit der Situation von Menschen mit Lernschwierigkeiten beschäftigen.

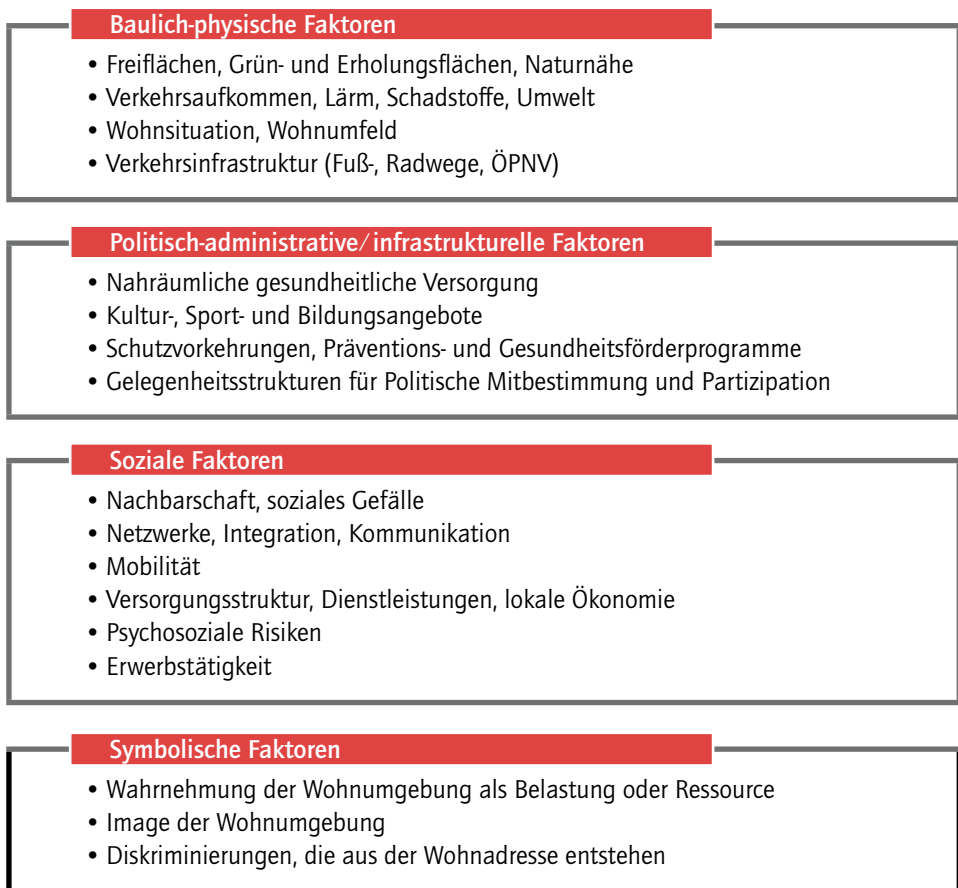


Abb. 3.1: Gesundheitliche Einflussfaktoren im Stadtteil, Quelle: Bär 2012, S. 175; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2014; eigene Formatierung

Zu den **baulich-physischen Faktoren** gehören Frei-, Grün- und Erholungsflächen, welche sich, wenn sie gut geplant und instand gehalten werden, positiv auf die Gesundheit auswirken können (World Health Organization [WHO] 2016). Dass zwischen Grünflächen in Wohnortnähe und der physischen wie psychischen Gesundheit sowie der allgemeinen Sterblichkeit von Bewohner/-innen ein Zusammenhang besteht, ist mittlerweile vielfach untersucht und bestätigt worden (van den Berg et al. 2015; WHO 2016). Parks und Grünflächen bieten Möglichkeiten zur Entspannung, Stressreduktion sowie zu körperlicher Aktivität; in Städten helfen sie überdies, Luftverschmutzung, übermäßige Hitze oder Lärm zu reduzieren (WHO 2016). Interessant ist, dass scheinbar besonders Menschen mit geringerem sozio-ökonomischen Status (wozu häufig auch Menschen mit Lernschwierigkeiten zählen) von Parks und Grünflächen in ihrer Nähe profitieren (van den Berg et al. 2015; WHO 2016). Da sie häufiger in eher benachteiligten Vierteln wohnen, ist zu vermuten, dass Grünflächen die Nachteile solcher Wohngegenden, z. B. eine hohe Luftverschmutzung, abmildern können (WHO 2016).

Zu den größten umweltbedingten Risiken in Städten gehören Luftverschmutzung (Feinstaub) und Lärmbelastung (World Health Organization [WHO] 2018). Beide Risikofaktoren werden durch die Verkehrssituation vor Ort, die zusätzlich ein Risiko für Unfälle darstellen kann, wesentlich beeinflusst. Daher sind unter Gesundheitsaspekten nachhaltige Strategien zum Ausbau des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV), Maßnahmen für sicheres Radfahren und Zu-Fuß-Gehen sowie für Elektromobilität von großer Wichtigkeit (World Health Organization [WHO] 2017).

Für Menschen mit Lernschwierigkeiten ist in diesem Bereich zusätzlich die Frage nach der physischen Barrierefreiheit relevant. Denn bei vielen Menschen mit Behinderung besteht eine Kombination von verschiedenen Behinderungsformen. So kommt beispielsweise eine vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in Auftrag gegebene Studie zu dem Ergebnis, dass bei Menschen mit der Hauptdiagnose „körperliche Behinderung“ in 44 % der Fälle auch eine geistige Behinderung vorliegt (Deutscher Bundestag 2018, S. 12). Bei Menschen mit „geistiger Behinderung“ liegt der Anteil von zusätzlicher körperlicher Beeinträchtigung bei 22 % (Deutscher Bundestag 2018, S. 12). Der Teilhabebericht der Bundesregierung macht allerdings deutlich, dass auf (Grün-) Flächen, im Personennahverkehr, auf Straßen, in öffentlichen Einrichtungen und in privaten Wohnungen Barrierefreiheit vielerorts nicht oder nicht flächendeckend gegeben ist (Bundesministerium für Arbeit und Soziales Deutschland [BMAS] 2016).

Zu den **politisch-administrativen bzw. infrastrukturellen Faktoren** gehört u. a. die gesundheitliche Versorgung im Stadtteil. Internationale Studien belegen, dass vielfältige Barrieren für Menschen mit Lernschwierigkeiten den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren (Alborz, McNally & Glendinning 2005). Zu diesen Barrieren, die sich bei der

Inanspruchnahme von medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Angeboten zeigen, gehören beispielsweise Kommunikationsprobleme, unpassende (bauliche) Einrichtungen, unflexible Verfahren (z. B. zu enge Zeitfenster bei Untersuchungen) sowie unzureichend auf die Personengruppe vorbereitete Gesundheitsfachkräfte (Alborz et al. 2005). Es gibt Hinweise darauf, dass besonders Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund von solchen Barrieren betroffen sind (Alborz et al. 2005; BRK-Allianz 2013). In Deutschland ist die Barrierefreiheit der gesundheitlichen Infrastruktur und somit der gleichberechtigte Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen mit Behinderungen eigentlich gesetzlich festgeschrieben (Welti 2017). Wesentliche gesetzliche Grundlagen und Bestimmungen hierfür sind das Benachteiligungsverbot im Grundgesetz, das Recht auf Gesundheit nach Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention, das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) sowie das Sozialgesetzbuch IX (SGB) (Welti 2017). Dennoch bemängeln verschiedene Fachleute, dass diese Bestimmungen nicht ausreichend umgesetzt werden und viele Barrieren weiterhin bestehen, wodurch Versorgungsdefizite entstehen und das Recht auf freie Arztwahl für Menschen mit Behinderung erheblich eingeschränkt sein kann (Arnade 2017; BMAS 2016; BRK-Allianz 2013). Der Gesetzgeber hat zwar Maßnahmen ergriffen, um die gesundheitliche Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung in Zukunft zu verbessern (Welti 2017), aber derzeit scheint insbesondere der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen, die auf die Bedürfnisse von Menschen mit Lernschwierigkeiten ausgerichtet sind, noch sehr groß zu sein (Hasseler 2015; LGK NRW 2013; Roser, Budroni & Schnepf 2011). Auch im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung scheint es eine Versorgungslücke zu geben, da in Deutschland relativ wenige (kommunale) Strategien, Programme oder Ansätze existieren, die Menschen mit Lernschwierigkeiten direkt adressieren oder inkludieren (Burtscher 2014).

Menschen mit Lernschwierigkeiten leben oft in betreuten Wohnformen und sind während des Tages meist in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt. Im öffentlichen Leben stellen sie daher eine eher ungesehene und ungehörte Gruppe dar. Das bezieht sich auch auf die Möglichkeiten zur politischen Mitbestimmung und Partizipation in der Kommune. Hürden wie schwer verständliche Texte oder einstellungsbedingte Barrieren (z. B. das Unterschätzen von Kompetenzen) können das politische Engagement von Menschen mit Lernschwierigkeiten erschweren. In einigen deutschen Städten wurden zwar inzwischen Strukturen geschaffen, die politische Mitbestimmung und Partizipation auf der Ebene der Verwaltung bzw. des Gemeinderates ermöglichen sollen; beispielsweise gibt es Behindertenbeauftragte und/oder Beiräte für die Belange behinderter Menschen. Die Selbstvertretung von Menschen mit Lernschwierigkeiten ist jedoch weiterhin eher unüblich. Stattdessen übernehmen häufig Mitarbeitende der Behindertenhilfe oder Angehörige Stellvertreterfunktionen. Für die

Mitwirkung in Wohnheimen und in den WfbM gibt es dagegen gesetzlich klar geregelte Strukturen – Heimbeiräte und Werkstattträger – die die Partizipation von Menschen mit Lernschwierigkeiten erhöhen sollen. Kritikpunkt an diesen Strukturen ist, dass die Beteiligten zwar mitwirken, aber selten mitentscheiden. Insgesamt scheint sich eine Beteiligungskultur für Menschen mit Lernschwierigkeiten noch nicht breitflächig entwickelt zu haben. (Behrisch & Grüber 2014)

Zu den **sozialen Faktoren** zählt beispielsweise der Grad der sozialen Inklusion von Menschen mit Lernschwierigkeiten. Im Vergleich zu nicht-behinderten Menschen oder Menschen mit anderen Behinderungsformen scheint die soziale Partizipation und Teilhabe von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Europa und Ländern wie den USA, Australien oder Israel gering zu sein. Beispielsweise sind Menschen mit Lernschwierigkeiten im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung drei- bis viermal seltener in Erwerbsarbeit; und wenn sie arbeiten, dann meist in speziellen Bereichen, z. B. in einer WfbM. Zudem nehmen sie weniger Freizeitangebote wahr und sind seltener in Vereinen oder anderen Gemeindegruppen aktiv. Vielmehr verbringen sie ihre freie Zeit oft alleine und häufig mit eher rezeptiven Aktivitäten. Menschen mit Lernschwierigkeiten in integrativen Wohnformen scheinen allerdings einen höheren Grad sozialer Teilhabe zu erreichen, als solche, die in gesonderten Settings wie Wohnheimen leben. (Verdonschot, Witte, Reichrath, Buntinx & Curfs 2009)

Zu den sozialen Faktoren gehört auch die Einschätzung der Nachbarschaftsqualität. In einer britischen Studie fand sich diesbezüglich ein Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Nachbarschaftsqualität, sozialer und staatsbürgerlicher Beteiligung und der subjektiven Gesundheit: je positiver die Nachbarschaft bewertet wurde und je höher die Beteiligung, desto besser fiel auch die Einschätzung der subjektiven Gesundheit unter den Teilnehmenden mit und ohne Behinderung aus (Emerson, Hatton, Robertson & Baines 2014). Bei den Menschen mit Lernschwierigkeiten schienen besonders die Faktoren Arbeitstätigkeit und enge Freundschaften für das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden bedeutsam zu sein (Emerson, Hatton et al. 2014).

Viele Menschen mit Lernschwierigkeiten scheinen über verhältnismäßig kleine soziale Netzwerke zu verfügen, in denen zudem oftmals andere Menschen mit Behinderung und Fachkräfte der Behindertenhilfe dominieren (Verdonschot et al. 2009). Aus Studienergebnissen geht überdies hervor, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten sehr häufig von Einsamkeit betroffen sind (Gilmore & Cuskelly 2014; Stancliffe et al. 2007). Das kann damit erklärt werden, dass sie einerseits aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung teilweise eine geringere Sozialkompetenz aufweisen und sich ihnen andererseits weniger Gelegenheiten bieten, um eigenständig Erfahrungen in sozialen Situationen zu sammeln (Gilmore & Cuskelly 2014). Eine geringe Erwartungshaltung und nega-

tive Einstellungen gegenüber Menschen mit Lernschwierigkeiten können die soziale Ausgrenzung zusätzlich verstärken (Gilmore & Cuskelly 2014). Obwohl Inklusion in westlichen Gesellschaften überwiegend positiv bewertet wird, gelten Menschen mit Lernschwierigkeiten in den meisten Fällen als unerwünschte Partner für soziale Interaktionen (Scior 2011). In verschiedenen Studien kommt zum Ausdruck, dass der Kontakt mit Menschen mit Lernschwierigkeiten weit häufiger abgelehnt wird als der Kontakt mit Menschen mit körperlichen Behinderungen (Scior 2011). Nur Menschen mit schweren psychischen Problemen scheinen gesellschaftlich noch stärker stigmatisiert zu sein (Scior 2011). Aus Studien über Menschen ohne Behinderung weiß man, dass Einsamkeit und soziale Isolation mit bestimmten Gesundheitsrisiken wie Rauchen, Alkoholkonsum oder Übergewicht sowie mit psychischen und physischen Krankheiten wie Depressionen und kardio-vaskulären Erkrankungen in Verbindung steht (Spitzer 2016). Dabei ist sehr wahrscheinlich, dass es sich um kausale Zusammenhänge handelt – dass Einsamkeit also krank macht. Dass das auch für Menschen mit Lernschwierigkeiten gilt, ist ebenfalls sehr wahrscheinlich. Bei ihnen könnten bestimmte spezifische Gesundheitsrisiken durch Einsamkeit überdies noch verstärkt werden (Gilmore & Cuskelly 2014).

Häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigung scheinen Menschen mit Behinderung (inklusive Menschen mit Lernschwierigkeiten) körperliche, psychische und sexualisierte Gewalt zu erleben (BMAS 2016; Krnjacki, Emerson, Llewellyn & Kavanagh 2016; Schrötte et al. 2013). Auch finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten eher Diskriminierung ausgesetzt sind als nicht-behinderte Menschen, und dass diese Erfahrungen mit schlechteren gesundheitlichen Ergebnissen korrelieren können (Llewellyn, Vaughan & Emerson 2015). Eine britische Studie, die den Zusammenhang zwischen Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, sozio-ökonomischer Benachteiligung und dem subjektiven Gesundheitszustand von Menschen mit Lernschwierigkeiten untersuchte, zeigt auf, dass das Risiko, die eigene Gesundheit als schlecht einzuschätzen, nicht einfach nur der Behinderung zugeschrieben werden kann, sondern dass das subjektive Empfinden zu einem erheblichen Teil auf schlechte Lebensbedingungen zurückzuführen ist (Emerson, Robertson, Baines & Hatton 2014). Die Autor/-innen der Studie unterstreichen daher, wie wichtig der soziale Kontext für die Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten ist, und sie fordern Forschung, Politik und Praxis auf, diesen Kontext verstärkt einzubeziehen, um gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen (Emerson, Robertson et al. 2014).

Zu den **symbolischen Faktoren** gehört u. a. die Wahrnehmung der Wohnumgebung als Belastung oder Ressource. Studien zufolge könnte die Bewertung der Wohnsituation einen modulierenden Effekt auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben (Friedrichs 2017). Das heißt, negative Einflüsse des Wohnumfeldes treten scheinbar vor allem

dann auf, wenn die Umgebung negativ bewertet wird, wenn sie z. B. als verwahrlost wahrgenommen wird (Friedrichs 2017).

3.3 Kommunale Gesundheitsförderung

Übergeordnetes Ziel der kommunalen Gesundheitsförderung ist es, die eben dargelegten Faktoren und Bedingungen so gesundheitsförderlich wie möglich zu gestalten. Lokale Ressourcen sollen dabei gestärkt und Belastungen reduziert werden. Indem z. B. die Vernetzung im Gesundheitsbereich ausgebaut wird, Angebote der Gesundheitsbildung gefördert und Unfallgefahren oder Schadstoffbelastungen minimiert werden, soll ein möglichst gesundheitsförderliches Lebensumfeld entstehen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2014, S. 3).

An der Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung sind viele Akteure aus unterschiedlichen Bereichen beteiligt. Es arbeiten beispielsweise kommunale Ämter mit Schulen, Kindertagesstätten, Trägern der Gesundheits- und Gemeinwesenarbeit, Sportvereinen, Selbsthilfegruppen, Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, Krankenkassen und einzelnen engagierten Bürger/-innen zusammen. Die Kommunalverwaltung, in der Regel der öffentliche Gesundheitsdienst, übernimmt in dieser Zusammenarbeit meist eine steuernde und koordinierende Funktion. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann Angebote der Gesundheitsförderung einleiten, die Vernetzung unter lokalen Akteuren verbessern und die Moderation von Arbeitsgruppen übernehmen. Da Gesundheitsförderung aber eine sogenannte Querschnittsaufgabe darstellt, sind nicht nur die Gesundheitsämter daran beteiligt (Böhme & Stender 2015; Reisig & Kuhn 2016).

Der Einbezug von unterschiedlichen Akteur/-innen, einschließlich der Vertreter/-innen der adressierten Bevölkerungsgruppe, genießt im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert. Das kommt auch in dem Schema von sechs Schritten zur Erarbeitung gemeinsamer Maßnahmen zum Ausdruck, das der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2014) entwickelt hat. Die Schritte beschreiben, wie der Prozess zur Entwicklung kommunaler Maßnahmen im Gesundheitsbereich idealerweise verlaufen sollte (siehe Abb. 3.2). Es wird explizit empfohlen, bei der Bedarfserhebung partizipativ vorzugehen und Strategien und Maßnahmen gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern zu entwickeln.

Zu den besonderen Adressat/-innen-Gruppen kommunaler Gesundheitsförderung gehören insbesondere Kinder und Jugendliche, arbeitslose Bewohner/-innen, Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie ältere Menschen. Menschen mit Lernschwierigkeiten finden hingegen nach unserer Kenntnislage in kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung bislang kaum Berücksichtigung.



Abb. 3.2: Schritte zur Erarbeitung gemeinsamer Maßnahmen

Quelle: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2014; eigene Formatierung

3.4 Fragestellung und Ziele

Um Menschen mit Lernschwierigkeiten in kommunale Prozesse zur Gesundheitsförderung einzubinden, setzten wir bei der lokalen, partizipativen Bedarfserhebung an (Schritt 1 der schematischen Darstellung in Abb. 3.2). Neben der kommunalen Gesundheitsberichterstattung auf der Grundlage quantitativer Daten sind auch Informationen von Akteur/-innen und Bürger/-innen vor Ort wichtige Quellen der Bedarfserhebung (Böhme & Stender 2015). Um eine solche qualitative Erhebung ging es uns. Wir wollten erfahren, wie Menschen mit Lernschwierigkeiten auf ihren Bezirk blicken und welche Faktoren sie als wesentlich für ihre Gesundheit einschätzen. Die beiden Hauptfragen lauteten:

- Was hilft uns, um in Lichtenberg gesund zu leben? Was hält uns gesund?
- Was steht uns im Weg, um in Lichtenberg gesund zu leben? Was macht uns krank?

Mit unserer Studie wollten wir der Gruppe der Menschen mit Lernschwierigkeiten Gehör verschaffen und die von ihnen aufgezeigten Bedarfe öffentlichkeitswirksam artikulieren, um gezielte Maßnahmen anzuregen (siehe Abb. 3.3). Dabei ging es in erster Linie um die Erfassung kommunaler Gesundheitsfaktoren aus der Perspektive von Menschen mit Lernschwierigkeiten. Als zu untersuchende Kommune wurde Berlin-Lichtenberg ausgewählt, da sowohl die initiiierende Hochschule und die kooperierenden Projektpartner als auch die Mehrheit der Mitforschenden dort ansässig sind.

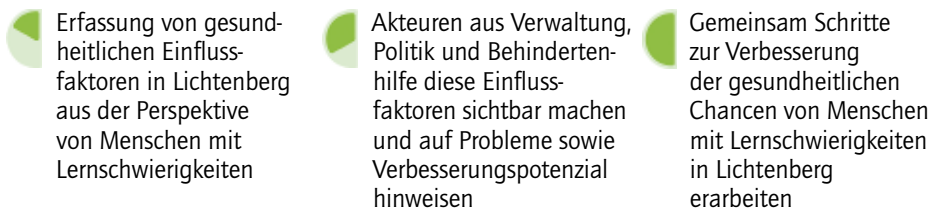


Abb. 3.3: Ziele der GESUND!-Photovoice-Studie

3.5 Die Methode Photovoice

Für unsere Untersuchungen wählten wir die Methode Photovoice (Wang & Burris 1994, 1997) aus. Das ist eine qualitative, auf visuellen und narrativen Daten basierende Forschungsmethode, die üblicherweise als Gruppenaktivität durchgeführt wird. Die Daten werden über Fotografien, Geschichten über dieselben und gemeinsame Diskussion erhoben und partizipativ ausgewertet. Die beteiligten Personen machen Fotos zu einer bestimmten Fragestellung und reflektieren in einem strukturierten Prozess über ihre Bilder, um so ein tiefes Verständnis für ihre Bedarfe und Ressourcen zu erlangen. Die Fotografien dienen sowohl als Datengrundlage als auch als Erzählimpuls (Unger 2014, S. 71).

Die Methode hat ihre Wurzeln in unterschiedlichen Traditionen und Ansätzen, z. B. in der dokumentarischen Fotografie, in der öffentlichen Gesundheitsförderung, der feministischen Theorie und in der Pädagogik Paulo Freires (Palibroda, Krieg, Murdock & Hevalock 2009; Wang & Burris 1994, 1997). Entwickelt wurde Photovoice in den 1990er-Jahren von den beiden Gesundheitsforscherinnen Caroline Wang und Mary Ann Burris (1994, 1997). Sie setzten die Methode zum ersten Mal gemeinsam mit chinesischen Bäuerinnen ein, um auf deren schwierige Situation aufmerksam zu machen (Wang & Burris 1994). Nach Wang und Burris (1997) zielt Photovoice darauf ab:

- den Beteiligten zu ermöglichen, ihre eigenen Stärken und Anliegen als Gruppe zu reflektieren,
- kritischen Dialog und Wissen zu fördern,
- (politische) Entscheidungsträger/-innen zu erreichen.

Es geht also nicht nur um das Aufzeigen eines bestimmten Sachverhaltes, sondern auch um das Hinterfragen von Zusammenhängen sowie um das Initiieren von Veränderungsprozessen.

Obwohl die aktive Einbindung von Menschen mit Behinderung in Forschungsvorhaben auch in den deutschsprachigen Ländern immer mehr Beachtung findet (Buchner, Koenig & Schuppener 2016), wurde die Methode Photovoice im deutschsprachigen Raum bisher noch selten angewendet. Ein Beispiel aus Österreich ist das Forschungsprojekt „inclusive spaces“, bei dem Photovoice neben weiteren Methoden eingesetzt wurde, um soziale Räume in der Schule gemeinsam mit Jugendlichen mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf zu untersuchen (Buchner, Grubich, Fleischanderl, Koenig & Nösterer-Scheiner 2016). Die Autor/-innen hielten die Methode deshalb für besonders geeignet, weil die mitforschenden Jugendlichen die Technik (Handykameras) schon kannten und das Visuelle als „Türöffner zur Explikation der mit den Räumen verbundenen Erfahrungen“ dienen konnte (Buchner, Grubich et al. 2016, S. 168). Auch Mayrhofer und Schachner (2013) wendeten in ihrer Evaluierung der Unterstützungsform Persönliche Assistenz für Menschen mit Down-Syndrom eine Methode an, die sie „partizipative Fotobefragung“ nannten. International liegen weitere Erfahrungen mit der Methode Photovoice in der gemeinsamen Forschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten vor (Booth & Booth 2003; Brake, Schleien, Miller & Walton 2012; Jurkowski & Paul-Ward 2007; Ollerton & Horsfall 2013; Woolrych 2004). Photovoice wird als eine effektive und ermächtigende Forschungsmethode für Menschen mit Lernschwierigkeiten angesehen (Jurkowski 2008). Ein Vorteil der Methode ist, dass die Perspektiven von Menschen mit Lernschwierigkeiten auch da sichtbar gemacht werden können, wo üblicherweise Einschätzungen von Unterstützungspersonen, Pflegekräften und anderen professionell Tätigen dominieren (Jurkowski 2008).

Ein Photovoice-Projekt durchläuft in der Regel sieben Phasen, die von Unger (2014, S. 71 ff.) folgendermaßen beschrieben werden:

1. Planung und Vorbereitung
2. Schulung der Teilnehmer/-innen als Co-Forscher/-innen
3. Feldphase
4. Diskussionen
5. Auswertung & Ergebnisse
6. Präsentation & Nutzung
7. Evaluation

Diese sieben Phasen stellen wir nachfolgend kurz vor und erklären, wie wir bei der Umsetzung vorgegangen sind.

3.6 Vorgehen

Planungs- und Vorbereitungsphase (~Juli bis Sep. 2016)

Die erste Phase eines Photovoice-Projektes ist geprägt durch die Klärung der Rahmenbedingungen: Zielsetzung, Zeitplan, Budget und Anwerbung der Teilnehmenden (Unger 2014, S. 71 f.). Damit die Ergebnisse nicht ungehört oder ungesehen bleiben, sollte darüber hinaus möglichst früh ein Zielpublikum definiert, berücksichtigt und wenn möglich eingebunden werden. Zum Zielpublikum gehören vor allem Menschen, die die Macht haben, (politische) Entscheidungen zu treffen, oder die Veränderungen auf andere Weise unterstützen können (Palibroda et al. 2009; Wang 1999).

In GESUND! entwickelten wir für unser Forschungsvorhaben folgendes Rahmenkonzept: ein inklusives Hochschulseminar, in dem Menschen mit Lernschwierigkeiten, Studierende und akademisch Forschende über ein Semester gemeinsam forschen. Um Mitforschende mit Lernschwierigkeiten zu finden, sprachen wir die Personen an, die schon in dem Gesundheitskurs mit uns zusammengearbeitet hatten. Außerdem waren wir mit öffentlichen Aushängen in verschiedenen Wohneinrichtungen eines lokalen Trägers der Behindertenhilfe. Wie in der ersten Phase unseres Gesundheitskurses achteten wir bei der Auswahl von Mitforschenden auf Interesse und Motivation, auf Kommunikationsfähigkeit, (selbstständige) Wegefähigkeit und auf Zuverlässigkeit bei der Einhaltung von Terminen. Um überdies interessierte Studierende der Heilpädagogik zu gewinnen, wurde das inklusive Seminar als Wahlpflichtmodul in die Semesterplanung eingetragen.

So konnte ein Forschungsteam aus insgesamt 16 Personen aufgebaut werden (eine Person entschied sich nach dem ersten Termin, nicht an dem Projekt teilzunehmen). Die Gruppe bestand aus fünf Frauen und fünf Männern mit Lernschwierigkeiten (26 – 65 Jahre alt), zwei Studentinnen (23 – 24 Jahre alt) sowie vier Projektmitarbeiter/-innen (2 weiblich, 2 männlich; 30 – 47 Jahre alt). Acht der zehn Mitforschenden mit Lernschwierigkeiten arbeiteten schon vor Beginn unserer Untersuchung in GESUND! mit. Sie besaßen daher gesundheitsrelevantes und methodisches Vorwissen. Bis auf eine Person waren alle Mitforschenden mit Lernschwierigkeiten in Lichtenberg ansässig. Als Zielpublikum hatten wir unsere Projektpartner vor Augen; außerdem wollten wir auf das Netzwerk zurückgreifen, in dem wir verschiedene Akteur/-innen aus Verwaltung, Politik und von sozialen Trägern versammelt hatten und das wir von Beginn des GESUND!-Projekts an stetig erweiterten und pflegten.

Schulung der Teilnehmenden zu Co- oder Mitforschenden (Okt. bis Nov. 2016)

In diese zweite Phase gehören das Aushändigen von Kameras und das Erlernen des Umgangs damit, auch in Bezug auf Datenschutz und Ethik (Unger 2014, S. 72).

Unser inklusives Forschungsteam traf sich wöchentlich zu dreistündigen Meetings, die von uns akademisch Forschenden moderiert und wissenschaftlich begleitet wurden. Für den Einstieg in das Photovoice-Projekt und die Schulung planten wir insgesamt vier Vormittage ein. Dabei waren uns nicht nur die technischen und ethischen Aspekte des Fotografierens wichtig, es ging auch um Informationsvermittlung rund um den Forschungsprozess, um die Verständigung über Ziele und Fragestellungen der Untersuchung, um Beziehungsaufbau und Teambildung, um die Vermittlung von Basiswissen über Gesundheitsdeterminanten und nicht zuletzt um ein besseres Kennenlernen des Bezirks Lichtenberg. Hierfür nutzten wir verschiedene methodische Zugänge und setzten praktische Aufgaben und Spiele ein. Alle Materialien¹ wurden von uns adressat/-innen-gerecht möglichst in einfacher Sprache verfasst. Überdies achteten wir darauf, den Mitforschenden je nach Anforderung und Bedarf Assistenz und Unterstützung von uns oder den Studierenden anzubieten.

Feldphase (Nov. 2016)

In der Feldphase machen die Beteiligten zu einer zur Forschungsfrage passenden Aufgabenstellung Bilder von ihrer Lebenswelt (Unger 2014, S. 72 f.).

Die Aufgabenstellung für das Fotografieren lautete bei uns:

- Bitte fotografiere, worüber du dich in deinem Leben **freust**.
- Bitte fotografiere, was dir in deinem Leben **gut tut**.
- Bitte fotografiere, worüber du dich in deinem Leben **ärgerst**.
- Bitte fotografiere, was dir in deinem Leben **nicht gut tut**.
- Bitte fotografiere, was du in deinem Leben **ungerecht** findest.

Die Aufgaben waren bewusst breiter formuliert als die eigentlichen Forschungsfragen, um den Mitforschenden den Zugang zu einem vielschichtigen Gesundheitsbegriff zu erleichtern und um möglichst vielseitige Einblicke in die Lebenswelt der Beteiligten zu erlangen. Weil wir die Mitforschenden bei der Aufgabenstellung und beim Fotografieren je nach Bedarf unterstützen wollten, organisierten wir zwei sogenannte Kiezspaziergänge, an denen immer drei Personen teilnahmen (zwei Mitforschende mit Lernschwierigkeiten sowie ein/e Student/-in oder ein/e Hochschulmitarbeiter/-in). Die Mitforschenden zeigten sich dabei gegenseitig eine von ihnen ausgewählte Gegend in Berlin-Lichtenberg (ihren „Kiez“) und machten Fotos.

¹ Die Materialien haben wir in Zusammenarbeit mit inforo-online, einer Austauschplattform für Akteur/-innen der Gesundheitsförderung, überarbeitet. Sie sind online zugänglich unter: <https://www.inforo.online/>

Diskussionen (Nov. bis Dez. 2016)

In der Phase der Diskussionen geht es vorrangig darum, Fotos auszuwählen, diese der Gruppe vorzustellen, ins Gespräch zu kommen und Erkenntnisse festzuhalten (Unger 2014, S. 73).

Bei uns wurden die Gespräche über die Fotos in Kleingruppen aus vier bis fünf Personen durchgeführt. Die Arbeit in Kleingruppen hatte sich mit der Adressat/-innen-Gruppe schon während des Gesundheitskurses bewährt. Die Angst vor dem Sprechen in der Gruppe konnte auf diese Weise verringert und das gegenseitige Zuhören gefördert werden; gleichzeitig wurden Assistenz und Moderation erleichtert. Zudem gaben wir den Mitforschenden die Möglichkeit, die Gesprächsrunden vorzubereiten, indem wir sie baten, zu jeweils fünf ihrer Fotos Fragen auf einem Arbeitsblatt zu beantworten (siehe Abb. 3.4). Diese vorbereitenden Fragen waren dieselben Fragen, die auch bei der Vorstellung der Fotos in der Gruppe beantwortet werden sollten. Sie waren dem sogenannten „SHOWeD“-Verfahren² (Wang 1999, S. 188) nachempfunden und lauteten wie folgt:

1. Was ist auf dem Foto?
2. Was passiert dort wirklich?
3. Warum ist das so?
4. Was hat das mit meinem Leben zu tun?
5. Was soll anders sein?

Nach jeder Fotovorstellung durch eine Person hatte die Gruppe die Möglichkeit, eigene Gedanken oder Geschichten zu dem jeweiligen Bild zu äußern. Die Gesprächsrunden wurden von uns mitgeschnitten, und die Aufnahmen wurden teiltranskribiert.

Titel des Fotos: Handplatz am Hüttelweg

Was ist auf dem Foto?
Ein Plakat auf dem der Bär hinter dem Gitter läuft

Was passiert dort wirklich?
Der Plakat auf dem der Bär hinter dem Gitter läuft

Warum ist das so?
Warum ist das so?

Was hat das mit meinem Leben zu tun?
Ich gehe gerne auf dem Handplatz am Hüttelweg

Was soll anders sein?
Warum

© GEMUND Gemeinwesen Kreichen in Lichtenberg

Abb. 3.4: Fotopräsentation

² „What do we **See** here? What is really **H**appening here? How does this relate to **O**ur lives? **W**hy does this situation, concern or strength **e**xist? What can we **D**o about it?“ (Wang, 1999, S. 188)

Auswertung und Ergebnisse (Nov. 2016 bis Jan. 2017)

Die Auswertung der Fotodokumentationen und die Generierung von Ergebnissen erfolgt meistens im Rahmen von Diskussionen. Zur Auswertung gehören die Auswahl der Fotos, die Kontextualisierung und die Kodifizierung (Unger 2014, S. 74 f.). Mit Kontextualisierung ist der Prozess der Beschreibung gemeint, der den Bildern eine Bedeutung gibt. Während dieses Prozesses ist es wichtig, dass neben den individuellen Erfahrungen auch Gemeinschaftserfahrungen herausgearbeitet und Gemeinsamkeiten zwischen den Bildern hergestellt werden (Palibroda et al. 2009). Unter Kodifizieren versteht man schließlich das schriftliche Festhalten der wichtigsten Erkenntnisse aus den Gruppengesprächen. Gegebenenfalls können diese Erkenntnisse in Themen, Kategorien oder Theorien unterteilt werden (Palibroda et al. 2009). Für Unger (2014, S. 74) gehört zu diesem Arbeitsschritt außerdem die Erstellung von Handlungsempfehlungen.

Während der Kleingruppendiskussionen hielten wir aufkommende Gedanken und Ideen auf einer Stellwand fest und ordneten sie, wenn passend, einem oder mehreren Fotos zu (siehe Abb. 3.5). Zudem versuchten wir, für inhaltlich zusammengehörende Fotos oder Notizen gemeinsame Überschriften zu finden und identifizierten so wichtige Themen. Da wir in Kleingruppen arbeiteten, mussten die Ergebnisse der drei Gruppen zusammengeführt werden. Diesen Arbeitsschritt übernahmen wir akademisch Forschenden mithilfe einer strukturierten, computergestützten Inhaltsanalyse (Kuckartz 2016).

Um die Ergebnisse der einzelnen Kleingruppen nicht zu stark abzuändern, übernahmen wir die Überschriften der Mitforschenden. Die Ergebnisse der Zusammenführung wurden dem gesamten inklusiven Forschungsteam vorgelegt und im Plenum diskutiert. Dann suchte sich jede/r der zehn Mitforschenden einen der elf Themenbereiche aus, um ihn näher zu untersuchen und in Form eines Ausstellungsplakats (Roll-up) zu präsentieren. Das Thema „Erfahrungen mit Krankenhäusern, Ärzten und Therapie“ wurde von niemandem ausgewählt, und somit gab es dazu kein Ergebnisplakat. Weitere Diskussionsrunden in neu zusammengesetzten Kleingruppen begleiteten die Gestaltungsphase der Roll-ups. Dabei betrachteten wir gemeinsam die zum jeweiligen Thema gehörende Datengrundlage, also die ausgewählten Fotos, die dazu vorliegenden Beschreibungen sowie die relevanten Teile der Transkripte aus vorangegangenen Diskussionen. Außerdem wurde der persönliche Bezug der Mitforschenden zu dem jeweiligen Thema herausgearbeitet, und Zitate und Fotos für die Präsentation wurden ausgewählt. Die Roll-ups bildeten daher neben den Ergebnissen des partizipativen Forschungsprozesses auch die persönliche Verbindung der Mitforschenden zu den bearbeiteten Themen ab. Konkrete Handlungsempfehlungen wurden nicht erarbeitet, aber die Mitforschenden wiesen auf ihren Roll-ups auf Probleme sowie auf Ressourcen im Bezirk hin.



Abb. 3.5: Bildsammlung aus einer Arbeitsgruppe

Präsentation & Nutzung (Jan. bis März 2017)

Um die gewonnenen Ergebnisse zu veröffentlichen und zu nutzen, wird in der Regel eine Ausstellung für das Zielpublikum erstellt. Es können aber auch andere Präsentationsformen, wie Fotobücher, Videos, Performances oder Berichte, zum Einsatz kommen.

In GESUND! favorisierten wir eine Ausstellung mit Roll-ups, da diese großformatig und dennoch relativ leicht zu transportieren sind. Die Mitforschenden waren von dieser Form der Präsentation ebenfalls begeistert. Also gestalteten wir im inklusiven Forschungsteam mithilfe einer Grafikerin eine Roll-up-Ausstellung, die seither im Rahmen verschiedener Veranstaltungen einem breiten Publikum gezeigt werden konnte. Bis jetzt

war die Ausstellung an folgenden Orten zu sehen: auf der Projektabschlussfeier, bei den Lichtenberger Sozial- und Gesundheitstagen, in der kooperierenden WfbM, im Rahmen eines Fachforums der Berliner Zeitung „Tagesspiegel“, beim Abschlusskolloquium des Forschungsverbundes PartKommPlus und beim Kongress Armut und Gesundheit. Lichtenberger Bürger/-innen mit und ohne Behinderung, Interessensvertreter/-innen aus dem Behindertenbereich, Vertreter/-innen von lokalen Sozialeinrichtungen, Mitarbeiter/-innen von Krankenkassen, Forschungseinrichtungen, Vertreter/-innen der Lokalpolitik sowie des BMAS und des BMG (Bundesministeriums für Gesundheit) gehörten an den verschiedenen Orten zu den Besucher/-innen unserer Ausstellung. Zuletzt erhielten wir die Einladung, die Ausstellung im Rathaus von Berlin-Lichtenberg zu zeigen.

Evaluation (Okt. 2016 bis Mai 2018)

Unger (2014, S. 76) schlägt für die Evaluation eines Photovoice-Projekts folgende Fragen vor: a) Wurden die Projektziele erreicht?; b) Wie zufrieden sind die involvierten Personen mit ihrer Beteiligung?; c) Welche Auswirkungen hat das Photovoice-Projekt auf die Politik, die Lebenswelten, die Gesundheit der Community sowie weitere mögliche Einfluss-Sphären?

Für die Evaluation der GESUND!-Photovoice-Studie führten die zwei Studierenden Kleingruppeninterviews mit den Mitforschenden durch und werteten diese im Rahmen einer Hausarbeit aus. Überdies schrieben wir, die akademisch Forschenden, nach jedem Treffen des gesamten Forschungsteams Beobachtungsprotokolle. Diese Dokumentation beeinflusste unser Vorgehen fortlaufend als Instrument der Reflexion. Später fand im Rahmen der Auswertung des GESUND!-Gesamtprojekts eine qualitative Analyse statt. Mit der ersten Evaluationsfrage (Wurden die Projektziele erreicht?) werden wir uns im Diskussteil dieses Kapitels näher beschäftigen. Die Zufriedenheit der Mitforschenden mit dem Projekt und mit ihrer Beteiligung wurde durch die Interviews bestätigt. Überdies zeigte die Auswertung weitere Wirkungen auf Seiten der Mitforschenden:

- ein erweitertes Gesundheitsbewusstsein, bessere Kenntnis des eigenen Bezirks sowie eigene Vorstellungen von einem gesunden Lebensstil und
- Empowerment und Kompetenzgewinn.

Da allerdings die meisten Mitforschenden schon an dem Bildungskurs in der Werkstatt beteiligt waren, ist schwer abzuschätzen, welche der Veränderungsprozesse allein auf die Photovoice-Studie zurückzuführen sind (siehe auch Kapitel 2). Die Beeinflussung von Politik, Lebenswelt und anderen Bereichen besteht vor allem darin, dass wir bei verschiedenen lokalen und nationalen Akteur/-innen viel Aufmerksamkeit und Anerkennung gewinnen konnten. Welche konkreten Auswirkungen sich daraus ergeben, ist zu diesem Zeitpunkt allerdings noch nicht abzusehen.



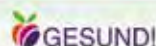
3.7 Ergebnisse der Photovoice-Studie

Im Verlauf des partizipativen Forschungsprozesses wurden insgesamt 10 Themen (oder Themenbereiche) identifiziert, die von der Mehrheit der Mitforschenden als relevant für ihre Gesundheit erachtet wurden. Zur vertiefenden Auseinandersetzung mit den Themenbereichen übernahm jeweils ein/e Mitforschende/r die Verantwortung für die Gestaltung eines Roll-ups. Im Folgenden beschreiben wir die Ergebnis-Roll-ups und ergänzen sie mit vertiefenden Informationen aus unserem Datenmaterial, z. B. mit Zitaten aus den Fotodiskussionen.

Mein Arbeitsleben

*Über Arbeitsbedingungen in einer WfbM, den ersten Arbeitsmarkt
und ein Leben mit wenig Geld*

Arbeit scheint für die Mitforschenden einen hohen Stellenwert zu haben. Auch dem Autor des Roll-ups „Mein Arbeitsleben“ ist seine Anstellung als Handwerker sehr wichtig. Er beschreibt anhand seines Arbeitsalltags die Vor- und Nachteile des Arbeitens in einer WfbM. Diese Vor- und Nachteile lassen sich grob mit folgenden vier Gegensatzpaaren skizzieren: soziale Einbindung versus soziale Konflikte, Unterstützung versus Überbehütung, Entwicklungsmöglichkeiten versus Stress, sichere Beschäftigung versus geringes Arbeitsentgelt.

[illegible][illegible]

In Kleingruppendiskussionen beschrieben Mitforschende die positiven sozialen Effekte der Werkstattarbeit damit, dass man unter Leuten sei und häufig neue Gesichter sehe (z. B. wechselnde Praktikant/-innen). Als negativ wurden hingegen Konflikte mit Vorgesetzten oder mit Kolleg/-innen beschrieben. Doch nicht nur konkrete Streitigkeiten, auch schlecht gelaunte Arbeitskolleg/-innen seien belastend. In Bezug auf das unterstützende Umfeld einer WfbM sagte eine Mitforschende, dass sie sich wohl und aufgehoben fühle und viel Unterstützung bekomme, z. B. vom Fachpersonal, mit dem man gut reden könne. Viele Mitforschende äußerten sich ähnlich zufrieden. Allerdings wurde in diesem Zusammenhang angemerkt, dass es auch ein „Zuviel“ an Unterstützung geben könne, was im schlimmsten Fall als Überbehütung erlebt wird. Der Autor des Roll-ups beschreibt das wie folgt: „Ich werde sehr oft gefragt, wie es mir geht. Manchmal so oft, dass es mich nervt.“ Die persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten werden darin gesehen, dass man etwas Ablenkung hat und verschiedene Arbeitsschritte kennenlernt. Negativ hingegen sei der Zeitdruck, unter dem die Beschäftigten manchmal arbeiten müssten. Als ein weiterer Vorteil der WfbM wurde benannt, dass der Arbeitsplatz in einer Werkstatt sicher sei und man nicht um den Job bangen müsse. Außerdem sei man weder abhängig von den Eltern noch von Hartz IV. Ein Nachteil sei jedoch der geringe Verdienst. Der Roll-up-Autor wünscht sich deshalb, dass Menschen in WfbM mehr verdienen. Er selbst würde gerne einen Job auf dem ersten Arbeitsmarkt finden. Dies ist ein Wunsch, der auch von anderen Mitforschenden geteilt wird. Gleichzeitig gab es aber auch Stimmen, die betonten, dass sie sich in der WfbM sehr wohlfühlen und sich einen Wechsel nicht (mehr) vorstellen können.

Von Hobbys und Leidenschaften

Über Erholung mit Hobbys und ein Leben mit wenig Geld

Erzählungen über die verschiedenen Hobbys und Freizeitaktivitäten nahmen bei den Fotobeschreibungen einen relativ großen Platz ein. Insbesondere die Aspekte Erholung und Entspannung, Spaß und soziale Kontakte hoben die Mitforschenden in Verbindung mit Hobbys hervor.

Die Autorin des Roll-ups „Von Hobbys und Leidenschaften“ ist eine leidenschaftliche Köchin. Auf ihrem Roll-up erwähnt sie, dass ihre finanzielle Situation die Ausübung dieses Hobbys teilweise erschwert. Daher würde sie sich mehr kostenlose Kochkurse in leichter Sprache wünschen. Auch viele andere Mitforschende beklagten, dass Freizeitaktivitäten wie Kino-, Tierpark- oder Restaurantbesuche oft zu teuer und „nix für arme Leute“ seien. Reisen können sich die wenigsten Mitforschenden leisten: „Ich würde ja auch gerne mal verreisen, aber das Geld reicht einfach nicht aus.“ Einige beschrieben jedoch auch Strategien, die sie anwenden, um trotz ihrer finanziellen Situation bestimmten Hobbys nachgehen zu können (z. B. am „Kinotag“ mit Preisermäßigung einen Film

sehen, Rabatte durch Mitgliedschaften nutzen oder nach Sonderangeboten Ausschau halten). Die Autorin formuliert am Ende ihres Roll-ups: „Wenn ich Bürgermeisterin von Lichtenberg wäre, würde ich gebührenfreie Kochkurse für alle einführen. Und ich würde dafür sorgen, dass sich mehr Menschen Hobbys leisten können.“

Mein Eisblock

Über ein Leben mit wenig Geld, Wohnbedingungen und das Gefühl von Machtlosigkeit

„Leben mit wenig Geld“ hieß das Thema, mit dem sich der Autor dieses Roll-ups näher beschäftigte. Er setzte sich in diesem Zusammenhang mit seiner Wohnsituation auseinander. Auf dem Roll-up beschreibt er sein Wohnhaus, das sich in schlechtem Zustand befindet (kaputte Fenster, kaputte Heizung, unzuverlässiger Aufzug). In seiner



Wohnung fühle er sich daher häufig wie in einem Eisblock. „Etwas anderes kann ich mir nicht leisten“, meinte er dazu. Wie heutzutage für die meisten Menschen, ist Geld auch für die Mitforschenden ein wichtiges Thema. Die Beschriftung zu einem unserer Fotos bringt es auf den Punkt: „Titel des Fotos: Sparkasse. Was ist auf dem Foto? Eine Sparkasse. Was passiert dort wirklich? Kann man Geld holen. Warum ist das so? Weil man Geld braucht.“ Als Werkstattbeschäftigte und Bezieher/-innen von Sozialleistungen verbinden die Mitforschenden mit Geld vor allem den Umgang mit Geldmangel. In den Gesprächen über ein Leben mit wenig Geld ging es vor allem um das Wohnen, die Freizeitgestaltung sowie die Versorgung mit Kleidung oder Lebensmitteln. Eine Mitforschende resümierte: „Hier hat man überall gute Einkaufsmöglichkeiten. Die Preise sind aber zu teuer, das könnte anders sein.“ Auf die Frage, ob sie sich als arm ansehen, gab es vonseiten der Mitforschenden unterschiedliche Antworten. Einer verneinte: „Ich würde nicht sagen, ich sei arm, eher mittelmäßig.“ Ein anderer antwortete: „Ja, manchmal.“

Auf dem Roll-up sind auch Ratlosigkeit und das Gefühl von Machtlosigkeit zu erkennen. Der Text enthält Passagen aus einem Gespräch der Mitforschenden, in dem es um die Rechte als Mieter und das Verhältnis zum Vermieter geht. Der Autor nahm hierbei eine resignierte Haltung ein, wohingegen die anderen Gesprächsteilnehmer/-innen ihn auf seine Rechte und seine Einflussmöglichkeiten aufmerksam machten.

Wie ich wohne

Über ein selbstbestimmtes Leben, Wohn- und Unterstützungsangebote

Die Autorin, die das Roll-up zu der Kategorie „Wohnen in Lichtenberg“ gestaltete, beschreibt, dass sie zusammen mit ihrem Hund in einer eigenen Wohnung wohnt und Unterstützung von ihrem Schwager bekommt. Selbstbestimmung und die eigene Wohnung sind der Autorin sehr wichtig. Sie verweist darauf, dass unterschiedliche Menschen unterschiedliche Wohnformen und Unterstützungsangebote brauchen. Nicht alle Mitforschenden leben in einer eigenen Wohnung. Manche sind komplett selbstständig, andere leben im betreuten Einzelwohnen und wieder andere in betreuten Wohngemeinschaften (WG). Für alle hatte jedoch Selbstbestimmung beim Wohnen offensichtlich einen hohen Stellenwert. Eine Mitforschende, die bei ihren Eltern ausziehen wollte, machte dies mit folgendem Ausspruch deutlich: „Auf eigenen Beinen stehen. Das ist mein Ziel.“

In den Gesprächsrunden zu diesem Themenbereich ging es beispielsweise um die Vor- und Nachteile eines Lebens in einer (betreuten) WG. Als Vorteil wurde die soziale Einbindung genannt, die vor Vereinsamung schütze. Deshalb gaben einige Mitforschende dem Leben in einer WG klar den Vorzug. Ein Mitforschender sah das Wohnen in einer betreuten WG zudem als eine gute Vorbereitung für das Leben alleine: „Weil,

viele machen den Fehler, sie ziehen aus, und dann kommen sie gar nicht klar damit.“ Er selber habe auch erst in einer WG gewohnt, bevor er in seine eigene Wohnung gezogen sei. „In der WG kann's auch Ärger geben. Ich hatte nur Ärger.“ Dieser Satz einer Mitforschenden beschreibt die Nachteile, die mit WGs in Verbindung gebracht werden – nämlich Konflikte, die durch das Zusammenleben entstehen können.

Tiere sind die besten Freunde

Über ein Leben mit Tieren und den Umgang mit Einsamkeit

Die eigenen Haustiere und der Tierschutz liegen der Autorin dieses Roll-ups sehr am Herzen. Das Roll-up entstand zu der Kategorie „Wohlfühlen mit Tieren“. Die Autorin beschreibt einerseits, dass Tiere ihr helfen, sich weniger allein und psychisch stabil zu



TIERE SIND DIE BESTEN FREUNDE

Ich bin sehr glücklich und habe schon immer Haustiere. Zuerst gab es einen Hund, dann eine Katze. Ich habe mich sehr gut mit ihnen verstanden. Sie haben mich begleitet und ich habe mich sehr gut mit ihnen verstanden. Sie haben mich begleitet und ich habe mich sehr gut mit ihnen verstanden.

Ein Leben mit einem Tier ist eine große Verantwortung. Man muss sich um sie kümmern und sie lieben. Sie sind unsere besten Freunde und wir sind ihre besten Freunde. Sie haben mich begleitet und ich habe mich sehr gut mit ihnen verstanden.

Schauen Sie auch, wenn Tiere einander lieben. Wenn Tiere lieben, geht es ihnen sehr gut. Sie sind unsere besten Freunde und wir sind ihre besten Freunde. Sie haben mich begleitet und ich habe mich sehr gut mit ihnen verstanden.

Wenn Sie ein Leben mit einem Tier führen, dann werden Sie auch ein Leben mit einem Tier führen. Sie sind unsere besten Freunde und wir sind ihre besten Freunde. Sie haben mich begleitet und ich habe mich sehr gut mit ihnen verstanden.

Was haben Tiere mit Gesundheit zu tun?

GESUND!



WOHLFÜHLEN IM KIEZ SVENS GESCHICHTE

Ich bin ein Hundebesitzer. Ich habe einen Hund, der mich sehr glücklich macht. Ich habe mich sehr gut mit ihm verstanden. Er ist mein bester Freund und ich bin sein bester Freund. Er hat mich begleitet und ich habe mich sehr gut mit ihm verstanden.

Ein Leben mit einem Hund ist eine große Verantwortung. Man muss sich um sie kümmern und sie lieben. Sie sind unsere besten Freunde und wir sind ihre besten Freunde. Sie haben mich begleitet und ich habe mich sehr gut mit ihnen verstanden.

Schauen Sie auch, wenn Tiere einander lieben. Wenn Tiere lieben, geht es ihnen sehr gut. Sie sind unsere besten Freunde und wir sind ihre besten Freunde. Sie haben mich begleitet und ich habe mich sehr gut mit ihnen verstanden.

Wenn Sie ein Leben mit einem Tier führen, dann werden Sie auch ein Leben mit einem Tier führen. Sie sind unsere besten Freunde und wir sind ihre besten Freunde. Sie haben mich begleitet und ich habe mich sehr gut mit ihnen verstanden.

Was haben Erholungsorte und Umweltschutz mit Gesundheit zu tun?

GESUND!

fühlen. Andererseits macht sie deutlich, dass Haustiere mitunter viel Geld kosten und kranke oder sterbende Tiere eine große Belastung sein können.

In unseren Kleingruppengesprächen wurde deutlich, dass Haustiere für viele Mitforschende eine Quelle der Freude und Entspannung sind. Die beiden Hundehalter im Forschungsteam erwähnten überdies die positiven sozialen Effekte von Haustieren, z. B. dass man beim „Gassi-Gehen“ oft andere Leute treffe. Selbst einige von denen, die selber keine Tiere halten, fotografierten auf den Kiezspaziergängen Tiere und kommentierten die Fotos mit Aussprüchen wie „Weil ich Tiere liebe“ oder „Sieht schön aus“.

Es kamen auch häufig Mitleid mit Tieren und die Sorge um deren Wohlergehen zum Ausdruck. Die Beschreibung eines Fotos verdeutlicht dies: „Was ist auf dem Foto? Der Weg, auf dem ich mit meinem Hund spazieren gehe. Was hat das mit meinem Leben zu tun? Es sind Hunde an Gift gestorben. Was soll anders sein? Der Park soll sauber und sicher sein.“ Die Roll-up-Autorin betont zudem: „Wenn Tiere leiden, geht es einem selber nicht gut.“

Wohlfühlen im Kiez – Svens Geschichte

Über Erholung in der Natur, Umweltschutz und ein Leben mit Tieren

Der Autor dieses Roll-ups ist ein Hundeliebhaber. Er genießt es, seine Freizeit auf einem Hundeplatz zu verbringen. Daher lag es für ihn nahe, die Kategorie „Erholung in der Natur und Umwelt-Schutz“ aufzubereiten. Auf seinem Roll-up schreibt er, dass ihm die Zeit auf seinem Hundeplatz wichtig ist, um sich zu erholen und Freunde zu treffen. Auch viele andere Mitforschende betonten, dass sie gerne in Parks unterwegs seien und die Natur genießen würden. Die folgende Fotobeschreibung bringt dies deutlich zum Ausdruck: „Was ist auf dem Foto? Bank und bunte Bäume. Was passiert dort wirklich? Die Welt verändert sich. Warum ist das so? Es ist schön. Was hat das mit meinem Leben zu tun? Es sieht toll aus.“ Parks scheinen Erholungsorte zu sein, die einerseits gemeinsame Aktivitäten (wie Spaziergehen oder Picknicken) fördern, andererseits aber auch Rückzugsorte bieten: „Wenn sich meine Mitbewohner mal wieder kloppen, gehe ich da hin.“

Der Roll-up-Autor berichtet jedoch auch von seiner Sorge um Umweltverschmutzung (z. B. durch ein Kohlekraftwerk) und durch zu viel Müll in Grünanlagen. Diese Bedenken teilt er mit vielen seiner Mitforschenden, die in den Gruppendiskussionen von Stromsparen oder Mülltrennung berichteten. Eine Fotobeschriftung zu diesem Thema lautet: „Was ist auf dem Foto? Mülltonnen für Plastik. Was passiert dort wirklich? Es ist sauber. Warum ist das so? Weil das eine gute Sache ist. Was hat das mit meinem Leben zu tun? Das ist gesund und gut für unser Leben. Was soll anders sein? Nichts.“

Das Problem von zu viel Müll in Parks oder auf anderen öffentlichen Plätzen wurde sehr häufig angesprochen. Viele Mitforschende berichteten, dass es sie störe, wenn Leute

ihren Müll einfach auf die Straße bzw. in die Natur schmeißen. Der Roll-up-Autor erwähnte in diesem Zusammenhang auch zu viel Hundekot auf den Straßen: „Es sollten mehr Beutelspender für Hundekot aufgestellt werden, die sieht man wenig in Berlin-Lichtenberg. Man muss die immer von Zuhause mitbringen, das machen nicht alle.“ Sein Hundepplatz werde durch gemeinsame Aufräumaktionen sauber gehalten, bei denen er sich regelmäßig beteilige. Am Ende des Roll-ups fasst der Autor sein Anliegen in einer Empfehlung zusammen: „Wenn ich Bürgermeister von Lichtenberg wäre, dann würde ich „Umwelt-Polizisten“ anstellen.“

Von Kunst und Schmierereien

Über die ästhetische Gestaltung des Wohnumfeldes

Auf dem Roll-Up „Von Kunst und Schmierereien“ beschreibt die Autorin ihre Wohnumgebung in Lichtenberg, die von grauen Plattenbauten, Schmierereien, aber auch bunt bemalten Häusern und Kunst im öffentlichen Raum geprägt ist. Sie schildert, dass sie sich an den Farben und Kunstwerken erfreut und sich davon mehr im Kiez wünscht. Auch ihre mitforschenden Kolleg/-innen sahen das ähnlich, wie sich beispielsweise in folgenden Aussagen und Fotobeschreibungen erkennen lässt:

- „Das ist so ein Wasserwerk. Das war vorher voll mit Graffiti beschmiert. Und dann haben sie sich entschlossen das Wasserwerk schön zu bemalen. Also mir gefällt das so viel besser als das vorher so beschmiert ausgesehen hat.“
- „Es gibt aber natürlich auch Straßenkünstler, die wirklich schöne Sachen machen.“
- „Was ist auf dem Foto? Gemaltes Bild am Tierpark. Was passiert dort wirklich? Kunst. Warum ist das so? Durch die Kunst ist Lichtenberg schöner. Was hat das mit meinem Leben zu tun? Deshalb laufe ich gerne dort lang.“

In einer Auswertungsgruppe entstand auf Grundlage solcher Beschreibungen das poetisch formulierte Thema „Malerei gegen das Grau der Stadt“.

Während künstlerische Gestaltung in den Gesprächen positiv bewertet wurde, erregten Schmierereien den Unmut der Mitforschenden. Eine Fotobeschreibung dokumentiert es folgendermaßen: „Was ist auf dem Foto? Ein Stromkasten mit Schmierereien. Warum ist das so? Weil andere Menschen Spaß daran haben. Was hat das mit meinem Leben zu tun? Mich ärgert das. Was soll anders sein? Es soll schöner aussehen.“ Noch deutlicher drückte es ein anderer Mitforschender in einem Evaluationsgespräch aus: „Wenn ich mir diese Graffitis hier ansehe, so Kunstwerke eigentlich, die total verunstaltet wurden, das macht mich eigentlich nur krank.“

Auch die zum Teil farblose und eintönige Bebauung im Bezirk wurde angesprochen: „Es sieht sonst immer alles so grau aus.“ Themen waren zudem leerstehende Gebäude und

GESUND!

volles Miteinander sind ihm sehr wichtig. Zusätzlich zu seinem Roll-up dichtete der Autor mit Unterstützung eines akademisch Forschenden einen Rap-Song. Der Song wurde von den beiden aufgenommen und konnte bei den Ausstellungen auf einem MP3-Player angehört werden.

Die Auseinandersetzung mit deutscher Geschichte wurde in der Auswertungsphase durch ein Foto von einem alten Stasi-Gefängnis angeregt, welches heute ein Museum beherbergt. Der Fotograf bemerkte dazu: „[...] manche Leute sagen, das kann nicht so krass gewesen sein. Aber wenn sie mal da drinnen waren, dann merken sie, wie krass so ein Gefängnis war.“ Und in Bezug auf die Relevanz für die eigene Gesundheit: „Also, das ist eher gut für die Gesundheit, weil dann weiß man, wie ätzend diese Zeit war, die Stalizeit.“ Eine Mitforschende weitete die Diskussion auf das Dritte Reich aus und ergänzte: „Und dass auch erzählt wird, was Adolf Hitler mit uns gemacht hätte, z. B. mit der Behindertenwerkstatt. Wenn es damals so was gegeben hätte, wäre das echt schlimm für uns ausgegangen.“ In seinem Song rappt der Autor daher auch: „WACHT AUF, habt ihr vergessen was passiert ist? NEIN DANKE, mich kriegt ihr mit eurer Hetze nicht!“ Eine klar ablehnende Haltung gegen rechte Agitation zeigte der Autor auch, als über Wahlen gesprochen wurde. Er erzählte, dass er einmal eine Anfrage bzw. eine Wahlwerbung von einer rechtsradikalen Partei bekommen habe, die habe er sofort in den Müll geworfen.

Zum Thema Diskriminierung erzählte uns ein Mitforschender, dass er früher wegen seiner körperlichen Behinderung nachgeäfft wurde, was er als sehr verletzend empfunden habe. Ein anderer Mitforschender berichtete, rassistisch beschimpft worden zu sein. Zu der Frage, was das alles mit Lichtenberg zu tun habe, lautete ein Kommentar: „Das triffst du überall.“ In Bezug auf den Bezirk bestätigten die anwesenden Mitforschenden, sich in Lichtenberg sicher zu fühlen. „Bei mir wohnt die Welt“, sagte ein Mitforschender und ergänzte, dass das auch gut klappe.

Christian, der Mobile

Über öffentlichen Nahverkehr, Verständlichkeit von Information und Mobilität

Dieses Roll-up widmet sich dem Thema „Mit den Öffis durch Lichtenberg“. Der Autor interessiert sich sehr für Verkehr und Straßenbahnen. Es ist sein Hobby: „Und wie gesagt, ich bin auch öfter mal so ein bis zwei Stunden an einer Straßenbahnhaltestelle. Also ich beobachte, was da so los ist.“ Er spricht auf seiner Ergebnisdarstellung verschiedene Probleme im öffentlichen Nahverkehr an – vor allem die noch nicht voll erreichte Barrierefreiheit bei den Berliner Straßenbahnen³. Im Forschungsteam wurde

³ In vielen Bereichen Lichtenbergs sind Straßenbahnen die wichtigsten öffentlichen Verkehrsmittel (Bezirksamt Lichtenberg 2006).

Insgesamt scheint Mobilität für die Mitforschenden sehr wichtig zu sein. Sie sind auf die öffentlichen Verkehrsmittel angewiesen, was dieses Beispiel einer Fotobeschreibung deutlich macht: „Titel des Fotos: Bushaltestelle an der [Straßenname] Was ist auf dem Foto? Busfahrplan. Was passiert dort wirklich? Busse kommen, einsteigen, fahren. Was hat das mit meinem Leben zu tun? Ich komme zur Arbeit und zurück. Was soll anders sein? Nichts.“

Christianes Krimi und Gedichte

Über Verkehrssicherheit für Fußgänger/-innen und Mobilität

Schon in dem Roll-up „Christian, der Mobile“ wurde deutlich, dass Mobilität einen hohen Stellenwert für die Mitforschenden hat. Das Roll-up „Christianes Krimi“ entstand zum Thema „Von Fußgängern und Stolperfallen“. Die Mitforschende, die sich damit auseinandersetzte, hat selber eine Gehbehinderung als Folge eines Verkehrsunfalls. Auf ihrem Roll-up schildert sie, wie es dazu kam und welche Gefahren und Einschränkungen sie zu Fuß im Bezirk erlebt. Sie schreibt beispielsweise: „Zu Fuß durch Lichtenberg zu gehen, ist für mich der reinste Krimi. Verkehrsmängel sind für alle gefährlich.“ Sie macht darauf aufmerksam, dass es in Lichtenberg viele Stolperfallen gibt, Schlaglöcher und auch andere Hindernisse. Diese Einschätzung wurde von vielen anderen Mitforschenden geteilt. Viele Wege seien kaputt und Baustellen oft nicht richtig abgesichert. Eine Fotobeschreibung zu diesem Thema lautet: „Titel des Fotos: Unfallstelle. Was ist auf dem Foto? Ein Weg. Was passiert dort wirklich? Unfallgefahr. Was hat das mit meinem Leben zu tun? Ich kann mich verletzen. Was soll anders sein? Ordentliche Wege.“ Besonders schwierig sei es im Winter, wenn nicht überall gestreut werde.

Die Autorin berichtet auf dem Roll-up außerdem von Ampelschaltungen, die für Fußgänger eine zu kurze Grünphase anzeigen. Im Forschungsteam berichteten viele Mitforschende von solchen „schlechten Ampeln“, die an verschiedenen Orten im Bezirk zu finden seien. Eine Mitforschende beschreibt das Problem mit den Ampelphasen wie folgt: „Man ist grade auf der mittleren Schiene, auf der Straßenbahnschiene, und dann wird das schon wieder rot für die Fußgänger. Und das ärgert mich ganz doll.“

Aber nicht nur zu kurze Grünphasen für Fußgänger scheinen ein Problem zu sein, sondern auch Abschnitte, wo es gar keine Ampeln oder gesicherten Übergänge gibt. Einen solchen Ort kennen viele Mitforschende, weil er auf ihrem Weg zur Arbeit liegt: „Ja, also da müssen sie wirklich die Verkehrssituation entschärfen. Ich meine, vorne [Straßenname] geht es ja, da ist eine Ampel. Aber [Name der Haltestelle] – das muss entschärft werden. Weil, das geht so nicht“, erklärte ein Mitforschender. Eine andere ergänzte: „[...] da kommst du auch sehr schwer rüber, da über die Kreuzung. Weil da weder eine Ampel noch ein Überweg ist.“

In den Gruppengesprächen zu diesem Themenfeld war einmal mehr von Machtlosigkeit die Rede. Ein im Werkstatttratt engagierter Mitforschender erzählte von seinen Bemühungen, etwas an der Verkehrssituation zu verändern: „Wie gesagt, wir haben im Werkstatttratt schon an die Verwaltung geschrieben, Senatsverwaltung, BVG, und da haben wir auch ein Schild anbringen lassen. Da fahr ich am nächsten Tag vorbei, dann ist das Schild weg. Ich denke, das kann ja wohl nicht wahr sein.“ Entmutigen lassen will er sich davon aber scheinbar nicht: „Wir versuchen es nochmal. Sollten wir nochmal scheitern, dann gehen wir vor Gericht. Und dann muss was passieren. Weil, ich will nicht, dass da einer als Kühlerfigur landet, und er liegt auf der Straße wie so ein Maikäfer. Muss nicht sein.“ Die Autorin des Roll-ups stellte uns zudem die Frage, an wen sie sich wegen der zu kurzen Ampelphasen wenden könne, damit sich etwas verändere. Auf dem Plakat fragt sie: „Wer kann das verändern?“ und stellt bedrückt fest: „Ich nicht.“

3.8 Diskussion

In diesem Abschnitt setzen wir uns mit den Zielen der Photovoice-Studie auseinander und denken kritisch darüber nach, ob wir diese erreicht haben.

Ziel 1: Erfassung von gesundheitlichen Einflussfaktoren in Lichtenberg aus der Perspektive von Menschen mit Lernschwierigkeiten

Die Ergebnisse des partizipativen Fotoprojekts bilden die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse, Erfahrungen und Perspektiven von zehn Frauen und Männern mit Lernschwierigkeiten ab. Die Studie macht deutlich, was die Mitforschenden im Bezirk Berlin-Lichtenberg als wichtig für ihre Gesundheit erachten. Das Forschungsteam deckt nicht nur Probleme auf, sondern verweist auch auf Ressourcen im Bezirk, wie z. B. die vielen Parks und Einkaufsgelegenheiten im Stadtteil oder die Wohn- und Unterstützungsmöglichkeiten. Einige der behandelten Themen scheinen speziell Menschen mit Lernschwierigkeiten zu betreffen (z. B. die Reflexionen über unterstützte Wohnformen oder das Arbeiten in einer WfbM), viele andere Themen könnten aber von allgemeinem Interesse sein (z. B. Ärger über „Müllecken“ oder fehlende Barrierefreiheit im öffentlichen Nahverkehr). Ein sicheres, gesundes und zufriedenes Leben im Hinblick auf Mobilität, Wohnen, Arbeit, Freizeitaktivitäten, Lebensumfeld und gesellschaftliches Miteinander ist Bezugspunkt für alle ausgewählten Themen. Wenn wir unsere Ergebnisse den „gesundheitlichen Einflussfaktoren im Stadtteil“, wie sie oben beschrieben wurden (Bär 2012), zuordnen, wird ersichtlich, dass die Mitforschenden viele gesundheitsrelevante Faktoren benannt haben (siehe Abb. 3.6).

Eine Beobachtung, die wir an dieser Stelle hervorheben wollen, ist die Bedeutung von Selbst- und Mitbestimmung für die Mitforschenden. Dieses Thema hatte einen hohen Stellenwert. Das zeigte sich beispielsweise in Diskussionen über die Vor- und Nachteile

Baulich-physische Faktoren

- Die Grün- und Erholungsflächen werden als positiv für die eigene Erholung und das Pflegen von sozialen Kontakten gewertet.
- Umweltschutz wird als wichtig erachtet und viel Müll als bedenklich eingeschätzt.
- Es wird für mehr Kunst und Farbe im Wohnumfeld plädiert.
- Die Verkehrsinfrastruktur für Fußgänger und Benutzer/-innen der ÖPNV wird als verbesserungswürdig beschrieben.

Politisch-administrative/infrastrukturelle Faktoren

- Allgemein wird der Wunsch nach günstigen Freizeitaktivitäten benannt, insbesondere gefragt sind Bildungsangebote in einfacher Sprache.
- Gelegenheitsstrukturen für politische Mitbestimmung und Partizipation werden vereinzelt angenommen, sie führen aber nicht immer zur Durchsetzung eigener Positionen.

Soziale Faktoren

- Mobilität wird als wichtig erachtet, aber auf Barrieren im ÖPNV hingewiesen.
- Einkaufsmöglichkeiten werden als gut (aber die Waren z.T. als zu teuer) bewertet.
- Tierhaltung wird als Möglichkeit angesehen, psychosoziale Risiken zu verringern.
- Beschäftigung in einer WfbM wird insgesamt als positiv gewertet, aber kritisch reflektiert.
- Ein friedliches Miteinander und der Schutz vor Diskriminierung werden als wichtig eingeschätzt.

Symbolische Faktoren

- Insgesamt fühlen sich die Mitforschenden im Bezirk wohl; konkrete Hinweise auf symbolische Faktoren werden jedoch nicht benannt.

Abb. 3.6: Beispiele von gesundheitlichen Einflussfaktoren in Berlin-Lichtenberg aus Sicht des inklusiven GESUND!-Forschungsteams

Quelle: Bär 2012, S. 175; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2014; eigene Ergebnisse und Formatierung

des ersten und zweiten Arbeitsmarkts oder die unterschiedlichen Wohnformen für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Dabei wurde deutlich, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten sich in einigen Situationen als „machtlos“ erfahren. Das Gefühl der Ohnmacht kommt beispielsweise in dem bereits zitierten Bericht eines Mitforschenden zum Ausdruck, wenn er bei der Beschreibung des Roll-ups „Christianes Krimi und Gedichte“ von seinen bisher erfolglosen Bemühungen spricht, etwas an einer gefährlichen Verkehrssituation in der Nähe seines Arbeitsplatzes zu ändern. Auch in dem Roll-up „Mein Eisblock“ spielt „Machtlosigkeit“ eine Rolle.

Ein anderes Thema, das für die Mitforschenden wichtig war und das in verschiedenen Kontexten immer wieder aufkam, war das Leben mit wenig Geld. Ein solches Leben führt zu Einschränkungen, die gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion beeinflussen, da die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch fehlende finanzielle Mittel behindert oder gar unmöglich sein kann (siehe die Roll-ups „Von Hobbys und Leidenschaften“ oder „Mein Eisblock“). Darüber hinaus wurde von vielen Mitforschenden das Bedürfnis nach leicht verständlichen Informationen geäußert. In dem Zusammenhang stehen die Beschwerden über verwirrende Informationen an Haltestellen oder über das Fehlen von Bildungsangeboten in einfacher Sprache.

Die Ergebnisse unserer Photovoice-Studie sind bestimmt von der spezifischen lokalen Situation und von den individuellen Perspektiven unseres Forschungsteams. Doch einige Ergebnisse spiegeln sich in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur und Evidenzlage wider. Beispielsweise wurden in unserer Forschung das friedliche Miteinander und die Prävention von Diskriminierung als gesundheitsunterstützende Faktoren identifiziert. Entsprechend berichten Llewellyn et al. (2015) auf der Grundlage ihrer Literaturrecherche, dass Personen mit Lernschwierigkeiten eher Diskriminierungen ausgesetzt sind als nicht-behinderte Menschen und dass diese Diskriminierungserfahrungen mit schlechteren gesundheitlichen Ergebnissen in Verbindung stehen können. Auch wurde ein Zusammenhang zwischen Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, sozio-ökonomischer Benachteiligung und dem subjektiven Gesundheitszustand von Menschen mit Lernschwierigkeiten festgestellt (Emerson, Robertson et al. 2014), was die Relevanz dieser Themen für die kommunale Gesundheitsförderung verdeutlicht.

In einigen Roll-ups wird überdies die Wichtigkeit von Beziehungen für das Wohlbefinden und die Gesundheit angesprochen (z. B. in den Roll-ups „Mein Arbeitsleben“, „Von Hobbys und Leidenschaften“, „Wohlfühlen im Kiez – Svens Geschichte“). Soziale Isolation und Einsamkeit werden in der Forschung derzeit intensiv untersucht, und es scheint sich abzuzeichnen, dass sich diese Faktoren maßgeblich negativ auf die Gesundheit auswirken können (Spitzer 2016). Da Menschen mit Lernschwierigkeiten besonders häufig von Einsamkeit und sozialer Ausgrenzung betroffen zu sein scheinen (Gilmore & Cuskelly 2014; Stancliffe et al. 2007), ist auch dieses Ergebnis aus der Photovoice-Studie von hoher Relevanz. Allerdings gilt es anzumerken, dass es bislang keine Forschungen gibt, die beschreiben, wie die Erfahrung von Diskriminierung oder Einsamkeit sich bei Menschen mit Lernschwierigkeiten auf die Gesundheit auswirkt. Die generelle Feststellung einer möglichen Korrelation hat leider nur einen beschränkten Aussagegehalt.

Unsere Photovoice-Studie liefert einige wichtige Erkenntnisse und Einsichten darüber, welche gesundheitlichen Einflussfaktoren Menschen mit Lernschwierigkeiten für wich-

tig erachten. Dennoch ist uns im Verlauf des Projekts auch die Beschränktheit der Methode deutlich geworden: Die Studie dokumentiert die subjektive Sicht von zehn Menschen mit Behinderung, die im Rahmen von Kiezspaziergängen verschiedene Aspekte mit der Fotokamera eingefangen haben, um danach über ihre Motive zu sprechen. In den strukturierten Gesprächen über die Bilder kristallisierten sich die beschriebenen Themenbereiche heraus, sodass die Ergebnisse nicht zufällig entstanden sind, sondern systematisch erarbeitet wurden. Dennoch gibt es verschiedene Faktoren, die die Ergebnisse beeinflusst haben könnten (z. B. die unterschiedliche Art und Weise in der Moderation der Kleingruppen, zufällige Ereignisse auf den Kiezspaziergängen, die kalte Jahreszeit bei den Fotoaufnahmen, die eher spontan eingeschlagenen Wege). Gäbe es andere Ergebnisse, wenn wir bei den Kiezspaziergängen in Lichtenberg andere Wege eingeschlagen hätten? Welche Ergebnisse würden zu einer anderen Jahreszeit entstehen? Durch die partizipative Zusammenarbeit bei unserer Photovoice-Studie konnten die Risiken unseres Erachtens vermindert werden. Insbesondere die vielfältigen Kommunikationsprozesse (viele Gespräche in unterschiedlich zusammengesetzten Kleingruppen, Eins-zu-eins-Austausch mit den akademisch Forschenden, viele Rückversicherungsschleifen) sehen wir als Faktoren, die uns geeignet schienen, die Validität der Ergebnisse zu sichern. Gleichwohl bleibt die Frage offen, welchen Grad an Zuverlässigkeit die Daten aufweisen.

Die Stärke der von uns angewendeten Methode liegt aus unserer Sicht darin, dass sich die Beteiligten in einem intensiven Reflexionsprozess mit dem jeweiligen Forschungsgegenstand auseinandersetzen. In unserem Fall sind sich alle, vor allem aber die mitforschenden Teilnehmenden mit Lernschwierigkeiten, besser bewusst geworden, welche Faktoren die Gesundheit beeinträchtigen oder fördern können. Gleichzeitig wurde mit der Ausstellung in Form der Roll-ups der Öffentlichkeit ein Produkt präsentiert, das viele unterschiedliche Menschen erreichen kann und auf das die Beteiligten stolz sein können. Photovoice ist zudem eine sehr zugängliche Methode, die sich gut für die partizipative Forschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten eignet. Die verschiedenen Phasen, Schritte und Aufgaben des Forschungsprozesses sind an unterschiedliche Fähigkeiten anpassbar und ermöglichen die Beteiligung von Menschen mit verschiedenen Kompetenzniveaus. Lese- und Schreibfähigkeiten sind z. B. nicht zwingend erforderlich.

Ziel 2: Akteuren aus Verwaltung, Politik und Behindertenhilfe diese Einflussfaktoren sichtbar machen und auf Probleme sowie Verbesserungspotenzial hinweisen

Dieses Ziel haben wir auf mehreren Ebenen realisiert: durch die Roll-ups, die an unterschiedlichen Orten der Öffentlichkeit präsentiert wurden und werden, durch öffentliche Veranstaltungen (z. B. das „Tagesspiegel“-Fachforum) sowie durch Publikationen (z. B.

Allweiss, Perowanowitsch, Burtscher & Wright 2018). Wir konnten auf vielfältige Art und Weise auf das Thema Gesundheitsförderung für und mit Menschen mit Lernschwierigkeiten aufmerksam machen und das Publikum für die Belange dieser Personengruppe sensibilisieren. Wie wir gezeigt haben, erreichten wir sowohl ein heterogenes Publikum als auch die Entscheidungsträger vor Ort. Die kürzlich erfolgte Einladung, die Ausstellung im Rathaus von Berlin-Lichtenberg zu zeigen, könnte das Bewusstsein der lokalen Entscheidungsträger für die Situation von Menschen mit Lernschwierigkeiten weiter schärfen.

Probleme und Verbesserungspotenzial in Bezug auf die gesundheitlichen Einflussfaktoren sind auf den Roll-ups nur teilweise direkt benannt. Unter dem Motto „Wenn ich Bürgermeister/-in von Lichtenberg wäre“ haben einige Mitforschende konkrete Veränderungswünsche geäußert. Statements dieser Art wurden allerdings nicht für alle Themen entwickelt. Konkrete Hinweise auf Verbesserungspotenziale gibt es somit nur vereinzelt. Auf den ersten Blick könnte es zudem scheinen, dass die erarbeiteten Inhalte auf den Roll-ups nur wenig mit Gesundheit zu tun haben. Die Zusammenhänge erschließen sich erst, wenn Besucher/-innen mit einem breiten Gesundheitsverständnis vertraut sind oder explizit darauf aufmerksam gemacht werden. Auf jedem Großbildplakat steht deshalb: „Was hat [dieses Thema] mit Gesundheit zu tun?“ Diese Frage soll zur kritischen Auseinandersetzung mit den dargestellten Ergebnissen anregen und es dem Publikum ermöglichen, ein vielschichtiges Verständnis von kommunaler Gesundheitsförderung zu entwickeln. Ob dies gelungen ist, können wir jedoch nicht beurteilen.

Unsere Ausstellung und deren gemeinschaftliche Präsentation fand viel Zuspruch. Im Gästebuch zur Ausstellung finden sich beispielsweise folgende Kommentare: „Auch von mir großes Lob für die tolle Ausstellung + die tollen Beiträge. Einige von diesen Krisenpunkten, ‚Verdreckung‘ usw., kenne ich selbst auch.“ (Lichtenberger Bürgerin, Lichtenberger Gesundheitstage, Juni 2017); „Projekte, die den Blick auf das Leben und die Lebenden erweitern, sind immer wichtig und von größter Bedeutung für das Zusammenleben. Mein Horizont ist erweitert.“ (Besucher, Lichtenberger Gesundheitstage, Juni 2017); „Die einzelnen Beispiele treffen den Nerv der gesellschaftlichen Themen/Probleme unserer Zeit“ (Fachkraft, Abschlusstagung PartKommPlus, Januar 2018). Auch die Mitforschenden äußerten sich voller Stolz über ihre öffentlichen Auftritte und schienen eine hohe Identifikation mit den Roll-ups zu entwickeln.

Mit der Ausstellung entstanden Objekte zum Anschauen. Das ist ein wesentlicher Unterschied zu der Ergebnispräsentation in einem Bericht. In der Ausstellung wurden die Ergebnisse sichtbar und zum Teil auch hörbar (vgl. Rap-Song) gemacht. Sie erreichten so auch Menschen, die keine wissenschaftlichen Texte lesen. Außerdem hat eine Ausstellung einen gewissen „Erlebnissfaktor“, wodurch das Erfahrene eventuell besser aufgenommen und erinnert wird. Auch kann über die bildliche Darstellung eine ge-

wisse Nähe zu den Betroffenen und deren Sichtweisen hergestellt werden. Aber die visuelle Form der Ergebnispräsentation birgt auch Risiken. Wenn Menschen mit Behinderungen in der Öffentlichkeit auftreten bzw. sichtbar werden, besteht die Gefahr, dass ihre soziale Stigmatisierung verstärkt wird, insbesondere dann, wenn äußere Merkmale von Menschen negativ bewertet werden. Eine Ausstellungsbesucherin stellte uns beispielsweise die Frage, wie man denn „solche Menschen“ abbilden könne. Obwohl dies ein Einzelfall war, sollte die Gefahr einer Stigmatisierung thematisiert und soweit wie möglich reduziert werden (z. B. über eine hohe Qualität der Ausstellungsgestaltung).

Ziel 3: Gemeinsam Schritte zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancen von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Lichtenberg erarbeiten

Wie bereits angedeutet, reichten unsere personellen und zeitlichen Ressourcen nicht aus, um diese Zielsetzung konsequent zu verfolgen. Vielleicht war das Ziel zu hoch gesteckt. Ein Praxisforschungsprojekt, das im Zeitraum eines Studiensemesters verwirklicht werden muss, hat nur begrenzte Ressourcen. Abgesehen von individuellen Wünschen wurden zudem keine konkreten Empfehlungen oder Forderungen systematisch abgeleitet, die mit den jeweils zuständigen Stellen hätten bearbeitet werden können. Es wäre wahrscheinlich hilfreich gewesen, Ressourcen für eine partizipative Ausformulierung von Empfehlungen einzuplanen und die Zusammenarbeit mit der Bezirksverwaltung stärker zu formalisieren. Nichtsdestotrotz liefern die Erkenntnisse unserer Photovoice-Studie wertvolle Hinweise, die als Basis für weitere Untersuchungen und Projekte im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung dienen können. Durch die Förderung einer zweiten Projektphase von GESUND! ist zudem sichergestellt, dass die Ausstellung noch an weiteren Orten gezeigt werden kann.

3.9 Positive Schlussfolgerungen aus der Photovoice-Studie

Beim Vergleich mit den zu Projektbeginn formulierten Zielen sind wir auf einige kritikwürdige Punkte gestoßen. Aber gerade diese kritische Reflexion hat uns auch vor Augen geführt, an welchen Stellen die Photovoice-Studie erfolgreich war:

1. Die beteiligten Menschen mit Lernschwierigkeiten haben mit großem Eifer und hoher Einsatzbereitschaft an der Untersuchung teilgenommen. Niemand ist vorzeitig ausgestiegen, was als Kennzeichen der hohen Akzeptanz und Qualität unserer gemeinsamen Arbeit gewertet werden kann. Die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen gesundheitlichen Themenbereichen hat unter den Mitforschenden zu einem erweiterten Bewusstsein für ein gesundes Leben geführt. Das Projekt hat darüber hinaus einen wichtigen Beitrag zur Persönlichkeits- und Bewusstseinsbildung geleistet und vielfältige Empowermentprozesse bei den Mitgliedern des Forschungsteams angestoßen.

2. Die Ergebnisse der Studie dokumentieren die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse, Erfahrungen und Perspektiven von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Berlin-Lichtenberg. Sie bilden ab, was diese als wichtig für ihre Gesundheit erachten. Dabei sind die vorgelegten Erkenntnisse nicht neuartig oder ausschließlich für Menschen mit Lernschwierigkeiten relevant. Vielmehr zeigt sich, dass die Ergebnisse für eine breite Bevölkerungsgruppe bedeutsam sein können. Sie bestätigen die theoretische Modellbildung zu den gesundheitlichen Einflussfaktoren von Bär (2012) und ergänzen diese mit Erfahrungswissen aus dem Blickwinkel von Menschen mit Lernschwierigkeiten.
3. Das Projekt hat Beachtung bei der bezirklichen Verwaltung und der Kommunalpolitik gefunden, auch außerhalb der bezirklichen Ebene erlangte es Aufmerksamkeit bei unterschiedlichen Personen- und Akteursgruppen.
4. Die Methode Photovoice ist ein niederschwelliger Ansatz der explorativen Forschung. Das Sammeln von Fotos und die Gespräche darüber in Kleingruppen ermöglichen kreativ-lustvolles und kommunikatives Arbeiten. Die notwendigen Voraussetzungen und Anforderungen an die Beteiligten sind, abgesehen von der Moderationsaufgabe, relativ gering. Wie wir zeigen konnten, lässt sich die Datenerhebung partizipativ und in guter Qualität mit Menschen mit Lernschwierigkeiten verwirklichen.

Literaturverzeichnis

- Abteilung Umwelt und Gesundheit, Amt für Umwelt und Natur, Fachbereich Naturschutz und Landschaftsplanung. (2006). Landschaftsrahmenplan Lichtenberg (Bezirksamt Lichtenberg, Hrsg.).
- Alborz, A.; McNally, R. & Glendinning, C. (2005). Access to health care for people with learning disabilities in the UK: mapping the issues and reviewing the evidence. *Journal of health services research & policy*, 10 (3), 173 – 182.
- Allweiss, T.; Perowanowitsch, M.; Burtcher, 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*, Bd. 3, 237 – 245. The International Institute of Knowledge Management (TIKM).
- Arnade, S. (2017). Ein Statement. Inklusion und Empowerment: Zur Bedeutung der UN-Behindertenrechtskonvention im Gesundheitswesen. *Public Health Forum*, 25 (4), 43.
- Bär, G. (2012). Partizipation im Quartier – Gesundheitsförderung mit vielen Adressaten und Dynamiken. In: Rosenbrock R., & Hartung, S. (Hrsg.). *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. 172 – 182. Bern: Verlag Hans Huber.
- Behrisch, B. & Grüber, K. (2014). Partizipation von Menschen mit Lernschwierigkeiten in der Kommune. In: *Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge (Hrsg.). Partizipation in der sozialen Arbeit. Alibi oder Empowerment? Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 2/2014, 16 – 25. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Berg, M. van den; Wendel-Vos, W.; Poppel, M. van; Kemper, H.; Mechelen, W. van & Maas, J. (2015). Health benefits of green spaces in the living environment. A systematic review of epidemiological studies. *Urban Forestry & Urban Greening*, 14 (4), 806 – 816.
- Böhme, C. & Stender, K.-P. (2015). Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt/Kommunalpolitische Perspektive (BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.). Zugriff am 14.02.18. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-gesunde-soziale-stadt-kommunalpolitische-perspektive/>.
- Booth, T. & Booth, W. (2003). In the Frame. Photovoice and mothers with learning difficulties. *Disability & Society*, 18 (4), 431 – 442.
- Brake, L.R.; Schleien, S.J.; Miller, K.D. & Walton, G. (2012). Photovoice: A Tour Through the Camera Lens of Self-Advocates. *Social Advocacy and Systems Change Journal*, 3 (1), 44 – 53.
- BRK-Allianz (Hrsg.). (2013). Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion! Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland, Berlin. Zugriff am 13.04.18. Verfügbar unter <http://www.brk-allianz.de/index.php/parallel-bericht.html>.
- Buchner, T.; Grubich, R.; Fleischanderl, U.; Koenig, O. & Nösterer-Scheiner, S. (2016). Inclusive Spaces. Schüler/-innen erforschen die sozialen Räume an ihren Schulen. In: Buchner, T.; Koenig, O. & Schuppener, S. (Hrsg.). *Inklusive Forschung. Gemeinsam mit Menschen mit Lernschwierigkeiten forschen*, 159 – 171. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Buchner, T.; Koenig, O. & Schuppener, S. (Hrsg.). (2016). *Inklusive Forschung. Gemeinsam mit Menschen mit Lernschwierigkeiten forschen*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales Deutschland (Hrsg.). (2016). *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2016*, Berlin.
- Burtcher, R. (2014). Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: *Erwachsenenbildung und Behinderung* (2), 4 – 11.

- Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode. (2018). Zwischenbericht zu den rechtlichen Wirkungen im Fall der Umsetzung von Artikel 25 a § 99 des Bundesteilhabegesetzes (ab 2023) auf den leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe (Deutscher Bundestag, Hrsg.) (Drucksache 19/3242), Berlin.
- Emerson, E.; Hatton, C.; Robertson, J. & Baines, S. (2014). Perceptions of neighbourhood quality, social and civic participation and the self rated health of British adults with intellectual disability: cross sectional study. *BMC Public Health*, 14, 1252.
- Emerson, E.; Robertson, J.; Baines, S. & Hatton, C. (2014). The self-rated health of British adults with intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, 35 (3), 591 – 596.
- Friedrichs, J. (2017). Effekte des Wohngebiets auf die mentale und physische Gesundheit der Bewohner/-innen. 41 – 57. In: Fabian, C.; Drilling, M.; Niermann O. & Schnur, O. (Hrsg.). *Quartier und Gesundheit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Gilmore, L. & Cuskelly, M. (2014). Vulnerability to Loneliness in People with Intellectual Disability. An Explanatory Model. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11 (3), 192 – 199.
- Hasseler, M. (2015). Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in der akut-stationären Versorgung. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 140, e 217 – 223.
- Jurkowski, J.M. (2008). Photovoice as Participatory Action Research Tool for Engaging People With Intellectual Disabilities in Research and Program Development. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46 (1), 1 – 11.
- Jurkowski, J.M. & Paul-Ward, A. (2007). Photovoice with vulnerable populations: addressing disparities in health promotion among people with intellectual disabilities. *Health promotion practice*, 8 (4), 358 – 365.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.). (2014). *Gesundheitsförderung im Quartier bzw. Stadtteil*. Handreichung. Zugriff am 14.02.18. Verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=c34e986fadce6eb81dd06dfe638ab187>.
- Krnjacki, L.; Emerson, E.; Llewellyn, G. & Kavanagh, A. M. (2016). Prevalence and risk of violence against people with and without disabilities. Findings from an Australian population-based study. *Australian and New Zealand journal of public health*, 40 (1), 16 – 21.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- LGK NRW. (2013). 22. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen. „Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern“ (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Hrsg.). Zugriff am 12.07.2017. Verfügbar unter https://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheitsLGK_2013_Entschliessung.pdf
- Llewellyn, G.; Vaughan, C. & Emerson, E. (2015). Discrimination and the Health of People with Intellectual Disabilities. In: Hatton, C. & Emerson, E. (Hrsg.). *Health Disparities and Intellectual Disabilities* (International Review of Research in Developmental Disabilities, Bd. 48, 43 – 72). New York: Elsevier.
- Mayrhofer, H. & Schachner, A. (2013). Partizipative Fotobefragung in der Evaluationspraxis. Möglichkeiten und Grenzen des Arbeitens mit anspruchsvollen qualitativen Verfahren am Beispiel einer Projektevaluierung im Behindertenbereich. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 14 (2), 1 – 42.
- Ollerton, J. & Horsfall, D. (2013). Rights to research. Utilising the Convention on the Rights of Persons with Disabilities as an inclusive participatory action research tool. *Disability & Society*, 28 (5), 616 – 630.

- Palibroda, B.; Krieg, B.; Murdock, L. & Hevalock, J. (2009). A Practical Guide to Photovoice: Sharing Pictures, Telling Stories and Changing Communities. Winnipeg: pwhce.
- Reisig, V. & Kuhn, J. (2016). Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung (BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.). Zugriff am 14.02.18. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/>.
- Roser, J.-M.; Budroni, H. & Schnepf, W. (2011). Entwicklung einer Zielvereinbarung zur barrierefreien Krankenhausversorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen. Abschlussbericht zum Projekt (Universität Witten/Herdecke, Hrsg.). Zugriff am 17.07.2017. Verfügbar unter http://www.barrierefreiheit.de/tl_files/bkb-downloads/Projekte/barrierefreies_krankenhaus_mehrfachbehinderung/abschlussbericht_barrierefreies_krankenhaus_bvjm_uwh_2011_druckfassung.pdf.
- Schrötte, M.; Glammeyer, S.; Sellach, B.; Hornberg, C.; Kavemann, B.; Puhe, H. et al. (2013). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg.), Bielefeld, Frankfurt, Köln, München. Zugriff am 20.10.2018. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/jump94206/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-langfassung-ergebnisse-der-quantitativen-befragung-data.pdf>.
- Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability. A systematic review. *Research in developmental disabilities*, 32 (6), 2164 – 2182.
- Spitzer, M. (2016). Editorial: Einsamkeit – erblich, ansteckend, tödlich. *Nervenheilkunde* (11), 734 – 741.
- Stancliffe, R.J.; Lakin, K.C.; Doljanac, R.; Byun, S.-Y.; Taub, S.; Chiri, G. et al. (2007). Loneliness and Living Arrangements. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (6), 380 – 390.
- Unger, H. von (2014). Partizipative Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Verdonschot, M.M.L.; Witte, L.P.de; Reichrath, E.; Buntinx, W.H.E. & Curfs, L.M.G. (2009). Community participation of people with an intellectual disability. A review of empirical findings, *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 53 (4), 303 – 318.
- Wang, C. & Burris, M.A. (1994). Empowerment through photo novella: portraits of participation. *Health education quarterly*, 21 (2), 171 – 186.
- Wang, C. & Burris, M.A. (1997). Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 24 (3), 369 – 387.
- Wang, C.C. (1999). Photovoice. A participatory action research strategy applied to women's health. *Journal of women's health*, 8 (2), 185 – 192.
- Welti, F. (2017). Zugänglichkeit und Barrierefreiheit der gesundheitlichen Infrastruktur. *Public Health Forum*, 25 (4), 274 – 276.
- WHO Regional Office for Europe. (2016). Urban green spaces and health. A review of evidence (World Health Organization, Hrsg.), Kopenhagen.
- WHO Regional Office for Europe. (2017). Cities. Transport, health and environment (World Health Organization, Hrsg.) (Fact sheet Nr. 1), Kopenhagen.
- WHO Regional Office for Europe. (2018). Gesunde Umwelt für gesündere Menschen (World Health Organization, Hrsg.), Kopenhagen.
- Woolrych, R. (2004). Empowering images. Using PhotoVoice with tenants with special needs. *Housing, Care and Support*, 7 (1), 31 – 36.

4 Gesundheitsforscher/-innen in der Schreibwerkstatt

Nikola Schwersensky

„All social research, regardless of design, is a story.“
(Labonté 2011, S. 154)

Das Ziel dieses Kapitels ist es, die Perspektive zu wechseln. Bisher haben wir aus der Sicht der akademisch Forschenden über das Projekt berichtet. Aber was sagen die Mitforschenden selbst über ihre Mitwirkung im GESUND!-Team? Um das herauszufinden, veranstalteten wir eine Schreibwerkstatt. Die Geschichten von Christian, Silke und Sven, die wir hier veröffentlichen, entstanden in diesem Rahmen in der Zeit von September bis Dezember 2017. Das Forschungsteam, bestehend aus den drei Autor/-innen und drei akademisch Forschenden, traf sich, um sich an die gemeinsame Zeit im Projekt GESUND! mit den verschiedenen Aktivitäten Gesundheitskurs, Forschungswerkstatt und Photovoice-Studie zu erinnern. Die Sicht der Mitforschenden auf das Erlebte und Erforschte zu dokumentieren und ihren Geschichten in diesem Band eine Plattform zu geben, hielten wir für dringend geboten. Wer könnte die Perspektive der Mitforschenden auf das Thema Partizipative Forschung besser und authentischer beschreiben als die Mitforschenden selbst?

4.1 Methodisches Vorgehen

Die Schreibwerkstatt orientierte sich an der Methode des autobiografischen Interviews (Atkinson & Walmsley 1999; Westermann & Buchner 2008; Bornat & Walmsley 2008). In den Beiträgen der Mitforschenden geht es aber nicht um die Lebensgeschichten der Autor/-innen, wenngleich die Geschichten durchaus Biografisches enthalten, vielmehr werden zwei Ebenen in den Beiträgen sichtbar:

- Es sind drei Forschungsberichte mit Angaben zu Methoden und Ergebnissen der einzelnen Forschungsabschnitte des Projekts GESUND! aus Sicht und in den Worten der mitforschenden Menschen mit Lernschwierigkeiten.
- Es sind drei Berichte darüber, welche Erfahrungen die Autor/-innen während des Projekts gemacht haben und welchen Einfluss das Erlebte auf sie hatte.

Beide Ebenen sind in den Geschichten vermischt und nicht immer trennscharf zu unterscheiden.

4.2 Ablauf der Schreibwerkstatt

Auf dem letzten gemeinsamen Treffen aller am GESUND!-Projekt Beteiligten in der LWB im Mai 2017 wurde von uns der Vorschlag gemacht, dass einige Mitforschende eigene Geschichten zu der gemeinsamen Projektzeit veröffentlichen könnten. Unterstützung im Rahmen einer Schreibwerkstatt wurde angeboten. In der Gruppe bekundeten vier Personen Interesse, sich dieser Aufgabe zu widmen. Daraufhin gab es im September und Oktober 2017 insgesamt sieben Treffen an der Hochschule, an denen schließlich die drei Mitforschenden teilnahmen, deren Geschichten in diesem Kapitel zu lesen sind.

Um die Erinnerung an die zwei zurückliegenden Projektjahre aufzufrischen, erarbeiteten wir beim ersten Treffen mit allen drei Mitforschenden einen persönlichen Zeitstrahl. Auf einem großen Blatt Papier wurde ein langer Pfeil aufgemalt, der die Zeit von September 2015 bis September 2017 darstellte, die in zwei Jahres- mit jeweils 12 Monatsabschnitten unterteilt wurde. Wir stellten Fragen nach wichtigen Begebenheiten (Geburtstage, Weihnachten und andere Feierlichkeiten, Erlebnisse im Urlaub, bei der Arbeit, in der Wohnung usw.), wir fragten auch nach Krankheit und Wohlbefinden in den verschiedenen Zeitabschnitten, und die Mitforschenden trugen in Schrift und Bild ihre Erinnerungen auf dem Zeitstrahl ein. Sie konnten dabei eine Bewertung vornehmen, indem sie positive Erlebnisse über dem Pfeil und eher negative Erlebnisse unterhalb des Pfeils eintrugen; Eintragungen mitten auf dem Pfeil standen für eine neutrale Bewertung des Erlebten. Nachdem die Mitforschenden ihren jeweils eigenen Zeitstrahl mit persönlichen Erinnerungen an die letzten zwei Jahre gezeichnet und vorgestellt hatten, erinnerten wir uns während des zweiten Treffens an die gemeinsame Zeit im Projekt. Wir erstellten einen GESUND!-Zeitstrahl und versuchten so die Projektzeit zu rekonstruieren. Die Mitforschenden wurden gebeten einzutragen, an welche Themen aus dem Kurs oder an welche Aktivitäten sie sich erinnerten, was ihnen gut und was ihnen nicht gut gefallen hatte. Auf diese Weise kamen wir ins Gespräch über die Themen des GESUND!-Kurses und der Forschungswerkstatt sowie über alle möglichen Aktivitäten wie z.B. Ausflüge. Die Beiträge aller Beteiligten ergänzten sich gut. Die Verknüpfung mit dem persönlichen Zeitstrahl half außerdem, den GESUND!-Zeitstrahl zu füllen. Es zeigte sich, dass vor allem besondere Ereignisse, wie Ergebnispräsentationen auf Abschlussfeiern, Fahrten und Weihnachtsfeiern, intensiv erinnert wurden.

Die folgenden drei Treffen nutzen wir, um stärker inhaltlich zu arbeiten und die Erfahrungen der Mitforschenden während der Projektzeit aufzuzeichnen. Wir konzentrierten uns auf drei Kernaspekte:

- Wie war es für dich, beim Projekt GESUND! mitzumachen?
- Welche Erfahrungen hast du gemacht?
- Was hat sich für dich verändert?

Für jedes Treffen bereiteten wir zu einem bestimmten Thema Fragen vor und wählten Materialien – wie Fotos, Videos, Kursordner und andere Unterlagen – als Erinnerungsstützen aus. Die Gespräche, die wir als Gruppeninterviews führten, nahmen wir auf und verschriftlichten sie. Jeweils eine Person aus dem Team der akademisch Forschenden stellte die vorbereiteten Fragen und moderierte das Gespräch mit den Mitforschenden. Die Transkripte dieser Fokusgruppen bildeten die Grundlage für die Geschichten.

Zunächst ging es um die beiden Fragen: „Wie bist du zu GESUND! gekommen?“ und „Was war deine Motivation mitzumachen?“. Danach fragten wir: „Was bedeutet Gesundheit für dich?“ und „Was hat sich in den letzten zwei Jahren für dich verändert?“. Um noch intensiver in das Thema Gesundheit einzusteigen, bekam jede/r ein Regenbogenmodell der gesundheitlichen Einflussfaktoren¹, das mit Beispielen aus dem eigenen Leben gefüllt werden sollte. Wir begleiteten diese Übung, indem wir die Bedeutung der Ebenen des Modells wiederholten und Beispiele gaben. Zum Schluss stellten die drei Mitforschenden jeweils ihren „persönlichen Regenbogen“ vor.

Beim darauffolgenden Treffen ging es um die Forschungsprojekte, die wir gemeinsam durchgeführt hatten: die Projekte „Lärm“ und „Gesund essen“ in der LWB und die Photovoice-Studie an der Hochschule. Wir baten die Mitforschenden, sich an den Ablauf dieser Forschungsprojekte zu erinnern und diesen wiederzugeben. Als Unterstützung zeigten wir ihnen Fotos und die Projektberichte. Die Mitforschenden sollten ihre Erfahrungen schildern, die sie als Forscherin oder Forscher gemacht hatten. Außerdem wollten wir wissen, welche Veränderungen sich durch die Forschungsprojekte ergeben haben, bezogen sowohl auf die eigene Person als auch auf die Arbeits- und Wohnsituation bzw. auch auf das weitere soziale Umfeld.

Schließlich ging es beim letzten Interviewtermin noch einmal um den Gesundheitskurs in der LWB. Auch hier unterstützten wir die Erinnerung mit Fotos aus der Kurszeit. Während eine Diashow mit Bildern aus dem Kurs lief, hatten die Mitforschenden die Gelegenheit, die Präsentation mit einem Buzzer anzuhalten und die Situation zu schildern, die auf dem Bild zu sehen war. Zusätzlich hatten wir Kärtchen mit Leitfragen vorbereitet, die verdeckt auslagen und abwechselnd gezogen wurden, um als Gesprächsanregung zu dienen. Gefragt wurde danach, welches Wissen im Kurs neu erworben wurde, nach positiven und negativen Kursmomenten sowie danach, wie der Umgang miteinander während des Kurses empfunden wurde.

Bevor dann das Schreiben der eigentlichen Geschichten beginnen konnte, mussten noch einige Aspekte des Persönlichkeitsrechts geklärt werden. Wollten die Mitforschen-

¹ Das Regenbogenmodell der gesundheitlichen Einflussfaktoren nach Dahlgren und Whitehead (1991) wird in Kapitel 1 in diesem Buch vorgestellt.

den als Autor/-in namentlich in Erscheinung treten, und könnten ihnen daraus Nachteile entstehen? Es gab bei den Mitforschenden einige Vorbehalte und Befürchtungen, die sich vor allem auf eine mögliche Veröffentlichung des Namens im Internet bezogen. Anhand von Beispielgeschichten, kleinen Übungen und Spielen konnten wir ein Gefühl dafür vermitteln, welche Informationen Rückschlüsse auf eine Person zulassen. Das diente für die Mitforschenden als Hilfe bei der Entscheidung, was man von sich oder von anderen Personen aus dem privaten oder dem Arbeitsumfeld erzählen wollte. Darüber hinaus war uns wichtig zu erklären, wer die Geschichten wahrscheinlich lesen wird und wozu die Informationen dienen. Dabei gingen wir davon aus, dass vor allem ein interessiertes Fachpublikum das Buch und die Geschichten liest. Am Ende dieses intensiven Reflexions- und Diskussionsprozesses listeten wir gemeinsam mit den Mitforschenden die Vor- und Nachteile auf, als Autor/-in anonym zu bleiben, und wogen Pro und Contra gegeneinander ab. Christian, Silke und Sven machten sich die Entscheidung nicht leicht. Zuerst war für alle drei klar, dass sie keine namentliche Nennung wünschten. Als dann aber die Geschichten Gestalt annahmen, überwog der Stolz. Für die Arbeit in der Schreibwerkstatt sowie für alle anderen Projektabschnitte gibt es Einverständniserklärungen zur Namensnennung, die in einfacher Sprache verfasst und mit den Mitforschenden besprochen worden sind.

Der eigentliche Schreibprozess begann damit, dass sich die Mitforschenden jeweils einen Co-Autor/eine Co-Autorin aus dem Hochschulteam auswählten. Als Vorbereitung auf die nun folgende Arbeit in Tandems druckten wir die transkribierten Fokusgruppeninterviews aus, sortiert nach Beiträgen der einzelnen Mitforschenden. Jede Autorin und jeder Autor las sich alleine oder, wenn nötig, mit Hilfe des Co-Autors/der Co-Autorin, die verschriftlichten Interviews Zeile für Zeile durch. Von den Autor/-innen wurden Passagen gestrichen und an einigen Stellen Texte ergänzt. Um noch weiter ins Detail zu gehen und offene Fragen zu klären, wurden danach Einzelinterviews geführt. Weitere Informationen aus den Protokollen wurden herangezogen, die über die gesamte Projektlaufzeit für jedes Treffen mit den Mitforschenden vom Hochschulteam angefertigt worden waren. Im Verlauf der Schreibarbeit stellte sich für die drei Autor/-innen jeweils ein bestimmter Aspekt heraus, unter den er/sie die Erfahrungen im Projekt stellen wollte. Gemeinsam suchte jedes Schreib-Tandem nach einem passenden Titel für die Geschichte. Der Titel sollte auch gleichzeitig Motto sein und der Geschichte die persönliche Note geben. Nachdem das ganze Material in dieser Form durchgearbeitet war, schrieb das Hochschulteam einen ersten Entwurf für jede Geschichte. Einzelne Passagen wurden in einen zusammenhängenden Text umformuliert. Grammatik und umgangssprachliche Formulierungen wurden angepasst sowie Übergänge zwischen den Abschnitten eingefügt. Der sprachliche Duktus wurde aber soweit wie möglich beibehalten. Inhaltlich wurden keine Änderungen vorgenommen.

Nach der Fertigstellung eines ersten Entwurfs der einzelnen Geschichten trafen sich die Tandems aus Autor/-in und Co-Autor/-in zum gemeinsamen Durchlesen. Dabei nahmen die Autor/-innen kleinere Veränderungen oder Ergänzungen vor. Zwei der drei nahmen sich ihre Geschichte mit und ließen sie eine Vertrauensperson gegenlesen. Die Geschichten wurden getreu den Rückmeldungen vom Hochschulteam überarbeitet und erneut zur Durchsicht vorgelegt. So wie die Geschichten jetzt in diesem Kapitel zu lesen sind, erscheinen sie mit voller Zustimmung der Autor/-innen.

4.3 Christian Meinhard: GESUND! und schlagfertig durch die Welt!

Ich bin der Christian und gehöre sozusagen zum Urgestein vom Projekt GESUND!. Seit dem allerersten Kurs bin ich schon dabei. Meine damalige Gruppenleiterin sprach mich an und meinte: „Christian, das wäre doch was für dich, möchtest Du da mitmachen?“ Dann bin ich einfach ohne große Erwartungen hingegangen. Ich glaube, sie hat mich gefragt, weil ich am fittesten war aus der Abteilung. Ich sagte: „Gucken kann man ja mal, und wenn es mir nicht mehr gefällt, dann sehen wir weiter.“ Und das ist jetzt schon drei Jahre her, und ich bin immer noch dabei. Leider! Ich versuche ja immer wieder auszubrechen, aber es geht nicht. Das ist schon so eine Sucht mittlerweile – Spaß.

Mein erster Eindruck war so naja, mal sehen, wie es weiter läuft. Ich war mir unsicher, ob ich vielleicht doch nicht der Richtige für diese Truppe bin. Irgendwie waren die Themen noch nicht so spannend für mich am Anfang, das hat sich dann erst noch entwickelt. Dennoch war ich neugierig darauf, ob wir was zusammen erreichen oder auch nicht. Ob wir Ideen geben und Aufmerksamkeit erregen können.

Von den anderen Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern kannte ich niemand. Nur ein paar vom Sehen. Aber wir haben uns schnell kennen gelernt, und zwei sind dicke Freunde geworden. Die Stimmung war meistens gut im Kurs. Gemobbt wurde niemand. Manche

haben sich aber immer wieder selbst schlecht gemacht, dafür können wir ja nichts. Ansonsten haben wir viel gelacht, denn Lachen ist gesund. Aber auch getratscht wurde öfters, was einen manchmal vom Lernen ablenkte. Die Themen waren zahlreich und behandelten alles Mögliche, was mit unserer Gesundheit zu tun hatte. Wirklich neu und sehr interessant fand ich das Thema mit dem Herzen. Ich hatte nämlich auch mal etwas mit dem Herzen, und jetzt habe ich ein bisschen was dazugelernt, wie es sich auswirken kann bei Stress zum Beispiel. Auch an das Rollenspiel kann ich mich noch gut erinnern, wo ich einen Arzt gespielt habe. So konnten alle den Unterschied sehen, wie es ist, wenn ein Arzt unfreundlich oder einfühlsam mit den Patienten umgeht. Um mir alles zu merken, was wir gelernt haben, habe ich mir einen extra Ordner im Kopf eingerichtet. Aber ab und zu will der Kopfordner nicht so richtig, deshalb haben wir auch einen richtigen Ordner bekommen. Dort wurden die Kursinhalte in einfacher Text- und Bildsprache auf Papier gesammelt.

Ich habe eine starke Willenskraft, durch die ich nie aufgebe. Wenn ich ein Ziel habe, kann ich es auch durchsetzen. Manchmal muss ich mich jedoch selbst an die Hand nehmen oder mir selbst in den Arsch treten, um etwas zu erreichen. Obwohl ich schon immer selbstbewusst und schlagfertig war, hat mir das Projekt GESUND! den Mut gegeben, meine Arbeitsstelle zu wechseln. Ich fühlte mich einfach nicht mehr wohl und konnte mich überwinden, den Gruppenleiter der Faltbootabteilung beim Essen in der Kantine anzusprechen. Zum Glück stieß ich auf offene Ohren und schaffte es nach weiteren Gesprächen endlich, in meine Wunschabteilung zu kommen. Hier sitze ich viel an der Nähmaschine, obwohl ich durch meine Behinderung eine Hand kaum bewegen kann. Doch alle haben sich darauf eingestellt. Da ich jetzt schon so lange mit dieser Einschränkung lebe, sehe ich mich nicht mehr als behindert. Ich fühle mich als ganz nor-

mal, als ein ganz normaler Mensch. Früher hatte ich Pflegestufe 2, heute habe ich keine mehr und brauche keine mehr. Mit der neuen Arbeit bin ich aktuell zufrieden, wobei ich lieber auf dem ersten Arbeitsmarkt sein würde.

Dass ich gerne beim Projekt GESUND! mitmache, hat also nicht mehr damit zu tun, dass ich gerne von der Arbeit weg bin. Außerdem ist das, was wir hier machen, ja auch Arbeit. Zum Beispiel führten wir gegen Ende der Ausbildung im Kurs zur Gesundheitsforscherin und zum Gesundheitsforscher zwei Befragungen durch. Die eine Gruppe wollte wissen, wie das Essen in der Kantine gesünder werden kann, die andere Gruppe nahm die Lärmbelastung in einzelnen Abteilungen unter die Lupe. 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 vor Unfällen schützen. Es gibt viele Beispiele von gutem und nicht so gutem Lärm. Mit Hilfe einer Befragung untersuchten wir drei 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 sowohl 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. Dort habe ich gelernt, dass es gut ist, wenn man alle Personen im Raum anschaut, wenn man zu ihnen spricht. Es gab auch spannende Vorträge, die ich mir angehört habe, z. B. dass Leichte Sprache bei Behördengängen hilfreich wäre, oder wie man den Führerschein trotz einer körperlichen Einschränkung machen kann. Seitdem ringe ich mit der Überlegung, es doch nochmal zu versuchen mit der Fahrschule. Ich war froh, dabei gewesen zu sein in Linz, obwohl ich anfangs eigentlich keine große Lust darauf hatte.

Froh war ich auch, als ich hörte, dass es mit dem Projekt GESUND! noch weitergehen sollte. Dieses Mal aber nicht in der Werkstatt, sondern in der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, wo das Projekt seine Büros hat und viele Studierende sind. In der Hochschule ist es viel angenehmer. In der Werkstatt kamen manchmal Arbeitskollegen einfach so in den Raum rein, in dem wir waren. Das war einfach nervig. Sie erinnerten einen zum Beispiel daran, dass man Pause machen soll, obwohl wir im Projekt GESUND! unsere eigene Pause gemacht haben. Also ein ganz klares Ja für den neuen Standort. Zudem waren jetzt auch vier neue Leute aus der Werkstatt und zwei Studentinnen dabei, die ab sofort bei uns mitmachten.

Dieses Mal stand nicht mehr die Werkstatt im Vordergrund, sondern der Bezirk Berlin-Lichtenberg, in dem wir (fast) alle wohnen. Es ist zwar sauber hier, aber so besonders find ich den Bezirk nicht. Mit bald 300.000 Einwohnerinnen und Einwohnern kann man Lichtenberg quasi als eigene Stadt sehen. Wir wollten diese „Stadt“ in Berlin erkunden und schauen, was uns dort, wo wir wohnen, gut oder nicht gut tut, also was uns eher krank macht oder gesund erhält. Dies

musste gut vorbereitet sein. Wir studierten zunächst die Karte des Bezirks, indem wir einzeichneten, wo wir wohnen, arbeiten und uns in der Freizeit rumtreiben. Dann schlossen sich immer diejenigen zusammen, die in einem Kiez wohnten, also fast Nachbarn waren.

Nachdem wir bei weiteren Treffen an der Hochschule in die Kunst der Fotografie und die Bedeutung des Regenbogenmodells [zu den gesundheitlichen Einflussfaktoren] eingeführt wurden, zogen wir an einem Morgen endlich los. Jeder von uns hatte entweder eine Digitalkamera oder sein Smartphone dabei. Da es draußen schweinekalt war, begannen ich und meine Truppe den sogenannten Kiezspaziergang in einer Bäckerei, wo jeder erstmal seine 5 Euro Kaffeegegeld auf den Kopf geklopft hat. Wir gingen darauf an meinem Hochhaus vorbei und in den Stadtpark Lichtenberg. Ich machte viele Fotos von Dingen, die mir in meinem Kiez nicht gefallen, wie Graffiti-Schmierereien und herumliegender Müll, oder von Dingen, die mir gut tun, wie die Natur im Erholungspark oder mein Hobby, die Straßenbahnen. Insgesamt machte jede Gruppe zwei Kiezspaziergänge. In der Hochschule werteten wir die Fotos aus. Diese Methode mit dem Fotografieren und Auswerten nennt man „Photovoice“. Ich hab‘ das erstmal alles auf mich wirken lassen, was ich so fotografiert habe. Wir redeten über die Bilder und haben diese dann in Kategorien sortiert, wie z. B. Freizeit oder Hobbys. Am Ende hatten wir 10 Kategorien. Ich wählte das Thema „Leben mit wenig Geld“ und stellte mein Hochhaus vor, in dem ich wohnen muss. Jeder gestaltete ein großes Plakat mit einem Text und vielen Fotos (auch Roll-up genannt). Ich nannte mein Roll-up „Mein Eisblock“. Meine 3er-WG ist unsaniert und schlicht. Ständig sind der Fahrstuhl und die Warmwasserleitung kaputt. Die Fenster sind so schlecht, dass die Heizung im Winter nicht mehr nachkommt und man es nur mit zwei Pullis aushält. Was anderes kann ich mir nicht leisten. Da ich Angst vor Problemen mit

meinem Vermieter habe, wollte ich auf meinem Roll-up nicht mit echtem Namen und nur als Schattenbild erscheinen. Der Vermieter sagte mir, wenn Dir die Wohnung nicht passt, dann ziehe halt aus. Das würde ich sofort machen, wenn ich es könnte.

Wir erstellten die Roll-ups für eine Wanderausstellung. Durch die verschiedenen Themen, die alle etwas mit Gesundheit und Wohlbefinden in unserem Bezirk zu tun haben, möchten wir Leute aus der Politik, Stadtentwicklung, aber auch Bürgerinnen und Bürger ansprechen. Die Ausstellung „GESUND! in der Stadt“ wurde feierlich eröffnet. Sogar die Bezirksstadträtin von Lichtenberg war zu Gast. Nachdem wir unsere Arbeit vorgestellt hatten, wurden uns eine Menge Fragen gestellt. Ich war ein bisschen hibbelig und aufgeregt, konnte aber viel frei sprechen. Dann folgte die Überreichung der Urkunden. Stolz war ich sowieso, sodass mir die Brust angeschwollen ist. Ich hoffe, dass unsere Ausstellung noch weit kommen wird. Als nächstes ist unsere Werkstatt und das Rathaus Lichtenberg dran. Es wäre schön, wenn die Politik da was macht mit den Themen und in meinem Fall dem Vermieter mal auf die Finger haut. War auf jeden Fall top das Forschungsprojekt. Ich habe mich dabei gefühlt wie ein Forscher. Ich bin aufmerksamer mit offenen Augen durch die Welt gegangen, wie ich es sonst nicht gemacht habe. Ich habe mehr geguckt, wie sieht deine Umgebung eigentlich aus, und was würdest du selber verändern, wenn du es könntest.

4.4 Silke Elze: Die Gesundheitsexpertin

Ich bin Silke und bin von Anfang an im Gesundheitskurs als Forscherin dabei. Ich bin Beschäftigte der LWB und arbeite in der Digitalen Archivierung. Dort bin ich seit der Gründung meines Arbeitsbereiches seit über 13 Jahren. Mein Gruppenleiter hat mich auf das Projekt GESUND! gebracht. Er hat gesagt, das wäre was für mich. Ich wollte

bei GESUND! mitmachen, weil ich für mehr Bewegung und gesundes Essen bin. Ich lege Wert auf gute Ernährung, möchte nicht noch mehr zunehmen. Denn das geht auf die Gelenke, den Herzkreislauf. Ich probiere auch gerne neue Dinge aus.

Der Gesundheitskurs

Zuerst gab es im Projekt GESUND! einen Kurs über Gesundheit. Beim ersten Termin war der Gesundheitskurs noch neu für mich, es gab viele neue Gesichter. Da muss man erst mal warm werden, sich daran gewöhnen. Ich hatte nur eine gekannt, die auch mal in meinem Arbeitsbereich war. Am Anfang ist man ein bisschen zurückhaltend. Das ist immer so, das ist normal. In solchen Situationen lasse ich es immer auf mich zukommen. Ängste habe ich keine. Erstmal zuhören und es sich angucken. Nach einer Weile zeigte sich: Bei uns wurde niemand ausgelacht, wir waren ganz nette Leute im Kurs. Manchmal haben wir zusammen richtig herzlich gelacht. Lachen ist gut für die Psyche und ist sehr gesund, also lachen wir, bis der Arzt kommt!

Im Gesundheitskurs ging es um verschiedene Themen, zum Beispiel gesunde Ernährung oder ein Rollenspiel über Arztbesuche. Neu war für mich im Kurs viel beim Thema Schmerzen. Ich habe Schmerzsymptome kennengelernt, die ich gar nicht kannte.

Einmal waren wir auch zu Besuch in der Beratungsstelle „Balance“. Es ging um das Thema Belästigung. Ich habe schon vieles gewusst. Ich konnte Orte nennen, an die man sich bei Problemen wenden kann. Wichtig ist, sich jemandem anzuvertrauen und es nicht zu verschweigen. Es gibt zum Beispiel auch kostenlose Kurse bei der Polizei zur Selbstverteidigung. Als ich das erzählt habe, wurde ich von der Leiterin gelobt. Das hat mich gefreut. Das Thema sexuelle Belästigung ist mir nämlich sehr wichtig. Ich ärgere mich, wenn ich das Gefühl habe, dass etwas unter den Teppich gekehrt wird. Sexu-

elle Belästigung wird oft nicht ernst genommen als Thema. Dumme Ausreden, wie „Dem ist nur die Hand ausgerutscht“, habe ich satt. Ich finde, man muss mehr sensibilisieren. Die Leute beschäftigen sich zu wenig damit. Ich habe auch mal mit dem Geschäftsführer der Werkstatt darüber gesprochen. Das kam so: Im Kurs gab es einen Termin über Motivation, Lust und Frust. Dort haben wir uns gefragt: Was motiviert mich bei der Arbeit? Was frustriert mich bei der Arbeit? Danach bot Reinhard [der Kursleiter] an, zu dem Geschäftsführer der LWB zu gehen, um ihm davon zu erzählen. Zusammen mit zwei anderen meldete ich mich freiwillig für das Gespräch. Ich war zum ersten Mal im Büro von unserem Geschäftsführer. Ich habe das Gespräch begonnen und auch am meisten gesprochen. Ich habe von sexueller Belästigung, schmutzigen Toiletten, kaltem Wasser auf der Toilette und von undichten Fenstern im Winter berichtet. Auch habe ich über unser Entgelt gesprochen. Wir können zum Beispiel keine Geschenke für unsere Familie kaufen, weil wir kein Weihnachtsgeld bekommen. Ich bin stolz auf das Gespräch. Ich habe mich ernst genommen gefühlt.

Manchmal habe ich meinen Kolleginnen und Kollegen in der Digitalen Archivierung vom Kurs erzählt. In meiner Arbeitsgruppe habe ich zum Beispiel vom Krisendienst erzählt. Da kann man kostenlos und anonym anrufen und auch hingehen. Sie bieten sogar Hausbesuche an. Bei meiner Arbeit gab es einen, der das Angebot dann in Anspruch genommen hat. Worum es ging, weiß ich aber nicht. Das ist Privatsache. Ich habe in meiner Arbeitsgruppe auch mal einen Vortrag über gesunde Ernährung gehalten. Dafür habe ich Dinge aus meinem Kursordner am Computer abgeschrieben. Zu Hause habe ich geschaut, wie viel Zucker in verschiedenen Lebensmitteln drin ist. Ich habe dann Zuckerwürfel neben die Lebensmittel gestellt und Fotos davon gemacht. Zusammen mit einer Gruppenleiterin habe

ich auch einen Artikel über das Projekt GESUND! geschrieben. Ich wurde von der Gruppenleiterin interviewt. Das Interview wurde dann in der Werkstattzeitung veröffentlicht.

Ich hätte mir im Kurs mehr Infos zu psychischer Gesundheit gewünscht (z. B. Was ist eine Depression?). Eine Depression ist nämlich eine ernstzunehmende Erkrankung. Nur sehen das manche nicht so. Die sagen dann: „Es ist halt Winter.“ Aber das hat nichts mit der Jahreszeit zu tun.

Das „Gesund essen“-Projekt

Nach dem Kurs haben wir zwei Forschungsprojekte gemacht. Ich war im Projekt „Gesund essen“. Das Thema gesunde Ernährung interessiert mich. Ich probiere beim Essen auch gerne was Neues aus. Dann kann man sehen, ob es schmeckt oder nicht. Ich mag zum Beispiel keinen Quark mit Kartoffeln. Es kommt schon mal vor, dass einem das Essen in der Werkstatt nicht schmeckt oder auch nicht bekommt. Aber dann gibt es auch immer wieder Essen, das schmeckt, zum Beispiel Jägerschnitzel mit Nudeln oder Salate. Süßspeisen zum Mittag sind nicht mein Ding. Ich esse eher was Herzhaftes. Aber das Dessert zum Mittag, das gehört für mich einfach dazu, obwohl viele sagen: „macht dick“. 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. 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 Lieblingssessen 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 so wie ich, dass das eher Nachtisch ist.

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 Schu-

lung 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. Dann mit einem anderen Thema. Vielleicht könnte man eine Umfrage zum Thema Umwelt machen. Es gibt einfach zu viel Plastik auf der Welt. Viele werfen ihre Plastiktüten ins Meer, wodurch viele Fische verenden. Schließlich teilen wir die Welt mit den Tieren und sollten viel mehr auf die Umwelt achten.

Wir haben drei Mal Vorträge zu unseren Ergebnissen über das Essen in der Werkstatt gehalten. Beim ersten Mal waren wir in der Werkstatt. Ich fand es gut, den anderen aus der Werkstatt von unserem Projekt zu erzählen. Dann gab es eine Präsentation auf der Abschlussfeier im Café „Sonnenstrahl“. Da wollte ich aber nicht mitmachen. Am Ende bin ich doch auf die Bühne gegangen und habe mich bei den GESUND!-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern bedankt. Außerdem haben wir das „Gesund essen“-Projekt einmal an der Hochschule vorgestellt. Mit meinem Kollegen habe ich dort vor vielen Leuten gesprochen. Es war eine Frau aus England dabei, Tina. Ihr wurde alles übersetzt. Ich hatte meinen Teil extra am Morgen nochmal geübt. Es ist schwer, vor so vielen Leuten zu reden. Man ist aufgeregt. Selbst Reinhard sagt, es gehe ihm immer noch so, wenn er vor vielen Leuten reden muss. Und er ist ja Professor.

Das Fotoprojekt

Dann gab es das Fotoprojekt an der Hochschule. Es ging um Lichtenberg. Es gibt ja viele, die in Lichtenberg wohnen. Das war im Herbst 2016. Das ist auch eine schöne Jahreszeit mit den Blättern. Wir haben auf Kiezspaziergängen Fotos gemacht. Ich war mit Sven und einer Studentin einmal am Tierpark, und da haben wir uns Svens

Hundepark angeguckt. Das war sehr schön: liebe Leute, nette Hundebesitzer, süße Hunde. Svens Hund ist ja leider gestorben. Das ist schon traurig. Man hängt ja an so einem Tier. Ein anderes Mal waren wir in meinem Bezirk, in Hohenschönhausen. Und da haben wir Fotos gemacht und später auch ausgewertet. Es gab unterschiedliche Themen, zum Beispiel Lärm, Familie, Freunde, Einkaufen, Erholung, Hobby, Unfallgefahr, Verkehr, Gesundheit, Natur, schöne Weihnachtszeit und schlechte Behandlung. Jeder von uns hat dann ein Thema auf einem Fotoposter, einem sogenannten Roll-up, vorgestellt.

Mein Roll-up hatte den Titel „Tiere sind die besten Freunde“. Haustiere tragen nämlich zur Gesundheit bei. Und ich liebe Tiere. Meine Lieblingstiere sind Katzen, Kaninchen, Hunde, Meerschweinchen und Wellensittiche. Pandas mag ich auch, das sind aber leider keine Haustiere. Sie sind trotzdem niedlich, vor allem die kleinen Panda-babys. Tierbabys sind immer süß. Ich hatte schon immer irgendwie Haustiere, seit ich 11 oder 12 bin, da hatte ich mein erstes Meerschweinchen. Da kommen schöne Erinnerungen hoch, an die man nicht mehr gedacht hat, aus der Vergangenheit. Tiere stärken das Selbstbewusstsein. Man fühlt sich auch nicht so alleine. Es geht einem gut, wenn es den Tieren gut geht. Und das ist für die Gesundheit gut. Es gibt ja auch Tiertherapien.

Das Bild auf dem Roll-up ist eine Fotomontage. Den Hasen habe ich zusammen mit Merlin ausgesucht und dann hat Merlin den so reingesetzt am Computer. Das ist gut gelungen. Das sieht echt aus. Man könnte wirklich glauben, dass ich da einen Hasen halte. So niedlich. Hat auch Spaß gemacht, das Bild mit dem Hasen auszusuchen. Da ist auch ein Bild mit einem Hund. Früher hatte ich Angst vor Hunden, aber heute nicht mehr. Einfach vorbei. Das sind ja auch im Grunde liebe Hunde. Grade so in diesen Parks. Man sieht auch häufiger ganz niedliche Hunde. Also, es gibt keinen Hund, der nicht irgend-

wie niedlich ist. Auf meinem Roll-up war erst ganz viel Text, und das musste man irgendwie reduzieren. Das hätte sonst gar nicht aufgepasst alles, es mussten ja auch ein paar Bilder Platz haben. Ich wollte eigentlich noch mehr über Tierschutz schreiben auf meinem Roll-up. Auf das Thema Tierschutz bin ich durch einen Flyer und durch die Medien gekommen. Da sieht man, wie schlecht Tiere behandelt werden. Zum Beispiel bei Küken, da habe ich gehört, dass die männlichen Küken geschreddert werden in diesen Fabriken. Das finde ich schlimm. Die kommunizieren schon mit der Mutter, wenn die noch im Ei sind. Manche Tiere werden auch irgendwo ausgesetzt. Tierschutz geht uns alle an. Man sollte ein Tier ermutigen und nicht schlecht behandeln, genau wie bei uns. Es gibt aber auch genug Tierschutzorganisationen wie das Tierheim.

Auf der Abschlussfeier wurden die Roll-ups auch präsentiert. Die Leute konnten die sich auch selber angucken und durchlesen. War ja nicht allzu viel. Also, die haben das auch extra so gemacht, dass da nicht zu viel Geschriebenes drauf ist. Da müssen die Besucher nicht zu viel lesen. Man konnte auch noch Rezepte mitnehmen. Eine Teilnehmerin kocht zu Hause gerne, das ist nämlich ihr Hobby. Ja, und wir konnten Rezepte mitnehmen, da sie extra welche ausgedruckt hatte: Königsberger Klopse. Eigentlich wollte ich bei der Abschlussfeier im Café „Sonnenstrahl“ auch wieder etwas vortragen. Am Tag der Präsentation ging es mir aber nicht gut, und dann habe ich es gelassen. Ich war traurig, weil sich meine Familie nicht für die Feier interessierte. Mir hat es aber trotzdem sehr gefallen. Bei der nächsten Präsentation auf der Eröffnung der Ausstellung in der LWB war ich wieder mit dabei. Leider konnte ich dort nicht mit einem Mikrofon sprechen. Ich höre selber nämlich nicht, ob ich laut genug spreche. Der Vortrag lief aber trotzdem gut. Früher hätte ich mich das alles nicht getraut.

Zu mir hat mal jemand gesagt, dass ich aus mir rausgekommen bin und dass ich offener geworden bin in der ganzen Zeit. Man wächst über sich hinaus, je öfter man an dem Kurs teilnimmt. Am Anfang ist man noch ein bisschen zurückhaltend. Da muss man sich dran gewöhnen, dass auch Leute da sind, die man nicht kennt. Und man wächst mit seinen Aufgaben. Mittlerweile klappt es richtig gut, Vorträge zu halten und vor der Kamera zu stehen. Ich merke selber Erfolge in dieser Hinsicht. Im Projekt GESUND! habe ich mich wertgeschätzt gefühlt. Hier bin ich wichtig, auf der Arbeit und im Privaten fehlt das manchmal. Außerdem werde ich ernst genommen. Für meine Familie bin ich oft nur Luft. Es ist nicht gut, wenn man wie Luft oder schlecht behandelt wird, das macht depressiv. Eine intakte Familie ist sehr wichtig, ohne Streitereien und Ärger. Heute lasse ich mir nichts mehr gefallen. Im Vergleich zu früher bin ich viel selbstbewusster geworden. Ich bin sehr engagiert und habe auch bei dem Rap-Projekt mit Graf Fidi und dem Sprayprojekt von GESUND! mitgemacht. Darauf bin ich stolz. Mein Chef sagte deshalb auch einmal, dass ich die Gesundheitsexpertin im Arbeitsbereich bin.

4.5 Sven Frey: Der Mann ohne Lampenfieber

Ich hätte nie gedacht, mal frei vor so vielen Leuten zu sprechen. Schon bei unserer ersten Veranstaltung mit dem GESUND!-Projekt habe ich gemerkt, dass es mit dem Vortragen gut klappt, obwohl ich sowas vorher noch nie gemacht habe. Das Publikum war begeistert, es gab viel Lob und Applaus am Ende. Inzwischen haben wir schon einige Präsentationen gemacht, und ich kann mir sogar vorstellen, alleine einen Vortrag zu halten. Es fällt mir leicht, vor Leuten zu sprechen, und es macht auch viel Spaß, besonders wenn das Publikum mitgeht und lacht.

Wie alles anfang: Projekt „Gesund essen“

Seit 13 Jahren arbeite ich in der Großküche der Lichtenberger Werkstätten für Behinderte als Beikoch. Wir versorgen die Beschäftigten mit Mittagessen, wenn alle da sind, kochen wir für 600 Personen pro Tag. Das sind dann schon mal 120 Kilo Kartoffeln, die verarbeitet werden müssen. Es arbeiten 12 Leute in der Küche. Ich mache alles, von Kochen über Braten bis Abschmecken. Außer freitags, da bin ich für den Abwasch zuständig. Manchmal ist es ganz schön stressig in der Küche. Aber insgesamt bin ich zufrieden mit meiner Arbeit.

Im April 2016 hat mich mein Gruppenleiter angesprochen, er hat gesagt: „Da gibt es das Projekt GESUND!, dabei geht es um gesundes Essen. Das wäre etwas für dich.“ Ich hab' mich gleich gemeldet, und seitdem bin ich auch dabei. Das war eigentlich von Anfang an super, weil ich mich dafür interessiere, ich koche ja auch gerne. Und es war mal eine Abwechslung vom Küchenalltag.

Das Projekt lief schon eine Weile. Dass es die Gruppe schon länger gab und ich viele nicht kannte, war nicht schlimm, das war normal. Ich kann mich mit jedem unterhalten. Angst hab ich vor nichts.

Gleich an meinem ersten Tag sind wir mit einem Fragebogen losgezogen. Wir wollten von den Beschäftigten wissen, warum gesundes Essen nicht so gut ankommt. Wenn es zum Beispiel mal Vollkornnudeln mit Gemüsebolognese gibt, kommt viel ungegessen zurück. Es ging auch darum, ob die Beschäftigten mehr über gesundes Essen wissen wollen und was die Küche verändern kann. Also sind wir rumgelaufen in der Werkstatt und haben mit 123 Beschäftigten Fragebögen ausgefüllt. Das war ja bloß ein Tag. Dann kam die ganze Auswertung und alles. Wir haben die Fragebögen sortiert und aufgeschrieben, was gut ist, was schlecht ist am Essen, was die Beschäftigten haben wollen, mehr Obst, mehr Gemüse. Da stand

auch sowas wie Wünsche an die Küche: „mehr Cola!“ Da haben alle gelacht. Wir haben eine Liste gemacht mit den fünf unbeliebtesten Essen: Süßspeisen wie Grießbrei und Milchreis waren dabei. Aber es gab auch Lob für die Küche, das hat mich gefreut. Viele wollten mehr über gesundes Essen wissen, fast 80 oder 90 Prozent. Wir sprachen davon schon lange, aber es ist durch das Projekt so richtig rausgekommen. Dann haben wir diskutiert darüber. Alle waren überrascht von dem großen Interesse an gesundem Essen. Ich hätte eher mit einer 50-zu-50-Verteilung gerechnet.

Das hat in der Küche schon viel verändert. Es wird gesundes Essen gekocht, vegetarische Bolognese zum Beispiel, auch lactosefrei, nebenbei blähungsfrei wie es heißt und sowas alles. Da rufen die extra an in der Küche, wenn einer keine Zwiebel verträgt, weil sonst mitunter der ganze Raum stinkt. Was so 50 Prozent der Beschäftigten nicht essen wollen, zum Beispiel Grießbrei oder Milchreis, das machen wir auch schon weniger, so einmal im halben Jahr. In der neuen Großküche wird es dann zwei verschiedene Essen geben, einmal vegetarisch und einmal normal.

Wir haben jetzt einen Stammtisch in der Küche. Dort können Beschäftigte hinkommen und uns Fragen stellen. Der Chef, der zweite Chef von der Kantine und eine Frau von der Krankenkasse sind dabei. Einer hat schon gefragt, warum es keine Pommes gibt. Antwort: weil wir es nicht machen können. Wenn die Pommes drei Stunden in der Bain-Marie² stehen, dann hast du eine Pampe. Für 560 Mann Pommes zu machen, das geht einfach nicht.

2 Bain-Marie (französisch für Marienbad, Wasserbad) ist ein in der Gastronomie verwendetes Küchengerät zum Warmhalten von Speisen.

Ein neues Projekt

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.

Vorüberlegung: Was beeinflusst meine Gesundheit?

Viele Dinge haben Einfluss darauf, ob es einem Menschen gut geht, ob er gesund ist oder eben nicht. Das Regenbogenmodell hilft beim Überlegen, welche Dinge das sind. Wir haben immer wieder damit gearbeitet.

Bei mir ist das so: Die Halbglatze, das ist halt meine Vererbung, auch meine Hautkrankheit. Mit 14 Jahren war ich ein viertel Jahr im Krankenhaus in Buch, wegen eines endogenen Ekzems. Da hab' ich 80 Tabletten am Tag schlucken müssen, Prednisolon. Das hat alles kaputt gemacht, Knochen und Zähne. Ich war total aufgeschwemmt. Das Ekzem ist geblieben.

Körperlich geht es jetzt grade so, bis auf die Füße. Ich muss ja auch Einlagen tragen, vor allem im Winter. Ich finde, ich hab mich doch gut gehalten, mit 52.

Ich bin Raucher, aber ich geh auch viel spazieren. Ich gehe regelmäßig auf den Hundeplatz, da treffe ich Freunde. Mit meiner Familie verstehe ich mich gut, vor allem mein Bruder und meine Mutti sind mir wichtig. Ich habe Kumpels, den W. und Kumpel O. Mit Bus und Straßenbahn fahre ich zur Arbeit. Auf der Arbeit fühle ich mich wohl, bin ja auch leidenschaftlicher Koch. Zu Hause koche ich auch selber. Aber ich gehe auch öfter mal essen zu einem Italiener bei uns unten. Einkaufen geh ich bei „Netto“. Mein Arzt ist in der Nähe.

Wenn ich an Gesundheit denke, was gesund sein für mich bedeutet, dann denke ich aber auch erstmal an Geld. Geld spielt ja immer eine

Rolle, dass man sich auch wohlfühlt, zum Beispiel damit man mal verreisen kann, einfach mal die Beine hochlegen, dahin, wo es warm ist. Ja, ich bin lange nicht mehr im Urlaub gewesen, 10 Jahre war ich nicht mehr aus Berlin raus. Ich hätte gerne mehr Geld.

Vorüberlegung: Was erlebe ich in meinem Kiez?

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.

Von meiner Wohnung schaue ich genau auf den Hundeplatz, wo die Hunde frei laufen können. Da bin ich ja immer, außer wenn es kalt ist oder nass. Ich hab' keinen Hund mehr. Früher mit Schila, meiner Ex-Hündin, bin ich meistens zwei, drei Stunden auf dem Hundeplatz gewesen. Ich war jeden Tag da, 10 Jahre lang. Jetzt gehe ich auch ohne Hund dahin. Auf dem Hundeplatz treffe ich Freunde, Bekannte und natürlich viele Hunde. Eigentlich ist es auch wie eine Familie. Einen neuen Hund schaffe ich mir nicht an, der wäre ja alleine, wenn ich arbeiten gehe, Schila kannte das schon.

Auf dem Hundeplatz gibt es eine Infotafel, da steht, was gemacht wird. Jedes halbe Jahr wird der Platz zum Beispiel gereinigt. Letzten Herbst waren wir so 30 Leute, die da Laub geharkt haben. Das Gelände stand schon zu DDR-Zeiten jahrelang leer, wir haben 2005 einen Verein gegründet, 20 Euro Beitrag im Jahr. Ich war von Anfang an dabei. Damals haben wir mit dem Bezirk Lichtenberg verhandelt, um den Platz zu bekommen. Beim Bauen hab' ich auch geholfen.

Wir haben Geräte aus Holz, Reifen zum Durchspringen und so was selbst gebaut.

Von meiner Wohnung aus sehe ich auch ein Kraftwerk. Der Schornstein steht noch, aber es kommt kein Rauch mehr raus. Das ist umgestellt auf Gas. Früher hatte meine Mutter mal frisch gewaschene Gardinen aufgehängt. Die Gardinen waren schwarz – das ging nicht mehr raus. Das war damals, vor vielen Jahren in der DDR. Es ist besser geworden. Aber die Fensterbänke werden immer noch stark verschmutzt. Das stört mich.

Der Fotospaziergang

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 Silke wohnt, und wir haben ihre Meerschweinchen fotografiert. Und dann sind wir da spazieren gegangen. Sie hat uns gezeigt, wo ihre Oma wohnt, nämlich im Altersheim.

Die Auswertung

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 Hobby, Freizeit, Kunst und sowas alles. Am Ende waren es zehn 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?“ Wenn ich Bürgermeister von Lichtenberg wäre, dann würde ich dafür sorgen, dass weniger Müll rumliegt. Damit es nicht diese Dreckecken gibt. Ich könnte mir vorstellen, Umweltpolizisten einzustellen.

Die Ausstellungen

Als die Roll-ups, so werden die großen Poster genannt, fertig waren, das war 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.

Es gab dann noch mehrere Ausstellungen mit den Roll-ups. Einmal waren wir in den Werkstätten, dann waren wir im Lindencenter, dann beim „Tagesspiegel“. Irgendwann soll es auch im Lichtenberger Rathaus eine Ausstellung geben.

Ein Höhepunkt war unsere Fahrt nach Linz. Dort haben wir an einem Kongress teilgenommen, dem IKT-Forum, einer Tagung für Menschen mit und ohne Behinderungen. Wir haben unser Projekt

präsentiert und mit Kongressteilnehmern ein kleines Fotoprojekt durchgeführt. Ich habe mir dort auch andere Vorträge angehört, zum Beispiel hat eine Frau darüber gesprochen, wie es Menschen mit Behinderung gelingen kann, auf dem ersten Arbeitsmarkt Arbeit zu finden. Das war für mich interessant, weil ich das auch möchte. In meinem Alter wird das aber schwierig. Die ganze Reise war einwandfrei, klasse, besonders das Frühstück im Hotel. Wie gesagt: ich war 10 Jahre nicht mehr aus Berlin raus.

Mein Fazit

Eigentlich hat sich mein Blick auf Gesundheit nicht verändert, aber alles in allem bin ich sehr zufrieden. Meine Erwartungen an das Projekt GESUND! haben sich erfüllt. Das Beste waren unsere Präsentationen. Ich fand das interessant, dass wir zusammen geforscht haben. Zu Hause trenne ich jetzt den Müll und koche gesünder, zum Beispiel mit weniger Fett. Aber einmal im Jahr gibt es bei mir Sauerbraten, dann lade ich meine Kumpels ein. Der Sauerbraten für dieses Jahr ist schon seit drei Wochen eingelegt.

Rezept für Sauerbraten

- 1 Kilo Rinderfilet am Stück
- 2 Liter trockener Rotwein
- Lorbeer
- Piment
- Suppengrün
- 2 Esslöffel Weißwein-Essig

Das Rinderfilet wird drei Wochen in Rotwein, Gewürzen, kleingeschnittenem Suppengrün und Essig in eine Kasserolle eingelegt und mit Deckel im Kühlschrank aufbewahrt. Es muss jeden Tag gewendet werden. Rinderfilet nach drei Wochen aus dem Topf nehmen und abtrocknen. Den Sud in einen extra Topf geben und beiseite stellen. Zuerst das Filet in der Kasserolle bei 180 Grad im Ofen mit Fett (zum Beispiel Creme Fine) anbraten. Dann nach und nach mit dem Rotweinsud angießen und bei geschlossenem Deckel zwei Stunden schmoren lassen. Die Rotwein-Sauce mit Saucenbinder noch andicken, fertig. Dazu gibt es Klöße und Rotkohl.

Literaturverzeichnis

- Atkinson, D.; Walmsley, J. (1999). Using Autobiographical Approaches with People with Learning Difficulties. In: *Disability & Society* 14 (2), 203 – 216. Zugriff am 15.05.2018. Verfügbar unter <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687599926271>.
- Bornat, J. & Walmsley, J. (2008). Biography as empowering practice: lessons from research. In: *The Public Sector Innovation Journal* 13 (1). Zugriff am 15.05.2018. Verfügbar unter http://www.innovation.cc/peer-reviewed/bornat_6bio_impower.pdf.
- Labonté, R. (2011). Reflections on stories and a story/dialogue method in health research. In: *International Journal of Social Research Methodology* 14 (2), 153 – 163. Zugriff am 15.05.2018. Verfügbar unter <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13645579.2010.492131>.
- Westermann, G. & Buchner, T. (2008): Die Lebensgeschichte von Gerhard Westermann. In: Boehlke, E. (Hrsg.): *Integrationsgespräche Bd. 5: „Individuelle Biografieforschung als Entwicklungschance für Menschen mit Intelligenzminderung“*, Edition G.I.B.

5 Der Wert gemeinsamer Forschung

Theresa Allweiss, Reinhard Burtscher

Wie bereits erwähnt, gewinnt die aktive Einbindung von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Forschungsvorhaben in deutschsprachigen Ländern zunehmend an Bedeutung. Dennoch steckt der Ansatz hierzulande noch in den Kinderschuhen (Goeke 2016, S. 37 ff.). Dem Potenzial, das die Beteiligung von Menschen mit Lernschwierigkeiten an Forschung mit sich bringt, stehen Grenzen bzw. offene Fragen gegenüber. Mit diesem Kapitel soll daher ein Beitrag zur Entwicklung der Partizipativen Forschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten geleistet werden. Nach einem kurzen Rückblick auf unsere partizipativen Studien stellen wir gewonnene Erkenntnisse zu ausgewählten Themen Partizipativer Gesundheitsforschung vor und diskutieren den Mehrwert, der entsteht, wenn Menschen mit Lernschwierigkeiten und Wissenschaftler/-innen gemeinsam forschen. Während in den vorangegangenen Kapitel vorwiegend die positive Wirkung auf die Mitforschenden dokumentiert wurde, setzen wir uns hier stärker mit kritischen Aspekten auseinander.

5.1 Rückblick auf die partizipativen GESUND!-Studien

„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.“ (Wright 2013, S. 123)

Diese Maxime leitete unser Handeln von Anfang an. Das heißt, wir bildeten in den verschiedenen Projektphasen Forschungsteams aus Menschen mit Lernschwierigkeiten und akademisch Forschenden, um gesundheitsrelevante Fragestellungen zu untersuchen.

Insgesamt verwirklichten wir vier partizipative Studien, bei denen verschiedene Forschungsmethoden eingesetzt wurden. Die beteiligten Menschen mit Lernschwierigkeiten waren alle in der kooperierenden Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt und forschten innerhalb ihrer Beschäftigungszeit. Zum Großteil waren sie als Mitforschende an mehreren Studien beteiligt. So entwickelten sie ihre forschende Haltung kontinuierlich weiter. Die Tabelle 5.1 gibt einen Überblick zu unseren vier partizipativen GESUND!-Studien.

Tab. 5.1: Die partizipativen GESUND!-Studien

Studie	„Lärm“-Projekt	„Gesund essen“-Projekt	GESUND! in der Stadt	GESUND!-Schreibwerkstatt
Ziel	Erhebung der Lärmsituation in ausgewählten Abteilungen der Werkstatt	Mehr gesundes und abwechslungsreiches Essen in der Werkstatt	Erfassung von gesundheitlichen Einflussfaktoren in Lichtenberg aus der Perspektive von Menschen mit Lernschwierigkeiten	Abbildung von persönlichen Entwicklungen im Zusammenhang mit der Mitarbeit bei GESUND!
Fragestellung	Fühlen sich die Beschäftigten in der Werkstatt durch Lärm am Arbeitsplatz gestört? Und wenn ja, durch welchen Lärm?	Warum kommt das gesunde Essen in der LWB nicht immer gut an?	Was hilft mir, um in Lichtenberg gesund zu leben? Was hält mich gesund? Was steht mir im Weg, um in Lichtenberg gesund zu leben? Was macht mich krank?	Wie war es, beim Projekt GESUND! mitzumachen? Welche Erfahrungen habe ich gemacht? Was hat sich für mich verändert?
Forschungsteam	5 Mitforschende + 2 akademisch Forschende	4 Mitforschende + 2 akademisch Forschende	10 Mitforschende + 6 akademisch Forschende (davon 2 Studierende)	3 Mitforschende + 3 akademisch Forschende
Methode	Fragebogenerhebung und Erstellung von individuellen Fotogeschichten	Fragebogenerhebung	Photovoice	Interview und Fokusgruppen (unter Zuhilfenahme von kreativen Methoden)
Setting	Gesundheitskurs in der WfbM: projektorientierte Phase	Gesundheitskurs in der WfbM: projektorientierte Phase	Inklusive Forschungswerkstatt an der Hochschule	Schreibwerkstatt an der Hochschule
Zeitraum	März 2016 bis Juni 2016	März 2016 bis Juni 2016	Oktober 2016 bis April 2017	September 2017 bis November 2017
Weiterführende Information	Perowanowitsch et al. 2017, sowie Kapitel 2	Allweiss et al. 2017, sowie Kapitel 2	Kapitel 3, sowie Allweiss et al. 2018	Kapitel 4, sowie Elze et al. 2018

Mit der Veröffentlichung der Studienergebnisse war die Zusammenarbeit mit den Mitforschenden nicht zu Ende. Wir hatten die Möglichkeit, auf zahlreichen Konferenzen und Tagungen persönlich und in direktem Kontakt mit dem Publikum über die Partizipative Gesundheitsforschung zu sprechen. Diese Präsentationen waren bedeutsam für die Mitforschenden. Sie konnten als Referent/-innen neue Erfahrungen sammeln und erleben, dass ihre Ergebnisse anerkannt und beachtet werden.

5.2 Gemeinsam forschen und Spannungsfelder des Alltags

Auf Grundlage der gewonnenen Erfahrungen in den gerade beschriebenen Studien von GESUND! möchten wir nun aus akademischer Sicht ausgewählte Einflussfaktoren und Gelingensbedingungen für die Partizipative Forschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten darstellen. Wir beschreiben: 1) wie wir die Entwicklung einer forschenden Haltung im inklusiven Team unterstützten und wie wir lernten, gemeinsam zu forschen; 2) welche Faktoren die Partizipation von Menschen mit Lernschwierigkeiten an unserer Forschung ermöglichten; 3) welche Spannungsfelder sich zeigten und welche Änderungen sich im Alltagsleben der Mitforschenden ergaben.

5.2.1 Eine forschende Haltung entwickeln und lernen, gemeinsam zu forschen

Für die beteiligten Menschen mit Lernschwierigkeiten und uns als akademisch Forschende war es eine neue Erfahrung, nach dem Ansatz der Partizipativen Gesundheitsforschung zu arbeiten. Um uns in einem gemeinsamen Prozess dem Thema anzunähern und Kompetenzen sowie Ressourcen für partizipative Studien aufzubauen, begannen wir im Projekt GESUND! mit einem Gesundheitskurs. Der Gesundheitskurs im ersten Jahr war Bildungsintervention und partizipatives Forschungsprojekt zugleich (für mehr Information siehe Kap. 2).

Um die Tätigkeit des Forschens für die Teilnehmenden möglichst verständlich und anschaulich zu vermitteln, bedienten wir uns verschiedener Zugänge. Inhaltlich orientierten wir uns an dem „Understanding Research Student's Pack“ – einem Manual in einfachem Englisch, welches im Rahmen eines partizipativen Projekts mit Männern mit Lernschwierigkeiten entwickelt worden war (Cook et al. 2008). Das Manual wurde von uns übersetzt, angepasst und erweitert (Burtscher et al. 2017 b). Stück für Stück veröffentlichten wir den deutschen Text und widmeten uns den jeweiligen Inhalten. Dazu hielten wir Vorträge, zeigten Videos, moderierten gemeinsame Brainstormings und leiteten Forschungsübungen sowie Spiele zum Thema an. Anhand eines von uns entwickelten Kartenspiels konnten wir beispielsweise verschiedene Aufgaben von Forscher/-innen diskutieren und erklären (Burtscher et al. 2017 a). Dabei hatten wir das Ziel, eine forschende Haltung bei den Teilnehmenden zu befördern. Wir nutzten den

Vergleich zwischen Detektiv/-in und Forscher/-in. Beide Berufsgruppen möchten etwas herausfinden und Fragen wirklichkeitsnah (vertrauenswürdig, valide, sicher, wahrheitsgemäß, nachvollziehbar) beantworten. Deswegen gehen sie systematisch vor und suchen nach vielfältigen Informationen. Der Vergleich und das Spiel mit diesen Figuren ist fruchtbar, weil sie auf Bekanntes verweisen. Fast jeder Mensch kennt Detektiv/-innen oder Kommissar/-innen aus Romanen oder Filmen. Sie sind meist beliebt und verkörpern nicht selten Held/-innen, die die Welt ein Stück besser und sicherer machen.

Wie im zweiten Kapitel ausführlich dargelegt, umfasste der Gesundheitskurs eine kursspezifische und eine projektorientierte Phase. In der projektorientierten Phase schlossen sich zusätzlich zwei Menschen mit Lernschwierigkeiten dem Forschungsteam an. Ihnen fehlten die Lerneinheiten und Übungen zum gemeinsamen Forschen. Dennoch waren sie wertvolle Akteure in dem Forschungsprojekt „Gesund essen“, weil sie einerseits hohes Engagement an den Tag legten und andererseits als selbst in der Kantinenküche Beschäftigte entsprechendes Expertenwissen einbrachten. In der Gruppe der geschulten Gesundheitsforscher/-innen entstand mit den ungeschulten Mitforschenden ein gemeinsamer Prozess des Lernens während des Tuns („learning by doing“).

In der Photovoice-Studie gab es eine kürzere auf die Methode und Fragestellung ausgelegte Schulung (siehe Kap. 3), da auch hier zwei neue Mitglieder ins Forschungsteam aufgenommen wurden und wir uns im Team mit der Forschungsmethode vertraut machen mussten. Außerdem schärften wir mithilfe der Schulung den Blick auf den Gegenstandsbereich Gesundheit in der Kommune.

Ob und in welcher Intensität in der Partizipativen Forschung eine Schulungsphase benötigt wird, ist unserer Erfahrung nach abhängig vom Vorwissen der Teilnehmenden, vom Thema (= Forschungsgegenstand), der Zielstellung und dem Grad der Begleitung durch die akademisch Forschenden. Die Teilnehmenden in GESUND! waren Neulinge auf dem Gebiet der Forschung. Deshalb vermittelten wir ihnen einen Überblick zu Methoden der Beobachtung, Befragung und Messung (Burtscher et al. 2017 b). Dies war wichtig, damit sie auf der Grundlage von Informationen Entscheidungen über das weitere Vorgehen treffen konnten. Wir nutzten die Schulung auch, um Theorien der Gesundheitswissenschaften vorzustellen.

Wenn der Forschungsgegenstand die eigene Person betrifft (Biografie, Selbsterleben, Forschung über sich selbst), dann ist dafür ein theoretischer Wissensbestand weniger bedeutsam. Es steht die eigene Erfahrung im Mittelpunkt, die aus sich selbst schöpft. Allenfalls in der Auswertung des Datenmaterials könnte theoretisches Wissen wertvoll werden. Der Forschungsgegenstand in GESUND! reichte über das eigene Selbsterleben

hinaus. Gesundheitsförderung als Thema bezieht sich auch auf Theoriediskurse und begriffliche Konzepte. In der Schulungsphase erörterten wir deshalb verschiedene Ansätze. Wir berücksichtigten tradierte Wissensbestände und wendeten dieses Wissen an, um darauf aufbauend neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Die Intensität der Begleitung hat ebenfalls Einfluss auf die Frage, ob und wie eine Schulung durchgeführt werden muss: Je strukturierter und engmaschiger begleitet wird, desto weniger Vorwissen über Partizipative Forschung ist bei den Teilnehmenden nötig. Je offener das Vorgehen konzipiert wird, desto mehr Vorwissen wird den Teilnehmenden abverlangt, um zu Ergebnissen zu gelangen. In GESUND! war der Grad der Begleitung der Mitforschenden hoch. Wir stellten vorstrukturiertes Material zur Verfügung und moderierten zu großen Teilen den Gesamtprozess.

Im Rückblick stellen wir fest, dass die Schulungsanteile im Gesundheitskurs und in der inklusiven Forschungswerkstatt an der Hochschule wertvolle Funktionen für die partizipativen GESUND!-Studien erfüllten:

- Die Teilnehmenden eigneten sich neues Gesundheitswissen an. Sie bildeten ihr Bewusstsein im Hinblick auf das Thema Gesundheitsförderung aus und diskutierten die eigenen Erfahrungen. In den Schulungsanteilen konnten sie sich darüber hinaus in die forschungsmethodische Praxis einüben.
- Sie lernten uns besser kennen und umgekehrt. Wir erfuhren Stück für Stück (manchmal einfach in Pausen-Gesprächen) von ihren Interessen, die wir aufnehmen und gemeinsam bearbeiten konnten.
- Wir bauten in diesen Zeiten ein Vertrauensverhältnis zu den Teilnehmenden auf. Es war eine Zeit der Gemeinschaftsbildung, in der sich ein Zugehörigkeitsgefühl und eine GESUND!-Gruppenidentität entwickelte. Dafür war die regelmäßige und umfangreiche Kontaktzeit sehr nützlich.

Bei diesem Vorgehen begegneten wir folgenden Herausforderungen:

Der hohe zeitliche Aufwand für die Arbeit mit den Teilnehmenden führte uns manchmal an Belastungsgrenzen. Hinzu kam ein organisatorischer Aufwand für die Treffen und deren Vor- und Nachbereitungsphasen. Es blieb nicht immer genügend Zeit, um auf einer Metaebene das Handeln als akademisch Forschende zu reflektieren.

Manchmal war es schwierig, die geeignete Balance zwischen Vorstrukturierung und Rahmung (Begrenzung) auf der einen Seite sowie Offenheit und Freiraum für die Mitforschenden auf der anderen Seite zu finden. Der klare Rahmen bot Sicherheit, schränkte aber auch ein und verhinderte möglicherweise kreative partizipative Prozesse.

Eigentlich besteht immer die Gefahr, in ein klassisches „Lehrer-Schüler-Verhältnis“ abzurutschen. Der Lehrer macht eine Ansage – der Schüler folgt und führt aus. Zuweilen

kann das auch bequem sein und einer Erwartungshaltung bei den Teilnehmenden entsprechen, ja diese vielleicht sogar verstärken, wodurch der Antrieb zu eigenem Handeln abgeschwächt wird.

Die Motivation, an dem Kurs (an der Schulung) teilzunehmen, konnte nicht gleichgesetzt werden mit dem Interesse an Partizipativer Forschung. Die Beweggründe der Teilnehmenden waren breit gestreut und nicht immer deckungsgleich mit dem akademischen Interesse an Partizipativer Forschung.

Schlussfolgerungen

Eine Schulung der Menschen mit Lernschwierigkeiten ist eine wertvolle Aufgabe, denn sie ermöglicht es den Teilnehmenden informationsbasierte Entscheidungen über Forschungsprozesse zu treffen und eine forschende Haltung zu entwickeln. Darüber hinaus kann die Schulung die Funktion einer „vertrauensbildenden Maßnahme“ erfüllen. Sie dient dazu, dass sich die Teilnehmenden und die akademisch Forschenden kennenlernen, eine Phase des gemeinsamen Lernens erleben und gegenseitige Bedürfnisse und Erwartungen artikulieren können. Nach unserer Einschätzung kann Partizipative Gesundheitsforschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten funktionieren, wenn Schulungsanteile vorgeschaltet werden. Wir sind der Auffassung, dass es nicht ausreicht, die Personengruppe einfach zu fragen, was sie will, und zu hoffen, dann werde sich der Forschungsprozess wie von selbst entwickeln. Fragen an die Gruppe wie: „Welches Forschungsthema ist für euch wichtig?“, „Welche Forschungsfragen sind interessant?“, „Was soll erreicht werden?“ oder „Was wollt ihr?“, sind schwer zu beantworten, und Gedanken dazu können meist nicht ad hoc geäußert werden. Die Fragen sind anspruchsvoll. Zum Ergründen der Anliegen und Bedarfe braucht es Raum und Zeit, es bedarf vieler Anregungen und Inputs von außen, mit vorstrukturiertem Material, mit methodisch-didaktischen Hilfsmitteln und nicht zuletzt mit dem Aufzeigen von Wahlmöglichkeiten. Ein Kurs bzw. eine Schulung kann dafür den geeigneten Rahmen bieten.

5.2.2 Partizipation ermöglichen

Partizipation zu ermöglichen, scheint auf den ersten Blick ein Leichtes zu sein. In der Praxis stellt sich allerdings schnell heraus, dass die Bedingungen für Partizipation erst hergestellt werden müssen. So ist beispielsweise die Schulung der Mitforschenden mit Lernschwierigkeiten wichtig; weitere Bedingungen betreffen: a) die Struktur, b) die Motivation und Willenskraft (Volition), c) verständliche Kommunikation und d) gegenseitiges Vertrauen und geteilte Entscheidungsmacht.

a) strukturelle Rahmenbedingungen

Durch die BMBF-Finanzierung und dadurch, dass die beteiligten Praxispartner eigene Ressourcen einbrachten, waren die strukturellen Rahmenbedingungen für das Projekt

GESUND! gut. Wir starteten mit ausreichend Personal, in geeigneten Räumlichkeiten und mit einem niederschweligen Zugang zu den Menschen mit Lernschwierigkeiten. So entstanden Ermöglichungsräume für partizipative Prozesse, in denen wir unterschiedliche Vorgehensweisen und Methoden ausprobieren konnten.

b) Motivation und Willenskraft (Volition)

Neben der Motivation zur Teilnahme an Partizipativer Forschung, die nach unserer Erkenntnis unterschiedlich sein kann, scheint uns auch die Willenskraft (auch Volition oder Durchhaltevermögen) wichtig, die Kompetenz, aktiv zu werden und zu bleiben bis zum Schluss. Wir beobachteten in GESUND!, dass sich die Motivation im Laufe der Zeit bei den Teilnehmenden veränderte. Gleichzeitig nahmen wir wahr, dass das Durchhaltevermögen konstant blieb. Im Gesamtprojekt gab es verschiedene Abschnitte, aber niemand hat vorzeitig weder den Gesundheitskurs, die inklusive Forschungswerkstatt noch die Schreibwerkstatt verlassen.

Zu Beginn des GESUND!-Projekts war für die meisten Beteiligten mit Lernschwierigkeiten die Tätigkeit des Forschens unbekannt. Mithilfe eines Fragebogens, der beim ersten Termin des Gesundheitskurses eingesetzt wurde, erhielten wir Einblicke in die Motivation der Gruppe: Interesse bestand zu diesem Zeitpunkt vor allem daran, bei einem Gesundheitsprojekt mitzumachen, mehr über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper zu lernen und anderen zu helfen (Tab. 5.2). Nach Abschluss der kursspezifischen Phase gab die Mehrheit der Teilnehmenden jedoch an, dass es für sie ebenfalls erstrebenswert sei, eine Forscherin oder ein Forscher zu sein (Tab. 5.3).

Sept. 2015: „Der Kurs zum Thema Gesundheit ist für mich wichtig weil: Ich möchte eine Forscherin sein. Ich möchte ein Forscher sein.“ (N=10)

Tab. 5.2: Motivation im September 2015

Antwortausprägung	Absoluter Wert
Stimme voll zu	2
Stimme zu	1
Teils/Teils	4
Stimme nicht zu	0
Stimme gar nicht zu	3

März 2016: „Beim Kurs zur Gesundheit bin ich regelmäßig dabei geblieben, weil: Ich wollte ein Forscher oder eine Forscherin werden.“ (N=12)

Tab. 5.3: Motivation im März 2016

Antwortausprägung	Absoluter Wert
Stimme voll zu	6
Stimme zu	3
Teils/Teils	0
Stimme nicht zu	2
Stimme gar nicht zu	1

In Kleingruppeninterviews nach Abschluss des „Gesund essen“-Projekts und der Photovoice-Studie wurden die Mitforschenden gefragt, wie es für sie war zu forschen, und ob sie sich selbst als Forscher/-innen fühlten. Die meisten sagten, dass es ihnen viel Spaß gemacht habe und bestätigten, dass sie viel über das Forschen gelernt hätten und sich jetzt selbst auch ein wenig als Forschende fühlten. Einige Personen nahmen Bezug auf das methodische Vorgehen (z. B. hoben sie hervor, dass ihnen das Befragen oder das Fotografieren gefallen habe) oder sie berichteten, was durch die Projekte schon verändert wurde oder was noch erreicht werden sollte. Ein Mitforschender beschrieb sich wie folgt: „Das ist als Forscher, sag ich mal, aus meiner Sicht, man ist in dem Thema. Ich habe mich gefühlt als Forscher, ich bin mehr mit offenen Augen durch die Welt gegangen, wie ich es sonst nicht gemacht habe. Ich bin offener durch die Welt gegangen und hab mehr geguckt: Wie sieht deine Welt, deine Umgebung aus?“ Solche Gedanken zum Thema Forschen wurden jedoch selten verbalisiert.

Aufgrund der vorliegenden Aussagen und Beobachtungen ist es schwer einzuschätzen, inwieweit und wie stark sich die Mitforschenden selber als Forschende fühlten oder ob das Antwortverhalten durch ein Gefühl „sozialer Erwünschtheit“ beeinflusst wurde. Auch ist fraglich, ob es unter den Mitforschenden überhaupt jemanden gab, bei dem oder bei der von Anfang an der Wille zum Forschen die hauptsächliche Motivation zur Mitarbeit bei GESUND! darstellte. Aber das war nach unserer Erfahrung auch nicht das Entscheidende. Die Mitarbeit und das Durchhaltevermögen bis zum Schluss resultierten vermutlich daraus, dass die Beteiligten immer wieder einen unmittelbaren Gewinn aus den unterschiedlichen Aktivitäten zogen. Die Mitarbeit hatte individuell Bedeutung und machte direkt und zeitnah Sinn. Dabei fielen die subjektiven Gewinnerwartungen und -erfahrungen unterschiedlich aus. Für die einen genügte das Thema allein, um Neugierde und anhaltende Spannung zu erzeugen. Andere erlebten die Beziehungserfahrungen innerhalb des Forschungsteams positiv. Sie machten mit, weil sie Anerkennung, Abwechslung und/oder Spaß erlebten. Wiederum andere sahen

eine Chance zur Persönlichkeitsentwicklung oder eine Gelegenheit zur Qualifikation. Sie erkannten Möglichkeiten, Einfluss auf das eigene Leben zu nehmen oder als „Gesundheitsexpert/-innen“ wahrgenommen zu werden. Diese Aufzählung könnte noch weitergeführt werden. Wichtig erscheint jedoch, dass wir akademisch Forschenden nicht einen Gewinn durch die Zusammenarbeit in ferner Zukunft versprochen; vielmehr erlebten die Mitforschenden den Wert ihrer Beteiligung zeitnah als unmittelbare Erfahrung. Wir ziehen daraus den Schluss, dass Partizipationsmöglichkeiten sinnstiftend gestaltet und mit unmittelbaren Erfolgserlebnissen verbunden sein sollten.

c) verständliche Kommunikation

Wenn sich akademisch Forschende und Menschen mit Lernschwierigkeiten treffen, dann kann die unterschiedliche Sprache und Kommunikation herausfordernd sein. Ein konkretes Beispiel aus unserer ersten Projektphase macht das deutlich: Zur Vorbereitung eines gemeinsamen Vortrags für den Forschungsverbund PartKommPlus gingen wir mit den Mitforschenden eine von uns ausgearbeitete Powerpoint-Präsentation durch. Ein Mitforschender gab bei einer Folie den Kommentar ab, dass das Wort „partizipativ“ schwer sei und man dafür besser etwas anderes schreiben sollte. Es ging um die 4-Felder-Matrix (ICH – GESUNDHEIT – BETRIEB – PARTIZIPATIV FORSCHEN, siehe Kap. 2) und die darin enthaltene Begrifflichkeit „Partizipativ forschen“. In der Gruppe entspann sich eine Diskussion: Die meisten Mitforschenden fanden das Wort „partizipativ“ zu schwierig; ein Mitforschender nannte es „Professor-Deutsch“. Vor allem zwei Mitforschende beteiligten sich aktiv an der Diskussion, zwei weitere brachten sich streckenweise ebenfalls ein, alle anderen Mitforschenden beteiligten sich nonverbal (z. B. durch Nicken oder Kopfschütteln) und/oder auf Nachfragen. Ein akademisch Forschender machte den Vorschlag, das Wort „partizipativ“ vor dem „Forschen“ einfach wegzulassen. Das wurde von den Anderen im Forschungsteam aber nicht angenommen. Schließlich kam eine Einigung zustande, die darin bestand, dass auf der Folie zu dem Begriff „Partizipativ forschen“ in Klammern „Gemeinsam forschen“ dazugeschrieben wurde.

Von uns akademisch Forschenden wurde Partizipation als Schlüsselbegriff unseres Forschungsansatzes völlig selbstverständlich verwendet. Die Begriffsklärung war Bestandteil einer Kurseinheit gewesen, und wir waren eigentlich überzeugt, mit den Teilnehmenden ein ausreichendes Verständnis erarbeitet zu haben. Das reichte jedoch offensichtlich nicht aus. Die Mitforschenden machten uns darauf aufmerksam, dass das Wort zu schwierig sei für eine Präsentation vor anderen Menschen mit Lernschwierigkeiten. Partizipation als Wort taucht in deren Sprachgebrauch nicht auf und stellt eine kommunikative Barriere dar.

Verständliche Kommunikation ist eine zentrale Bedingung in allen Phasen partizipativer Forschungsprozesse. Sie ist wichtig für die Zusammenarbeit von Mitforschenden

und akademisch Forschenden. Sie ist auch relevant, wenn es darum geht, Forschungsergebnisse zu veröffentlichen. Wir machten Erfahrungen mit den Mitforschenden, in denen deutlich wurde, dass wir nicht verstanden wurden. Dabei war der Gebrauch von einfacher Sprache zuweilen eine Herausforderung für uns. Denn wir mussten Selbstverständlichkeiten hinterfragen und konnten uns nicht hinter einer Fachsprache verstecken. Wir selbst mussten die fachwissenschaftlichen Inhalte durchdringen und verstanden haben. Erst dann war es möglich, eine klare und deutliche Sprache in einfachen und kurzen Sätzen zu finden.

d) Gegenseitiges Vertrauen und geteilte Entscheidungsmacht

Partizipation bedeutet Mitentscheiden und Mitgestalten. Für diese Prozesse braucht es ein gegenseitiges Vertrauen und eine geteilte Entscheidungsmacht. Doch wie kommen Entscheidungen zustande? Und wer entscheidet in einem Forschungsprozess? Diesen Fragen ging Ellis in bemerkenswerter Weise nach, indem sie als akademisch Forschende Sequenzen aus ihren Dialogen mit Menschen mit Lernschwierigkeiten analysierte (Ellis 2017). Dabei zeigte sich, dass ihre Reaktionen und ihr Verhalten im partizipativen Forschungskontext das Gegenteil von Empowerment bewirkten. Sie überhörte Äußerungen und Entscheidungen von Anderen, beeinflusste Antworten unbewusst oder deutete Antworten einfach um, ohne es in der Situation unmittelbar wahrzunehmen. Schließlich stellte Ellis fest, dass in Veröffentlichungen viel zu oft davon gesprochen wird, dass eine Entscheidung „gemeinsam“ getroffen wurde. Tatsächlich aber war es die Entscheidung einer/s akademisch Forschenden, wenn z. B. die Auswahl eines Forschungsthemas oder einer Forschungsmethode anstand.

Gefühle und Verstand sind wesentliche innere Faktoren, die bei einer Entscheidungsfindung eine Rolle spielen. Davon abgesehen, verlaufen Entscheidungsprozesse nie losgelöst, sondern stets mehr oder weniger von äußeren Faktoren abhängig. Es kann sich um hochkomplizierte Vorgänge handeln, die durch zahlreiche Unwägbarkeiten bestimmt sind. In Gruppen werden Entscheidungen außerdem durch die Gruppendynamik und die unterschiedlichen Rollen und Funktionen der Beteiligten beeinflusst. Es gibt beispielsweise Menschen, die den Ton angeben, und solche, die häufig einfach folgen. Es gibt die sogenannten Kämpfer-Typen oder die Menschen, die eher resignieren oder zurücktreten. Wenn zwischen den Beteiligten an einem Forschungsprojekt Vertrauen herrscht, dann fallen Entscheidungen möglicherweise anders aus, als wenn Skepsis überwiegt. In einem vertrauensvollen Rahmen fällt es den Beteiligten leichter, sich gegenseitig zuzuhören. Es geht möglicherweise nicht darum, etwas durchzusetzen, sondern darum, eine ausgewogene Entscheidung zu einer Frage zu finden.

Im Stufenmodell der Partizipation nach Wright et al. (2010) geht es von Stufe zu Stufe um die Zunahme an Entscheidungsmacht (siehe Kap. 1). Bezogen auf GESUND!

stellten wir, die akademisch Forschenden, fest, dass mit den Mitforschenden unterschiedliche Partizipationsstufen erreicht werden konnten, je nach Aufgabenstellung und Phasen im Projekt. Die Tabelle 5.4 gliedert und kommentiert die vier GESUND!-Studien anhand des Stufenmodells (siehe Kap. 1).

Tab. 5.4: Bewertung der Partizipation in GESUND!-Studien

Studie	„Lärm“-Projekt	„Gesund essen“-Projekt	GESUND! in der Stadt	GESUND!-Schreibwerkstatt
Planung und Vorbereitung	Die AF organisierten den Gesundheitskurs, innerhalb dessen das Teilprojekt durchgeführt wurde. Sie trafen eine Vorauswahl an Themen, die von den MF frei gewählt und ergänzt werden konnte (5 – 8).	Die AF organisierten den Gesundheitskurs, innerhalb dessen das Teilprojekt durchgeführt wurde. Sie trafen eine Vorauswahl an Themen, die von den MF frei gewählt und ergänzt werden konnte (5 – 8).	Die AF organisierten die inklusive Forschungswerkstatt, in der das Teilprojekt verwirklicht wurde; das Thema war gesetzt (3).	Die AF organisierten die Schreibwerkstatt, in der das Teilprojekt verwirklicht wurde, das Thema war gesetzt (3).
Formulierung der Zielsetzung und Forschungsfrage	Die MF stellten gemeinsam mit den AF die Ziele auf und formulierten die Forschungsfragen (8).	Die MF stellten gemeinsam mit den AF die Ziele auf und formulierten die Forschungsfragen (8).	Die AF stellten die Ziele auf und formulierten die Forschungsfragen; die Ziele und Fragen wurden mit den MF diskutiert (4).	Die AF stellten die Ziele auf und formulierten die Forschungsfragen (3).
Auswahl der Methode	Die AF machten Methodenvorschläge; die MF übernahmen die Vorschläge (6 – 8).	Die MF wählten mit Unterstützung der AF die Methode aus (7 – 8).	Die AF wählten die Methode Photovoice aus (3).	Die AF wählten die Methoden aus (3).
Datenerhebung	Die MF erhoben mit Unterstützung der AF die Daten (8).	Die MF erhoben mit Unterstützung der AF die Daten (8).	Die MF erhoben mit Unterstützung der AF die Daten (8).	Die AF befragten die MF und bereiteten das Datenmaterial auf.

MF = Mitforschende, AF = akademisch Forschende;

Angaben in Klammern = Stufen der Partizipation nach Wright et al. 2010

Studie	„Lärm“-Projekt	„Gesund essen“-Projekt	GESUND! in der Stadt	GESUND! Schreibwerkstatt
Datenerhebung				der Prozess wurde transparent gemacht, und die MF konnten darauf Einfluss nehmen (4 – 8).
Daten- auswertung	Die MF werteten mit Unterstützung der AF die Daten aus (8).	Die MF werteten mit Unterstützung der AF die Daten aus; Teilbereiche der Auswertung (Statistik) wurden von den AF übernommen (7 – 8).	Die MF werteten mit Unterstützung der AF die Daten aus; Teilbereiche der Auswertung wurden von den AF übernommen (7 – 8).	Die MF hatten die volle Kontrolle über den Prozess der Auswertung (= die Textproduktion); sie wurden von den AF unterstützt (8).
Dissemination der Ergebnisse	MF und AF präsentierten Ergebnisse gemeinsam; die AF schrieben einen Forschungsbericht, der von MF geprüft wurde (6 – 8).	MF und AF präsentierten Ergebnisse gemeinsam; die AF schrieben einen Forschungsbericht, der von MF geprüft wurde (6 – 8).	MF und AF präsentierten die Ergebnisse gemeinsam; die Organisation der Wanderausstellung lag bei den AF; die MF äußerten Wünsche, wo die Ausstellung gezeigt werden sollte (6 – 8).	Die Texte der MF (siehe Kap. 4) waren für die Öffentlichkeit bestimmte Ergebnisdokumentationen; die AF machten Vorschläge zu Art und Ort der Veröffentlichung (6 – 8).

MF = Mitforschende, AF = akademisch Forschende;

Angaben in Klammern = Stufen der Partizipation nach Wright et al. 2010

Die Tabelle 5.4 macht sichtbar, dass eine eindeutige Zuordnung von Projektphasen und Partizipationsstufen nicht immer möglich ist. Tatsächlich fiel es uns im Team der akademisch Forschenden nicht leicht, uns auf eine Einschätzung zu verständigen, die wir gemeinsam tragen konnten. Je nach Betrachtung von Forschungsphasen und (Teil-)aufgaben sind die Übergänge zwischen den Partizipationsstufen fließend bzw. nicht trennbar. Außerdem gibt es Machtfaktoren, die jenseits der Entscheidungsmacht in bestimmten Projektphasen liegen. Die Projektleitung beispielsweise trägt die Verantwortung für die Durchführung des Gesamtprojekts und für das Projektbudget. Sie ist ggf. durch eine rechtsverbindliche Unterschrift gegenüber dem Geldgeber verpflicht-

tet und damit mit einer besonderen Entscheidungsmacht ausgestattet. Diese Verantwortung lässt sich nicht teilen, sie kann aber möglicherweise partizipative Prozesse und Projektergebnisse beeinflussen, etwa dann, wenn Zeitdruck entsteht oder vorzeigbare Ergebnisse vom Geldgeber eingefordert werden. Demgegenüber haben auch die Mitforschenden eine ganz eigene, nur ihnen gegebene Macht im Forschungsprozess. Sie können beispielsweise eine „Abstimmung mit den Füßen“ vornehmen. Wenn Mitforschende nicht weiter mitmachen wollen und dem partizipativen Projekt einfach fernbleiben, dann demonstrieren sie gegenüber den akademisch Forschenden eine ganz elementare Machtfülle.

Schlussfolgerungen

Partizipation im Forschungsprozess zu ermöglichen, bedeutet, entsprechende Bedingungen zu schaffen und einen Raum für Beteiligung entstehen zu lassen. Nach unserer Erfahrung sind insbesondere die folgenden Aspekte relevant: a) gute strukturelle Rahmenbedingungen, b) die Motivation der Mitforschenden und die Stärkung ihres Durchhaltevermögens durch unmittelbare Erfahrungen, die positiv bewertet werden bzw. für die Teilnehmenden sinnvoll und bedeutsam sind, c) verständliche Kommunikation und d) gegenseitiges Vertrauen und die Reflexion geteilter Entscheidungsmacht. Wir stimmen Ellis (2017) zu und betonen, dass der Satz „Wir haben gemeinsam entschieden!“ viel zu oft eine Floskel ist, die zum Zweck der Manipulation die wirkliche Entscheidungsmacht verschleiern. Die Frage, wie Entscheidungen gefällt werden, ist in partizipativen Forschungsprojekten eine Grundsatzfrage, deren ehrliche Beantwortung viel Fingerspitzengefühl benötigt. Eine gute Moderation kann dabei hilfreich sein, indem sie beispielsweise gruppendynamische Prozesse erkennt und konstruktiv nutzt.

5.2.3 Spannungsfelder im Alltagsleben

Die erste Förderphase von GESUND! dauerte drei Jahre. In dieser Zeit veränderten sich nicht nur die beteiligten Menschen, sondern auch ihr Alltagsleben. Allerdings ist es fast unmöglich, Veränderungen im Leben der Mitforschenden direkt auf die Beteiligung in GESUND! zurückzuführen. Wie stark hat GESUND! den Beschäftigungsbereich der WfbM oder den privaten Lebensbereich zu Hause beeinflusst? In welcher Form? Partizipative Forschung findet nicht im Labor statt, sondern in einem komplexen sozialen Umfeld, in dem die Einflussfaktoren vielfältig und nicht kontrollierbar sind. Vielleicht haben sich Veränderungen und Spannungsfelder zufällig ergeben, vielleicht hat GESUND! einen Anteil oder führte gar zu unerwünschten Folgen? Hier unternehmen wir den Versuch, einzelne Beobachtungen zu beschreiben. Dabei handelt es sich um Vorgänge, die wir nicht bewusst beeinflusst haben, sondern die sich im Projektverlauf einfach bemerkbar machten:

- Nach der kursspezifischen Phase beendete eine Teilnehmerin den Gesundheitskurs mit dem Hinweis, dass sie als Leistungsträgerin in der Abteilung fehle. Sie habe gegenüber den anderen Beschäftigten und dem Abteilungsleiter „ein schlechtes Gewissen“. Deshalb entschied sie sich, nicht mehr weiterzumachen, auch wenn es ihr in GESUND! gefallen habe. Sie wollte den Konflikt in der Abteilung nicht weiter schüren.
- Kurz nach dem Ende der inklusiven Forschungswerkstatt an der Hochschule schied eine Teilnehmerin aus der Werkstatt aus. Sie hielt sich nicht an Vereinbarungen, kam unregelmäßig zur Arbeit und „vergaß“ Termine mit dem Kostenträger (Fallmanagement in der Eingliederungshilfe). Dieselbe Teilnehmerin war stets eine zuverlässige und aufmerksame Mitforschende, die selbst in ihrer Urlaubszeit zu den Projekttagen von GESUND! anwesend war.
- Eine Mitforschende hatte zunehmend Probleme mit ihrer Familie. Die Konfliktauslöser waren uns nicht bekannt, die Situation belastete aber die Teilnehmerin. Sie entschied sich, in der neuen Förderphase nicht mehr am Projekt teilzunehmen.
- Eine Teilnehmerin ging in Rente. Sie vermisste GESUND! und war traurig darüber, dass sie nicht weiter mitmachen konnte (unser Angebot richtete sich an WfbM-Beschäftigte).
- Der Erfolg von GESUND! führte dazu, dass wir vielfältige Einladungen erhielten und zusätzliche Präsentationstermine wahrnahmen. Für einzelne Teilnehmende wurden diese Zusatztermine zu viel – sie fühlten sich überfordert.
- Zwischen dem Auftritt als Expertin/Experte für Gesundheitsförderung und der eigenen Lebensführung entwickelte sich nicht selten ein Spannungsfeld. In GESUND! sensibilisierten wir für gesundheitsrelevante Themen. Dieses Wissen präsentierten die Mitforschenden anderen Menschen mit und ohne Lernschwierigkeiten. Dabei mussten sie sich Äußerungen anhören wie: „Ach, du trinkst ja auch Cola!“, „Du rauchst doch selber!“, „Schau dich nur an!“ [bezogen auf das Körpergewicht]. „Als Gesundheitsforscher sind die ja selber kein Vorbild für Gesundheit.“
- Öffentliche Präsentationen waren eine gute Gelegenheit für die Menschen mit Lernschwierigkeiten, ihre Fähigkeiten und Kompetenzen unter Beweis zu stellen. Nach außen hin gab es dafür ausnahmslos Lob und Anerkennung. Aber vereinzelt hatten wir den Eindruck, dass die Vortragenden beim Publikum eine unbewusste Abwehr provozierten und dass sie hinter vorgehaltener Hand belächelt wurden. Bei ihren öffentlichen Auftritten zeigten die Mitforschenden auch Schwächen, was dazu geführt haben könnte, dass Vorurteile bestärkt und soziale Diskriminierung verstärkt wurden.

Wir sahen, dass das Leben der Mitforschenden in Bewegung war und dass stabile Alltagsroutinen durch die Mitarbeit in GESUND! in Frage gestellt wurden. In der folgenden Gegenüberstellung von ausgewählten Merkmalen werden diese Spannungsfelder deutlich (Tab. 5.5).

Tab. 5.5: Spannungsfeld: Alltag und das Projekt GESUND!

Spannungsfelder	
Alltagsleben	Projekt GESUND!
Für viele Menschen zeichnet sich der Alltag dadurch aus, dass er relativ sicher und stabil verläuft. Alltagserfahrungen sind bekannt und wiederholen sich. Alltag ist im weitesten Sinne Routine – nichts Besonderes.	Das GESUND!-Projekt ist etwas Besonderes. Es gibt zusätzliche Ressourcen, die eingesetzt werden. Die Beteiligten lernen neue Menschen kennen, erhalten neue Angebote zum Ausprobieren. GESUND! bietet Abwechslung, die positiv empfunden wird. Aber der Verlauf der Forschung kann nicht vorhergesagt werden, und die Mitforschenden müssen sich darauf einlassen, dass sie nicht genau wissen, was sie erwartet oder was von ihnen erwartet wird. Das kann Stress erzeugen.
Der Alltag ist „auf Dauer gestellt“ und verläuft meist gewohnheitsgemäß.	GESUND! ist befristet und ein punktuelles Angebot innerhalb einer Woche. Das Angebot kann den Anstoß bieten, um Gewohntes zu hinterfragen und das Verhalten gegebenenfalls zu ändern (z. B. Ess- und Trinkverhalten, körperliche Aktivitäten). Im besten Fall werden eingeschliffene Verhaltensweisen positiv und nachhaltig beeinflusst.
Das Verhalten und die Reaktionen im alltäglichen Zusammenleben funktionierten wie selbstverständlich und sind mehr oder weniger ausverhandelt.	Die Förderung von Empowerment ist explizites Projektziel. Möglicherweise weckt die Mitarbeit in der Partizipativen Forschung ein emanzipatorisches Streben nach mehr Freiheit und Selbstbestimmung.
Familiäre, berufliche, gesellschaftliche Rollen sind erlernt und verfestigt. Mann/Frau lebt in gewohnter Abhängigkeit.	Eine neue Rolle als „Gesundheitsforscher/-in“ wird ermöglicht. Damit kann eine persönliche Aufwertung einhergehen. Aber es kann auch zu negativen Erfahrungen kommen, und zwar dann, wenn die neue Rolle von anderen Menschen missbilligend oder mit Neid betrachtet wird.
Private Beziehungen können das menschliche Bedürfnis nach Nähe erfüllen.	Die Beziehungen sind beruflicher Art: professionelle Nähe, Beachtung und Anerkennung sind (zeitlich) begrenzt.

Spannungsfelder	
Alltagsleben	Projekt GESUND!
Das Alltagsleben birgt die Gefahr der Unterforderung.	GESUND! führt zum Teil zur Überforderung.
Im Alltag können Menschen anonym leben.	Durch Präsentationen, Veröffentlichungen und Filme wird die Anonymität aufgebrochen. Mitforschende werden bekannt, bekommen ein Gesicht und geben einen Teil von sich preis.

Schlussfolgerungen

Hauser (2016, S. 90) formuliert als ein ethisches Qualitätskriterium für die gemeinsame Forschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten die „Schadensfreiheit“. Schadensfreiheit in der Forschung ist einerseits ein Kriterium, das durch rechtliche Rahmenbedingungen geregelt ist. Aber darüber hinaus ist es notwendig, mögliche Folgen von Forschungshandlungen einzuschätzen, sie mit den Menschen mit Lernschwierigkeiten zu diskutieren und zu bewerten. Die Spannungsfelder der Partizipativen Forschung sollten dabei offen thematisiert, von allen Beteiligten reflektiert und die Risiken bewusst abgewogen werden.

5.3 Der Mehrwert Partizipativer Forschung

Der englische Begriff „inclusive research“ entstand in den späten 1980er-Jahren; er entspricht unserem Verständnis von Partizipativer Forschung. So schreiben Walmsley und Johnson (2003): „Wir definieren Inklusive Forschung als Forschung, die Menschen mit Lernschwierigkeiten einbezieht und involviert, und zwar mehr als nur als Forschungssubjekte. Sie sind Akteur/-innen, Menschen, deren Sichtweisen in eigenen Worten direkt in den veröffentlichten Ergebnissen repräsentiert sind, aber – und das ist mir wichtig – sie sind gleichzeitig Forscher/-innen, die eine aktive Rolle spielen als Anstifter/-innen, Interviewer/-innen, Datenanalysierende oder Autor/-innen“ (Übersetzung: Goeke 2016, S. 38).

Zusammen mit zwei Kolleginnen führte Walmsley jüngst eine englischsprachige Literaturrecherche durch mit dem Ziel, die zusätzliche Qualität „Inklusiver Forschung“ herauszuarbeiten (Walmsley et al. 2018). Dabei berücksichtigten die Forscher/-innen 52 gutachterlich geprüfte Zeitschriftenbeiträge aus dem Zeitraum von 2003 bis 2016. Sie analysierten die Texte anhand einer Kriterienliste von Nind und Vinha (2012) und fanden folgende Kriterien zur Beschreibung der Qualität von „inclusive research“ (hier Synonym mit Partizipativer Forschung):

- Die Forschung beantwortet Fragen, die von den Autor/-innen sonst nicht beantwortet werden könnten, die aber wichtig sind. („The research answers questions the authors could not otherwise answer but are important.”)
- Die Forschung erreicht Teilnehmer/-innen, Gemeinschaften und Wissensbereiche, die den Autor/-innen sonst nicht zugänglich wären. („The research reaches participants, communities and knowledge in ways that the authors could not otherwise access.”)
- Die Forschung beinhaltet die Reflexion über kulturelles Insiderwissen von Menschen mit Lernschwierigkeiten. („The research involves reflecting upon the insider cultural knowledge of people with learning disabilities.”)
- Die Forschung wird von den involvierten Personen als authentisch wahrgenommen. („The research is authentic – recognized by the people involved.”)
- Die Forschung wirkt sich auf das Leben von Menschen mit Lernschwierigkeiten aus. („The research makes impact on the lives of people with learning disabilities.”) (Nind & Vinha 2012, S. 44 f.)

Allgemein stellen Walmsley et al. fest, dass gemeinsame Forschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten mehr Geld kostet, mehr Zeit und mehr Menschen benötigt (z. B. Begleitpersonen, Assistent/-innen) als Forschung, die ausschließlich von Akademiker/-innen durchgeführt wird. Doch der Aufwand lohnt sich. Auf der Grundlage ihrer Literaturrecherche diskutieren Walmsley et al. die verschiedenen Aspekte Partizipativer Forschung und kommen zu dem Schluss, dass deren Qualität einzigartig ist. Nicht zuletzt der Prozess des Zusammenarbeitens zwischen Menschen mit Lernschwierigkeiten und akademisch Forschenden sei an sich schon ein Qualitätskriterium. Deshalb gehe es vor allem darum, erfolgreiche Wege der Zusammenarbeit zu finden und diese gut zu dokumentieren, damit andere davon lernen könnten. Der Beitrag, den Menschen mit Lernschwierigkeiten leisten, soll wahrgenommen, gefördert und breit kommuniziert werden, um letztlich das Bild der Gruppe der Menschen mit Lernschwierigkeiten in der Gesellschaft positiv zu verändern.

Im Folgenden wenden wir die oben aufgeführten Qualitätskriterien auf die GESUND!-Teilprojekte an, deren Ergebnisse in Tab. 5.6 zusammengefasst sind.

Tab. 5.6: Der Wert Partizipativer Forschung

Studie	„Lärm“-Projekt	„Gesund essen“-Projekt	GESUND! in der Stadt	GESUND!-Schreibwerkstatt
Fragen, die sonst nicht beantwortet werden können, aber wichtig sind	Forschungsthema und -fragen wurden von den MF angestoßen. Das Thema Lärm war wichtig für die MF. Die Antworten hätten auch ohne Mitforschende erhoben werden können.	Forschungsthema und -fragen wurden von den MF angestoßen. Das Thema „Gesund essen“ war wichtig für die MF. Die Antworten hätten auch ohne Mitforschende erhoben werden können.	Forschungsthema und -fragen wurden durch AF vorgeschlagen. Über die Wichtigkeit der Forschungsfragen für die MF wissen wir nichts. Die Bearbeitung der Fragen wurde von den MF positiv bewertet. Die spezifische Forschungsperspektive war nur über die MF möglich.	Forschungsthema und -fragen wurden durch AF vorgeschlagen. Über die Wichtigkeit der Forschungsfragen für die MF wissen wir nichts. Die Bearbeitung der Fragen wurde von den MF positiv bewertet. Die spezifische Forschungsperspektive war nur über die MF möglich.
Wer wurde (wird) erreicht?	Primär: Menschen mit Lernschwierigkeiten innerhalb der WfbM.	Primär: Menschen mit Lernschwierigkeiten innerhalb der WfbM.	Die Ausstellung erreichte Menschen mit Lernschwierigkeiten innerhalb der WfbM und Menschen ohne Behinderung an diversen Schauplätzen außerhalb der WfbM.	Das Lesepublikum der Veröffentlichung sind primär Menschen ohne Lernschwierigkeiten.
Kulturelles Insiderwissen	Kulturelles Insiderwissen war nicht Gegenstand der Studie.	Kulturelles Insiderwissen war nicht Gegenstand der Studie. Aber das Wissen der Beteiligten aus dem Küchenbereich der WfbM bereicherte die Studie und half dabei, Empfehlungen direkt umzusetzen.	Die Studie beinhaltet kulturelles Insiderwissen und gibt den MF eine öffentlich wirksame Stimme.	Die Studie beinhaltet kulturelles Insiderwissen und gibt den MF eine öffentlich wirksame Stimme.

MF = Mitforschende, AF = akademisch Forschende

Studie	„Lärm“-Projekt	„Gesund essen“-Projekt	GESUND! in der Stadt	GESUND!-Schreibwerkstatt
Authentische Forschung	Die Bearbeitung des Themas war ein ausdrücklicher Wunsch der MF. Studienergebnisse sind in einfacher Sprache verfasst.	Die Bearbeitung des Themas war ein ausdrücklicher Wunsch der MF. Studienergebnisse sind in einfacher Sprache verfasst.	Studienergebnisse sind in der Alltagssprache der MF verfasst.	Studienergebnisse sind in der Alltagssprache der MF verfasst.
Auswirkung auf Menschen mit Lernschwierigkeiten	Die Auswirkungen auf die MF sind dokumentiert. Auswirkungen auf andere Menschen mit Lernschwierigkeiten können nicht valide belegt werden.	Die Auswirkungen auf die MF sind dokumentiert. Die Empfehlungen aus der Studie, die von der Küche umgesetzt wurden, erreichten auch andere Beschäftigte der WfbM. Welche Auswirkungen das genau auf andere Menschen mit Lernschwierigkeiten hatte, kann jedoch nicht valide belegt werden.	Die Auswirkungen auf die MF sind dokumentiert. Auswirkungen auf andere Menschen mit Lernschwierigkeiten können nicht valide belegt werden.	Die Auswirkungen auf die MF sind dokumentiert. Auswirkungen auf andere Menschen mit Lernschwierigkeiten können nicht valide belegt werden.
Wege der Zusammenarbeit finden und Dokumentation	Die Zusammenarbeit erfolgte durch umfangreiche Kontaktzeiten auf der Basis einer freundschaftlichen Arbeitsbeziehung (z. B. Du-Anrede). Studienergebnisse wurden veröffentlicht.	Die Zusammenarbeit erfolgte durch umfangreiche Kontaktzeiten auf der Basis einer freundschaftlichen Arbeitsbeziehung (z. B. Du-Anrede). Studienergebnisse wurden veröffentlicht.	Die Zusammenarbeit erfolgte durch umfangreiche Kontaktzeiten auf der Basis einer freundschaftlichen Arbeitsbeziehung (z. B. Du-Anrede). Studienergebnisse wurden veröffentlicht.	Die Zusammenarbeit erfolgte durch umfangreiche Kontaktzeiten auf der Basis einer freundschaftlichen Arbeitsbeziehung (z. B. Du-Anrede). Studienergebnisse wurden veröffentlicht.

Studie	„Lärm“-Projekt	„Gesund essen“-Projekt	GESUND! in der Stadt	GESUND! Schreibwerkstatt
Sozialer Wandel	Die Reichweite ist regional begrenzt. Sozialer Wandel wird mit der Studie nach unserer Bewertung nicht beeinflusst. Möglicherweise leisteten wir durch die zahlreichen Kongresspräsentationen einen kleinen Beitrag in diese Richtung.	Die Reichweite ist regional begrenzt. Sozialer Wandel wird mit der Studie nach unserer Bewertung nicht beeinflusst. Möglicherweise leisteten wir durch die zahlreichen Kongresspräsentationen einen kleinen Beitrag in diese Richtung.	Die Reichweite ist regional begrenzt. Sozialer Wandel wird mit der Studie nach unserer Bewertung nicht beeinflusst. Möglicherweise leisteten wir durch die zahlreichen Kongresspräsentationen einen kleinen Beitrag in diese Richtung.	Die Reichweite ist begrenzt. Sozialer Wandel wird mit der Studie wahrscheinlich nicht beeinflusst.

MF = Mitforschende, AF = akademisch Forschende

Wie aus dieser Tabelle deutlich hervorgeht, ist die besondere Qualität Partizipativer Forschung abhängig vom Forschungsgegenstand. Beispielsweise ist das kulturelle Insiderwissen der Menschen mit Lernschwierigkeiten in den Studien „Lärm“ und „Gesund essen“ in der WfbM kaum relevant. Hier hätten vermutlich auch Forschungsteams ohne Menschen mit Lernschwierigkeiten gute Studienergebnisse erreicht. Bei den anderen Teilprojekten zeigt sich die besondere Qualität Partizipativer Forschung deutlicher, weil explizit die Perspektive der Menschen mit Lernschwierigkeiten als originärer Forschungsgegenstand definiert wurde. Der zusätzliche Wert von Partizipativer Forschung lässt sich auch mit Hilfe von zwei Sprachbildern (Metaphern) beschreiben. Es geht a) um die Funktion als „Geburtshelferin“, und b) um die Funktion als „Brückenbauer“. In Bezugnahme auf Lakoff und Johnson (2003) spielen wir mit diesen Sprachbildern, „denn Metaphern gehören zu den basalsten Mechanismen, mit denen wir unsere Erfahrungen verstehbar machen können“ (ebenda, S. 242).

Partizipative Forschung in der Funktion als „Geburtshelferin“

Geburtshelferinnen bereiten vor, beraten und begleiten. Sie haben viel und direkten Kontakt zu den Beteiligten. Sie unterstützen mit geeigneten Methoden und Handgriffen das Zur-Welt-Bringen von neuem Leben und packen an. Sie begleiten den gesamten Vorgang und sind auch nach dem Geburtseignis verfügbar. Ähnlich zielt Partizipative Forschung darauf ab, eine Stimme zu Gehör zu bringen, die ohne „Geburtshilfe“ ungehört bleiben würde.

Partizipative Forschung in der Funktion als „Brückenbauer“

Ein Brückenbauer schafft Verbindungen (zwischen zwei Bergrücken, zwischen zwei Ufern). Er prüft den Grund und taucht zuweilen unter oder blickt von oben auf die landschaftlichen Gegebenheiten. Ein Brückenbauer sorgt sich um ein tragfähiges Fundament, schließt Lücken und überwindet Hindernisse. Er kennt viele Arten und Formen von Brücken und macht Vorschläge zum Bau. Der/die Auftraggeber/-in entscheidet letztlich, wie die Brücke aussehen soll. Wie ein Brückenbauer schafft Partizipative Forschung neue Begegnungsmöglichkeiten.

Partizipative Forschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten will verbesserte Realitäten schaffen für Menschen, die sozial benachteiligt sind und werden. Sie will neue Erkenntnisse hervorbringen („Geburtshelferin“), die diesen Menschen etwas nützt. Die Funktion der Partizipativen Forschung ist es, sozial bedingte Gräben zu überwinden („Brückenbauer“), Verbindungen zwischen unterschiedlichen Gruppen (Akademikern und Nicht-Akademikern) herzustellen und so ein gegenseitiges Verständnis zu unterstützen.

Zusammenfassung

Auch bei unserem Projekt sehen wir im Prozess des Zusammenarbeitens zwischen Menschen mit Lernschwierigkeiten und den akademisch Forschenden den wichtigsten zusätzlichen Wert unserer Forschung. Im Hinblick auf Partizipative Forschung sind für uns die beiden folgenden Fragen entscheidend: Was können die beteiligten Personen voneinander lernen? Und wie kann dieses Wissen weitreichend für andere Menschen zugänglich gemacht werden? Welche Art von Forschung die qualitativ besten Forschungsergebnisse bringt, hängt nicht zuletzt vom Forschungsgegenstand und der Zielstellung ab. Ganz im Sinne von „Nichts über uns – ohne uns!“ erfordert Forschung, die eine spezifische Perspektive von Menschen mit Lernschwierigkeiten ins Zentrum rückt, unweigerlich Formen der Partizipation.

Eine gelingende Zusammenarbeit unter den Beteiligten an partizipativen Forschungsprojekten kann zu Empowerment bei Menschen mit Lernschwierigkeiten führen. Im besten Fall werden Einstellungs- und Verhaltensänderungen bei den Beteiligten und darüber hinaus in der Gesamtbevölkerung angestoßen, die langfristig zu einem positiven sozialen Wandel beitragen. Bezogen auf die gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet das: Die Beteiligung der Menschen mit Lernschwierigkeiten, der Einbezug ihrer Sichtweisen und Lebenswelterfahrungen legt sozial bedingte Ungleichheiten in authentischer Art und Weise offen. Werden diese Ergebnisse produktiv genutzt, dann kann das letztlich im Sinne der betroffenen Menschen zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen.

Literaturverzeichnis

- 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. Proceeding of the 3rd International Conference on Public Health (International Conference on Public Health, 237 – 245): The International Institute of Knowledge Management (TIKM).
- Allweiss, T.; Rott, E.; E., S.; G., M.; F., S. & M., R. (2017). Gesund essen. Ein partizipatives Forschungsprojekt in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Zugriff am 28.10.2018. Verfügbar unter http://partkommplus.de/fileadmin/files/Dokumente/GESUND/_Bericht_Projekt_Gesund_Essen_LWB_final_online.pdf.
- Burtscher, R.; Allweiss, T.; Perowanowitsch, M. & Rott, E. (2017a). Kartenset: Die Gesundheitsforscherin. Zugriff am 28.10.2018. Verfügbar unter <https://www.vdek.com/vertragspartner/Praevention/projektgesund.html>.
- Burtscher, R.; Allweiss, T.; Perowanowitsch, M. & Rott, E. (2017b). Was ist Forschung? Zugriff am 28.10.2018. Verfügbar unter <https://www.vdek.com/vertragspartner/Praevention/projektgesund.html>.
- Cook, T.; Inglis, P.; Hodgson, P. & The men and staff at a Medium Secure Unit in the North of England (2008). Understanding Research Student's Pack, Understanding research, consent and ethics. A participatory research methodology in a medium secure unit for men with a learning disability (Final Report NHS National R&D Programme on Forensic Mental Health Research Funding Scheme, Appendix 15).
- Ellis, L. (2017). Making decisions together? Exploring the decision-making process in an inclusive research project. *Disability & Society*, 44 (1), 1 – 22.
- Elze, S.; Frey, S.; C.; Allweiss, T. & Schwersensky, N. (2018). Methodenvielfalt im Projekt GESUND! Wie Menschen mit Lernschwierigkeiten partizipativ forschen. *Klinische Sozialarbeit*, 14 (4), 6 – 7.
- Goeke, S. (2016). Zum Stand, den Ursprüngen und zukünftigen Entwicklungen gemeinsamen Forschens im Kontext von Behinderung. 37 – 53. In: Buchner, T.; Koenig, O. & Schuppener, S. (Hrsg.). (2016). *Inklusive Forschung. Gemeinsam mit Menschen mit Lernschwierigkeiten forschen*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Hauser, M. (2016). Qualitätskriterien für die inklusive Forschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. 77 – 98. In: Buchner, T.; Koenig, O. & Schuppener, S. (Hrsg.). (2016). *Inklusive Forschung. Gemeinsam mit Menschen mit Lernschwierigkeiten forschen*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2003). *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. 3. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Nind, M. & Vinha, H. (2012). Doing research inclusively, doing research well? Report of the study: Quality and capacity in inclusive research with people with learning disabilities: University of Southampton. Zugriff am 12.10.2018. Verfügbar unter https://www.southampton.ac.uk/education/research/projects/quality_and_capacity_in_inclusive_research_with_learning_disabilities.page.
- Perowanowitsch, M.; Burtscher, R.; T., S.; M., J.; P., C.; M., C. & M., N. (2017). Das Lärm-Projekt. Ein partizipatives Forschungsprojekt in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Verfügbar unter http://partkommplus.de/fileadmin/files/Dokumente/GESUND/_Bericht_Projekt_Laerm_LWB_final_online.pdf.
- Walmsley, J. & Johnson, K. (2003). *Inclusive research with people with learning disabilities. Past, present, and futures*. Philadelphia, PA, London: J. Kingsley Publishers.
- Walmsley, J.; Strnadová, I. & Johnson, K. (2018). The added value of inclusive research. *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*, 31 (5), 751 – 759.
- Wright, M. T. (2013). Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8 (3), 122 – 131.
- Wright, M. T.; Unger, H. von & Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. 35 – 52. In: Wright, Michael T. (Hrsg.) (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.

6 Karin – Eine partizipative Einzelfallstudie mit biografischer Geschichte

Elisabeth Rott

In diesem Beitrag wird ein studentisches Forschungsprojekt¹, eine partizipativ angelegte Einzelfallstudie, beschrieben. Vorrangiges Ziel der Studie war es, einen Text zu erstellen, der das individuelle Selbstverständnis einer Frau mit Lernschwierigkeiten in ihrer jetzigen Lebens- und Gesundheitssituation ausführlich erzählt. Dabei wurde eine offene Herangehensweise gewählt, wonach in der ersten Phase des Projekts Gespräche, Besuche und Treffen stattfanden, um die Lebenswelt der Frau kennenzulernen. So wurde sie an das Forschungsthema herangeführt und angeregt, als Mitforschende den Forschungsprozess mitzubestimmen. In der zweiten Phase entstand eine Geschichte, die auf einer Erzählung der Mitforschenden über ein Ereignis basiert, das ihr Leben geprägt hat und das ihre Gesundheit betrifft. Die hier beschriebene narrativ- und subjektorientierte Forschung zielte darauf ab, soziale Wirklichkeit partnerschaftlich und gleichberechtigt zu erforschen und gegebenenfalls zu beeinflussen. Anders als bei vielen partizipativen Projekten standen aber die Impulse zur Veränderung dabei nicht im Vordergrund – vielmehr ging es um die genaue Betrachtung der Lebensumstände der Mitforschenden und damit verbunden um das Bewusstwerden ihrer eigenen Situation, der notwendigen Handlungen und der (Handlungs-)Optionen. Im Verlauf der Einzelfallforschung wurden Hypothesen zur subjektiven Gesundheitsvorstellung der Mitforschenden generiert und individuelle Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit, zum Beispiel ihre Ernährungsgewohnheiten, beschrieben. Ein zentrales Ergebnis der gemeinsamen Forschung ist die Geschichte „Wie das war mit meiner Schwangerschaft“, die in diesem Kapitel abgedruckt ist.

6.1 Ausgangsüberlegungen

Vor allem im deutschsprachigen Raum liegen wenig gesicherte Daten über die Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten² vor. Die Personengruppe wird mit

¹ Elisabeth Rott war bis 31. Januar 2017 studentische Mitarbeiterin im Projekt GESUND!. Sie führte die vorliegende Einzelfallstudie zusätzlich zu den vom BMBF finanzierten Teilprojekten im Rahmen ihres Masterstudiums der Heilpädagogik durch (Anm. v. Reinhard Burtcher).

² Menschen mit Lernschwierigkeiten wird in diesem Beitrag synonym zu den Begriffen „Menschen mit geistiger Behinderung“ bzw. „Menschen mit kognitiver Einschränkung“ verwendet, die oft als negativ und abwertend empfunden werden.

standardisierten Befragungs- bzw. Forschungsmethoden nicht erreicht (Burtscher 2014). Insbesondere gibt es ein Forschungsdesiderat zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen und zum Gesundheitsverhalten von Menschen mit Lernschwierigkeiten. Es fehlen Angaben über Menschen mit Lernschwierigkeiten aus deren eigener Sicht. Im Zusammenhang mit der neuen Berichterstattung der Bundesregierung zur sozialen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen stellt Wacker fest:

„Um Lebenswirklichkeit differenziert zu erfassen, müssen auch methodisch neue Pfade gefunden und eingeschlagen werden. Im Fokus sollen zukünftig deswegen auch vermehrt Daten stehen, die auf Selbstauskünften der Menschen mit Beeinträchtigungen beruhen.“ (Wacker 2016, S. 1099)

Die Idee zu einer Einzelfallstudie mit einer Frau mit Lernschwierigkeiten entstand im Zusammenhang mit meiner studentischen Mitarbeit im Projekt GESUND!, daher sind dessen theoretische Bezugspunkte für dieses studentische Forschungsprojekt bestimmend. Hinsichtlich seiner grundlegenden Ausrichtung schloss das Vorhaben an den Forschungsstil der Partizipativen Gesundheitsforschung (PGF) an. Der Ansatz der PGF, basierend auf den Standards der ICPHR (International Collaboration for Participatory Research), diente als methodische Orientierung:

„Das Ziel der Partizipativen Gesundheitsforschung (PGF) ist ein Höchstmaß an Partizipation am gesamten Forschungsprozess für die Menschen, deren Leben oder Arbeit erforscht wird. Partizipation bedeutet in diesem Zusammenhang nicht nur Teilnahme, sondern auch Teilhabe am Forschungsprozess. Die Partizipation umfasst den gesamten Forschungsprozess, von der Formulierung der Forschungsfrage und des Forschungsziels bis hin zur Entwicklung eines Forschungsdesigns, der Auswahl von Methoden der Datenerhebung und -auswertung, Durchführung der Forschung und Verwertung der Forschungsergebnisse. (...) Im Zentrum steht die Gewinnung von Erkenntnissen über das Leben bzw. die Arbeit von Menschen, die sie für wichtig halten, um Aussagen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung treffen zu können.“ (PartKommPlus Online, 2018)

6.2 Annäherung an den Gesundheitsbegriff

Für das partizipative Projekt erschien es wichtig, gemeinsam mit der Frau mit Lernschwierigkeiten (im Folgenden meist Mitforschende genannt) ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, dass Gesundheit von vielen verschiedenen Faktoren und Umweltbedingungen abhängt, dass es also um mehr geht als um Essen und Bewegung. Im Forschungsverlauf wurde mehrere Male an konkreten Beispielen – in leicht verständlicher Sprache und anhand von Bildern – auf einen vielschichtigen, mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff Bezug genommen. Als theoretische Grundlage diente dabei u. a. das Regenbogenmodell der Gesundheit beeinflussenden Faktoren von Whitehead und Dahlgren (1991).

Das Projekt war so angelegt, dass Gesundheit hauptsächlich synonym zum Konzept des subjektiven Wohlbefindens verstanden wurde. Daher standen folgende Fragen im Mittelpunkt der Gespräche mit der Mitforschenden:

- Wann geht es mir gut?
- Wann geht es mir nicht gut?
- Wie fühle ich mich?
- Was macht mich krank? oder: Was schadet mir? Was ist nicht gut für mich?
- Was hält mich gesund?

6.3 Untersuchungsziel und Fragestellungen

Ziel der Untersuchung war es, als kleines Forschungsteam gemeinsam etwas herauszufinden über die Lebens- und Gesundheitssituation einer Person mit Lernschwierigkeiten – es ging um eine möglichst subjektive Darstellung ihrer Gesundheit und ihres Gesundheitsverhaltens. Zudem wurde mit der Studie beabsichtigt, einen tiefergehenden Einblick in die Lebenswelt von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu geben und diese dicht zu beschreiben. Die Komplexität der sozialen Wirklichkeit einer Frau mit Lernschwierigkeiten sollte aus ihrer eigenen Perspektive abgebildet werden. Insbesondere wurde der Fokus auf die spezifischen Faktoren, die die Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten beeinflussen, ausgerichtet.

Die zentrale Forschungsfrage lautete: Welche subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und welche lebensweltbezogenen Einflussfaktoren auf Gesundheit bzw. auf das Wohlbefinden sind vorhanden? Der Forschungsverlauf wurde dokumentiert und gemeinsam reflektiert, um zusätzlich Erkenntnisse über Partizipative Forschung zu gewinnen. Der Forschungsprozess selbst war gekennzeichnet durch eine offene Herangehensweise, sodass prinzipiell im Verlauf der Forschung weitere Teilfragen hinzugezogen werden konnten. Dies entsprach dem Leitgedanken Partizipativer Forschung.

Eine Einzelfallstudie zielt darauf ab, ein möglichst ganzheitliches und realistisches Bild der sozialen Welt einer einzelnen Person abzubilden (Lamnek 2010, S. 273). Um die Komplexität der Lebenswelt eines Individuums gerecht zu werden, bedarf es der Einbeziehung vieler relevanter Dimensionen und Variablen, die über einen längeren Zeitraum beobachtet werden. Daher ist die Einzelfallstudie auch multimethodisch angelegt. Das Individuum wird als Fachmann oder Fachfrau für die Deutungen und Interpretationen seiner bzw. ihrer Alltagswelt betrachtet (Lamnek 2010, S. 273). Die Einzelfallstudie ist durch einen offenen und intensiven kommunikativen Zugang zur Lebenswelt der „untersuchten“ Person gekennzeichnet (ebd.).

Für diese Studie wurden Methoden der teilnehmenden Beobachtung angewendet, und Gespräche (auch mit Unterstützungs- bzw. Assistenzpersonen) fanden statt. Die Mitforschende führte kontinuierlich ein Forschungs-Tagebuch, in dem sie ihren Tagesablauf notierte. Ich führte ein Journal, in welchem ich meine Sicht auf die Treffen, meine Beobachtungen und Interpretationen niederschrieb.

6.4 Ablauf des Projekts und methodisches Vorgehen

In der ersten Projektphase traf ich mich regelmäßig mit der Mitforschenden, begleitete sie bei Alltagsaktivitäten und erhielt damit Einsicht in ihre Lebenswelt. Bei den Treffen im Sozialraum der Mitforschenden näherten wir uns gemeinsam dem Thema Gesundheit. Wir sprachen über unsere gesundheitliche Situation, unsere Vorstellungen von Gesundheit, unsere Bedürfnisse und Wünsche sowie über die Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Nach einer Kennenlernphase, in der die Mitforschende auch an die Themen Forschung und „informiertes Einverständnis“ herangeführt wurde, fanden anhand von vorbereiteten offenen Fragen (beispielsweise auch unter Bezugnahme auf verschiedene Fotos und Bilder) intensive Gespräche zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden statt.

In der darauf folgenden zweiten Projektphase entstand eine (biografische) Geschichte, die den Zusammenhang von Lebenswelt und Gesundheit beleuchtet. Diese Geschichte basiert auf einer Erzählung der Mitforschenden über ihre Gesundheit und ihre Lebenssituation. Methodisch orientierte sich dieser Teil der Erhebung an der Biografieforschung.

Die Geschichte entstand im Team, bestehend aus der Mitforscherin als Erzählerin und mir als ihrer Schreibassistentin. Als Schreibassistentin stellte ich in der Rolle der aktiven Zuhörerinnen Fragen zur Erzählung und hielt die Geschichte in möglichst Leichter Sprache fest. Die verschriftlichte Erzählung wurde von der Mitforschenden validiert. Das methodische Vorgehen wird weiter unten in dem Abschnitt „Die Geschichte“ beschrieben.

In der Anfangsphase des Projekts, nachdem die Mitforschende eine informierte Entscheidung über die Teilnahme an der Studie getroffen hatte, führte ich die Tagebuch-Methode ein. Gemeinsam erarbeiteten wir eine Struktur für das Tagebuch. Ich bat die Mitforschende, einmal in der Woche Eintragungen in das Tagebuch vorzunehmen. Dabei galt es, im Verlauf des Projekts zu überprüfen, ob diese schriftliche Reflexion – geleitet durch strukturierende Fragen – für die Frau mit Lernschwierigkeiten eine geeignete Analysemethodik ist. Folgende Fragen wurden für die Struktur des Tagebuches festgelegt: Wie geht es mir heute? Wie fühle ich mich? Was freut mich? Was ärgert mich? Was noch? Bei der Einführung des Tagebuchs wies ich darauf hin, dass auch Bilder oder Zeichnungen im Tagebuch Platz finden können und jegliche Freiheiten seitens der Mitforschenden bestehen, das Tagebuch zu führen.

Obwohl wir zunächst nur wöchentliche Einträge verabredet hatten, schrieb die Mitforschende von Beginn an fast täglich in ihr Tagebuch. Im Verlauf des Projekts passte sie das Instrument dahingehend an, dass sie die oben genannten Fragen als Abschnittsüberschriften für ihre täglichen Eintragungen einfügte (Abb. 6.1).

1. Woche	Wie geht es mir heute? 4.5.2016	Wie heute mich? 8.5.2016
	MIR GEHT ES GUT, ICH HABE MICH GEFREUT, DASS ICH MIT MIR EINWAUFEN WAR UND MIR BEIDER ZUGERÜCKUNG VOM ABDRUCK BROT MACHEN GEHOLFEIV HAT.	HAT AM MITTERTAG GESCHAFET VON FREISCHOLL ZULAUFEIV BIS ÜBER PAUL STEHT, SCHABE SIE WAR DAKACH HABUT UND IST DAIV IN DIE ÜBH EINGESCHNITTEN RICHTUNG RUDWO. WAR NOCH MIT IHREM SCHATZ 5.5.2016. WARMONNERTSTAGST. 8.5.2016 SPÄZIV. GET BEGE.
	Wie fühle ich mich? 5.5.2016	Platz für mehr Ideen...
	FEHLSCHNITTEN SIEHER. 5.5.2016 HAT. AN MONTAGSALATGEESSEL.	HAT AM WOCHENIV EINDESPÄZIV. SIE IST GELAUFEIV VON FREISCH BIS ÜBH IN DIE PAULSTANST. HAT AM WOCHENIV ALS WIR ESSIV WAR EIV. TBITTER LEIM EIV GETRUV. ARBEIT MÄSSIG FÜLE ICH NIT. MEISTEIVS ÜBER FORDIV. SALAT 2 BROT HE 1055. 1 SCHNITT WAFEL BIS NIT. UND 1 TURG URT. UND FORDIER ARBEIT. 1 SCHNITT DREUSELSCHIVE UND 1 IM EL WER. 2 TASS EIV KAFFEE.
	Was ärgert mich? DEICHBEFELIV. MUS DAS ICH IHM RUHE MEINE PAUSE MISCHT MACH EIV KAV.	

Abb. 6.1: Tagebuch zur Forschung

Die Mitforschende machte zunehmend auch eigene Notizen auf zusätzlichen DIN-A-4-Blättern. Ihr leitender Gedanke dabei war, mir einen möglichst genauen Einblick in ihren Tagesablauf zu geben und zudem zu dokumentieren, was sich ihrer Meinung nach gerade auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden auswirkt. Zu Beginn jedes Treffens wurden die Tagebuchaufzeichnungen und Notizen besprochen, sodass Nachfragen und Einordnungen erfolgen und eine erste Auswertung vorgenommen werden konnte. Das Tagebuch stellte für die Mitforschende offensichtlich die zentrale Methode der Reflexion und das Mittel zur Beteiligung an der Forschung dar. In Gesprächen zur Auswertung des Tagebuches wurde deutlich, dass die Mitforschende die Methode des Tagebuchführens als „Denk-Aufgabe“ wahrgenommen hat. Mehrmals wies die Mitforschende darauf hin, dass sie sich auch gut mit Bildern ausdrücken könne, dass wir also auch über dieses Medium zu Ergebnissen kommen und diese als Basis der Reflexion nutzen könnten. Daraufhin forderte ich die Mitforschende immer wieder auf, auch Bilder „sprechen“ zu lassen, und so wurden die Eintragungen in das Tagebuch immer öfter durch die selbst angefertigten Bilder der Mitforschenden ergänzt. Exemplarisch sind einige davon in diesem Beitrag abgebildet.

6.5 Ergebnisse aus dem ersten Teil der Untersuchung

Auf der Grundlage der Tagebuchaufzeichnungen der Mitforschenden, meiner teilnehmenden Beobachtung und unserer Gespräche habe ich Hypothesen über die subjektiven Vorstellungen (der Mitforschenden) sowohl von Gesundheit als auch von den Faktoren, die Gesundheit beeinflussen, zusammengefasst. Diese Hypothesen werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

6.5.1 Die Mitforschende und ihre Vorstellungen von Gesundheit

Die Mitforschende ist 48 Jahre alt. Sie lebt in Berlin, seit über zehn Jahren in einer festen Beziehung. Sie hat keine Kinder und wohnt in einer betreuten Wohngemeinschaft (sozialpädagogisch betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderung sind Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII § 53). Sie arbeitet in der Abteilung Kerzenherstellung einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) und besitzt einen Schwerbehindertenausweis, in welchem ein Grad der Behinderung von 80 festgestellt ist.

Hypothese 1: Das Verständnis von Gesundheit ist konkret

Im fachwissenschaftlichen Diskurs wird Gesundheit als etwas Relatives verstanden. Die Mitforschende äußert dagegen immer wieder eine sehr klare Vorstellung von Gesundheit in Abgrenzung zum Konzept der Krankheit. Unter gesundheitsförderlichem Verhalten versteht sie vor allem gesunde Ernährung, Bewegung, Sport und Entspannung. Ihr Gesundheitsverständnis ist sehr regelgeleitet. Sie sucht immer wieder nach klarer Orientierung und ordnet sowohl Tätigkeiten als auch Lebensmittel nach dem Gegensatzpaar gesund und ungesund ein. Zudem herrscht bei ihr die Meinung vor, es gäbe klare Regeln für gesundes oder ungesundes Verhalten. Das folgende Bild, von der Mitforschenden eigeninitiativ angefertigt, verdeutlicht dies (Abb. 6.2).



Abb. 6.2: Was ist gesund – Was ist ungesund?

Hypothese 2: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit sind stark geprägt durch Bezugspersonen

Die Vorstellung von Gesundheit scheint bei der Mitforschenden stark von Bezugspersonen – wie zum Beispiel der Betreuerin in der Wohngemeinschaft – geprägt zu sein. Häufig nimmt sie Bezug auf deren Äußerungen. So betont sie zum Beispiel, die Betreuerin achte sehr auf das Thema Gesundheit und kenne sich gut aus auf diesem Gebiet. Darüber hinaus zeigt sich eine regelgeleitete Praxis in der Wohngemeinschaft mit wöchentlichem Wiegen aller Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und mit Vereinbarungen zum Fahrradfahren auf dem Heimtrainer. Die Mitforschende malte dazu ein Bild (Abb. 6.3). Motiv und Thema waren wieder frei gewählt. Als wir das Bild besprachen, sagte die Mitforschende: „... mal überlegen, was mir zu Gesundheit sonst noch einfällt, nicht nur Spaziergehen und was weiß ich, was die Leute noch alles machen. Fahrrad fahren gehört ja zu dem Thema auch.“



Abb. 6.3: Das ist unser WG-Fahrrad

Hypothese 3: Großes Wissen über Gesundheit und Interesse an dem Thema

Die Mitforschende hat anscheinend eine hohe Motivation, sich mit Gesundheitsthemen zu beschäftigen. Beispielsweise schaut sie im Fernsehen oft und gerne Gesundheitssendungen. Insbesondere beschäftigt sie sich mit dem Thema gesunde Ernährung. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit das Verhalten der Mitforschenden eine (vermeintliche) soziale Erwünschtheit wiedergibt. Soziale Erwünschtheit im Antwortverhalten bezieht sich auf die Tendenz, Antworten danach auszurichten, was vermeintlich eher auf soziale Zustimmung statt auf Ablehnung stößt. In welchem Maße strebt die Mitforschende danach, von mir dafür anerkannt zu werden, dass ich sie für gut informiert halte?

Die Mitforschende nimmt täglich Medikamente ein. Bei der Einnahme der verschiedenen Tabletten unterstützen sie ihre Betreuungspersonen, indem sie die Tabletten vorsortieren. Die Mitforschende weiß, welche Tabletten sie aufgrund welcher Erkrankung einnimmt.

6.5.2 Einflussfaktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden

Im folgenden Abschnitt gehe ich auf einzelne Faktoren ein, die das Wohlbefinden der Frau mit Lernschwierigkeiten beeinflussen. Jeder Abschnitt beginnt mit einem Zitat der Mitforschenden, das durch kursive Schrift gekennzeichnet ist, darauf bezogen folgen einige thematische Erläuterungen.

„Alles was neu ist, muss ich erstmal verarbeiten.“

Großen Einfluss auf das Wohlbefinden der Mitforschenden haben die Faktoren Sicherheit und Beständigkeit. Kontinuität der betreuenden und anderer Bezugspersonen ist für sie und ihr psychisches Wohlbefinden sehr wichtig. Der Umgang mit Veränderungen fällt ihr schwer. Immer wieder erzählte sie Episoden aus ihrem Leben, die solche Veränderungen mit sich brachten. Sie sagte wiederholt: „Da hab ich immer mit zu kämpfen.“

„... dass ich immer Arbeit habe.“

Die Arbeit nimmt im Leben der Mitforschenden einen hohen Stellenwert ein. Arbeit hat für sie jedoch auch einen ambivalenten Charakter: Sie sichert einerseits die Anerkennung in der Gesellschaft („Ich gehe auch arbeiten!“ ruft sie aus – und meint damit,



Abb. 6.4: Arbeitsgeräte

dass sie auch etwas zum Wohl der Gemeinschaft beitrage), andererseits ist die Arbeit auch ein Belastungsfaktor für das Wohlbefinden. Im Forschungs-Tagebuch werden unter der Fragestellung „Was ärgert mich?“ neben Problemen mit der Betreuungsperson in der Wohngemeinschaft fast ausschließlich Probleme im Zusammenhang mit der Arbeitsstelle genannt. Meist schildert die Mitforschende Konflikte mit einer Arbeitskollegin. Sie spricht auch davon, das es belastend sei, „wenn sie mir in der Arbeit was versprechen, und dann wird nichts draus“. Als Ergänzung zum Tagebuch malte die Mitforschende mehrere Bilder ihrer Arbeitsgeräte. Auf die Frage, was sie mir gern aus ihrem Leben zeigen möchte, sagte sie sofort, ich solle sie in der Werkstatt besuchen. Dort zeigte sie mir ihren Arbeitsplatz und erläuterte ihre Aufgaben. Ein eigenes Bild zeigt die Gerätschaften, die die Mitforschende für einen Arbeitsschritt des Kerzengießens benötigt (Abb. 6.4).

*„... wenn [Betreuer x] Dienst hat und wenn wir Ausflüge machen,
wenn wir spazieren gehen ...“*

Die Mitforschende geht gern spazieren. Sie genießt es, im Stadtteil zu bummeln und auch in anderen Stadtgebieten selbstständig unterwegs zu sein. Das tut ihr gut, und sie betrachtet es als gesundheitsfördernd. Auf ihren längeren Spaziergängen dokumentiert sie auf Zetteln die Namen der Straßen, die sie entlanggeht, und notiert ihre Wegabzweigungen. Sie nutzt diese Dokumentation als Erinnerungstütze, damit sie

Teil 2 SAMSTAG 24.9.2016
RICHTUNG Dudenstraße
RICHTUNG UBH Platz der Luft
BRÜCKE
RICHTUNG Mehringdamm
RICHTUNG Theater Thüngen
RICHTUNG Bismarckstraße
RICHTUNG Zosseverstraße
MARKT HALLE
RICHTUNG Gneisenau
RICHTUNG Mittenwäldchen
RICHTUNG Blücherstraße
AM URBAN KLINIKUM
RICHTUNG CURTBEJACH
GESUNDHEITS HAUS
RICHTUNG HERRMANNPLATZ
72 25 WARICH HERRMANNPLATZ
UND RICHTUNG FLUGHAFENSTRASSE
UND RICHTUNG Bismarckstraße
SCHLIEßLICH Bismarckstraße

Abb. 6.5: Notizen der Mitforschenden: Straßennamen und Gebäude werden notiert, um den zu Fuß zurückgelegten Weg durch die Stadt zu dokumentieren

später erzählen kann, wo sie war. Ohne die Aufzeichnungen würde sie die Route bald schon vergessen haben. Längere Spaziergänge sind in den Augen der Mitforschenden gesundheitsfördernde Bewegung und dienen als Ausweis für gesundheitsbewusstes Verhalten (auch gegenüber den Betreuungspersonen in der Wohngemeinschaft). Entsprechend einer Absprache zur Gesundheitsförderung mit einzelnen Betreuten in der Wohngemeinschaft entgeht die Mitforschende auf diese Weise an den Tagen, an denen sie längere Spaziergänge macht, dem Fahrradfahren auf dem Heimtrainer.

Dass sie eigenständig in der Stadt unterwegs sein kann, obschon es ihr manchmal an Orientierungssinn mangelt, betrachtet die Mitforschende als großen Vorteil. Sie wirkt bestärkt dadurch, dass sie immer wieder ihre Wege (in der Stadt) findet, dass sie sich selbstständig zurechtfindet und bewegen kann. Auf die Frage hin, was ihr guttue, antwortete sie einmal: „dass ich mit den öffentlichen Verkehrsmitteln wohin fahre und ich zu einer Veranstaltung gehe, die mich interessiert“. Die Möglichkeit, eigenständig und unabhängig unterwegs zu sein, hat einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Frau mit Lernschwierigkeiten. Die Abbildung 6.5 zeigt die Dokumentation eines Weges durch die Stadt im September 2016.

„Ich habe häkeln gelernt!“

Die Neugierde und das Interesse der Mitforschenden am Erlernen neuer Dinge ist gesundheitsförderlich. Ihre kreativen Fähigkeiten und Fertigkeiten werden in der Werkstatt gefördert. Bei einem meiner Besuche in der Wohngemeinschaft zeigte sie mir ein frisch gehäkeltes Wollteil. Sie ist stolz, weil sie Häkeln gelernt hat. Darüber hinaus malt und zeichnet sie gern und spielt Flöte. Sie äußerte immer wieder den Wunsch, Neues dazu zu lernen. Sie interessiert sich zum Beispiel für gesundheitsförderliches Verhalten, für Grammatik oder Rechtschreibung.

„Da muss ich viel überlegen, wie ich etwas rüberbringe.“

Belastungen erfährt die Mitforschende vor allem im sozialen Kontakt, zum Beispiel in der Werkstatt mit den Arbeitskollegen, mit ihrem Freund oder der Mutter ihres Freundes. Sie berichtete, dass sie sich nicht immer ernst genommen fühlt. Außerdem stellte sie fest, dass ihr soziales Umfeld auf die Art und Weise, etwas zu äußern, manchmal stark reagiert („Da muss ich viel überlegen, wie ich etwas rüberbringe.“).

„Ich hab das Problem mit dem Müsli. Weil ich ess' das tellerweise, und obwohl das schon süß ist, mach ich mir dann noch Zucker drauf, und ich sag mal [lacht], das macht ja auch bisschen Kalorien.“

Wie oben beschrieben, ist das subjektive Verständnis der Mitforschenden von Gesundheit sehr konkret, vor allem auf gesunde Ernährung bezogen und regelgeleitet. Sie kennt viele gesundheitsrelevante Fakten, zum Beispiel was den Zuckergehalt von

Lebensmitteln betrifft. Sie benennt mehrmals ihre Zwickmühle am Beispiel des Müsli-konsums: Sie wisse, dass es nicht gut für sie ist und sie zu viele Kalorien abends zu sich nehme, wenn sie sich mehrere Schalen Müsli mit viel Zucker zubereite. Sie könne dieses für sie schlechte Verhalten aber nicht ablegen. Es würde sie der Heißhunger gerade abends packen und dann könne sie nicht widerstehen.

„Gesundheit interessiert mich schon. Aber ich darf es frei entscheiden.“

Häufig wird darauf hingewiesen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten leicht beeinflussbar sind und sich in ihrem Verhalten und in ihren Äußerungen an der sozialen Erwünschtheit orientieren. In Bezug auf die Mitforscherin scheint eine bestimmte Betreuerin besonders großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten zu haben: Die Betreuerin achte darauf, dass man nicht zu viel beim Abendbrot isst. Oder sie weise darauf hin, dass an diesem Tag noch eine Runde Fahrrad fahren auf dem Heimtrainer ansteht. Auf meine direkte Nachfrage, ob dies nicht als zu kontrollierend empfunden werde, antwortete die Mitforschende: „[Name der Betreuerin] kann dazu was sagen. Aber ich darf es frei entscheiden.“

6.5.3 Kommentar zum partizipativen Forschen als Rück- und Ausblick

Die dargestellten Ergebnisse aus dem ersten Teil der Untersuchung geben einen Einblick in die Sichtweise einer Frau mit Lernschwierigkeiten. Die Normen und Werte, Ängste und Ambivalenzen werden erkennbar, die ihr Leben beeinflussen. Noch deutlicher macht das die Geschichte, die die Mitforschende erzählt hat. Doch bevor wir zum zweiten und wichtigsten Teil der Untersuchung kommen, möchte ich hier bereits bilanzierend auf die Frage eingehen, ob dieses Projekt dem Anspruch Partizipativer Forschung gerecht geworden ist.

Die beiden Kernprinzipien Partizipativer Forschung – Ressourcenorientierung und Empowerment – wurden in dieser Untersuchung berücksichtigt und umgesetzt. In dem nur aus zwei Menschen bestehenden Forschungsteam konnte eine gute Beziehung aufgebaut werden, die sich positiv auf den Verlauf des Projekts ausgewirkte. Partizipative Forschung regt vielfältige Lernprozesse an, sowohl in Bezug auf das Wissen als auch in Bezug auf die Identität der Forschenden. Im vorliegenden Fall führte das partizipative Vorgehen dazu, dass sich die Frau mit Lernschwierigkeiten als Mitforschende und nicht als „Forschungsgegenstand“ begreifen konnte. Das förderte bei der Mitforschenden die weitere Sensibilisierung für Gesundheitsthemen und mit der Aufforderung zur Mitbestimmung auch ihre Selbstwirksamkeitserwartung. Dadurch, dass sie im Mittelpunkt des Interesses stand und die Forschung entscheidend mitbestimmen konnte (beispielsweise durch die Auswahl der Gesprächsthemen), gewann die Mitforschende an Selbstvertrauen. Zudem lernte sie etwas über ihre eigene Lebenssituation und darüber, was ihre Gesundheit beeinflusst. In

einem vertrauensvollen, kommunikativen Prozess konnte sowohl persönlich für die Mitforschende als auch für die Forschung allgemein ein Erkenntnisgewinn erzielt werden.

6.6 Zweiter Teil der Untersuchung: Die Geschichte

Im zweiten Teil der Untersuchung konzentrierten wir uns darauf, eine Geschichte zu schreiben, die die Biografie der Mitforschenden zum Inhalt haben sollte. Die Geschichte wurde partizipativ verschriftlicht und bearbeitet. Für den Prozess, auf den ich im Folgenden ausführlicher eingehe, orientierten wir uns an der Vorgehensweise der partizipativen Forschungsstudie „Lebensgeschichten“ des Forscher/-innen-Teams um Hedderich am Lehrstuhl Sonderpädagogik der Universität Zürich (Hedderich 2015). Das Vorgehen basiert auf der Zusammenarbeit von Forscher/-innen-Teams, die sich aus Menschen mit und ohne Lernschwierigkeiten zusammensetzen und die die Geschichten in einem zirkulären Prozess entwickeln, welcher schematisch in drei Teile unterteilt werden kann: Erzählen – Verschriftlichen – Validieren.

In unserem Fall wurde zuerst ein episodisches Interview mit der Mitforschenden geführt. Die Leitfrage für das Interview griff ein wiederkehrendes Thema aus den vorangegangenen Treffen auf. Doch blieb, wie bei allen unseren Treffen, die Entscheidung, ob sie zu dem Thema etwas erzählen will, bei der Mitforscherin. Nach jedem Treffen, bei dem die Mitforschende einen Teil ihrer Geschichte erzählte, schrieb ich eine Art Protokoll. Dieses Protokoll legte ich beim nächsten Treffen der Mitforschenden vor. Der Text wurde Abschnitt für Abschnitt vorgelesen und besprochen. Erst wenn die einzelnen Abschnitte des Protokolls die Zustimmung der Mitforschenden gefunden hatten, galten die Daten als valide. Dieses Vorgehen entspricht der „kommunikativen Validierung“ nach Hedderich (Hedderich et al. 2015, S. 88).

So entstand die Geschichte als Ergebnis des gemeinsamen Forschungsprozesses. Sie wurde immer wieder ergänzt und bearbeitet. Manche Teile wurden entfernt, wenn es von der Erzählerin (meist aus Gründen persönlicher Betroffenheit) so gewünscht wurde. Die Kontrolle über den gesamten Inhalt blieb bei der Erzählerin. Der Titel der Geschichte wurde gemeinsam festgelegt.

Als Grundlage für eine informierte Entscheidung wurden die Themen Namensnennung, Anonymität und Art der Veröffentlichung mehrmals besprochen. Schlussendlich wurde gemeinsam entschieden, für die Veröffentlichung ein Pseudonym zu wählen. Für diesen Band verfasste das Forscherinnenteam außerdem einen kurzen einführenden Text in Leichter Sprache.

Die Geschichte entstand in insgesamt sechs Treffen von jeweils ein bis zwei Zeitstunden. Sie wurde nicht sozialwissenschaftlich analysiert oder interpretiert, sondern bleibt ein individuelles Zeugnis des persönlichen Erlebens.

6.6.1 Wie diese Geschichte entstanden ist

Es gab ein Projekt über die Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Eine Studentin von der Katholischen Hochschule für Sozialwesen in Berlin und eine Frau mit Lernschwierigkeiten haben mitgemacht. Sie haben gemeinsam über Gesundheit geredet.

Was ist Gesundheit?

Viele Dinge haben mit Gesundheit zu tun.

Auch Sex, Liebe und Beziehung gehören dazu.

Die Studentin hat die Frau gefragt:

Welche Erlebnisse waren wichtig in deinem Leben?

Dabei ist diese Geschichte entstanden.

Das ist eine echte Geschichte aus dem Leben.

Die Namen sind neu erfunden.

Die Geschichte hat mit sehr privaten Dingen zu tun.

Die Menschen in der Geschichte soll man nicht erkennen.

Die Geschichte ist von Karin.

Sie ist jetzt 48 Jahre alt und lebt in Berlin.

Sie lebt in einer Wohngemeinschaft.

Karin erzählt die Geschichte aus der Zeit als sie 30 Jahre alt war.

Sie hat einen festen Freund.

Mit ihm ist sie schon einige Jahre zusammen.

Sie wurde ungewollt schwanger.

6.6.2 Wie das war, mit meiner Schwangerschaft

Das Ganze fing damit an,

dass ich eines Tages richtig höllisch Bauchweh hatte.

Ich dachte: Da musst du mal deine Frauenärztin anrufen, bei der du in Behandlung bist.

Meine Ärztin heißt Andrea.

Sie ist bei der Beratungsstelle pro familia.

Da gehe ich sonst auch immer zur Beratung hin.

Ich habe also dort angerufen und gesagt, was mein Problem ist.

Sie hat gesagt:

Ok, komm her!

Sie hatte aber erst noch was anderes zu erledigen.

Aber ich habe gesagt:

Andrea, ich muss unbedingt untersucht werden.

Es geht mir total beschissen.

Sie sagte dann: Ok, komm her.

Dann bin ich hingefahren.

In der Beratungsstelle habe ich gleich mit der Frauenärztin geredet:

Ich habe seit einer Woche tierische Bauchschmerzen
und meine Blutung kommt auch nicht mehr regelmäßig.

Sie hat dann gesagt:

Dann gucken wir uns das gleich an.

pro familia

pro familia ist eine Beratungsstelle in Berlin.

Dort beraten Psychologinnen oder Sozialarbeiterinnen.

Es gibt dort Beratung zu diesen Themen:

- Liebe und Sexualität
- Verhütung
- Schwangerschaft
- und zu vielen anderen Dingen

Bei pro familia gibt es auch Ärztinnen.

Sie beraten und machen Untersuchungen.

Dann habe ich bei meinem Verlobten angerufen
und ihm das erzählt.

Er fragte mich am Telefon:

Na, mein Schatz, wie war es bei pro familia?

Ich antwortete:

Ich war nicht bei meiner Beraterin, sondern bei meiner Ärztin.

Wegen der Sache, weil meine Blutung nicht gekommen ist
und wenn sie gekommen ist, ist sie nicht richtig gekommen.

Er sagte: Warst du denn heute da?

Ich sagte:

Natürlich. Ich habe gleich einen Termin gemacht
und habe gefragt, ob Andrea da ist.

Dann hat sie Ultraschall gemacht,
weil ich ja nun wissen wollte, was da los ist.

Bei meiner Frauenärztin

Meine Frauenärztin hat eine Ultraschall-Untersuchung gemacht.

Ich sagte zu ihr:

Kannst du mir das Gerät ein bisschen hinschieben,
damit ich gucken kann?

Die Ärztin deutet auf den Bildschirm auf einen dunklen Fleck.

Sie sagt: Karin, guck mal da.

Dann sage ich: Was ist denn das?

Du willst mir doch nicht erzählen, dass ich schwanger bin?

Sie sagt: Guck mal da. Das ist ein Kind.

Dann sagte ich: Jetzt verstehe ich nicht.

Ich habe regelmäßig vorgebeugt,
bin regelmäßig zur Untersuchung zu dir gekommen
und habe mich von dir untersuchen lassen.

Die Pille habe ich genommen.

Die Spritze habe ich genommen.
Und jetzt erklär mir das mal!
Die Ärztin hat zu mir gesagt:
Karin, ich würde das an deiner Stelle nochmal im Krankenhaus
untersuchen lassen.
Aber eins kann ich dir sagen: Das Baby ist tot.
Du brauchst dir keine Sorgen machen,
dass da jetzt irgendwas passiert.
Das Baby ist tot.

Auweia

So, und als ich nach Hause gefahren bin, habe ich gedacht:
Auweia! Meinem Betreuer das klarmachen
und dann der Betreuerin das klarmachen
und nachher meinem Verlobten das klarmachen.
Da dachte ich: Oh, Gott!

Karin bleibt hier

Ich hatte so einen Schreck.
Das kannst du nicht deinem Betreuer erzählen! dachte ich.
Als ich in der Wohngemeinschaft angekommen bin,
habe ich zu meiner Betreuerin gesagt:
Ich muss mal mit dir sprechen, von Frau zu Frau.
Da sagte sie: Karin, was ist denn los?
Dann habe ich ihr das erzählt.
Ich habe das auch meinem anderen Betreuer erzählt.
Und was wollte der machen?!
Da war ich ihm aber böse.
Der wollte mich vor die Tür setzen, als ich ihm das erzählt habe!
Ich habe meine Betreuerin gefragt:

Was machen wir denn da jetzt?

Sie fragte mich:

Hast du denn alles regelmäßig gemacht?

Bist du regelmäßig zur Untersuchung gegangen?

Hast du die Spritze genommen?

Hast du die Pille genommen?

Ich habe gesagt:

Ich habe alles gemacht, was ich machen musste.

Und meine Blutung ist dann auf einmal nicht mehr gekommen.

Der größte Schock war, als ich gehört habe, ich bin schwanger.

Und dann hat mein Betreuer gesagt:

Dann musst du hier ausziehen.

Dann musst du ins Mutter-Kind-Heim.

Hätte ich meine Betreuerin nicht gehabt,

dann würde ich jetzt nicht mehr in meiner Wohngemeinschaft sein.

Sie hat gesagt: Karin bleibt hier!

Ich habe mir über den Betreuer gedacht:

Wenn du mich unbedingt rausschmeißen willst, dann geh du!

Man kann doch niemanden bloß, weil er ein totes Baby im Bauch hat, einfach vor die Tür setzen.

Und der Horror war, als ich dann meinen Verlobten angerufen habe.

Weil ich gesagt habe, wenn ich von der Beratungsstelle komme, dann rufe ich ihn sofort an.

Mein Verlobter sagte zu mir:

Der Betreuer kann dich doch nicht vor die Tür setzen.

Das war wirklich der Horror.

Bei meiner Betreuerin ging es ja noch.

Aber als ich das dann meinem Freund erzählen musste.

Ich wusste gar nicht wie mir geschah.

Ich sagte:

Na, jetzt soll ich erstmal ins Krankenhaus zur Untersuchung.
Wenn ich dann weitere Nachricht habe,
dann werden wir sehen, was der Arzt oder die Ärztin mir sagt.

Im Krankenhaus

Die Ärzte haben dann gefragt, was los ist.
Dann habe ich gesagt, dass ich tierische Bauchschmerzen hatte
und bei meiner Ärztin war und dass die mich auch untersucht hat.
Die Ärztin meinte, dann musst du mal sehen,
vielleicht sollte man dich mal ärztlich behandeln.
Vielleicht sollte man eine Operation machen.
Dann sagte der Arzt zu mir:
Wollen Sie die Operation haben?
Ich sagte: Na ja, um Wollen geht es nicht.
Ich will dieses tote Baby raushaben.
Dann haben die mir eine Narkose gegeben.
Die haben mich in Schlaf versetzt und ich habe gedacht:
Na, dann macht mal da.
Aber hinterher war ich wie benommen,
als wenn ich, was weiß ich wie viel, Alkohol getrunken habe.
Da ging es mir nicht so richtig gut.
Mein Verlobter hat zwischendurch angerufen und gefragt,
wie es mir geht.
Ich sagte: Naja, immer noch nicht so richtig.
Ich habe auch noch ein bisschen Schmerzen.
Aber wenn ich jetzt nicht ganz so viel mache,
zum Beispiel nicht so viel Schweres trage,
dann denke ich, geht es langsam wieder aufwärts.
Meine Mitbewohner haben mich auch im Krankenhaus besucht.

Da wollte der Arzt mich schon nach Hause lassen.
Dann habe ich gesagt:
Nein, mir geht es noch nicht so besonders.
Ich will noch ein oder zwei Nächte hierbleiben.
Und der Arzt hat dann gesagt:
Frau Schmidt, die Betten werden aber gebraucht.
Ich habe gedacht:
Ja, aber was mach ich, wenn es mir zu Hause schlecht geht?
Dann habe ich meine Betreuerin gefragt.
Sie hat gesagt: Ja, wenn es dir heute Nacht schlecht geht,
dann musst du bei deinen Mitbewohnern klopfen und sagen,
die sollen die Feuerwehr holen
und dann musst du wieder ins Krankenhaus.
Aber ich meine, wer ist schon gern im Krankenhaus?
Also ich nicht unbedingt.

Anruf bei meinem Bruder

Dann habe ich auch noch meinen Bruder angerufen.
Ich habe ihn fragen wollen,
ob er auch über meine Gesundheit Bescheid wissen muss.
Zum Beispiel, wenn bei mir eine Operation stattfindet oder so.
Weil ja meine Mutter nicht mehr ist.
Was der mir zur Antwort gab, war ja der Horror.
Ich habe ihm die Geschichte erzählt.
Er sagte daraufhin: Och, Karin, du bist doch noch jung.
Ich sagte: Damit macht man keine Witze.
Ich musste ins Krankenhaus.
Ich hatte ein totes Baby im Bauch.
Ich musste unter Narkose.
Und meine Frage ist jetzt: Muss ich dich informieren?

Oder wen muss ich informieren? Oder wer sollte das wissen?

Ich sagte: Ich habe doch nur noch dich.

Und darauf gibt er mir die Antwort, als ob es ihm total egal ist:

Weißt du was, Schwesterherz,

ich bin nur für meine Familie zuständig.

Für meine Frau und für die Kinder.

Und dann habe ich so gedacht:

Ach ja, und ob deine Halbschwester dann vielleicht draufgeht,
ist dir dann wohl egal, wa?

Da habe ich mir gedacht:

Na gut, ihm erzählst du nie wieder was.

Davon habe ich auch meinem Schatz erzählt.

Ich bin am Wochenende zu ihm gefahren.

Na, Schatz, wie geht es dir denn? fragte er mich.

Ich antwortete: Naja, immer noch nicht so,
aber ich bin auf dem Weg der Besserung.

Dann habe ich ihm das von meinem Bruder erzählt
und er meinte so: Wenn dein Bruder der Meinung ist,
er muss über deine Gesundheit nichts wissen,
dann informierst du nur deine Betreuer und mich.

Ich sagte: Weißte was? Ich habe bald gar keine Lust mehr,
ihm irgendwas zu erzählen, wenn er dann so tut,
als wenn ihm das total egal ist.

Wer mir geholfen hat

Von der ganzen Geschichte war ich so fertig.

Ich war so am Ende.

Wenn ich nicht noch meine Mitbewohner gehabt hätte,
die mir auch noch geholfen haben,
ich glaube, dann würde ich hier nicht sitzen.

Alles was schwer war, zum Beispiel Einkaufen und so,
da haben meine Mitbewohner dann gesagt: Karin, du nicht.
Und dann habe ich leichte Sachen gemacht
wie Küche aufräumen oder Tisch decken und so was.
Wo ich mich nicht so belasten musste.
Aber sobald ich gemerkt hab, das wird irgendwie unangenehm,
habe ich mich sofort wieder hingelegt.

Wie es heute ist

Wenn ich mit meinem Verlobten unterwegs bin und da eine Familie
mit Kindern ist oder auch mit einem Frischgeborenen.
Dann sagt er auch immer: Ist das unser?
Dann sag ich auch immer: Hör auf damit.
Ich will keine Erinnerung mehr daran haben.
Ich habe manchmal das Gefühl, er freut sich,
wenn ich mich dann darüber ärgern muss.
Ich habe ein bisschen so das Gefühl.
Ich meine, dass ich keine Kinder bekommen kann,
dafür kann ich ja nichts.
Mein Freund fängt immer wieder damit an.
Aber ich möchte einfach keine Erinnerung haben.
Weil dann tauchen immer wieder die ganzen Bilder auf.
Gut, man kann heutzutage auch ein Kind adoptieren.
Aber das ist ja nicht meins.
Wenn, dann würde ich ja gern selber ein Kind haben,
aber das geht ja nicht.
Die haben mich auch sterilisiert.
Dann dachte ich:
So, jetzt bist sterilisiert und was ist mit deiner Regel?
Da hat mir dann die Frauenärztin gesagt:

Die Blutung hat nichts mit der Sterilisation zu tun.
Deine Regel bekommst du ganz normal weiter.
Ich bin sterilisiert, damit ich nicht nochmal die Gefahr habe,
nochmal schwanger zu werden.
Nachdem wir die Spritze genommen haben
und die Pille und ich trotzdem schwanger wurde.
Da habe ich gedacht: Auweia, wenn wir dich jetzt nicht sterilisieren,
könnte vielleicht wieder was passieren.
Und da haben sie mich dann operiert.
Ich habe gedacht:
Nimmst du das halt in Kauf. Dann passiert dir sowas nicht nochmal.
Aber immer, wenn ich ein Frischgeborenes sehe,
dann kommt mir das alles wieder hoch.

Ich möchte keine Erinnerung haben

Erst habe ich überlegt, ob ich die Ultraschallbilder behalte,
für mich als Erinnerung.
Dann habe ich gedacht: Nee, dann guckst du dauernd drauf,
dann erinnert dich das dauernd.
Wegschmeißen willst du die aber auch nicht.
Dann habe ich sie meinem Freund gegeben:
Hier, Schatz, kannst du haben!
Ich weiß gar nicht, ob er die noch zu Hause hat.
Aber ich denk mal irgendwo wird er die schon haben.
Aber ich wollte die einfach nicht.
Ich meine, jetzt kann ich da darüber lachen.
Selbst meine Mitbewohner haben gesagt: Karin ist schwanger?!
Das kann ja gar nicht sein! Die hat die Pille genommen,
ist regelmäßig zur Untersuchung gegangen
und hat die Spritze genommen.

6.6.3 Ein Text zum Projekt in Leichter Sprache

Eine Frau mit Lernschwierigkeiten und eine Studentin haben gemeinsam geforscht.

Es ging um die eigene Gesundheit und über das Wohlbefinden.

In diesem Kapitel steht, was sie gemacht haben.

In diesem Kapitel steht, was einfach und was schwierig war.

Was haben sie gemacht?

Sie haben gleichberechtigte Forschung gemacht.

Das bedeutet:

Die Studentin und die Frau haben zusammen gearbeitet.

Sie haben über die eigene Gesundheit geredet.

Viele Dinge haben mit Gesundheit zu tun.

Darüber haben sie nachgedacht:

- Was tut mir gut?
- Und was tut mir nicht gut?
- Wann fühle ich mich wohl?
- Und wann fühle ich mich nicht wohl?
- Was ist gesund?
- Und was ist schädlich?

Dazu haben sie viele Dinge aufgeschrieben.

Sie haben sich oft getroffen.

Meistens waren die Treffen zu Hause bei der Frau mit Lernschwierigkeiten.

Sie haben viel miteinander geredet.

Sie haben dann eine Geschichte gemacht.

Die Frau mit Lernschwierigkeiten hat die Geschichte aus ihrem Leben erzählt.

Die Studentin hat die Geschichte aufgeschrieben.
Die Frau bestimmte darüber,
was in der Geschichte bleibt und was nicht.
Sie finden die Geschichte in diesem Buch.

Das war einfach und schön

Die Sache hat viel Spaß gemacht.
Die Frau und die Studentin haben sich gern getroffen
und viel gelacht.
Sie haben sich gut kennen gelernt.
Die Frau mit Lernschwierigkeiten konnte viel
von ihrem Leben erzählen.
Sie konnte zum Beispiel ihren Ablauf vom Tag zeigen.
Sie hat großes Interesse am Thema Gesundheit.
Die Studentin hat viel gelernt.
Zum Beispiel hat sie über gleichberechtigte Forschung gelernt.
Sie hat dabei unterstützt, die Geschichte aufzuschreiben.

Das war schwierig und manchmal nicht so schön

Sie haben zu zweit zusammen gearbeitet.
Dabei gab es auch Schwierigkeiten.
Sie haben manchmal keinen Termin für ein Treffen gefunden.
Manchmal waren sie nicht sicher,
ob sie sich richtig verstanden haben.
Die gemeinsame Forschung brauchte sehr viel Zeit.
Die Geschichte haben sie in mehreren Treffen besprochen.
Die Geschichte ist etwas traurig.
Die Sache ist lange her.
Trotzdem war es manchmal schwer, darüber zu sprechen.
Die Zusammenarbeit dauerte 10 Monate.

Sie haben sich regelmäßig getroffen.
Dann war das Projekt zu Ende.
Der Abschied war nicht einfach.

Danke!

Viele Menschen haben dieses Projekt unterstützt.
Ein großes Dankeschön an alle!

Literaturverzeichnis

- Burtscher, R. (2014). Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Erwachsenenbildung und Behinderung, Jahrgang 25, Heft 2, 4 – 11.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies. Stockholm (Arbeitspapier, 2007:14). Zugriff am 20.07.2018. Verfügbar unter <http://www.iffs.se/en/publications/working-papers/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>.
- Hedderich, I.; Egloff, B. & Zahnd, R. (Hrsg.) (2015). Biografie – Partizipation – Behinderung. Theoretische Grundlagen und eine partizipative Forschungsstudie. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- PartKommPlus (2018): Forschungsverbund für gesunde Kommunen. Zugriff am 30.03.18. Verfügbar unter URL <http://partkommplus.de/forschung/>.
- Wacker, E. (2016). Beeinträchtigung – Behinderung – Teilhabe für alle: Neue Berichterstattung der Bundesregierung zur Teilhabe im Licht der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59 (9), 1093 – 1102.
- Wright, M.T.; Nöcker, G.; Pawils, S.; Walter, U. (2013): Partizipative Gesundheitsforschung – ein neuer Ansatz für die Präventionsforschung. In: Prävention und Gesundheitsförderung 8 (3), 119 – 121.

7 Die Gesundheitsversorgung aus Sicht von Mitarbeiter/-innen – Eine kommunale Fragebogenerhebung

Juliane Zeidler, Romina Fiebig

„Verzicht auf Forschung bedeutet Verzicht auf Innovation und Weiterentwicklung.“ (Hahn 2004, S. 3)

7.1 Einleitung und Hintergrund

Mit diesem Beitrag stellen wir ausgewählte Ergebnisse unserer Bachelorarbeit aus dem Jahr 2017 vor, die wir an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen in Berlin geschrieben haben. Inhaltlich beschäftigten wir uns mit der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsförderung von Menschen mit Behinderungen. Mit Blick auf den Bezirk Berlin-Lichtenberg haben wir diese Themen in Form einer Fragebogenerhebung untersucht (Fiebig & Zeidler 2017). Aus methodischer Sicht müssen wir allerdings vorwegnehmen, dass eine Forschungsarbeit im Bachelorstudium klar begrenzt ist. Unsere Online-Befragung war nicht repräsentativ. Zum einen antworteten lediglich 41 Personen, zum anderen fand eine Selbstselektion durch die Antwortgeber/-innen statt. In der Regel sind solche Personen besonders stark am Gegenstand der Befragung interessiert. Eine Übertragung der Daten auf eine Gesamtheit ist daher unzulässig.

Unsere Recherchen zur Forschungslage über die gesundheitliche Situation von Menschen mit Behinderungen ließen den Bedarf erkennen, dieses Thema näher zu bearbeiten. Wir konnten feststellen, dass vor allem Menschen mit Lernschwierigkeiten, die in stationären und ambulanten Wohneinrichtungen leben, von Gesundheitsbefragungen nicht erfasst werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013) und in der Gesundheitsberichterstattung unberücksichtigt bleiben. Hilfen und Maßnahmen werden in diesen Bereichen geplant, ohne dass die Menschen mit Behinderung selbst, ihre professionellen Betreuungspersonen oder die Angehörigen systematisch befragt oder beteiligt werden. Ziel unserer Bachelorarbeit war es, Bedarfe und Wünsche in Erfahrung zu bringen, die Menschen mit Behinderungen, die in Wohneinrichtungen leben, hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung haben. Die Befragung war auf Einrichtungen begrenzt, die über die Eingliederungshilfe nach § 53 und § 54 SGB XII finanziert werden. Die Arbeit erfolgte im Rahmen des Projekts GESUND! in Zusammenarbeit mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Lichtenberg, Unterarbeitsgruppe geistige Behinderung (PSAG UAG gB) und der Abtei-

lung Jugend und Gesundheit, Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes des Bezirksamts Lichtenberg (QPK).

7.2 Methodik

Unsere Untersuchung gliederte sich in zwei Phasen. In der ersten Phase erarbeiteten wir partizipativ mit Menschen mit Lernschwierigkeiten zahlreiche Fragen für ein Erhebungsinstrument in ambulanten und stationären Wohneinrichtungen. Es ging darum, Themenbereiche und Bedürfnisse der Betroffenen zu identifizieren. In der zweiten Phase wurde die Fragensammlung in mehreren Überprüfungsschleifen zu einem Online-Fragebogen für Mitarbeiter/-innen in der Eingliederungshilfe weiterentwickelt. Uns interessierte deren subjektive Einschätzung zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen (nachfolgend auch als Klient/-innen bezeichnet). Der vorliegende Beitrag stützt sich nun auf die zweite Phase unseres Projekts.

Auf der Internetseite der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales verschafften wir uns mittels der dort angebotene Einrichtungssuche einen Überblick über die Wohnangebote für Menschen mit Behinderungen in Berlin-Lichtenberg. Insgesamt fanden wir auf diesem Weg 20 Träger, die im Bezirk Lichtenberg unterschiedliche Wohnformen für Menschen mit Behinderung bereitstellen. Allerdings verfügten wir damit noch nicht über genaue Daten, weder über die Gesamtzahl der für diese Träger der Behindertenhilfe arbeitenden Menschen noch über die von ihnen betreuten Klient/-innen.

Die Entwicklung des Befragungsinstruments fand im fünften Semester unseres Studiums der Heilpädagogik statt. Im Rahmen des Studienschwerpunktes „Soziale Unterstützung, Aktivität und Teilhabe“ führten wir das Projekt „Gesundheitsförderung für Menschen mit Lernschwierigkeiten“ durch. Wir wollten etwas über Gesundheitsförderung von Menschen mit Behinderung herausfinden, gleichzeitig strebten wir an, Menschen mit Behinderung bei der Entwicklung unserer Fragen zu beteiligen. Als Projektpartner konnten wir dafür das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost (RBO) gewinnen. An vier Projekttagen wurde gemeinsam mit 13 Teilnehmenden mit Behinderung zum Thema Gesundheitsförderung gearbeitet. Unter Anwendung der partizipativen Forschungsmethode Photovoice (Wang & Burris 1997; Unger 2014) entstand bezüglich der Leitfrage „Gesundheitsförderung, was ist dir in deinem Alltag wichtig?“ vielseitiges Bildmaterial, welches einen umfassenden Einblick in die Lebenswelt der Teilnehmenden erlaubte. Diese Ergebnisse überführten wir in die Entwicklung eines Erhebungsinstruments zur Bestands- und Bedarfsermittlung, adressiert an Mitarbeiter/-innen der Behindertenhilfe. An der weiteren Überarbeitung waren auch Mitarbeitende aus dem Forschungsprojekt GESUND! sowie aus der PSAG und der QPK Lichtenberg beteiligt. Das finalisierte Instrument dokumentierte die Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit mit den Menschen mit Lernschwierigkeiten und sollte durch sei-

ne Anwendung einen multidimensionalen Blick auf ihre gesundheitliche Versorgung ermöglichen.

Das Erhebungsinstrument bestand aus zwei Fragebögen, einem allgemeinen und einem kundenbezogenen. Beide Fragebögen richteten sich an die Mitarbeitenden der Behindertenhilfe. Sie sollten auf dem allgemeinen Fragebogen eine Einschätzung aufgrund eigener Erfahrung abgeben, und auf dem kundenbezogenen Bogen sollten sie für eine/n ihrer Klient/-innen eine Fremdeinschätzung vornehmen (Proxy-Befragung).

- Der *allgemeine Fragebogen* war auf die Einschätzung des Ist-Zustandes in der Gesundheitsversorgung und auf den Bedarf an Angeboten der Gesundheitsförderung für Menschen mit Lernschwierigkeiten ausgerichtet. Er war dreigliedrig aufgebaut. Neben demographischen Angaben zu den Mitarbeitenden wurden Fragen zum Ist-Zustand, zur Nutzung und zum Bedarf von Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung gestellt.
- Der *kundenbezogene Fragebogen* hingegen war auf einzelne Personen mit Behinderung ausgerichtet, über die die teilnehmenden Mitarbeiter/-innen Einschätzungen abgeben sollten. Er beinhaltete fünf Fragenbereiche. Im ersten Bereich wurden die demographischen Angaben der gewählten Person (= des/der Klient/-in) abgefragt; der zweite Bereich befasste sich mit ihrem Gesundheitszustand (Fragen u. a. zur Teilnahme an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen und zur Qualität von Arztgesprächen); der dritte Fragenblock ging auf die Verhaltens- und Lebensweisen der gewählten Person ein; und der letzte Fragenbereich nahm ihre sozialen Kontakte, sowie ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Blick.

Um einen möglichst großen Rücklauf zu erreichen, wurde die Befragung online (mit dem Programm Google Forms) durchgeführt. Über eine von der PSAG Lichtenberg zur Verfügung gestellte E-Mail-Liste kontaktierten wir verschiedene Träger von Wohneinrichtungen im Bezirk. Die auf dieser Liste fehlenden Träger erreichten wir über die E-Mail-Adressen, die auf den betreffenden Homepages angegeben waren. Aus Datenschutzgründen erhielt jeder Träger zwei gesonderte E-Mails, eine mit der Einladung an der Befragung teilzunehmen, und eine zweite mit der Bitte, diese E-Mail an die Mitarbeitenden der Institution weiterzuleiten. Die Befragung begann am 02.11.2016 und endete zum 22.11.2016. Die deskriptive Analyse wurde mit dem Statistikprogramm SPSS durchgeführt.

7.3 Ausgewählte Ergebnisse und Diskussion

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse unserer beiden Befragungen vorgestellt. Dabei gehen wir erst auf Ergebnisse des allgemeinen Fragebogens ein und stellen dann die des kundenbezogenen Fragebogens vor.

7.3.1 Der allgemeine Fragebogen

Dieser Fragebogen wurde insgesamt von 41 Mitarbeitenden der Behindertenhilfe ausgefüllt, die sich auf fünf Altersgruppen verteilen (Tab. 7.1):

Tab. 7.1: Alter der Mitarbeiter/-innen (N=41)

Altersbereich	Absoluter Wert (Prozentwerte)
20 – 29	9 (22 %)
30 – 39	14 (34 %)
40 – 49	10 (24 %)
50 – 59	7 (17 %)
> 60	1 (2 %)

Die Geschlechterzuordnung ergab ein Verhältnis von 27:11: 3 (Frauen : Männer : Queer), d. h. es gab fast doppelt so viele Frauen wie Personen anderen Geschlechts. Mehr als die Hälfte aller Befragten, 24 Personen (60 %), arbeiteten im betreuten WG-Wohnen; 13 Personen (33 %) arbeiteten im betreuten Einzelwohnen und drei Personen (7 %) im stationären Wohnen. Die Frage nach der Art der Arbeitsstelle wurde von einer Person nicht beantwortet.

Die Erfahrung der Mitarbeiter/-innen der Behindertenhilfe in Bezug auf die Versorgung ihrer Klient/-innen mit medizinischem Personal war ein zentraler Aspekt unserer Untersuchung. Um einen breiten Überblick über die Art der medizinischen Versorgung zu erhalten, wurde nach möglichst vielen Berufsgruppen gefragt, die daran beteiligt sind. In der folgenden Auswertungstabelle (Tab. 7.2) handelt es sich in jeder Spalte um die Summe der Antworten in absoluten Zahlen.

Die Tabelle zeigt, dass mit dem Personal der Zahnmedizin (29 Nennungen), der Allgemeinmedizin (22 Nennungen) und der Physiotherapie (20 Nennungen) besonders viele und überwiegend gute Erfahrungen vorlagen. Schlechte Erfahrungen wurden dagegen vor allem im Krankenhaus (8 Nennungen), beim Orthopäden/ bei der Orthopädin (7 Nennungen) sowie in der Notaufnahme (6 Nennungen) gemacht. Die Tabelle zeigt zudem, dass die Mitarbeiter/-innen in ihrer Betreuungsarbeit mit vielen Versorgungsangeboten noch keine Erfahrung haben.

In den Vorbereitungen auf unsere Untersuchung waren immer wieder die Suizidandrohungen und der Suizid von Klient/-innen zur Sprache gekommen. Daher fragten wir explizit, ob die Mitarbeitenden in den Einrichtungen bereits Erfahrungen mit akuten Suizidandrohungen oder -versuchen gemacht haben. Von den 41 Mitarbeiter/-innen,

Frage: Welche Erfahrungen haben Sie bei Ihrer derzeitigen Arbeit mit der medizinischen Versorgung der Klient/-innen gemacht? (gute Erfahrungen – mittelmäßige Erfahrungen – schlechte Erfahrungen – keine Erfahrungen)

Tab. 7.2: Deskriptive Auswertung Ärztegruppen

Medizinische Versorgung durch:	Gute Erfahrungen	Mittelmäßige Erfahrungen	Schlechte Erfahrungen	Keine Erfahrungen
Allgemeinmediziner/-medizinerin	22	17	1	0
Augenarzt/-ärztin	6	14	5	14
Chirurg/-in	8	14	1	15
Frauenarzt/-ärztin	15	10	3	10
Hals-Nasen-Ohren-Arzt/-Ärztin	11	12	0	18
Hautarzt/-ärztin	5	16	3	15
Internist/-in	2	6	2	28
Neurologe/Neurologin Psychiater/-in	15	13	5	7
Orthopäde/Orthopädin	6	17	7	10
Radiologe/Radiologin	10	11	0	17
Urologe/Urologin	4	7	3	24
Zahnmediziner/-in	29	10	0	2
Kieferorthopäde/ Kieferorthopädin	2	4	0	31
Psychotherapeut/-in	10	12	5	13
Physiotherapeut/-in	20	12	3	6
Ergotherapeut/-in	11	3	0	24
Logopäde/-in	8	4	0	26
Heilpraktiker/-in	0	2	1	35
Notaufnahme	7	14	6	11
Krankenhaus	8	18	8	6
Krisendienst	16	3	0	19

die an unserer Befragung teilnahmen, bejahten 27 diese Frage. Die hohe Zahl macht deutlich, wie wichtig gerade die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung der Menschen mit Behinderung ist.

Wir fragten auch danach, inwieweit die Mitarbeiter/-innen gesundheitsförderliche Bereiche in ihrer Arbeit berücksichtigen (Tab. 7.3).

Frage: Insgesamt gesehen, wie stark wird auf die folgenden gesundheitsförderlichen Bereiche in der Zusammenarbeit mit den Klient/-innen geachtet? (sehr stark – stark – teils/teils – wenig – gar nicht)

Tab. 7.3: Beachtung gesundheitsförderlicher Bereiche durch die Mitarbeitenden

Gesundheitsförderlicher Bereich	Sehr stark	Stark	Teils/Teils	Wenig	Gar nicht
Körperliche Bewegung	2	20	17	1	0
Gesunde/ausgewogene Ernährung	2	24	12	2	0
Entspannung und Stressbewältigung	4	14	19	3	0
Haushaltshygiene	12	17	9	2	0
Körperhygiene	7	19	13	1	0

Die Mitarbeiter/-innen der Behindertenhilfe geben mehrheitlich an, dass den gelisteten Bereichen eine starke bis sehr starke Beachtung beigemessen wird. Themen der Haushaltshygiene werden offensichtlich besonders oft behandelt.

7.3.2 Der kundenbezogene Fragebogen

Wir erhielten 56 ausgefüllte kundenbezogene Fragebögen. Sie gaben Auskunft über 56 Menschen mit Behinderungen, die sich auf fünf Altersgruppen verteilten (Tab. 7.4):

Tab. 7.4: Alter der Klient/-innen (N = 56)

Altersbereich	Absoluter Wert (Prozentwerte)
20 – 29	17 (30 %)
30 – 39	16 (29 %)
40 – 49	9 (16 %)
50 – 59	9 (16 %)
> 60	5 (9 %)

Die Tabelle zeigt, dass, dass mehr als die Hälfte der ausgewählten Klient/-innen zwischen 20 und 39 Jahre alt waren (33 Personen).

Zu zwei Klient/-innen gab es keine Angaben zum Geschlecht. Bei fast allen für die Befragung ausgewählten Klienten/-innen (55 Personen) war eine geistige Beeinträchtigung diagnostiziert; viele (30 Personen) hatten zusätzlich psychische und/oder körperliche Beeinträchtigungen (psychische: 23 Personen, körperliche: 7 Personen).

Frage: Wie schätzen sie den allgemeinen Gesundheitszustand der gewählten Person unabhängig von seiner/ihrer Behinderung ein? (sehr gut 1 – 2 – 3 – 4 – 5 sehr schlecht)

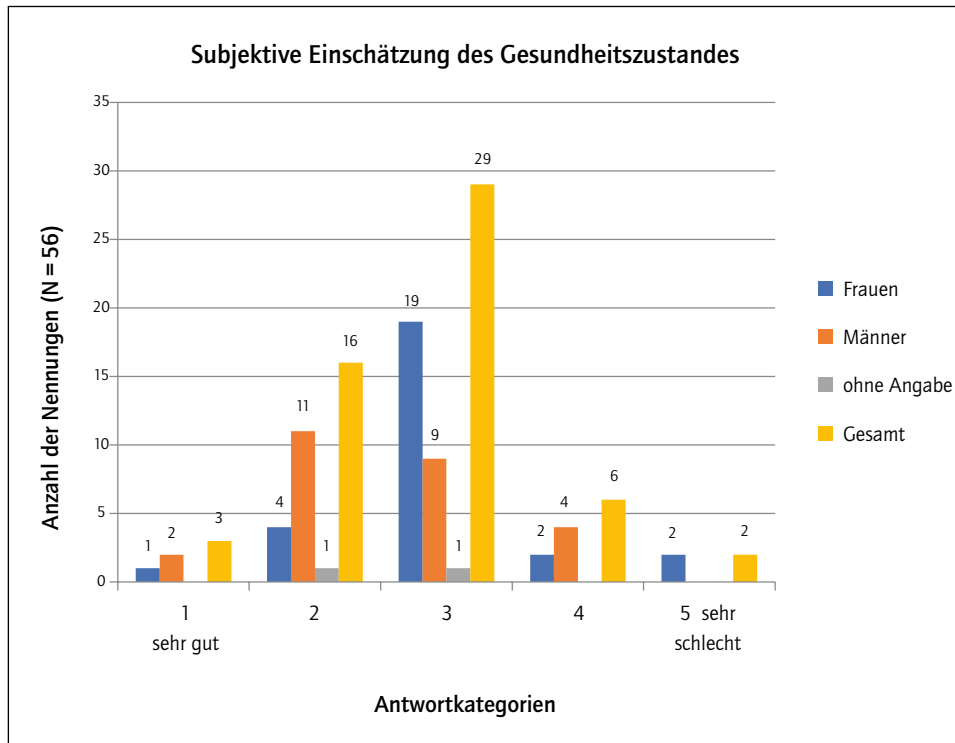


Abb. 7.1: Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes

Die Datenauswertung zeigt, dass der Gesundheitszustand der für die Befragung Ausgewählten im Allgemeinen als mittelmäßig bis gut eingeschätzt wurde.

Frage: War die gewählte Person in den letzten vier Wochen an mehreren Tagen krank? (Nein – Ja, er/sie war deshalb zu Hause. – Ja, er/sie war wegen dieser Erkrankung im Krankenhaus/stationäre Behandlung).

Die Frage wurde für alle 56 Klient/-innen beantwortet. Es gab zu 26 Personen Nein-Antworten (46 %) und zu 30 Personen Ja-Antworten (54 %), davon waren 3 Personen zur stationären Behandlung im Krankenhaus.

Frage: An welchen medizinischen Vorsorgemaßnahmen hat die gewählte Person in den letzten 12 Monaten teilgenommen? (nein – ja – weiß ich nicht)

Tab. 7.5: Vorsorgemaßnahmen

Medizinische Vorsorgemaßnahme	Nein	Ja	Weiß nicht
Gesundheits-Check-Up (allgemein)	20	23	13
Schutzimpfung (en)	28	21	7
Zahnkontrolle	16	37	3
Hautvorsorgeuntersuchung	33	11	11
Darmkrebsvorsorge	46	2	8
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (gynäkologisch, urologisch)	37	11	8
Kardiologische Vorsorgeuntersuchungen	33	13	9
Andere	18	14	13

Wie aus der Tabelle hervorgeht, wurden vor allem Zahnkontrollen, allgemeine Gesundheits-Check-Ups und Schutzimpfungen in Anspruch genommen. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Teilnahme an allgemeinen Gesundheits-Check-Ups ist zu beachten, dass diese von der Krankenkasse erst ab dem 35. Lebensjahr und nur in einem Turnus von zwei Jahren finanziert werden. Zum Zeitpunkt der Befragung waren nur 25 der Klient/-innen, über die Auskunft erteilt wurde, über 35 Jahre alt; 23 von ihnen hatten angeblich in den letzten 12 Monaten an einem allgemeinen Gesundheits-Check-Up teilgenommen.

Frage: Wie schätzen Sie die Gespräche mit Ärzten ein, bzw. was berichtet Ihnen die gewählte Person über die Qualität des Kontakts. Bewerten Sie dies bitte auf einer Skala von 1 (sehr gut) – 5 (sehr schlecht).

Nach Aussage der Mitarbeitenden der Behindertenhilfe hatten 3 Personen (6 %) sehr gute Arztkontakte, 21 Personen (38 %) bewerteten den Kontakt mit gut, 21 Personen (38 %) mit einem mittleren Wert, 9 Personen (16 %) fanden den Kontakt angeblich schlecht und 1 Person (2 %) sehr schlecht.

Ein Themenkomplex des kundenbezogenen Fragebogens beinhaltete Fragen zu den Verhaltens- und Lebensweisen der Klient/-innen. Auch dazu wählen wir für diesen Beitrag einige Ergebnisse aus, die wir für besonders interessant halten.

Frage: Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die von verschiedenen Anbietern außerhalb der betreuten Wohnform durchgeführt werden. Zum Beispiel: in Werkstätten für behinderte Menschen, Volkshochschulkurse, Rehabilitationssport, in

Physiotherapie-Praxen usw. Teilweise werden solche Maßnahmen von den Krankenversicherungen finanziert. Hat die gewählte Person an solchen Maßnahmen (Kurse, Übungen, Beratungen) in den letzten 12 Monaten teilgenommen? (nein – ja – weiß ich nicht)

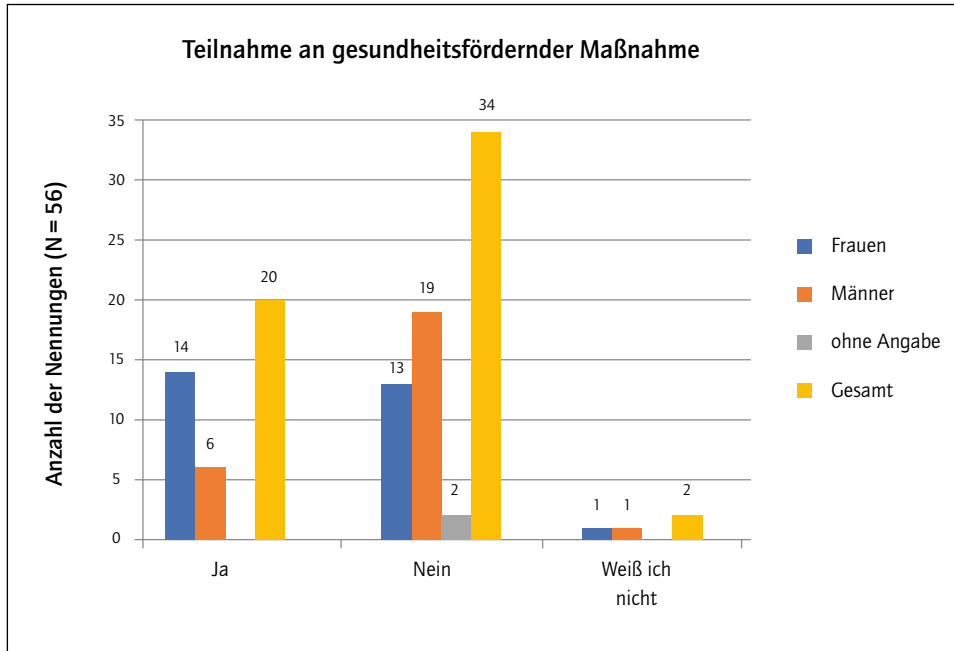


Abb. 7.2: Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen

Nach Aussage der Mitarbeitenden der Behindertenhilfe über ihre Klient/-innen haben 20 Personen (36 %) an gesundheitsförderlichen Maßnahmen teilgenommen, aber 34 Personen (61 %) haben nicht teilgenommen. Zwischen Frauen und Männern zeigt die Tabelle deutliche Unterschiede.

Unterfrage: Wenn ja, bitte geben Sie an, an welcher Maßnahme die gewählte Person in den letzten 12 Monaten teilgenommen hat. (Freitext)

Maßnahmen, an denen die ausgewählten Personen nach Aussage ihrer Betreuer/-innen teilgenommen haben:

- Physiotherapie (fünf Nennungen),
- Reha-Sport, Schwimmen und Sport (jeweils drei Nennungen),
- Ernährungsberatung, Aquafitness und Bowling/Boccia/Tischtennis (jeweils zwei Nennungen),
- Snoezeln, Fahrradfahren und Entspannung (jeweils eine Nennung).

Die Angaben zeigen, dass die für die Befragung ausgewählten Personen vor allem an körperlichen Aktivitäten interessiert waren. Der Sportverein Special Olympics ist in Lichtenberg weit verbreitet – vermutlich spiegelt sich diese Präsenz in den Angaben der Mitarbeiter/-innen der Behindertenhilfe wieder.

Frage: Konsumiert die gewählte Person ein Suchtmittel? (kein Konsum – Konsum – Aufgrund der Schwere der Beeinträchtigung nicht möglich/nicht umsetzbar.)

Tab.: 7.6: Konsum von Suchtmitteln

Suchtmittel	Kein Konsum	Konsum	Aufgrund der Behinderung nicht umsetzbar
Zigaretten, Zigarre, Pfeife etc. (n=54)	31	23	0
Alkohol (n=52)	36	16	0
Illegale Suchtmittel (n=52)	48	3	1
Medikamentenmissbrauch (n=52)	49	2	1
Andere Suchtmittel (n=49)	43	5	1

Die Angaben der Mitarbeitenden der Behindertenhilfe machen deutlich, dass vor allem das Rauchen (bei 23 Personen) und der Genuss von Alkohol (bei 16 Personen) Probleme bereiten. Bei 21 Personen schätzten die Mitarbeiter/-innen der Behindertenhilfe den Konsum von Suchtmitteln als gesundheitsschädigend ein. In Bezug auf den Umgang mit Suchtmitteln wurde in der Befragung 32 Mal angegeben, dass Reflexionsgespräche zum Thema geführt worden seien, achtmal, dass die entsprechende Person an Beratungsstellen vermittelt wurde, und viermal, dass es zu weiteren Interventionen gekommen sei.

Frage: Fühlt sich die gewählte Person eher einsam oder verfügt sie/er über gute soziale Kontakte? Bewerten Sie dies auf einer Skala von 1 (eher einsam) bis 5 (gute soziale Kontakte).

Die Abbildung 7.3 zeigt, dass 19 der 56 der für die Befragung ausgewählten Personen (34 %) zwar keine guten sozialen Kontakte hatten, aber auch nicht einsam waren. Die negative Seite der Skala ist etwas schwächer ausgeprägt als die positive Seite.

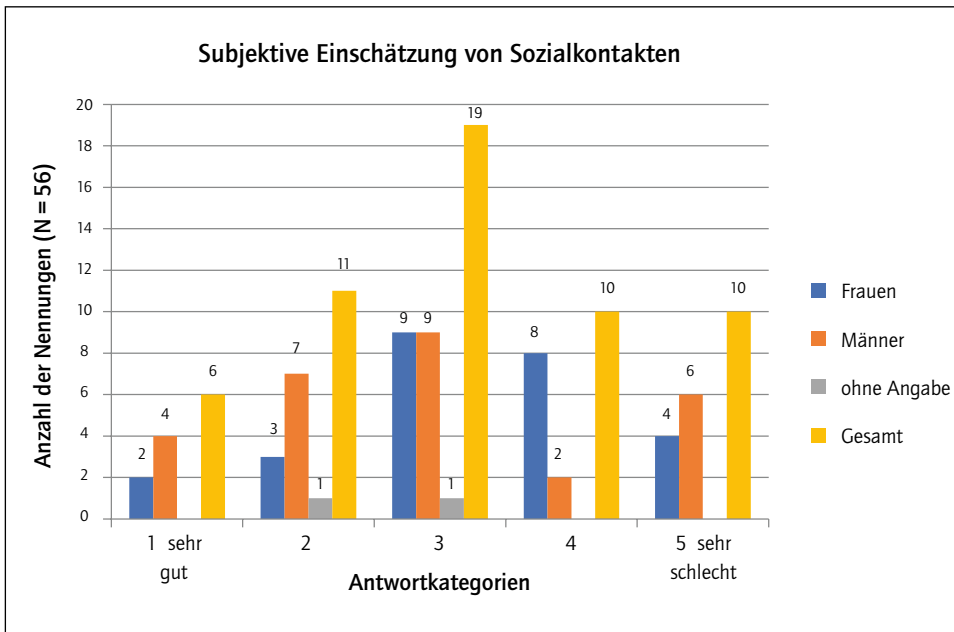


Abb. 7.3: Einschätzung von Sozialkontakten

7.4 Limitierungen und Fazit

Mit Blick auf unser Studiendesign möchten wir an dieser Stelle hervorheben, dass es uns vor allem aus zeitlichen Gründen nicht gelungen ist, eine direkte Befragung der Menschen, die in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe leben, durchzuführen. Dennoch denken wir, dass wir durch die Online-Befragung der Mitarbeitenden und durch die ebenfalls an sie gerichteten, aber ihre Klient/-innen betreffenden Fragen eine Möglichkeit gefunden haben, erste Daten aus Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe zu generieren.

Auch wegen der geringen Anzahl ausgefüllter Fragebögen ist unsere Erhebung nur begrenzt aussagekräftig. Aus unserer Erhebung lassen sich also keine allgemeingültigen Schlüsse ziehen. Alle unsere Aussagen und Ergebnisse beziehen sich nur auf die Befragungsteilnehmer/-innen.

Den Wert unserer Arbeit sehen wir vor allem darin, dass überhaupt ein Versuch unternommen wurde, gesundheitsrelevante Daten über eine bislang kaum beachtete Gruppe von Menschen in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe zu erheben. Unsere Pilotstudie kann ein Anstoß für neue Untersuchungen sein. Um gesundheitsfördernde Maßnahmen bedarfsgerecht auszubauen, werden Daten, wie sie von uns ansatzweise ermittelt werden konnten, dringend benötigt.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T. (2010). Gesundheitliche Chancengleichheit. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung). Zugriff am 21.09.2018. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/kernkonzepte-und-entwicklungen-der-gesundheitsfoerderung/gesundheitsliche-chancengleichheit>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales Deutschland (BMAS) (Hrsg.) (2013). Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Berlin.
- Fiebig, R. & Zeidler, J. (2017). Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderungen. Eine Fragebogenerhebung im Bezirk Berlin-Lichtenberg. Unveröffentlichte Bachelorthesis. KHSB.
- Hahn, M.T. (Hrsg.) (2004). Warum sollen sie nicht mit uns leben? Stadtteilintegriertes Wohnen von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung und ihre Situation in Wohnheimen; zusammenfassende Gesamtdarstellung des Projektes WISTA. Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Unger, H. von (2014). Partizipative Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wang, C.; Burris, M.A. (1997): Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education 24 (3), 369 – 387.

8 Machtfragen und abschließende Antworten

Reinhard Burtscher, Theresa Allweiss, Merlin Perowanowitsch, Nikola Schwersensky

Machtfragen werden in der Partizipativen Forschung von Anfang an diskutiert. Wie kann und soll Partizipative Forschung der Forderung nach kritischer Reflexivität gerecht werden? „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. [...] Kritische Reflexivität fordert Fachkräfte auf, ihre Funktion und ihr Wissen unter Beachtung des Machtgefälles zwischen ihnen und den Nutzer/-innen ihrer Angebote zu hinterfragen.“ (Wright 2013, S. 126) Im Folgenden führen wir einzelne Aspekte dieses theoretischen Diskurses mit unseren Praxiserfahrungen zusammen. Anschließend kehren wir zurück zum Ausgangspunkt dieser Publikation und geben Antworten auf die eingangs formulierten Fragestellungen im Projekt GESUND! (Kapitel 1).

8.1 Verschiedene Aspekte von Macht

Kraus und Krieger (2014) bieten eine empfehlenswerte Einführung zum Thema Macht in der Sozialen Arbeit. Sie schreiben:

„Macht“ [...] ist ein höchst unsympathischer Begriff. Wir assoziieren ihn mit der Behinderung der freien Persönlichkeit, der Unterdrückung von gesellschaftlichen Gruppen, der rücksichtslosen Durchsetzung partikularer Interessen und sogar mit der politischen Hintertriebenheit, dem zu verantwortenden Unrecht auch noch Legitimation zu verschaffen. Wir assoziieren ihn mit Boshaftigkeit, Arglistigkeit und Eigennützigkeit. Ein solcher Begriff der Macht suggeriert allzu leicht eine Personifizierung jener Kräfte, denen das Subjekt – wider Willen – unterworfen ist. Die Alltagssprache fasst noch wie selbstverständlich den Begriff der Macht so, als ob sie sich im Besitz von Wenigen befinde, als ob sie ein Gut sei, eine Disposition, ein Kapital, welches durch vorteilhafte Umstände Privilegierten zufalle. Dabei wird übersehen, dass Macht von Menschen gemacht wird, dass sie in sozialen Prozessen unvermeidlich entsteht, wo immer Regeln geschaffen, Kompetenzen verteilt, Abhängigkeiten arrangiert und ausgewählten Rollenträgern ein Anspruch auf bestimmte Rechte und Ressourcen zugesprochen wird. [...] Es gibt, so sagt es POPITZ daher keine „machtsterilen Verhältnisse.“ (Kraus & Krieger 2014, S. 9 ff.)

Unsere Erfahrungen stützen die These, dass die Entstehung von Machtstrukturen in sozialen Prozessen unvermeidlich ist, dass aber zu wenig darüber gesprochen wird. In der Praxis der Partizipativen Forschung wird eher ungern über Machtfragen reflektiert, weil damit konfliktreiche Auseinandersetzungen verbunden sein können (Dieterich & Hahn 2012, S. 117). Wir nehmen zudem eine Kluft wahr zwischen dem theoretischen

Anspruch auf geteilte (Entscheidungs-)Macht und der realen Handlungspraxis. Wenn beispielsweise unterschiedliche Meinungen in einer Forschungsgruppe gegeben sind, wenn Dilemmata-Situationen vorliegen, dann zeigt sich das Machtgefälle unter den Beteiligten deutlich. Eine „kritische Reflexivität“ und die Auseinandersetzung mit forschungsethischen Fragen (Roth & Unger 2018) ist dann besonders gefragt, aber eben auch besonders schwierig.

Machttheoretische Diskurse können auf unterschiedlichen Ebenen und unter verschiedensten Gesichtspunkten abgehandelt werden. Im Folgenden wollen wir drei Ebenen der Macht kurz benennen, weil sie den Prozess und die Ergebnisse von Partizipativer Forschung beeinflussen. Außerdem können wir auf allen drei Ebenen Erfahrungen aus unserer Forschungspraxis einfließen lassen.

8.1.1 Machtverhältnisse in der Interaktion von Menschen

In der Partizipativen Forschung arbeiten akademisch Forschende (aus dem Wissenschaftsbetrieb) mit Menschen zusammen, die vom unmittelbaren Forschungsgegenstand betroffen sind. Das Bemühen, auf Augenhöhe zu interagieren, gleichberechtigt und in einem symmetrischen Beziehungsverhältnis, stellt dabei oft eine Herausforderung dar. Die Asymmetrie der Beziehungen zeigt sich in den unterschiedlichen Erwartungen, die gegenseitig ausgesprochen oder zugesprochen werden. Diese Erwartungen wirken in den sozialen Handlungen, die durch Interaktionsprozesse provoziert werden. Machtdynamiken werden bewusst eingesetzt oder entwickeln sich unbewusst; sie treten offen zutage oder werden verdeckt innerhalb des Beziehungsgefüges aktualisiert. Ein wesentlicher Wirkfaktor ist dabei die ausgewiesene Rolle der Beteiligten und die damit verbundenen und zugeschriebenen Kompetenzen. Ein/e Akademiker/-in aus dem Wissenschaftsbetrieb bringt anderes Wissen (z.B. Kenntnisse über theoretische Modelle, Methodenwissen) in den Forschungsprozess ein als ein/e Mitforschende/r (z.B. Lebensweltexpertise, implizites Wissen¹). Die bewusste Anerkennung und Nutzung dieser unterschiedlichen Wissensformen sowie die offene Benennung von Grenzen eigener Kompetenz könnte ein positives, d.h. ein ausgeglichenes Machtgefüge begünstigen. Wenn aber eine Auseinandersetzung darüber nicht stattfindet, dann wird die Rede von einer „Zusammenarbeit auf Augenhöhe“ oder von „geteilter Entscheidungsmacht“ zur wohlklingenden, aber irreführenden Floskel. Eine Formulierung

¹ Wir verweisen hier auf die Praxistheorie (Theorie sozialer Praktiken; Praxeologie) die für die Partizipative Forschung fruchtbringend sein könnte, aber bislang wenig beachtet wurde. Die Theorie sozialer Praktiken beschäftigt sich u.a. mit „der Praxis in Körpern und Artefakten, der ‚impliziten‘ Logik der Praxis im praktischen Wissen sowie der Routinisiertheit und gleichzeitig Unberechenbarkeit der Praxis“. (Reckwitz 2003, S. 284)

wie „Wir haben gemeinsam entschieden.“ verschleiert allzu oft, dass die Entscheidung allein von den Wissenschaftler/-innen getroffen wurde (vgl. Kapitel 5).

Auch im Projekt GESUND! war es nicht immer leicht, zu einer „gemeinsamen“ Entscheidung zu gelangen. Zum einen hing das mit der Rollenzuschreibung als Akademiker/-innen zusammen, zum anderen mit der für die Mitforschenden ungewohnten Situation, Entscheidungen verantwortungsvoll mitzubestimmen. Nicht selten wurden unsere Vorschläge oder auch Bedenken zu Themen von den Mitforschenden kritiklos übernommen. Als Akademiker/-innen mussten wir sehr behutsam vorgehen und eine große Sensibilität entwickeln, um die tatsächlichen Auffassungen und Meinungen der Mitforschenden wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Wunsch und Wille der Mitforschenden kamen oftmals nur in Pausengesprächen zum Ausdruck. Diese Äußerungen aufzugreifen und sie in den Entscheidungsfindungsprozess einzubauen, war ein wichtiges Element kritischer Reflexivität.

8.1.2 Die strukturelle Macht der Systeme

In der Partizipativen (Gesundheits-)Forschung geht es darum, Menschen, die benachteiligt und an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden, zu unterstützen und zu stärken. Soziale Benachteiligung ist das Ergebnis sozialer Ungleichheit, die in der ungleichen Verteilung materieller und immaterieller Ressourcen zum Ausdruck kommt. Verschiedene Systemwelten (re-)produzieren diese Ungleichheit. Systemwelten sind u. a. das Bildungssystem, die Arbeitswelt, das Einkommenssystem, das Wissenschaftssystem, aber auch das symbolische Kapital (das „Anerkennungssystem“) nach Pierre Bourdieu (2015/1992). Wenn unterschiedliche Barrieren den Zugang verhindern, dann zeigt sich hierin die strukturelle Macht der Systeme. Dazu drei Beispiele:

- Das derzeitige Bildungssystem hält für Menschen mit Lernschwierigkeiten kaum Angebote im Bereich der allgemeinen Erwachsenenbildung bereit, Hochschulen und Universitäten bleiben ihnen als Bildungsinstitutionen nahezu vollständig verschlossen. Die Chance, sich nach der Pflichtschulzeit im Rahmen organisierten Lernens weiterzubilden, ist in Ermangelung passender Angebote weitgehend verwehrt (BMAS 2016, S. 140 ff.). Im Projekt GESUND! organisierten wir eine Forschungswerkstatt im Rahmen eines Hochschulseminars (Kapitel 3) und stellten damit die Wirksamkeit lernenden Forschens mit der Zielgruppe unter Beweis. In der Umsetzung der Idee einer inklusiven Hochschule sehen wir auch zukünftig eine wichtige Aufgabe, um für Menschen mit Lernschwierigkeiten neue Bildungsmöglichkeiten zu erschließen.
- Das Sozialsystem mit den bestehenden Regeln zur Grundsicherung bei Erwerbsminderung hält die Menschen gewissermaßen in einer „Falle“ gefangen. Jedes zu-

sätzliche Einkommen, das von Betroffenen erzielt werden kann, wird direkt von der Grundsicherung abgezogen. Daher lohnt es sich für Bezieher/-innen der Grundsicherung zumindest aus monetären Gründen kaum, sich anzustrengen. Letztlich bleibt vom selbst verdienten Geld nichts oder nur wenig übrig. Diese „Sozialhilfefälle“ erlebten die Mitforschenden im Projekt GESUND!, wenn sie beispielsweise für Vorträge ein Honorar bekamen und nichts davon behalten durften.

- Das Wissenschaftssystem übt häufig Definitionsmacht und Deutungshoheit über die soziale Wirklichkeit aus. Dieser Einfluss kann problematische Folgen haben. Die in den 1970er-Jahren begründete Psychiatriekritik zeigt etwa Beispiele wissenschaftlicher Machtausübung auf, wenn sie beschreibt, wie die psychiatrische Klassifizierung bestimmte Zwangsmaßnahmen gegenüber den Patient/-innen nach sich zog. Im Projekt GESUND! definierten wir die Menschen mit Lernschwierigkeiten als Adressatengruppe. Wir stellten sie bewusst in den Mittelpunkt, um sie zu unterstützen. Nach unserer Definition waren sie eine vulnerable und benachteiligte Zielgruppe (vgl. Ausschreibungstext des BMBF 2013). Gleichzeitig ist das aber auch eine defizitorientierte Definition, die stigmatisierend und ausgrenzend sein kann. Denn sie blendet auf den ersten Blick Ressourcen und Kompetenzen aus. Und Menschen, die nicht unter diese Definition gefallen wären, hätten nicht teilnehmen können.

8.1.3 Die transformative Macht der Partizipativen Forschung

Partizipative Forschung könnte eine transformative Kraft entfalten, die hilft, den vorherrschenden Wissenschaftsansatz zu ergänzen und damit neue Erkenntnisse zu gewinnen. Durch Partizipative Forschung entsteht eine neue Praxis zwischen Wissenschaft und Gesellschaft (Wright & Kongats 2018). Sie hinterfragt die Definitions- und Deutungsmacht von Wissenschaft, indem sie Menschen aktiv einbezieht, die von Forschung unmittelbar betroffen sind. Durch das Wirken von Partizipativer Forschung kann zudem eine sich gegenseitig befruchtende Dynamik im Verhältnis zu anderen Wissenschaftsansätzen entstehen, etwa im Bereich der Methodenentwicklung oder in Fragen des Theorie-Praxis-Transfers von Forschungsergebnissen. Wenn Partizipative Forschung ihre Stärke und ihren Wert deutlich machen kann, dann beeinflusst sie möglicherweise zukünftig verschiedene Forschungsprogramme, die Auswahl von Forschungsthemen und die Zuweisung von finanziellen Mitteln und Ressourcen. Dadurch könnte Partizipative Forschung mehr Macht erhalten, die Lebensqualität von benachteiligten Menschen zu verbessern. Dieser Begriff von Macht entspräche dem etymologischen Ursprungsbegriffs der „*potentia*“, was so viel bedeutet wie: in der Lage zu sein, etwas zu tun; etwas zu können; fähig zu sein, etwas zu vermögen.

8.2 Abschließende Antworten

Nach der Auswertung unserer unterschiedlichen Aktivitäten in den einzelnen Kapiteln dieses Buches können wir nun die eingangs aufgestellten Fragen beantworten.

8.2.1 Wie kann Gesundheitsförderung für Menschen mit Lernschwierigkeiten gemeinsam mit ihnen gestaltet werden?

Die Ottawa-Charta der WHO (1986) betont im Kontext von Gesundheitsförderung das primäre Ziel, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. (WHO, Online) Nach unserer Erkenntnis kann Gesundheitsförderung durch Angebote der Gesundheitsbildung wesentliche Anstöße erhalten. Umso misslicher ist es, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten im Erwachsenenalter oft keine passenden Bildungsangebote finden und dadurch benachteiligt werden (BMAS 2016, S. 140 ff.). Gerade den Menschen, die es aus Sicht der Wissenschaft besonders nötig haben, werden der Zugang zu Informationen, das Einüben von praktischen Fertigkeiten und eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung erschwert.

Im Projekt GESUND! konnten wir individuelle Wirkungen der Gesundheitsbildung im Bereich des Wissens, der Fertigkeiten, der Sozialkompetenz und der Selbstständigkeit feststellen, die in dieser Veröffentlichung dokumentiert sind (Kapitel 2). Das Lernen entwickelte sich als ein aktiver Prozess, in den alle Beteiligten einbezogen waren. Wir als akademisch Forschende unterstützten die Lernprozesse bei den Menschen mit Lernschwierigkeiten mit unterschiedlichen Methoden und häufig auch mit selbst entwickelten Lernmaterialien. Das gemeinsame Forschen war an dieser Stelle Mittel zum Zweck. Die Zusammenarbeit bei der Suche nach Antworten auf eine Forschungsfrage stieß bei den Mitforschenden kognitive Lernprozesse an und trainierte gleichzeitig ihre praktischen Fertigkeiten.

Wenn wir dem Leitsatz folgen, dass „Bildung die beste Medizin“ ist, dann stellt sich zwangsläufig die Frage nach der adäquaten Didaktik. Als Kunst des guten Lehrens hat Didaktik in der Pädagogik eine lange Tradition mit unterschiedlichen Konzepten und Ansätzen. Im Projekt GESUND! ging es bevorzugt darum, dass die Mitforschenden eigene Themen und subjektive Lerninteressen ausfindig machten, die sie dann mit Unterstützung von uns akademisch Forschenden bearbeiten konnten. Das von uns angewandte didaktische Prinzip der Orientierung an den Mitforschenden entspricht dem Konzept einer Ermöglichungsdidaktik, wie es von Rolf Arnold entwickelt worden ist (Arnold 2012; Schübler 2012, S. 131 ff.). Die Lehrkraft übernimmt dabei eine spezifische Rolle. Sie ist nicht nur „Wissensvermittler“, sondern weit eher ein Lernbegleiter, ein Lernarrangeur oder Coach für die Lernenden (Quilling 2015). Wir denken, dass

dieser Ansatz auch in der Gesundheitsbildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten gut geeignet ist, um nachhaltiges Lernen zu sichern.

Wir sind zudem überzeugt, dass eine erfolgreiche Gestaltung von Angeboten der Gesundheitsbildung durch Emotionalität wesentlich geprägt wird (Kapitel 2 bis 6). Uns ist es in weiten Teilen gelungen, gemeinsam mit der gesamten Lern- und Forschungsgruppe ein emotionales Wohlfühlen und eine positive Lernatmosphäre herzustellen. Das drückte sich in unserem Beziehungsverhalten gegenüber den Mitforschenden aus. Wir versuchten ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, sie vorbehaltlos zu respektieren, ohne jemanden zu bevorzugen, und ehrlich und offen mit ihnen an den Themen zu arbeiten. Unsere Haltung konkretisierte sich in der Vereinbarung über die „Du-Anrede“ ebenso wie in der persönlichen Unterstützung beim Lösen von (Übungs-)Aufgaben und im Zutrauen in die eigenständigen Fähigkeiten der Mitforschenden. Wir bereiteten Wege vor, auf denen sie Erfolgserlebnisse im Sinne von Selbstwirksamkeitserfahrungen sammeln konnten. Die jeweiligen Abschlusspräsentationen und die damit verbundenen Rückmeldungen ließen sie stolz sein auf sich und ihre Leistung.

Neben diesen leistungsorientierten Erfolgserlebnissen ging es auch um Geselligkeit und Humor, wenn wir etwa gemeinsam Weihnachtsfeiern organisierten oder lustige Präsentationen und Rollenspiele vorbereiteten. Die Schaffung eines Raums für positive Erfahrungen und emotionales Erleben war zweifellos nicht allein das Verdienst von uns akademisch Forschenden, dieser Raum wurde erzeugt von jedem einzelnen Mitglied der Lern- und Forschungsgruppe. In den wenigen Situationen, bei denen einzelne Mitforschende weinten, erhielten sie Trost von allen Seiten; es wurde herumgealbert und viel gelacht, aber auch gestritten und gefeixt. Als akademisch Forschende hatten wir dabei ständig die Aufgabe, die Gruppendynamik zu reflektieren. Wir intervenierten mit dem Ziel, dass jede/r in der Gruppe das Gesicht wahren konnte, ohne ausgelacht zu werden. Insgesamt können wir den Äußerungen von Schüßler zur Ermöglichungsdidaktik nur zustimmen, wenn sie schreibt: „Interesse, Lernmotivation und -lust hängen wesentlich vom emotionalen Begleitzustand des Lernprozesses ab.“ (Schüßler 2012, S. 147)

In zwei Sätzen zusammengefasst lautet die Antwort auf unsere Ausgangsfrage: Gesundheitsbildung kann ein guter Weg sein, um Gesundheitsförderung gemeinsam mit Menschen mit Lernschwierigkeiten zu gestalten. Dabei sollten Fragen nach der Methodik und Didaktik sowie eine passende Berücksichtigung von Emotionalität gut bedacht und abgewogen werden.

8.2.2 Wie kann eine integrierte kommunale Strategie der Gesundheitsförderung inklusiv umgesetzt werden?

Eine integrierte kommunale Strategie der Gesundheitsförderung, wie sie im ersten Kapitel definiert wurde, setzt eine zentrale Steuerung auf der Ebene der Kommunal-

verwaltung voraus. Wir tauschten uns im Projekt GESUND! immer wieder mit den verantwortlichen Personen im Berliner Bezirk Lichtenberg aus. Jedoch war unser Einfluss auf dieser Ebene gering, weil viele verschiedene Akteur/-innen mit unterschiedlichen Interessen, Zielen und Arbeitsweisen aktiv waren.

Nichtsdestotrotz verschafften wir uns in begrenztem Rahmen Aufmerksamkeit in der Kommune. Mit der Photovoice-Untersuchung (Kapitel 3) sorgten die Mitforschenden für Beachtung, indem sie die von ihnen aufgezeigten Bedarfe öffentlichkeitswirksam artikulierten. Die vorgelegten Erkenntnisse sind dabei nicht neuartig oder ausschließlich für die Gruppe von Menschen mit Lernschwierigkeiten relevant. Vielmehr zeigt sich, dass die Ergebnisse für eine breite Bevölkerungsgruppe bedeutsam sein können.

Menschen mit Lernschwierigkeiten werden in der kommunalen Gesundheitsstrategie bislang zu wenig beachtet. Barrieren (beispielsweise schlechte Erreichbarkeit, kommunikative Barrieren, mangelnde personelle Unterstützungsstrukturen) erschweren ihre Beteiligungsmöglichkeit in kommunalen Aushandlungsprozessen. Das Projekt GESUND! hat zumindest für ein erhöhtes Problembewusstsein bei Politik und Verwaltung im Bezirk Lichtenberg gesorgt. Die diversen Einladungen der Koordinationsabteilung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (QPK) zu Gesundheitstagen (Gesundheitsmessen), Einladungen in den Gesundheitsbeirat und den Beirat für behinderte Menschen sowie die geplante Ausstellung unserer Roll-ups im Rathaus sind wichtige Schritte auf dem Weg zu einer inklusiven bezirklichen Gesundheitsstrategie. Die Frage, wie genau eine solche integrierte kommunale Strategie inklusiv umgesetzt werden kann, bleibt jedoch noch weitestgehend offen.

8.2.3 Wie gelingt Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) mit Menschen mit Lernschwierigkeiten?

Die Partizipation von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Forschungsprojekten ist für akademisch Forschende vielfach noch ungewöhnlich. Aufgrund spezifischer Ausgangsbedingungen, die die Personengruppe mitbringt (z. B. kognitive Beeinträchtigung, besondere Schulbiografien, Tendenz zur Fremdbestimmung durch institutionelle Settings, geringere Erfahrung mit Gestaltungs- und Entscheidungsspielräumen), ist gemeinsames Forschen mit Menschen mit Lernschwierigkeiten voraussetzungsreich. Hier fassen wir noch einmal unsere Erkenntnisse für die PGF mit Menschen mit Lernschwierigkeiten zusammen. Eine vertiefende Auseinandersetzung zu dieser Fragestellung findet sich insbesondere im fünften Kapitel.

PGF braucht spezifische Rahmenbedingungen.

PGF kann funktionieren, wenn die Strukturen und Rahmenbedingungen gut vorbereitet sind. Das beginnt mit Überlegungen zur Erreichbarkeit der Adressat/-innen-Gruppe,

beinhaltet die Abwägung von personellen und zeitlichen Ressourcen und endet mit der Frage, wie mit Forschungsergebnissen umgegangen wird. Es ist ein Missverständnis, wenn akademisch Forschende meinen, es genüge, die Adressat/-innen-Gruppe einfach zu fragen, was sie wolle. Dann werde sich der Forschungsprozess wie von selbst entwickeln. Das funktioniert unserer Erfahrung nach nicht. Ein vorstrukturierendes und reflektiertes Vorgehen ist wichtig. Zum Ergründen der Anliegen und Bedarfe braucht es Raum und Zeit, es bedarf der Anregungen und möglicherweise der Inputs von außen, mit vorstrukturiertem Material, mit methodisch-didaktischen Hilfsmitteln und nicht zuletzt mit dem Aufzeigen von Wahlmöglichkeiten. Auch Einfühlungsvermögen in die Lebenslagen der Mitforschenden und ein hohes Maß an Flexibilität sind notwendig, um einen Raum der Ko-Kreation von Wissen zu ermöglichen.

In der PGF ist die Beziehungsgestaltung von besonderer Bedeutung.

Ein Schlüssel zu erfolgreicher Partizipativer Forschung liegt in der Gestaltung der Beziehungen zwischen den Menschen mit Lernschwierigkeiten und den akademisch Forschenden. Die ersten unmittelbaren gemeinsamen Erfahrungen und die Art und Weise, wie die Beteiligten miteinander umgehen, entscheiden maßgeblich über den Verlauf des Forschungsprozesses. Damit die Beziehung zwischen anfangs fremden Personen gelingen kann, braucht es persönliche Begegnungen und eine ausreichend lange Kontaktzeit. Nur so kann eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden, kann Vertrauen wachsen und wechselseitig Wertschätzung entgegengebracht werden. Zwischen den akademisch Forschenden und den Mitforschenden sollte anstelle einer professionellen Distanz eine professionelle Nähe gepflegt werden. Es geht darum, sich gegenseitig besser kennenzulernen, indem man sich auf den Anderen einlässt, sowie darum, dass man eigene Stärken und Schwächen zu erkennen gibt. Dieses Einlassen auf den Anderen geht einher mit der Bereitschaft, formale Statushierarchien und damit verbundene Machtdynamiken zu besprechen. Die unterschiedlichen beruflichen Positionen sollten zugunsten gemeinsamen Handelns am und mit dem Forschungsgegenstand an Bedeutung verlieren. Aus unserer Sicht ist es falsch, so zu tun, als ob alle Mitglieder in der PGF gleich seien. Vielmehr geht es darum, gleichberechtigt mitzubestimmen und mitzugestalten. Das ist ein fundamentaler Unterschied: „Wir sind alle gleich!“ verschleiert soziale Zuschreibungen und Statuszuweisungen. „Wir sind alle verschieden!“ ermöglicht es, die unterschiedlichen Rollen und die damit einhergehenden Kompetenzen wahrzunehmen, anzuerkennen und als wertvolle Ressource zu sehen. Auch wenn der Ansatz der PGF eine maximale Mitgestaltung aller Beteiligten anstrebt, bedeutet das nicht, dass alle das Gleiche tun müssen. Ein Leitsatz aus unserer Erfahrung lautet daher: Nicht alle können das Gleiche tun. Aber es müssen auch nicht alle alles tun.

Eine verständliche Kommunikation ist dringend erforderlich.

Eine verständliche Kommunikation ist in allen Belangen des Forschungsprozesses unumgänglich – sie sollte sich an den Bedürfnissen der Mitforschenden orientieren. Gerade für Menschen mit Lernschwierigkeiten ist ein bewusster und sensibler Umgang mit Sprache besonders bedeutsam. „Leichte Sprache“ kann dabei hilfreich sein, sie ist aber nicht das einzige Mittel. Rückversicherungsschleifen (teach-back method/show-me method) unterstützen den Verständigungsprozess ebenfalls. Dabei werden die Aussagen eines Gegenübers mit eigenen Worten wiedergegeben. Falsch verstandene Informationen können so korrigiert, und eine verständliche Kommunikation kann aufgebaut werden. Für akademisch Forschende ist die verständliche Sprache unter Umständen eine Herausforderung. Sie können sich nicht hinter einer Fachsprache verstecken. Sie müssen selbst die fachwissenschaftlichen Inhalte durchdringen und verstanden haben. Erst dann ist es möglich, eine klare und deutliche Sprache zu finden und in einfachen und kurzen Sätzen zu formulieren. Neben dem Bemühen um verständliches Sprechen und Schreiben kann der bewusste Einsatz von Bildern nützlich sein. Die Auswahl von Bildern ist jedoch eine eigene anspruchsvolle Aufgabe, denn Bilder sind vielfältig interpretierbar.

*PGF wird durch ein gemeinsames Thema angeregt
und weniger durch die Festlegung von Zielen.*

Neben dem Wohlfühlen in der Lern- und Forschungsgruppe (also einer positiven Gruppen- bzw. Arbeitsatmosphäre) ist das gemeinsame Thema die verbindende Klammer und der treibende Motor in der PGF. Mit dem gemeinsamen Thema ist ein Denk- und Handlungsraum abgesteckt, mit dem sich die einzelnen Gruppenmitglieder identifizieren können. Es stellt den Kristallisationspunkt zur Gemeinschaftsbildung dar. Die Verständigung auf gemeinsame Ziele ist sicherlich wertvoll und wichtig, aber wir mussten feststellen, dass sowohl die Menschen mit Lernschwierigkeiten als auch wir akademisch Forschenden teilweise unterschiedliche Ziele verfolgten. Verbunden und immer wieder zu Anstrengungen motiviert hat uns letztlich das gemeinsame Thema der Gesundheitsförderung.

Die Unmittelbarkeit von Sinn und Bedeutung führt zum Erfolg.

PGF ist für Menschen mit Lernschwierigkeiten interessant, wenn ein unmittelbarer Gewinn erfahrbar wird. Die Zusammenarbeit mit akademisch Forschenden muss für sie zeitnah sinnvoll und bedeutsam sein. Wenn dem Lernen und Forschen kein Sinn und keine Bedeutung mehr beigemessen werden kann, geht die persönliche Motivation verloren und die Beteiligung wird aufgekündigt. Dabei können die subjektiven

Gewinnerwartungen und -erfahrungen sehr unterschiedlich ausfallen. Für die einen genügt das Thema allein, um Neugierde und anhaltende Spannung zu erzeugen. Andere erleben die Beziehungserfahrungen innerhalb der Gruppe als positive Sinnerfahrung. Sie machen mit, weil sie Anerkennung, Abwechslung und/oder Spaß erleben. Wiederum andere sehen eine Chance zur Persönlichkeitsentwicklung oder eine Gelegenheit zur Qualifizierung. Sie erkennen Möglichkeiten, Einfluss auf sich und andere zu nehmen. Diese Aufzählung könnte noch weitergeführt werden. Wichtig erscheint jedoch, dass von den akademisch Forschenden ein Gewinn durch die Zusammenarbeit nicht in ferner Zukunft versprochen wird, sondern dass dieser Gewinn zeitnah als unmittelbare Erfahrung erlebt werden kann.

PGF kann gelingen, wenn ethische Fragen reflektiert werden.

PGF lebt vom „kulturellen Insiderwissen“ bzw. vom authentischen Expertenwissen der beteiligten Akteur/-innen (Kapitel 5). Die in diesem Kontext entstehenden ethischen Fragen (Unger 2014) können zu Dilemmata führen. Ein typisches Beispiel betrifft die Vertraulichkeit und Anonymisierung bei der Veröffentlichung von Forschungsergebnissen. Wenn Mitforschende in Vorträgen ihre Ergebnisse präsentieren, dann bekommen sie ein Gesicht und geben einen Teil von sich preis – das kann auch negative Folgen haben. In der PGF ist deshalb das Prinzip der „Schadensfreiheit“ wichtig. Es besagt, dass die möglichen Folgen von Forschungshandlungen von den Beteiligten eingeschätzt werden müssen. Ein informiertes Einverständnis über die Ziele, den Entstehungsprozess und die Veröffentlichung von Forschungsergebnissen ist immer anzustreben. Um sich informiert entscheiden zu können, brauchen Menschen mit Lernschwierigkeiten zuweilen persönliche Unterstützung und Aufklärungsmaterial in Leichter Sprache. Und dennoch lässt sich Einigkeit zwischen akademisch Forschenden und Mitforschenden nicht immer herbeiführen. Wenn das nicht gelingt, stecken die Beteiligten in einem ethischen Dilemma. Aus forschungsethischer Perspektive gilt, dass alle Beteiligten mögliche Risiken gut abwägen sowie Maßnahmen ergreifen sollten, um die Risiken zu verringern und Schaden zu vermeiden. Aufgrund ihrer akademischen Erfahrung und ihrer wissenschaftstheoretischen Ausbildung haben hier insbesondere die Akteur/-innen aus der Hochschule eine besondere Verantwortung.

8.3 Schlussbetrachtung

Die Antworten auf die Ausgangsfragen lassen erkennen, dass das Projekt GESUND! zahlreiche Lernprozesse ausgelöst hat. Partizipative Gesundheitsforschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten kann dabei vieles sein:

- eine Form der Intervention in der Gesundheitsförderung,
- ein Angebot der Gesundheitsbildung,
- eine Möglichkeit, neues Wissen zu generieren,
- ein Anstoß, um über Machtverhältnisse zu reflektieren,
- ein Katalysator zur Weiterentwicklung von Wissenschaft,
- ein Modell zur Realisierung von Inklusion,
- eine Möglichkeit, um Veränderungsprozesse anzustoßen,
- eine neue Herausforderung für alle Beteiligten.

Wir machen mit dieser Publikation unsere Erfahrungen und unsere Erkenntnisse nachvollziehbar und hoffen, dass GESUND! als Beispiel guter Forschungspraxis andere dazu ermutigt, Partizipative Forschung zu realisieren. Partizipative Forschung ist nicht bessere Forschung, sie ist auch nicht wertvoller oder anspruchsvoller als andere Ansätze guter Forschung. Aber wir sehen in diesem Ansatz einen Mehrwert für die „traditionelle“ Wissenschaft, der mit keinem anderen Forschungsansatz realisiert werden kann. Partizipative Forschung bietet jenen eine Stimme, die vielfach ungehört bleiben, wenn von ihnen die Rede ist. Sie lässt Begegnungsmöglichkeiten entstehen, indem sie Verbindungen zwischen unterschiedlichen Gruppen (Akademiker/-innen und Nicht-Akademiker/-innen) herstellt. Sie kann einen Beitrag dazu leisten, dass das Verständnis füreinander wächst und Gräben überwunden werden. In diesem Sinne hat Partizipative Forschung einen kleinen Anteil an der großen sozialen Utopie unserer Zeit, dass eine inklusive Gesellschaft möglich ist.

Literaturverzeichnis

- Arnold, R. (2012). *Wie man lehrt, ohne zu belehren. 29 Regeln für eine kluge Lehre. Das LENA-Modell.* Heidelberg: Carl-Auer.
- Bourdieu, P., u. a. (2015/Erstausgabe 1992). *Die verborgenen Mechanismen der Macht. Schriften zu Politik & Kultur 1.* Hamburg: VSA Verlag.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2013). *Bekanntmachung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Richtlinien zur Förderung von Forschungsverbünden zur Präventionsförderung und Gesundheitsförderung.* Unter Mitarbeit von Renate Loskill. Zugriff am 28.09.2018. Verfügbar unter <https://www.bmbf.de/foerderung/bekanntmachung-859.html>.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS, Hrsg.) (2016). *Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung.* Bonn.
- Dieterich, A. & Hahn, D. (2012). *Partizipative Strategien zwischen Chancengleichheit und Individualisierung von Verantwortung.* In: Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2012). *Handbuch Partizipation und Gesundheit.* Bern: Verlag Hans Huber.
- Keupp, H. (2016). *Heraus aus der Ohnmachtsfalle.* In: Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie, Heft 4, 4 – 7.
- Kraus, B. & Krieger, W. (Hrsg.) (2014). *Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung.* 3., überarb. u. erw. Auflage. Lage: Jacobs-Verlag.
- Quilling, K. (2015). *Ermöglichungsdidaktik.* Zugriff am 03.11.18. Verfügbar unter www.die-bonn.de/wb/2015-ermoeglichungsdidaktik-01.pdf.
- Reckwitz, A. (2003). *Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken: Eine sozialtheoretische Perspektive.* 282 – 301. In: *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 32, H. 4.
- Schübler, I. (2012). *Ermöglichungsdidaktik. Grundlagen und zentrale didaktische Prinzipien.* 131 – 151. In: Gieseke, W.; Ekkehard, N. & Schübler, I. (Hrsg.). *Reflexion zur Selbstbildung. Festschrift für Rolf Arnold.* Bielefeld: Bertelsmann.
- Unger, H. von (2014). *Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Grundsätze, Debatten und offene Fragen.* 15 – 39. In: Unger, H.; Narimani, P.; M'Bayo, R. (Hrsg.). *Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen.* Wiesbaden: Springer VS.
- Roth, W.-M. & Unger, H. von (2018). *Aktuelle Perspektiven auf Forschungsethik in der qualitativen Forschung.* In: *Forum Qualitative Sozialforschung. Forschungsethik in der qualitativen Forschung.* Bd. 19, Nr. 3. Zugriff am 06.11.2018. Verfügbar unter DOI: <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-19.3.3155>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.* Zugriff am 03.11.2018. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1
- Wright, M. T. (2013). *Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Prävention und Gesundheitsförderung,* 8 (3), 122 – 131.
- Wright, M. T. & Kongats, K. (Editors) (2018). *Participatory Health Research. Voices from Around the World.* Cham: Springer Nature.

9 Ausblick: Inklusive Hochschule

Das Projekt GESUND! geht weiter. Das BMBF hat unsere Arbeit in der ersten Förderperiode von 2015 bis 2018 positiv bewertet. Damit erhalten wir die Chance, für weitere drei Jahre mit Menschen mit Lernschwierigkeiten zu forschen. In Kooperation mit uns organisierte die Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost am 21. August 2018

19. Fachtagung der Stiftung
Rehabilitationszentrum Berlin-Ost
in Kooperation mit dem Projekt
GESUND! der Kath. Hochschule
für Sozialwesen Berlin

BEHINDERT UND GESUND
Gesundheit in der Behindertenhilfe

Am 21. August 2018 in 14715 Schollene
in der Mühlenbergbrauerei
August-Bebel-Straße 13

10:00 Uhr
Begrüßung
Prof. Dr. Klaus-Peter Becker, Mitglied des Vorstandes der
Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

10:15 – 10:45 Uhr
Gesundheit in der Behindertenhilfe
Prof. Dr. Reinhard Butscher, Leiter des Projektes GESUND!

10:45 – 11:30 Uhr
Arbeitsbelastungen in der stationären Behindertenhilfe
Melanie Berlin, MSc., Med. u. klinische Psychologin,
Mitarbeiterin im Päd.-Psych. Dienst
der RBO – in mitten gemeinnützige GmbH und
Dr. med. Lotte Habermann-Horstmeier, Leiterin des Villigen-
Instituts of Public Health der Steinbeis Hochschule Berlin

11:30 – 12:00 Uhr
Krisenprävention – wirksamer Gesundheitsschutz
Steffan Schuster, Erzieher und Präventionstrainer in der
Psychiatrischen Institutsambulanz, Fachbereich geistige
Behinderung des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth
Herzberge (KEH)

12:00 – 13:00 Uhr
Mittagspause

13:00 – 13:30 Uhr
Gesundheit – Die Sichtweise von Beschäftigten der LWB
Theresa Allweiss sowie Teilnehmer und Teilnehmerinnen
des Projektes GESUND!

13:30 – 13:45 Uhr
Bewegung aktiv – alltagsinkludiert
Tom Hauthel, Sporttherapeut und Sportkoordinator in der LWB –
Lichtenberger Werkstätten gemeinnützige GmbH

13:45 – 14:15 Uhr
Medizinische Behandlungszentren
für Erwachsene mit Behinderung (MZEÖ)
Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok, Fachärztin für Neurologie, Fachärztin für
Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Nervenheilkunde,
Leiterin des Berliner Behandlungszentrums für erwachsene
Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung
am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)

14:15 – 14:45 Uhr
Leitfaden Prävention & Leitfaden Prävention in
stat. Pflegeeinrichtungen - Qualitätskriterien und
Ansatzpunkte für die Praxis
Sina Matthies, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Referentin
für Prävention und Gesundheitsförderung, Abteilung Gesundheit

14:45 – 15:00 Uhr
Schlusswort



eine Fachtagung unter dem Motto: „BEHINDERT UND GESUND“ – Gesundheit in der Behindertenhilfe (s. Flyer S. 189). Die GESUND!-Fachbeiträge sind in dieser Veröffentlichung eingearbeitet.

Inzwischen haben sich sieben Beschäftigte aus den Lichtenberger Werkstätten entschieden, im Rahmen eines ausgelagerten Arbeitsplatzes (in Teilzeit) an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin tätig zu sein. Seit Oktober 2018 kommen sie regelmäßig einen Tag pro Woche an die Hochschule, um sich weiterzuqualifizieren und zu forschen. Zusätzlich gibt es mehrere Intensivwochen (Veranstaltungswochen von Montag bis Freitag) und praktische Trainings im Zeitrahmen von zwei Jahren. Ziel ist die partizipative Entwicklung von Seminaren zur Gesundheitsförderung, in der die Mitforschenden als Co-Referent/-innen auftreten sollen.

Die regelmäßige Anwesenheit der Menschen mit Lernschwierigkeiten an der Hochschule bringt nicht nur die direkt Beteiligten in Bewegung, sondern auch die gesamte Hochschule. Als Bildungsinstitution entwickelt sie sich weiter in Richtung Inklusion. Dafür einige Beispiele: Der Kanzler der Hochschule führte die Belehrung zur Arbeitssicherheit, zum Gesundheitsschutz und zur Brandschutzverordnung in leicht verständlicher Sprache durch. Die entsprechenden Merkblätter wurden zusätzlich in einfache Sprache übersetzt. Die Vertreter/-innen des Studierendenparlaments stellten ihre Arbeit den Menschen mit Lernschwierigkeiten vor und erklärten, wie das Studierendencafé genutzt werden kann. Das Personal in der Mensa berücksichtigt die besonderen Bedürfnisse der Mitforschenden. Studierende und Lehrende fragen nach, was im Projekt GESUND! realisiert werden soll. Noch stehen wir am Anfang, aber die ersten Schritte zu einer inklusiven Hochschule sind gemacht.

Das Projekt GESUND!

c/o Prof. Dr. Reinhard Burtscher
Kath. Hochschule für Sozialwesen Berlin
Köpenicker Allee 39 – 57
10318 Berlin
E-Mail: reinhard.burtscher@khsb-berlin.de

Aktuelle Informationen zu unserer Arbeit finden Sie auf der Homepage von GESUND!

Online: <http://partkommplus.de/teilprojekte/gesund/>

Wir freuen uns auf Ihre Kommentare, auf Anregungen und Anfragen, gerne auch auf Vorschläge zu einer Zusammenarbeit.

inmitten

Schriftenreihe der Stiftung
Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Band 1

Die Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost
in Theorie und Praxis

Band 2

Rehabilitation und Pflege
im Spannungsfeld von Entwicklung und Tod

Band 3

Motorische Förderung
in Werkstätten für behinderte Menschen

Band 4

Wissen schaf(f)t Teilhabe
– Wissenschaftliches Symposium aus Anlass des 25-jährigen
Bestehens des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost

Band 5

Bewährtes bewahren – Neues gestalten

Band 6

Mensch und Pferd – Einheit von Sport und Therapie

Band 7

Gemeinsam forschen – Gemeinsam lernen
Menschen mit Lernschwierigkeiten
in der Partizipativen Gesundheitsforschung

Grüne Reihe/ Monografien

Schriftenreihe der Stiftung
Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Band 1

Respektvolle Begegnungen
– gemäß Artikel 8, Bewusstseinsbildung, BRK

Band 2

Umstellungsbegutachtung der Berliner Behindertenhilfe
– Folgen für den Stationären Bereich anhand ausgewählter Beispiele

Band 3

Zum Wohlbefinden von Mitarbeitern in Wohnstätten
und Beschäftigten in Werkstätten