

Methodische Herausforderungen der Partizipativen: Gesundheitsforschung: Reflexionen aus zwei Praxisprojekten

Lütke Lanfer, Hanna; Landwehr, Janna

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Konferenzbeitrag / conference paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Lütke Lanfer, H., & Landwehr, J. (2023). Methodische Herausforderungen der Partizipativen: Gesundheitsforschung: Reflexionen aus zwei Praxisprojekten. In D. Reifegerste, P. Kolip, & A. Wagner (Hrsg.), *Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022* (S. 1-15). Bielefeld: Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. <https://doi.org/10.21241/ssoar.88478>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Methodische Herausforderungen der Partizipativen Gesundheitsforschung: Reflexionen aus zwei Praxisprojekten

Hanna Lütke Lanfer & Janna Landwehr
(geteilte Erstautor:innenschaft)

Universität Bielefeld

Zusammenfassung

Partizipative Forschung überschreibt eine Reihe von Ansätzen, deren Grundprinzip es ist, gemeinsam ‚mit‘ jenen Personen in Forschungsprozessen zusammenzuarbeiten, die aufgrund bisheriger wissenschaftlicher Erkenntnisse oder Annahmen besonders von Forschungsergebnissen und passgenauen Interventionen profitieren würden. Partizipative Gesundheitsforschung wird nicht ‚an‘ den Menschen durchgeführt, sondern strebt die Umverteilung von Machtverhältnissen hin zu einer Gleichberechtigung zwischen verschiedenen Personengruppen, Perspektiven und Fähigkeiten an, ohne ein spezifisches methodisches Vorgehen vorzugeben. Bestehende Machtungleichheiten zwischen Akteur:innen aufgrund ökonomischer, qualifikatorischer, institutioneller und (berufs-)politischer Unterschiede und damit einhergehende notwendige Verhandlungen führen zu Herausforderungen in der Umsetzung. Dies zeigt sich besonders an drei Punkten im Forschungsprozess: a. Ein- und Ausschluss von Beteiligten; b. Umgang mit Ressourcen und Erwartungen unterschiedlicher Gruppen; sowie c. Teilhabe an Entscheidungen. Der Beitrag illustriert diese drei Herausforderungen und Ansätze zu ihrem Umgang anhand von zwei Fallbeispielen. Damit soll deutlich werden, dass Partizipative Gesundheitsforschung kontinuierliche, offene und bisweilen unangenehme Auseinandersetzungen und Reflexionen über Ressourcen, Privilegien, Erwartungen und soziale Normen erfordert. Nur so kann sie ihrem Anspruch auf Teilhabe in der Wissensproduktion gerecht werden.

Keywords: Partizipative Gesundheitsforschung, Reflexion, Partizipative Methoden

Summary

Participatory research is an umbrella term for a range of research approaches that aim to collaborate with those who, on the basis of previous scientific knowledge or assumptions, would particularly benefit from research findings and tailored interventions. In doing so, participatory research claims that it is not conducted 'on' people as passive research subjects, but in collaboration 'with' them. Participatory Health Research thus seeks to redistribute power among different groups of people, perspectives, and abilities. As a research approach that does not use a specific methodology and is not immune to power inequalities between different groups of actors, participatory research poses numerous challenges during implementation. The different actors may be confronted with e.g. economic, qualification, institutional, and political differences that have to be negotiated. In practice, this is particularly evident at three central points in the research process: a. inclusion and exclusion of participants; b. handling of resources and expectations of different groups and c. participation in decision-making. This paper illustrates these three challenges and suggests ways to deal with them using two case studies. Participatory Health Research requires continuous, open, and sometimes uncomfortable discussions and reflections about resources and privileges, expectations and social norms. This way, it can live up to its claim of true participation and inclusive knowledge production.

Keywords: Participatory health research, reflection, participatory methods

1 Einleitung

Partizipative Forschung ist ein Überbegriff für eine Reihe von Ansätzen, deren Grundprinzip es ist, diejenigen Personen in Forschungsprozesse zu integrieren und an ihnen zu beteiligen, die aufgrund bisheriger wissenschaftlicher Erkenntnisse oder Annahmen besonders von Forschungsergebnissen und passgenauen Interventionen profitieren würden (von Unger, 2022). Damit wird der Anspruch erhoben, dass sie nicht ‚an‘ den Menschen als passive Forschungssubjekte zur Datenerhebung durchgeführt wird, sondern in Zusammenarbeit ‚mit‘ ihnen (International Collaboration for Participatory Health Research [ICPHR], 2013). Partizipative Forschung beschreibt somit keine bestimmte methodische Herangehensweise, sondern einen Ansatz in der Forschung. Es ist ein Ansatz, der anerkennt, dass Wissen zwischen Menschen sozial konstruiert (d. h. subjektiv verschieden) und kontextgebunden (d.h. sozial, kulturell und strukturell geprägt) ist (Hall, 1992; Koster et al., 2012). Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass im Forschungsprozess diese subjektiven Perspektiven und Erfahrungen durch eine gleichberechtigte Teilhabe aller Akteur:innen zusammengeführt werden können und damit das Potential haben, aggregiertes Wissen zu generieren (Fals-Borda, 1987). Hervorzuheben sei an dieser Stelle, dass es bei partizipativer Forschung nicht nur um eine Erfassung multipler Perspektiven geht, sondern im gesamten Forschungsprozess - von der Entwicklung der Fragestellung über die Analyse der Daten, bis hin zur Deutungshoheit über Ergebnisse sowie deren Dissemination - Entscheidungsmacht zwischen den verschiedenen Akteur:innen geteilt wird (Tanzer & Fasching, 2022; Wright, 2015).

In den Gesundheitswissenschaften gewinnt partizipative Forschung (hier bekannt als Partizipative Gesundheitsforschung (PGF)) vor allem dort an Bedeutung, wo gesundheitliche bzw. soziale Ungleichheiten erforscht werden sollen. Indem sie sich insbesondere an marginalisierte oder von Ungleichheiten betroffene soziale Gruppen wendet, kann sie deren subjektive Perspektiven auf Gesundheit und kontextgebundene Erfahrungen in die Ursachen-erkundung und nachhaltige Lösungsfindung bei Gesundheitsproblemen integrieren (Wright, 2015). Ein entsprechendes Vorgehen kann zudem das Potential einer einhergehenden Förderung von Empowerment und gesellschaftlicher Teilhabe teilnehmender (Personen-)gruppen haben und zur Verringerung von

Ungleichheiten beitragen. Partizipative Gesundheitsforschung bietet allen Akteur:innen und der Gesellschaft als Ganzes somit viele Vorteile, birgt jedoch auch eine Vielzahl an methodischen Herausforderungen. Der vorliegende Beitrag adressiert drei zentrale Herausforderungen Partizipativer Gesundheitsforschung und reflektiert diese anhand zweier Praxisbeispiele.

2 Hintergrund

Partizipation in der Gesundheitsforschung

Dass Gesundheit ungleich verteilt ist und weltweit einem sozialen Gradienten folgt, ist hinlänglich bekannt (Donkin et al., 2018; Lampert et al., 2018; Marmot, 2003). Ziel gesundheitswissenschaftlicher Forschung ist es daher, Erkenntnisse zu den Ursachen von Ungleichheiten zu generieren sowie nachhaltige Lösungen zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit sozialer Gruppen zu entwickeln (Bergold & Thomas, 2012). Laut Kuckartz (2014) ist es aufgrund der Komplexität sozialer und gesellschaftlicher Probleme dafür erforderlich, flexibel, multidisziplinär sowie multiperspektivisch vorzugehen. Hier setzt Partizipative Gesundheitsforschung an, denn sie basiert auf der Prämisse, dass Forschung Kooperationen zwischen all denjenigen erfordert, die einen Bezug zu einem Gesundheitsproblem und dessen Determinanten haben (Wöhler et al., 2017; Wright, 2021; Wright & Kongats, 2018).

Dementsprechend wird Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) definiert als: „ein *wissenschaftlicher Ansatz*, der die Durchführung von Forschung als eine Koproduktion verschiedener AkteurInnen versteht. Der *Forschungsprozess* wird zwischen allen Beteiligten partnerschaftlich organisiert und kontinuierlich im Hinblick auf die Macht-verhältnisse reflektiert. Am gesamten Forschungs-prozess soll dabei eine maximale Mitgestaltung der Menschen erreicht werden, deren Lebensbereiche erforscht werden. Zu den *Beteiligten* gehören insbesondere die Menschen, deren Lebensbereiche erforscht werden und u.a. Fachkräfte und Entscheidungsträger:innen des Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesens, Vertreter:innen der Zivilgesellschaft und Wissenschaftler:innen.“ (PartNet, 2022; Hervorhebung im Original).

Partizipative Gesundheitsforschung verdankt ihre Attraktivität dem Umstand, dass sie „im Hinblick auf die Beantwortung zentraler Fragen der Gestaltung und

Qualität von (v.a. Setting-)Interventionen alternativlos zu sein scheint“ (Rosenbrock & Hartung, 2012, S. 11). PGF hat somit häufig eine doppelte Zielsetzung, indem sie Potenziale für nachhaltige Forschung und Interventionen bietet, die zudem gesellschaftliche Teilhabe, Gesundheitsgewinne für Beteiligte aus der Bevölkerung und soziale Veränderungen ermöglichen (Bergold & Thomas, 2012). Laut Cornwall und Jewkes (1995) ist das wichtigste Merkmal, das die Partizipative Gesundheitsforschung von üblichen Ansätzen der Gesundheitsforschung unterscheidet, die Umverteilung von Machtverhältnissen hin zu einer Demokratisierung im Forschungsprozess. Dies soll erreicht werden, indem versucht wird, Gleichberechtigung zwischen verschiedenen Personengruppen, Perspektiven und Fähigkeiten herzustellen. Dabei soll die Beteiligung derjenigen, deren Gesundheit unmittelbarer Gegenstand der Studie ist, im Vordergrund stehen, und Entscheidungsmacht dieser Personen in möglichst allen Kernelementen der Forschung ermöglicht werden (ICPHR, 2013). Gleichzeitig bedeutet Partizipative Gesundheitsforschung nicht, dass alle Akteur:innen an allen Prozessen und zu allen Zeitpunkten der Forschung teilnehmen müssen, denn Aufgaben können gemeinsam nach den Ressourcen und Fähigkeiten der verschiedenen Personengruppen verteilt werden.

Ein Zusammentreffen verschiedener Personengruppen mit diversen Hintergründen ist somit der partizipativen Forschung inhärent. Entsprechend bedeutsam für die kollaborative Zusammenarbeit ist auch eine sensible Nutzung des Wordings für diese verschiedenen Gruppen und die damit (unbewusst) einhergehenden Implikationen. Welche Teilhabe, Entscheidungsmacht oder Hierarchie ist zu erwarten bei genutzten Begrifflichkeiten wie „Mitforschende“, „Praxispartner:innen“, „Co-Forschende“ oder „Peer-Forschende“ (vgl. von Unger, 2014; Wihofszky et al., 2020). Im Rahmen dieses Beitrags wird sich an vorgeschlagenen Begrifflichkeiten aus dem veröffentlichten Diskussionspapier von Wahl et al. (2021) orientiert. Die Autorinnen dieses Diskussionspapiers differenzieren die Beteiligungen im Forschungsprozess und stellen für partizipative Forschungen eine Unterscheidung zwischen Beteiligten (alle am Prozess Beteiligte), Teilnehmenden (Beteiligung ohne direkten Einfluss oder Entscheidungsmacht) und partizipativ Forschenden (übernehmen Aufgaben, haben Entscheidungsmacht) dar (siehe Abbildung 1). Dabei betonen sie, dass diese Rollen fluktuierend eingenommen werden können.

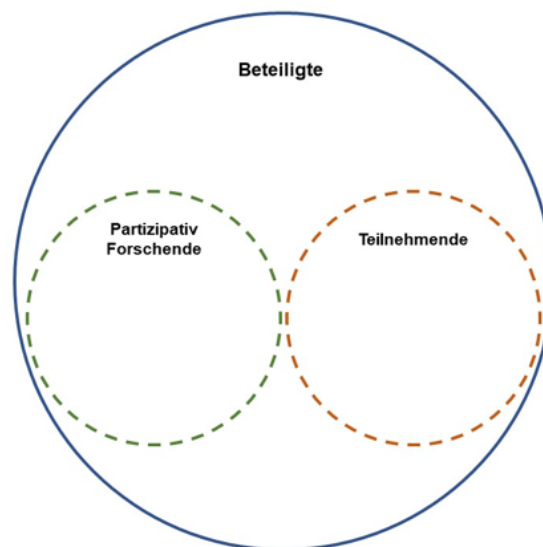


Abbildung 1: Schematische Darstellung verschiedener Beteiligungsformen in Partizipativer Gesundheitsforschung, in Anlehnung an Wahl et al. (2021), eigene Darstellung

Nach dem Diskussionspapier können partizipativ Forschende diese Rollen wiederum mit ihren Wissensressourcen als *berufliche Wissenschaftler:innen*, *Fachkräfte* oder/und *Expert:innen aus Erfahrung* füllen. Zur sprachlichen Verdeutlichung der Unterschiedlichkeit der beiden Fallbeispiele dieses Beitrags unterscheiden wir bei den Expert:innen aus Erfahrung zwischen *lebensweltlich Forschenden* und *forschenden Kindern*. Dabei entstehende Irritationen bei Leser:innen sind erwünscht, mit dem Ziel, etablierte und ggf. unbewusste Denkmuster zu stören und Reflexionen anzuregen (vgl. Luhmann, 1998).

Als Forschungsansatz, der nicht auf ein spezifisches methodisches Vorgehen reduziert werden kann, ist Partizipative Gesundheitsforschung jedoch kein Selbstläufer und kein Garant für die Erreichung dieses Anspruchs der Machtumverteilung (Rosenbrock & Hartung, 2012). So sehen sich die Akteur:innen in partizipativen Projekten häufig z. B. mit ökonomischen, qualifikatorischen, institutionellen und (berufs-)politischen Hindernissen konfrontiert, die Herausforderungen für die Umsetzung Partizipativer Gesundheitsforschung darstellen.

Herausforderungen der Machtverteilung in der Partizipativen Gesundheitsforschung

Die Fachliteratur zeigt wiederkehrend, dass insbesondere a) der Ein- und Ausschluss von Beteiligten

(Jacquez et al., 2013; Lenette et al., 2019; Schaefer et al., 2021); b) der Umgang mit Ressourcen und Erwartungen der unterschiedlichen Beteiligten (Casteleden, et al., 2012; Muhammad et al., 2015; sowie c) Rollen, Zuschreibungen und damit einhergehende Konflikte die (gleichberechtigte) Machtverteilung herausfordern können (Fasching & Biewer, 2014; von Köppen et al., 2020). Wir erläutern diese drei Herausforderungen beispielhaft anhand von zwei Praxisbeispielen und zeigen Wege zum Umgang mit ihnen auf.

Ein- und Ausschluss von Beteiligten

Partizipative Gesundheitsforschung findet nicht in neutralen Räumen statt, sondern häufig in der Lebenswelt derjenigen Personen, deren Gesundheit im Fokus der Studie steht. Besonders Forschung im Kontext von Institutionen ist häufig von Praktiken, Hierarchien und Gatekeeper:innen, die Zugänge zu der zu erreichenden Gruppe ermöglichen aber auch hemmen können, geprägt (Schaefer et al., 2021). Zugänge zu vulnerablen und selten gehörten Gruppen zu erhalten und diese angemessen in Forschungsprozesse einzubinden, ist eine häufig genannte Herausforderung in der Fachliteratur (Emmel et al., 2007; Flanagan & Hancock, 2010; von Unger, 2012). Für berufliche Wissenschaftler:innen und andere Fachkräfte, die Partizipative Gesundheitsforschung planen, stellen sich daher Fragen, wer auf welche Weise und zu welchen Zeitpunkten in die Forschung eingeschlossen bzw. ausgeschlossen werden soll, um die Teilhabe derjenigen zu ermöglichen, welche durch die Beteiligung anderer Gruppen beschränkt werden könnte. Bewusste und unbewusste Entscheidungen über Ein- und Ausschluss von partizipativ Forschenden sind also eng mit Machtstrukturen verbunden, die auf struktureller, institutioneller und individueller Ebene wirken können und reflektiert werden sollten.

Ressourcen und Erwartungen unterschiedlicher Beteiligter

Trotz des Anspruchs auf Selbstbefähigung und Kollaboration auf ‚Augenhöhe‘ setzen sich ungleiche Machtverteilungen und die Verfügbarkeit unterschiedlicher Ressourcen in der Partizipativen Gesundheitsforschung fort (Muhammad et al., 2015). Laut von Unger ist Partizipation „qua definitionem von asymmetrischen Beziehungen und unterschiedlichen Wissensbeständen geprägt“ (2022, S. 314). Eine Auseinandersetzung mit ihnen bedeutet einerseits,

Ressourcen und damit verbundene Zugänge und Privilegien der beruflichen Wissenschaftler:innen anzuerkennen, aber auch die der Forschenden aus Erfahrung zu sehen und zu nutzen (Brandner et al., 2022). Des Weiteren können sich im Verlauf von partizipativen Forschungsprojekten und sich formenden Rollen neue Ressourcen, Erwägungen und Machtansprüche ergeben, die thematisiert und reflektiert werden müssen (Tanzer & Fasching, 2022).

Die Rolle der beruflichen Wissenschaftler:innen

Partizipative Gesundheitsforschung zielt darauf ab, die Machtdifferenzen zwischen den ‚Forschenden‘ und den ‚zu Beforschenden‘ aufzuheben (Hagey, 1997). Dementsprechend wird angestrebt, dass die ‚zu Beforschenden‘ als partizipativ Forschende mit den beruflichen Wissenschaftler:innen gleichberechtigt zusammenarbeiten. Nichtsdestotrotz wird partizipative Gesundheitsforschung meist durch berufliche Wissenschaftler:innen initiiert, aufgrund ihrer Anträge finanziert und von ihnen geleitet. Dies kann zu Rollenkonflikten für die beruflichen Wissenschaftler:innen in Interaktionen sowohl mit den anderen partizipativ Forschenden als auch auf institutioneller Ebene im akademischen Kontext führen (von Köppen et al., 2020). Ebenso unterscheiden sich berufliche Wissenschaftler:innen häufig in mehreren sozialen Identitäten wie Klasse, Bildung, ethnische Herkunft, Alter oder Geschlecht von den Forschenden aus Erfahrung. Die Einflüsse und Rollen der Forschenden wirken sich auf die Machtverhältnisse im Forschungsprozess und der Kollaboration aus (Fasching & Biewer, 2014).

Um zu verhindern, dass partizipative Forschung systemische gesundheitliche Ungleichheiten reproduziert und es zu Scheinpartizipation bei anhaltenden Machtasymmetrien kommt (Gamsjäger & Wetzelhütter, 2020), gilt es, die Rolle und Verantwortlichkeiten aller partizipativ Forschenden zu reflektieren und sensibel mit (sich verändernden) Rollen umzugehen.

3 Kurzvorstellung der Anwendungsbeispiele

Um die unterschiedliche Darstellung bislang theoretisch beschriebener Herausforderungen in der Forschungspraxis zu verdeutlichen und Ansätze für einen Umgang mit ihnen aufzuzeigen, reflektieren und vergleichen wir diese anhand zweier partizipativer Forschungsprojekte. Dazu stellen wir zunächst kurz den jeweiligen thematischen Hintergrund, die

Methodik und bisherigen Ergebnisse der Projekte vor. Anschließend (Kapitel 4) reflektieren und vergleichen wir diese mit Blick auf die genannten Herausforderungen. Die hier gewählte Darstellung weicht daher bewusst vom üblichen Schema eines wissenschaftlichen Beitrags ab, indem sich zunächst auf die Reflexionen aus zwei sehr unterschiedlichen partizipativen Projekten konzentriert wird und anschließend angestrebt wird, jeweils Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten.

Studie 1 von Hanna Lütke Lanfer (HLL)

Kurztitel: Partizipative Interventionsstudie zum Thema Handhygiene

Thematischer Hintergrund: Infektionskrankheiten wie Magen-Darm- und Atemwegserkrankungen, die unter anderem durch Handhygiene vermieden werden könnten, führen in Sierra Leone zu Morbidität und Mortalität, insbesondere unter Babys und kleinen Kindern.

Methodik: Die Studie wurde 2019 in zwei Dörfern in Nord-Sierra Leone über einen Zeitraum von neun Monaten (Feldphase) durchgeführt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der Dorfleitung, die Akteur:innen aus verschiedenen sozialen Gruppen (Geschlecht, Alter, Rolle im Dorfkontext) auf Basis eines Kriterienkatalogs vorschlugen. Dieser Katalog berücksichtigte eine ausgewogene Verteilung der Teilnehmenden in Bezug auf unterschiedliche Altersgruppen und Geschlechter. Das Forschungsteam bestand aus zwei beruflichen Wissenschaftler:innen (eine international und einer lokal) sowie etwa 60 Dorfbewohner:innen, die sich punktuell in verschiedene Prozesse der Forschung einbrachten. Die angewendeten Forschungsmethoden umfassten partizipatives Theater, Workshops, Fokusgruppen und Pre-Posttest-Beobachtungen. Die Datenanalyse beinhaltete visuelle und auditive Dokumentationen, qualitative Inhaltsanalyse und statistische Analysen wie Regressions- und Varianzanalysen.

Ergebnisse: Während der Feldphase zeigten sich sehr unterschiedliche Dynamiken und starke Unterschiede in der Beteiligung seitens der Dorfgemeinschaft. Eine kleine Gruppe von etwa vier Personen war während der gesamten Projektphase aktiv involviert. Die niedrigste Beteiligung fand während des Erntemonats Mai statt. Insgesamt konnten eine Zunahme an Handwaschstationen und korrektem Handwaschverhalten nach

Interventionsende beobachtet werden. Laut den Dorfbewohner:innen gab es zudem weniger Fälle von Durchfall und keine Cholera während der Regenzeit - die gesundheitlichen Daten wurden jedoch nicht empirisch erhoben.

Studie 2 von Janna Landwehr (JL)

Kurztitel: Pilotstudie mit Photovoice zum Thema „gesunder Schlaf“

Thematischer Hintergrund: Gestörter oder insuffizienter Schlaf ist bei Kindern ein bekanntes und weit verbreitetes Problem. Trotz des Wissens um die Bedeutung für die psychische und physische Entwicklung ist eine salutogenetische Betrachtungsweise jedoch selten. Effektive und nachhaltige Interventionen können durch Partizipation in der Entwicklung und vorheriger Erfassung von Einflussfaktoren erarbeitet werden.

Methodik: Die Pilotstudie wurde 2020 in einer dritten Klasse einer Grundschule in Deutschland über einen Zeitraum von zwei Monaten (Feldphase) durchgeführt. Die Wahl der Grundschule erfolgte nach Abwägung statistischer Angaben des Schulamts und forschungsökonomischen Gründen. Anschließend erfolgte eine Kontaktaufnahme über Lehrkräfte der Schule sowie die Schulleitung. Die Eltern/Erziehungsberechtigten der Kinder wurden an einem Elternabend informiert. Neben zusätzlichen verschriftlichen Informationen und Einwilligungserklärungen an die Eltern/Erziehungsberechtigten erhielten auch alle Kinder der Klasse zuvor pilotierte Information und Einwilligungserklärungen im Anschluss an eine mündliche Präsentation des Vorhabens. Alle Kinder der dritten Klasse wurden eingeladen. Die partizipativ Forschenden setzten sich schließlich aus einer beruflichen Wissenschaftlerin und 15 forschenden Kindern zusammen. Forschende Kinder wechselten im Laufe der Forschung zu unterschiedlichen Zeitpunkten in die Rolle der Beteiligten mit punktueller Teilhabe. Die Forschung erfolgte mittels Photovoice. Forschende Kinder sicherten und aggregierten Ergebnisse von Fotos und Gruppengesprächen auf Flipcharts. Daneben erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse transkribierter Gruppengespräche unter Einbezug der Fotos durch die berufliche Wissenschaftlerin.

Ergebnisse: Photovoice ist ein vielversprechender Ansatz, mit dem akademisch und kindlich Forschende partizipativ Erkenntnisgewinne auch zu abstrakten

Fragestellungen wie zum Thema „gesunder Schlaf“ generieren können. Eine anschließende partizipative Ableitung von effektiveren Interventionen der Gesundheitsförderung scheint nicht nur möglich, sondern insbesondere seitens der kindlichen Forschenden gewünscht. Partizipative Forschung mit Grundschulkindern sollte kontinuierlich und umfassend durch Reflexionen begleitet werden. Strukturierte Empfehlungen für zu reflektierende Aspekte wären wünschenswert, stehen jedoch derzeit noch aus.

4 Unterschiede und Gemeinsamkeiten in zwei Anwendungsbeispielen

Die folgenden Reflexionen orientieren sich an den in Kapitel 2 vorgestellten Herausforderungen zu a) Ein- und Ausschluss, b) Ressourcen und Erwartungen und c) Rollen der beruflichen Wissenschaftler:innen. Nach separaten Reflexionen aus beiden Projekten zu jedem der drei Punkte fassen wir jeweils kurz zusammen, welche Gemeinsamkeiten sich aus ihnen ableiten lassen. Es sei darauf hingewiesen, dass unsere Reflexionen subjektiv und durch unsere persönlichen Hintergründe gefärbt sind. Als in einem westlichen Land geprägte und ausgebildete Weiße Frau ist die Wahrnehmung der Vorgänge von Hanna Lütke Lanfer (HLL) während des partizipativen Projekts in einem postkolonialen, patriarchalisch geprägten Kontext in Sub-Sahara Afrika durch eben diese Weltsicht geprägt. Janna Landwehr (JL) tritt in eine partizipative Gesundheitsforschung mit Kindern unter dem Eindruck einer erwachsenen Frau mit (berufspraktischer) Erfahrung als Hebamme im Gesundheitswesen und theoretischer Ausbildung im Bereich Public Health ein. Reflexionen zur partizipativen Forschung mit Kindern sind neben literaturbasierter Einarbeitung sicherlich auch geprägt durch persönliche Erfahrung aus ehrenamtlichen Tätigkeiten sowie dem Zusammenleben mit (eigenen) Kindern.

Ein- und Ausschluss

HLL: Die intendierten lebensweltlich Forschenden für die partizipatorische Studie zu Handhygiene im ruralen Kontext in Sierra Leone wurden auf der Basis einer qualitativen Vorstudie mit Fokusgruppen und Interviews definiert: Dies waren jüngere Frauen in Dörfern, die durch ihre täglichen Arbeiten, wie z. B. Kochen, Reinigen, Kinderbetreuung/-erziehung oder Versorgung von älteren und kranken Personen, eine Schlüsselrolle für Hygienepraktiken und die Verhinderung bzw. Ausbreitung von Infektions-

krankheiten spielen. Die Vorstudie lieferte zudem wertvolle Einsichten in die soziale Positionierung dieser sozialen Gruppe, die in einer patriarchalen, traditionell geprägten Gesellschaft wenig Einfluss und Status erleben. Außerdem ermöglichte die Vorstudie wichtige Rückschlüsse auf Gatekeeper, die Zugänge zu den Teilnehmenden be- oder verhindern oder ermöglichen können. Im ruralen Kontext in Sierra Leone waren die größtenteils männlichen Dorfältesten, die an der Spitze der sozialen Hierarchie stehen, die wichtigsten Gatekeeper. Sie machen jegliche sozialen Gruppen innerhalb eines Dorfes für Außenstehende erst erreichbar. Für die Dorfbewohner:innen sind sie zum einen Instanz, unter die sich untergeordnet wird; gleichzeitig haben sie maßgeblich Einfluss darauf, ob ein Projekt überhaupt von der Dorfgemeinschaft an- und ernst genommen wird. Um Kontakte zu jüngeren Frauen zu bekommen und ihr Interesse an dem Projekt zu wecken, war es also notwendig, dass die ersten Aktivitäten einige Dorfälteste einschlossen bzw. für die gesamte Dorfgemeinschaft stattfanden. Wir – mein lokaler Kollege und ich – bemerkten jedoch schnell, dass die Frauen während dieser Aktivitäten bis auf sehr wenige Ausnahmen im Hintergrund blieben und sich kaum einbrachten. Nach einigen Wochen, die dem Aufbau der Beziehung und einer ersten Analyse der Hygienebedingungen in den Dörfern dienten, schlugen wir vor, sichere Räume zu schaffen, in denen die Frauen unter sich waren und als partizipativ Forschende tätig werden konnten. Diesem Vorschlag wurde seitens der Dorfältesten und der Frauen zugestimmt. Dieses Vorhaben umzusetzen, erwies sich jedoch als herausfordernder als angenommen, denn die lebensweltlich forschenden Frauen sind aufgrund ihrer vielen täglichen Aufgaben im Haushalt und in der Landwirtschaft zeitlich schwer einplanbar. Mit einem Schichtsystem, bei dem die Frauen wechselnd teilnahmen, konnten wir einen Kompromiss erarbeiten und Teilhabe ermöglichen. Trotz des Versuchs, exklusive Räume für Frauen zu schaffen, gesellten sich jedoch immer wieder einige ältere, pensionierte Männer zu den Treffen. Sie auszuschließen war besonders aus kultureller Sicht herausfordernd, da ältere Menschen sehr hohen Respekt genießen und ich sie als junge Frau nicht abweisen durfte. Mein lokaler Kollege schlug vor, ein exklusives Treffen für Männer anzubieten, was die Akzeptanz unseres Vorgehens deutlich erhöhte und uns ermöglichte, die Frauen ohne männliche Dorfbewohner zu versammeln. Ohne meinen Kollegen hätte ich die Männer direkt adressiert und vermutlich Befindlichkeiten verletzt. Dieser indirekte Weg hat mich gelehrt, wie wichtig es ist, bei partizipativen Prozessen die Bedürfnisse und das

existierende soziale Gefüge stets mitzudenken, um Veränderungen anstoßen zu können.

JL: Auch während der qualitativen Pilotstudie mit Kindern zum Thema gesunder Schlaf wurden Reflexionen zum Ein- und Ausschluss durch verschiedene Gatekeeper geprägt. Gatekeeper können (im eigentlichen Sinne des Wortes) als Personen gesehen werden, die den Zugang versperren - an denen es gilt vorbeizukommen, um Teilnehmende zu erreichen. Für die Pilotstudie zu nennen sind vor allem Eltern, die ihren Kindern aus rechtlichen Gründen die Teilnahme gestatten müssen. Vor diesen Gatekeepern liegen zudem a) das Schulamt, welches die Durchführung der Studie und die Kontaktaufnahme mit den Schulen genehmigen muss und Daten über die Schulen ausgeben kann; b) die Schulleitung, die grundsätzlich die Forschung in ihrer Schule gestatten musste sowie c) die (Klassen)lehrerinnen, die Unterrichtszeiten zur Verfügung stellen. Bei Betrachtung unter dem beschriebenen Verständnis scheinen dies viele Hürden. Werden Gatekeeper jedoch als Chance betrachtet, können diese maßgeblich unterstützen. In der Pilotforschung wurde diese unterstützende Rolle insbesondere bei der Klassenlehrerin deutlich. Als Teilnehmende der Forschung wurde sie frühzeitig involviert, stetig informiert und Wünsche oder Bedenken wurden besprochen. Daraus folgte ein gewisses persönliches Engagement der Klassenlehrerin für das Forschungsvorhaben, durch welches zum einen berechtigte Sorgen anderer Gatekeeper, wie z. B. Fürsorge, Obhutspflicht, Lehrverpflichtung, Schutz der Kolleg:innen, deutlich verringert wurden. Zum anderen öffnete dies auch Vertrauen und damit Freiräume der partizipativen Forschung mit Kindern (bspw. in separaten Räumen ohne weitere Erwachsene). Gleichwohl zeigte sich ebenso, dass dieser Einschluss als Teilnehmende gepflegt und verbundene Rollen stetig reflektiert werden müssen, um auf diese Weise auch ein Verständnis für punktuelle Ausschlüsse zu erarbeiten. Als beispielhaft für eine Situation, in welcher ein solch kurzzeitiger Ausschluss voraussichtlich vorteilhaft gewesen wäre, kann aus der Pilotforschung eine Klassenratssitzung mit forschenden und teilnehmenden Kindern zur Verbreitung der Ergebnisse geschildert werden. Die Diskussion der Kinder wurde durch die Art und Weise der Moderation und nonverbalen Kommunikation seitens der Klassenlehrerin deutlich gelenkt. Eine Mitnahme der Lehrerin durch ein vorbereitendes Gespräch meinerseits hätte eine partizipative Entscheidungsfindung teilnehmender Kinder voraussichtlich ermöglicht bzw. ihre

Übernahme von Entscheidungsmacht durch direkte Fragen und Kommentierungen in dieser Situation und damit entstandene Scheinpartizipation der Kinder verhindert.

Zusammenfassung: Partizipative Gesundheitsforschung ist in lokale Strukturen und soziale Systeme eingebettet, was ihre Relevanz und ihren Einfluss auf die Gemeinschaften, in denen sie durchgeführt wird, erhöht jedoch auch Konfliktpotenzial bietet. Vor der Durchführung partizipativer Forschungsprojekte sollten berufliche Wissenschaftler:innen sowohl mögliche Forschende aus Erfahrung als auch hemmende und fördernde Gatekeeper identifizieren und deren möglichen Einfluss auf das Forschungsprojekt eruieren. Dies sollte zudem ein kontinuierlicher Prozess der Reflexion und Anpassung sein, um sicherzustellen, dass das Projekt auf die sich verändernden Bedürfnisse und Umstände von Teilnehmenden reagieren kann. Offene und wertschätzende Kommunikation als Kernelement der partizipativen Gesundheitsforschung sollte darauf abzielen, das gegenseitige Verständnis verschiedener Beteiligter zu stärken und (teilweise) Ein- und Ausschlüsse als gemeinsame Ressource für die Forschung anstatt als Barriere wahrzunehmen.

Ressourcen und Erwartungen

HLL: Jede:r der in meinem Projekt Beteiligten verfügte über unterschiedliche Ressourcen, die verhandelt werden mussten und teilweise zu Konflikten führten. Exemplarisch greife ich hier die Ressource „Zeit“ heraus, die zwischen den wissenschaftlichen und lebensweltlichen Forschenden sehr ungleich verteilt war und vor allem in den ersten Projektwochen mehrfach adressiert wurde. Als berufliche Wissenschaftlerin konnte ich mich während der etwa neunmonatigen Feldforschung in Sierra Leone auf die Zusammenarbeit in den Dörfern konzentrieren und hatte darüber hinaus die Möglichkeit, an Aktivitäten des täglichen Lebens teilzunehmen. Gleichzeitig verspürte ich Druck, dass ich während dieser Zeit forschungsrelevante Ergebnisse für meine Dissertation ‚produzieren‘ musste und initiierte deshalb stetig neue Projekttreffen.

Während mein zeitlicher Einsatz als Interesse geschätzt wurde, wie die Dorfbewohner:innen mehrfach bemerkten, ließ der Alltag mit viel manueller, zeitintensiver Arbeit ihnen wenig Freizeit zu. Dass die Teilnahme an den Projektaktivitäten in Form einer Mahlzeit oder durch Geld kompensiert werden müsse,

um Verdienstaufwände auszugleichen, war daher eine Bedingung der Teilnehmenden, der ich nachkam. Im Gegenzug äußerte ich die Erwartung, dass sich die Dorfbewohner:innen an von ihnen festgelegten Zeitpunkten und Treffpunkten einfanden und für die Dauer der Aktivitäten (jeweils etwa zwei Stunden) dabei blieben. Häufig begannen diese Aktivitäten jedoch mit deutlicher Verspätung und viel Fluktuation während der Treffen. Die Zeitknappheit der Teilnehmenden und ihre daraus bedingte An- und Abwesenheit beeinflusste maßgeblich die gemeinsame Projektarbeit und verdeutlicht die Wichtigkeit, asymmetrische Bedingungen, deren Bedeutung für die Zusammenarbeit und Konfliktpotenziale in partizipativen Projekten zwischen Wissenschaft und Lebenswelt anzuerkennen und zu adressieren. Gieryn (1983) führte den Begriff der „Grenzarbeit“ an, also die Analyse und Verhandlung von Barrieren in kollaborativen Prozessen, die entweder gemeinsam durch alle Projektpartner:innen oder nur einen Teil erlebt werden. Brandner et al. (2022) stellen heraus, dass die zu verhandelnden Grenzen jedoch nicht als unverrückbar angesehen werden sollten, sondern als „hybride Sphären multipler, aber geteilter Identitäten [...], die durch wechselseitigen Austausch und verschiedene Formen des Miteinanders ständig weiterentwickelt und erneuert werden“ (2022, S. 176). So war für mich Grenzarbeit unter anderem ein Gespräch mit einem der Dorfältesten, an den ich mich frustriert nach einem Treffen wandte, welches, trotz kurzfristiger Absprachen, aufgrund einer Beerdigung vorzeitig beendet werden musste. Er erklärte mir geduldig die Unvorhersehbarkeit von Ereignissen (z. B. Bestattungen, die in islamisch geprägten Kontexten innerhalb von 24 Stunden nach einem Todesfall erfolgen müssen) und die Wichtigkeit der Teilnahme an rituellen Ereignissen für den sozialen Zusammenhalt der dörflichen Gemeinschaft. Er signalisierte mir die grundsätzliche Bereitschaft der Dorfgemeinschaft, sich in den Forschungsprozess einzubringen, jedoch nur, wenn dieser nicht mit anderen als höher priorisierten Aktivitäten konkurrierte. Ich hatte in diesem Gespräch auch die Möglichkeit, meine Perspektive darzustellen. Das Gespräch führte zu keiner Neuverhandlung des Umgangs miteinander oder konkreten Lösungen zum Umgang mit zeitlicher Knappheit, ich entwickelte jedoch ein größeres Verständnis für die Allokation zeitlicher Ressourcen seitens der Dorfgemeinschaft. Rückblickend denke ich, dass auch umgekehrt eine leichte Grenzverschiebung stattfand, denn mein sierra leonischer Kollege und ich erhielten nicht immer, aber vereinzelt Anrufe im Vorhinein, wenn eine geplante Aktivität verschoben, abgesagt oder gekürzt werden

musste, was es vor dem Gespräch nicht gegeben hatte.

JL: Auch in der Pilotforschung mit Grundschulkindern spielte die Ressource Zeit eine wichtige Rolle. Allerdings zeigte sich dies hier, anders als von HLL beschrieben, nicht so sehr in der täglichen Zusammenarbeit während der Erhebungs- und Auswertungsphase. Sicherlich gab es Rahmenbedingungen, die durch strukturelle Vorgaben zeitliche Grenzen setzten. So waren wir bspw. in den Sitzungen jeweils auf die Länge der Schulstunden (inkl. Pause) begrenzt. Dies nahm ich jedoch weniger als Problem, sondern mitunter sogar als positiv wahr. Einen deutlicheren Einfluss auf den Forschungsprozess sah ich durch übliche äußere Bedingungen von Forschungsprojekten gegeben. In den Gesundheitswissenschaften sind beruflich forschende Wissenschaftler:innen in der Regel auf Gelder durch Drittmittelgeber angewiesen. Für einen entsprechenden Antrag ist ein unterschiedlich strikter Forschungsplan aufzustellen, der mitunter dem partizipativen Anspruch entgegensteht. Die Pilotforschung wurde über ein Stipendium für ein Jahr finanziert. Für die Bewerbung waren Fragestellung, methodisches Vorgehen und Forschungsziele zu formulieren. Inbegriffen waren notwendige wissenschaftliche Arbeiten wie Kontaktaufnahme, Erstellung von Informationen und Einwilligungserklärungen (auch für Kinder), Vorstellung des Vorhabens, eigene Datenanalysen und Berichte. Damit stellt sich die Frage: Wie partizipativ kann ein Projekt erfolgen, wenn durch vorab zu formulierende Forschungsanträge der Raum für Fragestellung, Methodik, Zeit etc. derart eng definiert und festgelegt ist?

In der Pilotforschung wurde diesem Dilemma mit offener Kommunikation begegnet. So übernahmen forschende Kinder in einigen Forschungsphasen unter Erläuterung ihrerseits die Forschung, während sie in anderen Phasen (bspw. der Formulierung der Forschungsfrage oder dem ersten methodischen Schritt) - nach Begründung meinerseits - lediglich eine Entscheidung für oder gegen eine weitere Zusammenarbeit treffen konnten. Sitter (2019) plädiert gegen eine Negierung von generationalen Differenzen, sondern für eine „intergenerationale Nachsicht“. Durch den jeweiligen Status entstehende Aufgaben und Verantwortungen sollten anerkannt und wertgeschätzt werden, sodass im kollaborativen Dialog ein gemeinsames Verständnis erzielt und beidseitig übertriebenen Erwartungen begegnet werden kann. Diese Haltung führte dazu, dass das Anliegen der forschenden Kinder zu Beginn der Pilotforschung

vermutlich war, mit einer Digitalkamera Fotos machen zu dürfen und ggf. auch klassischen Schulunterricht zu verpassen. Im weiteren Verlauf entwickelte sich jedoch das Anliegen, Ergebnisse zu erarbeiten, diese zu nutzen um z. B. Eltern und Freunde zu informieren und so dem näheren sozialen Umfeld zu besserem Schlafen zu verhelfen. Gerade jene forschenden Kinder, die sich intensiv einbrachten, wirkten entsprechend enttäuscht, als deutlich wurde, dass im Klassenrat gegen eine große Abschlusspräsentation gestimmt wurde. Durch offene Kommunikation und Flexibilität konnte ein gemeinsamer Weg gefunden werden. Dennoch zeigt sich wiederholt die Bedeutung der ehrlichen Kommunikation von Vorgaben, Möglichkeiten und Erwartungen aller Teilnehmenden im Forschungsprozess.

Ein weiterer von HLL angemerkt Aspekt ist die Bezahlung der partizipativ Forschenden. Im Rahmen der Pilotforschung standen finanzielle Mittel ausschließlich als Ermöglichung der Arbeitszeit für mich als Wissenschaftlerin zur Verfügung. In Diskussionen über partizipative Forschungen wird häufig gefordert, dass die Bezahlung von Expert:innen aus Erfahrung obligatorisch sei (Black et al., 2013) und eine Angleichung der Position bewirke. Dies war mir nicht möglich. Retrospektiv denke ich, es sollte kritisch reflektiert werden, ob Bezahlungen notwendig sind bspw. um Teilhabe überhaupt zu ermöglichen, Anerkennung auszudrücken oder einen Anreiz zum Forschungseinstieg zu geben. Oder ob sie im Gegensatz dazu Machtdifferenzen mitunter sogar verstärken könnte. Denn wer bezahlt wen wofür? Für partizipative Forschungen ist es bedeutsam, dass alle partizipativ Forschenden einen eigenen Gewinn erkennen (vgl. „benefit“ Graham et al., 2015) und Veränderungen angestoßen werden (PartNet, 2022).

Zusammenfassung: Erwartungen an Partizipative Gesundheitsforschung können sich zwischen den Beteiligten unterscheiden und sich im Laufe des Forschungsprozesses ändern. Besonderer Reflexion bedarf es, dass eigene Erwartungen sowie Erwartungszuschreibungen an andere Beteiligte nicht deckungsgleich sein müssen und deren Nichterfüllung zu Frustration führen können. Ebenso sind einige zur Verfügung stehende Ressourcen vorgegeben. Die Entscheidung der Beteiligten, die ihnen verfügbaren Ressourcen (z. B. Zeit, Geld, Wissen, Macht, Beziehungen) für die Partizipative Gesundheitsforschung zu nutzen, steht immer in Beziehung zu anderen Einflüssen/Zwängen und ist daher Änderungen unterlegen. Offene Kommunikation über Ressourcen

und Erwartungen mit dem Ziel eines gegenseitigen Verständnisses ist demnach wichtiger Bestandteil der Beziehungsarbeit in partizipativen Gesundheitsforschungen.

Rollen der beruflichen Wissenschaftler:innen

HLL: Meine Rolle im Forschungsprozess zu reflektieren, hat mir an verschiedenen Stellen geholfen, meine Einflüsse auf Prozesse und die Wissensproduktion zu erkennen und zu adressieren. Als ‚Weiße‘, die in einer westlichen Kultur aufgezogen und ausgebildet wurde, mit einem sozioökonomischen Status, der weit über dem der lebensweltlich Forschenden lag, und in einem Land, das eine (Post-)Kolonialgeschichte hat und bis heute Empfänger von Geldern und Förderungen und damit einhergehenden Machtstrukturen aus der westlichen Welt ist, konnte meine soziale Identität kaum unterschiedlicher sein als die der Teilnehmenden. Allein die Tatsache, dass ich für das Forschungsprojekt für einen langen Zeitraum nach Sierra Leone reisen und diesen Aufenthalt wissenschaftlich und für meine Karriere verwerten konnte, verdeutlicht ein Privileg, das die Mehrheit der anderen Beteiligten nie haben wird. Ich führte während der Feldphase ein Forschungstagebuch, in dem ich kontinuierlich meine Rolle und sozialen Identitäten in Interaktionen mit den Teilnehmenden notierte und reflektierte. Ich greife an dieser Stelle meine westlich geprägte Bildung und deren Konflikt mit anderen Formen der Wissensproduktion und -vermittlung und deren Bedeutung für das Forschungsprojekt heraus. Wissens- und Erkenntnisssysteme sind nie universal und neutral, sondern standortgebunden und Teil lokaler diskursiver Praktiken. Dazu gehört unter anderem, wie Wissen erhoben, analysiert, interpretiert, be- und verwertet wird. Aufgrund vorheriger Aufenthalte in Sierra Leone waren mir eine niedrige Alphabetisierungsrate und ein Fokus auf orale Kommunikation und narrative Formen der Wissensvermittlung bekannt und ich berücksichtigte dies zum Beispiel durch die Nutzung von partizipativem Theater. Gleichzeitig war ich durch meine Ausbildung in der Nutzung von sozialwissenschaftlichen Methoden wie Befragungen, Fokusgruppen und Interviews geprägt und war mir der ‚Aufgabe‘ an mich als Doktorandin bewusst, durch die Forschung etwas Schriftliches und somit Greifbares zu produzieren. Meine Befragung mit standardisierten Skalen-Items, die zwar mündlich durchgeführt wurde, aber (von mir unhinterfragt) nach westlichen Standards konzipiert war, führte bspw. zu Unzufriedenheit und Verwirrung seitens der lebensweltlich Forschenden, die

unter anderem die numerischen Antwortformate als unzureichend differenzierend empfanden. Ich realisierte erst im Verlauf des Projekts, wie sehr auch methodische Prozesse und dahinterliegende Annahmen durch westlichen Denktraditionen geprägt sind (siehe Luetke Lanfer et al., 2021). Dies soll nicht heißen, dass etablierte Methoden der Datenerhebung in nicht-westlichen Kontexten nicht angewandt werden können, doch sie bedürfen einer Adaption und sollten in partizipativen, kulturübergreifenden Projekten – stärker als ich es tat – mit den anderen Forschenden diskutiert werden.

JL: Viele Forschungen in den Gesundheitswissenschaften sind gekennzeichnet von ethischen Überlegungen. In Partizipativen Forschungen mit Kindern werden übliche Fragen der Machtverteilung durch den Umgang mit generationalen Differenzen verschärft (Sitter, 2019). Auch die Pilotstudie war geprägt von diesbezüglichen Entscheidungen. Mit verschiedenen Maßnahmen bemühte ich mich darum, eine Zusammenarbeit auf ‚Augenhöhe‘ zu erreichen. So wurden bspw. a) neben der Einwilligung der Eltern auch jene der Kinder eingeholt, b) Informationsmaterialien in einer Vorstudie auf Verständlichkeit pilotiert, c) die Anwesenheit Erwachsener in Gesprächsgruppen reduziert, d) die Kompetenz der forschenden Kinder herausgestellt.

Durch die Wahl des Erhebungsortes in der Schule ist zusätzlich zu reflektieren, dass die Kinder dort die Rolle der Schüler:innen gewohnt sind. In der Literatur gibt es zum Teil kritische Stimmen zu Schulen als Orte für Partizipation (Hart, 1992), u. a. da Schüler:innen dort hierarchische Strukturen und rhetorische Fragen erleben oder Sorge vor Leistungsbewertungen haben (Schultheis, 2019; Wöhler, 2017). Auch wenn anerkannt wird, dass sich demokratisierende Beteiligungsmöglichkeiten steigern, sei für Schüler:innen die Erarbeitung und Vertretung eigener Ideen in dieser Rolle eher ungeübt. Insofern versuchte ich zur Vertrauensbildung, aber auch Aktivierung, einen Mittelweg zwischen Übernahme bekannter Strukturen (z. B. Stuhlkreis, Räumlichkeiten) und erfahrbarer Trennung von Schulregeln (z. B. Ansprache mit selbstgewählten Pseudonymen, Bewegung im Raum) zu wählen.

All diese Bestrebungen hatten letztlich das Ziel, trotz üblicher Rollenunterschiede eine gute Vertrauensbasis zur gleichberechtigten Zusammenarbeit herzustellen. Umso deutlicher wurde mir ein Rollenkonflikt, in welchem meine angestrebte Rolle als partizipativ

Forschende mit an mich herangetragenem Rollenerwartungen einer erwachsenen Aufsichtsperson konfrontiert wurde. In dieser Situation forderten forschende Kinder während eines Streits deutlich mein Einschreiten. Im Sinne der Fürsorgepflicht kam ich dieser Erwartung nach, als der Streit mit beginnenden Handgreiflichkeiten zu eskalieren drohte. Trotz des Wissens, dass ich in dem Moment Machtdifferenzen vergrößerte, hatte ich auch im Anschluss das Gefühl, dass eine Weigerung der Rollenübernahme einem verantwortungsvollen Umgang mit potentiell zur Verfügung stehender Macht entgegensteht und dem weiteren partizipativen Forschungsprozess hinderlich gewesen wäre.

Zusammenfassung: Partizipative Gesundheitsforschung hat das Ziel, auf Augenhöhe zu arbeiten und Forschenden aus Erfahrung Teilhabe in allen Bereichen der Forschung zu ermöglichen. Dies ist vor allem in Settings mit strukturell verankerten Asymmetrien und stark divergierenden sozialen Identitäten zwischen beruflich und lebensweltlich Forschenden, jedoch nie ganz möglich. Dies anzuerkennen, die Position und Macht der beruflichen Wissenschaftler:innen im sozialen Gefüge und im Forschungsprozess zu reflektieren und offen dafür zu sein, Gelerntes zu ver- oder umzulernen, ist essenziell, um Repräsentation und Mitsprache zu ermöglichen.

Rollenerwartungen und Rollenzuschreibungen zwischen den Forschenden sollten Gegenstand kontinuierlicher Reflexion sein. Wahrgenommene Rollenkonflikte sollten, bspw. in Form einer Supervision, angesprochen und ihre Auswirkungen einer (Nicht-)Annahme der jeweiligen Rolle auf den Forschungsprozess diskutiert werden, um bewusste Entscheidungen treffen und diese den anderen Forschenden kommunizieren zu können.

5 Diskussion

Partizipative Gesundheitsforschung markiert einen Wandel in der Forschungspraxis, denn sie hat den Anspruch, Machtgefälle in der Wissensproduktion zu verändern und diejenigen, die von gesundheitsrelevanter Forschung und Interventionen profitieren würden, in sie einzubinden (ICPHR, 2022; PartNet, 2022). Die (Um-)Verteilung von Macht durch Partizipation ist jedoch komplex und vielschichtig. Auf der einen Seite können Machtstrukturen aufgrund bestehender sozioökonomischer Unterschiede zwischen den Beteiligten und soziokulturellen Normen nie ganz ausgeräumt werden. Auf der anderen Seite geht

Macht mit der Verantwortung einher, Ressourcen fair zu verteilen, Entscheidungsbefugnisse zu nutzen oder durch den Ein- und Ausschluss bestimmter Personengruppen geschützte Räume für partizipative Forschung zu schaffen. Partizipation in der Gesundheitsforschung hat also einen hohen Anspruch, der mit einigen Herausforderungen einhergeht und tiefgehende Überlegungen zu deren Umsetzung notwendig macht. Das beinhaltet kritische Auseinandersetzungen mit Teilhabe an Planung und Durchführung von Forschungsprozessen durch jene, die eingebunden werden sollen sowie mitunter auch einen zeitweisen Ausschluss von anderen Teilnehmenden (Jacquez et al., 2013; Larsson et al., 2018; Rosenbrock, 2010; Wright et al., 2010). Erforderlich ist zudem die Beschäftigung damit, welche Ressourcen und Erwartungen die unterschiedlichen im Forschungsprozess involvierten Gruppen haben und wie diese die Zusammenarbeit dynamisch beeinflussen (Castleden et al., 2012; Koster et al., 2012). Seitens der beruflichen Wissenschaftler:innen, die traditionell Kontrolle, Entscheidungsmacht und Deutungshoheit in Forschungsprojekten ausüben, erfordert sie Reflexion über ihre Rolle in der Kollaboration mit Forschenden aus Erfahrung (Fasching & Biewer, 2014). Reflexion sollte in der partizipativen Gesundheitsforschung also als ein Zyklus verstanden werden, der es ermöglicht, Konflikte und Ungleichheiten sichtbar zu machen und Strategien zu ihrer Überwindung zu entwickeln (Tanzer & Fasching, 2022; von Unger, 2022).

Während sich die Partizipative Gesundheitsforschung für viele Forschungsthemen eignet (und sie bereichern würde) und zunehmend in Anträgen gefordert ist, sind allgemeingültige Empfehlungen für Partizipative Gesundheitsforschung kaum möglich, da theoretische Hintergründe und Anwendungsbereiche sehr unterschiedlich sind (von Unger, 2014). Auch unsere persönlichen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Umsetzung und Organisation von partizipativen Projekten Dilemmata, Konflikte und Reproduktionspotenzial für bestehende Ungleichheiten mit sich bringen kann. Die hier dargestellten Fallbeispiele zeigen, dass Partizipative Gesundheitsforschung immer kontextabhängig ist (ICPHR, 2013). Dennoch scheinen unterschiedliche, situationsbezogene Herausforderungen zu ähnlichen Überbegriffen zusammengefasst und systematisiert werden zu können. Mithilfe der sehr unterschiedlichen Fallbeispiele haben wir versucht, einen Eindruck von der Umsetzung von PGF sowie praxisnahen Problemen und Gelungenem aus unserer Perspektive – zwei beruflichen Wissenschaftler:innen –

zu geben. Unvorhersehbarkeiten, Konflikte und Asymmetrien werden stets ein Teil von partizipativer Gesundheitsforschung sein, die sich durch fortlaufende Reflexion nicht ausräumen, jedoch besser verstehen und adressieren lassen. Zuletzt ist eine reflexive Haltung nicht nur aus ethischer, sondern auch epistemologischer Sicht bedeutsam, denn sie verbessert Gesundheitsforschung und die Entwicklung nachhaltiger Ergebnisse.

Fazit

Zusammengefasst öffnet Partizipative Gesundheitsforschung Forschungsprozesse und die Produktion von Wissen für diejenigen, denen sie dienen soll und schafft somit Räume für Veränderungen. Dies setzt kontinuierliche, offene und zuweilen unangenehme Auseinandersetzungen und Reflexionen über Ressourcen und Privilegien, Erwartungen, soziale Identitäten und als normativ empfundenen Wissen voraus, sodass (wahrgenommene) Unterschiede zwischen Gruppen von Beteiligten artikuliert und besprochen werden können. Eine kontinuierliche und umfassende Reflexion des Forschungsprozesses, wie in den Fallbeispielen angedeutet, ist somit ein Qualitätsmerkmal Partizipativer Gesundheitsforschung, welches nicht nur die Forschung verbessert, sondern bei entsprechender Dokumentation Validität ermöglicht. Auch wenn es gilt, weitere Systematisierungen wie übergreifende Herausforderungen in verschiedenen Prozessen Partizipativer Gesundheitsforschung vorzunehmen, bleiben Vagheit und Unvorhersehbarkeit Teil eines jeden partizipativen Forschungsprozesses, den es als Paradigma und nicht als Methode zu begreifen gilt (ICPHR, 2013).

Literatur

- Bergold, J. & Thomas, S. (2012). Participatory Research Methods: A Methodological Approach in Motion. *Historical Social Research*, 37(4), 191–222.
- Black, K. Z., Hardy, C. Y., Marco, M. de, Ammerman, A. S., Corbie-Smith, G., Council, B., Ellis, D., Eng, E., Harris, B., Jackson, M., Jean-Baptiste, J., Kearney, W., Legerton, M., Parker, D., Wynn, M. & Lightfoot, A. (2013). Beyond incentives for involvement to compensation for consultants: increasing equity in CBPR approaches. *Progress in community health partnerships: research, education, and action*, 7(3), 263–270.
<https://doi.org/10.1353/cpr.2013.0040>

- Brandner, V., Kolb, J. & Gelengec, A. (2022). *Transdisziplinäre Grenzarbeit zwischen hochschulgebundener, schulischer und außerschulischer Bildung – Ein konzeptioneller Beitrag am Fallbeispiel der islamischen Bildung in Österreich*. Innsbruck University Press. <https://doi.org/10.15203/99106-071-0-10>
- Castleden, H., Morgan, V. S. & Lamb, C. (2012). "I spent the first year drinking tea": Exploring Canadian university researchers' perspectives on community-based participatory research involving Indigenous peoples. *The Canadian Geographer / Le Géographe canadien*, 56(2), 160–179. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2012.00432.x>
- Cornwall, A. & Jewkes, R. (1995). What is participatory research? *Social Science & Medicine*, 41(12), 1667–1676. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00127-S](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00127-S)
- Donkin, A., Goldblatt, P., Allen, J., Nathanson, V. & Marmot, M. (2018). Global action on the social determinants of health. *BMJ global health*, 3(Suppl 1), e000603. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000603>
- Emmel, N., Hughes, K., Greenhalgh, J. & Sales, A. (2007). Accessing socially excluded people — Trust and the gatekeeper in the researcher-participant relationship. *Sociological Research Online*, 12(2), 43–55. <https://doi.org/10.5153/sro.1512>
- Fals-Borda, O. (1987). The application of Participatory Action-Research in Latin America. *International Sociology*, 2(4), 329–347. <https://doi.org/10.1177/026858098700200401>
- Fasching, H. & Biewer, G. (2014). Wissenskonstruktionen mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in der Bildungswissenschaft. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, 4(3), 289–302. <https://doi.org/10.1007/s35834-014-0100-1>
- Flanagan, S. M. & Hancock, B. (2010). 'Reaching the hard to reach'—lessons learned from the VCS (voluntary and community Sector). A qualitative study. *BMC health services research*, 10, 92. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-92>
- Gamsjäger, M. & Wetzelhütter, D. (2020). Zwischen Scheinpartizipation und tatsächlicher Einflussnahme – Die Bedeutung von Partizipation für das Engagement von SchülerInnen. In S. Gerhartz-Reiter & C. Reisenauer (Hrsg.), *Partizipation und Schule* (S. 207–231). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-29750-3_12
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, 48(6), 781. <https://doi.org/10.2307/2095325>
- Graham, A., Powell, M. A. & Taylor, N. (2015). Ethical Research Involving Children: Encouraging Reflexive Engagement in Research with Children and Young People. *Children & Society*, 29(5), 331–343. <https://doi.org/10.1111/chso.12089>
- Hagey, R. S. (1997). The use and abuse of participatory action research. *Chronic diseases in Canada*, 18(1), 1–4.
- Hall, B. L. (1992). From margins to center? The development and purpose of participatory research. *The American Sociologist*, 23(4), 15–28. <https://doi.org/10.1007/BF02691928>
- Hart, R. A. (1992). *Children's participation: from tokenism to citizenship*. *Innocenti Essays: Bd. 4*. UNICEF, International child development centre.
- International Collaboration for Participatory Health Research. (2013). *What is Participatory Health Research?* (Positions Papier No. 1 Version: May 2013). Berlin http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/ichpr_position_paper_1_definition_-_version_may_2013.pdf
- Jacquez, F., Vaughn, L. M. & Wagner, E. (2013). Youth as partners, participants or passive recipients: a review of children and adolescents in community-based participatory research (CBPR). *American journal of community psychology*, 51(1-2), 176–189. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9533->
- Koster, R., Baccar, K., & Lemelin, R. H. (2012). Moving from research ON, to research WITH and FOR Indigenous communities: A critical reflection on community-based participatory research. *The Canadian Geographer / Le Géographe Canadien*, 56(2), 195–210. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2012.00428.x>
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B. & Waldhauer, J. (2018). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In R. Haring (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Gesundheitswissenschaften* (S. 1–10). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-54179-1_14-1
- Larsson, I., Staland-Nyman, C., Svedberg, P., Nygren, J. M. & Carlsson, I.-M. (2018). Children and young people's participation in developing interventions in health and well-being: a scoping review. *BMC health services research*, 18(1), Artikel 507. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3219-2>
- Lenette, C., Stavropoulou, N., Nunn, C. A., Kong, S. T., Cook, T., Coddington, K. & Banks, S. (2019). Brushed under the carpet: Examining the complexities of participatory research. *Research for All*, 3(2), 161–179.
<https://doi.org/10.18546/RFA.03.2.04>
- Luetke Lanfer, H., Reifegerste, D. & Kargbo, S. I. (2021). Collecting quantitative experimental data from a non-WEIRD population: challenges and practical recommendations from a field experiment in rural Sierra Leone. *BMC research notes*, 14(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05828-w>
- Luhmann, N. (1998). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Suhrkamp.
- Marmot, M. G. (2003). Understanding Social Inequalities in Health. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3x), S9-S23.
<https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0070>
- Muhammad, M., Wallerstein, N., Sussman, A. L., Avila, M., Belone, L. & Duran, B. (2015). Reflections on Researcher Identity and Power: The Impact of Positionality on Community Based Participatory Research (CBPR) Processes and Outcomes. *Critical sociology*, 41(7-8), 1045–1063.
<https://doi.org/10.1177/0896920513516025>
- Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung. (2022). *PartNet Definition - Partizipative Gesundheitsforschung*. <http://partnet-gesundheit.de/ueber-uns/partnet-definition/>
- Rosenbrock, R. (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung - um was es geht. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 9–12). Hans Huber.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2012). Gesundheit und Partizipation. Einführung und Problemaufriss. In R. Rosenbrock & S. Hartung (Hrsg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (S. 8–26). Hans Huber.
- Schaefer, I., Kumpers, S. & Cook, T. (2021). „Selten Gehörte“ für partizipative Gesundheitsforschung gewinnen: Herausforderungen und Strategien. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(2), 163–170.
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03269-7>
- Schultheis, K. (2019). Schule und Lernen aus der Perspektive der Kinder. Konzeptuelle und methodische Grundlagen der Pädagogischen Kinderforschung. In F. Hartnack (Hrsg.), *Qualitative Forschung mit Kindern* (S. 49–82). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24564-1_2
- Sitter, M. (2019). Partizipatives Forschen mit Kindern – Ein reflektierter Balanceakt zwischen generationaler Asymmetrie und intergenerationaler Nachsicht. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 44(S3), 103–124. <https://doi.org/10.1007/s11614-019-00381-0>
- Tanzer, L. & Fasching, H. (2022). Einsätze feministischer Erkenntnistheorie für partizipative Forschung im Kontext sozialer Ungleichheit: Anerkennung aus forschungsethischer und epistemologischer Sicht. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 23(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-23.1.3761>
- von Köppen, M. von, Schmidt, K. & Tiefenthaler, S. (2020). Mit vulnerablen Gruppen forschen – ein Forschungsprozessmodell als Reflexionshilfe für partizipative Projekte. In S. Hartung, P. Wihofszky & M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Forschung* (S. 21–62). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7_2
- von Unger, H. von (2012). Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1).
<https://doi.org/10.17169/FQS-13.1.1781>
- von Unger, H. von. (2014). *Partizipative Forschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-01290-8>

- von Unger, H. von. (2022). Mehr Teilhabe durch partizipative Forschung: Grundzüge eines Forschungsstils. In G. Wansing, M. Schäfers & S. Köbsell (Hrsg.), *Beiträge zur Teilhabeforschung. Teilhabeforschung – Konturen eines neuen Forschungsfeldes* (S. 305–320). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-38305-3_16
- Wahl, A., Kasberg, A., Netzelmann, T. A. & Krämer, U. (2021). *PartNet-Diskussionspapier: Beteiligte an Partizipativer Gesundheitsforschung* (PartNet Perspektiven. 1/21). <https://doi.org/10.17883/2434>
- Wihofszky, P., Hartung, S., Allweiss, T., Bradna, M., Brandes, S., Gebhardt, B. & Layh, S. (2020). Photovoice als partizipative Methode: Wirkungen auf individueller, gemeinschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene. In S. Hartung, P. Wihofszky & M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Forschung* (S. 85–141). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7_4
- Wöhler, V. (2017). „Und wieso ist das Wissenschaft?“. In V. Wöhler, D. Arztmann, T. Wintersteller, D. Harrasser & K. Schneider (Hrsg.), *Partizipative Aktionsforschung mit Kindern und Jugendlichen* (S. 85–98). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-13781-6_5
- Wöhler, V., Arztmann, D., Wintersteller, T., Harrasser, D. & Schneider, K. (Hrsg.). (2017). *Partizipative Aktionsforschung mit Kindern und Jugendlichen*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-13781-6>
- Wright, M. T. (2015). What is Participatory Health Research? A Position Paper of the International Collaboration for Participatory Health Research. *European Journal of Public Health*, 25(suppl_3).
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv167.066>
- Wright, M. T. (2021). Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i084-1.0>
- Wright, M. T. & Kongats, K. (Hrsg.). (2018). *Participatory Health Research: Voices from Around the World*. Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-92177-8>