Community Mapping als Methode

Erfahrungen aus der partizipativen Zusammenarbeit mit Migrant*innen

Tanja Gangarova und Hella von Unger¹

Zusammenfassung

Mapping-Verfahren werden genutzt, um Personen aus den Zielgruppen und Lebenswelten an der Community-basierten Partizipativen Gesundheitsforschung, Gesundheitsförderung und Prävention zu beteiligen. Community Mapping bezeichnet ein gruppenbasiertes Verfahren, mit dem Mitglieder einer lebensweltlichen Gemeinschaft (engl. *community*) bestimmte Aspekte ihrer Gemeinschaft in Form einer Zeichnung oder Karte (engl. *map*) visualisieren, um in einem partizipativen Prozess Ressourcen, Probleme und Lösungsansätze für die Stärkung der Community und die Verbesserung ihrer Situation zu identifizieren. Wir stellen zwei Varianten des Community Mappings vor, mit denen wir praktische Erfahrung gesammelt haben. Die eine Variante visualisiert räumliche Aspekte, Angebote und Einrichtungen einer Community – im vorliegenden Fall haben männliche, migrierte Sexarbeiter ihre Lebens- und Arbeitswelt in Dortmund gezeichnet. Die zweite Variante bildet abstraktere Aspekte einer Community ab – hier haben lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter* und queere (LGBTIQ*) Geflüchtete aus verschiedenen Herkunftsregionen in Berlin gemeinsame Anliegen visualisiert. Ausgehend von einer Klärung des

1 Tanja Gangarova | Deutsche Aidshilfe e. V. | tanja.gangarova@dah.aidshilfe.de.
Hella von Unger | Ludwig-Maximilians-Universität München | unger@lmu.de.

Community-Begriffs erläutern wir diese Beispiele und zeigen, wie Mapping-Prozesse dazu beitragen können, Angebote partizipativ zu entwickeln und auf die Bedürfnisse der Gruppen zuzuschneiden. Community Mapping eignet sich für die Zusammenarbeit mit mehrsprachigen und marginalisierten Gruppen. Es bestehen jedoch auch Herausforderungen und wir diskutieren die Vorzüge und Grenzen des Verfahrens, um die Methodenreflexion anzuregen.

Schlüsselbegriffe

CBPR; Community; Community Mapping; Gemeinschaft; Gesundheitsförderung; HIV-Prävention; Migrant*innen; Partizipative Forschung; Empowerment; Partizipation

1 Einleitung

In dem dynamischen Feld der partizipativen Forschung (Bergold & Thomas 2012) ist Community-basierte partizipative Forschung (engl. *community-based participatory research*; CBPR) ein Ansatz, der international und insbesondere im anglo-amerikanischen Raum weit verbreitet ist (Israel et al. 2018; Minkler & Wallerstein 2003; Wallerstein & Duran 2010; Wallerstein et al. 2018). Er findet insbesondere in der Gesundheitsforschung und -förderung mit sozial benachteiligten Gruppen und Gemeinschaften Verwendung, auch im Kontext von HIV und Aids (Chung & Lounsbury 2006; Guta et al. 2014; Rhodes 2010).

Community-basierte partizipative Forschung (CBPR) hat mit anderen Ansätzen der Partizipativen Gesundheitsforschung gemein, nicht-wissenschaftliche Partner*innen an der Forschung zu beteiligen, um gemeinsam Wissen zu generieren, Gesundheit zu fördern und die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Das Besondere an CBPR als einem spezifischen Ansatz der Partizipativen Gesundheitsforschung ist der konzeptionelle und praktische Fokus auf „Community“ bzw. Communities (d. h. auf alltags- und lebensweltliche Gemeinschaften) (Israel et al. 2018). Dieser Fokus prägt die Antworten auf die Fragen „Wer wird beteiligt?“ und „Um wen bzw. um wessen Gesundheit geht es?“. CBPR rückt marginalisierte Gruppen in den Mittelpunkt und sieht die Beteiligung von jeweils „betroffenen“ Personen und Einrichtungen und damit von Mitgliedern, Organisationen und Vertreter*innen lebensweltlicher Gemeinschaften vor. Das heißt, es werden beispielsweise nicht nur professionelle Akteur*innen in einem Setting beteiligt, sondern immer auch Mit-

glieder der betreffenden Ziel- oder Patient*innengruppen, um deren Gesundheit es geht, sowie ggf. deren Angehörige, Interessenvertretungen sowie weitere Personen und Einrichtungen aus dem weiteren Umfeld und relevanten gemeinschaftlichen Bezügen (d. h. Community-Bezügen) (von Unger 2012a). Der Begriff Community spielt also eine zentrale Rolle und wird von uns an späterer Stelle genauer ausgeführt. Eine zweite Besonderheit des CBPR-Ansatzes, der ihn von anderen Ansätzen der partizipativen Forschung unterscheidet und ihn für das Feld „Gesundheit und Migration“, in dem wir uns verorten, besonders geeignet macht, ist seine diskursive Prägung durch kritische Debatten im angloamerikanischen Raum. Diese Debatten thematisieren Rassismus als ein Element von Unterdrückungsverhältnissen deutlich stärker, als dies im deutschsprachigen Raum bislang der Fall war, und dies hat auch die Praxis und Theorie von CBPR geprägt. So beinhalten die methodologischen Prinzipien von CBPR eine explizite Aufforderung, Machtaspekte und Benachteiligung im Hinblick auf verschiedene Dimensionen zu reflektieren, inklusive „race“ und Ethnizität (in Verschränkung mit Geschlecht, Sexualität etc.) (Israel et al. 2018). Dies gilt auch für die Reflexion der Zusammenarbeit unter den Partner*innen, da Rassismen und andere Prozesse, die gesellschaftliche Ungleichheit produzieren, auch in der forschenden Zusammenarbeit reproduziert werden können (Muhammad et al. 2018).

Im Folgenden stellen wir die Prinzipien von CBPR in ihren Grundzügen dar und beschreiben das Passungsverhältnis für den Bereich der HIV-Prävention mit Migrant*innen, in dem wir CBPR und Mapping-Verfahren angewendet haben. Anschließend erläutern wir den Community-Begriff, um darauf aufbauend die Methode des Community Mappings vorzustellen und an zwei Beispielen zu illustrieren.

2 Community-basierte partizipative Forschung

Community-basierte partizipative Forschung (CBPR) legt einen Schwerpunkt auf die gleichberechtigte Zusammenarbeit unterschiedlicher Partner*innen, die gemeinsam forschen, um Gesundheit zu fördern und gesundheitliche Ungleichheit abzubauen (Israel et al. 2018; Wallerstein et al. 2018). Der Ansatz sieht vor, betroffene Gruppen und ihre lebensweltlichen Gemeinschaften sowie weitere Akteur*innen des Gesundheits- und Sozialwesens von Anfang an und gleichberechtigt an allen Phasen des Forschungsprozesses zu beteiligen: von der Themenfindung über die Formulierung der Ziele und Forschungsfragen, über die Auswahl der Forschungsmethoden, die Umsetzung des Forschungsprojekts, die Interpretation der Ergebnisse bis zur Verwertung der Produkte, die aus der Zusammenarbeit hervorgehen. In

CBPR sind als Partner*innen grundsätzlich Personen und Organisationen aus den lebensweltlichen Gemeinschaften, um deren Gesundheit es geht, (Community-Partner*innen) beteiligt, oft sind auch Vertreter*innen des Sozial- und Gesundheitssystems in professioneller Funktion beteiligt (diese Partner*innen können im deutschen Kontext Praxispartner*innen genannt werden; von Unger 2012a), sowie Vertreter*innen der Wissenschaft (akademische Partner*innen). CBPR geht davon aus, dass jede*r eine besondere Expertise einbringt, die für die Zusammenarbeit von Bedeutung ist (Israel et al. 2018, S. 31ff.). CBPR fokussiert Forschungsthemen, die von den jeweiligen Communities bestimmt werden, und zeichnet sich nach Wallerstein und Kolleg*innen (2018, S. 7–8) durch folgende zentrale Prinzipien aus:

- “ It is participatory.
- It is cooperative, engaging community members and researchers in a joint process in which both contribute equally.
- It is a co-learning process.
- It involves systems development and local community capacity building.
- It is an empowering process through which participants can increase control over their lives.
- It achieves a balance between research and action.”

Diese Prinzipien finden sich auch als Kriterien im ersten Positionspapier der „International Collaboration for Participatory Health Research“ (ICPHR) wieder (ICPHR 2013). Prozesse der Partizipation stellen also das Herzstück des Ansatzes dar. Damit ist eine gleichberechtigte Zusammenarbeit und Beteiligung der Partner*innen mit Entscheidungsmacht gemeint, wobei die Ausprägung und die jeweils passende „Stufe der Partizipation“ variieren können (von Unger 2012a, 2014; Wright et al. 2010). Die gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Communities sind Gegenstand der Forschung. Die Mitglieder der Community sind als Mitforschende (engl. *peer researcher*) beteiligt und werden zu diesem Zweck in der Regel geschult. Sie untersuchen (mit Unterstützung der Praxispartner*innen und akademischen Partner*innen) die Situation ihrer Community, um bestehende Probleme besser zu verstehen und Lösungen zu entwickeln. Eine solche Forschung nimmt auch die Ressourcen der Communities in den Blick und schließt Lernprozesse auf Seiten aller Beteiligten ein (*co-learning*) (siehe auch von Unger 2014). Es geht darum, nachhaltige Entwicklungsprozesse in Gang zu setzen, um strukturelle Verbesserungen in der Gesellschaft, im Versorgungssystem (*systems development*) sowie auf Community-Ebene herbeizuführen (*community capacity building*). Auch die direkt Beteiligten sollen einen Vorteil aus der Zusammenarbeit ziehen durch Prozesse der individuellen und kollektiven (Selbst-)Ermächtigung (*empowering process*). CBPR möchte also die Selbstbestimmung der betroffenen Gruppen fördern,

ihre Communities stärken und ihre Gesundheitschancen insgesamt verbessern (Viswanathan et al. 2004).

CBPR bringt in der Regel sehr unterschiedliche Partner*innen zusammen: Repräsentant*innen und Mitglieder aus Communities, die sozial und gesundheitlich benachteiligt sind, und Partner*innen, die stärker privilegiert sind (wie in der Regel die beteiligten Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen) (Minkler et al. 2012a). Die strukturellen Voraussetzungen für eine Teilhabe sind also in der Regel ungleich verteilt (von Unger 2012a) – dies bedarf der aktiven Steuerung und kritischen Reflexion, um die Zusammenarbeit im Projekt so gleichberechtigt wie möglich zu gestalten. Eine Haltung der kulturellen Bescheidenheit („*cultural humility*“; Tervalon & Murray-Garcia 1998, S. 117) wird in diesem Zusammenhang gefordert: „*a commitment to self-critique and self-reflection, including examining one's own racism and classism, addressing power imbalances, and establishing and maintaining authentic partnerships*“ (Israel et al. 2018, S. 34). Das oben genannte Prinzip der Reflexion von Machtaspekten und -beziehungen ist in CBPR also unverzichtbar (für ein gelungenes Beispiel siehe Wallerstein 1999). Die Forderung schließt an breiter geführte Debatten zu Subjektivität und Selbstreflexivität in der qualitativen Forschung sowie zu Insider- und Outsider-Positionalitäten in der Migrationsforschung (Nowicka & Ryan 2015) an, fokussiert aber stärker auf die Reflexion von Machtverhältnissen und Einflussmöglichkeiten in der Zusammenarbeit, weil CBPR ja den Anspruch erhebt, ungleiche Partner*innen (möglichst) gleichberechtigt zu beteiligen.

Als grundsätzliche Orientierung und fundamentale Herangehensweise (Wallerstein et al. 2018, S. 5) weist CBPR eine Affinität zu Konzepten und Praktiken der lebensweltnahen Gesundheitsförderung und strukturellen HIV-Prävention auf. Auf diese gehen wir im Folgenden kurz ein, da dies das Praxis-Feld darstellt, in dem wir die Methode des Community Mappings angewendet haben.

3 Community-basierte partizipative Praxis der HIV-Prävention

Die Beteiligung von Community-Partner*innen ist als tragende Säule der partizipativen Praxis im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention allgemein anerkannt (Hood et al. 2010; Minkler & Wallerstein 2003; Wallerstein & Duran 2010). Bereits in den 1980er-Jahren fand der partizipative Ansatz Eingang in gesundheitspolitische Strategien und Ansätze internationaler Einrichtungen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Minkler 2012). Auch auf nationaler Ebene

wurde die Beteiligung betroffener Communities und die Zusammenarbeit staatlicher und zivilgesellschaftlicher Akteur*innen zum Kernstück einer erfolgreichen Gesundheitspolitik (Rosenbrock 2007). Zu jener Zeit forderten HIV-Aktivist*innen als Reaktion auf die neue Epidemie, die viele Menschenleben kostete, und aus Protest gegen die Untätigkeit von Staat und großen Teilen der Wissenschaft die Einbeziehung von HIV-positiven Menschen in Entscheidungsprozesse. In diesem historischen Kontext wurden die GIPA-Prinzipien (*the greater involvement of people living with HIV/AIDS*) im Kampf gegen Aids formuliert und als Schlüsselprinzipien der HIV-Prävention international etabliert (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 1999). Auch das Konzept der strukturellen Prävention, das im Kontext der HIV-Prävention von zivilgesellschaftlichen Akteur*innen in Deutschland entwickelt wurde, versteht und nutzt lebensweltliche Gemeinschaftsbezüge (Communities) als wesentliche Ressource (Drewes & Sweers 2010). Die strukturelle Prävention sieht vor, betroffene Zielgruppen und ihre Communities zu beteiligen und individuelles Verhalten und gesellschaftliche Verhältnisse (Strukturen) zu beeinflussen, um Gesundheit lebensweltnah zu fördern und HIV-Risiken zu reduzieren. Das Konzept weist damit große Überschneidungen mit den Prinzipien von CBPR auf. Die Arbeit der Aidshilfen in Deutschland kann in vielerlei Hinsicht als Erfolg bewertet werden, nicht zuletzt wegen des großen Stellenwerts der Community-Beteiligung und ihrer Ausrichtung auf Empowerment der betroffenen Communities (Rosenbrock 2007). Allerdings sind Migrant*innen, schwarze Migrant*innen und People of Color im Vergleich zu anderen Gruppen bislang weniger stark in die HIV-Prävention in Deutschland einbezogen (Gangarova 2017). Diese Tatsache hängt nicht nur mit dem Migrations- und Infektionsgeschehen in Deutschland zusammen, sondern auch mit der sozialen und rechtlichen Ausgrenzung von Migrant*innen und den teils unzureichend entwickelten Diversity-orientierten Ansätzen der Präventionseinrichtungen in Deutschland, die ihre Beteiligung auch an der HIV-Prävention behindern (von Unger 2012b).

Mit seiner breiten Palette an kreativen und inklusiven Forschungsmethoden macht CBPR es möglich, auch stärker benachteiligte und marginalisierte Migrant*innen-Gruppen an der Entwicklung von HIV-Prävention zu beteiligen, ihre Communities zu stärken sowie fördernde und hemmende Faktoren ihrer Beteiligung zu untersuchen (von Unger et al. 2013). Wir argumentieren, dass Community Mapping in diesem Zusammenhang eine besonders vielversprechende Methode ist. Bevor wir darauf näher eingehen, führen wir zunächst den Begriff Community genauer aus.

4 Definition von Community

Der Begriff Community spielt sowohl in der Partizipativen Gesundheitsforschung als auch in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Rolle – und er ist konstitutiv für die Methode des Community Mapping. Der Begriff hat viele Bedeutungen und Definitionen (Jewkes & Murcott 1996; Labonte 2005). Bis in die 1970er-Jahre bezeichnete er eine bestimmte soziale, geografische oder demografische Einheit. Diese Definition wurde jedoch erweitert (Walter 2007). Im Mittelpunkt des aktuell in CBPR vertretenen Verständnisses von Community stehen Formen der lebensweltlichen Vergemeinschaftung (d.h. der Bildung einer größeren Gruppe), die mit einer kollektiven Identität, d.h. einem gewissen Gemeinschaftsgefühl, einem Bewusstsein für gemeinsame Anliegen und mit der Möglichkeit gemeinsamen Handelns einhergehen. Barbara Israel und Kolleg*innen bezeichnen Community als einen Aspekt der kollektiven und individuellen Identität, der in CBPR eine zentrale „*unit of analysis*“ darstellt (2018, S. 32). Sie definieren den Begriff wie folgt:

“Community is characterized by identification with and emotional connection to other members, common symbol systems, shared values and norms; mutual (although not necessarily equal) influence, collective interests; and joint commitment to meeting shared needs [...]. Communities of identity may exist within defined geographical boundaries or be made up of members of a dispersed group with acknowledged commonalities (e.g. shared racial, ethnic, gender, or ability-related identities)” (Israel et al. 2018, S. 32).

Wie aus dieser Definition hervorgeht, können geografische Grenzen nach wie vor zu der Bestimmung einer Community beitragen. Orte und Treffpunkte der jeweiligen Gemeinschaft (offline und online) spielen bei Community-basierten Ansätzen grundsätzlich eine wichtige Rolle. Räumliche Nähe erzeugt jedoch nicht automatisch eine Community. Im gleichen Viertel oder Hochhaus zu wohnen, reicht nicht aus, um einer Community anzugehören. In jeder Gruppe oder Gemeinde kann es mehr oder weniger Community (d.h. Gemeinschaftsgefühl, geteilte Anliegen etc.) geben (Walter 2007). Communities sind dynamisch: Sie reagieren auf äußere Einflüsse, bilden sich, um etwas zu erreichen, und können aufgebaut, organisiert und mobilisiert werden. Sie sind „*socially constructed, created, and recreated through social interaction*“ (Israel et al. 2018, S. 32). Communities existieren also nicht nur, sie werden gemacht (im Englischen werden dazu die Begriffe *community building* und *community organizing* verwendet). Im Kontext von CBPR geht es daher nicht nur darum, bestehende Gemeinschaften zu identifizieren und einzubinden, sondern auch darum, sie zu stärken bzw. zu erzeugen (Israel et al. 1998; Walter 2007).

Grundsätzlich gilt, dass Communities nur durch die Mitglieder der Gemeinschaft selbst – und nicht etwa durch Außenstehende – definiert werden können (Jewkes & Murcott 1996).

Die Kritik am Community-Begriff, die seit den 1970er-Jahren formuliert wurde, setzt an drei Punkten an: Erstens sei der Begriff zu unspezifisch, zweitens romantisieren er soziale Wirklichkeit und drittens impliziere er, dass Communities homogen seien und alle Mitglieder einer Community die gleichen sozialen Positionen, Werte und Interessen teilen (Jewkes & Murcott 1996). Labonte (2005) kritisiert darüber hinaus, dass der Begriff für politische, ideologische und persönliche Zwecke missbraucht werden könne. Neuere Ansätze der letzten 20 Jahre begegnen dieser Kritik, indem sie betonen, dass Communities heterogen und multidimensional sind. Zudem können Individuen in der Regel mehreren Communities gleichzeitig angehören und innerhalb jeder Community existieren unterschiedliche Stimmen, Interessen und Positionen (Wallerstein 1999; Walter 2007). Eine Untersuchung der Verwendung des Community-Begriffs im (englischsprachigen) Gesundheitsbereich zeigt, dass Communities auch im praktischen Sprachgebrauch durchaus als heterogene Gruppen verstanden werden (Macqueen et al. 2001). Bei aller Vielfalt haben diese Gemeinschaften aber auch Gemeinsamkeiten: soziale Bezüge, ähnliche Sichtweisen und das Engagement für eine gemeinsame Sache an bestimmten Orten oder in speziellen Settings (Macqueen et al. 2001, S. 1929).

Eine wörtliche Übersetzung des englischsprachigen Begriffs Community ist nicht möglich, da Community im Deutschen vieles bedeuten kann, unter anderem Gemeinschaft, Gemeinde, Kommune, Nachbarschaft oder Dorfgemeinde (Koschnick 1995; Loss 2009). Wir verwenden daher den englischen Begriff und verstehen unter „Community“ im weitesten Sinne eine lebensweltliche Gemeinschaft (von Unger et al. 2013). Im Unterschied zu „Zielgruppen“ der Gesundheitsförderung und Prävention, die in der Regel von Fachkräften auf Basis ihrer professionellen Wissensbestände (zum Beispiel auf Basis von epidemiologischen Daten) „von außen“ festgelegt werden, werden Communities auf Basis lebensweltlicher Expertise „von innen“ bestimmt. Dabei stehen folgende Fragen und Merkmale im Zentrum: Inwiefern besteht ein Wir-Gefühl (d. h. eine kollektive Identität, ein Zusammengehörigkeitsgefühl) und damit einhergehend eine Abgrenzung gegenüber anderen? Worin bestehen die gemeinsamen Anliegen und Interessen? Wo treffen sich die Mitglieder, d. h. inwiefern bestehen „zugängliche [...] Interaktions-(Zeit-)Räume“ (Hitzler et al. 2008, S. 10)? Im vorliegenden Beitrag beziehen wir den Begriff Community auf alltagsweltliche Gemeinschaften, denen Migrant*innen aus Zielgruppen der HIV-Prävention angehören. Diese Communities sind, wie auch unsere Arbeiten gezeigt haben (von Unger & Gangarova 2011; von Unger et al. 2013), nicht primär und nicht notwendigerweise nach ethnischer Zugehörigkeit organisiert. Migrant*innen können Gemeinschaften

angehören, bei denen eine Sprache, eine Religion oder ein anderes gemeinsames Merkmal (zum Beispiel sexuelle Orientierung oder Identität), eine Arbeitswelt (zum Beispiel Sexarbeit) oder ein Interesse identitätsstiftend ist. Entscheidend sind die subjektive Identifikation, d. h. das Zugehörigkeitsgefühl der Migrant*innen selbst, sowie ihre sozialen Netzwerke und ihre lebensweltlichen Bezüge.

5 Community Mapping als Methode

Historisch betrachtet ist die partizipative, Community-basierte Erstellung von Karten eine sehr frühe Form menschlicher Kommunikation. Karten, die von Community-Mitgliedern für die Community erstellt wurden, hat es immer gegeben – *„be they lines in the sand, lines on the wall, or agreed-upon oral and mental maps of territory, resource use and beyond“* (Cochrane et al. 2014, S. 2). Die Erstellung von Karten kann jedoch auch eine Machtpraxis sein, die der gewaltvollen Landübernahme und -aneignung (zum Beispiel durch koloniale Akteur*innen und Institutionen) dienen kann. Indigene Gruppen und Gemeinschaften nutzten teilweise eigene Mappings ihrer Communities als eine Form des Widerstandes gegen den Kolonialismus und zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihres Community-Wissens (Wilson 2004). Diese Formen des Mappings wurden laut Cochrane und Kolleg*innen als *„act of treason“* betrachtet, weil sie die offiziellen, hegemonialen Karten infrage stellten, die wiederum als Mittel zur Durchsetzung und Aufrechterhaltung von Macht und Kontrolle genutzt wurden (Cochrane et al. 2014, S. 2).

Community Mapping ist also nicht neu. Vergleichsweise neu ist seine Verbreitung als partizipative (Forschungs-)Methode im Bereich der Geografie und Kartografie in den letzten 30 Jahren (Cochrane & Corbet 2018). Etabliert haben sich vielfältige Methoden, Ansätze und Praktiken des Community Mappings: partizipative Geografische Informationssysteme (Bottom-up GIS (BuGIS) (Talen 2000)), Community Information Systems (CIS) (Corbett & Keller 2006), Counter Mapping (Peluso 1995) und viele mehr. Dabei variiert der Grad der Beteiligung der Communities am Mapping-Prozess von Projekt zu Projekt: von Datenerhebungen unter Beteiligung eines breiteren Spektrums von Mitwirkenden bis zur Einbeziehung von Communities in den Gesamtprozess. Auch in der Partizipativen Gesundheitsforschung, insbesondere in CBPR, finden Methoden des Community Mappings zunehmend Verwendung (Amsden & Vanwynsberghe 2005; von Unger 2014). Unser Verständnis dieser Methode lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Community Mapping ist ein partizipatives Verfahren, mit dem Erfahrungen, Merkmale, Ressourcen, Probleme, Verhältnisse und Beziehungen von Communities in einem Gruppenprozess bildlich umgesetzt und analysiert werden. Gezeichnet wird im weitesten Sinne eine „Karte“ (*map*) einer Community im Hinblick auf eine Fragestellung (Amsden & Vanwynsberghe 2005; von Unger 2014). Dabei können sowohl räumlich-geografische als auch abstraktere Merkmale einer Community im Mittelpunkt stehen. Es gibt also verschiedene Varianten des Verfahrens.

Community Mapping hat viel mit anderen Mapping-Verfahren gemeinsam, insbesondere mit partizipativen Verfahren der visualisierenden Sozialraumanalysen wie beispielsweise der „Nadelmethode“ oder „subjektiven Landkarten“ (Alisch & May 2017; Daum 2012; Deinet & Krisch 2012; Herrmann 2019; Spatscheck & Wolf-Ostermann 2016). Im Unterschied zur Nadelmethode werden jedoch keine Orte auf bestehenden Karten (mit realen oder digitalen „Nadeln“) markiert, sondern die Karten werden selbst angefertigt (und müssen nicht maßstabsgetreu sein). Community Mapping unterscheidet sich zudem in mindestens zwei Punkten von den meisten anderen Mapping-Verfahren: Zum einen sind beim Community Mapping die Mitglieder der Community nicht nur an der Erstellung, sondern auch an der Analyse und Nutzung/Umsetzung der Maps (zum Beispiel in Form von Policy- oder Handlungsempfehlungen) beteiligt. Zum anderen bezieht sich die Methode explizit auf das Konzept Community, das den Gegenstandsbereich theoretisch und praktisch formt.

Community Mapping eignet sich für partizipative Situationsanalysen, Bedarfserhebungen, Planungs- und Evaluationsprozesse sowie für Forschungsfragen, die herauszufinden sollen, wie Menschen ihre Lebenswelt und die darin verorteten gemeinschaftlichen Bezüge, Ressourcen und den Handlungsbedarf wahrnehmen (Kumar 2002). Mapping-Verfahren können allgemein als Beteiligungsverfahren, also „*as a tool to engage community members in the research process*“ angewendet werden (Windsor 2013, S. 3). Einige Ansätze stellen den *Prozess* des Mappings in den Mittelpunkt – andere das *Ergebnis*, also die entstandene Karte (*map*). In vielen Fällen ist beides bedeutsam.

In der internationalen Literatur werden verschiedene Verfahren des Community Mappings beschrieben: visuelle Analysen sozialer Aspekte einer Community (zum Beispiel Wohnverhältnisse) (*social map*), geografische Aspekte, Aspekte der Infrastruktur und natürlichen Ressourcen (zum Beispiel Straßen, Böden oder Bewässerungssysteme) (*ressources map*), von Mobilitätsmustern der Mitglieder einer Community (*mobility map*), von Einrichtungen, Dienstleistungen und Angeboten (*services and opportunities map*) (Kumar 2002). In vielen dieser eher raumbezogenen Varianten des Verfahrens werden digitale Technologien und Geodaten eingesetzt (zum Beispiel Corburn et al. 2013).

Es gibt jedoch auch Verfahren des Community Mappings, die nicht raumbezogene, sondern abstraktere Merkmale der Community in den Mittelpunkt stellen. Zum Beispiel kann die SWOT-Analyse als eine Variante des Community Mappings verstanden werden, bei der Stärken (*strengths*) und Schwächen (*weaknesses*) einer Community innerhalb eines gesellschaftlichen Kontextes von Möglichkeiten (*opportunities*) und Risiken (*threats*) visualisiert und diskutiert werden (Minkler & Coomble 2007). Auch andere, benachbarte Methoden der Planung, Analyse und Visualisierung können als Community Mapping eingesetzt werden. So visualisiert beispielsweise die Methode des Concept Mapping Perspektiven und Konzepte einer Community oder Gruppe zu bestimmten Themen auf strukturierte Weise in mehreren, aufeinander bezogenen Maps (Trochim & Kane 2007). Concept Mapping umfasst im Allgemeinen folgende Arbeitsschritte: Vorbereitung der Community, partizipatives Brainstorming (ggf. Fokusgruppen), partizipative Zuordnung (Gewichtung), multivariate statistische Analyse und Community-basierte Interpretation und Verwertung der Ergebnisse. Die Methode wird für Analysen, als Planungstool oder zur Evaluation von Interventionen genutzt (Trochim & Kane 2007; Windsor 2013).

Viele Community-Mapping-Verfahren beinhalten begleitende und ergänzende Recherche- und Forschungstätigkeiten, wie zum Beispiel individuelle Interviews und/oder Fokusgruppen (siehe zum Beispiel bei Ayala et al. 2005; Haque et al. 2009). Manche Projekte nutzen intensiv die Möglichkeiten digitaler Technologien für die Datenerhebung und Erstellung der Maps, andere – wie die, die wir hier in den Mittelpunkt stellen – arbeiten eher mit händischen Zeichnungen.

6 Praktische Anwendungsbeispiele

Im Folgenden beschreiben wir zwei Varianten des Community Mappings, mit denen wir praktische Erfahrung gesammelt haben. Die eine Variante visualisiert räumliche Aspekte, Angebote und Einrichtungen einer Community – im vorliegenden Fall haben männliche, migrierte Sexarbeiter ihre Lebens- und Arbeitswelt in Dortmund gezeichnet. Das Verfahren wurde im Rahmen des PaKoMi-Projekts, einem CBPR-Projekt zu HIV-Prävention mit Migrant*innen umgesetzt (von Unger 2012a; von Unger & Gangarova 2011; von Unger et al. 2013). Die zweite Variante beschreibt abstraktere Aspekte einer Community – hier haben lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter* und queere (LGBTIQ*) Geflüchtete aus verschiedenen Herkunftsregionen in Berlin gemeinsame Anliegen visualisiert. Das Projekt heißt

„Deine Gesundheit, Deine Rechte“ und wird von der Deutschen Aidshilfe e. V. umgesetzt (<https://www.queerrefugeeswelcome.de/de>).

Das skizzierte Vorgehen ist als Orientierungsrahmen und nicht als universelle Formel für die Erstellung von Community Maps zu verstehen, denn Community Mapping ist ein flexibles und kreatives Verfahren, das mit jeder Community neu geformt und angepasst wird. Die konkrete Gestaltung hängt davon ab, welches Ziel verfolgt wird und mit wem und welcher Aspekt der Gemeinschaft mit welchen Mitteln (händisch oder digital) visualisiert werden soll. Bestimmte Prinzipien und Arbeitsschritte untermauern jedoch die Philosophie von CBPR und sollten in Projekten, die Community Mapping einsetzen, beachtet werden. Dazu gehören folgende Schritte (von Unger 2014, S. 78ff.):

- eine gemeinsame Vorbereitung durch die CBPR-Partner*innen (inkl. Bestimmung der Community, um die es insgesamt geht, die Zielsetzung für den Einsatz des Mappings; die partizipative Festlegung des konkreten Vorgehens: wer beteiligt wird, wie und zu welchen Konditionen; sowie eine Schulung der Mitforschenden, die moderierende und dokumentierende Funktionen übernehmen);
- die Erstellung einer Karte durch Mitglieder einer Community – unterstützt durch Mitforschende, also geschulte Peer Researcher*innen, die die Funktion der Moderation und Beobachtung/Dokumentation (zum Beispiel durch Notizen, Fotos und ggf. weitere Aufzeichnungen) übernehmen; die Gruppe legt selbst die Symbole fest, die sie verwenden will (die Mitforschenden fragen nach und erstellen ggf. eine Legende zur Erklärung der Symbole);
- die Diskussion und Ergänzung der Map auf Basis weiterer Recherchen und weiterer Treffen in der Gruppe (ggf. mit weiteren Teilnehmer*innen aus der Community);
- die gemeinsame Reflexion/Auswertung des Prozesses;
- die Verwertung der Ergebnisse (zum Beispiel Umsetzung in Form eines Medienprodukts).

6.1 Community Mapping mit männlichen Migranten in der Sexarbeit (PaKoMi)

Im partizipativen Forschungsprojekt „Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrant_innen“ (PaKoMi) (2008–2011) wurde Community Mapping im Bereich der HIV-Prävention eingesetzt, um die Beteiligung von Migrant*innen an der Entwicklung präventiver Angebote zu ermöglichen und Community-Strukturen in den Blick zu nehmen. Das PaKoMi-Projekt und die Ergebnisse sind an anderer

Stelle ausführlich dargestellt (von Unger & Gangarova 2011; von Unger 2012a; von Unger et al. 2013). An dieser Stelle gehen wir auf eine partizipative Fallstudie des PaKoMi-Projekts ein, die mit jungen Sexarbeitern in Dortmund durchgeführt wurde und in der Community Mapping zum Einsatz kam. Beteiligt waren mehrere junge Männer aus Bulgarien, die in Dortmund in der mann-männlichen Sexarbeit (d. h. in der Sprache des Feldes als „Jungs“ oder „Stricher“) tätig waren, sowie ein Mitarbeiter der lokalen Aidshilfe und im Hintergrund als Teil des größeren Projektzusammenhangs (PaKoMi) eine Arbeitsgruppe in Dortmund, eine Mitarbeiterin der Deutschen Aidshilfe e. V. (Tanja Gangarova) sowie eine akademische Wissenschaftlerin (Hella von Unger).

Zunächst nahm der Mitarbeiter der Aidshilfe Dortmund Kontakt zu zwei jungen bulgarischen Männern aus der mann-männlichen Sexarbeit auf. Diese beiden Personen waren gut mit anderen jungen Männern aus Bulgarien vernetzt und übernahmen im Projekt die Rolle von Schlüsselpersonen. Sie wurden später auch als Mitforscher geschult. Mit ihrer Unterstützung (und vor allem auch dank ihrer Übersetzung) konnte der Aidshilfe-Mitarbeiter informelle Gespräche in Szenekeipen führen, Vertrauen aufbauen und die Szene und ihre Mitglieder besser kennenlernen. Dazu verbrachte er viel Zeit an Szeneorten und begleitete eine der Schlüsselpersonen auch einen ganzen Tag lang. Mit bulgarischen jungen Männern geführte Fokusgruppengespräche ergaben, dass sie sich in ihrer neuen Arbeits- und Lebenswelt mehr Unterstützung und Orientierung wünschten. Community Mapping wurde als geeignete Methode identifiziert, um die Zusammenarbeit mit dieser Gruppe zu realisieren. Die Vernetzungsstrukturen unter den jungen Männern, die Gemeinsamkeit der stigmatisierten Sexarbeit, die teilweise gemeinschaftlichen Wohnverhältnisse, die gemeinsame Sprache und Herkunftsregion sowie geteilte Routen der Transmigration (per Bus) deuteten darauf hin, dass Community-Strukturen zumindest ansatzweise und temporär gegeben waren. Die Situation der jungen Männer war durch (Trans-)Migration zwischen Dortmund und Plovdiv, Bulgarien, gekennzeichnet. Als bulgarische EU-Bürger verfügten sie über gewisse Rechte (zum Beispiel Freizügigkeit, Arbeitserlaubnis), aber auch Einschränkungen (zum Beispiel hinsichtlich Krankenversicherung und -versorgung) in Deutschland. Die meisten waren neu in Dortmund, einige kannten sich bereits besser in der Stadt aus (insb. die schon länger in Dortmund ansässigen Mitforscher), die meisten hatten keine oder nur eine geringe Schulbildung (sie waren teilweise Analphabeten).

In zwei halbtägigen Workshops wurden die beiden eingangs erwähnten Schlüsselpersonen zu Mitforschern (Peer Researchern) geschult. Dabei kam ein Flyer zum Einsatz, der von der akademischen Partnerin (Hella von Unger) in Abstimmung mit den Praxispartner*innen und einem Comic-Zeichner (Chris McBride) entwickelt

worden war. Dieser Flyer erklärt die Arbeitsschritte des Community Mappings bildlich mit Hilfe von vier Zeichnungen und wenig Text (siehe Abb. 1).

„Dortmund, hier lebe ich“
Community Mapping mit Jungs aus Bulgarien, die in Dortmund leben

Aufgabe: Zeichnet zusammen eine Karte von Dortmund – mit Orten, die ihr kennt und die wichtig sind.
Warum? → Zu eurer Orientierung und → um anderen Jungs zu helfen, die neu in der Stadt sind.
Wer: Mitmachen können 8 junge Männer aus Bulgarien; Vorbereitung: Christian, Azis, Mehmet.

1. Ihr zeichnet eine Karte

- „Welche Plätze sollte man als Neuankömmling in Dortmund kennen?“
- Denkt z.B. an Orte zum Arbeiten, Wohnen, Spaß haben, Essen, Gesundheit,... - alles was Euch wichtig ist!
- Ähnliche Plätze bekommen das gleiche Symbol
- Keine Sorge: die Karte muss nicht maßstabsgetreu sein!

2. Die Organisatoren (Christian, Azis und Mehmet) treffen sich:

- Die Karte wird sauber abgezeichnet
- Die Symbole werden erklärt (Legende)
- Notizen werden abgetippt und Fotos ausgedruckt

3. Karte ergänzen

- Fehlt noch etwas?!

Die Treffen dauern jeweils ca. 1 Stunde. Ihr bekommt €20 Aufwandsentschädigung pro Treffen, d.h. insgesamt €40, wenn ihr an beiden Treffen teilnehmt.

Das PaKoMi-Projekt will die Gesundheit von Migranten verbessern – zu HIV/Aids und darüber hinaus. Beteiligt sind: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), AIDS-Hilfe Dortmund e.V. (Christian) und andere. Zur Dokumentation werden Fotos und Notizen gemacht. Alles was ihr sagt, wird vertraulich behandelt. **Noch Fragen?!** → Kontakt:

Abb. 1 Info-Flyer zum Community Mapping (PaKoMi Dortmund)

Abb. 3 Legende zum Community Mapping (PaKoMi Dortmund)

Die beteiligten Personen veranschaulichten auf der Karte ihre Lebens- und Arbeitswelt, orientierten sich gegenseitig in der Stadt und informierten sich über Hilfeangebote. Einer der Peer Researcher übernahm die Moderation, der andere die Dokumentation. Während der Treffen wurden die Aussagen und Diskussionen der Jungs festgehalten (Protokoll) und der Prozess wurde mithilfe von Fotos dokumentiert. Diese Fotos wurden nur zur internen Kommunikation über die Zusammenarbeit verwendet (zum Beispiel Berichte an die beteiligten Praxispartner*innen).

bei der Deutschen Aidshilfe e. V. und die akademischen Wissenschaftler*innen). Auf Wunsch der Gruppe wurden die Gesichter auf den Fotos unkenntlich gemacht.

Zwischen den beiden Mapping-Terminen fand ein Arbeitstreffen zwischen den Aidshilfemitarbeitern und den beiden Peer Researchern statt, um das erste Mapping nachzubesprechen, das weitere Vorgehen abzustimmen und die Karte im Hinblick auf Nachvollziehbarkeit und weitere Fragen aufzubereiten.

Das zweite Treffen zum Mapping mit den Community-Vertretern, den zwei Peer Researchern und dem Projektmitarbeiter fand wenige Wochen nach dem ersten statt. In diesem Treffen wurde die Landkarte noch einmal besprochen und um weitere Punkte ergänzt. Unter den Teilnehmern waren auch zwei neue Personen, die erst wenige Wochen zuvor in Dortmund eingetroffen waren. Einige der anderen jungen Männer hatten sich ihrer angenommen, um ihnen beim Ankommen zu helfen. Auch dieses Treffen dauerte ca. 1,5 Stunden.

Nach dem zweiten Mapping-Termin fand ein weiteres Arbeitstreffen der beiden Peer Researcher mit dem Aidshilfe-Mitarbeiter statt. Auch bei diesem Treffen wurden die Änderungen und Ergänzungen der Landkarte und Legende besprochen und ins Reine gezeichnet. Anschließend fand ein weiteres Auswertungs- und Nachbereitungstreffen mit der erweiterten lokalen PaKoMi-Arbeitsgruppe statt, in der auch Partner*innen aus dem Arbeitsbereich der weiblichen Prostitution anwesend waren (zum Beispiel von Kober), um den Prozess und die Ergebnisse partizipativ auszuwerten (von Unger & Gangarova 2011). Die Ergebnisse wurden in Form einer faltbaren Karte für die jungen Männer und in Form eines Ergebnisberichts für die Praxispartner*innen und Wissenschaftler*innen aufbereitet. Da einer der beiden Peer Researcher nur über eingeschränkte Schreibfähigkeiten verfügte, übernahm der Mitarbeiter der Aidshilfe einen Großteil der Schreibarbeit, die er mündlich mit den beiden anderen Mitforschenden besprach.

Für die Erledigung von Forschungsaufgaben wurden Honorare an die Peer Researcher und Aufwandsentschädigungen an die am Mapping beteiligten Community-Vertreter gezahlt. Honorare und Aufwandsentschädigungen waren notwendig, um die Mitarbeit zu ermöglichen.

Das Community-Mapping gab den beteiligten jungen Männern aus Bulgarien die Gelegenheit, sich auszutauschen und in der Stadt zu orientieren. Es wurde deutlich, dass sich viele nur in sehr eingeschränkten Gebieten bewegten und viele Plätze und Einrichtungen in Dortmund noch nicht kannten (zum Beispiel die Innenstadt, Anbieter*innen von sozialen und gesundheitlichen Diensten, das Gesundheitsamt etc.). Das Mapping weckte bei ihnen Interesse, mehr kennenzulernen und sich zu engagieren. Auf ihre Anregung hin wurde eine Taschenkarte erstellt, die relevante Informationen und Anlaufstellen in Dortmund visualisiert. Diese wurde insbesondere neu zugezogenen Sexarbeitern aus Bulgarien zur Verfügung gestellt. Auch

die beteiligten Mitarbeiter der lokalen Aidshilfe profitierten von dem Prozess – die Zugänge zu dem Feld und der spezifischen Gruppe wurden verbessert, neues Wissen über die Gemeinschaftsbezüge und Lebenswelten, Bedürfnisse und Ressourcen der Zielgruppe gewonnen und auf dieser Basis die vorhandenen Maßnahmen und Angebote verbessert (insbesondere Streetwork und Beratungsangebote des Projekts Neonlicht, Gesundheitsladen).

Die nachhaltige Nutzung der Projektergebnisse in Dortmund wurde allerdings durch kommunalpolitische Entwicklungen erschwert: Kurz nach Abschluss des Projekts wurde im Jahr 2011 mit einer neuen Sperrgebietsverordnung die Schließung des Straßenstrichs beschlossen und der mediale Diskurs war nicht nur von sexarbeitsfeindlichen Positionen, sondern auch von antiziganistischen Tendenzen und „Überfremdungs“-Ängsten geprägt. Bei Projektende waren die beteiligten Einrichtungen und Praxispartner*innen (auch die, die mit weiblichen Prostituierten arbeiteten) bemüht, trotz der ungünstigen Rahmenbedingungen die partizipative Arbeit mit den Zielgruppen fortzuführen.

6.2 Community/Concept Mapping mit LGBTIQ*-Geflüchteten

Das Projekt „Deine Gesundheit, Deine Rechte“ (2017–2018) hatte zum Ziel, die Beteiligung von LGBTIQ*-Geflüchteten an der Entwicklung von Angeboten der HIV/STI-Prävention zu ermöglichen. Beteiligt waren elf LGBTIQ*-Geflüchtete aus verschiedenen Ländern (Russland, Ukraine, Algerien, Iran, Irak, Libyen, Senegal, Uganda, Ägypten), Mitarbeitende lokaler Migrant*innenselbstorganisationen (MSO) und Migrant*innenberatungsstellen sowie zwei Mitarbeiter*innen der Deutschen Aidshilfe e. V. (DAH). Um das dargestellte Projektziel zu erreichen, wurde ein partizipatives Projektdesign gewählt, das sich an den Prinzipien von CBPR orientiert. Das Projekt hatte verschiedene Komponenten: Befragung im Hinblick auf Angebote der HIV/STI-Prävention für LGBTIQ*-Geflüchtete; partizipative Umsetzung eines Mediums bestehend aus einer Workshop-Reihe zu kunstbasierten und Community-Mapping-Verfahren; Pretest und partizipative Auswertung. An dieser Stelle gehen wir auf die Projektphase ein, in der Community und Concept Mapping zum Einsatz kamen.

Die im Vorfeld durchgeführte Befragung relevanter MSO und LGBTIQ*-Geflüchteter in Form von Gruppengesprächen ergab, dass internetbasierte Medien (Webseite) entwickelt werden sollten, die eine anonyme Suche nach Präventionsinformationen von allen geografischen Räumen möglich machen. Unter den

Befragten befanden sich schwule Cis-Männer², lesbische Cis-Frauen, Transmänner und Transfrauen, die sich als Community (als ein gemeinsames „Wir“) verstanden. Die sexuellen und genderbezogenen Identitäten stellten Gemeinsamkeiten her, unter anderem im Sinne der Zugehörigkeit zu einer nicht-heteronormativen Minderheit in der Gesellschaft. Die Befragten teilten darüber hinaus ähnliche Erfahrungen mit Kriminalisierung, Diskriminierung, Flucht und Rassismus, ähnliche Lebenssituationen (neu in Deutschland, queere Unterkunft, unsicherer Aufenthaltsstatus) und ähnliche Lebensstile und Orte, an denen sie sich aufhielten (zum Beispiel Partyszene). In diesem Fall haben wir Concept Mapping als eine Variante des abstrakteren Community Mapping als geeignete Methode identifiziert, um die Zusammenarbeit in einer mehrsprachigen Gruppe zu ermöglichen, die Bedürfnisse und Anliegen dieser Community zu visualisieren und in ein neues Online-Angebot zu überführen.

In einer eintägigen Schulung wurden zwei LGBTIQ*-Geflüchtete, die bereits bei der Befragung Interesse an einer Mitarbeit geäußert hatten, als Peers³ fortgebildet und befähigt, Community-Mapping-Verfahren und insbesondere ein angepasstes Concept-Mapping-Verfahren in ihrer Community umzusetzen. Dabei wurde auch ein 14-minütiges Schulungsvideo zu Community Mapping eingesetzt (<https://www.youtube.com/watch?v=KdnFwxtkVEQ>), das im Anschluss an das PaKoMi-Projekt erstellt worden war. Mit der Unterstützung der Peers und MSO vor Ort wurden weitere LGBTIQ*-Geflüchtete durch persönliche Ansprache zur Teilnahme am Projekt eingeladen. In dieser Projektphase wurde viel Zeit in Kennenlernrunden mit Kaffee und Kuchen investiert, um Vertrauen aufzubauen. Die Runden fanden in Räumen der beteiligten MSO sowie in queeren Cafés in Berlin statt.

Anschließend wurden zwei Workshops zum Thema „*Health and well-being of queer refugees in Berlin & Germany*“ mit jeweils neun bzw. sieben Community-Vertreter*innen durchgeführt. Im ersten Workshop wurde ein Concept-Mapping-Verfahren in Anlehnung an die Arbeiten von Trochim und Kane (2007) mit explizitem Bezug auf eine Community und einen geografischen Raum (Berlin/Deutschland) angewandt. Ziel war, die Anliegen der beteiligten Community-Vertreter*innen zu erfassen, zu analysieren und zu strukturieren, um die thematische Ausrichtung einer Webseite gemeinsam herauszuarbeiten. Auf eine multivariate statistische

-
- 2 Cisgender (Cis-Mann, Cis-Frau) identifizieren sich mit dem Geschlecht, das ihnen bei Geburt zugewiesen wurde.
 - 3 Wir verwenden hier den Begriff „Peer“ (Gleichgestellte*r) statt „Peer Researcher“ für die Mitglieder der Community, die geschult wurden, um besondere Aufgaben in der partizipativen Zusammenarbeit zu übernehmen, da in diesem Projekt der Anspruch nicht darin bestand, partizipativ zu forschen, sondern partizipativ ein neues Angebot zu entwickeln.

Analyse wurde verzichtet, weil dieser Arbeitsschritt im vorliegenden Kontext der Anwendung mit einer relativ kleinen Gruppe von Community-Vertreter*innen weder angemessen noch notwendig war. Die Teilnehmenden wurden gebeten, folgende Frage mit Stichworten oder Zeichnungen zu beantworten: „Was brauche ich in Deutschland & Berlin, um mich wohl, gesund und sexy zu fühlen?“ Diese Frage war zuvor mit den beiden Peers erarbeitet worden. Die Antworten (Zeichnungen und Stichwörter auf Haftnotizen) wurden auf einer Pinnwand mit den Konturen Berlins angebracht und von der jeweiligen Person erläutert.

Erfasst wurden insgesamt circa 20 Themen: unter anderem Anerkennung des Asylantrags, Wissen über die eigenen Rechte in Deutschland, eigene Wohnung, Zugang zum Arbeitsmarkt, gute Migrationsberatung, HIV/STI-Test, antiretrovirale Therapie (ART), hormonelle Behandlung, Psychotherapie (Trauma, Depression, Einsamkeit), Präexpositionsprophylaxe (PrEP), Krankenversicherung, Angebote für Menschen ohne Papiere, Akzeptanz durch die deutsche Bevölkerung und in der LGBTIQ*-Community (Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen, Transphobie), Freund*innen. In einer moderierten Gruppendiskussion wurden die gesammelten Stichwörter und Zeichnungen thematisch zugeordnet. So entstanden vier Themenblöcke: Rechte in Deutschland, (sexuelle) Gesundheit, Diskriminierung sowie Beratungs- und Behandlungsangebote für LGBTIQ*-Geflüchtete. Im Rahmen der Diskussion wurde deutlich, dass zwischen den vier Themenblöcken starke Verbindungen bestehen. Diese wurden mit Pfeilen visualisiert. Ein Beispiel: Der Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland hängt vom jeweiligen Aufenthaltsstatus ab. Geflüchtete ohne Papiere haben eingeschränkten Zugang zu medizinischen Dienstleistungen. Der eingeschränkte Zugang zur medizinischen Versorgung ist eine Form der strukturellen Diskriminierung. Diese Menschen brauchen wiederum Informationen über entsprechende Beratungs- und Behandlungsangebote.

Abb. 4 Partizipatives Brainstorming – Zusammentragen der visuellen Statements (Concept Mapping mit LGBTIQ*-Geflüchteten)

Abb. 5 Partizipative Zuordnung der visuellen Statements (Concept Mapping mit LGBTIQ*-Geflüchteten)

Da sich herausstellte, dass die rechtlichen Fragen besonders relevant waren – die Legalisierung des Aufenthaltes ist für Geflüchtete essenziell – wurde auf Wunsch der Beteiligten im zweiten Workshop der Fokus auf das Mapping von Reihenfolge und Vielfalt der (juristischen) Fragen gelegt, die sich für LGBTIQ*-Geflüchtete in den jeweiligen Herkunftsländern, auf dem Fluchtweg und in Deutschland stellen. Ziel dabei war, die Fragen so für die Webseite aufzuarbeiten, dass die Suche für Newcomer*innen vereinfacht wird und die Seite hilfreiche Tipps vermittelt. Auf ein großformatiges Papier wurden die Konturen von Deutschland (als Zielland) gezeichnet. Jede*r der sieben Teilnehmenden sollte von Deutschland aus gesehen sein*ihr Herkunftsländern zeichnen und es mit Deutschland verbinden. Alle Community-Vertreter*innen schrieben für sich die Fragen in einer Sprache ihrer Wahl auf, die sich bei der Vorbereitung der Flucht im Heimatland, auf dem Fluchtweg und in Deutschland ergeben hatten.

Trotz der unterschiedlichen Ausgangspositionen waren die Fragen der Teilnehmenden zum großen Teil identisch: In welchem Land kann ich einen Asylantrag aufgrund meiner Homosexualität oder Transidentität stellen? Welche Dokumente und Beweise für meine Verfolgung muss ich dabei haben? Worauf muss ich auf dem Weg zum Zielland achten? Wo kann ich den Asylantrag in Deutschland stellen? Was muss ich bei der Anhörung bedenken? Wo erhalte ich Medikamente für chronische Erkrankungen? Wer trägt die Kosten dafür? Die Teilnehmenden erläuterten ihre Beiträge und tauschten Erfahrungen aus. Schon im Prozess wurden wichtige Informationen festgehalten.

Da es keine gemeinsame Sprache in der Gruppe gab, wurden beide Workshops dreisprachig (Englisch, Arabisch und Französisch) durchgeführt. Die Peers konnten diese Sprachen abdecken. Das erste Treffen dauerte knapp 4,5 Stunden (inkl. Pause), das zweite 3 Stunden. Beide Workshops wurden von den Peers eingeleitet, moderiert und mit der Unterstützung der Projektmitarbeiter*innen der DAH dokumentiert (Fotos und Protokolle). Nach jedem Workshop fanden Nachbereitungstreffen mit den Peers statt, um die Inhalte der Maps ins Deutsche zu übersetzen und ins Reine zu zeichnen, sowie um den Prozess und die Ergebnisse zu besprechen und auszuwerten. Für die Erledigung von Arbeitsaufgaben erhielten die Peers Honorare; die am Mapping beteiligten Community-Vertreter*innen bekamen Aufwandsentschädigungen.

Auf dieser Basis wurden die Struktur und die Inhalte der Webseite festgelegt. Mit Hilfe einer juristischen Kraft und Fachkräften aus dem Feld HIV/STI-Prävention wurden die gesammelten Fragen beantwortet, Informationen ergänzt und alles in mehrere Sprachen übersetzt. Alle Beteiligten wurden im Nachgang zu einem inoffiziellen Treffen eingeladen, um den Entwurf der Webseite freizugeben. An

diesem Treffen nahmen die zwei Peers und fünf der beteiligten Community-Vertreter*innen teil.

Die geschilderten Mapping-Verfahren haben die Beteiligung von LGBTIQ*-Geflüchteten an der Entwicklung von Präventionsmedien ermöglicht. Es wurde eine Webseite entwickelt, die ihren Bedürfnissen entspricht und Informationen über ihre Rechte in Deutschland, über das deutsche Gesundheitssystem, über HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen sowie Adressen von unterstützenden Beratungsangeboten vermittelt, um LGBTIQ*-Geflüchteten den Zugang dazu zu erleichtern (<https://www.queerrefugeeswelcome.de/>).

Die Evaluation der Webseite spricht für die nachhaltige Nutzung der Projektergebnisse – Besuchszahlen und Verbleibdauer bewegen sich nach wie vor auf einem hohen Niveau. Einer der beiden Peers wird an der Aktualisierung und Pflege der Webseiteninhalte beteiligt. Auf Anregung beteiligter Community-Partner*innen wurden Karten im Kleinformat zur Bewerbung der Webseite erstellt, die im Rahmen von Informationsveranstaltungen und in relevanten Partysettings verteilt werden.

Das Mapping-Verfahren brachte auch besondere (ethische) Herausforderungen mit sich. Was tun, wenn sich Community-Partner*innen im Rahmen der Diskussion als HIV-positiv outen? Wie gehen wir mit abwertenden (zum Beispiel transphoben) Äußerungen in der Gruppe um? Welche Schutzmaßnahmen sind notwendig? Erforderlich waren immer wieder ethisch fundierte Entscheidungen und Schutzvorkehrungen, um Risiken so weit wie möglich zu minimieren und in der Zusammenarbeit immer wieder einen respektvollen und wertschätzenden Umgang miteinander zu finden.

Als Herausforderung erwies sich auch die Diversität unter den Community-Partner*innen. Die beteiligten Partner*innen identifizierten sich einerseits mit einem kollektiven „Wir“, also einer Gemeinschaft von queeren Geflüchteten in Deutschland – und wollten bessere Angebote für ihre Community entwickeln. Individuell identifizierten sich die beteiligten Personen als schwule CIS-Männer, lesbische CIS-Frauen, Transmänner und Transfrauen, manche auch als HIV-positiv – diese Diversität brachte auch Differenzen und weniger harmonische Momente mit sich, in denen deutlich wurde, dass nicht alle Interessen und Bedürfnisse der einzelnen Personen(-gruppen) in diesem Kontext bearbeitet werden können (zum Beispiel wurde das Thema sexuelle Gewalt hier nicht aufgegriffen). Auch die sprachliche Diversität der Gruppe und der Community brachte Herausforderungen für die Zusammenarbeit und das zu entwickelnde Angebot mit sich, die durch Kompro-misse und Übersetzungsprozesse gelöst werden konnten.

Als hemmend haben sich mehrere Faktoren erwiesen, zum Beispiel die Unmöglichkeit, Honorare anonymisiert auszuzahlen – eine Voraussetzung für die Beteiligung und gleichzeitig Schutz von Geflüchteten ohne Papiere. Einigen engagierten

Community-Partner*innen drohte während der Projektlaufzeit die Abschiebung. Die negativen Erfahrungen mit Rassismus in Deutschland – insbesondere mit institutionellem Rassismus in deutschen Behörden – wurden teilweise auf die Deutsche Aidshilfe (DAH) als projektverantwortliche, deutsche Nichtregierungsorganisation übertragen. Der Abbau von Misstrauen und der Aufbau von Vertrauen waren daher notwendige projektbegleitende Prozesse.

7 Diskussion: Stärken und Herausforderungen von Community Mapping

Eine entscheidende Stärke von Community-Mapping-Verfahren ist ihre Flexibilität und Niedrigschwelligkeit: Community Maps sind leicht umzusetzen und können gut an die beteiligten Gruppen und ihre Communities angepasst werden. Es können – müssen aber nicht – digitale Technologien verwendet werden (Corburn et al. 2013). Die vorliegenden Beispiele haben gezeigt, dass das Verfahren auch mit Stift, Zettel und Flipcharts funktioniert. Die Stärke der Methode besteht in ihrer Offenheit und Gestaltbarkeit. Es beginnt mit einem weißen Blatt Papier, das mit den eigenen Eindrücken, Perspektiven und Sichtweisen befüllt werden kann. Die von uns dargestellten Community-Mapping-Verfahren haben auch den Vorteil, dass sie in diversen Settings (Seminarräumen, Flüchtlingsunterkünften, Kneipen, Kirchen usw.) und mit geringem technischen Aufwand umgesetzt werden können.

Community-Mapping-Verfahren eignen sich durch den diskursiven Gruppenprozess und die Visualisierung auch für benachteiligte Gruppen (zum Beispiel Analphabet*innen oder Menschen mit geringen Lese- und Schreibkompetenzen) sowie für die Zusammenarbeit in mehrsprachigen Gruppen und Communities. Karten bzw. Zeichnungen können Zusammenhänge und Aspekte ausdrücken, die sich der Versprachlichung entziehen. Die Visualisierung hilft im gegenseitigen Verständigungsprozess und bei der Kommunikation der Ergebnisse.

Community-Mapping-Verfahren können grundsätzlich nicht nur als Forschungsmethode, sondern auch als Beteiligungs- und Planungsmethode, als *tool to engage communities*, eingesetzt werden. Dabei erfüllt das Verfahren im Hinblick auf Communities eine doppelte Funktion: Es bildet zum einen wahrgenommene Merkmale der Community ab und kann zum anderen gleichzeitig zu mehr Community führen, weil es Prozesse der Vergemeinschaftung unterstützt, indem es den beteiligten Personen ermöglicht, ihre gemeinsamen Anliegen und Interessen, Treffpunkte und anderes zu identifizieren und zu analysieren.

Community-Mapping-Verfahren können informativ und beziehungsbildend sein und haben das Potenzial, Empowerment-Prozesse zu unterstützen – insbesondere bei breit angelegten Projekten, bei denen die Beteiligung der Community-Partner*innen im Fokus steht und aktiv ermöglicht wird (unter anderem durch Aufwandsentschädigungen, Honorare und andere Formen der Ermöglichung und Wertschätzung der Teilhabe von Gruppen, die benachteiligt sind und bislang noch nicht ausreichend teilhaben können). Die Deutsche Aidshilfe e. V. bemüht sich in ihrer partizipativen Arbeit mit verschiedenen Gruppen und Communities systematisch, möglichst nachhaltige Prozesse zu ermöglichen, und unterstützt diese teilweise auch im Rahmen von Folgeprojekten, um in Gang gesetzte Empowerment-Prozesse zu verstetigen. Eine solche Nachhaltigkeit zu erreichen ist jedoch nicht immer möglich, wie wir auch im PaKoMi-Projekt im Fall Dortmund gesehen haben, zum Beispiel wenn sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ändern. Andere Projekte und Initiativen, die aus dem PaKoMi-Projekt hervorgegangen sind, bestehen dagegen noch heute, ca. zehn Jahre später, weiter (zum Beispiel das Netzwerk „Afrikanisches Gesundheits- und HIV-Netzwerk in Deutschland“, AGNHID, <https://www.hiv-migration.de/content/aghnid>). Die Unterschiede im längerfristigen Impact partizipativer Prozesse verweisen auch auf die grundsätzlich eingeschränkte Reichweite einzelner Projekte, die jeweils nur für ein, zwei oder maximal drei Jahre gefördert werden. Innerhalb solch kurzer Projektlaufzeiten ist es kaum möglich, die längerfristigen, strukturellen Veränderungen herbeizuführen, die in CBPR-Projekten angestrebt werden (Gesundheitschancen und -versorgung zu verbessern, Benachteiligung abzubauen etc.). Auch vor diesem Hintergrund sind die Chancen, mit einem Community-Mapping-Verfahren zur nachhaltigen Stärkung von Communities beizutragen, höher, wenn das Verfahren Bestandteil einer längerfristigen Partnerschaft und Zusammenarbeit ist.

Mapping-Verfahren können im Rahmen von CBPR-Partnerschaften Lernprozesse bei allen Projektbeteiligten auslösen, neue Perspektiven eröffnen und Kompetenzentwicklung stärken. Für Praktiker*innen in der partizipativen Gesundheitspraxis eröffnet das Mapping oft wertvolle Einblicke in die Lebenswelt der beteiligten Communities. Sie können dadurch genauer nachvollziehen, welche Plätze die Community-Mitglieder kennen und welche nicht, welche Anliegen, Probleme, aber auch Ressourcen in der jeweiligen Community vorhanden sind. Dies gibt Praktiker*innen die Gelegenheit, ihre eigene Praxis zu hinterfragen und zu ändern, und zum Beispiel gezieltere Informationen zu vermitteln, die den Interessen und Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen und deren Bewegungs- und Handlungsspielraum erweitern. Der visualisierende Gestaltungsprozess ermöglicht es nicht nur, Wissen innerhalb der Community zu teilen, sondern auch mit den akademischen und Praxispartner*innen (zum Beispiel Anbieter*innen sozialer und gesundheit-

licher Dienstleistungen), denen dieses Wissen als Außenstehenden normalerweise verschlossen bleibt. Mit Hilfe dieser Einblicke können gesundheitsrelevante Angebote (zum Beispiel Streetwork, Medien) besser auf die Bedürfnisse der beteiligten Communities zugeschnitten werden. Diese Einschätzung korrespondiert mit dem Nutzen von partizipativen Methoden der Sozialraumforschung, zum Beispiel in der Sozialen Arbeit (Alisch & May 2017; Daum 2012; Deinet & Krisch 2012; Herrmann 2019; Spatscheck & Wolf-Ostermann 2016).

Community-Mapping-Verfahren eignen sich für verschiedene Forschungs-, Planungs- und Evaluationszwecke und können flexibel eingesetzt werden. Insbesondere zu Beginn einer partizipativen Zusammenarbeit sind sie hilfreich, um Communities besser kennenzulernen bzw. näher zu bestimmen, partizipative Bestandsaufnahmen zu initiieren oder potenzielle Kooperationspartner*innen zu identifizieren. Mithilfe der Methode werden nicht nur die Probleme der Communities abgebildet, sondern auch deren Stärken. Damit erlauben sie ein ressourcenorientiertes Vorgehen.

Es bestehen jedoch auch Grenzen und Herausforderungen von Community-Mapping-Verfahren: Das Zeichnen von Karten ist nicht für jede*n geeignet oder (selbst-) verständlich, sodass unter Umständen die Vorgehensweise erst ausführlich erklärt und die Teilnehmenden ermutigt werden müssen, einen Stift zur Hand zu nehmen. Nicht alle Community-Mapping-Verfahren sind für alle Gemeinschaften und für alle Zwecke gleich gut geeignet. Es gilt, das jeweils passende Verfahren zu finden.

Zudem hat der Community-Begriff Grenzen, die sich auf die Anwendbarkeit des Community-Mapping-Verfahrens auswirken. Wenn eine Gemeinschaft nicht klar bestimmt werden kann oder wenn der Fokus auf Gruppen liegt, die keine übereinstimmenden Gemeinschaftsbezüge (und damit kein Wir-Gefühl) haben (Campell et al. 2004), ist das Verfahren nicht oder weniger gut geeignet. Dies trifft zum Beispiel auf bestimmte, von professionellen Anbieter*innen und Fachleuten definierte Zielgruppen zu, die als Gruppe keine gemeinsamen Community-Bezüge haben, etwa Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben (Campell et al. 2004), oder Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Die Mitglieder dieser Gruppen gehören oft sehr unterschiedlichen lebensweltlichen Gemeinschaften an und haben möglicherweise kein Interesse daran, eine gemeinsame Identität als Gruppe oder Gemeinschaft, ein kollektives „Wir“, zu entwickeln. Die Funktion von Community-Mapping-Prozessen, Communities abzubilden und im Prozess mit herauszubilden und zu stärken, würde in diesem Fall ins Leere laufen. Es ist daher ratsam, frühzeitig mit den beteiligten Partner*innen zu eruieren, ob ein Community-basiertes Vorgehen (in dem jeweiligen Feld, zum jeweiligen Zeitpunkt) überhaupt angemessen und sinnvoll ist.

Als große Herausforderung kann sich auch die Diversität in einer Community erweisen, verstärkt durch die Mehrfachzugehörigkeiten einzelner Mitglieder. Bei-

spielsweise beinhaltete die queere Community, die in dem vorliegenden Projekt mit LGBTIQ*-Geflüchteten identifiziert wurde, schwule CIS-Männer, lesbische CIS-Frauen, Transmänner und Transfrauen, HIV-positive wie HIV-negative und ungetestete Menschen, Menschen in der Sexarbeit sowie viele mehr – von der sprachlichen Diversität als Geflüchtete aus verschiedenen Herkunftsregionen ganz zu schweigen. Diese Diversität kann in der Zusammenarbeit bedeuten, dass unterschiedliche Interessen bestehen, und es kann auch zu Konflikten kommen. Empowerment-Prozesse, wenn sie denn tatsächlich stattfinden, verändern etwas – sie stellen bestehende Beziehungen, Abhängigkeiten und Machtverhältnisse infrage. Das kann auch Konflikte innerhalb der Zusammenarbeit und zwischen den Partner*innen hervorrufen, die der Reflexion und angemessenen Bearbeitung bedürfen. Bei der Reflexion und Beilegung oder Lösung von Konflikten können auch ethische Reflexionsprozesse hilfreich sein: Welche Werte sind für unsere partizipative Zusammenarbeit relevant (von Unger, Narimani 2012)?

Bei der Umsetzung von Mapping-Verfahren im Rahmen von CBPR kommen oft sehr unterschiedliche Partner*innen zusammen: Mitglieder aus Communities, die sozial und gesundheitlich benachteiligt sind, sowie Forscher*innen und Mitarbeiter*innen von Gesundheitseinrichtungen, die stärker privilegiert sind. Die strukturellen Voraussetzungen für eine gleichberechtigte Teilhabe am (Forschungs-) Projekt sind, wie eingangs erwähnt, ungleich verteilt. Machtaspekte und Privilegien müssen daher in ihrer intersektionalen Verschränkung aktiv reflektiert werden (Israel et al. 2018), auch wenn die damit zusammenhängenden strukturell bedingten Ungleichheiten in der Projektzusammenarbeit grundsätzlich nicht ganz aufgehoben werden können. Dies wurde in dem Dortmunder Mapping-Projekt zum Beispiel an den ungleich verteilten Bildungschancen, Schreib- und Lesekompetenzen der beteiligten Partner*innen deutlich. In dem Mapping mit LGBTIQ*-Geflüchteten zeigte sich dies in dem ungleichen rechtlichen Status, der manchen Partner*innen volle Staatsbürgerrechte gab, während andere während der Projektlaufzeit von Abschiebung bedroht waren.

Als hemmend können sich zudem administrative Aspekte im Zusammenhang mit Auflagen bei öffentlichen Finanzierungen erweisen, wie in den vorliegenden Beispielen die Unmöglichkeit, Honorare anonymisiert auszuzahlen. Dies wäre eine Voraussetzung für die Beteiligung und den Schutz von Menschen ohne Papiere sowie Sexarbeiter*innen, die jedoch in den vorliegenden Fällen nicht gegeben war. Diese und weitere Herausforderungen verlangen besondere Sorgfalt im Hinblick auf forschungs- und praxisethische Reflexionen.

Die kollektive Wissensproduktion kann besondere ethische und datenschutzrechtliche Herausforderungen mit sich bringen. Konflikte können sich an Fragen wie „Wer spricht für wen?“ und „Wem gehören die Karten bzw. die erhobenen

Daten?“, an unterschiedlichen Interessen der Projektbeteiligten oder an der Verteilung von Geldern entzünden. Was tun, wenn Community-Partner*innen in Veröffentlichungen „Gesicht zeigen“ oder namentlich zitiert werden wollen? Welche Risiken sind hinnehmbar und welche nicht? Wie soll sichergestellt werden, dass Menschen aus verschiedenen Kulturen, mit unterschiedlichen Sprachkompetenzen und Bildungsvoraussetzungen „informierte Entscheidungen“ (zum Beispiel über ihre Teilnahme an der Zusammenarbeit) treffen können? Erforderlich sind daher immer wieder Reflexionsprozesse, ethisch fundierte Entscheidungen und Schutzvorkehrungen, um Risiken so weit wie möglich zu minimieren. Diese und weitere Fragen stellen sich jedoch grundsätzlich nicht nur für das Verfahren des Community Mappings, sondern für partizipative und qualitative Forschung allgemein (Roth & von Unger 2018).

Spezifisch für Community Mapping als einem Verfahren der Community-basierten, partizipativen Forschung ist dagegen die Frage, inwiefern die ambitionierten Ziele und hohen Erwartungen an die forschende Zusammenarbeit, die in den Prinzipien von CBPR zum Ausdruck kommen (siehe Abschnitte 1 und 2 dieses Beitrags), tatsächlich eingelöst werden können. Diese in die eigene Praxis umzusetzen, ist in unserer Erfahrung eine Quelle nicht zu unterschätzender, fortdauernder Herausforderung. Inwiefern war beispielsweise ein Prozess tatsächlich „partizipativ“ (Wallerstein et al. 2018)? Teilhabenchancen sind, wie wir angemerkt haben, strukturell ungleich verteilt, und auch wenn alle Beteiligten mit besten Intentionen zusammenarbeiten, können diese Ungleichheiten reproduziert werden. Auch können die Wahrnehmungen und Einschätzungen, inwiefern alle Partner*innen gleichberechtigt beteiligt waren und die gleichen Mitsprache- und Mitbestimmungsrechte hatten, unter den Partner*innen durchaus divergieren. Daher gilt es immer wieder zu reflektieren, inwiefern alle Beteiligten in der Form und auf der „Stufe der Partizipation“ (Wright, von Unger, Block 2010) beteiligt sind, die für sie angemessen und von ihnen gewünscht ist. Nicht immer ist eine umfassende Beteiligung aller Partner*innen mit Entscheidungsmacht an allen Schritten der Zusammenarbeit möglich oder wünschenswert. Wie viel Partizipation – im Hinblick auf was und aus welcher Perspektive – ist also sinnvoll?

Kritische Stimmen warnen grundsätzlich vor einer Romantisierung der Partizipation (Guta et al. 2013; Kwon 2013) und ihrem Missbrauch – zum Beispiel als neoliberale Strategie der Machtausübung, die sich nur in die Rhetorik von Beteiligung, sozialer Gerechtigkeit und kollaborativer Wissensproduktion kleidet. Auch eine rein strategisch-instrumentelle Verwendung partizipativer Verfahren, zum Beispiel als Mittel zur wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung oder zur Verbesserung von Angeboten der Praxis wird kritisch gesehen. So merken Cochrane und Corbett im Hinblick auf Community Mapping an:

“Yet, participatory mapping is not exclusively utilized as a tool to empower individuals and communities. At times, these processes have been used purely to extract information from participants, especially in the realm of academia where participatory mapping is an often-used data acquisition method. Furthermore, they have been adopted as a means to coerce public support [...]. In other instances, engagement in participatory mapping processes can be cursory or even be used manipulatively (McCall 2004). Mapping processes can also lead to unintended consequences [...]” (Cochrane & Corbett 2018, S. 4).

Es gibt also viele Untiefen der Scheinpartizipation, die reflektiert und umschifft werden müssen. Partizipation ist ein wesentlicher Wert, der in der Praxis immer wieder kritisch infrage gestellt und aktiv verfolgt werden muss. Bei CBPR geht es vor allem darum, ob *Community*-Mitglieder und -Vertreter*innen angemessen partizipiert haben.

Um als CBPR erfolgreich zu sein, bedarf es aber auch der Forschung. Und auch hier gibt es Untiefen. Die Frage ist also: Inwiefern handelt es sich tatsächlich um „Forschung“? Nicht jeder partizipative Prozess muss neben einem Handlungsziel (zum Beispiel eine Situation zu verbessern) gleichzeitig ein Erkenntnisziel verfolgen und wissenschaftliche Forschungsmethoden verwenden. Das heißt, nicht immer ist Forschung notwendig, um Praxis zu verbessern. In diesem Beitrag haben wir zwei Verfahren des Community Mappings vorgestellt, die in unterschiedlichen Kontexten stattfanden: das eine im Rahmen eines CBPR-Projekts, das andere im Rahmen der Weiterentwicklung einer partizipativen Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention. Auch in diesem Punkt gilt es, Dogmatismus zu vermeiden: Wann ist also partizipative *Forschung* angemessen oder notwendig, und wann ist möglicherweise eine partizipative Praxis mit oder Selbstorganisation von Communities das eigentliche Anliegen? Community Mapping als ein Verfahren von CBPR kann, wie wir gezeigt haben, in diesem Sinne vielfältig verwendet werden.

8 Schlussfolgerung

Community-Mapping-Verfahren eröffnen wertvolle Möglichkeiten, Mitglieder aus Zielgruppen und Lebenswelten, inklusive Mitglieder marginalisierter Gemeinschaften, in die Forschung und partizipative Praxis einzubeziehen sowie diese Gemeinschaften zu stärken und zu fördern. Beim Mapping können räumliche, aber auch abstraktere Aspekte der Community im Mittelpunkt stehen. Die Visualisierung unterstützt den Austausch sowohl innerhalb der beteiligten Communities als auch mit Partner*innen, die nicht den Communities angehören. In diesem Beitrag

standen händisch gezeichnete Mapping-Verfahren im Mittelpunkt. Die Möglichkeiten der digital unterstützten Anwendung von Community-Mapping-Verfahren werden im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung sozialer Wirklichkeit und durch die technologischen Möglichkeiten, auch Geodaten hinzuzuziehen, in der Community-basierten Forschung zukünftig eine noch größere Rolle spielen. Im Hinblick auf die Grenzen des Verfahrens sei jedoch angemerkt, dass ein Verfahren nicht automatisch zu mehr Community und Empowerment führt, sondern seine Chancen, dies zu tun bzw. dazu beizutragen, umso größer sind, je besser die Verwendung der Methode in einen längerfristigen Prozess der partizipativen Zusammenarbeit eingebunden ist.

Literatur

- Alisch, Monika & May, Michael (Hrsg.) (2017). *Methoden der Praxisforschung im Sozialraum*. Opladen, Berlin: Verlag Barbara Budrich.
- Amsden, Jackie & VanWynsberghe, Rob (2005). Community mapping as a research tool with youth. *Action Research*, 3(4), 357–381.
- Ayala, Guadalupe; Maty, Siobhan; Cravey, Altha & Webb, Lucille (2005). Making social environmental influence on health – A community perspective. In Barbara Israel, Eugenia Eng Amy Schultz, Edith Parker & David Satcher (Hrsg.), *Methods in community-based participatory research for health* (S. 188–209). San Francisco CA: Jossey-Bass.
- Bergold, Jarg & Thomas, Stefan (2012). Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1) Art. 30, doi:10.17169/fqs-13.1.1801.
- Campbell, Rebecca; Sefl, Tracy; Wasco, Sharon & Ahrens, Courtney (2004). Doing community research without a community: Creating a safe space for rape survivors. *American Journal of Community Psychology*, 33(3/4), 253–261.
- Chung, Kimberly & Lounsbury, David (2006). The role of power, process, and relationships in participatory research for statewide HIV/AIDS programming. *Social Science & Medicine*, 63, 2129–2140.
- Cochrane, Logan; Corbett, Jon & Keller, Peter (2014). *Impact of community-based and participatory mapping*. Institute for Studies and Innovation in Community-University Engagement, University of Victoria.
- Cochrane, Logan & Corbett, Jon (2018). Participatory Mapping. In Jan Servaes (Hrsg.), *Handbook of communication for development and social change* (S. 1–9). Singapore: Springer.
- Corbett, Jon & Keller, Peter (2006). Using community information systems to communicate traditional knowledge embedded in the landscape. *Participatory Learning and Action*, 54 (Mapping for change: practice, technologies and communication), 21–27.
- Corburn, Jason; Lee, Anna Yun; Imara, Nehanda & Swanson, Samara (2013). Collaborative mapping for health equity: Making place visible. In Barbara A. Israel, Eugenia Eng, Amy

- J. Schulz & Edith A. Parker (Hrsg.), *Methods for community-based participatory research for health* (S. 463–487). 2. Aufl. San Francisco: Jossey-Bass.
- Daum, Egbert (2012). *Subjektives Kartographieren*. Bonn: socialnet GmbH, <https://www.sozialraum.de/subjektives-kartographieren.php> [Zugriff: 20. Januar 2019].
- Deinet, Ulrich & Krisch, Richard (2012). *Subjektive Landkarten*. Bonn: socialnet GmbH, <http://www.sozialraum.de/subjektive-landkarten.php> [Zugriff: 20. Januar 2019].
- Drewes Jochen & Sweets Holger (Hrsg.) (2010). Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. *AIDS-Forum DAH*, 57, Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
- Gangarova, Tanja (2017). Wie lässt sich die Beteiligung von Migrant_innen an der Entwicklung von HIV-Prävention fördern? Potenziale und Grenzen communitybasierter Ansätze. In Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung Landesstelle für Gleichbehandlung und gegen Diskriminierung (LADS) (Hrsg.), *Partizipative Prozesse diversitygerecht gestalten* (S. 13–18). Berlin.
- Guta, Adrian; Flicker, Sarah & Roche, Brenda (2013). Governing through community alleigance: A qualitative examination of peer research in community-based participatory research. *Critical Public Health*, 23(4), 432–451
- Guta, Adrian; Strike, Carol; Flicker, Sarah; Murray, Stuart J.; Upshur, Ross & Myers, Ted (2014). Governing through community-based research: Lessons from the Canadian HIV research sector. *Social Science & Medicine*, 123, 250–261.
- Haque, Nasim; Sbocchi, Sharon; Anderson, Emily & Moriarty, Erin (2009). *Community mapping: lived experiences of newcomer residents*. St. James Town Initiative Neighbourhood and health. <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/07/SJT-Initiative%3Fs-Community-Mapping-Report-Part-I.pdf> [Zugriff: 21. Januar 2019].
- Herrmann, Heike (2019). *Soziale Arbeit im Sozialraum. Stadtsoziologische Zugänge*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hitzler, Ronald; Honer, Anne & Pfadenhauer, Michaela (2008). Zur Einleitung: „Ärgerliche“ Gesellschaftegebilde? In Roland Hitzler, Anne Honer & Michaela Pfadenhauer (Hrsg.), *Posttraditionale Gemeinschaften: Theoretische und ethnographische Erkundungen* (S. 9–31). Wiesbaden: VS Verlag.
- Hood, Nancy. E.; Brewer, Tracy; Jackson, Rebecca & Wewers, Mary, Ellen Wewers (2010). Survey of community engagement in NIH-funded research. *Clinical and Translational Science*, 3(1), 19–22.
- ICPHR (International Collaboration for Participatory Health Research) (2013). *Position paper 1: what is participatory health research?* (Version: Mai 2013). Berlin: International Collaboration for Participatory Health Research, http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/ichpr_position_paper_1_definition_-_version_may_2013.pdf [Zugriff: 14. September 2019].
- Israel, Barbara; Schulz, Amy; Parker, Edith & Becker Adam (1998). Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19(1), 173–194.
- Israel, Barbara; Eng, Eugenia; Schulz, Amy & Parker Edith (2013). Introduction. In Barbara Israel, Eugenia Eng, Amy Schulz & Edith Parker (Hrsg.), *Methods in community-based participatory research for health* (S. 3–37). 2. Aufl. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Israel, Barbara; Schulz, Amy; Parker, Edith; Becker, Adam; Allen, Alex; Guzman, Ricardo & Lichtenstein, Richard (2018). Critical issues in developing and following community-based participatory research principles. In Nina Wallerstein, Bonnie Duran, John Oetzel & Meredith Minkler (Hrsg.), *Community-based participatory research for health* (S. 31–46). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Jewkes, Rachel & Murcott, Anne (1996). Meanings of community. *Social Science and Medicine*, 43(4), 555–563.
- Koschnik, Wolfgang (1995). *Kompaktwörterbuch der Sozialwissenschaften*. München: Saur.
- Kumar, Somesh (2002). *Methods for community participation. A complete guide for practitioners*. Warwickshire, UK: ITDG Publishing.
- Kwon, Soo Ah (2013). *Uncivil Youth: Race, Activism and Affirmative Governmentality*. Durham, NC: Duke University Press
- Labonte, Ronald (2005). Community, community development, and the forming of authentic partnerships: Some critical reflections. In Meredith Minkler (Hrsg.), *Community organizing and community building for health* (S. 82–96). 2. Aufl. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Loss, Julia (2009). Die Gemeinde – lebensnotwendige Stimme für die Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 147–148.
- MacQueen, Kathleen; McLellan, Eleanor; Metzger, David; Kegeles, Susan; Strauss, Ronald; Scotti, Roseanne; Blanchard, Lynn & Trotter, Robert (2001). What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *American Journal of Public Health*, 91(12), 1929–1938.
- Minkler, Meredith (2005). *Community organizing and community building for health*. 2. Aufl. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Minkler, Meredith (2012). *Community organizing and community building for health and welfare*. 3. Aufl. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Minkler, Meredith & Wallerstein, Nina (2003). *Community based participatory research for health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Minkler, Meredith & Coombe, Chris (2007). Using Force Field Analysis and SWOT analysis as strategic tools in community organizing. In Meredith Minkler (Hrsg.), *Community organizing and community building for health* (S. 444–447). 2. Aufl. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Minkler, Meredith; Garcia, Analilia; Rubin, Victor & Wallerstein, Nina (2012a). *Community-based participatory research – A strategy for building health communities and promoting health through policy change*. Oakland, CA: policyLink.
- Minkler, Meredith; Pies, Cheri & Hyde, Cheryl (2012b). Ethical issues in community organization and community participation. In Meredith Minkler (Hrsg.), *Community organizing and community building for health and welfare* (S. 110–129). 3. Aufl. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Muhammad, Michael; Garzon, Catalina; Reyes, Angela & the West Oakland Environmental Indicators Project (2018). Understanding contemporary racism, power, and privilege and their impacts on CBPR. In John Oetzel & Meredith Minkler (Hrsg.). *Community-based participatory research for health: Advancing social and health equity* (S. 47–59). San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Nowicka, Magdalena & Ryan, Louise (2015). Beyond Insiders and Outsiders in Migration Research: Rejecting A Priori Commonalities. Introduction to the FQS Thematic Section on „Researcher, Migrant, Woman: Methodological Implications of Multiple Positionalities in Migration Studies“. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 16(2), Art. 18, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1502183> [Zugriff: 24. Januar 2019].
- Peluso, Nancy Lee (1995). Whose woods are these? Counter-mapping forest territories in Kalimantan, Indonesia. *Antipode*, 27(4), 383–406.

- Rhodes, Scott; Malow, Robert & Jolly, Christine (2010). Community-based participatory research: A new and not-so-new approach to HIV/AIDS prevention, care and treatment. *AIDS Education and Prevention*, 22, 173.
- Rosenbrock, Rolf (2007). AIDS-Prävention: ein Erfolgsmodell in der Krise. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50, 432–441.
- Roth, Wolff-Michael & von Unger, Hella (2018) Current perspectives on research ethics in qualitative research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 19(3), Art. 33, doi:10.17169/fqs-19.3.3155.
- Spatscheck, Christian & Wolf-Ostermann, Karin (2016). *Sozialraumanalysen. Ein Arbeitsbuch für soziale, gesundheits- und bildungsbezogene Dienste*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Talen, Emily (2000). Bottom-Up GIS. *Journal of the American Planning Association*, 66(3), 279–294.
- Tervalon, Melanie & Murray-Garcia, Jann (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117–125.
- Trochim, William, & Kane, Mary (2005). Concept mapping: An introduction to structured conceptualization in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 17, 187–191.
- Viswanathan, Meera; Ammermann, Alice; Eng, Eugenia; Gartlehner, Gerald; Lohr, Kathleen; Griffith, Derek; Rhodes, Scott; Samuel-Hodge, Carmen; Maty, Siobhan; Lux, Linda; Web, Lucille; Sutton, Sonja; Swinson, Tammeka; Jackmann, Anne & Whitener, Lynn (2004). *Community-based participatory research: Assessing the evidence*. Evidence Report/Technology Assessment, 99, AHRQ Publication 04-E022-2. Rockville, MS: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- von Unger, Hella (2012a). Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran?. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), Art. 7, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120176> [Zugriff: 21. Januar 2019].
- von Unger, Hella (2012b). Wer beteiligt wird, ist erreichbar. Partizipation von Migrant/innen an der HIV-Prävention. In Rolf Rosenbrock & Susanne Hartung (Hrsg.), *Partizipation und Gesundheit* (S. 247–259). Bern: Hans Huber Verlag.
- von Unger, Hella (2014). *Partizipative Forschung – Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag.
- von Unger, Hella & Gangarova, Tanja (2011). *PaKoMi Handbuch – HIV-Prävention für und mit Migrant/innen*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. <https://www.hiv-migration.de/sites/default/files/publikationen/PaKoMi%20Handbuch%20Deutsch.pdf> [Zugriff: 26. Januar 2020].
- von Unger, Hella & Narimani, Petra (2012). *Ethische Reflexivität im Forschungsprozess: Herausforderungen in der partizipativen Forschung*. WZB-Discussion Paper SP I 2012-304, <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2012/i12-304.pdf> [Zugriff: 5. April 2019].
- von Unger, Hella; Gangarova, Tanja; Ouedraogo, Omer; Flohr, Catherine; Spennemann, Nozomi & Wright, Michael T. (2013). Stärkung von Gemeinschaften: Partizipative Forschung zu HIV-Prävention mit Migrant/innen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8(3), 171–180.
- Wallerstein, Nina (1999). Power between evaluator and community: Research relationships within New Mexico's healthier communities. *Social Science and Medicine*, 49, 39–53.

- Wallerstein, Nina & Duran, Bonnie (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: The intersection of science and practice to improve health equity. *American Journal of Public Health*, 100(S1), 40–46.
- Wallerstein, Nina; Duran, Bonnie; Oetzel, John & Minkler, Meredith (2018). On Community-Based Participatory Research. In John Oetzel & Meredith Minkler (Hrsg.), *Community-based participatory research for health: Advancing social and health equity* (S. 3–16). San Francisco CA, USA: John Wiley & Sons.
- Walter, Cheryl (2007). Community building practice: A conceptual framework. In Meredith Minkler (Hrsg.), *Community organizing and community building for health* (S. 66–78). 2. Aufl. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Wilson, Waziyatawin A. (2004). Introduction: Indigenous knowledge recovery is indigenous empowerment. *American Indian Quarterly*, 28(3/4), 359–372.
- Windsor, Liliana (2013). Using concept mapping in community-based participatory research: A mixed methods approach. *Journal of Mixed Methods Research*, 7(3), 274–293.
- Wright, Michael T; von Unger, Hella & Block, Martina (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In Michael T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 35–52). Bern: Hans Huber Verlag.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.