

Dokumentation des Workshops

Lokales Wissen gemeinsam nutzen. Partizipative Ansätze in Berichterstattung und Epidemiologie

18. und 19. Mai 2017 im Robert Koch-Institut, Berlin

Inhalt

Einführung und Überblick	3
1 Erster Tag	4
1.1 Vorstellung RKI und PartKommPlus	4
1.2 Leitfragen des Workshops	4
1.3 Partizipative Gesundheitsforschung und partizipative Epidemiologie	5
1.4 Zwei Praxisbeispiele aus Deutschland	5
2 Zweiter Tag.....	6
2.1 Kleingruppe „Vorbereitung“	6
2.2 Kleingruppe „Durchführung und Anwendung“	7
3 Zusammenfassung und Ausblick.....	9
Anhang	
Programm des Workshops	11
Literatur.....	11
Homepages.....	12
Kontaktadresse im RKI.....	12

Zitierempfehlung:

Santos-Hövenner C, Jordan S, Bach M (2017) „Lokales Wissen gemeinsam nutzen. Partizipative Ansätze in Berichterstattung und Epidemiologie“, Robert Koch-Institut, Berlin

Einführung und Überblick

Schon seit längerem wird darüber nachgedacht, wie Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung einen größeren praktischen Nutzen für die Fachkräfte im Bereich Public Health und für die erforschten Bevölkerungsgruppen haben können. Ein möglicher Ansatz, der jedoch noch selten verwendet wird, ist die Beteiligung von Fachkräften und von Beforschten an der Durchführung von epidemiologischen Studien oder an der Erstellung von Berichten. Besonders bei vulnerablen und/oder schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen ist dies ein gangbarer Weg.

Um zukünftig solche partizipativen Ansätze systematisch nutzen zu können, haben das Robert Koch-Institut (RKI) und die Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) im BMBF-geförderten Forschungsverbundes „PartKommPlus–Forschungsverbund für gesunde Kommunen“ einen ersten Konzeptentwurf für Kriterien der „partizipativen Epidemiologie“ vorgelegt. Darin werden die theoretischen Grundlagen anhand internationaler Praxisbeispiele beschrieben und erste Anwendungsempfehlungen gegeben (Bach et al. 2017).

Um die im Konzept vorgeschlagenen Aspekte zur partizipativen Erhebung, Analyse und Verwendung (lokaler) Daten und zur Erstellung von Gesundheitsberichten auf ihre Anwendbarkeit zu überprüfen, wurde dieser Workshop durchgeführt. Dazu haben wir Vertreterinnen und Vertreter aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), der Kommunen und Länder am 18. und 19. Mai 2017 ins Robert Koch-Institut eingeladen.

Im Workshop wurden praktische Anwendungsbeispiele diskutiert und fördernde sowie hemmende Bedingungen für den Einsatz partizipativer Methoden in der Gesundheitsberichterstattung herausgearbeitet. Am Ende des Workshops zeigte sich der gemeinsame Wunsch, die Anwendungsmöglichkeiten partizipativer Ansätze weiter zu konkretisieren.

In der vorliegenden Dokumentation sind die wichtigsten Inhalte und Diskussionspunkte des Workshops zusammengefasst.

Wir danken allen Teilnehmenden für die rege Beteiligung und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit.

Das Projektteam „Partizipation und Epidemiologie“ im RKI
Dr. Claudia Santos-Hövener, Susanne Jordan und Mario Bach

1 Erster Tag

Am ersten Tag standen die inhaltliche Einführung und die Praxisbeispiele aus Deutschland im Mittelpunkt.

1.1 Vorstellung RKI und PartKommPlus

Der Workshop begann mit einem Vortrag von Dr. Cornelia Lange (Leitung des Fachgebiets Gesundheitsverhalten) über die Aufgaben des Robert Koch-Instituts unter besonderer Berücksichtigung der RKI-Programmatik „Erkennen – Bewerten – Handeln“. Neben der Erhebung von Daten und deren Interpretation gehört demnach der Transfer epidemiologischer Erkenntnisse in Politik und Public Health Praxis zu den Aufgabenbereichen des Instituts.

Es folgte die Vorstellung des Forschungsverbundes „PartKommPlus“ durch Mario Bach, mit einem Überblick über die Teilprojekte, die Forschungs- und Handlungsfelder und dem projektübergreifenden Forschungsgegenstand, der Untersuchung kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung mithilfe partizipativer Ansätze. Die Präsentationen der beiden Vorträge befinden sich im Anhang.

1.2 Leitfragen des Workshops

Mit den drei Leitfragen des RKI, die im Rahmen von PartKommPlus bearbeitet werden, wurde eine erste thematische Rahmung für den Workshop vorgenommen:

1. Wie können Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung mithilfe partizipativer Forschungsansätze weiterentwickelt werden?
2. Welchen Beitrag können Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung zur Weiterentwicklung partizipativer Forschungsansätze leisten?
3. Welche Empfehlungen für die Weiterentwicklung der (nationalen) Gesundheitsberichterstattung können gegeben werden?

Für den Workshop standen folgende Leitfragen im Mittelpunkt:

1. Welche Rolle können partizipative Ansätze bei der Erstellung von praxisrelevanten Gesundheitsberichten spielen?
2. Welchen Nutzen hat Partizipation für die Gesundheitsplanung und für die Entwicklung von Maßnahmen und Programmen?
3. Wie können partizipative Ansätze eingesetzt werden, um beispielsweise kulturelle, ethnische oder regionale Spezifika zu erfassen, in Ergänzung zu den vorhandenen Daten?

1.3 Partizipative Gesundheitsforschung und partizipative Epidemiologie

Die inhaltliche Einführung begann mit einem Vortrag von Dr. Claudia Santos-Hövenner über die Grundprinzipien der partizipativen Gesundheitsforschung, in deren Mittelpunkt die Organisation möglichst gleichberechtigter Partnerschaften zwischen Forschenden, Fachkräften aus der Praxis und den ko-forschenden Bevölkerungsgruppen stehen (vgl. ICPHR 2013). Zudem wurde in eine Stufenleiter zur Abschätzung des Partizipationsniveaus eingeführt, bei der Mitbestimmung und Entscheidungskompetenz zu den Merkmalen einer gelungenen Partizipation gehören (Wright et al. 2008).

In der anschließenden Einführung in die Konzeptentwicklung zur „partizipativen Epidemiologie“ vermittelte Mario Bach einen Einblick in den dafür erstellten Literaturbericht und thematisierte den berichteten Nutzen partizipativer Ansätze in epidemiologischen Studien und Gesundheitsberichten. Dazu gehören:

- Erweiterung des Ursachenmodells zur Erklärung von Krankheit/Gesundheit,
- erweiterte Möglichkeiten praxisrelevante Forschungsfragen zu formulieren,
- neue Zugangsmöglichkeiten ins Feld über vertrauensvolle Partnerschaften,
- eine potenziell höhere Akzeptanz von epidemiologischen Instrumenten,
- eine potenziell höhere Rücklauf- bzw. Teilnahmequoten in Studien,
- erweiterte Möglichkeiten der Ergebnisüberprüfung,
- Gesundheitsbildung und Kompetenzbildung als Teil des Studien- bzw. Berichtsprozesses,
- verbesserte Translation der Ergebnisse in die Public Health Praxis.

Bei diesen Punkten handelt es sich um eine Zusammenfassung aus mehreren Studien, Gesundheitsberichten und theoretisch-konzeptuellen Papieren. Entsprechend kann der Nutzen partizipativer Ansätze in stets unterschiedlichem Umfang auftreten.

1.4 Zwei Praxisbeispiele aus Deutschland

Mit den von Bettina Brandeis (Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis) vorgestellten Praxisbeispielen „Altersfreundliche Kommune – Stadtteilanalyse Weinheim-West“ und „Schulprojekt: Erkundung der Bewegungsräume in der Weinheimer Nordstadt“ konnten einige Aspekte der partizipativen Zusammenarbeit mit älteren Bürgerinnen und Bürgern sowie mit Schülerinnen und Schülern aufgezeigt und diskutiert werden.

2 Zweiter Tag

Zwei Kleingruppen arbeiteten zu den Fragen wie partizipative Ansätze in der Vorbereitung (Gruppe 1) und in der Durchführung (Gruppe 2) von Studien oder Berichten eingesetzt werden können. In den Gruppen wurden vom RKI vorbereitete und von den Teilnehmenden aufgeworfene Fragen diskutiert, stichpunktartig auf Moderationskarten festgehalten und in der sich anschließenden Plenumsitzung vorgestellt. Die nachfolgenden Stichpunkte fassen die wichtigsten Diskussionsinhalte zusammen. Die Fotos der Moderationskarten befinden sich im Anhang.

2.1 Kleingruppe „Vorbereitung“

Folgende allgemeine Aspekte wurden diskutiert:

- Zur Beschreibung des „Public Health Problems“ können Vertretungen der betroffenen Bevölkerungsgruppe und Akteure aus der Public Health Praxis und der Verwaltung (möglichst ressortübergreifend) einbezogen werden. Diese Kooperationen können dazu beitragen, ein umfassenderes Bild eines Public Health Problems zu erhalten, um dementsprechend die GBE oder Maßnahmen zielgenauer planen zu können.
- Die „unsichtbare Vorbereitung“, wie bspw. die Anbahnung von Kontakten mit den o.g. Akteuren, und die Organisation einer ressort- und akteursübergreifenden Zusammenarbeit sind eigene Leistungen. Deren Beschreibungen können unter Umständen in die Gesundheitsberichte aufgenommen werden.
- Die GBE sollte stärker „praxisgetrieben“ geplant und deren Erstellung ebenfalls stärker an ihren Adressatinnen und Adressaten „ausgerichtet“ werden.
- Der „Fokus auf Zahlen“ (bspw. Routinedaten) scheint nicht immer hilfreich. Andere Daten wie beispielsweise aus Anwohnerbefragungen, Stadtteilbegehungen oder Photovoice-Projekten können ebenfalls relevante Informationsquellen für die GBE sein.
- Eine akteursübergreifende Zusammenarbeit (Bevölkerungsgruppen und/oder Akteure aus Verwaltung und der Public Health Praxis) und die Entwicklung eines „breiteren Blicks“ (verstanden als eine umfassendere Definition von GBE) werden als ressourcenintensiv und (kommunal-)politisch herausfordernd eingeschätzt, da Aufgabenzuständigkeiten und lokal gewachsene Strukturen der Zusammenarbeit davon betroffen sind, die ggf. angepasst werden müssten.

Folgende Empfehlungen wurden entwickelt:

- Wenn möglich, sollte die Erstellung von Gesundheitsberichten „offener“ angegangen werden statt „nur“ auf die vorhandenen (Routine-)Daten und die damit einhergehenden Themen abzustellen.
- Die dafür relevanten Fragenstellungen sollten mit möglichst vielen Akteuren vorab erörtert und abgeklärt werden.
- Zur Erstellung von Gesundheitsberichten kann sowohl die Namensgebung als auch die Verantwortlichkeit (Federführung) wichtig sein. Werden bspw. gesundheitlich relevante

Themen in Kooperationen von verschiedenen Verwaltungsressorts bearbeitet, können die auf Gesundheit bezogenen Themen auch unter einem anderen Titel kommuniziert werden (dies kann u.U. deren Publikation erleichtern, bspw. aufgrund kommunalpolitischer Arbeitsschwerpunkte).

- Neben der Textform sollten andere Formen der Berichterstattung wie Info-Veranstaltungen, Filme, lokale Aktionen usw. häufiger genutzt werden. Über diese Formate können nicht nur mehr Menschen beziehungsweise (neue) Zielgruppen erreicht werden, sondern auch (neue) Partnerinnen und Partner in den Prozess der Berichterstattung und/oder Ergebniskommunikation einbezogen werden.
- Die GBE sollte stärker die Entwicklungstendenzen (kommunal) relevanter Public-Health-Themen aufgreifen. Dazu sollten Verlaufsdaten oder Prognosen genutzt werden, insofern dafür Daten zur Verfügung stehen.
- Generell sollten Gesundheitsberichte in einer für die Allgemeinheit verständlichen (und ggf. einfachen) Sprache geschrieben werden.
- Innerhalb der Verwaltungen sollte eine ressortübergreifende Zusammenarbeit bei der Erstellung von Berichten angestrebt werden.
- Praxisbeiräte können in die Berichtserstellung einbezogen werden, um den Anwendungsbezug der GBE zu verbessern.
- Wird vonseiten der (Gesundheits-)Verwaltung eine Zusammenarbeit mit Praxispartnern und/oder Zielgruppen durchgeführt, dürfen diese Gruppen im Prozess der Berichtserstellung „nicht verloren gehen“. Damit ist gemeint, dass die zeitliche Perspektive der Zusammenarbeit über die eigentliche Berichtserstellung hinausgedacht werden muss. Dies betrifft sowohl die Phase vor der Berichtserstellung (bspw. Themenfindung) als auch die Phase nach der Berichtserstellung (bspw. Ergebniskommunikation). Kann dies nicht sichergestellt werden, sollte auf partizipative Ansätze verzichtet werden.

2.2 Kleingruppe „Durchführung und Anwendung“

Zunächst wurden Ideen zur Durchführung gesammelt:

- Die Frage „warum“ ein Bericht erstellt wird, sollte im Idealfall den Prozess der Berichtserstellung leiten. Das heißt, partizipative Ansätze können u.a. zur Definition des Ausgangsproblems und für Zieldefinitionen herangezogen werden.
- Als ergänzende Darstellungsformen eignen sich auch Zitate oder Fotos.
- Beim Verfassen von Berichten sollten verschiedene Beteiligungsmöglichkeiten ausgelotet werden, die unterschiedliche Stufen von Partizipation umfassen können.
- Beim angesprochenen Format der „Casting-Show“, bei dem Zielgruppen gesundheitlich relevante Themen spielerisch präsentieren, kommen die Elemente Datenerhebung und Intervention zusammen (Sammlung gesundheitlich relevanter Themen und Vorschläge zu deren Bearbeitung). Zudem können die Beschreibungen solcher Formate und der darin gefundenen Lösungsvorschläge in die Berichterstattung aufgenommen werden.

Die Gruppe „Durchführung und Anwendung“ hat auch über Begriffsdefinitionen diskutiert:

- Die Abgrenzung von „Gesundheitsinformation“ vs. „Gesundheitsberichterstattung“ und die Definition von GBE als methodisch und inhaltlich „transparente Information“ ist nicht immer einfach.
- Da die GBE oft auch interessengeleitet erstellt wird (bspw. kommunalpolitische Schwerpunktsetzungen bezüglich der Themenauswahl), stellt sich die Frage nach der „Objektivität“ der darin enthaltenen Informationen.

Folgende Herausforderungen bei der Erstellung von Berichten wurden diskutiert:

- Die Verwendung verschiedener Methoden in der Erhebung und Analyse (vgl. *mixed methods*) ist anspruchsvoll.
- Die den Berichtenden zur Verfügung stehenden „Freiheitsgrade“ in der Erstellung von Berichten sind in der Regel durch organisationale, politische und/oder ressourcenbezogene Zwänge eingeschränkt.
- Als herausfordernd wird die „Abgrenzung“ zu den beteiligten Bürgerinnen und Bürgern bzw. Zielgruppen im Rahmen partizipativer Prozesse beschrieben. Einerseits, weil Erwartungshaltungen entstehen können, die vonseiten der Verwaltung nicht immer erfüllt werden können. Andererseits, weil der Prozess der Vertrauensbildung ressourcenaufwändig ist und daher nicht immer durchgängig aufrechterhalten und gepflegt werden kann.
- Mit Emotionalität und persönlicher Betroffenheit aufseiten der Bürgerinnen und Bürgern (bspw. bei einem schwierigen Gesundheitsthema) muss vonseiten der Verwaltung adäquat umgegangen werden können, wenn eine partizipative Zusammenarbeit angestrebt wird.
- Für die Durchführung partizipativer Prozesse ist eine „Professionalisierung“ aufseiten der Verwaltung notwendig. Dazu gehören das Erlernen geeigneter Ansätze und Methoden.

Zur Anwendung und Verbreitung von Ergebnissen wurde diskutiert:

- Die Möglichkeiten der Einbeziehung von Zielgruppen bei der Verbreitung von Erkenntnissen und Materialien sollte stärker ausgelotet werden.
- Über alternative Formen und Medien der Verbreitung von Ergebnissen und Gesundheitsinformationen sollte stärker nachgedacht werden.

Als Empfehlungen für die Durchführung und Anwendung partizipativer Ansätze wurde festgehalten:

- „Selbstreflexion“ sollte stärker zu den Aufgaben der GBE beziehungsweise zu denen der Berichtenden gehören (bei klarer Trennung von Qualitätsberichterstattung und Gesundheitsberichterstattung).
- Die GBE sollte sich stärker am Public Health Action Cycle ausrichten.
- Eine stärkere Public-Health-Orientierung aufseiten der GBE wird als sinnvoll erachtet.

- Verschiedene Aspekte von „Schnittstellenproblematiken“ sind in der Diskussion deutlich geworden. Dazu zählen 1.) Schnittstellen innerhalb der Verwaltung (z.B. GBE und Gesundheitsförderung), 2.) Schnittstellen zwischen der Verwaltung/ÖGD und Akteuren aus Public Health und Krankenversorgung und 3.) Schnittstellen zwischen der Verwaltung/ÖGD und der Bevölkerung vor Ort. Um die Zusammenarbeit an diesen Schnittstellen zu ermöglichen oder zu verbessern, sollten entsprechende Strukturen/Instrumente genutzt oder entwickelt werden.
- Die GBE sollte nicht nur informativ, sondern auch ansprechend und „inspirierend“ gestaltet sein.

Folgende allgemeine Erkenntnisse bzgl. partizipativer Ansätze wurden in der Gruppe entwickelt:

- Das Konzept der „partizipativen Epidemiologie“ hat inhaltliche Überschneidungen zu anderen Konzepten, die ebenfalls auf die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern oder von Zielgruppen abstellen. Hier bedarf es größerer konzeptueller Klarheit.
- Partizipative Ansätze können „Lücken“ in der bestehenden Berichterstattung durch relevante Informationen ergänzen.
- Partizipative Ansätze können insbesondere bei stigmatisierenden Themen, beim Adressieren von besonders vulnerablen Gruppen oder zur Aufdeckung von Stereotypen ein geeigneter Ansatz sein.

3 Zusammenfassung und Ausblick

Die wichtigsten Ergebnisse des Workshops waren:

- Eine insgesamt positiv beurteilte Relevanz partizipativer Ansätze für die Verwaltung/ÖGD und die GBE.
- Der hohe Ressourcenaufwand und die vergleichsweise längere Dauer der Umsetzung partizipativer Ansätze in der Epidemiologie und/oder Gesundheitsberichterstattung (Ressourcen und Methoden) werden als besondere Herausforderungen hervorgehoben.
- Die dafür notwendige Vernetzung mit verwaltungsinternen und externen Akteuren und das Schnittstellenmanagement, häufig in Anlehnung an den Public Health Action Cycle, werden als eine mögliche Entwicklungsperspektive zu Etablierung partizipativer Ansätze gesehen.
- Die Weiterentwicklung der Kernaufgaben und Grenzen der GBE und Möglichkeiten ihrer Öffnung werden als ebenfalls wichtige Entwicklungsperspektiven gesehen.

Ausblick

In der Abschlussrunde des Workshops äußerten einige Teilnehmende den Wunsch nach einer Verstetigung der Zusammenarbeit. Dabei wurden auch schon Ideen wie gemeinsame Präsentationen auf einschlägigen Konferenzen oder gemeinsame Publikationen genannt. Wir werden diese Anregungen im Rahmen von PartKommPlus aufgreifen.

Dankeschön!

Wir möchten uns nochmals für die anregenden Diskussionen und Ideen bedanken und hoffen, dass wir mit Ihnen im Austausch über diese wichtigen Themen bleiben können.

Berlin im Juli 2017

Dr. Claudia Santos-Hövenner, Susanne Jordan und Mario Bach

Anhang

Programm des Workshops

Uhrzeit	Inhalte Tag 1
13.30 - 14.00	Ankunft
14.00 - 14.15	Begrüßung
14.15 - 14.30	Vorstellung der Teilnehmenden und Einführung in den Workshop
14.30 - 16.00	Einführung in die Partizipative Gesundheitsforschung und Vorstellung des Konzepts der Partizipativen Epidemiologie (Vortrag und Diskussion)
16.00 - 16.30	Pause
16.30 - 17.15	Zwei Praxisbeispiele aus Deutschland
ab 17.30	Imbiss vor Ort

Uhrzeit	Inhalte Tag 2
09.00-09.15	Einführung in den Tag
09.15-09.30	Einführung in die Kleingruppenarbeit
09.30-10.30	Gruppe 1 (Vorbereitung einer Studie oder eines Berichts)
	Gruppe 2 (Durchführung und Erstellung einer Studie oder eines Berichts)
10.30-11.00	Pause
11.00-11.30	Bericht aus den Kleingruppen
11.30-12.15	Diskussion der Ergebnisse
12.15-13.15	Imbiss vor Ort
13.15-14.00	Zusammenfassung und Abschluss
14.00	Ende der Veranstaltung

Literatur

Bach M, Jordan S, Hartung S et al. (2017) Participatory epidemiology: the contribution of participatory research to epidemiology. *Emerging Themes in Epidemiology* 14: 2

International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) (2013) Position Paper 1: What is Participatory Health Research? Version: Mai 2013. Berlin: International Collaboration for Participatory Health Research. In: www.icphr.org (07/2017).

Wright/Block/Unger (2008): Stufen der Partizipation. In: www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html (07/2017).

Homepages

Homepage des Robert Koch-Instituts
www.rki.de

Homepage des Forschungsverbundes "PartKommPlus" (PKP)
www.partkommplus.de

Homepage des deutschen Netzwerks für partizipative Gesundheitsforschung (PartNet)
www.partnet-gesundheit.de

Homepage des internationalen Netzwerks für partizipative Gesundheitsforschung (ICPHR)
www.icphr.org

Homepage zur partizipativen Qualitätsentwicklung (PQF)
www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de

Kontaktadresse im RKI

Mario Bach
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Straße 62-66
12101 Berlin
E-Mail: partkommplus@rki.de