

Juni 2021



Arbeitspapier 48

Partizipation in der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von den Kantonen und Krankenversicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag führt sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit durch (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Das Sekretariat besteht aus Büros in Bern und Lausanne. Derzeit leistet jede Person in der Schweiz einen jährlichen Beitrag von CHF 4.80 an Gesundheitsförderung Schweiz. Dieser Betrag wird von den Krankenversicherern im Auftrag der Stiftung eingezogen. Weitere Informationen: www.gesundheitsfoerderung.ch

In der Reihe «**Arbeitspapier von Gesundheitsförderung Schweiz**» erscheinen von Gesundheitsförderung Schweiz erstellte oder in Auftrag gegebene Grundlagen, welche Fachleuten in der Umsetzung in Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Der Inhalt der Arbeitspapiere unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Arbeitspapiere von Gesundheitsförderung Schweiz liegen in der Regel in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

Autorin und Autor

Dr. Patrick Ischer und Chloé Saas, Fondation O₂

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

Dr. Manon Delisle, Projektleiterin Partner Relations

Projektleitung Commission de Prévention et de Promotion de la Santé (CPPS) du GRSP

Alexia Fournier Fall, Koordinatorin CPPS

Begleitgruppe (in alphabetischer Reihenfolge)

Homa Attar-Cohen, Service du Médecin Cantonal, Genf; Martine Bouvier Gallacchi, Servizio di promozione e valutazione sanitaria, Tessin; Laure Chiquet, Service de la santé publique, Jura; Tania Larequi, Service de la santé publique, Waadt; Emilie Morard Gaspoz, Kantonsarztamt, Wallis; Fabienne Plancherel, Amt für Gesundheit, Freiburg; Claude-François Robert, Service de la santé publique, Neuenburg, Präsident der CPPS; Lysiane Ummel Mariani, Service de la santé publique, Neuenburg

Anpassung der deutschsprachigen Fassung

Zusammen mit der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung (VBGF)

Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Arbeitspapier 48

Zitierweise

Ischer, P. & Saas, C. (2019). *Partizipation in der Gesundheitsförderung*. Arbeitspapier 48. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Fotonachweis Titelbild

iStockphoto

Auskünfte/Informationen

Gesundheitsförderung Schweiz, Wankdorfallee 5, CH-3014 Bern, Tel. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

Originaltext

Französisch

Bestellnummer

01.0281.DE 06.2021

Diese Publikation ist auch in französischer und italienischer Sprache erhältlich (Bestellnummer 01.0281.FR 04.2019 bzw. 01.0281.IT 04.2019).

Download PDF

www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

Editorial

Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen sind ein wichtiger Schwerpunkt der Gesundheitsförderung und eines der fünf Handlungsfelder der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Handeln auf Gemeinde- und Nachbarschaftsebene erfordert jedoch ein hohes Mass an Partizipation, das sich in der Praxis oft schwer realisieren lässt. Deshalb haben Gesundheitsförderung Schweiz und die in der Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) zusammengeschlossenen lateinischen Kantone entschieden, die Partizipation in der Gesundheitsförderung durch gemeinsam entwickelte Vorgehensweisen und Empfehlungen zu fördern.

Partizipative Ansätze sind eine Grundanforderung in der Gesundheitsförderung. In der Praxis wirft dieser Begriff jedoch viele Fragen auf. In diesem Dokument wird zunächst ein theoretischer Rahmen entwickelt, der den Begriff «Partizipation» anhand einer Literaturrecherche definiert. Es werden die an einem solchen partizipativen Ansatz beteiligten Akteurinnen und Akteure und der jeweilige Grad ihrer Einbindung – von der Information über die Konsultation und (Mit-)Gestaltung bis hin zur (Mit-)Entscheidung – aufgezeigt und die Etappen eines partizipativen Prozesses zusammengefasst. Dieser theoretische Rahmen wird anschliessend der Praxis gegenübergestellt, indem drei Best Practices bei partizipativen Prozessen analysiert werden. Abschliessend geht der Bericht auf die zu vermeidenden Stolpersteine ein und listet die Fragen auf, die vor Beginn eines partizipativen Prozesses gestellt werden sollten.

Durch Partizipation werden Menschen befähigt, selbstbestimmter Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit beeinflussen. Sie stärkt den sozialen Zusammenhalt und gewährleistet eine gute Abstimmung zwischen den Projekten zur Gesundheitsförderung und den Bedürfnissen der Zielgruppen. Wir freuen uns, dass ein solches Dokument entstanden ist: Es wird dazu beitragen, die Handlungen der lateinischen und der deutschsprachigen Kantone in diesem Themenbereich zu verbessern und zu konsolidieren.

Prof. Dr. Thomas Mattig
Direktor Gesundheitsförderung Schweiz

Laurent Kurth
Präsident der Conférence latine des affaires
sociales et sanitaires (CLASS)
Staatsrat, Departement für Finanzen und
Gesundheit, Kanton Neuenburg

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	5
1 Einleitung	8
2 Methode	10
3 Definition der Partizipation	11
4 Wer sind die Stakeholder?	13
5 Wie man die Stakeholder einbindet	15
6 Etappen eines partizipativen Prozesses	19
7 Chancen und Risiken	22
8 Welche Fragen es sich lohnt, vorher zu stellen	24
9 Literaturverzeichnis	25
Anhang 1: Glossar	26
Anhang 2: Die Partizipationsleiter nach Arnstein	28

Management Summary

Dieses von den lateinischen Kantonen und Gesundheitsförderung Schweiz erarbeitete Dokument liefert einen theoretischen Rahmen, der den Begriff «Partizipation» anhand einer Literaturrecherche definiert. Dieser Rahmen wird anschliessend auf seine Praxistauglichkeit geprüft, indem drei Best Practices bei partizipativen Prozessen analysiert werden. Die deutschsprachige Fassung enthält zwei Best Practices aus der Deutschschweiz und übernimmt eine aus der Westschweiz. Der französischsprachige Text wurde in einzelnen weiteren Punkten den Bedürfnissen der VBGf angepasst.

Empfehlungen und wesentliche Elemente

- Zunächst einmal ist es wichtig, sich vor Augen zu halten, dass nicht alle Massnahmen zwingend einen partizipativen Ansatz erfordern. Es ist jedoch wesentlich, **diese Option** bei der Lancierung eines Projekts zur Gesundheitsförderung **systematisch zu prüfen**.
- Es gibt **verschiedene Grade der Partizipation, die jedoch alle gleich wichtig sind. Daher muss ein partizipatives Projekt nicht zwangsläufig eine (Mit-)Entscheidung anstreben (welche als höchster Grad der Partizipation gilt)**.
- Es ist jedoch zwingend zu beantworten, **inwieweit die Beteiligten einbezogen werden sollen**. Anschliessend sind sie **klar darüber zu informieren**, in welcher Form sie sich partizipativ einbringen können.
- Die Durchführung eines partizipativen Prozesses erfordert eine klare **Methodik** und hohe **Fachkompetenz** auf diesem Gebiet. Daher ist eine Begleitung durch Fachpersonen gewinnbringend und empfehlenswert.
- Partizipative Projekte haben den Vorteil, dass sie auf echtes **Empowerment** und damit auf Nachhaltigkeit abzielen. Um die Verankerung von Projekten sicherzustellen, ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine uneingeschränkte Selbstständigkeit der Stakeholder und eine **unkoordinierte** Selbstorganisation oft zu Schwierigkeiten führen, die den Erfolg von Projekten gefährden können.

Partizipation bietet viele **Chancen**:

- **Empowerment** stimuliert die individuelle Unabhängigkeit und soziale Unterstützung, ermöglicht es den Einzelnen, mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit auszuüben, erlaubt mehr Einfluss auf Entscheidungen und Handlungen, die die Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen beeinflussen
- **Abstimmung auf die Bedürfnisse der Zielgruppen** und dadurch stärkere Bindung der Zielgruppen an die Projekte
- **Stärkung des sozialen Zusammenhalts**
- **Grössere Chancengleichheit** – unter der Voraussetzung, dass vulnerable Personen besondere Beachtung erhalten
- **Stärkung sektorenübergreifender Prozesse**
- **Multiplikatoreffekt**
- **Langfristige Verankerung von Programmen oder Projekten**

Partizipation beinhaltet aber auch bestimmte **Risiken** wie:

- **Zu starke Auslastung der Stakeholder**
- **Häufig erheblicher Zeitaufwand**, um die Autonomisierung einer Zielgruppe zu erreichen
- **Finanzielle Belastung**, die einige Behörden oder Institutionen nicht übernehmen können
- Durch den Umfang und die Grösse der betroffenen Personengruppe begrenzter **Wirkungskreis der Gesundheitsmassnahmen in der Zielgruppe**
- Mögliche **Diskrepanzen zwischen individuellen und kollektiven Interessen**
- Potenzielle **Infragestellung traditioneller Gewohnheiten**
- Die Schwierigkeit, **Personen** mit unterschiedlichen Werten, Biografien oder soziokulturellen Hintergründen **zur Zusammenarbeit zu bewegen**

- Die **Vulnerabilität bestimmter Bevölkerungsgruppen**, die eventuell **unbeachtet** bleiben
- Die Tatsache, dass einige Projektleitende Bereitschaft zur Umsetzung partizipativer Ansätze zeigen, **sich aber deren optimale Durchführung nicht zutrauen**

Die Evaluation eines solchen Ansatzes erfolgt hauptsächlich auf der Ebene **einer Prozessevaluation**. In begründeten Fällen kann jedoch **eine Wirkungsevaluation** sinnvoll sein.

DIE VIER FORMEN DER PARTIZIPATION¹

Form der Partizipation	Beschreibung
Information	Die Beteiligten werden über die Herausforderungen im Zusammenhang mit einem zu lösenden Problem oder einem Projekt informiert (oder informieren sich selbst). Daher ist es unerlässlich, ihnen Zugang zu Informationen zu gewähren und das Stellen von Fragen zu ermöglichen, um zu gewährleisten, dass alle den gleichen Wissensstand haben.
Konsultation	Den Beteiligten wird ermöglicht, Stellung zum Prozess zu nehmen, beispielsweise durch Meinungsumfragen, öffentliche Anhörungen, Gruppeninterviews. Die Moderierenden hören zu. Eine solche Konsultation garantiert jedoch nicht, dass die Anliegen und Ideen der betroffenen Bevölkerungsgruppen tatsächlich berücksichtigt werden.
(Mit-)Gestaltung	Die Beteiligten entwickeln den Aktionsplan, das Projekt oder die Aktivitäten mit, dürfen sie jedoch nicht verabschieden. Der so entwickelte Aktionsplan kann anschliessend einem Lenkungsausschuss vorgelegt werden, der darüber entscheidet.
(Mit-)Entscheidung	Die Beteiligten arbeiten gleichberechtigt zusammen. Die Projektleitung erfolgt im gegenseitigen Einvernehmen, und bei allen Phasen des Projekts wird gemeinsam entschieden. Diese gemeinsame Entscheidungsfindung ist vor allem in einem überschaubaren Setting (Quartier, Schule usw.) möglich. Es wird zwischen folgenden zwei Entscheidungsarten unterschieden: <ul style="list-style-type: none"> • politische Entscheidung über finanzielle, räumliche, materielle oder personelle Unterstützung, • operative Entscheidungen, die von den involvierten Personen während der Umsetzung getroffen werden.

¹ Von der Commission de Prévention et de Promotion de la Santé (CPPS) und Gesundheitsförderung Schweiz entwickeltes Modell, das auf von verschiedenen Autorinnen und Autoren vorgeschlagenen Skalen basiert.

Vor der Einführung eines partizipativen Ansatzes ist es empfehlenswert, sich eine Reihe von Fragen zu stellen. Hier einige Vorschläge dazu².

LISTE DER FRAGEN, DIE ES SICH VOR BEGINN EINES PARTIZIPATIVEN PROZESSES ZU STELLEN LOHNT

Fragen

-
- 1) Was ist der Zweck der Partizipation?

 - 2) Handelt es sich um einen kurz- oder längerfristigen Ansatz?

 - 3) Welche finanziellen und personellen Ressourcen müssen bereitgestellt werden?

 - 4) Wer kann sich am partizipativen Prozess beteiligen? Und wie?
 - a. Wer sind die wichtigen Beteiligten?
 - b. Wie werden die Beteiligten in den Prozess involviert?
 - c. Welches institutionelle Partnernetzwerk kann mobilisiert werden?
 - d. Wie können vulnerable Bevölkerungsgruppen einbezogen werden?

 - 5) Wer definiert die Gruppe von Beteiligten und grenzt sie ein?
 - a. Inwieweit fühlen sich Personen zu dieser Gruppe zugehörig?

 - 6) Welchen Partizipationsgrad der Zielgruppe (Information, Konsultation, Mitgestaltung oder Mitentscheidung) erwartet der Kanton oder die Gemeinde?

 - 7) Welche Rolle spielen die verschiedenen beteiligten Akteurinnen und Akteure? Stellt die Zusammensetzung der Beteiligten sicher, dass alle wichtigen Interessen und Ansichten abgedeckt werden? Sind die Personen, die die Zielgruppe vertreten, wirklich repräsentativ?

-

² Gestützt auf Fragen aus Giorgis (2016) und dem Leitfaden des Zentrums öffentlicher Raum (ZORA) des Schweizerischen Städteverbands (2016).

1 Einleitung

Gemäss der Ottawa-Charta vom 21. November 1986 zielt Gesundheitsförderung darauf ab, das Individuum zur Stärkung der eigenen Gesundheit zu befähigen. Die Charta definiert die Voraussetzungen, unter denen unter anderem «alle Menschen befähigt werden, ihr grösstmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen» (WHO 1986, 2). Ausserdem legt sie fünf Massnahmen zur Umsetzung dieser Anforderung fest (eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln, gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, persönliche Kompetenzen entwickeln, die Gesundheitsdienste neu orientieren). Die dritte dieser Massnahmen, «gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen»³, bezieht sich eindeutig auf die Partizipation, wie aus den Ausführungen dazu hervorgeht: «Gesundheitsförderung wird im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde realisiert: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten der grösseren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der grösseren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen sind dazu notwendige Voraussetzungen» (WHO 1986, 4). Die vierte Massnahme betont die Unterstützung, die dem Individuum gegeben werden muss, damit es mehr Einfluss auf seine eigene Gesundheit

ausüben und Veränderungen in seinem Lebensalltag treffen kann, die der Gesundheit zugutekommen (ebd.). Deschamps zufolge bietet diese Charta tatsächlich eine echte Alternative zu den aktuellen politischen und wirtschaftlichen Trends, insofern als sie «unsere repräsentative Demokratie durch Verfahren der partizipativen Demokratie ergänzt. Ein Umstand, der vor dem Hintergrund der Krise, in der sich die Politik befindet, und des Verlusts des Vertrauens der Bevölkerung in ihre gewählten Vertreter nicht zu vernachlässigen ist» (Deschamps 2003, 320).

Die Ottawa-Charta misst dem Prinzip der Partizipation und des Empowerments grosse Bedeutung bei. Wie andere Konzepte (gemeinschaftliche Ansätze, Mobilisierung oder Massnahmen, partizipative Prozesse oder Vorgehensweisen) widerspiegelt sie die Bereitschaft, demokratische Prozesse zu fördern und die Einzelnen in den Mittelpunkt zu stellen. Gemäss Mouterde et al. (2011) ist die Partizipation potenzieller Zielgruppen besonders wertvoll, wenn:

- sie berufliches Silodenken aufhebt und Intersektoralität fördert. Gesundheitsfaktoren erscheinen als Dimensionen des Handelns, werden aber gemeinsam mit anderen Dimensionen (psychologisch, sozial, ökologisch usw.) berücksichtigt.
- sie das Empowerment von Menschen und Gemeinschaften ermöglicht, das heisst, sie in die Lage versetzt, sich einzubringen und zu engagieren.
- sie auf das Bewusstsein und die Emanzipation der Mitglieder einer bestimmten Gruppe zielt, um sie dazu zu bringen, Verantwortung zu übernehmen. In einer Zeit des zunehmenden Drucks auf die Ressourcen erscheint dies besonders interessant und nützlich. Umso mehr, als die Partizipation eine bessere Regulierung der öffentlichen Gesundheitsmassnahmen fördern dürfte.

³ Siehe dazu folgende Definition: «Eine Gemeinschaftsaktion zur Gesundheitsförderung bezeichnet jede Initiative von Einzelpersonen, Gemeinschaftseinrichtungen oder (Territorial-, Interessen-, Identitäts-)Gemeinschaften, die darauf abzielt, eine kollektive und solidarische Lösung für ein soziales Problem oder ein gemeinsames Bedürfnis zu finden und so zu einer besseren Kontrolle über die Gesundheitsdeterminanten beizutragen, ihre Gesundheit zu verbessern und sozialbedingte Unterschiede in der Gesundheit abzubauen» (Hyppolite & Parent 2017, 180).

Bei der Erarbeitung dieses Dokuments wurden die Erfahrungen aus der Westschweiz und dem Tessin analysiert. Dabei zeigte sich, dass partizipative Projekte den Vorteil haben, den tatsächlichen Bedürfnissen der Zielgruppen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, weil die Zielgruppen selbst Lösungen für die von ihnen wahrgenommenen Probleme vorschlagen können. Dadurch beteiligen sie sich am Prozess und übernehmen Verantwortung, was in der Regel Frustration vermeidet. Darüber hinaus kann die Partizipation eine langfristige Umsetzung von Programmen ermöglichen. Überdies können die während des Prozesses erworbenen Kompetenzen später für andere Projekte in anderen Kontexten mobilisiert werden. Aus diesen Gründen kann davon ausgegangen werden, dass Partizipation die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung verbessert. Allerdings ist der Schritt von der Entscheidung für mehr Partizipation zur konkreten Umsetzung manchmal schwierig. So schreibt beispielsweise ein Co-Autor von «25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones» (25 Jahre später: die Auswirkungen der Ottawa-Charta auf die Gesundheitsförderung in verschiedenen französischsprachigen Ländern): «Die Anerkennung der Gesundheitsförderung voranzutreiben, bleibt daher eine der grössten Herausforderungen für die kommenden Jahre. Die Gesundheitsförderung scheint derzeit in vielerlei Hinsicht nicht auszureichen, um für Mobilisierung und Engagement zu sorgen. Dies ist ein nicht unbedeutender Schwachpunkt, da genau dies ihrer Zielsetzung entspricht» (Lorenzo 2012, 66). Diese Feststellung wird auch im Fazit erwähnt: «Abgesehen von der Vielfalt und Komplexität der Kontexte, auf die sich die Ottawa-Charta bezieht, gibt es weitere Herausforderungen, die angegangen werden müssen, um die Praxis wirklich zu verbessern. So ist es beispielsweise nötig, partizipative Ansätze, Partnerschaften und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu stärken, die Verfügbarkeit von Ressourcen zu erhöhen und Evaluationsinstrumente zur Verfügung zu haben» (Lannes & Sanni Yaya 2012, 85).

Ziel des vorliegenden Dokuments ist es, auf diese praktischen Herausforderungen einzugehen, um möglichst nachhaltige Ergebnisse zu erzielen und partizipative Prozesse anzustossen, die den Bedürfnissen der Bevölkerung Rechnung tragen. Deshalb wird im Folgenden vorgeschlagen, das Konzept der «Partizipation» zu definieren und anschliessend Antworten auf die folgenden Fragen zu geben: Wer sind die Akteurinnen und Akteure, die an einem partizipativen Ansatz beteiligt sind? In welchem Mass sind sie beteiligt? Wie können Umfang und Auswirkungen eines Partizipationsprojekts im Rahmen der Gesundheitsförderung überwacht und gemessen werden? Welche Schritte sind zu befolgen, um ein solches Projekt erfolgreich umzusetzen? Welche Schwierigkeiten können auftreten? Zudem wird eine Liste von Fragen aufgeführt, die es zu beantworten gilt, bevor ein partizipativer Ansatz umgesetzt wird. Um einige dieser Elemente zu veranschaulichen, werden drei Projekte kurz vorgestellt. Auch wenn es schwierig erscheint, diese Beispiele in einem anderen Kontext zu reproduzieren, so dürften sie doch ermöglichen, bestimmte Fragen im Zusammenhang mit partizipativen Prozessen zu klären. Die lateinischen Kantone und Gesundheitsförderung Schweiz möchten, dass das Konzept der Partizipation im Rahmen der Gesundheitsförderung besser verstanden wird. Deshalb haben sie einen gemeinsamen konzeptionellen Rahmen definiert und Möglichkeiten für konkrete Anwendungen bei zukünftigen Strategien und Projekten in diesem Bereich identifiziert. Diese Vorgehensweise ist entscheidend, denn gemäss Fournier und Potvin ist «die Charakterisierung und Messung der gemeinschaftlichen Partizipation keine reine Stilübung. In einer Zeit, in der dieser Begriff einen prominenten Platz im Diskurs der Gesundheitsfachleute einnimmt, wäre es sinnvoll, zu präzisieren, was man unter gemeinschaftlicher Partizipation versteht und was man von ihr erwartet. Diese Klärung würde es ermöglichen, die auf diesem Konzept basierenden Strategien neu zu evaluieren und eine unklare Begrifflichkeit zu vermeiden» (Fournier & Potvin 1995, 54).

2 Methode

Den Auftakt zur Erstellung dieses Dokuments bildete eine Literaturrecherche, um Konzepte zu identifizieren und zu definieren sowie Best Practices in partizipativen Prozessen kennenzulernen.

Dieser erste theoretische Rahmen wurde dann Vertretenden der Commission de Prévention et de Promotion de la Santé (CPPS) und von Gesundheitsförderung Schweiz zur Diskussion vorgelegt. Diese trafen sich anschliessend am 8. und 9. Februar 2018 in Bellinzona, um die verschiedenen Definitionen der gemeinschaftlichen Partizipation im Bereich der Gesundheitsförderung zu besprechen, zu ergänzen und zu präzisieren.

Beide Tage wurden damit eröffnet, dass die Teilnehmenden auf eigenen Erfahrungen basierende Feststellungen präsentierten:

- Das Konzept der gemeinschaftlichen Partizipation ist im schweizerischen Kontext schwer zu definieren, da es keine Entsprechung auf Italienisch und Deutsch gibt. Es besteht also ein Unterschied zwischen der französischsprachigen Schweiz und den anderen Sprachregionen.
- Die von einigen legitimierenden Instanzen (insbesondere der WHO und in der Ottawa-Charta aufgeführten Gremien) vorgeschlagenen Definitionen sind relativ alt und können nur schwer auf den aktuellen Kontext angewendet werden.
- Multidisziplinarität und Interdisziplinarität funktionieren recht gut, zum Beispiel in Projekten, an denen Angehörige von Ingenieurberufen sowie Gesundheitsfachleute beteiligt sind. Allerdings kann es manchmal notwendig sein, einen Dialog anzustossen und gemeinsame Probleme zwischen den Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung zu identifizieren. Denn dieser Bereich führt sowohl Personen aus dem Bereich Gesundheitsförderung als auch solche aus anderen Disziplinen zusammen.
- Während den «operativ» tätigen Akteurinnen und Akteuren eine Zusammenarbeit relativ gut gelingt, erscheint die Kooperation auf politischer

Ebene schwieriger und aufwendiger (aufgrund von politischen Visionen und Zielen, die sehr unterschiedlich sein können). Dazu kommt, dass sich die verschiedenen Behörden zwar über die Probleme der öffentlichen Gesundheit einig sind, die Menschen aber möglicherweise andere Vorstellungen davon haben, wie sie gelöst werden sollten.

- Es stellt sich auch die Frage nach der Legitimität der verschiedenen Akteurinnen und Akteure und insbesondere nach der Legitimität einer Funktion (z. B. Ärztin/Arzt). Daher sollte immer betont werden, dass die Beiträge aller gleich wichtig sind.
- Auch die Frage der Staatsebene ist wichtig: Da Prävention und Gesundheitsförderung in erster Linie kantonal geregelt werden, ist es nicht immer einfach, die Gemeindeebene zu berücksichtigen.
- Natürlich müssen auch die verschiedenen Bevölkerungsgruppen in die Gesundheitsförderung einbezogen werden. Doch es ist gleichwohl notwendig, sich auf das Wissen der Fachpersonen abzustützen, die diesen Prozess unterstützen und begleiten.
- Die Partizipation in der Gesundheitsförderung wird nach wie vor schlecht umgesetzt, worauf einige Autorinnen und Autoren bereits hingewiesen haben. Hierbei handelt es sich um ein bekanntes Phänomen, wobei oft eine Diskrepanz zwischen dem angekündigten und dem effektiven Partizipationsniveau beobachtet wird.

Im Anschluss wurden mit Trägerinnen und Trägern von partizipativen Projekten in der Westschweiz und im Tessin leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Ziel dieser acht Interviews war es, die Relevanz, Klarheit und Konsistenz dieses Dokuments zu beurteilen und es mit den Erfahrungen aus der Praxis zu ergänzen. Dieser Leitfaden fasst daher die Ergebnisse einer qualitativen Recherche zusammen, die sowohl auf Dokumenten als auch auf Interviews basiert.

3 Definition der Partizipation

Mehrere Autorinnen und Autoren – insbesondere Zask (2011) – unterscheiden zwischen den beiden Bedeutungsebenen, die mit dem Begriff «Partizipation» verbunden sind: «Teil sein von» oder «teilnehmen an». Gemäss der Broschüre «La participation communautaire en matière de santé» (Die gemeinschaftliche Partizipation im Gesundheitsbereich) steht «Teil sein von» für eine passive Partizipation und impliziert nicht unbedingt eine Aktivität innerhalb einer Gruppe, der man angehört (Stadt, Quartier, Verein...). «Teilnehmen an» impliziert hingegen ein Engagement bzw. eine aktive Rolle innerhalb einer Gruppe» (Bantuelle et al. 2000, 10). Die Autorinnen und Autoren weisen darauf hin, dass in der Gesundheitsförderung die letztere Bedeutungsebene vorherrscht, da sie für eine aktive, ja sogar interaktive Sichtweise steht⁴. Das Wesentliche ist, dass die Einzelnen «die Möglichkeit erhalten, die Kontrolle über eine Entscheidung oder die Erbringung einer Dienstleistung, die sie betrifft, zu erlangen» (ebd., 10).

Wenn wir über Partizipation sprechen, ist es wichtig zu betonen, dass wir die Probleme einer Zielgruppe nicht lösen können, ohne sie an der Analyse, Formulierung und Lösung der Probleme zu beteiligen. Daher rührt der von Bantuelle zitierte Ausspruch von Freire, der gerne daran erinnerte, dass wir «mit ihnen, nicht für sie handeln» und somit die Horizontalität fördern müssen (ebd., 10). Dieselben Autoren bestehen auf der Idee, die Aussagen der Einzelnen bestmöglich zu erfassen. Denn der Begriff der Gesundheit werde «von den Bewohnerinnen und Bewohnern eines Krisenviertels nicht in der gleichen Weise wahrgenommen wie beispielsweise von Fachleuten oder lokalen Mandatsträgern. Das Lebensumfeld, die Bildung, die Religion und viele andere Elemente führen zu diesen vielfältigen Aussagen» (ebd., 19). Letztendlich, und wie im von der WHO

veröffentlichten Glossar zur Gesundheitsförderung erwähnt, «ist die Partizipation der Bevölkerung an jeder Massnahme zur Gesundheitsförderung unerlässlich. [...] Aktive Beteiligung (Partizipation) ist essentiell, um Gesundheitsförderungsaktivitäten zu erhalten» (WHO 1999, 2).

Partizipativer Prozess

Es sei auch darauf hingewiesen, dass Partizipation ein Prozess mit verschiedenen erheblichen Auswirkungen ist, die sich nicht unbedingt vorab einplanen lassen. Übergeordnetes Ziel bleibt jedoch die Gesundheitsförderung. In diesem Sinne ist Partizipation vor allem eine professionelle Methode oder Haltung, die idealerweise immer in Betracht gezogen werden sollte. Sie ist jedoch kein Selbstzweck und kann gegebenenfalls beendet werden. In diesem Fall ist es jedoch wichtig, zu begründen, weshalb es zu einer solchen Entscheidung kam. Ferner muss es dank einer angemessenen Begleitung mit Partizipation möglich sein, die Bevölkerung für ihre Bedürfnisse zu sensibilisieren. Darüber hinaus kann sie einen Multiplikatoreffekt haben, da es wahrscheinlich ist, dass die Teilnehmenden den Prozess in einem anderen Kontext oder für eine andere Problematik reproduzieren. Dieses Phänomen generiert einen erheblichen Mehrwert für die Gesundheit in einer Zielgruppe. Der Begriff «gemeinschaftliche Partizipation» hat sich zwar seit den 1960er-Jahren weitgehend durchgesetzt und wird in der Ottawa-Charta erwähnt, der Terminus «gemeinschaftlich» wird aber kaum noch verwendet. Zudem wird er von keiner und keinem der befragten Projektleitenden benutzt. Deshalb ist es ratsam, von einem partizipativen Ansatz oder Prozess zu sprechen.

⁴ Es ist zu beachten, dass von den befragten Projektleitenden diese zweite Auslegung ebenfalls systematisch bevorzugt wird.

Bedeutung von Gemeinschaft

Die Bedeutung des Begriffs «Gemeinschaft» kann ebenfalls verwirrend sein, weil er ein Zugehörigkeitsgefühl impliziert, das Einzelpersonen nicht unbedingt teilen. So können diese von Fachleuten als Teil einer Gemeinschaft betrachtet werden, obwohl dies nicht der Fall ist. Darüber hinaus, und wie im WHO-Glossar erwähnt, gehören «in vielen Gesellschaften, besonders in denen wirtschaftlich entwickelter Länder, Individuen nicht zu einer einzigen, begrenzten Gemeinschaft, sondern sind auf der Grundlage von verschiedenen Merkmalen wie Geografie, Beruf, sozialen oder Freizeitinteressen Mitglied einer Reihe von Gemeinschaften» (WHO 1999, 6). Zudem schliessen sich einige Personen nur vorübergehend oder teilweise einer Gemeinschaft an. Doch obwohl beschlossen wurde, den Begriff «Gemeinschaft» aufzugeben und den neutraleren Begriff «Gruppe»⁵ zu bevorzugen, können bestimmte Definitionselemente des Begriffs «Gemeinschaft» problemlos beibehalten werden. Um «Gruppe» optimal zu umschreiben, ist es also durchaus möglich, sich auf die drei von Hyppolite und Parent vorgeschlagenen Typen von Gemeinschaften zu stützen, nämlich:

- **«Geografische Gemeinschaften**, die ein Territorium teilen, das soziale Zugehörigkeit schafft (Quartier, Stadt, Region).
- **Interessengemeinschaften**, die gemeinsame soziale Probleme haben (Arbeitslose, Mieterinnen, Mieter, Sozialhilfeempfangende usw.).
- **Identitäts- und Affinitätsgemeinschaften**, die eine erarbeitete oder gewünschte Identität teilen (junge Frauen, kulturelle Minderheiten, Homosexuelle, Drogenkonsumierende usw.)» (Hyppolite & Parent 2017, 182–183).

Schliesslich ist im Hinblick auf die Herausforderungen anzumerken, dass die Gruppen nicht homogen sind und sich aus Menschen mit unterschiedlichen Werten und Perspektiven zusammensetzen (Hyppolite & Parent 2017). Die Identifizierung von Perso-

nen, die eine Gruppe repräsentieren, kann daher komplex sein. Dies umso mehr, als es sich dabei um Menschen handeln kann, die mehr Privilegien geniessen als die Zielgruppe insgesamt und die in Bezug auf die soziale Stellung und den Zugang zu Ressourcen nicht immer die Gruppe als Ganzes repräsentieren. Ebenso können die Erwartungen und Entscheidungen der Mitglieder der Gruppe im Widerspruch zu Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit stehen.

Definition von Partizipation im Bereich Gesundheitsförderung

Angelehnt an Rifkin et al. (1988) lautet die hier verwendete Definition der Partizipation im Bereich der Gesundheitsförderung wie folgt: «Sozialer Prozess, an dem eine Gruppe von Individuen teilnimmt, 1) um ihre Bedürfnisse zu identifizieren, 2) um an den Entscheidungsprozessen teilzuhaben, und 3) um Mechanismen zu schaffen, die ihren Bedürfnissen gerecht werden».

In diesem Sinne kann die Partizipation **das Empowerment** der Einzelnen fördern. Letzteres wird als «der Prozess betrachtet, der darauf abzielt, die persönlichen Ressourcen der Einzelnen oder einer Zielgruppe zu erhöhen, damit sie stets eine fundierte Entscheidung und Wahl zugunsten der eigenen Gesundheit treffen können». Dieses Konzept selbst bezieht sich auf den Begriff der Befähigung und fusst auf der Idee der «Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln für Gesundheit», das heisst auf dem «Prozess, durch den die Einzelnen eine grössere Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen haben, die ihre Gesundheit betreffen» (WHO 1999, 7)⁶. Nach Ansicht der Befragten führt Partizipation zu Empowerment, da die Zielgruppen dadurch ein Projekt mittragen und verinnerlichen und durch diese Erfahrung Handlungsfähigkeit erwerben und Kompetenzen (technisch oder sozial) entwickeln können.

⁵ Diese Wahl wurde auch nach den Interviews begründet. Zum Beispiel sagte eine Projektleiterin: «Wenn wir von Gemeinschaft sprechen, sind auf Französisch oft Migrantengemeinschaften gemeint. Um Verwirrung zu vermeiden: Wir sprechen von einer Gruppe von Menschen, die sich über ihnen eigene Merkmale identifizieren, die Interessen teilen, die Teil eines Netzwerks und miteinander verbunden sind.»

⁶ Die vollständige von der WHO vorgeschlagene Definition von «Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln für Gesundheit» ist im Glossar des vorliegenden Dokuments enthalten.

4 Wer sind die Stakeholder?

Die Stakeholder eines partizipativen Prozesses lassen sich im Allgemeinen in drei Typen unterteilen: von der Problematik betroffene Personen (Zielgruppen), lokale Akteurinnen und Akteure (Fachleute oder Laien) und Entscheidungsgremien.

1. Personen, die von der Problematik betroffen sind (oder Leaderinnen und Leader von Zielgruppen, die über ausreichende Legitimität verfügen, um sie zu repräsentieren). Diese Zielgruppen können sehr heterogen sein und sich in Situationen befinden, die entweder «eine spontane Partizipation oder eine Ablehnung und Misstrauen gegenüber [partizipativen Prozessen] begründen» (Bantuelle et al. 2000, 32). Diese Gruppen können sich a priori als Gemeinschaften konstituieren, das heisst, es kann sich um Personen handeln, die sich spontan organisieren, um ein gemeinsames Interesse zu verteidigen (z. B. Act Up). In diesem Fall muss man sich bewusst sein, dass diese Zielgruppe Erwartungen haben kann, die schwer zu erfüllen sind. Daher ist es wichtig, zu definieren und zu spezifizieren, welche ihrer Bedürfnisse berücksichtigt werden können. Eine Gemeinschaft kann auch von aussen initiiert werden, das heisst a posteriori und nach der Identifizierung des Problems, das sie verbindet und das von anderen in den Partizipationsprozess involvierten Akteurinnen und Akteuren identifiziert wurde. In diesem Fall ist Geduld gefragt, bis das Gefühl der Zugehörigkeit von allen geteilt wird. Es ist manchmal schwierig, die Zielgruppen eindeutig zu identifizieren (z. B. «Kinder»). Daher kann es je nach Inhalt und Zweck eines Projekts sinnvoll sein, Personen einzubeziehen, die sie vertreten können (Eltern, Lehrpersonen, Jugendarbeitende usw.).

2. Lokale Akteurinnen und Akteure (Fachleute oder Laien) sind eine Gruppe, die sich zusammensetzt aus Fachleuten, die den Prozess leiten und koordinieren, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Expertinnen und Experten. Sie haben folgende Rollen:

- I. Fachleute, die den Prozess leiten und koordinieren,** sind Moderierende, Koordinierende und Referierende. Sie sind dafür verantwortlich, den betroffenen Menschen eine Akteursrolle zu vermitteln und die Dynamik des Prozesses zu gewährleisten. Sie sollten daher in die Zielgruppe eingebettet sein oder zumindest deren Werte, Codes, Wahrnehmungen, Aussagen usw. kennen. Zudem sollten sie über grosse Kompetenzen in der Durchführung von partizipativen Prozessen verfügen.
- II. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** (Ärztinnen und Ärzte, Lehrpersonen, Krankenpflegepersonal, Sozialarbeitende, Streetworkerinnen und Streetworker, Freiwillige, Mitglieder von Verbänden, Schlüsselpersonen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, Vertretende von APH oder Pfarreien, Eltern von Schülerinnen und Schülern, Kaufleute, Polizistinnen und Polizisten usw.). Ihre Praktiken, ihr technisches und psychologisches Wissen und ihre Beziehungen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern sind eine wichtige Wissensquelle. Gleichzeitig können sie manchmal von bestimmten Realitäten vor Ort abgeschnitten sein und unterhalten nicht immer Beziehungen untereinander.

III. Expertinnen und Experten (Gutachtende, Spezialistinnen und Spezialisten). Aufgrund ihrer Distanz garantieren sie Neutralität und können bei Bedarf «eine vermittelnde Rolle zwischen den Akteurinnen und Akteuren wahrnehmen, vorausgesetzt, dass sie zu allen den gleichen Abstand halten» (Bantuelle et al. 2000, 38–39). Diese Fachpersonen können Mitarbeitende von Universitäten, Fachhochschulen oder Kompetenzzentren der Gesundheitsförderung sein.

3. Die Entscheidungsgremien werden vertreten durch:

I. Politische Vertretende.

II. Geldgebende (privat oder öffentlich). Dies können Bund, Kantone, Gemeinden, Stiftungen, Verbände oder Privatunternehmen sein.

III. Administrative oder andere Verwaltungsstellen.

5 Wie man die Stakeholder einbindet

Die Partizipation an einem Projekt kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein; dementsprechend gibt es unterschiedliche Partizipationsformen. Wie Hyppolite und Parent betonen, «entsteht aus der Präsenz von Einzelpersonen, Gruppen oder Vertreterinnen und Vertretern von Gemeinschaften nicht zwangsläufig eine sinnvolle Partizipation. Anders ausgedrückt: Man kann anwesend sein und sich sogar beteiligen, ohne Einfluss zu nehmen oder Entscheide zu treffen» (Hyppolite & Parent 2017, 187). Darüber hinaus erfordern auf Ebene der Prävention und Gesundheitsförderung nicht alle Massnahmen notwendigerweise einen partizipativen Ansatz und nicht alle partizipativen Projekte sollten notwendigerweise Mitentscheidung (die als hoher Grad der Partizipation betrachtet werden kann) vorsehen. Je nach Inhalt des Programms, den verfügbaren perso-

nellen und finanziellen Ressourcen und/oder dem Profil der Beteiligten ist es für einige Akteurinnen und Akteure schwierig, wenn nicht gar unmöglich, in alle Phasen des Prozesses intensiv einbezogen zu werden und zu allen Entscheidungen beizutragen. Eine der befragten Projektleiterinnen sagte dazu: «Partizipation sollte nicht als Selbstzweck erfolgen: Manchmal sind schon Informationen ausreichend. Die erwartete Form der Partizipation muss an die Bedürfnisse der verschiedenen Stakeholder angepasst werden.»

Vor diesem Hintergrund ist bei jedem Projekt zu eruieren, inwieweit die Akteurinnen und Akteure einbezogen werden sollen. Anschliessend sind sie transparent darüber zu informieren, in welcher Form sie sich beteiligen können. Basierend auf den von verschiedenen Autorinnen und Autoren (u.a.

TABELLE 1

Die vier Formen der Partizipation

Form der Partizipation	Beschreibung
Information	Die Beteiligten werden über die Herausforderungen im Zusammenhang mit einem zu lösenden Problem oder einem Projekt informiert (oder informieren sich selbst). Daher ist es unerlässlich, ihnen Zugang zu Informationen zu gewähren und das Stellen von Fragen zu ermöglichen, um zu gewährleisten, dass alle den gleichen Wissensstand haben.
Konsultation	Den Beteiligten wird ermöglicht, Stellung zum Prozess zu nehmen, beispielsweise durch Meinungsumfragen, öffentliche Anhörungen, Gruppeninterviews. Die Moderierenden hören zu. Eine solche Konsultation garantiert jedoch nicht, dass die Anliegen und Ideen der betroffenen Bevölkerungsgruppen tatsächlich berücksichtigt werden.
(Mit-)Gestaltung	Die Beteiligten entwickeln den Aktionsplan, das Projekt oder die Aktivitäten mit, dürfen sie jedoch nicht verabschieden. Der so entwickelte Aktionsplan kann anschliessend einem Lenkungsausschuss vorgelegt werden, der darüber entscheidet.
(Mit-)Entscheidung	Die Beteiligten arbeiten gleichberechtigt zusammen. Die Projektleitung erfolgt im gegenseitigen Einvernehmen, und bei allen Phasen des Projekts wird gemeinsam entschieden. Diese gemeinsame Entscheidungsfindung ist vor allem in einem überschaubaren Setting (Quartier, Schule usw.) möglich. Es wird zwischen folgenden zwei Entscheidungsarten unterschieden: <ul style="list-style-type: none"> • politische Entscheidung über finanzielle, räumliche, materielle oder personelle Unterstützung, • operative Entscheidungen, die von den involvierten Personen während der Umsetzung getroffen werden.

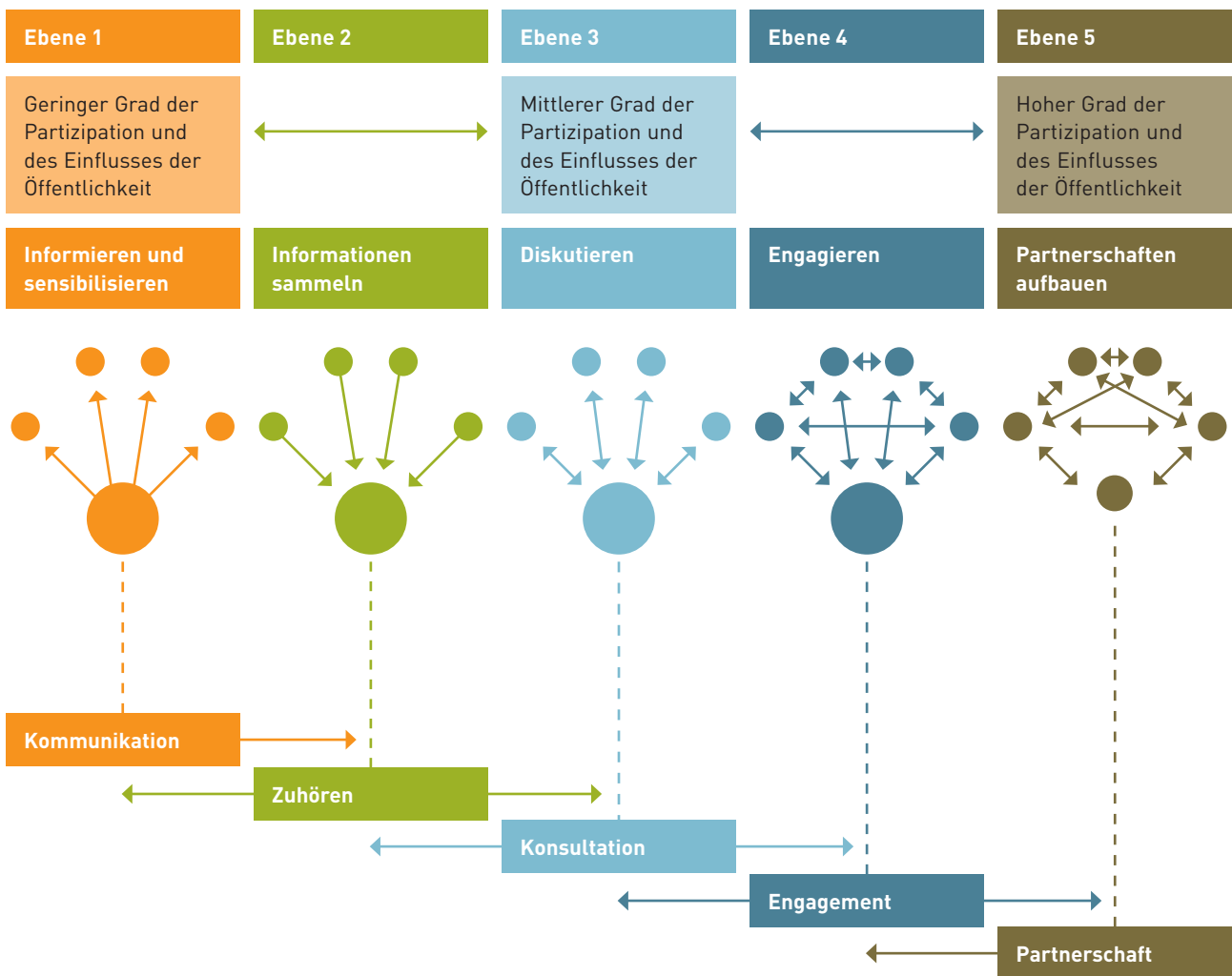
Stadtplanerin Sherry Arnstein, siehe Tabelle 3, Anhang 2) oder Organisationen (l'Institut du Nouveau Monde) vorgeschlagenen Skalen haben die CPPS und Gesundheitsförderung Schweiz ein Modell entwickelt, das zur Anwendung vorgeschlagen wird (siehe Tabelle 1, Seite 15).

Basierend auf diesem Modell ist es möglich, die Form der gewünschten und/oder bereits bestehenden Partizipation aller Stakeholder aufeinander abzustimmen und den Zeitpunkt ihrer Integration in das Projekt festzulegen.

Ein weiteres, von Santé Canada (2000) vorgeschlagenes Schema stellt fünf Ebenen der Partizipation grafisch dar (siehe Abbildung 1). Obwohl die verwendeten Begriffe von den bisher genannten abweichen, hat diese Illustration den Vorteil, die Wechselwirkungen zwischen den Beteiligten darzustellen (die betroffenen Personen werden durch die kleinen Kreise und die lokalen Akteurinnen und Akteure sowie die Entscheidungsgremien durch die grossen Kreise repräsentiert).

ABBILDUNG 1

Von Santé Canada verwendete Ebenen der gemeinschaftlichen Partizipation



Quelle: Santé Canada (2000)

Jugendgerechte Anpassung der 10 Schritte für psychische Gesundheit im Kanton Zug

Dieses Beispiel zeigt, wie Jugendliche die psychische Gesundheit Gleichaltriger erforscht und daraus eine Kampagne sowie einen Workshop für Schulen zielgruppengerecht erstellt haben. Die förderlichen und die hinderlichen Aspekte eines solchen partizipativen Vorgehens wurden analysiert.

Das ganze Projekt umfasste vier Schritte, bei denen die Jugendlichen als gleichrangige Mitglieder des Projektteams dabei waren:

1. Partizipative Forschung mit den Jugendlichen (Jugendforschende)
2. Analyse der 10 Schritte für psychische Gesundheit und Ableitung/Entwicklung der 4 Tipps (Inhalt, Bild- und Textbotschaften)
3. Basierend auf den 4 Tipps Entwicklung der Kampagne durch Advery: www.kennsch-es.ch
4. Entwicklung des Workshops für Schulen der 3. Oberstufe und des 1. Lehrjahrs

Jugendforschungsprojekt zur psychischen Gesundheit: 2018–2019 ging das Amt für Gesundheit des Kantons Zug zusammen mit 14- bis 18-jährigen Jugendforschenden der Frage nach, was Jugendliche zur Förderung und Erhaltung ihrer psychischen Gesundheit tun. Das Forschungsteam wollte herausfinden, welche Situationen und Gründe es gibt, die Jugendlichen gut respektive nicht gut tun, und welche Strategien sie anwenden, um psychisch gesund zu sein oder zu bleiben.

In einem viermonatigen Prozess konnten verschiedene Themenfelder herausgearbeitet werden, welche die Jugendlichen aktuell besonders beschäftigen.

Danach entwickelten die Jugendforschenden vier konkrete Tipps, die Jugendliche bei der Bewältigung ihrer Probleme unterstützen sollen, damit sie psychisch gesund bleiben. Zusammen mit der Agentur ADVERY, welche selbst Jugendliche mit psychischen Schwierigkeiten zu Grafiker_innen und Mediamatiker_innen ausbildet, wurde aufbauend auf die 4 Tipps eine Sensibilisierungskampagne zur psychischen Gesundheit durchgeführt. Der Workshop in Schulen wird zu zweit

geleitet von einer Fachperson und einem Peer-Educator (Mittelstufenschüler_innen).

Die Hochschule Luzern für Soziale Arbeit, welche dieses partizipative Vorgehen wissenschaftlich begleitet hat, hielt fest:

- Förderlich sind genügend finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen, der Einbezug externer Fachpersonen und eine gute Verankerung und Vernetzung im entsprechenden Praxisfeld.
- Hinderlich sind zu eng gesetzte Zeit- und Ablaufpläne und ein Festhalten an gängigen, althergebrachten Steuerungs- und Prozesslogiken von Ämtern (Pfister et al. 2021).

ABBILDUNG 2

Vier konkrete Tipps, wie Jugendliche ihre Alltagsorgen und -probleme bewältigen können



«Solidarische Quartiere» von Pro Senectute Vaud

Anhand dieses Beispiels sollen die verschiedenen Etappen eines partizipativen Projekts für ältere Menschen aufgezeigt werden.

Vor über 15 Jahren hat Pro Senectute Vaud beschlossen, ein Programm zur Förderung der Integration älterer Menschen ins Leben zu rufen. Dazu wurde ein partizipativer Prozess entwickelt mit dem Ziel, die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe zu ermitteln und sie zu befähigen, entsprechende Lösungen auszuarbeiten. Das Projekt beruht auf einer Methodik, welche die folgenden Projektetappen vorsieht:

0. Vorläufige Analyse: Kontaktaufnahme mit Berufsverbänden und Vereinsorganisationen, die in der Gemeinde tätig sind, um Möglichkeiten der Zusammenarbeit abzuklären und bereits bestehende Dienstleistungsangebote zu erfassen. Parallel dazu wird eine erste Umfrage bei einigen älteren Personen durchgeführt, um das potenzielle Interesse an einem solchen Projekt zu evaluieren.

1. Bestandesaufnahme: Ist der Entscheid für die Durchführung des Projekts gefallen, wird über einen Zeitraum von einem Jahr eine Bestandesaufnahme durchgeführt, um eine Lagebeurteilung in Bezug auf die Lebensqualität der älteren Menschen im betreffenden Quartier, in der Stadt oder im Dorf zu erstellen. In den ersten Monaten machen sich die Moderierenden mit der Gemeinde vertraut und knüpfen erste Kontakte mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Danach schickt die Gemeinde den älteren Menschen eine persönliche Einladung für eine Informationsveranstaltung. Im Rahmen dieser Veranstaltung können sich die engagiertesten Vertretenden an der Bewohnergruppe beteiligen, deren Aufgabe es ist, einen Fragebogen zu erstellen, Interviews mit den anderen älteren Menschen zu führen und das Forum zu organisieren, an dem die Resultate präsentiert und diskutiert werden. Auf Basis der gesammelten Informationen wird ein Bericht erstellt und der Gemeinde vorgelegt. Auf Grundlage dieses Berichts werden auch die älteren Menschen eingeladen, im Rahmen von Arbeitsgruppen gemeinsam Lösungen zu finden, die den ermittelten Bedürfnissen Rechnung tragen.

2. Aufbauphase: Im zweiten Projektjahr werden die Lösungen und Aktivitäten umgesetzt. Beispiels-

weise hat eine Bewohnergruppe im Hinblick auf die erwähnte Einsamkeitsproblematik in der Gemeinde – insbesondere am Sonntag – die Schaffung eines Kaffeetreffs am Sonntagnachmittag vorgeschlagen.

3. Startphase: Im dritten Jahr wird mit der konkreten Umsetzung der Aktivitäten begonnen. Das Projekt läuft an, die Aktivitäten werden regelmässig durchgeführt.

4. Umsetzungsphase: Im vierten Jahr konzentrieren sich die Trägerinnen und Träger sowie die Begünstigten auf die Verstärkung der bereits getroffenen Massnahmen. In diesem Stadium funktioniert das Projekt und die Organisation der Gruppe steht.

5. Autonomisierungsphase: Das Projekt kommt zum Abschluss; die oder der für das Projekt verantwortliche Moderierende zieht sich allmählich zurück und es wird eine Organisation gebildet (in der Regel in Form eines Vereins), um es den älteren Menschen zu ermöglichen, die Aktivitäten fortan eigenständig zu organisieren. Eine feierliche Übergabeceremonie mit der örtlichen Gemeinde markiert symbolisch die Autonomisierung des Projekts.

6. Follow-up des Projekts: Seit 2016 subventioniert der Kanton eine Stelle für die Begleitung autonomer Projekte. Pro Senectute steht der Projektorganisation somit weiterhin als Ansprechpartnerin zur Verfügung, wenn diese auf Probleme stösst, insbesondere in Bezug auf die Vereinsorganisation (Rollenverteilung, Finanzen, Beziehung zu anderen Institutionen innerhalb der Gemeinde usw.). Die eigentlichen Aktivitäten hingegen werden ausschliesslich von den älteren Menschen durchgeführt.

7. Evaluation der Auswirkungen des Projekts anhand einer Reihe von Indikatoren: Über die gesamte Projektlaufzeit hinweg werden standardisierte Ziele formuliert, die sich nach der gewählten Methodik richten, sowie zusätzlich spezifische Ziele unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen vor Ort und der Beteiligten. Anhand dieser Leistungskennzahlen können der Fortschritt eines Projekts (Outputs) und nach Möglichkeit auch die Auswirkungen auf die Zielgruppe (Outcomes) und die Gesellschaftsstruktur allgemein (Impact) gemessen werden.

6 Etappen eines partizipativen Prozesses

Die Umsetzung eines partizipativen Prozesses kann mehrere Formen annehmen (abhängig vom Profil der verschiedenen Stakeholder, vom Zweck, vom geografischen und soziokulturellen Kontext usw.). Es ist jedoch wichtig, bestimmte Schritte zu befolgen. Basierend auf den vom Gesundheitsministerium des Königreichs Marokko (2013) und von Hyppolite und Parent (2017) erstellten Dokumenten sowie semi-direktiven Interviews werden die folgenden Phasen empfohlen:

Vorbereitungsphase

- a) Identifikation des Problems durch die von der Problematik betroffenen Personen, die lokalen Akteurinnen und Akteure oder die Entscheidungsgremien.
- b) Identifikation von freiwilligen und motivierten Partnerinnen und Partnern und Definition der betroffenen Personengruppe, unabhängig davon, ob diese Gruppe bereits vor dem Prozess existiert hat oder sich erst in dessen Verlauf bildet. Identifikation derjenigen Partnerinnen und Partner, die für das Projekt entscheidend sind und ohne die es nicht stattfinden könnte.
- c) Versammlung der Beteiligten und Präzisierung des Projektumfangs, der Rollen und der Verantwortlichkeiten aller Beteiligten sowie der Rahmenbedingungen und Einschränkungen des partizipativen Prozesses.
- d) Erfassung der Aussagen der Beteiligten, damit alle dieselbe Sprache sprechen und ihre Eindrücke teilen. In diesem Sinne ist ein partizipativer Ansatz zu verfolgen, der auf Empowerment basiert. Dabei sind die betroffenen Akteurinnen und Akteure zu mobilisieren und ihre Standpunkte zum Thema durch Mechanismen zu eruieren, die Raum für Austausch, Diskussion und Verhandlung bieten. So können sich alle Akteurinnen und Akteure auf künftige Schritte einigen und Entscheidungen, die sie betreffen, beeinflussen. An dieser Stelle sind auch formelle und informelle Führungspersonen zu identifizieren und zu mobilisieren. Letztere müssen die Mobilisierung des Projektteams und der Partnerinnen und Partner unterstützen. Sie müssen über spezifische technische, kommunikative und zwischenmenschliche Kompetenzen verfügen, am Projekt interessiert und davon überzeugt sein.
- e) Vertiefung der Bedürfnisse, Wünsche oder Probleme, die von den Beteiligten geäußert wurden, und Überprüfung, wie die Situation von den anderen Mitgliedern der Zielgruppe wahrgenommen wird.
- f) Anwendung quantitativer und qualitativer Ansätze, um auf der Grundlage epidemiologischer und statistischer Daten sowie der Wahrnehmungen und Aussagen der beteiligten Personen eine Problematik oder eine betroffene Gruppe zu beschreiben. Es geht also darum, wissenschaftliches, praktisches und Erfahrungswissen zu einem Gesamtbild zu verbinden.
- g) Identifikation der Auswirkungen der Partnerschaft und möglicher Rechtsfragen.
- h) Bestimmung der notwendigen Ressourcen und der Art ihrer Beschaffung.

Umsetzungsphase

- a) Planung der Massnahmen und Strategien. In dieser Phase werden die Ziele und geeignete Massnahmen festgelegt. Dies hängt von folgenden Elementen ab: der Einsatzbereitschaft und -fähigkeit der Gruppe, den erwarteten Ergebnissen der Massnahmen, der aktuellen Unterstützung innerhalb der Gruppe, der Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen, dem zeitlichen Rahmen sowie dem sozialen, politischen und wirtschaftlichen Kontext.
- b) Festlegung, wer was tun wird (Rollen und Verantwortlichkeiten). Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Erfolg und die Nachhaltigkeit eines partizipativen Ansatzes durch die Begleitung der Teams auf verschiedenen Ebenen gewährleistet werden können (Sensibilisierung, Follow-up-Meetings und Überwachungsbesuche).
- c) Befähigung der Beteiligten, damit sie «teilnehmen» können (und nicht nur «Teil davon» sind).
- d) Durchführung kollektiver Aktionen, um die zuvor definierten Ziele zu erreichen.

Follow-up- und Evaluationsphase

- a) Gewährleistung des Follow-up und der Evaluation des Prozesses und der Aktivitäten der Partnerschaft. Mit anderen Worten: Es ist notwendig, den seit Beginn der Intervention zurückgelegten Weg und die erzielten Veränderungen zu evaluieren. Dies erfordert einen kritischen Blick auf den durchgeführten Prozess, die Stärken und Schwächen der Massnahmen und die möglichen Anpassungen. Es ist wichtig, zu Beginn des Prozesses Evaluationsindikatoren zu definieren, um die Wirkungen des Projekts messen zu können und über validierte Parameter zu verfügen, welche die Reproduktion des Prozesses in anderen Kontexten ermöglichen.
- b) Bestimmung der nächsten Schritte (künftige Ausrichtungen).
- c) Festlegung, wie die Partnerschaft angepasst und fortgesetzt oder beendet werden soll (Überprüfung, Verlängerung und Beendigung).
- d) Vorbereitung auf das Ende des Mandats, das heisst Planung der Autonomisierung der Zielgruppen und gegebenenfalls die Rollen der Akteurinnen und Akteure neu definieren oder planen, wie neue Akteurinnen und Akteure mobilisiert werden können.

Von Anfang an und während des gesamten Prozesses ist es wichtig, die Effektivität, Effizienz und Gleichbehandlung zu berücksichtigen (Letztere ist horizontal zu verankern, um jegliche Form von Diskriminierung zu vermeiden). Ebenso ist es wichtig, die Bedeutung der Kommunikation und der sozialen Mobilisierung zu betonen. Nur durch eine gute Kommunikation kann das Bewusstsein der Zielgruppen sowie der Partnerinnen und Partner für Probleme und Lösungen geschärft werden, lassen sich finanzielle Mittel mobilisieren und kann ermöglicht werden, dass andere Gruppen von den gewonnenen Erfahrungen profitieren.

Das Forum Luzern60plus der Stadt Luzern

Dieses Beispiel zeigt, wie partizipative Prozesse in dauerhaften Strukturen verankert werden können.

Das Projekt «Altern in Luzern» wurde 2016 nach einer Pilotphase von fünf Jahren abgeschlossen. Seither werden die Aktivitäten, Projekte und Veranstaltungen, die während der Projektphase entwickelt wurden, durch die Fachstelle für Altersfragen der Stadt Luzern und durch das Forum Luzern60plus weitergeführt und weiterentwickelt. Fachstelle und Forum arbeiten eng zusammen. Das [Forum Luzern60plus](#) besteht aus rund 70 Mitgliedern. Es wurde vom Stadtrat als Nachfolgeorganisation des Seniorenrats als beratende Fachkommission eingesetzt. Das Forum ist politisch und konfessionell unabhängig. Es vertritt die Interessen der älteren Generation, nimmt Stellung zu relevanten Themen und bringt eigene Anliegen ein. Es ist Ansprechpartner für Schlüsselpersonen aus der Verwaltung, der Politik und des Service public. Mit internen und teils öffentlichen Veranstaltungen trägt das Forum zur Bewusstseinsbildung in gesellschaftlichen Fragen bei und fördert die kritische und konstruktive Diskussion, insbesondere bei alterspolitischen Fragen. Voraussetzungen für die Mitarbeit im Forum sind das Mindestalter 60 sowie der Wohnsitz in der Stadt Luzern. Die Präsidentin oder der Präsident führt mit Interessierten ein Aufnahmegespräch.

Das Forum Luzern60plus organisiert drei- bis viermal jährlich sogenannte Werkstattgespräche. Diese haben zum Ziel, in Gesprächen mit Schlüsselpersonen aus Politik, Verwaltung und Wirtschaft oder themennahen Organisationen das gegenseitige Verständnis zu fördern und die Anliegen der älteren Generation einzubringen. Zweimal jährlich findet eine Mitgliederversammlung statt. Dabei werden aktuelle Themen diskutiert, Informationen aus dem Ausschuss, der Abteilung Alter und Gesundheit sowie aus Arbeitsgruppen und Delegationen weitergegeben und ausgetauscht. Geleitet wird das Forum zurzeit von einer Präsidentin sowie einem sechsköpfigen Ausschuss. Verschiedene Arbeitsgruppen, die sich selbst konstituieren, bearbeiten Themen und Projekte zu Wohnfragen, zur sozialen Teilhabe und zur Mobilität. Zudem wird jährlich ein Marktplatz durchgeführt, an dem sich rund 30 Organisationen und Institutionen vorstellen, die Möglichkeiten des zivilgesellschaftlichen Engagements anbieten. Die Öffentlichkeitsarbeit des Forums erfolgt vor allem über eine eigene Website (www.luzern60plus.ch), die durch eine Redaktionsgruppe, bestehend aus Forumsmitgliedern, betreut und unterhalten wird.

7 Chancen und Risiken

Partizipation bietet viele **Chancen**:

- **Empowerment** stimuliert die individuelle Unabhängigkeit und soziale Unterstützung. Sie ermöglicht es den Einzelnen, mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit auszuüben, und erlaubt mehr Einfluss auf Entscheidungen und Handlungen, die die Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen beeinflussen.
- **Abstimmung auf die Bedürfnisse der Zielgruppen** und dadurch stärkere Bindung der Zielgruppen an die Projekte
- **Stärkung des sozialen Zusammenhalts**
- **Grössere Chancengleichheit** – unter der Voraussetzung, dass vulnerable Personen besondere Beachtung erhalten
- **Stärkung sektorenübergreifender Prozesse**
- **Multiplikatoreffekt**
- **Langfristige Verankerung von Programmen oder Projekten**

Risiken der Partizipation

Partizipation kann sich auch als ungeeignet erweisen und nicht direkt den Bedürfnissen der Gruppe entsprechen. Wie Fournier und Potvin schreiben, «setzen viele Förderer der gemeinschaftlichen Partizipation auf eine andere, stärker zweckgerichtete Dimension, die sich in mehreren Modellen wiederfindet. Sie zielt darauf ab, dass Interventionen oder Programme Rückhalt in der Bevölkerung finden, sodass die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer maximiert wird und die Intervention als «kosteneffizient» gilt» (Fournier & Potvin 1995, 48).

Darüber hinaus gibt es weitere Schwierigkeiten, die partizipative Prozesse konkret behindern können. Mouterde et al. (2011) und die durchgeführten Interviews zeigen die folgenden **Hindernisse** auf:

- 1) Häufig braucht es **viel Zeit**, um ein Empowerment einer Gruppe zu erreichen. Die Gesundheit in einer Zielgruppe lässt sich nicht kurzfristig verbessern, gesundheitliche Wirkungen in einer Zielgruppe setzen einen langfristigen Zeithorizont voraus. Es kann jedoch schwierig sein, die Teilnehmenden zu einem längerfristigen Engagement zu bewegen und nachhaltige Unterstützung durch die Entscheidungsgremien zu erhalten. Deshalb ist es notwendig, ganz konkrete Projekte einzureichen, ein geeignetes «Instrumentarium» (Toolbox) zur Verfügung zu stellen, auf die Bedürfnisse der Menschen einzugehen und sie im Prozess zu begleiten.
- 2) Ein partizipativer Ansatz kann **eine finanzielle Belastung** darstellen, die einige Behörden oder Institutionen nicht übernehmen können.
- 3) Der **Wirkungsbereich** von Gesundheitsmassnahmen in der Zielgruppe wird durch Umfang und Grösse der Gruppe begrenzt. Dieser Wirkungsbereich ist sehr oft lokal eingegrenzt und scheint nicht auf eine kommunale oder kantonale Ebene, geschweige denn eine nationale Ebene übertragbar zu sein. Obwohl die Ergebnisse der Partizipation in der Gesundheitsförderung in einem bestimmten Kontext nicht einfach übertragbar sind, kann zumindest die Methodik in anderen Regionen und Kontexten angewendet werden.
- 4) Mögliche **Diskrepanzen zwischen individuellen und kollektiven Interessen**, wobei erstere oft Vorrang vor letzteren haben. Die Motivation wird nachhaltiger sein, wenn es sich um dauerhafte Bedürfnisse aller (Schule, Mutterschaft, Trauerfälle, Kredite usw.) als um gelegentliche Bedürfnisse (Notfalltransport, Patientenversorgung usw.) handelt.

- 5) Gemeinschaftliche Gesundheitsmassnahmen **stellen traditionelle Haltungen infrage**: Der Expertenstatus muss zugunsten einer Haltung als Co-Produzierende von Wissen aufgehoben werden, und gewählte Vertretende können sich ihrer Fähigkeit beraubt fühlen, im Namen der Zielgruppe zu entscheiden. Deshalb ist es manchmal notwendig, die Menschen davon zu überzeugen, einen vielleicht ungewöhnlichen Ansatz zu verfolgen.
- 6) Es kann zudem schwierig sein, Personen mit unterschiedlichen Werten, Geschichten oder soziokulturellen Hintergründen **zur Zusammenarbeit zu bewegen**. Daher ist es nicht immer einfach, eine autonome und dynamische Gruppe zu bilden. Es liegt an der Moderatorin bzw. am Moderator, die Teilnehmenden dafür zu sensibilisieren, dass Ausgrenzungsmechanismen unannehmbar sind.
- 7) Zudem kann es vorkommen, dass **vulnerable Bevölkerungsgruppen sich kein Gehör verschaffen können**, zumal das demokratische Konzept der «informierten Wahl» Grenzen hat und den Zugang zu Informationen und Wissen verhindern kann. Die geringe Partizipationsfähigkeit vulnerabler Bevölkerungsgruppen kann ihren Ausschluss von Prozessen der Entscheidungsfindung verschärfen. Deshalb ist es wichtig, geeignete Bedingungen zu schaffen, damit sich diese Gruppen äussern können. Ebenso haben einige Menschen – insbesondere Personen mit eingeschränkter Mobilität – Schwierigkeiten, an einem Projekt teilzunehmen.
- 8) Einige Projektleitende können zur Umsetzung partizipativer Ansätze bereit sein, **sich aber deren optimales Management nicht zutrauen**. Deshalb ist es wichtig, Akteurinnen und Akteure einzubeziehen, die mit den Methoden und Instrumenten vertraut sind, die für die Umsetzung solcher Prozesse notwendig sind. Darüber hinaus ist es sehr wichtig, zumindest teilweise eine Person in das Projekt einzubinden, die eine Koordination bis zur Autonomisierung der Beteiligten sicherstellt. Im Idealfall sollte diese Person entlohnt werden.

8 Welche Fragen es sich lohnt, vorher zu stellen

Vor der Einführung eines partizipativen Ansatzes ist es empfehlenswert, sich eine Reihe von Fragen zu stellen. Hier einige Vorschläge⁷.

LISTE DER FRAGEN, DIE ES SICH VOR BEGINN EINES PARTIZIPATIVEN PROZESSES ZU STELLEN LOHNT

Fragen

- 1) Was ist der Zweck der Partizipation?
- 2) Handelt es sich um einen kurz- oder längerfristigen Ansatz?
- 3) Welche finanziellen und personellen Ressourcen müssen bereitgestellt werden?
- 4) Wer kann sich am partizipativen Prozess beteiligen? Und wie?
 - a. Wer sind die wichtigen Akteurinnen und Akteure?
 - b. Wie werden die Beteiligten in den Prozess eingebunden?
 - c. Welches institutionelle Partnernetzwerk kann mobilisiert werden?
 - d. Wie können vulnerable Bevölkerungsgruppen einbezogen werden?
- 5) Wer definiert die Gruppe von Beteiligten und grenzt sie ein?
 - a. Inwieweit fühlen sich Einzelne zu dieser Gruppe zugehörig?
- 6) Welche Partizipationsformen der Zielgruppen (Information, Konsultation, Mitgestaltung oder Mitentscheidung) erwartet der Kanton oder die Gemeinde?
- 7) Welche Rolle spielen die verschiedenen beteiligten Akteurinnen und Akteure? Stellt die Zusammensetzung der Beteiligten sicher, dass alle wichtigen Interessen und Ansichten abgedeckt werden? Sind die Personen, die die Zielgruppe vertreten, wirklich repräsentativ?

⁷ Diese Fragen wurden auf der Grundlage von Giorgis (2016) und dem Leitfaden des Zentrums öffentlicher Raum (ZORA) des Schweizerischen Städteverbands (2016) formuliert.

9 Literaturverzeichnis

- Bantuelle, M., Dargent, D. & Morel, J. (2000). *La participation communautaire en matière de santé*. Bruxelles: Santé, Communauté, Participation.
- CEP (2016). *Participation. Guide de planification des processus participatifs dans l'aménagement et l'utilisation de l'espace public*. Bâle/Zurich: CEP – Centre de l'espace public de l'Union des villes suisses.
- Deschamps, J.-P. (2003). Une «relecture» de la Charte d'Ottawa. *Santé Publique*, 3 (Vol. 15), S. 313–325. https://zora-cep.ch/cmsfiles/zora_broschuere_partizipation_fr.pdf
- Fournier, P. & Potvin, L. (1995). Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme. *Sciences sociales et santé*, n° 2 (Vol. 13), S. 39–59.
- Giorgis, S. (2016). Du passé, faisons table ronde. *Revue Urbanisme*, n° 55 (hors-série), S. 34–35.
- Hyppolite, S. R. & Parent, A.-A. (2017). Chapitre 7. Stratégies d'action communautaire, in E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw, *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes: Presses de l'EHESP, S. 177–208.
- Lamoureux, H., Mayer, J. & Panet-Raymond, J. (2002). *La pratique de l'action communautaire*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lannes, L. & Sanni Yaya, H. (2012). Conclusion, in L. Lannes (sous la dir. de), *25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. Montréal: Éditions du REFIPS, S. 83–87.
- Lorenzo, P. (2012). Penser et agir localement dans une perspective globale ou de la promotion de la santé et des chemins qui y mènent: l'exemple d'École 21, in L. Lannes (sous la dir. de), *25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. Montréal: Éditions du REFIPS, S. 61–67.
- Ministère de la santé du Royaume du Maroc (2013). *Guide sur la participation communautaire en santé*.
- Mouterde, F., Proult, E. & Massot, C. (2011). *Pour un débat citoyen sur la santé plus actif. Étude sur les modes de participation des usagers citoyens à la prise de décision en santé*. Paris: Planète Publique.
- Pfister et al. (2021). Partizipative Angebotsentwicklung in einem Amt für Gesundheit. *Jugendgerechte Anpassung der 10 Schritte für psychische Gesundheit im Kanton Zug*. Springer Verlag *Prävention und Gesundheitsförderung*, S. 6. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-021-00829-w>
- Promotion Santé Suisse (2016). *Santé et qualité de vie des personnes âgées. Bases pour les programmes d'action cantonaux*. Berne: Promotion Santé Suisse.
- Rifkin, S. B., Muller, F. & Bichmann, W. (1988). Primary health care: on measuring participation. *Social Science and Medicine*, 26(9), S. 931–940.
- Santé Canada (2000). *Politiques et boîte à outils concernant la participation du public à la prise de décisions*, in <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/rapports-publications/politiques-boite-outils-concernant-participation-public-prise-decisions.html##>
- World Health Organization WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- World Health Organization WHO (1998). *Glossar Gesundheitsförderung (Englisch)*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf;jsessionid=0977F7689B930E3C5FEC136757B1BEFA?sequence=1
- Zask, J. (2011). *Participer. Essai sur les formes démocratiques de la participation*. Lormont: Éditions Le Bord de l'Eau.

Anhang 1: Glossar

Gemeinschaftsaktion

Eine gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktion bezeichnet «kollektive Anstrengungen von Gemeinschaften, ihre Kontrolle über die Gesundheitsdeterminanten zu erhöhen und damit die Gesundheit zu verbessern» (WHO 1999, 6). Hyppolite und Parent verbinden diese Definition mit der stärker auf Sozialarbeit ausgerichteten Variante von Lamoureux et al. (2002)⁸ und schlagen die folgende Definition vor: «Eine Gemeinschaftsaktion zur Gesundheitsförderung bezeichnet jede Initiative von Einzelpersonen, Gemeinschaftseinrichtungen oder (Territorial-, Interessen-, Identitäts-)Gemeinschaften, die darauf abzielt, eine kollektive und solidarische Lösung für ein soziales Problem oder ein gemeinsames Bedürfnis zu finden und so zu einer besseren Kontrolle über die Gesundheitsdeterminanten beizutragen, ihre Gesundheit zu verbessern und sozialbedingte Unterschiede in der Gesundheit abzubauen» (Hyppolite & Parent 2017, 180).

Gemeinschaftlicher Ansatz

Inspiziert von einer vom österreichischen Umweltministerium vorgeschlagenen Definition⁹, definiert Gesundheitsförderung Schweiz den gemeinschaftlichen Ansatz wie folgt: «Der gemeinschaftliche Ansatz ist ein Prinzip der partizipativen Arbeit, das durch die Mitarbeit der Bevölkerung und den gezielten Einbezug von Institutionen, Organisationen und anderen Akteurinnen und Akteuren zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen sowie zum sozialen Zusammenhalt und zur Sicherstellung von Sozialleistungen beiträgt. In diesem Zusammenhang orientieren sich die Aktivitäten in der Gemeinschaft an den Bedürfnissen und Interes-

sen spezifischer und oft sozial benachteiligter Personengruppen. Sie unterstützen diese und helfen ihnen, ihre Probleme unter Einbezug anderer Akteurinnen und Akteure selbstständig zu lösen und so ihre Position in der Gesellschaft zu verbessern (→ Empowerment oder Autonomisierung)» (Gesundheitsförderung Schweiz 2016, 119).

Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln für Gesundheit (Empowerment for health)

In der Gesundheitsförderung ist die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln ein Prozess, durch den die Einzelnen eine grössere Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen haben, die ihre Gesundheit betreffen.

«Die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln kann ein sozialer, kultureller, psychologischer oder politischer Prozess sein, der es Einzelpersonen und sozialen Gruppen ermöglicht, ihre Bedürfnisse auszudrücken, ihre Anliegen darzulegen, Strategien für die Partizipation an Entscheidungsprozessen zu entwickeln und politische, soziale und kulturelle Massnahmen zu ergreifen, um diesen Bedürfnissen gerecht zu werden. Durch diesen Prozess erkennen Einzelpersonen eine bessere Übereinstimmung zwischen ihren Lebenszielen, ihren Bemühungen und ihrer Lebenssituation. Gesundheitsförderung umfasst nicht nur Massnahmen zur Stärkung der grundlegenden Lebenskompetenzen und -fähigkeiten des Einzelnen, sondern auch zur Beeinflussung der sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und der physischen Umwelt, die sich auf die Gesundheit auswirken. In diesem Sinne zielt die Gesundheitsförderung darauf ab, die notwendigen Bedingungen dafür zu schaffen, dass sich die Bemühungen von Einzelpersonen und Gruppen

⁸ «Jede Initiative von Einzelpersonen, Gemeinschaftsgruppen oder (Territorial-, Interessen-, Identitäts-)Gemeinschaften, die darauf abzielt, eine kollektive und solidarische Lösung für ein soziales oder gemeinsames Bedürfnis zu finden» (Lamoureux et al. 2002, 4).

⁹ Zu konsultieren auf der Website <http://www.partizipation.at/gemeinwesenarbeit.html>.

in gesundheitlichen Ergebnissen zeigen. Es wird unterschieden zwischen der Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln eines Einzelnen und einer Gemeinschaft. Individuelles Empowerment bezieht sich in erster Linie auf die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen und Kontrolle über sein persönliches Leben zu haben. Empowerment einer Gemeinschaft heisst, dass Einzelpersonen gemeinsam handeln, um einen grösseren Einfluss und eine grössere Kontrolle über die Determinanten der Gesundheit und die Lebensqualität in ihrer Gemeinschaft zu erlangen. Das Empowerment einer Gemeinschaft ist ein wichtiges Ziel von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen» (WHO 1999, 7).

Anhang 2: Die Partizipationsleiter nach Arnstein

TABELLE 3

Stufen der Bürgerpartizipation

Form der Partizipation	Massnahme	Definition
Tatsächliche Macht	Bürgerkontrolle	Auf dieser Stufe haben die Bürgerinnen und Bürger die Entscheidungsbefugnis, sie haben die volle Kontrolle und sind in der Lage, die Bedingungen auszuhandeln, unter denen kritisch eingestellte Personen Entscheidungen beeinflussen können. Sie sind völlig autonom.
	Die Übertragung von Befugnissen	Durch die Delegation der Behörden erwerben die Bürgerinnen und Bürger die Autorität bei Entscheidungen.
	Die Partnerschaft	Die Entscheidungsfindung basiert auf Verhandlungsprozessen zwischen Bürgerinnen und Bürgern und Autoritäten. Die Parteien erhalten Entscheidungsverantwortung im Rahmen von Strukturen, die die Parteien zusammenführen.
Symbolische Zusammenarbeit	Die Nominierung	Auf dieser Ebene beginnen die Bürgerinnen und Bürger, einen gewissen Einfluss auszuüben. Sie sind befugt und aufgefordert, Ratschläge und Vorschläge abzugeben, während sie es den Autoritäten überlassen, die Validität und Durchführbarkeit der geäusserten Ratschläge zu beurteilen.
	Die Konsultation	Auf dieser Ebene werden die Bürgerinnen und Bürger konsultiert, beispielsweise durch Meinungsumfragen oder öffentliche Anhörungen. Eine solche Konsultation gewährleistet den Bürgerinnen und Bürgern jedoch nicht, dass ihre Anliegen und Ideen berücksichtigt werden.
	Die Information	Auf dieser Ebene erhalten die Bürgerinnen und Bürger genaue Informationen, ohne ihre Meinung äussern zu können. Der Fokus liegt hier auf einseitigen Informationen der Behörden an die Bürgerinnen und Bürger ohne mögliches Feedback oder Verhandlungsautorität.
Keine Partizipation	Die Manipulation	Ziel ist es, die Bürgerinnen und Bürger zu manipulieren, um ihre Unterstützung zu erhalten. Es ist eine Partizipation, die darauf abzielt, die Unterstützung der Öffentlichkeit zu erhalten, von der die Autoritäten profitieren.

Quelle: Arnstein, wiedergegeben durch Hyppolite & Parent (2017, 188)