

Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger

[Michael T. Wright](#)

(letzte Aktualisierung am 16.02.2016)

Aktuelle Version

doi: [10.17623/BZGA:224-i084-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i084-1.0)

Das ‚offizielle‘ Verständnis von BürgerInnenbeteiligung spannt sich von einer rein rhetorischen Figur der politischen Rede bis zu gesetzlich festgelegten Verordnungen, die BürgerInnenbeteiligung bei Sanierungs- und Stadtplanungsmaßnahmen vorschreiben. Ihre Ausführung erschöpft sich jedoch meistens in der amtlichen Bekanntmachung der Planungen. Wird der Begriff BürgerInnenbeteiligung in Deutschland von etablierter Seite benutzt, so muss man ihn meist mit ‚Akzeptanzförderung‘ übersetzen. Tatsächliche Teilhabe an Entscheidungen ist bisher nur in seltenen Fällen gewollt und wird auf verschiedenen Ebenen eher behindert.

Eine von Trojan in den 1980er Jahren entwickelte 12-stufige Leiter der BürgerInnenbeteiligung illustriert dies: Beteiligungsformen sind in Deutschland in ihrer überwiegenden Mehrheit in der unteren Hälfte der Leiter angesiedelt (Teilnahme an ...). Tatsächliche Teilhabeformen wie etwa partnerschaftliche Verhandlungen oder institutionalisierte Entscheidungsmacht sind nur in wenigen Ausnahmefällen zu finden (s. Abb.). Ähnliche neuere Modelle zur BürgerInnenbeteiligung (Cahill 1996) bestätigen diese frühe Einschätzung.

Abb. 1: Systematik verschiedener Beteiligungsformen ("12-Stufen-Leiter") nach Trojan (1990)

Das zweite Modell, das Stufenmodell der Gesundheitsförderung nach Wright, Block und von Unger (2010), setzt auf der Projektebene an. Das Modell soll der systematischen Entwicklung einer partizipativen Praxis der Gesundheitsförderung im Rahmen der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ) dienen. PQ sieht vor, die Effektivität gesundheitsfördernder Angebote durch eine stärkere Einbeziehung der Zielgruppen von Maßnahmen in alle Phasen der Problembestimmung, der Projektplanung, -durchführung und -auswertung zu steigern. PQ setzt den Schwerpunkt auf eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Professionellen, Bürgerinnen und Bürgern sowie Geldgeberinnen und Geldgebern bzw. Verwaltung. Durch PQ werden methodische Zugänge zur Realisierung einer partizipativen Praxis geschaffen, die sich in Organisationsentwicklungsprozesse von Einrichtungen der Gesundheitsförderung integrieren lassen.

Abb. 2: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung (Wright/Block/von Unger, in: Wright 2010)

Auf der **Ebene der Nicht-Partizipation** werden zwei Ausprägungen beschrieben, die im Gesundheitswesen oft anzutreffen sind.

Stufe 1 - Instrumentalisierung: Die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle. Entscheidungen werden außerhalb der Zielgruppe getroffen und die Interessen der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger stehen im Mittelpunkt. Zielgruppenmitglieder nehmen eventuell an Veranstaltungen teil, ohne deren Ziel und Zweck zu kennen (Zielgruppenmitglieder als "Dekoration").

Stufe 2 - Anweisung: Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger (oft ausgebildete Fachkräfte) nehmen die Lage der Zielgruppe wahr. Ausschließlich auf Grundlage der (fachlichen) Meinung der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger werden die Probleme der Zielgruppe definiert und Maßnahmen zu ihrer Beseitigung oder Linderung festgelegt. Die Meinung der Zielgruppe zu ihrer eigenen Situation wird nicht berücksichtigt. Die Kommunikation seitens der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger ist direktiv.

Bei den **Vorstufen der Partizipation** handelt es sich um eine zunehmend starke Einbindung der Zielgruppe in Entscheidungsprozesse, auch wenn (noch) kein direkter Einfluss auf die Prozesse möglich ist.

Stufe 3 - Information: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger teilen der Zielgruppe mit, welche Probleme die Gruppe aus ihrer Sicht hat und welche Hilfe sie benötigt. Der Zielgruppe werden verschiedene Handlungsmöglichkeiten für die Beseitigung oder Linderung ihrer Probleme empfohlen. Das Vorgehen der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger wird erklärt und begründet. Die Sichtweise der Zielgruppe wird berücksichtigt, um die Akzeptanz der Informationsangebote und die Aufnahme der Botschaften zu fördern.

Stufe 4 - Anhörung: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger interessieren sich für die Sicht der Zielgruppe auf deren eigene Lage. Die Mitglieder der Zielgruppe werden angehört (z. B. auf Grundlage von Befragungen), haben aber keine Kontrolle darüber, ob ihre Position Beachtung findet.

Stufe 5 - Einbeziehung: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger lassen sich von ausgewählten Personen aus der Zielgruppe (oft Personen, die z. B. der jeweiligen Einrichtung nahestehen) beraten. Die Beratungen haben jedoch keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

Bei der **Partizipation** hat die Zielgruppe eine formale, verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung.

Stufe 6 - Mitbestimmung: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger halten Rücksprache mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme mit ihnen abzustimmen. Es kann zu Verhandlungen zwischen Zielgruppenvertretung und Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern zu wichtigen Fragen kommen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine alleinige Entscheidungsbefugnis.

Stufe 7 - teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz: Ein Beteiligungsrecht stellt sicher, dass die Zielgruppe bestimmte Aspekte einer Maßnahme selbst bestimmen kann. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt jedoch in den Händen von anderen, z. B. bei Fachkräften einer Einrichtung.

Stufe 8 - Entscheidungsmacht: Die Zielgruppenmitglieder bestimmen alle wesentlichen Aspekte einer Maßnahme selbst. Dies geschieht im Rahmen einer gleichberechtigten Partnerschaft mit einer Einrichtung oder anderen Akteurinnen und Akteuren. Menschen (z. B. Fachkräfte) außerhalb der Zielgruppe sind an wesentlichen Entscheidungen über Methoden zur Entwicklung einer partizipativen Praxis beteiligt, sie spielen jedoch keine bestimmende, sondern eine begleitende oder unterstützende Rolle.

Die letzte Stufe des Modells **geht über die Partizipation hinaus**. Sie umfasst alle Formen selbst organisierter Maßnahmen, die nicht unbedingt als Folge eines partizipativen Entwicklungsprozesses entstehen, sondern von Anfang an von Bürgerinnen und Bürgern selbst initiiert werden können.

Stufe 9 - Selbstorganisation: Eine Maßnahme bzw. ein Projekt wird von Mitgliedern der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt. Häufig entsteht diese Initiative aus eigener Betroffenheit. Die Entscheidungen trifft die Zielgruppe eigenständig. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt bei der Zielgruppe. Alle Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sind Mitglieder der Zielgruppe. Diese Stufe schließt alle Formen von Initiativen ein, die von Menschen aus der Zielgruppe selbst konzipiert und durchgeführt werden. Diese können formell (z. B. als Verein) oder informell als (spontane) Aktion gleichgesinnter Menschen organisiert werden.

Mitte der 2000er-Jahre kam es zur Festlegung von Kriterien und Verfahren für Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung als Antwort auf die Forderung der Praxis und der Geldgeberseite, wirksame Konzepte besser identifizieren und fördern zu können. Der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit hat Partizipation als eines der zwölf Good-Practice-Kriterien aufgestellt und verweist dabei auf das o. g. Stufenmodell. Auch andere Instrumente der Qualitätsentwicklung erkennen Partizipation als Grundprinzip an. Der 2014 aktualisierte "Leitfaden Prävention" der GKV führt die Partizipation der Zielgruppen und Stakeholder als grundlegendes (Qualitäts-)Merkmal des gesamten Gesundheitsförderungsprozesses auf und macht Partizipation damit zu einem Förderkriterium.

Nicht nur in der Praxis der Gesundheitsförderung wird Partizipation immer stärker betont, sondern auch in der Forschung. Durch die Einbeziehung von verschiedenen Menschen, die an Angeboten der Gesundheitsförderung beteiligt sind - vor allem der Menschen, die von diesen Angeboten profitieren sollen - werden neue Erkenntnisse über Fragen der Wirksamkeit, der Gestaltung und des Zugangs beantwortet (→ [Partizipative Gesundheitsforschung](#)).

Der Aufstieg der Partizipation von einem zunächst in der Ottawa-Charta genannten Kernmerkmal der Gesundheitsförderung zu einem institutionell anerkannten Prinzip der Gesundheitsförderung ist positiv zu bewerten. Die Gefahr einer starken Formalisierung darf jedoch nicht unterschätzt werden, und es lohnt eine genauere Betrachtung und Auseinandersetzung mit den Kriterien gelebter und angemessener Partizipation. Die zunehmende Tendenz, Partizipation zu formalisieren und zu institutionalisieren, bedeutet nicht unbedingt, dass Bürgerinnen und Bürger tatsächlich immer mehr Einfluss auf das Feld der Gesundheitsförderung ausüben. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass eine Pflicht zur Partizipation in Praxis und Forschung oft nur neue Formen der Instrumentalisierung und der Scheinpartizipation hervorruft.

Wenn das Prinzip der Partizipation ernst genommen wird, müssen neue Strukturen und Arbeitsweisen entwickelt werden. Zunächst müssen Räume zum Experimentieren und Reflektieren geschaffen werden, damit die Beteiligten lernen können, wie sich Partizipation am besten realisieren lässt. Partizipation fordert heraus, weil sie Zeit, Flexibilität, Zusammenarbeit auf Augenhöhe, die Bereitschaft, auch außerhalb von Hierarchien zu agieren, Vertrauensaufbau und Kontinuität in der Zusammenarbeit verlangt. Eine der vordringlichen Aufgaben in der Förderung einer partizipativen Praxis besteht darin, die hierfür notwendigen Gelegenheiten auf kommunaler wie überregionaler Ebene zu schaffen. Institutionelle Formen von ‚Brückeninstanzen‘ (Kontaktstellen, Impact-Hubs, Gesundheitsbeiräten o. Ä.) übernehmen hier eine wichtige Funktion als Übersetzungshilfen und Konfliktmediatorinnen und -mediatoren zwischen den potenziellen Partnerinnen und Partnern von Prozessen der Partizipation (→ [Vermitteln und Vernetzen](#), → [Anwaltschaft](#),

→ [Partnerschaften für Gesundheit](#)). Als weitere wichtige Aufgabe müssen die strukturellen Hindernisse abgebaut werden, die partizipativ angelegte Prozesse der Entwicklung und Durchführung von Angeboten der Gesundheitsförderung erschweren. Zeitlich begrenzte, professionell angeleitete Maßnahmen, die auf Verhaltensänderungen ausgerichtet sind, bestimmen noch den Alltag und bieten kaum Möglichkeiten, partizipativ zu arbeiten. Förderprogramme können beispielsweise unterstützen, indem sie flexibler werden und dadurch erlauben, dass Projekte ihre Pläne im Vorfeld partizipativ konzipieren und sie im Projektverlauf in partizipativen Prozessen nachsteuern und anpassen können. Eine partizipative Praxis der Gesundheitsförderung erfordert Zeit und Mittel für eine längerfristige Zusammenarbeit aller Beteiligten, um Kapazitäten für die Eigeninitiative der Bürgerinnen und Bürger ausbauen und dadurch Veränderungen der Rahmenbedingungen für Partizipation besser realisieren zu können.

Literatur: Cahill J, *Patient Participation: a concept analysis*, in: *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 24, 1996, 567-57.
Hartung S/Rosenbrock R, *Partizipation und Gesundheit*. Bern 2012.
Saltman RB, *Der konzeptionelle Kontext für eine Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen - Eine länderübergreifende Herausforderung*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2000, 40-50.
Stark W, *Kann Nachhaltigkeit gesellschaftlich partizipativ erreicht werden? Über Partizipation, Bürgerengagement und Zivilgesellschaft*. In: *Hessische Landeszentrale für politische Bildung (Hg.): Wege in die Nachhaltigkeit. Die Rolle von Medien, Politik und Wirtschaft bei der Gestaltung unserer Zukunft*. Wiesbaden 2013.
Straßburger G/Rieger J, *Partizipation Kompakt: Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe*. Landsberg 2014.
Trojan A, *Bürgerbeteiligung - Die 12-stufige Leiter der Beteiligung von Bürgern an lokalen Entscheidungsprozessen*, in *GesundheitsAkademie (Hrsg.). Bürger aller Städte beteiligt Euch... "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000"?. Themenband 2*, Bremen 1990: GesundheitsAkademie,
Wright, MT (Hg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern 2010.

Internetadressen:

- www.b-b-e.de (Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement)
- www.buergergesellschaft.de
- www.engagement-macht-stark.de
- www.for-be.de (Forschungszentrum für Bürgerschaftliches Engagement)
- www.forschungsstelle-direkte-demokratie.info/tiki-index.php
- www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de
- www.pq-hiv.de

Verweise: [Anwaltschaft - Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen](#), [Partizipative Gesundheitsforschung](#), [Partnerschaften für Gesundheit](#), [Vermitteln und Vernetzen](#)

Ich danke Wolfgang Stark für die Arbeit an vorausgehenden Fassungen dieses Leitbegriffs.

[zurück zur Übersicht](#)