WZB

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Susanne Hartung

Partizipation – eine relevante Größe für individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen für Zusammenhänge zwischen Partizipation und Gesundheit.

Discussion Paper

SP I 2011–303

November 2011

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Forschungsschwerpunkt
Bildung, Arbeit und Lebenschancen

Forschungsgruppe
Public Health

Copyright remains with the author(s).

Susanne Hartung
Partizipation – eine relevante Größe für individuelle Gesundheit?
Discussion Paper SP I 2011–303
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2011)

Discussion papers of the WZB serve to disseminate the research results of work in progress prior to publication to encourage the exchange of ideas and academic debate. Inclusion of a paper in the discussion paper series does not constitute publication and should not limit publication in any other venue. The discussion papers published by the WZB represent the views of the respective author(s) and not of the institute as a whole.

Zusammenfassung

Partizipation – eine relevante Größe für individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen für Zusammenhänge zwischen Partizipation und Gesundheit.

von Susanne Hartung

Die Annahme, dass Partizipation – verstanden als Entscheidungsteilhabe – sich positiv auf gesundheitsrelevante Ressourcen von Individuen und Gruppen auswirkt, prägt bereits heute das Vorgehen in vielen gesellschaftlichen Praxisfeldern wie z.B. in der Gesundheitsförderung und zum Teil auch in der Krankenversorgung. Den Mangel an Erklärungsansätzen für diese zumeist positiv besetzte Annahme ist der Anlass für eine Suche nach Erklärungsmodellen und empirischen Befunden, die sich auf gesundheitliche Wirkungen von Partizipation beziehen.

Auf eine Einleitung und die Benennung der Rolle von Entscheidungsteilhabe folgt der dritte Teil des Papers mit der Begriffsklärung von Partizipation im Verhältnis zu bzw. in Abgrenzung von sozialer Teilhabe, *control,* Selbstbestimmung und Empowerment. Anhand von Primär- und Sekundärliteratur wird im vierten Teil geprüft, ob und wie Partizipation in diesem Sinne in den gebräuchlichen Theorien und Konzepten zu Gesundheitsressourcen eine Rolle spielt. Untersucht werden dazu Einflussüberzeugung/*perceived control* und *locus of control*, Selbstwirksamkeit/*self efficacy*, Kohärenzgefühl/*sense of coherence* und Gesundheitskompetenz/*health literacy*. Deutlich wird dabei, dass in all diesen Konzepten und auch in der Literatur dazu zwar implizite aber kaum explizite Erklärungen dafür vorliegen, dass und wie Entscheidungsteilhabe auf die individuelle Gesundheit einwirken kann. So erscheint die Annahme, dass mehr Entscheidungsteilhabe zu mehr Gesundheitschancen führt, zwar auch im Kontext dieser Konzepte als hoch plausibel, zu ihrer weiteren Erhärtung bedarf es jedoch weiterer Forschung.

Eine gekürzte Fassung des vorliegenden Discussion Paper wird in dem Buch: Rolf Rosenbrock, Susanne Hartung (Hrsg.): Partizipation und Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern, 2012, veröffentlicht.

Keywords: Partizipation, Teilhabe, soziale Teilhabe, Entscheidung, Gesundheit, Gesundheitschancen, Gesundheitskonzepte, Gesundheitsressourcen, Selbstwirksamkeit, perceived control, locus of control, sense of coherence

JEL classification: Health and Inequality, Public Health, perceived control, locus of control, sense of coherence, health literacy

Abstract

Participation – A Relevant Factor for Individual Health? Seeking Explanatory Models for Relationships between Participation and Health.

by Susanne Hartung

The assumption that participation – understood as involvement in decision-making – impacts positively on health-relevant resources already shapes approaches in many fields of social practice, certainly in health promotion and to some extent even in medical treatment. There is, however, a lack of explanatory theory behind this generally positively connotated assumption: good reason to conduct a search for explanatory models and empirical evidence relating to the health effects of participation.

Following an introduction and an outline of the role of decision-making participation, the third section of the paper defines the term "participation" in relation to and distinction from social involvement, control, self-determination and empowerment. The fourth section uses primary and secondary literature to examine whether and how participation plays a role in customary theories and concepts of health resources, investigating to this end perceived control and locus of control, self efficacy, sense of coherence and health literacy. It becomes clear that although all these concepts and the literature about them involve implicit explanations, explicit ones are sorely lacking, also for how decision-making participation can affect individual health. The assumption that more decision-making participation leads to greater health opportunities may indeed appear highly plausible in the context of these concepts, but requires further research to harden it up.

An abridged version of the Discussion Paper appears in Rolf Rosenbrock and Susanne Hartung, eds., *Partizipation und Gesundheit* (Berne: Huber, 2012).

Keywords: Partizipation, Teilhabe, soziale Teilhabe, Entscheidung, Gesundheit, Gesundheitschancen, Gesundheitskonzepte, Gesundheitsressourcen, Selbstwirksamkeit, perceived control, locus of control, sense of coherence

JEL classification: Health and Inequality, Public Health, perceived control, locus of control, sense of coherence, health literacy

Inhalt

1 Einleitung 1
2 Die Rolle der Entscheidungsteilhabe 2
3 Entscheidungsteilhabe zwischen Teilhabe, Selbstbestimmung und Empowerment 4
4 Partizipation in einer Auswahl von Gesundheitskonzepten – Leitfragen und Vorgehen einer Suche 8
4.1 Einflussüberzeugung 10
4.2 Selbstwirksamkeit 16
4.3 Kohärenzgefühl 20
4.4 Gesundheitskompetenz 25
5 Die Wirkung von Partizipation auf Gesundheitschancen und -ressourcen 31
Literatur 34

1 Einleitung

Die Annahme, dass Partizipation positive Wirkungen auf gesundheitsrelevante Ressourcen von Individuen und Gruppen hat, prägt bereits heute das Vorgehen in vielen gesellschaftlichen Praxisfeldern, so z.B. in der Sozialen Arbeit, der Gesundheitsförderung und zum Teil auch der Krankenversorgung. In der Praxis scheint es, dass Partizipation zunehmend als ein handlungsweisendes Paradigma anerkannt ist. Mit einiger Verwunderung zeigt ein Blick in die wissenschaftliche Literatur hingegen, dass Erklärungsansätze und belastbare empirische Befunde für diese starke – und zumeist positiv besetzte – Annahme nur in geringem Maße vorzuliegen scheinen bzw. wenig diskutiert werden. Die Annahme bildet zwar häufig eine Grundlage von Interventionskonzepten der Gesundheitswissenschaften wie z.B. in Setting-Projekten zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten. Doch wie Partizipation zu Gesundheit wirklich vermittelt wird, bleibt unterbelichtet.

Dies nimmt das vorliegende WZB Discussion Paper[1] zum Anlass, sich einmal auf die Suche nach Erklärungsmodellen und empirischen Befunden zu begeben, welche die Annahme von gesundheitlichen Wirkungen von Partizipation stützen könnten. Diese Suche, die nicht den Anspruch erhebt, eine umfassende Übersicht zu sein, findet entlang zweier Begrenzungen statt: Erstens soll *Partizipation als Teilhabe an Entscheidungen* verstanden werden. Zweitens liegt der Schwerpunkt der Analyse auf Entscheidungsteilhabe als einer *relevanten Einflussgröße für individuelle Gesundheit bzw. Gesundheitsressourcen* wie Selbstvertrauen, Selbstbestimmung und Selbstbewusstsein.

Das Discussion Paper ist damit fast ausschließlich auf individuelle Gesundheitskonzepte ausgerichtet. Diese Eingrenzung erklärt sich dadurch, dass das Paper den Weg meiner Suche nach Gründen zur Bestätigung bzw. Verwerfung der Annahme nachzeichnet. Dessen Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass Gesundheit sich letztlich nur auf das einzelne Individuum beziehen lässt.

Diese Eingrenzung der Suche soll dabei lediglich als ein erster Schritt der Analyse verstanden werden, denn Gesundheit bleibt immer auch sozial bestimmt. So könnte sich z.B. die Analyse kollektiver Gesundheitskonzepte, z.B. nach dem Modell von Dahlgren und Whitehead (1991) oder der Darstellung von Elkeles und Mielck (1997) anschließen. Die Eingrenzung auf individuelle Gesundheitskonzepte bedeutet keinesfalls, dass Kontexte bzw. kontextuelle Faktoren wie Arbeitsbedingungen oder – auf einer höheren Ebene – das Maß an sozialer Ungleichheit in einer Gesellschaft eine geringere Bedeutung für die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit haben als individuelle bzw. persönliche Faktoren. Auch darf aus der hier vorgenommenen Auswahl einiger Konzepte nicht der Schluss gezogen werden, dass andere individuelle Gesundheitskonzepte nicht auch Erklärungen bieten können.

Eine weitere Vorbemerkung schließt sich an, die sich aus der normativen bzw. wertgesteuerten Betrachtung des Gegenstands von Public Health ableitet. Public Health soll dazu beitragen die Gesundheit aller zu erhalten und zu verbessern. Partizipation bzw. Partizipation fördernde persönliche Kompetenzen und gesellschaftliche Verhältnisse sind nach dieser Lesart bereits positiv besetzt und werden als ein gesamtgesellschaftliches politisches Ziel zur Förderung von Gesundheit betrachtet. Diesen Wertediskurs können

---

1 Auf der Grundlage dieses Papiers wird im Frühjahr 2012 der Beitrag „Partizipation – eine relevante Größe für Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen.“ im Band „Partizipation und Gesundheit“ (Hrsg. Rosenbrock/Hartung) im Huber Verlag erscheinen.

theoretische und empirisch belegbare Erklärungsmodelle für die Verbindung von Partizipation und Gesundheit zusätzlich unterstützen.

Das Paper ist wie folgt gegliedert: Im 2. Kapitel wird die zugrunde liegende Hypothese erläutert sowie auf ihre normative und teilweise bereits bestätigte empirische Relevanz hingewiesen. Kapitel 3 führt zur Definition von Partizipation hin, indem angrenzende Begriffe wie Teilhabe und Selbstbestimmung erläutert werden. Nachdem zu Beginn des 4. Kapitels die Leitfragen der Suche nach Erklärungen aufgeführt werden, widmet sich dieser Teil des Papers einer Auswahl von Gesundheitskonzepten und der Frage, was diese Konzepte zur Klärung des Zusammenhangs zwischen Entscheidungsteilhabe und Gesundheit beitragen können. Die hier gewonnenen Erkenntnisse werden im 5. Kapitel zusammenfassend dargestellt und es wird erörtert, welche Fragen bleiben und wo konzeptionell und empirisch weitergeforscht werden sollte.

2 Die Rolle der Entscheidungsteilhabe

Partizipation wird hier als Entscheidungsteilhabe verstanden und auf ihren Stellenwert für Gesundheit bzw. Gesundheitsressourcen untersucht. Gesundheitsressourcen sind nützlich bei der Förderung, Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit, weil sie:

- die physischen, psychischen und sozialen Möglichkeiten der Bewältigung von physischen, psychischen und sozialen Gesundheitsbelastungen vergrößern,
- die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens vergrößern,
- und weil sie Handlungskompetenzen für die Veränderung solcher Strukturen freisetzen bzw. vergrößern, die entweder direkt die Gesundheit belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 62).

Meine Suche ist von der Annahme bzw. Hypothese geleitet, dass Individuen – allein oder als Teil einer Gruppe – mit mehr Partizipation/Entscheidungsteilhabe bessere Voraussetzungen zur Wahrnehmung von Gesundheitschancen sowohl in ihren Lebenswelten als auch in der Krankenversorgung bzw. zur Entwicklung ihrer Gesundheitsressourcen haben, diese besser aufrecht erhalten können und dies – in der Sprache der Gesundheitsberichterstattung bzw. Sozialepidemiologie – schließlich zu weniger Morbidität und späterer Mortalität führt. In den Blick genommen werden vor allem Entscheidungen, deren Konsequenzen für das Individuum relevant sind und bei denen es deshalb sinnvoll erscheint, darauf Einfluss zu nehmen.

Dass Partizipation ein gesundheitsförderlicher Wert beigemessen wird, kann an drei unterschiedlichen Beispielen deutlich gemacht werden: erstens anhand der für Forschung und Praxis von Public Health grundlegenden Ottawa Charta der Gesundheitsförderung, zweitens an der sich in Deutschland vollziehenden Entwicklung präventiver und gesundheitsförderlicher Praxis und drittens anhand der – zunehmend auch auf empirischen Daten beruhenden – Anerkennung des Shared Decision Making Ansatzes in der Krankenversorgung.

Seit Mitte der 1980er Jahre ist es, wie in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung ausführlich benannt, ein Anliegen der WHO, dass Menschen zur Mitgestaltung ihrer Lebenswelten und bei der Wahrnehmung ihrer Gesundheitschancen gestärkt und befähigt werden. Bereits in der Ottawa Charta von 1986 wird durch die Verwendung des Begriffs *control* (bzw. in der deutschen Fassung durch den Begriff „Selbstbestimmung“) auf die Relevanz von Entscheidungsteilhabe für Gesundheit hingewiesen.

Das ausdrückliche, gesundheitspolitisch anzustrebende und in der Ottawa Charta formulierte Ziel von Gesundheitsförderung ist es, „to increase people's control over their health and its determinants" (WHO 1986; Conrad/Kickbusch 1988).[2] Der in der Gesundheitsförderung angestrebte positive Effekt auf Gesundheit wird mit Entscheidungsteilhabe in Zusammenhang gebracht: „Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one's life circumstances, and by ensuring that the society one lives in creates conditions that allow the attainment of health by all its members." (WHO 1986). Wobei eine solch verstandene Ressourcenstärkung in allen gesellschaftlichen Lebensbereichen und auf allen Feldern der Gesundheits- und Krankenversorgung stattfinden soll.

Neben den sich in Deutschland bereits seit längerem aktiv für Partizipation einsetzenden Selbsthilfebewegungen (u.a. Trojan et al. i.E.), haben diverse Programme und Projekte das Anliegen der Förderung von Gesundheitschancen durch die verbesserte (Entscheidungs-)Teilhabe aufgegriffen. Beispiele dafür sind – im Rahmen des Programms der Sozialen Stadt[3] und im BMBF-Programm zur Präventionsforschung (2004-2012) geförderten – Modellvorhaben und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention. Andere Beispiele sind in der Projektdatenbank des bundesweiten Kooperationsverbundes für „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) unter dem Good-Practice-Kriterium „Partizipation" aufgeführt. Das Augenmerk liegt hier vor allem auf der Stärkung, Befähigung und Unterstützung von Menschen, welche aufgrund ihrer sozialen Lage benachteiligt sind, sowie auf der Gestaltung von – für ihre Entscheidungsteilhabe – förderlichen Verhältnissen. Dabei werden auch partizipative Handlungskonzepte einbezogen – z.B. im BMBF-geförderten Projekt „Lenzgesund", in dem Kinder und Eltern in benachteiligten Quartieren, z.B. durch die Organisation und Kooperation vernetzter Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre, unterstützt werden (Süß 2010; Süß/Trojan i.E.).

Dass ein – zumeist positiv konnotierter – Zusammenhang zwischen der Teilhabe an relevanten Entscheidungen und Gesundheit naheliegend ist, wird auch in der Praxis der Krankenversorgung kaum mehr in Frage gestellt. Intensiv diskutiert wird hier beispielsweise seit Jahren das Modell des Shared Decision Making (SDM), welches in Deutschland in den letzten Jahren auch als „partizipative Entscheidungsfindung" (PEF) bezeichnet wird (u.a. Dirmaier/Härter i.E.; Loh et al. 2007; Härter 2004). SDM setzt mittels einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen den professionellen Akteuren des Gesundheitssystems und dem Patienten[4] auf Patientenorientierung. Der sichtlich vermehrte Einsatz des Modells SDM in der Praxis der Krankenversorgung gründet sich auf Studienergebnisse, die positive gesundheitliche Effekte von mehr Entscheidungsteilhabe durch Patienten deutlich machen. Untersuchungen zur Wirkung des SDM verweisen darauf, dass sich – findet Entscheidungsteilhabe tatsächlich statt – häufig positive Wirkungen in Form von höherer Zufriedenheit, mehr Lebensqualität, ein Rückgang des Leidens und verringerte Krankheitssymptome erkennen lassen (u.a. Wilson et al. 2010; Joosten et al. 2008; Adams 2006;

---

2 Die grundsätzliche Bedeutung einer aktiven Rolle für Patienten in Entscheidungsprozessen um ihre Gesundheit wird auch in einem späteren Grundsatzpapier der WHO von 2008 wiederholt verdeutlicht. Das vom europäischen Regionalbüro erstellte Papier thematisiert, für die Europäische Ministerkonferenz der WHO in Tallinn, die Stellung des Patienten im Entscheidungsprozess in eigener Sache (WHO 2008).

3 Im Rahmen des Programms förderte das BMVBS zwischen 2006 und 2010 auch Projekte und Maßnahmen im nicht-baulichen Bereich.

4 Der besseren Lesbarkeit halber wird in diesem Paper bei Personenbezeichnungen generalisierend die maskuline Form verwendet; sofern nicht ausdrücklich anders formuliert, sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

Scheibler 2004). Maßgeblich für die Wirkung von SDM auf die Zufriedenheit der Patienten und ihr Wohlbefinden sind dabei kontinuierlich und nicht nur einmalig stattfindende Entscheidungsprozesse (Review von Joosten et al. 2008). Effekte von Partizipation auf Gesundheit werden hier kaum mittels Gesundheitskonzepten begründet, sondern zumeist auf die Adhärenz, d.h. das in der Therapie von Professionellen zumeist gewünschte sowie aktive und eigenverantwortliche Patientenverhalten, zurückgeführt.

Entscheidungsteilhabe hat Einfluss auf Gesundheitschancen und Gesundheitsressourcen. Diese Bedeutung kann Entscheidungsteilhabe zum einen über den Prozess von Teilhabe an Entscheidungen gewinnen, d.h. über den *Weg* von Entscheidungsteilhabe, und zum anderen über die Ergebnisse, die durch Entscheidungsteilhabe erreicht werden, d.h. über das durch gemeinsame Entscheidungsfindung erreichte *Ziel*. Die Teilhabe an Entscheidungen kann andere und im besten Fall für die Gesundheit bessere Entscheidungsergebnisse hervorbringen. Diese positiven Implikationen von Entscheidungsteilhabe als Weg und als Ziel bilden den Hintergrund für die Beförderung von partizipativer Entscheidungsfindung in Projekten der Gesundheitsförderung oder in der Krankenversorgung. So nehmen Patienten, die an Entscheidungen über ihre Versorgung teilhaben, Einfluss auf ihre Therapie, indem sie den Therapieplan mitgestalten bzw. dadurch, dass ihre Beteiligung an Entscheidungsprozessen ihre Adhärenz zur Therapie erhöht.

Entscheidungsteilhabe kann also bereits durch die Teilhabe am Entscheidungsprozess Gesundheit positiv beeinflussen. Auf dem Weg zu einer Entscheidung können Gesundheitsressourcen wie Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung, d.h. die Ressourcen zur Krankheitsbewältigung, gestärkt werden und sich so höheres Wohlbefinden und höhere Lebensqualität einstellen. Das vorliegende Paper konzentriert sich vor allem auf diese, als *Weg der Entscheidungsteilhabe* bezeichneten Zusammenhänge.

Das Paper konzentriert sich darauf, Wirkungen gemeinsamer Entscheidungsfindung zu finden. Folgende Fragen stellen sich: Welche Erklärungen lassen sich in den vorhandenen Gesundheitskonzepten und -theorien für die individuellen Wirkungen von Entscheidungsteilhabe finden? Wie erklären Konzepte und Konstrukte zur Gesundheit (z.B. Selbstwirksamkeit, Kohärenzgefühl oder *locus of control*) die Wirkung von Entscheidungsteilhabe auf die Gesundheit des Individuums?

3 Entscheidungsteilhabe zwischen Teilhabe, Selbstbestimmung und Empowerment

Der Begriff der Partizipation knüpft – auch in der hier vorgenommenen Fokussierung auf die Teilhabe an Entscheidungen – an diverse weitere Begriffe wie Teilhabe bzw. soziale Teilhabe, *control*, Selbstbestimmung und Empowerment an. Die Klärung der angrenzenden Begriffe soll wie auch die Darstellung gemeinsamer Schnittpunkte und Grenzen deutlich machen, was hier unter Entscheidungsteilhabe verstanden wird.

Partizipation bzw. Entscheidungsteilhabe

Unter Partizipation wird im Folgenden die individuelle oder auch die kollektive Teilhabe an Entscheidungen verstanden, welche die eigene soziale, ökonomische und politische Situation, die eigene Lebensgestaltung und damit die eigene Gesundheit betreffen. Teilhabe an relevanten Entscheidungen heißt dann, dass Personen, ob allein oder als Teil einer Gruppe, mit ihrem Verhalten Einfluss auf das Ergebnis der Entscheidungsfindung haben und ihr Verhalten dadurch die möglicherweise für sie wichtigen Konsequenzen der Ent-

scheidung beeinflusst. Damit wird Partizipation enger gefasst als das übergreifende Konzept der „Teilhabe“ bzw. enger als die Deutung von Partizipation im Englischen[5].

Im ursprünglichen Sinn steht der Begriff der Partizipation in einem politischen Kontext und versteht sich als die Teilnahme an Wahlen und als die Mitbestimmung in Organisationen (Kaase 2003; Friedrichsmeier/Wannöffel 2010; Haas i.E.). Danach beschränkt sich die Definition von Partizipation nicht auf Entscheidungsteilhabe, sondern schließt Handlungsabläufe und damit eine allgemeine Teilhabe an sozialen Prozessen ein.

Soziale Teilhabe

Teilhabe (bzw. soziale Teilhabe) meint hier gesellschaftliche und soziale Eingebundenheit, die auf Freiwilligkeit beruht; sie meint Wahlmöglichkeiten, die Bereitschaft der Eigenaktivität sowie Eigenverantwortung der Betroffenen einschließen und damit Entscheidungshandeln bzw. Entscheidungsteilhabe ermöglichen. Diese Engführung auf soziale Teilhabe wird in den meisten Definitionen vorgenommen. Ähnlich möchte Böhnke (2006), allerdings mit einem anders gelagerten Problemfokus, Teilhabe (bzw. soziale Teilhabe) verstanden wissen: als Gegenbegriff zu Ausgrenzung von Menschen. Der Teilhabebegriff nimmt bei ihr (im Vergleich zum Begriff der Integration, der die Gemeinschaft im Blick hat) die Perspektive der Individuen ein sowie deren Ansprüche auf Zugangsvoraussetzungen, Chancengleichheit und Teilhabemöglichkeiten in den Blick.

Control

Einer Klärung bedarf auch der vielfach im Zusammenhang mit Gesundheit und in der Ottawa Charta verwendete Begriff *control*. Im Folgenden wird er so verstanden, dass eine Person oder eine Gruppe bestimmenden Einfluss auf gesellschaftliche Entwicklungen und Prozesse, auf ihr Leben und situatives Geschehen nehmen kann bzw. von der Möglichkeit dies zu können überzeugt ist. Das wiederum ist nicht ohne Entscheidungsteilhabe denkbar; schließlich ist das ganze Leben eine Folge von Entscheidungssituationen. Die hier auf soziologische Phänomene angewendete Definition von *control* wurde von einer sozialpsychologischen Erklärung abgeleitet, die *control* „als die Überzeugung bzw. das Bestreben einer Person [definiert], erwünschte Zustände herbeiführen und aversive Zustände vermeiden oder reduzieren zu können“ (Frey/Jonas 2002: 13).

Während unter dem Begriff „Kontrolle“ im deutschen Sprachraum eher eine Handlung verstanden wird, mit der jemand oder etwas geprüft wird, verweist *control* auf Entscheidungsteilhabe und soll hier weitgehend als „Einflussüberzeugung“ bezeichnet werden.

Bereits Syme stellte fest, dass die Bedeutung von *control* facettenreich und changierend ist – wie seine weitgefasste Beschreibung deutlich macht: „Control can be assessed as a property of individuals or of situations; it can reflect a quality of individuals as well as be a function of training and opportunities or of social and cultural circumstances. Control can be a positive or negative force depending on personality, cultural milieu and previous experiences. It can involve specific situations or all situations. People can be seen to desire control, need control or abhor control as a personal ‘state of being’ (of being in control) while others see it as a ‘condition’ (where things are under control).” (Syme 1989: 9)

Selbstbestimmung

In der hier vorgenommenen Betrachtung der Zusammenhänge um Gesundheit soll Folgendes unter Selbstbestimmung verstanden werden: Es bestehen Wahlmöglichkeiten zwi-

5 Unter *Participation* versteht das englische Wörterbuch Merriam Webster a) “the act of participating”; b) “the state of being related to a larger whole”. (http://www.merriam-webster.com/dictionary/participation; Stand: 30.11.2010)

schen denen selbstständig und autonom, in Abwesenheit institutioneller Zwänge und der Bevormundung Dritter entschieden werden kann. Dabei handelt es sich auch um Selbstbestimmung, wenn Betroffene ihre Entscheidungsverantwortung freiwillig und vertrauensvoll an Dritte delegieren und deshalb auf Partizipation im engeren Sinne verzichten. Es muss demnach kein Ausschlusskriterium für Selbstbestimmung darstellen, wenn die Betroffenen auf Hilfe von anderen angewiesen sind.

Besondere Aufmerksamkeit gewann der Begriff Selbstbestimmung durch die deutsche Fassung der Ottawa Charta und im Rahmen von Gesundheitsförderung. Des Weiteren findet der Begriff aber auch zur Beschreibung der Pflegekriterien für alte und schwerstkranke Menschen oder in der Behindertenbewegung Anwendung. Selbstbestimmung beschreibt dabei vor allem die Erfordernisse aus entmündigenden und die Persönlichkeit verletzenden Verhältnissen (Kardorff v./Meschnig 2009).[6]

Nach Deci und Ryan (1985; zitiert in Skinner 1996) lässt sich, trotz des dem englischen Begriff *control* in der deutschen Fassung der Ottawa Charta gegenübergestellten Begriffs Selbstbestimmung – doch ein wichtiger Unterschied zwischen ihnen festmachen: *Control* meint die Interaktion mit der Welt und bezieht sich darauf, dass das eigene Verhalten Einfluss auf Situationen und Lebensbereiche hat, wenngleich auch Unsicherheit über die wahrscheinlich erreichten bzw. erreichbaren Ergebnisse besteht. Selbstbestimmung dagegen ist eine subjektbezogene Aussage über die Freiheitsgrade im eigenen Verhalten. „There are very important differences between the concepts of control and self-determination. Control refers to there being a contingency between one's behaviour and the outcomes one receives, whereas self-determination refers to the experience of freedom in initiating one's behaviour" (Deci/Ryan 1985: 31).

Während Selbstbestimmung einen individuellen Prozess beschreibt, findet Partizipation stets im Prozess mit anderen statt. Das Stufenmodell von Partizipation (vgl. Wright 2010b) geht von diesem sozialen Prozess aus und bezieht sich auf partizipierende Gruppen. Die höchste Stufe dieser Partizipationsleiter heißt deshalb Selbstorganisation (der Gruppe). Wäre Partizipation als individueller Prozess anzusehen, d.h. wäre eine individuelle Stufenleiter von Partizipation möglich, dann würde die höchste Stufe einer individuellen Partizipationsleiter Selbstbestimmung sein.

Selbstbestimmung meint hier mehr als geteilte Entscheidungsfindung mit anderen und betont die Bedeutung von Autonomie und Selbstständigkeit im Entscheidungsprozess somit stärker als Partizipation. Werden Entscheidungen vom Individuum gänzlich autonom und für sich getroffen, ohne auf andere Rücksicht zu nehmen oder Kompromisse eingehen zu müssen, handelt es sich um den Idealtypus der Selbstbestimmung und damit um Entscheidungs*habe*. Die Entscheidungsmacht liegt in den Händen einer einzelnen Person, die Entscheidungen allein und nicht in einem gemeinsamen Prozess mit anderen trifft.[7]

---

6 Gerade in der Betreuung und Pflege kranker, alter und behinderter Menschen kann ein Anspruch auf Selbstbestimmung in jedem Moment allerdings eine reale Überforderung bedeuten, die Abgabe der Verantwortung für Entscheidungen dagegen eine Entlastung (für die Betroffenen und/oder das Pflegesystem; wobei die divergenten Fälle besonders interessant sind). In diesem Fall definiert sich das „Ausmaß der Selbstbestimmung (...) nicht allein aus den tatsächlich gezeigten Entscheidungen oder den selbst durchgeführten Handlungen" (Kardorff v./Meschnig 2009: 77). Die Delegation von Verantwortung kann auch Selbstbestimmung bedeuten, solange Delegation nicht als Wegnahme oder Verhinderung eigenständigen Entscheidens durch Dritte verstanden wird (Kardorff v./Meschnig 2009: 81).

7 Damit wird erstens nicht behauptet, dass Entscheidungen unabhängig von verinnerlichten sozialen Werten und Normen getroffen werden, die je nach Lebensstil und Gruppenzugehörigkeit verschieden sein können. Zweitens kann es dadurch, dass Entscheidungen allein und nicht mit anderen getroffen werden, auch möglich sein, dass Entscheidungshabe gesellschaftsschädigend oder gemeinschaftsfremd ist.

Empowerment

Das Empowermentkonzept zielt als Interventionsansatz und Ergebnis von Interventionen – der Gesundheitsförderung, der Sozialen Arbeit und der Psychotherapie u.a. – darauf ab, die Ressourcen von Zielgruppen zu stärken. Empowerment soll als sozialpolitische Strategie Handlungsmöglichkeiten erweitern (z.B. durch bzw. zur Teilhabe an Entscheidungen), die Menschen nutzen können, um ihr Leben selbst zu bestimmen (Rappaport 1985). Das Anliegen von Empowerment ist es, „Betroffenen ihre vorhandenen Fähigkeiten sichtbar zu machen und diese zu stärken. Angestrebt wird somit die Kräftigung und Freisetzung von Ressourcen und die Stärkung von personalen und sozialen Kompetenzen, mit deren Hilfe selbstbestimmt die eigenen Lebensräume und Lebenswege gestaltet werden können" (Erhart et al. 2008: 722).

Aufmerksamkeit erhält der prominente Ansatz bereits seit 1986 durch die Verabschiedung der Ottawa Charta. Darin wurde Empowerment erstmalig als Interventionsansatz der Gesundheitsförderung definiert. Die Zielgruppe soll, wie es in der Charta formuliert wurde, von den beteiligten professionellen Akteuren mittels dreier Strategien gesundheitsförderlichen Handelns erreicht und auf diese Weise gestärkt werden: 1) Interessen vertreten und Partei ergreifen (*advocate)*; 2) befähigen und ermöglichen (*enable*) und 3) vermitteln und vernetzen bzw. weitergeben (*mediate*) (WHO 1986). Diese Strategien sollen zur Stärkung individueller und kollektiver Ressourcen beitragen, die Gesundheit erhalten und verbessern. Dabei wird die Anwendung des Empowermentansatzes generell von dem Wunsch geleitet, insbesondere Menschen mit geringer Ressourcenausstattung, Minderheiten und diskriminierte Bevölkerungsgruppen zu größerer Selbstbestimmung (bzw. zu mehr Einfluss auf ihr Leben) zu ermächtigen bzw. subjektive Voraussetzungen für die Erweiterung ihrer Selbstbestimmung und ihres Entscheidungsraumes zu schaffen.

Empowerment ist sowohl in der Ursprungsdefinition von Rappaport (1985), die in der Ottawa Charta aufgegriffen wurde, als auch in der heutigen Verwendung des Konzepts ein möglicher (wenn auch nicht immer hinreichender) Weg zu mehr Selbstbestimmung. Das kann sowohl über soziale Teilhabe als auch über die Teilhabe an Entscheidungen geschehen (Zimmermann/Rappaport 1988[8]; Wallerstein 2006), so dass Entscheidungsteilhabe bzw. Partizipation als ein Weg gelten kann, über den Empowerment (Kliche/Kröger 2008) stattfindet. Die Zielgruppe sind sowohl Individuen als auch Gruppen. Dies wird deutlich in der von Wallerstein aufgegriffenen Empowermentdefinition der World Bank: "...the process of increasing capacity of individuals or groups to make choices and to transform those choices into desired actions and outcomes [to] build individual and collective assets, and to improve the efficiency and fairness of the organizational and institutional context which govern the use of these assets" (World Bank 2005; zitiert in Wallerstein 2006: 17). Besonders deutlich wird hierbei, dass ein Ziel von Empowerment darin besteht, die Entscheidungsmöglichkeiten zu vermehren und dafür zu sorgen, dass Wahlmöglichkeiten zu den gewünschten Handlungen und Ergebnissen führen, von denen Individuen und Gruppen bestmöglich profitieren.

Zusammenfassung

Partizipation wird hier als Entscheidungsteilhabe verstanden. Die vorangegangene Begriffsklärung hat gezeigt, in welchem Verhältnis Entscheidungsteilhabe zu den Begriffen Teilhabe, *control*, Selbstbestimmung und Empowerment steht.

---

8 Rappaport und Zimmermann unterscheiden weiter zwischen Empowerment und psychologischem Empowerment: "While empowerment is a multilevel construct that may be applied to organizations, communities, and social policies, psychological empowerment is the expression of this construct at the level of individual persons." (Zimmermann/Rappaport 1988: 726)

Zunächst geht Partizipation, so wie sie hier verstanden wird, über die Teilhabe an politischen Prozessen, d.h. über Wahlbeteiligung auf politischen Ebenen oder über Mitbestimmung in Unternehmen hinaus. Soziale Teilhabe, d.h. soziale Eingebundenheit, kann als Voraussetzung für Partizipation angesehen werden. So ist der Kontakt mindestens zweier Personen notwendig, dass Entscheidungen gemeinsam getroffen werden können. Soziale Teilhabe wäre deshalb einerseits für Entscheidungsteilhabe wichtig, geht andererseits aber nicht zwangsläufig mit gemeinsamer Entscheidungsfindung der zusammentreffenden Personen einher. *Control* schließt Entscheidungsteilhabe in all ihren Abstufungen (z.B. Mitbestimmung und teilweise Entscheidungsteilhabe) ein. Entscheidungsteilhabe kann als vollständige bzw. umfassende *control* bzw. Selbstbestimmung bzw. Entscheidungs*habe* angesehen werden. Eine autonom für sich allein getroffene Entscheidung ist Selbstbestimmung, d.h. Entscheidungshabe, und geht über Entscheidungs*teilhabe* hinaus. Empowerment wird dabei als ein Interventionsansatz angesehen, der Entscheidungsteilhabe möglich machen und dabei oft durch diese befördert werden soll.

4 Partizipation in einer Auswahl von Gesundheitskonzepten – Leitfragen und Vorgehen einer Suche

Ziel der vorliegenden Betrachtungen ist es, zu verstehen, welche gesundheitlichen bzw. auf Gesundheit beziehbaren Wirkungen Partizipation zugerechnet werden können bzw. wodurch sich der Einfluss von Partizipation auf Gesundheit erklären lässt. An welcher Stelle der Wirkungskette der Entstehung von Gesundheit (Voraussetzung? Bestandteil? Ergebnis?) Entscheidungsteilhabe steht, ist maßgeblich für die Erklärung der Wirkung von Partizipation auf Gesundheit und entscheidend für die Planung von Interventionen zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und Erhöhung von Gesundheitschancen.

Die Ursachen für eine häufig unterstellte Wirkung von Partizipation, dass Entscheidungsteilhabe z.B. Selbstbewusstsein steigern kann, liegen möglicherweise im Umgang bzw. in der Interaktion mit anderen Entscheidungs*teilhabern* und in der damit ggf. einhergehenden Erfahrung von Wertschätzung durch diese soziale Umwelt oder/und in der Erfahrung von Einflussnahme auf Situationen.

Jenseits dieses Beispiels einer allgemeinen und zunächst überwiegend – intuitiv – nachvollziehbaren Überlegung, werden hier einige psychologische, sozialpsychologische sowie gesundheitswissenschaftliche Konzepte betrachtet. Die ausgewählten Konzepte haben einerseits Relevanz in der heutigen Gesundheitsforschung, können andererseits aber auch als Material für die Suche nach Erklärungsmustern dienen, die möglicherweise die Annahme gesundheitlicher Relevanz von Partizipation untermauern.[9]

Das Diskussionspapier fasst die Ergebnisse einer literaturbasierten Analyse zusammen, in der die Konzepte zur Einflussüberzeugung (*perceived control* und *locus of control*); der Selbstwirksamkeit (*self efficacy*); des Kohärenzgefühls (*sense of coherence*) und der Gesundheitskompetenz *(health literacy*) daraufhin untersucht wurden, welche Rolle Entscheidungsteilhabe in ihnen spielt.[10] Für diese Analyse haben sich drei Hauptfragen ergeben:

---

9 Ich habe die Konzepte natürlich mit der Absicht ausgewählt, die für meine Suche möglichst Ertragreichsten zu untersuchen. Diese Auswahl erhebt jedoch nicht den Anspruch, die tatsächlich ertragreichsten Konzepte auch wirklich gefunden zu haben.

10 Die Suche nach Erklärungen führte entlang von drei Fragen, die hier am Beispiel von Selbstwirksamkeit dargestellt werden: 1) Von welchen Voraussetzungen hängt das Vorhandensein

1) Von welchen *Voraussetzungen* hängen das Vorhandensein oder der Erwerb der in den Konzepten beschriebenen Gesundheitsressourcen ab? Was sind also die Voraussetzungen für die Entstehung gesundheitsrelevanter Ressourcen wie Selbstwirksamkeit?

2) Was sind die *Bestandteile* der Gesundheitsressourcen, d.h. welche Kenntnisse und Kompetenzen sind mit dem Vorhandensein von z.B. Selbstwirksamkeit verbunden? Für interventiv gemeinte Konzepte schließt sich eine weitere Frage daran an: Durch welche *Interventionen* kann das Entstehen und die Stabilisierung dieser Ressource befördert werden?

3) Welche *Konsequenzen* bzw. Wirkungen auf das Leben hat es, über diese Gesundheitsressourcen zu verfügen oder auch welche Folgen hat es z.B., über wenig Selbstwirksamkeit zu verfügen?

Bei der Untersuchung der drei Fragen wird schwerpunktmäßig danach gefragt, welche Rolle der Entscheidungsteilhabe, der Erfahrung von Entscheidungsteilhabe und auch dem Streben nach Entscheidungsteilhabe unter den jeweils genannten Faktoren bzw. Komponenten bzw. Effekten zugeschrieben werden kann. Ziel aller Betrachtungen ist es, zu verstehen, welche gesundheitlichen bzw. auf Gesundheit beziehbaren Wirkungen Partizipation hat bzw. wodurch sich der Einfluss von Partizipation auf Gesundheit erklären lässt. An welcher Stelle der Wirkungskette (von Voraussetzung über Bestandteil bis zum Ergebnis) Entscheidungsteilhabe steht, ist maßgeblich für die Erklärung der Wirkung von Partizipation auf Gesundheit und entscheidend für die Planung von Interventionen zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und Erhöhung von Gesundheitschancen.

Bei der Untersuchung wurde schwerpunktmäßig danach gefragt, welche Bedeutungen und Wirkungen der Entscheidungsteilhabe (d.h. der Erfahrung von Entscheidungsteilhabe oder zumindest dem Streben nach Entscheidungsteilhabe) unter den jeweils genannten Faktoren bzw. Komponenten bzw. Effekten zugeschrieben werden können. Ich werde mich hierbei auf die Darstellung der Relevanz von Entscheidungsteilhabe für die Förderung bzw. den Erhalt von Gesundheitsressourcen beschränken und nicht alle (anderen, z.T. darüber hinaus gehenden) Voraussetzungen, Bestandteile oder Ergebnisse der Gesundheitsressourcen aufführen.

Für die Erörterung der Fragestellungen wurden die Texte der Mütter bzw. Väter der Konzepte zunächst danach untersucht, ob Partizipation *explizit im Konzept auftritt*. In den Fällen, in denen Entscheidungsteilhabe nicht explizit im Konzept benannt wird, gehen die Erörterungen über das Explizite im Konzept hinaus, und es werden einige *implizite Bezüge zu Partizipation bzw. Entscheidungsteilhabe* dargestellt. Das heißt Kompetenzen oder Sichtweisen, die in den Konzeptdarstellungen genannt werden, die plausiblerweise nicht ohne Partizipation zustande kommen oder nicht ohne sie erlernbar sind oder zu stärkerer Suche nach und Wahrnehmung von Entscheidungsteilhabe führen, gehen ebenso in die Betrachtung ein.

Die Betrachtung erhebt – aufgrund des nicht allein zu bewältigenden Umfangs eines solchen Vorhabens – nicht den Anspruch, der Form eines systematischen Reviews über

---

oder der Erwerb der in den Konzepten beschriebenen Gesundheitsressourcen ab? Was sind also die Voraussetzungen für die Entstehung gesundheitsrelevanter Ressourcen wie z.B. Selbstwirksamkeit? 2) Was sind die Bestandteile der Gesundheitsressourcen, d.h. welche Kenntnisse und Kompetenzen sind mit dem Vorhandensein von z.B. Selbstwirksamkeit verbunden? Für interventiv gemeinte Konzepte schließt sich eine weitere Frage an: Durch welche Interventionen kann das Entstehen und die Stabilisierung dieser Ressource befördert werden? 3) Welche Konsequenzen bzw. Wirkungen auf das Leben hat es, über diese Gesundheitsressourcen zu verfügen oder auch welche Folgen hat es z.B. über wenig Selbstwirksamkeit zu verfügen?

empirische Ergebnisse gerecht zu werden. Natürlich soll dennoch bzw. gerade deshalb das Vorgehen erläutert werden: Zur Analyse wurden theoretische Grundlagentexte einiger Gesundheitstheorien herangezogen, die durch neuere Texte zum aktuellen theoretischen Forschungsstand und durch ausgewählte nationale und internationale empirische Studien ergänzt wurden. Dem Paper liegt eine systematische Literaturanalyse zugrunde, die zum einen auf der Recherche in elektronischen Datenbanken (Scirus bzw. Medline, Pubmed und Science Direct, wiso, DIMDI, Psychdex) beruht und in der zum anderen mittels Schneeballverfahren bzw. durch Sichtung der relevanten recherchierten Literatur weitere relevante Artikel identifiziert wurden. Als Suchbegriffe für die Literaturrecherche wurden sowohl deutsche als auch englische Begriffe gewählt, welche für die Filterung der Treffer verschiedentlich miteinander kombiniert wurden: Partizipation (*participation*), Entscheidungsfindung, Entscheidungsteilhabe, Entscheidungsbeteiligung, Teilhabe an Entscheidungen (*decision making, decision*), *patient autonomy*, Gesundheit (*health, well being, health outcomes*), Gesundheitswesen, *locus of control*, *health locus of control*, Selbstwirksamkeit (*self efficacy*), *health literacy*, Kohärenzgefühl/Kohärenzsinn (*sense of coherence*) u.a. Die Recherche setzte zeitlich gesehen, zumeist bei der Veröffentlichung des Originaltextes des Hauptautors an, wie z.B. für die Analyse des Konzepts *locus of control* bei dem Text von Rotter aus dem Jahr 1966. Die Zeitspanne der Recherche wurde im Weiteren dann gemäß der geringen oder hohen Trefferquote angepasst. Aufgrund der zumeist hohen Trefferzahlen und der teilweise recht geringen Einschlägigkeit der Artikel für die hier verfolgte Fragestellung, erwies sich die Auswertung einschlägiger Artikel teilweise als fruchtbarer und wurde deshalb, ab einem späteren Zeitpunkt der Analyse, einer systematischen Literaturrecherche vorgezogen. Die Auswahl der dargestellten theoretischen und empirischen Ergebnisse wurde vor allem durch das Analyseziel geleitet, den Zusammenhang zwischen den Gesundheitskonzepten und Partizipation bzw. Entscheidungsteilhabe zu erläutern.

4.1 Einflussüberzeugung

Sowohl die soziologische als auch die psychologische Forschung verweisen seit mehreren Jahrzehnten auf Zusammenhänge zwischen Überzeugung bzw. Erfahrung von Einflussnahme und physischem und psychischem Wohlbefinden (Aufzählung von entsprechenden Texten siehe Skinner 1996: 549). Dabei wird der gesundheitliche Einfluss erstens einer positiven inneren Überzeugung (bzw. einer optimistischen und zuversichtlichen Herangehensweise) zugeschrieben, nach der Menschen auf bestimmte Situationen generell Einfluss nehmen können. Zweitens gibt es Hinweise darauf, dass der Glaube an diese wirksame Beeinflussung zu einer höheren Gestaltungsmotivation beitragen kann und damit möglicherweise zu günstigem Gesundheitsverhalten führt.

Psychische und damit gesundheitliche Wirkungen von gerichteter Einflussnahme lassen sich dieser Einschätzung zufolge vor allem dann feststellen, wenn der Effekt der Einflussnahme (z.B. der Effekt des objektiven Verlierens oder Gewinnens) wirklich bemerkt, d.h. subjektiv festgestellt wird. Die subjektive Überzeugung, überhaupt Einfluss ausüben zu können, die in der Literatur[11] vorwiegend unter dem Oberbegriff *perceived control* bzw. *subjective control* erfasst wird, scheint für die hier vorgenommene Betrachtung besonders relevant.

Perceived control (bzw. *subjective control*) meint den vermuteten Einfluss, den eine Person bzw. Personengruppe erwartet (oder eben nicht erwartet) ausüben zu können. „Perceived control (PC) is defined as the *belief* that one can determine one's own internal states

11 In der Übersicht, die Skinner (1996) von den mehr als 100 Begriffen und fast so vielen Konzepten zu Einflussüberzeugung bzw. *control* zusammenstellt, dominieren vier Hauptkonzeptualisierungen das Feld: *locus of control*, *self efficacy*, *attribution theory*, *learned helplessness*.

and behavior; influence one's own environment, and/or bring about desired outcomes." (Wallston et al. 1987: 5). *Kurz gesagt ist perceived control*[12] *die subjektive Überzeugung einer Person darüber, dass eine bestimmte Situation oder ein bestimmter Bereich generell bzw. von ihr selbst beeinflussbar ist.*

Unabhängig von der tatsächlichen Situation und den objektiven Tatsachen[13] können bereits geringe Einflussmöglichkeiten subjektiv als ausreichend empfunden werden oder tatsächlich vorhandene breite Einflussmöglichkeiten als zu gering (Skinner 1996). Die Hervorhebung dieser subjektiven Überzeugung ist deshalb so wichtig, weil der tatsächlich vorhandene Einfluss, der als *actual control* (bzw. als *objective control*) bezeichnet wird, in der Erklärung der gesundheitlichen Wirkung von Einflussnahme bzw. Einflussüberzeugung kaum weiterführt. Entscheidend für die gesundheitliche Wirkung ist die subjektive Wahrnehmung der Geschehnisse, die durch soziale Erfahrungen geprägt ist bzw. die subjektive Wahrnehmung des eigenen Einflusses in der Situation und damit vor allem *perceived control*.

Für die weiterführende Erklärung der Wirkung von *perceived control* auf (gesundheitlich relevante) Faktoren haben zwei Konzepte aus der Theorie des sozialen Lernens Bedeutung erlangt: Bandura (1977, 1982), mit seiner Betrachtung von Selbstwirksamkeit (bzw. *self efficacy*) und Rotter (1966, 1975) mit seinem Konzept *locus of control*. Im Konzept *perceived control* sind sowohl der generelle Aspekt als auch der individuelle Aspekt enthalten: Während *locus of control auf den Aspekt der generellen Beeinflussbarkeit einer Situation* abzielt, bezieht sich das später ausführlich behandelte Konstrukt der *Selbstwirksamkeit auf die individuellen Fähigkeiten,* um diesen Einfluss ggf. auch wirklich ausüben zu können.

Das heißt, dass erstmal kein Unterschied gemacht wird, ob subjektiv davon ausgegangen wird, ob eine Situation generell beeinflussbar ist (wobei unbenannt ist, durch wen oder was), ob die Situation von der Person selbst beeinflussbar ist und auch nicht, ob die Person in der Situation auch tatsächlich die Fähigkeiten oder eben auch die Energie dafür hat. Die Konzepte Selbstwirksamkeit und *locus of control* machen diese Unterscheidung sichtbar und bieten Erklärungsmodelle für die unterschiedliche Wirkung dieser verschiedenen Überzeugungen.

Unabhängig von der Frage, ob das Individuum persönlich davon ausgeht, dass es die notwendigen Fähigkeiten besitzt und damit die Situation auch tatsächlich zu seinen Gunsten beeinflussen kann (Selbstwirksamkeit), untersucht Rotter (1966) die Frage, welche generellen Überzeugungen Verhalten motivieren.[14] In seinem Ansatz des *locus of control* untersucht Rotter, wie die Beeinflussbarkeit eines bestimmten Bereichs (bzw. einer Situation) eingeschätzt wird. Unterschieden wird dabei zwischen der internalen Einflussüberzeugung (*internal control*[15]), dass ein Bereich im Allgemeinen vor allem durch die Person selbst beeinflussbar ist, und der externalen Einflussüberzeugung (*external control*), nach

12 *Perceived control* wird teilweise in seinem generellen Sinn verwendet und mittels eigener Instrumente (u.a. Wardle et al. 2004) erhoben.

13 Vorausgesetzt, dies ist überhaupt feststellbar (siehe Watzlawick 2010/1976).

14 Bandura (1977, 1982) spitzte die Differenzierung auf die Unterscheidung zwischen Ergebniserwartungen (*locus of control beliefs*) und Verhaltenserwartungen (*self efficacy*) zu (vgl. Wallston et al. 1982).

15 Im deutschsprachigen Raum werden *internal control* und *external control* auch als internale und externale Kontrollüberzeugung bezeichnet (vgl. Lenz 2006; Rudolph et al. 2006). Für begriffliche Klarheit wird hier die deutsche Formulierung internale und externale Einflussüberzeugung gewählt, womit auf die über „Kontrolle" hinausgehende Bedeutung von *control* hingewiesen werden soll.

der ein Bereich durch andere Kräfte beeinflusst wird, wie z.B. von anderen Menschen, Schicksal, Zufall oder Glück (Rotter 1966[16]; Lenz 2006).[17]

Für die Verteilung von internaler und externaler Einflussüberzeugung gibt es Hinweise auf einen sozialen Gradienten. Ein höherer sozioökonomischer Status kann demnach auch mit höherer internaler Einflussüberzeugung einhergehen und z.B. auf einen selbstbewussten Umgang mit den Professionellen des Gesundheitswesens hinweisen. Diese Verbindung verdeutlicht Lareau (2002) am Beispiel von Arztbesuchen von Mutter und Kind für die diese Mütter ihren Kindern, je nach sozialem Hintergrund, verschiedene Verhaltensanweisungen anraten. Während Mütter mit einem höheren sozioökonomischen Status ihr Kind ermutigen, dem Arzt so viele Fragen zu stellen, wie es möchte, halten Mütter mit geringerem sozialen Status, ihr Kind eher davon ab und schärfen ihm gutes Benehmen, im Sinne von gutem Zuhören und Befolgen von Anweisungen, ein.

Genauso wie nach sozioökonomischen Mustern scheint *locus of control* sich auch geschlechterspezifisch zu unterscheiden. So attribuiert Muthny et al. (1994) Männern stärkere internale Einflussüberzeugung und Frauen stärkere externale Einflussüberzeugung. Dies würde implizieren, dass Männer sich selbst eher in der Verantwortung für ihre Gesundheit sehen und Frauen diese Verantwortung vermehrt beim Arzt ansiedeln. Eher konträr dazu stehen Studienergebnisse, nach denen sich Frauen besser und mehr als Männer über ihre Gesundheit informieren und sich auch stärker für die Gesundheiterhaltung ihrer Familie engagieren (vgl. Maschewsky-Schneider 1997; Babitsch 2005). Hier bestehen erhebliche Forschungslücken. Allein diese beiden Beispiele illustrieren dies.

Etliche Belastungs- und Bewältigungsmodelle, wie z.B. das Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984), die arbeitsweltbezogenen Stressmodelle von Karasek und Theorell (1990) und Siegrist (1996) stellen die Verbindung zu internaler und externaler Einflussüberzeugung her. Und auch außerhalb der expliziten Fokussierung auf Stress verweisen empirische Ergebnisse von internaler und externaler Einflussüberzeugung auf positive gesundheitliche Wirkungen. Forscher gehen in ihren Untersuchungshypothesen häufig davon aus, dass externale Einflussüberzeugung, d.h. soziale und fatalistische Externalität, eher zu Depressionen, Hoffnungslosigkeit und Angst führen (Lenz 2006). Auch weitere Studienergebnisse bestätigen die Hypothese des Zusammenhangs zwischen Einflussüberzeugung bzw. *locus of control* und Gesundheit, wenn sie bei höheren Werten externaler Einflussüberzeugung (statt hohen Werten internaler Einflussüberzeugung) auf ungünstige Werte von Lebensqualität verweisen (u.a. Rudolph et al. 2006; Bollini et al. 2004).

Rudolph et al. (2006: 182) zitieren in ihrem Review Befunde, die zeigen, dass Patienten mit chronischen Krankheiten im Vergleich zu Gesunden geringere Werte bei internalen und höhere Werte bei externalen Einflussüberzeugungen haben. Internale Einflussüberzeugung erweist sich dabei als guter Prädiktor der Krankheitsbewältigung bei verschiedenen Formen chronischer Erkrankungen. Interessanter als ein Vergleich von Patienten mit gesunden Menschen ist hier ein Patientenvergleich: Eine Studie von Patienten mit koronarer Herzerkrankung und Diabetes mellitus zeigt, dass unter chronisch kranken Patienten diejenigen, welche sich selbst den höheren Einfluss auf Situationen und Prozesse zu-

16 "When a reinforcement is perceived by the subject as following some action of his own but not being entirely contingent upon his action, then, in our culture, it is typically perceived as the result of luck, chance, fate, as under control of powerful others, or as unpredictable because of the great complexity of the forces surrounding him. When the event is interpreted in this way by an individual, we have labelled this a belief in external control. If the person perceives that the event is contingent upon his own behavior or his own relatively permanent characteristics, we have termed this a belief in internal control." (Rotter 1966: 1, Herv. im Original)

17 Heute verwendete Instrumente zur Messung von Einflussüberzeugung werden häufig bereichspezifisch eingesetzt wie z.B. das Frageinstrument von *locus of control* zu Krankheit und Gesundheit von Lohaus und Schmitt (1989).

schreiben, also mehr internale Einflussüberzeugung angeben, im Ergebnis eine signifikant höhere Lebensqualität berichten (Rudolph et al. 2006). Vereinzelt finden sich in der Betrachtung der Situation von Schwerstkranken auch gegenteilige Beispiele zu diesen Befunden (Burish et al. 1984). Diese Befunde wären für die Frage von Angemessenheit in der Wahrnehmung von Entscheidungsverantwortung und Entscheidungsmacht zu diskutieren.

Voraussetzung für die Entstehung von Einflussüberzeugung bzw. perceived control und locus of control

Folgt man den in diesem Feld arbeitenden Forschern, so ist die Ausbildung von Erwartungen und Überzeugungen auf das *grundsätzliche Bedürfnis der Menschen* nach Vorhersagbarkeit, Kontrolle und Einfluss zurückzuführen (Lenz 2006). Demnach suchen Menschen in den vielfältigen Situationen des Lebens Erkenntnis, Transparenz und damit auch Teilhabe im weitesten Sinne. White (1959) und DeCharms (1968) gehen davon aus, dass der Mensch das Bedürfnis hat, „sich selbst als Verursacher von Handlungen und Veränderungen der Umwelt zu erleben" (Frey/Jonas 2002: 13). Um diesem menschlichen Bedürfnis gerecht zu werden, insbesondere neu auftretende Situationen einschätzen zu können, wird auf zurückliegende Erfahrungen und die dadurch entstandenen Überzeugungen zurückgegriffen. In wiederkehrender Folge machen Menschen gute bzw. schlechte, aufregende bzw. wiederkehrende Erfahrungen, welche ihre Ideen und Überzeugungen vom „Gang der Welt" prägen.

Im Verlauf des Lebens machen Menschen *situationsabhängige und personenspezifische Erfahrungen*, im Ergebnis derer sich Einflussüberzeugungen entwickeln. In seiner Konzeptbildung geht Rotter (1966) davon aus, dass die Entstehung internaler und externaler Einflussüberzeugungen durch diese Erfahrungen beeinflusst wird. Einmalige oder wiederkehrende Situationen (z.B. das Erleben von Einfluss auf die Gestaltung des Klassenraums in der Schule oder die Information über Therapieergebnisse) können soziale Lernprozesse anregen, welche dann die Voraussetzung für Veränderungen von Einstellungen und Überzeugungen sind. In bestimmten Situationen und in der Auseinandersetzung mit anderen erfahren sich Menschen beispielsweise als durchsetzungsstark, überzeugend und kreativ – oder im Gegenteil als hilflos, schwach oder sogar ohnmächtig. Treten häufiger Situationen auf, die dem Individuum nicht völlig bzw. nicht effektiv kontrollierbar erscheinen, entwickelt sich vor allem die Form der externalen Einflussüberzeugung, die eher mit negativen gesundheitlichen Konsequenzen verbunden wird. Diskussionswürdig ist hier z.B. die Bedeutung von externaler Einflussüberzeugung für Schwerkranke. Erleben Individuen dagegen wiederholt Situationen, in denen sie das Gefühl haben, selbst Einfluss auf die Geschehnisse auszuüben, kann sich eher die Form der internalen Einflussüberzeugung entwickeln. Das Maß der jeweiligen Einflussüberzeugung ergibt sich durch verschiedene (soziale) Lernsituationen, durch das Verstehen der konstant vorhandenen individuellen Unterschiede und durch das Maß der Möglichkeiten persönlicher Einflussnahme, welches die Individuen einer Situation zurechnen. Solche Lernsituationen beinhalten stets auch Aspekte der Entscheidungsteilhabe.

Ansatzpunkte zur Intervention für höhere internale Einflussüberzeugung

Einflussüberzeugungen werden einerseits als Persönlichkeitsmerkmal angesehen und andererseits, wie eben ausgeführt, als Ergebnis sozialer Erfahrungen (Rudolph et al. 2006). Bedeutsam für gute Gesundheit ist die internale Einflussüberzeugung. Rotter geht davon aus, dass internale Einflussüberzeugung bzw. Erwartungen insbesondere für neue und uneindeutige Situationen verhaltenswirksam sind. Anders als bei seinen Nachfolgern, die internale Einflussüberzeugungen größtenteils als stabile Persönlichkeitseigenschaften ansehen, denkt Rotter internale Einflussüberzeugungen zu Beginn seiner Überlegungen

noch als eher spezifisch und situationsabhängig (Lenz 2006; Rudolph et al. 2006), womit sie auch „erlernbar" wären.

Diese Perspektive bildet eine Voraussetzung für Interventionen der Gesundheitsförderung, welche auf die Mehrung von internaler Einflussüberzeugung abzielen. Sehen wir Einflussüberzeugung als etwas in Entwicklung begriffenes und als etwas mit dem man nicht geboren wird, dann können Interventionen der Gesundheitsförderung internale Einflussüberzeugung erhöhen, d.h. durch praxisgeleitete Erfahrungen kann internale Einflussüberzeugung erhöht bzw. die Zuversicht gestärkt werden, dass das eigene Verhalten Situationen günstig verändern bzw. ungünstige Situationen verhindern kann. So kann im Rahmen von Interventionen beispielsweise einer permanenten Erfahrung von Hilflosigkeit und Ohnmacht entgegengewirkt werden, welche biografisch bereits entwickelte internale Einflussüberzeugung verringert. Und auch wenn man davon ausgehen würde, dass internale Einflussüberzeugung als stabile Persönlichkeitseigenschaft zu deuten sind, werden Interventionen, die eine Erhöhung von internaler Einflussüberzeugung anstreben, kaum bei einem gänzlich nicht vorhandenen internale Einflussüberzeugung ansetzen, sondern wenigstens auf einer gering ausgeprägten internale Einflussüberzeugung aufbauen. Dieser Gedanke liegt zahlreichen Konzepten und Interventionen zugrunde, z.B. der betrieblichen Gesundheitsförderung durch partizipative Organisationsentwicklung (vgl. Lenhardt i.E.) sowie des Quartiersmanagements als Gesundheitsförderung im Stadtteil (vgl. Bär i.E.).

Studien weisen darauf hin, dass Individuen mehr kognitive und emotionale Defizite sowie weniger Handlungsmotivation zeigen, wenn sie, vor allem subjektiv, wenig Einfluss auf Situationen haben (Seligman 1975).[18] „Gelernte Hilflosigkeit" entsteht dann, wenn „Personen auf (subjektiv) nicht kontrollierbare Situationen oder Ereignisse treffen und keine Möglichkeiten besitzen, das Ereignis oder die Situation entsprechend [ihren Plänen, Wünschen bzw. Bedürfnissen; Anmerk. d. Autorin] zu beeinflussen. Je nach Häufigkeit, Dauer, Intensität und Bedeutsamkeit solcher Erlebnisse können diese Erfahrungen auch auf andere Kontexte generalisieren; dann werden auch tatsächlich kontrollierbare Ereignisse als unkontrollierbare Ereignisse wahrgenommen. Aufgrund dieser generalisierten Erwartungshaltung von Unkontrollierbarkeit wird dann Hilflosigkeit gelernt." (Rudolph et al. 2006: 183). Hilflosigkeit ist nach dieser Beschreibung gleichbedeutend mit externale Einflussüberzeugung. Entscheidend ist dabei die Dauer, Häufigkeit und Intensität der Erfahrung von „Hilflosigkeit" (z.B. bei langer erfolgloser Arbeitssuche bei Hartz IV-Empfängern oder bei chronischen Krankheiten) für das Maß an externale Einflussüberzeugung (Rudolph et al. 2006; auch Rotter 1975). Wobei auch der umgekehrte Fall zutrifft, nach dem das Maß an externale Einflussüberzeugung die Wahrnehmung von Hilflosigkeit beeinflusst.

Die Erfahrung von Hilflosigkeit kann auch gemacht werden, wenn die empfundene Hilflosigkeit objektiv nicht berechtigt scheint. Ähnlich negative Konsequenzen dürften Situationen haben, wenn subjektiv davon ausgegangen wird, dass diese Situationen beeinflussbar seien, sich dies objektiv dann aber nicht bestätigt und als Illusion herausstellt (Langer 1975).

Ergebnisse von Einflussüberzeugung bzw. perceived control und locus of control

Erst die Überzeugung, dass es der Person generell möglich ist, eine bestimmte Situation zu beeinflussen, kann die Frage eröffnen, ob die Person im Moment auch über die dafür notwendigen Ressourcen verfügt. Aus den Überlegungen zu den Ergebnissen von Einflussüberzeugung bzw. zum Ergebnis von (hoher) internaler Einflussüberzeugung ergibt sich demnach, dass *Selbstwirksamkeit* ein Ergebnis von internaler Einflussüberzeugung sein kann.

---

18 Tautologiekritik an der Theorie der gelernten Hilflosigkeit (vgl. Smedslund 1991).

Komplementär zur Unterscheidung zwischen der Überzeugung genereller Beeinflussbarkeit einer Situation (internaler Einflussüberzeugung) und der Überzeugung der dafür notwendigen persönlichen Kompetenz (Selbstwirksamkeit) verläuft die (konzeptionell parallel entstandene) Unterscheidung zwischen genereller und persönlicher Hilflosigkeit von Seligman (1975) (Wallston et al. 1982). Demnach kann hohe Selbstwirksamkeitserwartung – situationsspezifisch – nicht mit hoher Überzeugung persönlicher Hilflosigkeit zusammenfallen.

Die Überzeugung, dass ein bestimmter Bereich im Leben selbst verändert werden kann, erhöht die persönliche *Motivation zum Handeln bzw. zur aktiven Einflussnahme*. Eine Folge von internaler Einflussüberzeugung ist eine vermehrte *Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen* (Wallston et al. 1976) und könnte im Ergebnis weiterer Untersuchungen auch eine höhere Motivation zur Teilhabe an Entscheidungen ergeben. Überwiegt bei Personen dagegen eher externaler Einflussüberzeugung, kann dies die Verminderung der Motivation bewirken und zu *verringerter Handlungsbereitschaft, Zurückhaltung oder gar Passivität* führen. Das kann sich einerseits auf die Dynamik der Situation auswirken, indem spontane Verhaltensweisen reduziert werden; andererseits aber auch gesundheitliche Folgen haben und sich in Form von depressiven Zuständen äußern. Fühlen sich Menschen Situationen wiederholt nicht gewachsen, kann das dazu führen, dass sie neben den Zuständen, die objektiv nicht kontrollierbar erscheinen, auch die Zustände als unkontrollierbar wahrnehmen, die sie objektiv betrachtet eigentlich verändern könnten (vgl. Seligman 1975).

Wallston und Kollegen (Wallston 1992; Wallston/Wallston 1982; Shapiro et al. 1996) fokussieren unter der Überschrift *health locus of control*, auf Probleme der Verhaltensprävention. *Health locus of control* meint dabei den individuellen Einfluss von internaler bzw. externaler Einflussüberzeugung auf die Veränderbarkeit von ‚Gesundheitsverhalten'. So stellt sich die internale Einflussüberzeugung als Antrieb für zu *veränderndes Verhalten bzw. Gesundheitsverhalten* dar. Positiv bewertet werden dabei Verhaltensänderungen, wenn sie z.B. zu mehr Bewegung, Gewichtskontrolle oder/und einem moderaten Alkoholkonsum und zu Nichtrauchen führen (Bailis et al. 2010).

Ergebnisse, die in der Literatur mit der Ausprägung von internaler bzw. externaler Einflussüberzeugung in Verbindung gebracht werden, sind Gesundheitsfaktoren, wie Stress, Adhärenz zur Therapie, und die Anpassung (*adjustment*) an die Konsequenzen von schlechterer Gesundheit[19]. Internale Einflussüberzeugung wird mit weniger Stress und z.B. erfolgreicher Krankheitsbewältigung (bei verschiedenen chronischen Erkrankungen z.B. Herzerkrankungen, Rudolph et al. 2006) in Zusammenhang gebracht. Internale Einflussüberzeugung scheint demnach Einfluss auf Strategien der Krankheitsbewältigung, den psychischen Zustand und die physische Gesundheit zu haben (Rudolph et al. 2006).

Relevanz von Entscheidungsteilhabe für internale Einflussüberzeugung

Die Untersuchung der Voraussetzungen, Bestandteile und Ergebnisse von *control* bzw. von *perceived control* als subjektiv wahrgenommene Überzeugung von Einflussnahme hat einige Hinweise auf die Zusammenhänge zwischen Entscheidungsteilhabe und Gesundheit erbracht.

Zunächst wäre da zu nennen, dass solche Situationen zum Entstehen von internaler Einflussüberzeugung beitragen, die Personen nicht das Gefühl von Hilflosigkeit geben. Situationen in denen Partizipation einfach stattfindet bzw. dazugehört, wirken dem Gefühl

19 Einfluss auf die Ausprägung der internalen und externalen Einflussüberzeugung haben auch soziökonomische Unterschied, wie Janßen (2001) ausführt: Danach geht mit einer erhöhten sozialen Status eine höhere Überzeugung einher, selbst auf die Gesundheit Einfluss zu haben.

von Ungewissheit und Hilflosigkeit entgegen. Situationen, in denen Personen explizit nach Einflussnahme und Teilhabe an Entscheidungen verlangen und diesen Einfluss auch erhalten, wirken diesem Gefühl besonders stark entgegen. Entscheidungsteilhabe kann also diese Internalität stärken und somit positive gesundheitliche Wirkungen erzielen.

Erwähnenswert für die Beurteilung der Wirkung von Entscheidungsteilhabe auf Einflussüberzeugung ist außerdem die Unterscheidung zwischen *primary control* und *secondary control* (Heckhausen/Schulz 1995; Skinner 1996). Dabei wird unterschieden zwischen Verhaltenseinfluss und Formen kognitiver Einflussüberzeugung (Informations*control*, kognitiver und retrospektiver *control*). Während bei *primary control* der Schwerpunkt auf dem durch Verhalten ausgeübten Einfluss liegt, wird *secondary control* kognitiv ausgeübt. *Secondary control* bezeichnet kognitive Prozesse mit denen es gelingen kann, Ereignisse dergestalt kognitiv umzustrukturieren (‚Coping'), dass z.B. eine pflegebedürftige Person, die objektiv als hilflos eingeschätzt werden kann und auf die Hilfe Dritter angewiesen ist, diese Situation nicht als Abhängigkeit und Autonomieverlust, sondern als Entlastung und Unterstützung deutet. *Secondary control* scheint die Hauptfunktion zu haben, den Verlust primärer Einflussüberzeugung auszugleichen und ist mit zunehmendem Alter häufiger zu finden (Wrosch et al. 2000).[20] *Primary control*, also der durch Verhalten und Handlungen ausgeübte bewusst wahrgenommene Einfluss, ist für die Erhaltung von Gesundheit bedeutsamer als eine rein kognitive Deutung von Einflussüberzeugung. Entscheidungsteilhabe kann sowohl Bestandteil und ggf. auch Ergebnis von *primary control* sein.

4.2 Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit[21] bezeichnet das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Erwartung bzw. die „subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können" (Schwarzer 2004: 12).[22] In diesem Sinne beschäftigen sich sowohl das Konzept des *locus of control* als auch das Konzept Selbstwirksamkeit mit den Erwartungen bzw. subjektiven Überzeugungen einer Person über die Höhe ihres Einflusses auf eine bestimmte Situation bzw. einen bestimmten Bereich. Und während sich, wie oben beschrieben, *locus of control* auf die generelle Einschätzung bezieht, dass eine Situation bzw. ein Bereich beeinflusst werden kann beschreibt Selbstwirksamkeit das Vertrauen in eigene Fähigkeiten diesen Einfluss auszuüben.

Bandura (1977) führt in seinen theoretischen Annahmen zu Selbstwirksamkeit aus, dass das Individuum seine eigenen Fähigkeiten, bestimmte Anforderungen zu meistern,

---

20 Sekundäre *control*-Strategien scheinen im Verlauf des Lebens beispielsweise im Zuge ungünstiger Krankheitsverläufe und durch abnehmende Verhaltens-*control* häufiger genutzt zu werden. Aus dieser Sicht kann die Abwesenheit von Entscheidungsteilhabe bei Individuen, durch die Übernahme von Entscheidungsverantwortung durch Dritte (z.B. der Pflegekräfte), von den betroffenen Individuen durch sekundäre *control*-Strategien positiv umgedeutet werden und dadurch Selbstbestimmung subjektiv erhalten werden. Kritisch sollten hierbei allerdings die Möglichkeiten des Missbrauchs von Verantwortung betrachtet werden.

21 Beziehungsweise *perceived self efficacy* (Bandura 1997) bzw. in der Übersetzung gleichbedeutend mit „Selbstwirksamkeit", „Selbstwirksamkeitserwartung" und „subjektive Kompetenzerwartung" (Schwarzer 2004).

22 Bandura erweiterte sein Konzept der individuellen Selbstwirksamkeitserwartung später um die kollektive Selbstwirksamkeitserwartung. Obwohl diese Erweiterung im vorliegenden Paper keine Rolle spielt, so ist sie doch relevant für Gesundheitsförderung, wenn sie beispielsweise in Settings stattfindet und auf die Unterstützung von Gruppen ausgerichtet ist. Kollektive Selbstwirksamkeitserwartung ist „die von einer Gruppe geteilte Überzeugung in ihre gemeinsamen Fähigkeiten, die notwendigen Handlungen zu organisieren und auszuführen, um bestimmte Ziele zu erreichen" (Bandura 1997: 476, in der Übersetzung von Schwarzer 2004: 19).

einschätzt und diese Selbstwirksamkeitserwartung bestimmend für sein zukünftiges Verhalten ist (vgl. auch Wallston et al. 1987; Konzeptkritik siehe Smedslund 1991). „Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen vor allem die *Auswahl* von Handlungen (Schwierigkeitsgrad), die investierte *Anstrengung* im Zielerreichungsprozeß, die *Ausdauer* angesichts von Schwierigkeiten und Barrieren sowie indirekt den Grad des *Handlungserfolges*" (Jerusalem/Schwarzer 1999[1981]; Herv. im Original). Selbstwirksamkeit ist dann wenig ausgeprägt, wenn die Person zwar weiß, welche Kenntnisse und Fähigkeiten sie braucht, um die Handlungen auszuführen, mit der ihr Ziel zu erreichen wäre, sie es sich aber nicht zutraut, über diese Kompetenzen zu verfügen bzw. sich nicht in der Lage dafür sieht, sich diese Fähigkeiten und Kompetenzen anzueignen (Schwarzer 2004).

Unterschieden werden kann zwischen situationsspezifischer, allgemeiner und bereichsspezifischer Selbstwirksamkeitserwartung. Situationsspezifisch sind Selbstwirksamkeitserwartungen, wenn die subjektive Gewissheit darüber besteht, eine konkrete Handlung auch dann erfolgreich auszuführen, wenn bestimmte Barrieren in der spezifischen Situation auftreten. Allgemein sind Selbstwirksamkeitserwartungen, wenn sie sich auf alle Lebensbereiche beziehen und eine optimistische Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz zum Ausdruck bringen. Schließlich handelt es sich um eine bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung, wenn es z.B. eine sportbezogene Selbstwirksamkeitserwartung ist (Schwarzer 2004: 18).

Seit den 1970er Jahren haben Studien gezeigt, dass Selbstwirksamkeitserwartungen einen relevanten Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden haben.[23] „Ein in diesem Sinne kompetenter Umgang mit Anforderungen stellt eine wichtige Voraussetzung für hohe Motivation und hohes Leistungsniveau, für psychisches und körperliches Wohlbefinden und für hohe Berufs- und Lebenszufriedenheit dar." (Schwarzer 2004: 13)

Die Studienlage zum Gesundheitsverhalten im engeren Sinne sowie zur Krankenversorgung (vgl. Auflistung bei Schwarzer/Luszczynska 2007; Schwarzer 2004; Bandura 1997) verweist auf relevante Ergebnisse, die die Anwendbarkeit des Konzepts für gesundheitsförderliche Interventionen stützen. So stellt beispielsweise Conn (1997) einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Gesundheitsverhalten im Alter fest; hierbei korrelieren körperliche Aktivität, gesunde Ernährung und Stressbewältigungsverhalten positiv mit Selbstwirksamkeitserwartung. Auch weisen die Ergebnisse einer Vielzahl von Studien darauf hin, dass Selbstwirksamkeitserwartung positiv für die Krankheitsbewältigung ist. So begünstigt eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung die Rehabilitation von Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen (u.a. Toshima et al. 1992) oder die Erholung von Patienten nach einer Herzoperation (u.a. Schröder et al. 1998). Selbstwirksamere Personen scheinen Schmerzen besser ertragen zu können (u.a. Altmaier et al. 1993) sowie in anforderungsreichen Situationen auch bessere körperliche Werte (Blutdruck, Adrenalin- und Herzrate) zu haben (Bandura et al. 1988; Bandura et al. 1985).

Programme der Gesundheitsförderung und Prävention zielen mit ihren Strategien häufig auf die Erhöhung der Selbstwirksamkeit bzw. des Selbstvertrauens ihrer Zielgruppe, wie z.B. Kinder und Jugendliche in Schülerprogrammen. Programmevaluationen bestätigen diesen Zusammenhang teilweise und zeigen, dass eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit sich positiv auf die Reduktion körperlicher Beschwerden auswirkt, wie Satow und Bäßler (1998) in der Evaluation des Programms „Selbstwirksame Schule" feststellten.

Gesundheitliche Relevanz gewinnt Selbstwirksamkeit, weil Selbstwirksamkeit eine (meist notwendige, aber nicht hinreichend vorhandene) Bedingung im Umgang mit neuen und ggf. schwierigen Anforderungen im Leben darstellt. Dieser kompetente Umgang arbei-

---

23 Wobei der in diesem Zusammenhang sehr häufig zitierte Text von Bandura (1977) zunächst einen psychotherapeutischen Fokus hat und sich mit der Behandlung von Schlangenphobien beschäftigt.

tet gleichfalls dem Gefühl von persönlicher Hilflosigkeit entgegen und kann in diesem Sinne als eine Coping-Ressource verstanden werden (vgl. u.a. Lazarus 1993). Selbstwirksamkeit als optimistische Selbstüberzeugung steht hierbei in direktem Zusammenhang mit kompetenter Selbstregulation in Zielerreichungsprozessen. So setzen sich Menschen mit Selbstwirksamkeitsüberzeugung während der Zielerreichungsphase höhere Ziele als weniger von sich überzeugte Menschen. Diese Personen greifen dann nicht nur in der Motivationsphase auf ihre Selbstwirksamkeit zurück, sondern halten auch in der Handlungsphase sowie bei auftretenden Widerständen an ihren Zielen fest. Diese Fähigkeiten einer kompetenten Selbstregulation, die auf Selbstwirksamkeit beruht, hat eine hohe Bedeutung für erfolgreiche Bewältigung von Herausforderungen im Leben (Schwarzer 2004) und damit – im Hinblick sowohl auf den Weg wie auch auf das Ziel – auch auf Gesundheitschancen.

Der Grad der Selbstwirksamkeit hängt vermutlich stark mit Informationsverarbeitungsprozessen im Individuum zusammen (Jerusalem 1990; Schunk 1995). Eine hohe Selbstwirksamkeit wirkt sich wahrscheinlich günstig auf Informationsverarbeitung aus: die positiven Auslegungen werden dabei besonders gewichtet bzw. es wird nach Erfolgschancen und persönlichem Nutzen gesucht. Dagegen fördert niedrige Selbstwirksamkeit möglicherweise einen Verarbeitungsstil, der Informationen bzw. Fremdbewertungen in einer selbstschädigenden Weise in das Selbstbild übernimmt.

Voraussetzung für die Entstehung von Selbstwirksamkeit

Eine Voraussetzung für Selbstwirksamkeit ist vermutlich, wie der Abschnitt der Ergebnisse zu Einflussüberzeugung bereits ansprach, internale Einflussüberzeugung als die Überzeugung, dass Situationen, Prozesse und Ereignisse durch Personen überhaupt veränderbar sind.

Für die Entstehung bzw. Stabilisierung von Selbstwirksamkeit kommt es außerdem sowohl auf *Personenmerkmale* als auch auf *Faktoren der Lernumwelt* an. Bandura (1997) benennt konkret vier Quellen für den Erwerb von Kompetenzerwartungen – nach der Stärke ihres Einflusses von sehr einflussreich bis weniger einflussreich. Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung haben demnach 1) *„Handlungsergebnisse in Gestalt eigener Erfolge und Misserfolge"*; 2) *„stellvertretende Erfahrungen durch Beobachtung von Verhaltensmodellen"*; 3) *Überredung*; 4) *„Wahrnehmung eigener Gefühlsregung"* (Hohmann/Schwarzer 2007: 62; Schwarzer 2004)[24]. Wenn eine Person erstens ihre Handlungen als erfolgreich erlebt und dies ihren Anstrengungen und Fähigkeiten zuschreibt, kann dies ihre Selbstwirksamkeitserwartung steigern. Wenn die Person zweitens nicht genügend Gelegenheiten hat, sich selbst als erfolgreich in ihrem Handeln zu erleben, kann sich ihre Selbstwirksamkeit auch durch Anschauung erfolgreicher Erfahrungen anderer erhöhen. Solange die Distanz zu diesen Anderen nicht zu groß ist, kann die Person auch durch die Nachahmung der Handlungen anderer profitieren. Die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person kann sich drittens durch Überredung seitens einer Autorität oder durch die eines guten Freundes erhöhen. Eine vierte Quelle für Selbstwirksamkeitserwartung ist die Wahrnehmung eigener Emotionen in Anforderungssituationen, wodurch die Person Zugang zu Informationen über die eigene Befindlichkeit bekommt.

Eine hier implizit angesprochene Voraussetzung für Selbstwirksamkeit besteht darin, dass die beschriebenen Prozesse des Erwerbs von Kompetenzerwartungen und Selbst-

24 Bei Knoll et al (2005: 30f.) heißen diese vier Quellen, aus denen sich die Selbstwirksamkeit einer Person entwickeln kann: 1) erfolgreiche Ausführung einer Handlung (*mastery experience*), 2) stellvertretende Erfahrung (*vicarous experience*), 3) symbolische Erfahrung (*symbolic experience*) und 4) emotionale Erregung (*emotional arousal*).

wirksamkeitserwartungen in *Situationen* stattfinden, in denen eine Person diese *Erfahrungen* (z.B. von Handlungserfolgen) machen kann.

Ansatzpunkte für Intervention zu höherer Selbstwirksamkeit

Die beschriebenen vier Quellen der Entstehung von Selbstwirksamkeit können genauso auch Ansatzpunkte für Interventionen zur Steigerung von Selbstwirksamkeit darstellen (und hätten deshalb auch schon in der Beschreibung der Voraussetzungen aufgeführt werden können). So werden in Selbstwirksamkeitstrainings Erfolge vermittelt, die die Teilnehmer ihren eigenen Anstrengungen zuschreiben können. Über das „Setzen von Nahzielen und das Unterstützen von Bewältigungsstrategien" (Schwarzer 2004: 20; Herv. im Original) kann in solchen Trainings die Selbstwirksamkeit erhöht werden. Selbstwirksamkeit kann durch Selbsterfahrung, sozialen Austausch sowie über soziales Feedback verändert werden. Ein Beispiel für Interventionen zur Förderung von Selbstwirksamkeit geben Elternprogramme, wie die Elternkurse von STEP (Systematisches Training für Eltern und Pädagogen). In der wissenschaftlichen Evaluation im Kontrollgruppenvergleich hat sich gezeigt, dass die an STEP teilnehmenden Eltern erhöht verunsichert in ihrem Erziehungsverhalten sind. Die Selbstwirksamkeit der Eltern, die an den Elternkursen teilnehmen wollten, war deutlich geringer als in der Vergleichsgruppe. Während die Selbstwirksamkeit und das Kompetenzerleben in der Erziehung bei der Kontrollgruppe gleichblieben, konnte im Pre-Post-Vergleich bei den an den Elternkursen teilnehmenden Eltern ein Anstieg von Selbstwirksamkeit und ein höheres Kompetenzerleben festgestellt werden (Marzinzik/Kluwe 2007).

Ergebnis von Selbstwirksamkeit

Einem möglichst hohen Maß an Selbstwirksamkeit wird eine positive Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden zugeschrieben. Personen mit hoher Selbstwirksamkeit haben, so meinen die Forscher, einen *besseren Immunschutz* als Personen mit weniger Selbstwirksamkeit (Wiedenfeld et al. 1990). Schwarzer (2004) führt des Weiteren Studien an, die zeigen, dass Selbstwirksamkeit zu einem *günstigeren Gesundheitsverhalten* (körperliche Aktivität, Ernährung, Stressbewältigung), einer *besseren Krankheitsbewältigung und geringerem Stress* beträgt. Auch sind Personen mit höherer Selbstwirksamkeitserwartung besser in der Lage, *Schmerzen zu ertragen*, erholen sich nach Operationen besser, und ihre *Werte für Blutdruck, Herzschlagsfrequenz und Adrenalinspiegel* sind günstiger. Selbstwirksamkeit stimuliert die *Motivation* und diese wiederum die *Leistung beim Lernen*, die Motivation und *Selbstregulationsprozesse*. Zudem kann ein Ergebnis von Selbstwirksamkeit auch eine *gesteigerte Gedächtnisleistung* sein.

Relevanz von Entscheidungsteilhabe für Selbstwirksamkeit

Der Entwicklung von Selbstwirksamkeit dienen Situationen, denen sich Personen mit ihren Kenntnissen und Fähigkeiten gewachsen fühlen und Situationen, in denen Personen mit ihrem Handeln Erfolg haben. Zu solchen Situationen zählen z.B. jene, in denen Personen Einfluss auf das Geschehen haben und dies mit positiven Erfahrungen verbinden, d.h. mit der Erfahrung, die an sie gestellten Anforderungen erfolgreich meistern zu können. Erfolgreiches Handeln geht zumeist damit einher, dass Einfluss ausgeübt wird, wobei dies notwendigerweise mit Teilhabe an Entscheidungen verbunden ist. Personen mit einem hohen Grad an Selbstwirksamkeit blicken deshalb höchstwahrscheinlich auf zahlreiche Situationen in ihrem Leben zurück, in denen sie die Teilhabe an Entscheidungsprozessen

mit positiven Erfahrungen verknüpfen. Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit haben möglicherweise gegenteilige Erfahrungen gemacht. Sollen diese Personen in Interventionsprogrammen zur Erhöhung von Selbstvertrauen bzw. Selbstwirksamkeit unterstützt werden, dann kann dies gelingen, indem sie Kompetenzen und Wissen erhalten, die ihnen Einflussnahme ermöglichen. Hierfür sind Situationen geeignet (ggf. auch künstlich geschaffen), in denen Personen diese ggf. neu erlernten Bewältigungsstrategien in gemeinsamer Entscheidungsfindung erproben. Beispiele hierfür sind Projekte des Quartiersmanagements und der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Bär i.E.; Lenhardt i.E.; Süß/Trojan i.E.).

4.3 Kohärenzgefühl

Im Konzept der Salutogenese (zu partizipativen Aspekten siehe Faltermaier/Wihofsky i.E.) und dem darin von Antonovsky (1997) beschriebenen *sense of coherence* (SOC) bzw. dem Kohärenzgefühl[25] finden sich anders als bei den bis hierhin dargestellten individuellen Gesundheitskonzepten explizit auch Hinweise auf die Bedeutung von Partizipation. Das Konzept der Salutogenese beschäftigt sich – vereinfacht gesagt – mit der Frage nach den Ressourcen, die uns gesund erhalten bzw. die uns ermöglichen, mit Herausforderungen und den ggf. damit einhergehenden Belastungen erfolgreich umzugehen. Eine Ressource, die zu einer stabilen Gesundheit beiträgt, ist das Kohärenzgefühl einer Person. Damit meint Antonovsky eine *„globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat"* (Antonovsky 1997: 36; Herv. im Original). Dieses Vertrauen entwickelt sich in sozialen Interaktionen. Auch hier sind es die positiven bzw. negativen Erfahrungen im Leben, welche das Niveau des Kohärenzgefühls bestimmen.

Das Vertrauen darauf, Herausforderungen des Lebens bewältigen zu können, hängt nach Antonovsky von spezifischen Lebenserfahrungen ab. Das Ergebnis dieser Erfahrungen kann durch drei Komponenten beschrieben werden: der *Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit* innerer und äußerer Stimuli. Die erste Komponente – die Verstehbarkeit – deutet auf das Maß hin, in dem innere und äußere Impulse und Reize verstanden, ihre Zusammenhänge erklärt und zukünftige Reize eingeordnet werden können. Die zweite Komponente – die Handhabbarkeit – speist sich aus der bisher gewonnenen Erfahrung, über ausreichend Ressourcen zu verfügen bzw. über andere Personen auf notwendige Ressourcen zugreifen zu können, um Schwierigkeiten und Herausforderungen zu bestehen. Die dritte Komponente – die Bedeutsamkeit – deutet direkt auf die Relevanz von Entscheidungsteilhabe für das Kohärenzgefühl hin: erst durch die Erfahrung, an wichtigen Entscheidungsprozessen beteiligt zu sein, wächst das Gefühl, dass die anstehenden Herausforderungen bedeutsam und sinnvoll sind. Das Empfinden von Bedeutsamkeit hängt von dem „Ausmaß [ab], in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet" (Antonovsky 1997: 35). Erst wenn alle drei Komponenten gut ausgebildet sind, verfügt die Person über ein hohes Maß an Kohärenzgefühl. Dabei ist nach Antonovsky vor allem die Bedeutsamkeit entscheidend.

---

25 Der von Antonovsky geprägte Begriff des *sense of coherence* wird im deutschsprachigen Raum nicht einheitlich übersetzt. Teilweise werden auch die Begriffe „Kohärenzsinn" oder „Kohärenzempfinden" verwendet. In Anlehnung an die deutsche Ausgabe des Bandes von Antonovsky (1997) „Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit" wird in diesem Paper die Übersetzung „Kohärenzgefühl" verwendet.

Der positive Einfluss eines hohen Kohärenzgefühls auf die Gesundheit wurde in einer Vielzahl von Studien nachvollzogen (siehe Review von Eriksson/Lindström 2006). So zeigen Surtees et al. (2003) beispielsweise, dass ein starkes Kohärenzgefühl die Widerstandsfähigkeit gegenüber chronischen Krankheiten stärkt und dadurch das Mortalitätsrisiko sinkt.

Antonovsky verweist für die Erklärung der Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit auf drei Aspekte. Erstens nimmt er an, dass das Gehirn des Menschen, der die Welt als verstehbar, handhabbar und bedeutsam wahrnimmt, den körperlichen Systemen vermehrt gesundheitsförderliche Informationen sendet. Obwohl Antonovsky dies nicht weiter ausführt, kann dabei vermutet werden, dass Informationen von Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl situationsunabhängiger verarbeitet werden; d.h. mit einem hohen Kohärenzgefühl werden die eigenen Fähigkeiten positiver und unabhängiger von der Situation eingeschätzt. Zweitens nimmt Antonovsky an, dass Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl belastenden Reizen eher ausweichen oder negative Stimuli als weniger belastend einschätzen. Er geht davon aus, dass Personen mit mehr Kohärenzgefühl bei Bedarf vermehrt auf professionelle Unterstützung zurückgreifen, sich insgesamt gesundheitsförderlicher verhalten und in höherem Maße auf gesundheitsrelevante Informationen achten. Ein dritter Aspekt ist für die Erklärung der Wirkung des Kohärenzgefühls besonders wichtig: Verfügen Personen über ein hohes Kohärenzgefühl, so sind sie im Umgang mit Herausforderungen erfolgreicher. Dieser Erfolg wirkt sich zudem selbst gesundheitsförderlich aus (siehe dazu eine Auswahl an Studien u.a. bei Antonovsky 1997: 184f.). Der Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit kann zum einen über neurologische Funktionen und über das Erleben erfolgreicher Handlungen direkt wirken. Zum anderen beeinflusst das Kohärenzgefühl die Gesundheit indirekt über die Aktivierung von individuellen und sozialen Widerstandsressourcen.

Diese sozialen Widerstandsressourcen entstammen dem jeweiligen soziokulturellen Kontext, in dem die Person lebt. Der sozioökonomische Status der Person sowie historische, soziale und kulturelle Gegebenheiten entscheiden „über die Art der Stressoren und über die Bewältigungsstrategien, die zur Verfügung stehen“ (Blättner 2007: 69). Kohärenzgefühl und Gesundheit der Person sind demnach untrennbar mit dem sozialen Umfeld, den gesellschaftlichen Verhältnissen sowie mit den dadurch geprägten biografischen Erfahrungen verbunden (Faltermaier 2006). Insbesondere die durch die Verhältnisse bedingten generalisierten Widerstandsressourcen sind nach Antonovsky ausschlaggebend für die Herausbildung eines schwachen oder starken Kohärenzgefühls.

Anders als von Antonovsky angenommen, stützen die Studienergebnisse eher die Verbindung von Kohärenzgefühl zur psychischen Gesundheit als die Verbindung zur physischen Gesundheit (u.a. Eriksson/Lindström 2006; Richardson/Ratner 2005; Bengel et al. 2001; kritische Auseinandersetzung bei Flensborg-Madsen et al. 2005). Im Ergebnis ihres systematischen Reviews zum Kohärenzgefühl zeigen Eriksson und Lindström (2006: 378), dass „there is a strong relation with factors measuring mental health like optimism, hardiness, learned resourcefulness, locus of control, mastery, self esteem and self efficacy, acceptance of disability, and social skills. SOC is strongly and negatively associated with anxiety, anger, burnout, demoralisation, hostility, hopelessness, depression, perceived stressors, and post-traumatic stress disorders (...). SOC is strongly and negatively related to perceived depression. The stronger the SOC the less are the symptoms of perceived depression.”

Dabei kann Kohärenzgefühl sowohl als Haupteffekt als auch als vermittelnder Effekt angesehen werden, der beispielsweise negative, etwa durch Stress hervorgerufene Ein-

flüsse auf die Gesundheit, abschwächt (Eriksson/Lindström 2006)[26]. Insgesamt zeigt sich, dass Kohärenzgefühl sowohl eine Ressource für Gesundheit als auch ein Bestandteil von Gesundheit ist (Eriksson/Lindström 2006; Udris/Rimann 2006).

Voraussetzungen für ein hohes Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl bildet sich nach Antonovsky maßgeblich durch die Erfahrungen während der Kindheit und Jugend. Die Ausführungen zum Kohärenzgefühl und zu seinen drei Komponenten erlauben eine Beschreibung dieser Erfahrungen bzw. Situationen, welche zur Bildung eines hohen Kohärenzgefühls beitragen können. Dabei zeigt sich, dass internale Einflussüberzeugung eine Voraussetzung für die Verstehbarkeitskomponente und *Selbstwirksamkeit* eine Voraussetzung für die Handhabbarkeitskomponente darstellt.

Als eine weitere maßgebliche Voraussetzung für die Höhe des Kohärenzgefühls geht Antonovsky explizit auf Partizipation ein: „Konsistente Erfahrungen schaffen die Basis für die Verstehbarkeitskomponente, eine gute Belastungsbalance diejenige für die Handhabbarkeitskomponente und, weniger eindeutig, die Partizipation an der Gestaltung des Handlungsergebnisses diejenige für die Bedeutsamkeitskomponente." (Antonovsky 1997: 93). Erklärt wird dieser Zusammenhang zwischen Entscheidungsteilhabe und Bedeutungskomponente dabei so: „Viele Lebenserfahrungen können konsistent und ausgeglichen sein, sind aber nicht auf unser eigenes Tun oder eigene Entscheidungen zurückzuführen. Hinsichtlich jeder einzelnen Lebenserfahrung kann man fragen, ob wir mitentschieden haben, ob wir diese Erfahrung machen wollen, nach welchen Spielregeln sie verlaufen soll und wie die Probleme und Aufgaben gelöst werden sollen, die aus ihr erwachsen. Wenn andere alles für sie entscheiden – wenn sie die Aufgaben stellen, die Regeln formulieren und die Ergebnisse managen – und wir in der Angelegenheit nichts zu sagen haben, werden wir zu Objekten reduziert. Eine Welt, die wir somit als gleichgültig gegenüber unseren Handlungen erleben, wird schließlich eine Welt ohne jede Bedeutung. (...) Es ist wichtig hervorzuheben, daß die Dimension nicht ‚Kontrolle' [stattdessen hier *control*; Anmerk. die Verfasserin] sondern ‚Partizipation an Entscheidungsprozessen' ist." (Antonovsky 1997: 93)

Ansatzpunkte für Intervention zu höherem Kohärenzgefühl

Bemühungen und Maßnahmen, welche das Ziel verfolgen, Kohärenzgefühl von Individuen bzw. von Gruppen zu erhöhen bzw. das Absinken in Krisensituationen zu vermeiden, sollten sich an einer Verbesserung der drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit orientieren. Interventionen sind – im Sinne einer Erhöhung des Kohärenzgefühls – dann gesundheitsförderlich, wenn sie Situationen schaffen, in denen Personen die Erfahrungen als konsistent erleben, sich durch die Herausforderungen weder über- noch unterfordert fühlen und ihre Beteiligung als bedeutsam erleben.

Die Stärkung des Kohärenzgefühls bzw. die Idee der Salutogenese ist – auch wenn sie 1986 nicht explizit in die Formulierung der Ottawa Charta aufgenommen wurde – das zentrale Anliegen der Gesundheitsförderung. Antonovsky (1997 in der Übersetzung von Franke) betont explizit, dass die „Muster von Lebenserfahrungen" – die Kombination der Komponenten des Kohärenzgefühls – immer vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und sozialer Bedingungen zu sehen sind. Wie die Erfahrungen aufgenommen und verarbeitet werden, hängt u.a. davon ab, ob wir männlich oder weiblich sind, einen hohen oder nied-

26 Die festgestellten Korrelationen mit Ängsten und Depression sind so hoch, dass Zweifel über die Konstruktvalidität von *sense of coherence* aufkamen. Studien der letzten Jahre scheinen diese Zweifel weitgehend auszuräumen, denn sie zeigen, dass SOC ein eigenständiges Konstrukt darstellt (und nicht bloß Depressivität misst). SOC ist zwar mit einigen Konstrukten wie seelischer Gesundheit und Selbstwertgefühl verknüpft – aber nicht mit diesen identisch, wie Udris und Rimann (2006) in ihrer Längsschnittstudie herausfanden.

rigen Bildungsgrad haben, davon, in welchem Land wir leben, ob in der Stadt oder auf dem Land sowie von unserem Einkommen und unserer Erwerbstätigkeit. Maßnahmen der Verhältnisprävention können hier hilfreich sein, wenn sie z.B. kaum deutsch sprechenden zugewanderten Müttern den Zugang zu Elternkursen ermöglichen und die Mütter dort nicht nur Deutsch lernen, sondern auch Informationen zum deutschen Schulsystem, den Leistungsanforderungen und Unterstützungsangeboten bekommen und es darüber hinaus genügend Raum gibt, um jenseits der in der Schulentwicklung ihrer Kinder auftretenden Probleme alltägliche Fragen anzusprechen und zu klären. Maßnahmen dieser Art tragen dazu bei, vielfältige Kompetenzen und Ressourcen wie Wissen, soziale Unterstützung und Selbstvertrauen zu fördern.

Dass sich Kohärenzgefühl grundlegend verändern lässt, hält Antonovsky im Erwachsenenalter nur begrenzt für möglich, dennoch spricht er wenn auch von geringeren so doch von relevanten Veränderungen in späteren Lebensjahren. Auch neuere Studien, wie die von Schnyder et al. (2000), die die Entwicklung des Kohärenzgefühls bei einer Gruppe von Unfallopfern über einen Zeitraum von einem Jahr untersuchten, stützen die Annahme, dass Kohärenzgefühl eine relativ stabile Personeneigenschaft ist.

Allein wenn sich die sozialen und kulturellen Verhältnisse radikal verändern, wie z.B. bei der Veränderung des Familienstandes, einem gravierenden Wortortwechsel, Migration oder einer veränderten Erwerbssituation, erst dann, so vermutet Antonovsky, ist das Kohärenzgefühl massiv veränderbar (Antonovsky 1997). Das heißt, erst wenn sich durch gravierende Veränderungen die Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten maßgeblich erweitern bzw. verringern und die Person dadurch neue Erfahrungen macht, kann sich das Kohärenzgefühl, d.h. die handlungsleitenden Einstellungen und Überzeugungen, wandeln (Bengel et al. 2001). Andere Schlüsse lassen sich aus der Längsschnittstudie von Udris und Rimann (2006) ziehen, die im Rahmen eines Projekts der betrieblichen Gesundheitsförderung stattfand. Hier zeigte sich, dass partizipativ gestaltete betriebliche Gesundheitsförderung zur Erhöhung von Kohärenzgefühl beitragen kann, ohne dass die Intervention mit gravierenden Veränderungen in der sozialen Situation der Mitarbeiter zusammenfiel. So wurde das Kohärenzgefühl u.a. durch eine Zunahme der sozialen Unterstützung durch die Vorgesetzten der Mitarbeiter und eine Zunahme ihrer Mitbestimmung bei Entscheidungen im Unternehmen, erhöht.

Für den Umgang zwischen Patient und professionellen Akteuren im Gesundheitswesen und dem Einfluss dieser Interaktionen auf das Wohlbefinden von Patienten findet sich bei Antonovsky ein Beispiel, dessen Implikationen sich in aktuellen Empfehlungen für die Arzt-Patienten-Kommunikation finden lassen, und das sich lohnt weiter ausgeführt zu werden: Ein Patient wird vom Arzt über eine schwere Krankheit informiert, und es ist nicht so sehr die schlechte Nachricht an sich, sondern die damit einhergehenden Ereignisse, die das Kohärenzgefühl verringern. Dem Patienten macht möglicherweise die durch das Gespräch und im Therapieprozess erfahrene Hilflosigkeit mehr zu schaffen als die Nachricht seiner Erkrankung. Im medizinischen Versorgungsalltag ist wenig Zeit für ein umfassendes Gespräch, und der Patient fühlt sich nicht ausreichend bzw. nicht umfassend genug informiert. Dennoch soll er auf Grundlage dieser nicht zufriedenstellenden Information wichtige Entscheidungen über seine weitere Behandlung treffen. Die Möglichkeiten zum eigenständigen Treffen der relevanten Entscheidung mögen dabei zwar vorhanden sein, jedoch fühlt sich der Patienten ggf. davon überfordert, weil er zu wenig über die Konsequenzen verschiedener Operationen weiß und kaum professionelle Hilfe bei der Entscheidungsabwägung bekommt.

Ergebnisse des Kohärenzgefühls

Anders als von Antonovsky angenommen, stützen die Studienergebnisse eher den Bezug von Kohärenzgefühl zur psychischen Gesundheitskomponente als die Verbindung zur physischen Gesundheit (u.a. Eriksson/Lindström 2006, Bengel et al. 2001). Dabei kann Kohärenzgefühl sowohl als Haupteffekt als auch als vermittelnder Effekt angesehen werden, der beispielsweise negative, etwa durch Stress hervorgerufene Einflüsse auf die Gesundheit, abschwächt (Eriksson/Lindström 2006). Diverse Studien haben diesen Zusammenhang untersucht. Im Ergebnis ihres systematischen Reviews zu Kohärenzgefühl (SOC) zeigen Eriksson und Lindström (2006: 378), dass „there is a strong relation with factors measuring mental health like optimism, hardiness, learned resourcefulness, locus of control, mastery, self esteem and self efficacy, acceptance of disability, and social skills. SOC is strongly and negatively associated with anxiety, anger, burnout, demoralisation, hostility, hopelessness, depression, perceived stressors, and post-traumatic stress disorders (...). SOC is strongly and negatively related to perceived depression. The stronger the SOC the less are the symptoms of perceived depression."

Die festgestellten Korrelationen mit Ängsten und Depression sind so hoch, dass Zweifel über die Konstruktvalidität des Kohärenzgefühls aufkamen. Studien der letzten Jahre scheinen diese Zweifel weitgehend auszuräumen, denn sie zeigen, dass Kohärenzgefühl ein eigenständiges Konstrukt darstellt (und nicht bloß Depressivität misst). Kohärenzgefühl ist zwar mit einigen Konstrukten wie seelischer Gesundheit und Selbstwertgefühl verknüpft – aber nicht mit diesen identisch, wie Udris und Rimann (2006) in ihrer Längsschnittstudie herausfanden. Insgesamt zeigt sich, dass Kohärenzgefühl sowohl eine *Ressource für* Gesundheit als auch ein *Bestandteil von* Gesundheit ist (Eriksson/Lindström 2006; Udris/Rimann 2006).

Trotz der sicher hauptsächlich positiv zu beurteilenden Effekte des Kohärenzgefühls verweist Antonovsky auch darauf, dass ein hohes Kohärenzgefühl nicht zwangsläufig auch die von der Gesellschaft gewünschten bzw. die durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung beabsichtigten Verhaltensweisen nach sich ziehen muss. Trotz dieser von Antonovsky mit Blick auf die deutsche Judenverfolgung im Dritten Reich gemachten Anmerkungen stützen die Erkenntnisse – über die Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit und dabei auch über die Bedeutung von Partizipation – die konzeptionellen Überlegungen und Planungen für Prävention und Gesundheitsförderung.

Relevanz von Entscheidungsteilhabe für Kohärenzgefühl

Die Bedeutung von Entscheidungsteilhabe für das individuelle Wohlbefinden wird im Rahmen des Konzepts des Kohärenzgefühls besonders deutlich, denn die entscheidende Komponente für die Höhe des Kohärenzgefühls ist die Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit der Erfahrung. Erlebt eine Person sich selbst als einflussreich für das Ergebnis von Handlungen, trägt dies maßgeblich zur Höhe ihres Kohärenzgefühls und damit zu ihrer Gesundheit bei. Es zeigt sich, dass die Erfahrung von Partizipation bzw. Entscheidungsteilhabe sowohl eine Voraussetzung für Kohärenzgefühl ist als auch, dass die Ermöglichung von mehr Partizipation durch Interventionsmaßnahmen (z.B. in der betrieblichen Gesundheitsförderung) die Höhe des Kohärenzgefühls beeinflussen kann. Wie das Konzept deutlich macht, trägt Entscheidungsteilhabe – als maßgebliche Einflussgröße über die Komponente Bedeutsamkeit – zur Stärke des Kohärenzgefühls bei.

4.4 Gesundheitskompetenz

Ein weiteres komplexes und für die Erklärung von Gesundheit relevantes Konstrukt ist das *Health Literacy*-Konzept bzw. das Konzept der Gesundheitskompetenz. Für uns ist hierbei relevant, wie die WHO Gesundheitskompetenz[27] definiert: „Health Literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health."(Nutbeam 1998: 357).[28] Die WHO-Definition verweist damit nicht nur wie andere Definitionen auf die für die partizipative Teilnahme am Gesundheitswesen notwendigen kognitiven Fähigkeiten, sondern richtet den Blick auch auf die sozialen Fähigkeiten, die für eine gute Gesundheit benötigt werden: „This definition seems to be distinct from the others in that it focuses not only on a cognitive element of comprehensive, analysis, and application of health information to make decisions about one's health, but also on social skills to interact with other people and society, e.g. communication, negotiation and organization, which are necessary to put decisions into practise. Also it refers to *motivation* in addition to *ability*." (Ishikawa/Yano 2008: 115).

Die WHO-Definition spricht Gesundheitskompetenz damit nicht nur eine Relevanz für die Orientierung im Gesundheitswesen zu, sondern stellt genauso die Wichtigkeit von Gesundheitskompetenz für alltägliche Situationen und eben auch für die dabei zu treffenden und Gesundheit beeinflussenden Entscheidungen heraus. Gesundheitskompetenz kann demnach betrachtet werden, „als die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt die Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen." (Kickbusch 2006: 10). Fünf zentrale Kompetenz- und Handlungsbereiche werden gleichfalls von Kickbusch (2006) beschrieben: 1) Kompetenzbereich der persönlichen Gesundheit, 2) Kompetenzbereich Systemorientierung, 3) Kompetenzbereich Konsumverhalten, 4) Kompetenzbereich Gesundheitspolitik, 5) Kompetenzbereich Arbeitswelt.

Nutbeam (2000: 115) benennt drei Level individueller und kollektiver Benefits[29] von Gesundheitskompetenz, die in allen diesen Handlungsbereichen eine Rolle spielen können: Das erste Level – *functional/basic literacy* – bezeichnet die grundlegende Basis von Fähigkeiten wie Lesen, Schreiben und Rechnen, die zur Bewältigung täglicher Herausforderungen dienen. Das zweite Level – *communicative/interactive literacy* – schließt erwei-

---

27 Ishikawa/Yano (2008: 114f.) führen weitere häufig zitierte Definitionen für Health Literacy an, die jedoch Partizipation nicht einschließen und deutlich auf das Gesundheitswesen und die Arzt-Patienten-Interaktion beschränkt bleiben: Erstens die Definition der American Medical Association: „HL as 'a constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numerical tasks required to function in the health-care environment. Patients with adequate HL can read, understand, and act on health-care information." Zweitens die Definition der National Library of Medicine: „HL as 'the degree to which individuals have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions." Anders als die völlig eindimensionale, auf die Krankenversorgung bezogene erste Definition, bezieht sich die zweite Definition auch auf Individuen allgemein.

28 In der deutschen Verwendung des Begriffs *Health Literacy* finden sich weitere Übersetzungen wie „wissensbasierte Gesundheitskompetenz" (Thomas Abel) und „Gesundheitsmündigkeit" (Hans-Martin Sass).

29 Alle Definitionen definieren Gesundheitskompetenz als individuelle Qualität – Nutbeam geht allerdings auch auf den kollektiven Nutzen ein, den die Verbesserung individueller Gesundheitskompetenz bringen kann.

terte Fähigkeiten ein, die es möglich machen, sich an täglichen Aktivitäten zu beteiligen, relevante Informationen herauszufiltern und den Sinn bzw. Inhalt verschiedener Kommunikationsformen abzuleiten sowie neue Informationen zu generieren, um Lebensumstände zu verändern. *Critical literacy* als das dritte Level von Gesundheitskompetenz erfasst die durch fortgeschrittene Fähigkeiten erzielten Vorteile. Zu diesen Fähigkeiten zählen eine kritische Analyse von Informationen und die Anwendung dieser Informationen für mehr Einfluss über Lebensereignisse und -situationen bzw. die Einflussüberzeugung.[30]

Die Bedeutung grundlegender Fähigkeiten des Schreibens, Lesens und Rechnens scheint – unabhängig vom sozioökonomischen Status – für die individuelle und kollektive Gesundheit unmittelbar einleuchtend (vgl. Bennett et al. 1998; Weiss et al. 1992; Weiss et al. 1991). Weitere empirische Studien[31] gehen über diesen einfachen Bezug hinaus, indem sie erweiterte Fähigkeiten in ihre Analyse einbeziehen und den Bezug zur Gesundheit herstellen. Sie können zeigen, dass Gesundheitskompetenz – also die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, Entscheidungen zu treffen, die auch für Gesundheit relevant sind – mit gesundheitsrelevanten Outcomes in Verbindung steht. Studien, die beispielsweise die physische und psychische Gesundheit von Personen in Abhängigkeit ihres Gesundheitskompetenz-Status untersuchen, kommen zu dem Ergebnis, dass die Personen mit geringer Gesundheitskompetenz mit höherer Wahrscheinlichkeit auch keine besonders gute physische und psychische Gesundheit haben. So leiden diese Personen beispielsweise auch eher an Diabetes und zeigen Symptome von Depression (Wolf et al. 2005).

Geringere Gesundheitskompetenz scheint außerdem mit einer begrenzten Nutzung von Angeboten der Primärprävention, einem häufigeren Aufenthalt in der Notaufnahme und allgemein eher mit Krankenhausaufenthalten, Fehlern in der Medikamentenverabreichung und geringerer Adhärenz zur Therapie in Verbindung zu stehen (vgl. Wagner, v. et al. 2009; Howard et al. 2005). Personen mit geringerer Gesundheitskompetenz berichten doppelt so häufig über schlechtere Zugänge zu den Dienstleistungen des Gesundheitssystems als Personen mit ausgeprägteren Fähigkeiten (Sudore et al. 2006). Auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht finden sich Hinweise darauf, dass geringere Gesundheitskompetenz zu höheren Ausgaben sowohl des Gesundheitssystems (Weiss/Palmer 2004) als auch von Einzelpersonen für Gesundheitsleistungen führt (Howard et al. 2005).

Insgesamt kann wohl kaum von einer direkten Wirkung von Gesundheitskompetenz auf die Gesundheit ausgegangen werden. Vielmehr wird vermutet, dass die Benefits dieser Kompetenzen, vermittelt über Indikatoren wie dem Zugang zu Gesundheitsinformationen, dem Verstehen dieser Informationen und die sich dadurch eröffnenden Partizipationsmöglichkeiten an den Entscheidungen der Behandlung, auf Gesundheit wirken.

---

30 Im englischen Orginal (Nutbeam 2000: 115): Level 1 '*functional/basic literacy*': "sufficient basic skills in reading and writing to be able to function effectively in everyday situations"; Level 2 '*communicative/interactive literacy*': "more advanced skills to participate in everyday activities actively, to extract information and derive meaning from different forms of communication, and to apply new information to changing circumstances"; Level 3 '*critical literacy*': "more advanced skills to analyse information critically and use this information to exert greater control over life events and situations".

31 Für die empirische Erhebung von Gesundheitskompetenz finden sich verschiedene Messinstrumente, wobei sich mit keinem alle drei Dimensionen von Gesundheitskompetenz erfassen lassen (Abel 2008; Ishikawa/Yano 2008; ausführlicher zu Instrumenten siehe Ishikawa/Yano 2008). Studien, die Gesundheitskompetenz messen, erfassen nicht alle Dimensionen von Gesundheitskompetenz, sondern meist nur communicative oder critical Gesundheitskompetenz, und demnach die Gesundheitskompetenzen – also die Kompetenzen von denen, die am ehesten ein Bezug zu Partizipation herstellen lassen. Nach Ishikawa und Yano (2008: 116) sollte beachtet werden, dass Studien zur Messung von Gesundheitskompetenz teilweise überlappen mit Studien, die *self–efficacy* und *health locus of control* messen.

Ishikawa und Yano (2008) haben ein Modell (siehe Abb. 1) entworfen, welches – obwohl es sich nur auf die Krankenversorgung bezieht – für das Verständnis des Einflusses von Gesundheitskompetenz auf Gesundheit hilfreich scheint. Die Autoren unterscheiden zunächst zwischen Gesundheitskompetenz von Patienten und Gesundheitskompetenz von Patientengruppen. Diese Beschreibung der Dimensionen von Gesundheitskompetenz kann natürlich auch für Personen allgemein gelten. Ishikawa und Yano machen in ihrem Modell deutlich, dass Gesundheitskompetenz abhängig ist von Basisfähigkeiten – wie Lesen, Schreiben und Rechnen –, von den für Interaktionen wichtigen kommunikativen Fähigkeiten, vom Verständnis für Situationen und deren Zusammenhänge sowie vom Vorhandensein analytischer Fähigkeiten und der Anwendung von sich beschafften oder erhaltenen Informationen für Teilhabe an Entscheidungen. Die vorhandenen Gesundheitskompetenzen wirken sich über Prozesse innerhalb der Gesundheits- und Krankheitsversorgung auf die Gesundheit aus. Zunächst haben Gesundheitskompetenzen Einfluss auf das Wissen im Themenfeld Gesundheit und das Verständnis gesundheitsrelevanter Prozesse. Wissen und Verstehbarkeit beeinflussen erstens die Suche nach Informationen – wobei diese Informationen und Informationsquellen das Wissen und die Fähigkeit Informationen zu verstehen auch selbst beeinflussen können. Zweitens führen Ishikawa und Yano aus, dass das Maß, in dem Informationen zur Verfügung stehen und verstanden werden, Auswirkungen auf die Einflussüberzeugung sowie die Selbstwirksamkeit der Patienten hat. Die Teilhabe im Behandlungsprozess und als Folge die Gesundheit des Patienten hängt insgesamt von drei Faktoren ab: 1) dem zur Verfügung stehenden Wissen, dem Verständnis der Zusammenhänge um Gesundheit; 2) der Einflussüberzeugung und Selbstwirksamkeit sowie 3) von den Informationsquellen.

Auch wenn das Modell auf die Entscheidungsprozesse in der Krankenversorgung fokussiert ist, können daraus darüber hinaus gehende Schlussfolgerungen gezogen werden. Geringere Gesundheitskompetenz scheint mit einem geringer ausgeprägten Wunsch zur Partizipation an Entscheidungsprozessen in der Krankenversorgung und allgemein mit einem schwächeren Wunsch, sich an den Entscheidungen in den verschiedenen Lebensbereichen zu beteiligen, verbunden zu sein. Auch scheint geringe Gesundheitskompetenz mit einer höheren Abhängigkeit von Informationen, den Entscheidungen der Familie, Freunden oder den Entscheidungen der Akteure des Gesundheitswesens in Verbindung zu stehen (Ishikawa/Yano 2008: 117). Hier schließen die konzeptionellen Ergebnisse von Lee et al. (2004) an, indem sie darauf hinweisen, dass ungünstige Effekte limitierter Gesundheitskompetenz möglicherweise durch soziale Unterstützung abgeschwächt werden können, d.h. dass die geringere Gesundheitskompetenz einer Person durch die Gesundheitskompetenz einer anderen Person bzw. durch deren soziale Unterstützung, z.B. in der Entscheidungsfindung, ausgeglichen werden kann.

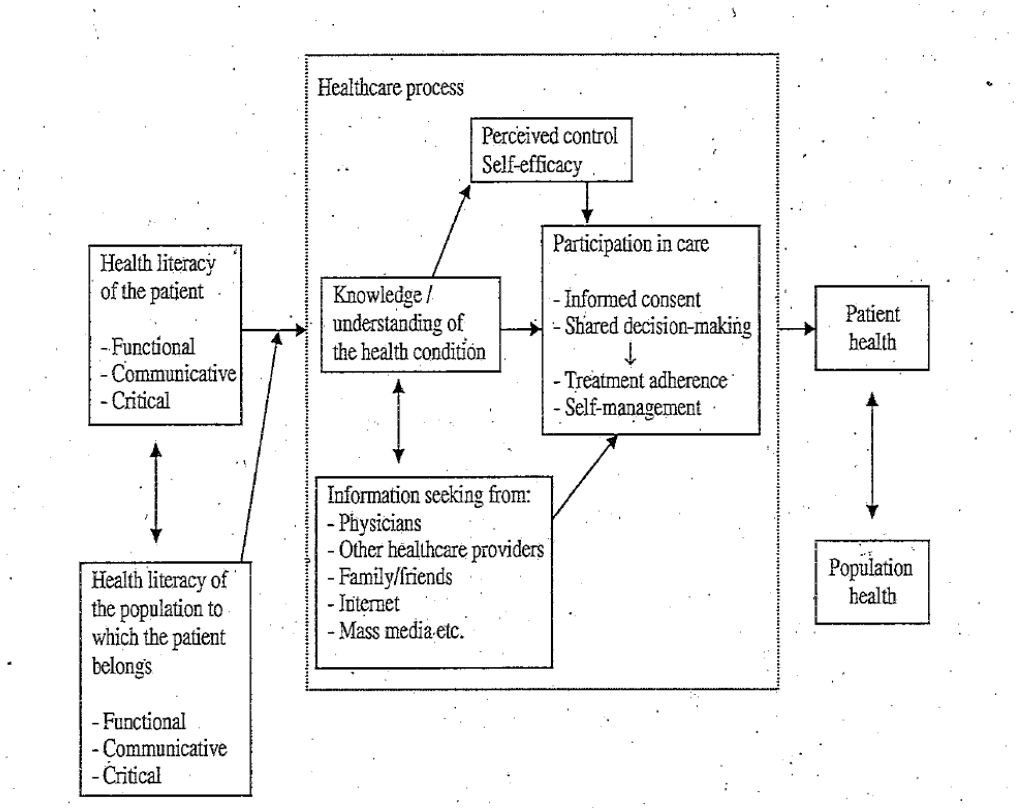

Abbildung: "Possible pathways between patient health literacy, participation in health–care–process and health" (Ishikawa/Yano 2008: 119)

Voraussetzung für Entstehung von Gesundheitskompetenz

Studien gehen kaum darauf ein, was die Voraussetzungen für die Entstehung von Gesundheitskompetenz sind. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Entstehung von Gesundheitskompetenz den Zugang zu Bildung voraussetzt, ob dies nun über ein anregendes soziales Umfeld oder Bildungsinstitutionen wie Schule geschieht. Einige differenziertere Schlussfolgerungen lassen sich aus den Ergebnissen einer Studie ziehen, die vom Kanadischen Bildungsrat (Canadian Council on Learning 2008) in Auftrag gegeben wurde. Diese untersuchte verschiedene Faktoren, die scheinbar den Grad von Gesundheitskompetenz beeinflussen. Es zeigte sich, dass den größten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz der befragten Gruppen (16-65-Jährige und über 65-Jährige), die tägliche Lesepraxis hat. Bücher, Zeitungen und Zeitschriften, Briefe und Notizen, Webseiten oder Emails lesen, all das scheint positiv zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz (wobei hier eher *functional Literacy* gemessen wurde) beizutragen. Erstaunlich bei diesen Ergebnissen war auch der Hinweis, dass der Effekt der täglichen Lesepraxis nicht abhängig war von anderen Faktoren wie der elterlichen Bildung oder dem individuellen höheren Bildungsniveau. Schriftliche, gut visualisierte Informationen (insbesondere dann, wenn diese personalisiert sind) sowie verständliche und aktuelle Informationen auf Webseiten, zeigen des Weiteren scheinbar gute Effekte für Gesundheitskompetenz, wenn diese Informationen durch mündliche Gespräche ergänzt werden bzw. in den Therapiegesprächen auf Informationsquellen hingewiesen wird (vgl. McPherson et al. 2001).

Ansatzpunkte für Intervention zu höherer Gesundheitskompetenz

Das Konzept der Gesundheitskompetenz hat allerdings nicht nur im Blick, Patienten in die Lage zu versetzen, dass sie Informationen verstehen, sondern auch, dass sie befähigt werden, dieses Wissen für die Verbesserung ihrer Gesundheit einzusetzen (Coulter/Ellins 2007). Dafür braucht es immer wieder Situationen, die es erlauben, das Wissen einzusetzen und die Kompetenzen zu erweitern sowie ggf. Motivierung bzw. die Einladung seine Kompetenzen z.B. bei Entscheidungen einzubringen. Kurz gesagt, es braucht kritische Reflektion von Informationen als das höchste Level von Gesundheitskompetenz und schließlich Partizipation bei Entscheidungen für die Verbesserung von Gesundheit.

Ergebnisse von Gesundheitskompetenz

Eine gute Gesundheitskompetenz als gutes Zusammenwirken der drei Level von Gesundheitskompetenz hat ein Streben nach Einflussnahme und Entscheidungsteilhabe zur Folge. Ishikawa und Yano formulieren die Ergebnisse von Gesundheitskompetenz, die auf alle Menschen ausgeweitet werden können, wie folgt: „A population with higher HL can provide health information in an understandable way for the patient, support healthy decisions, influence social norms, act on social and economic determinants of health and improve community empowerment. (...) When the patient has a health problem, adequate HL will help the patient to understand the problem, seek information from various sources, and make informed and shared decisions, which would lead to better treatment adherence and subsequent self-management. (...) Also, HL may be related to perceived control over one's health and self-efficacy to participate in the health-care process directly, as well as indirectly, via the achieved knowledge and understanding of his/her health condition." (Ishikawa/Yano 2008: 118)

Die aktuelle Studienlage zum Konzept Gesundheitskompetenz weist zwar eine starke Verengung auf den Bereich des Krankenversorgung auf, bestätigt die aufgeführten Ergebnisse aber auch in umgekehrter Richtung in der Weise, indem Studien zeigen, dass geringere Literacy mit einem geringer ausgeprägten Wunsch zur Partizipation an Entscheidungen in der medizinischen Behandlung und Krankenversorgung sowie mit mehr Abhängigkeiten von anderen Personen einhergeht (Ishikawa/Yano 2008: 117)[32]. In ihrer Auswertung von 25 Reviews zu den Effekten der Verbesserung von Gesundheitskompetenz zeigen Coulter und Ellins (2007), dass Interventionen sich positiv auf Patientenwissen, die Erfahrungen von Patienten, den Nutzen von Gesundheitsdienstleistungen, das Gesundheitsverhalten sowie den Gesundheitsstatus auswirken[33].

---

32 Wobei Ishikawa und Yano (2008: 115) kritisch anmerken, dass die vorhandenen Studien den Blick weiter einschränken, nicht nur auf das Gesundheitswesen an sich, sondern auch allein auf die Fähigkeit des Patienten fokussieren, mit Health-Professionals zu kommunizieren, wobei hier zumeist Ärzte gemeint sind. Die Arzt-Patienten-Kommunikation in der medizinischen Visite ist der meist untersuchte Bereich in der *Health communication research*.

33 In den Begriffen Patientenwissen, Erfahrungen von Patienten, Nutzen von Gesundheitsdienstleistungen, Gesundheitsverhalten sowie Gesundheitsstatus fassen die Autoren verschiedene Komponenten zusammen, die in den Reviews von Interesse waren. Patientenwissen meint dabei z.B. Kenntnisse über die Bedingungen der Behandlung, Langzeitkomplikationen, Behandlungsoptionen, wahrscheinliche Ergebnisse und allgemein Verständnis von Informationen. Zum Beispiel fassen die Autoren unter dem Begriff Patientenerfahrung die Zufriedenheit von Patienten, die Arzt-Patienten-Kommunikation, Lebensqualität, Selbstwirksamkeit, Einbeziehung und Befähigung von Patienten zusammen. Gesundheitsverhalten und Gesundheitsstatus wurde über gesundheitsrelevante Lebensstile, Adhärenz zur Therapie und mentales und körperliches Befinden gemessen. In die begriffliche Kategorie des Nutzens von Gesundheitsdienstleistungen fallen die Kosten pro Patient und z.B. die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes und Zahl der Arztbesuche. Bezüglich der Kosten kommen Eichler et al. (2009) in ihrem systematischen Review zum Ein-

Entscheidungsteilhabe kann in den Prozessen der Wirkung von Gesundheitskompetenz auf Gesundheit eine vermittelnde Größe darstellen. Entscheidungsteilhabe – als kognitive und soziale Fähigkeit – kann dabei als ein Ergebnis höherer Gesundheitskompetenz verstanden werden bzw. dieses höhere Level von Fähigkeiten ausmachen. Entscheidungsteilhabe kann dann – innerhalb des Konzeptes Gesundheitskompetenz – als abhängige Variable des zweiten Levels *communicative/interactive literacy* gedeutet werden, da eine Grundlage für tatsächliche Entscheidungsteilhabe die Fähigkeit ist, Information zu suchen bzw. zu bekommen.

Ein anderes Level von Gesundheitskompetenz, welches für Partizipation relevant ist, ist das Level der *critical literacy*, der kritischen Gesundheitskompetenz, und damit der kritische Umgang mit den gewonnenen Informationen sowie die Fähigkeit, die Informationen auch zu nutzen. Dies deutet darauf hin, dass kritische Gesundheitskompetenz die Fähigkeiten einschließt, die gewonnenen Informationen für angemessene Entscheidungen zu nutzen und darauf, dass das Streben nach mehr Entscheidungsteilhabe eine von kritischer Gesundheitskompetenz abhängige Variable darstellen kann.

Relevanz von Entscheidungsteilhabe für Gesundheitskompetenz

Das Shared Decision Making-Konzept beruht auf der Annahme, dass Patienten das Bedürfnis nach Informationen und Entscheidungsteilhabe haben. Wenn dem so ist, dann geht das Gesundheitskompetenz-Konzept davon aus, dass für eine aktive und kritische Teilnahme an Entscheidungen ein gewisses Maß an Gesundheitskompetenz (Kickbusch 2006) zur Verfügung stehen muss. Die (theoretische) Betrachtung der diversen Levels von Gesundheitskompetenzen stützt auch die Vermutung, dass die Teilnahme an Entscheidungen zum einen abhängig von der jeweils vorhandenen Gesundheitskompetenz ist und zum anderen eine vermittelnde Größe für die Gesundheitswirkung darstellt.

Im Konzept Gesundheitskompetenz tritt Partizipation expliziter als in den anderen Konzepten hervor. So geht das Gesundheitskompetenz-Konzept – wenn auch meist nebenbei – davon aus, dass Partizipation eine vermittelnde Größe für Gesundheit darstellt. Partizipation setzt Gesundheitskompetenzen (kognitive und soziale Fähigkeiten) voraus und übernimmt im Gesundheitskompetenz-Konzept sozusagen die Rolle des Mediators für das Streben nach guter Krankenversorgung und vermutlich auch nach einer bedürfnisgerechten Gestaltung des eigenen Lebens. Von der Aufnahme von Informationen – als einer Vorstufe von Partizipation (Wright 2010b) – bis hin zur tatsächlichen Teilhabe an relevanten Entscheidungen scheint sich Partizipation im Sinne von Gesundheitskompetenz positiv auf Gesundheitsoutcomes auszuwirken. Gesundheitskompetenz kann somit als eine Fähigkeit bzw. Kompetenz aufgefasst werden, deren vermittelnde Größe für Gesundheit das Maß an Informationsaufnahme/-suche und schließlich Entscheidungsteilhabe ist.

---

fluss von geringer Gesundheitskompetenz auf die Ausgaben im Gesundheitswesen zu dem Schluss, dass die Kosten geringerer Gesundheitskompetenz vermutlich beträchtlich sind. Ihrer Einschätzung nach, die allerdings auf einer recht geringen Datenlage von zehn Studien basiert, betragen die jährlichen Zusatzkosten für einen Patienten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz im Vergleich mit anderen Patienten zwischen 143 und 7.798 US-Dollar.

5 Die Wirkung von Partizipation auf Gesundheitschancen und -ressourcen

Das Papier hat sich auf eine Suche nach Zusammenhängen zwischen Partizipation und Gesundheit begeben. Durch die Analyse einiger Gesundheitskonzepte sollten gesundheitliche Wirkungen gemeinsamer Entscheidungsfindung herausgearbeitet und mögliche Erklärungen dafür gefunden werden.

Vier Gesundheitskonzepte wurden ausgewählt und exemplarisch untersucht: 1) Einflussüberzeugung (*perceived control* bzw. *locus of control*); 2) Selbstwirksamkeit (*self efficacy*); 3) Kohärenzgefühl (*sense of coherence*) und 4) Gesundheitskompetenz (*health literacy*). In der jeweiligen Konzeptanalyse wurde danach gesucht, ob sich in den konzeptionellen Beschreibungen und Annahmen Hinweise darüber finden lassen, (a) ob Entscheidungsteilhabe dazu beträgt, dass Gesundheitsressourcen entstehen können, (b) ob Entscheidungsteilhabe ein Bestandteil von Gesundheitsressourcen ist und (c) ob die Verfügung über Gesundheitsressourcen zu vermehrter Entscheidungsbeteiligung beiträgt und dies für die Gesundheitsgewinne relevant ist.

Im Ergebnis der Analyse zeigte sich, dass Partizipation in den Gesundheitskonzepten nur vereinzelt explizit – wie im Konzept des Kohärenzgefühls und der Gesundheitskompetenzen – benannt wird. Jedoch ergab die Analyse auch, dass Partizipation als relevante implizite Voraussetzung bzw. Bestandteil aller analysierten Konzepte anzusehen ist. Das unterstreicht die Annahme, dass Entscheidungsteilhabe ein relevantes Kriterium für die Förderung von Gesundheit ist – egal in welchem Lebensbereich. Es gilt deshalb, einen genaueren Blick auf die Prozesse und Wirkungen von Partizipation in der Primärprävention, von Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation zu werfen. Dabei sollten auch die hemmenden und fördernden Faktoren der Partizipation sowie die Frage der jeweils sozial und situativ angemessenen Form von Partizipation betrachtet werden – Aspekte, die im vorliegenden Papier ausgeklammert blieben.

Im Ergebnis der vorliegenden Analyse fanden sich nun solche Hinweise, nach denen Partizipation bzw. Entscheidungsteilhabe mehrheitlich als Voraussetzung für die Erhöhung und die Mehrung von Gesundheitsressourcen angesehen werden kann. Die Auseinandersetzung mit dem Konzept *locus of control* ergab z.B., dass sich zwischen den Voraussetzungen für die Bildung von internaler Einflussüberzeugung und Entscheidungsteilhabe deutliche Bezüge herstellen lassen. Voraussetzungen für internale Einflussüberzeugung sind zum einen das grundsätzliche Bedürfnis der Menschen nach Einfluss und Vorhersagbarkeit von Situationen und zum anderen die möglichst wiederkehrende Erfahrung von Einfluss auf die Geschehnisse im Leben. Daraus lässt sich ableiten, dass das wiederholte Erleben von Situationen, die für das Individuum nicht mit dem Gefühl von Hilflosigkeit einhergehen, sondern durch Entscheidungsteilhabe als Mitbestimmung, Entscheidungskompetenz oder Entscheidungsmacht bestimmt sind, zur Erhöhung und Unterstützung von internaler Einflussüberzeugung und damit zu Wohlbefinden beitragen. Unklar erscheinen Formen und Ausmaß dieser Wirkung. Spekulieren ließe sich darüber, ob sich die Wirkung des Erlebens von Einflussnahme danach unterscheidet, ob sich Entscheidungsteilhabe „einfach“ aus der Situation ergibt oder ob Einflussnahme und Teilhabe an relevanten Entscheidungen erst eingefordert oder sogar erkämpft werden musste.

Implizit spielt Entscheidungsteilhabe über den Einfluss auf internale Einflussüberzeugung auch für die Entstehung und Stabilisierung von Selbstwirksamkeit eine Rolle. Gerade, wenn Selbstwirksamkeit besonders niedrig ist, wie am Beispiel von Elternkursen

für besonders erziehungsunsichere Eltern ausgeführt, können partizipativ gestaltete Interventionen zu mehr Selbstvertrauen und höherem Kompetenzerleben führen.

Deutlicher und teilweise auch explizit gehen die Konzepte des Kohärenzgefühls sowie der Gesundheitskompetenz auf Partizipation ein. Es wird ersichtlich, dass Entscheidungsteilhabe einen wichtigen Einfluss auf das Kohärenzgefühl und damit auf Gesundheit hat. Deutlich wird dies vor allem über die Relevanz von Entscheidungsteilhabe auf die Komponente Bedeutsamkeit, die die Höhe des Kohärenzgefühls letztendlich bestimmt. Erst die Partizipation an Entscheidungsprozessen macht es uns möglich, uns als Teil der Welt zu erleben und gibt uns – im Sinne einer positiven Gesundheitsressource – das Gefühl bedeutsam zu sein.

Ähnlich relevant ist Partizipation auch für die Erklärung der gesundheitlichen Wirkung von Gesundheitskompetenz. Das wohl komplexeste Konzept, unter den hier betrachteten, benennt Partizipation – neben Selbstwirksamkeit und *perceived control* u.a. – als gesundheitsvermittelnden Faktor und Ergebnis von Gesundheitskompetenz. Besonders zu diesem komplexen Erklärungsmodell und den bislang recht grob beschriebenen Zusammenhängen besteht weiterer Forschungsbedarf.

Forschungsbedarf besteht nicht nur in der Analyse der Gesundheitskonzepte, sondern auch für die Erforschung von Partizipation und ihrer Wirkungen in verschiedenen Lebensbereichen. Wie der Beitrag von Haas (i.E.) zur Partizipation in abhängiger Arbeit zeigt, werden die Wirkungen von Partizipation zwar empirisch untersucht, doch gehen die Studien dabei selten auf den Bezug von Partizipation auf Gesundheit und entsprechende Erklärungsversuche ein. Auch blicken gesundheitswissenschaftliche Studien, wenn sie die Zusammenhänge von Partizipation und Gesundheit untersuchen, immer noch fast ausschließlich auf den Bereich der Krankenversorgung. Das wird deutlich an der wachsenden Zahl von Studien zum Shared Decision Making.

Andere Lebensbereiche, die z.B. für Primärprävention wichtig sind, bleiben bei Untersuchungen zum Einfluss von Partizipation zumeist unberücksichtigt. In viel zu geringem Umfang finden sich empirische Studien, die im Bereich der Gesundheitsförderung bzw. Primärprävention Einflussfaktoren für Gesundheitsressourcen untersuchen, die die Bezüge zur und die Bedeutung der Entscheidungsteilhabe transparent machen.

Weiterer Forschungsbedarf besteht in der theoretischen und konzeptionellen Erfassung der gesundheitlichen Zusammenhänge um Entscheidungsteilhabe. Denn maßgeblich für die Erklärung der Wirkung von Partizipation auf Gesundheit und entscheidend für die Planung von Interventionen zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und Erhöhung von Gesundheitschancen ist es, an welcher Stelle der Wirkungskette (von Voraussetzung über Bestandteil bis zum Ergebnis) Entscheidungsteilhabe steht. Die These einer gesundheitlichen Relevanz von Entscheidungsteilhabe kann hier zwar unterstrichen werden, doch macht dies, neben einer weiteren theoretischen Fundierung, auch weitere empirische Untersuchungen der Bedingungen und Folgen von Partizipation notwendig. Wobei hier insbesondere der soziale Kontext, in dem Partizipation steht, beleuchtet werden sollte und die hier ausgeführten Überlegungen ergänzen müsste.

Der Zusammenhang zwischen Partizipation und Gesundheit wurde hier vor allem aus individueller Sicht behandelt. Dies ist allein dem Zugriffswinkel der Analyse geschuldet: Die gesundheitliche Wirkung jedweder Komponente ist letztendlich ein individuelles Phänomen, das neben biologischen nur über psychologische, also individuelle Parameter beschrieben werden kann. Partizipation ist allerdings, ähnlich wie Sozialkapital (Hartung 2011), ein soziales Phänomen. Partizipation kann nicht allein von einer Person ausgeübt werden und muss schon allein deshalb, immer vor einem sozialen Kontext gesehen werden. Partizipation ist damit Teil des bio-psycho-sozialen Geschehens.

Diese Sichtweise verdeutlicht die Stufenleiter von Wright et al. (2010a), indem sie Partizipation allein als kollektives Phänomen beschreibt. Die partizipative Gesundheitsfor-

schung (vgl. Wright 2010b), die auch in Deutschland zunehmend Aufmerksamkeit erhält, geht von der im Paper ausgeführten Annahme eines positiven Zusammenhangs von Partizipation auf Gesundheit aus, indem die Partizipation der Teilnehmer sowohl in als auch durch Projekte der Gesundheitsförderung einen zentralen Aspekt ihres Ansatzes ausmacht. Partizipative Gesundheitsforschung fokussiert bislang auf Projekte der Primärprävention und Gesundheitsförderung. Entscheidungsteilhabe wirkt dabei sowohl über den Weg der methodischen Beteiligung der Zielgruppe des Projekts (z.B. Projekt PaKoMi[34] siehe auch Unger v. 2010) als auch durch das erreichte Ziel, einer bedarfs- und zielgruppengerechten Unterstützung der Teilnehmer.

Personengruppen, die aufgrund ihrer sozialen Lage häufig gesundheitlich benachteiligt sind, bilden die hauptsächlichen Zielgruppen von Interventionen der Gesundheitsförderung. Ein Mittel, gerade sozial und dadurch auch gesundheitlich benachteiligte Gruppen zu unterstützen, sie dazu zu befähigen ihre Gesundheitschancen wahrzunehmen bzw. zu vergrößern, ist die Förderung von Entscheidungsteilhabe. Entscheidungsteilhabe stellt – in der Kette von relevanten, durch gesundheitsförderliche Maßnahmen veränderlichen Einflüssen – eine bedeutsame Größe dar. Hierbei wird weiter zu klären sein, welche sozialen, strukturellen bzw. gesellschaftlichen Verhältnisse Entscheidungsteilhabe wie und in welchem Maß behindern und befördern sowie welche Personengruppen Entscheidungsteilhabe ermöglichen bzw. erschweren und welche Gruppen diese verstärkt einfordern und wahrnehmen müssen, um ihre Gesundheitschancen zu verbessern.

Der vorliegende Text wagte vor allem einen konzeptionellen Blick auf das Feld der Wirkungen von Entscheidungsteilhabe und kann nicht dem Anspruch gerecht werden, den empirischen Forschungsstand der Gesundheitskonzepte vollständig darzustellen. Neben einer – die weitere Forschung unterstützenden – Begriffsklärung von Partizipation war es in erster Linie das Ziel, mögliche Erklärungen für gesundheitliche Wirkungen von Entscheidungsteilhabe in strukturierter Form aufzuzeigen. Dies ist hoffentlich gelungen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2008: 408 Ziff. 1099) hat in seinem Gutachten 2007 – in Auswertung von Konzepten, Praxisansätzen und Evaluationsergebnissen der Primärprävention in vulnerablen Gruppen – fünf Anforderungen an Interventionen formuliert: Neben der Orientierung an Belastungen *und* Ressourcen, der angemessenen Berücksichtigung unspezifischer Belastungen und Ressourcen, der Veränderung gesundheitsrelevanter Kontexte (Lebenswelten) und angemessener Qualitätsentwicklung fordert er: „Von größter Bedeutung für den Entwurf, die Durchführung und die Qualitätssicherung zielführender Interventionen ist die größtmögliche Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppen; Partizipation ist die Schlüsselgröße erfolgreicher Prävention." Es spricht viel für die Richtigkeit dieser strategischen Orientierung. Die vorliegende Studie zeigt aber auch, welche Unklarheiten und Hindernisse in Theorie und Praxis noch beseitigt werden müssen, bis diese Orientierung den ihr gebührenden Stellenwert in der Präventionspolitik einnehmen kann.

34 Näheres zum Projekt: http://www.wzb.eu/bal/ph/projekte/pakomi.en.htm (Stand: 27.02.2011)

Literatur

Abel, Thomas (2008). Measuring Health Literacy: Moving towards a Health-Promotion Perspective. Editorial. *International Journal of Public Health,* 53, 169-170.

Adams, Jared R. (2006). Shared Decision-Making and Evidence-Based Practice. *Community Mental Health Journal*, 42(1), 87-105.

Altmaier, Elizabeth M./Russell, Daniel W./Kao, Chuang Feng/Lehmann, Thomas R./Weinstein, James N. (1993). Role of Self-Efficacy in Rehabilitation Outcome among Chronic low Back Pain Patients. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 335-339.

Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Tübingen: DGVT-Verl. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36).

Babitsch, Birgit (2005). Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Huber.

Bailis, Daniel S./Segall, Alexander/Chipperfield, Judith G. (2010). Age, Relative Autonomy and Change in Health Locus of Control Beliefs: A Longitudinal Study of Members of a Health-Promotion Facility. *Journal of Health Psychology*, 15, 326-338.

Bandura, Albert (1977). Self Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, Albert (1982). Self Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, Albert (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.

Bandura, Albert (1997). Self Efficacy. The Exercise of Control. New York: Freeman and Company.

Bandura, Albert/Cioffi, Delia/Taylor, C. Baar/Brouillard, Mary E. (1988). Perceived Self-Efficacy in Coping with Cognitive Stressors and Opioid Activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 479-488.

Bandura Albert/Taylor, C. Baar/Williams, S. Lloyd/Mefford, Ivan N., Barchas, Jack D. (1985). Catecholamine Secretion as a Function of Perceived Coping Self-Efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 406-414.

Bär, Gesine (i.E.): Partizipation im Quartier – Gesundheitsförderung mit vielen Adressaten und Dynamiken. In: Rosenbrock Rolf/ Hartung, Susanne (Hrsg.). Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber.

Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise im Auftrag der BZgA. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bengel, Jürgen/ Wölflick, D. (1991). Das Health Belief Model als Planungshilfe für präventive Maßnahmen? *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung*, 3, 103-110.

Bennett, Charles L./ Ferreira, M. Rosario/ Davis, Terry C. (1998). Relation between Literacy, Race, and Stage of Presentation among Low-income Patients with Prostate Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(9), 3101-3104.

Blättner, Beate (2007). Das Modell der Salutogenese. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Prävention und Gesundheitsförderung,* 2, 67-73.

Böhnke, Petra (2006). Am Rande der Gesellschaft - Risiken sozialer Ausgrenzung. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Bollini, Annie M./Walker, Elaine F./Hamann, Stephan/Kestler, Lisa (2004). The Influence of Perceived Control and Locus of Control on the Cortisol and Subjective Responses to Stress. *Biol Psychol,* 67, 245–260.

Burish, Thomas G./Carey, Michael P./Wallston, Kenneth A./Stein, Mitchell J./Jamison, Robert, N./ Lyles, Jeanne N. (1984). Health Locus of Control and Chronic Disease: An External Orientation may be Advantageous. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2, 326–332.

Canadian Council on Learning (2008). Health Literacy in Canada. A Healthy Understanding. Ottawa: Canadian Council on Learning.

Conn, Vicki S. (1997). Older Women: Social Cognitive Correlates of Health Behaviour. *Women and Health*, 26, 71–85.

Conrad, Günter/Kickbusch, Ilona (1988). Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung. *ARGUMENT–SONDERBAND,* AS 178, 142–144.

Coulter, Angela/Ellins, Jo (2007). Effectiveness of Strategies for Informing, Educating, and Involving Patients. *British Medical Journal,* 335, 24–27.

Dahlgren, Gijran/Whitehead, Margaret (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies.

DeCharms, Richard. (1968). Personal causation. New York: Academic Press.

Deci, Edward L./Ryan, Richard M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behaviour. New York: Plenum Press.

Dirmaier, Jörg/Härter, Michael (i.E.): Partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Versorgung. In: Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hrsg.). Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber.

Eichler, Klaus/Wieser, Simon/Brügger, Urs (2009). The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review. *Journal of Public Health*, 54, 313-324.

Elkeles, Thomas/Mielck, Andreas (1997). Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Das Gesundheitswesen*, 59, 137–143.

Erhart, Michael/Wille, Nora/Ravens-Sieberer, Ulrike (2008). Empowerment bei Kindern und Jugendlichen – die Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen und persönlicher Autonomie für die subjektive Gesundheit. *Gesundheitswesen,* 70, 721–729.

Eriksson, Monica/Lindström, Bengt (2006). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the Relation with Health: A Systematic Review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376–381.

Faltermaier, Toni/Wihofsky, Petra (i.E.): Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutogenese – Subjekt – Lebenswelt. In: Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hrsg.). Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber.

Faltermaier, Toni (2006). Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler, Hans/Kolip, Petra/Abel, Thomas (Hrsg.). Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 3. Aufl. Weinheim: Juventa Verlag, 185–196.

Flensborg-Madsen, Trine/Ventegodt, Søren/Merrick, Joav (2005): Why is Antonovsky's Sense of Coherence Not Correlated to Physical Health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *The Scientific World Journal*, 5, 767–776.

Frey, Dieter/Jonas, Eva (2002). Die Theorie der kognizierten Kontrolle. In: Frey, Dieter/Irle, M. (Hrsg.). Theorien der Sozialpsychologie. Band III: Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien. Bern: Huber, 13–50.

Friedrichsmeier, Andres/Wannöffel, Manfred (2010): Mitbestimmung und Partizipation – Das Management von demokratischer Beteiligung und Interessenvertretung an deutschen Hochschulen. Arbeitspapier 203, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.).

Haas, Michael (i.E.): Partizipation abhängig Beschäftigter. In: Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hrsg.). Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber.

Härter, Martin (2004). Editorial – Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 98*(2), 89-92.

Hartung, Susanne (2011). Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In: Schott, Thomas/Hornberg, Claudia (Hrsg.). Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 235-255.

Heckhausen, Jutta/Schulz, Richard (1995). A Life-Span Theory of Control. *Psychological Review*, 102, 284-304.

Hohmann, Cynthia/Schwarzer, Ralf (2007). Selbstwirksamkeitserwartung. Perceived Self-Efficacy. In: Bengel, Jürgen/Jerusalem, Matthias (Hrsg.). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie.* Göttingen: Hogrefe, 61-67.

Howard, David H./Gazmararian, Julie/Parker, Ruth M. (2005). The Impact of low Health Literacy on the Medical Costs of Medicare Managed Care Enrolees. *American Journal of Medicine*, 118, 371-377.

Ishikawa, Hirono/Yano, Eiji (2008). Patient Health Literacy and Participation in the Healthcare Process. *Health Expectations*, 11, 113-122.

Janssen, Christian (2001): Soziale Schicht und Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen (Health Locus of Control). In: Mielck, Andreas/Bloomfield, Kim (Hrsg.). Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa, 184-195.

Jerusalem, Matthias (1990). Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben. Göttingen: Hogrefe.

Jerusalem, Matthias/Schwarzer, Ralf (1981/revidiert 1999). Allgemeine Selbstwirksamkeit. http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/skalen/Allgemeine_Selbstwirksamkeit/allgemeine_selbstwirksamkeit.htm (Stand: 25.2.2011)

Joosten, Evelien A./DeFuentes-Merillas, Laura/de Weert Gerdien, H./Sensky, Tom/van der Staak, Cees P./de Jong, Cor A.J. (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 219-226.

Kaase, Max (2003): Politische Beteiligung/Politische Partizipation. In: Andersen, Uwe/Wocke, Wichard Wocke (Hrsg.): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland. 5., aktual. Aufl. Opladen: Leske + Budrich. Online verfügbar unter http://www.bpb.de/wissen/067139866358463396462005795044 45.html (Stand: 30.08.2011)

Kant, Immanuel (1784). Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? *Berlinische Monatsschrift*. Dezember-Heft, 481-494.

Karasek, Robert A./Theorell, Tores (1990). Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic. Books, 89-103.

Kardorff, Ernst von/Meschnig, Alexander (2009). Selbstbestimmung, Teilhabe und selbstständige Lebensführung: konzeptionelle Überlegungen. In: Garms-Homolova, Vjenka/Kardorff von, Ernst/Theiss, Katrin/Meschnig, Alexander/Fuchs, Harry (Hrsg.). Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden: Konzeptionelle und methodische Überlegungen zu den Voraussetzungen. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, 61-91.

Kickbusch, Ilona S. (2001). Health Literacy: Adressing the Health and Education Devide. *Health Promotion International*, 16(3), 289-297.

Kickbusch, Ilona S. (2006). Gesundheitskompetenz. *Public Health News*, 3, 10.

Kliche, Thomas/Kröger, Gesa (2008). Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung – Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. *Gesundheitswesen*, 70, 715–720.

Knoll, Nina/Scholz, Urte/Riekmann, Nina (2005). Einführung in die Gesundheitspsychologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Langer, Ellen J. (1975). The Illusion of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311–328.

Lareau, Annette (2002): Invisible Inequality: Social Class and Childrearing in Black Families and White Families. *American Sociological Review*, 67(5), 747–776.

Lazarus, Richard S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.

Lazarus, Richard S./Folkman, Susan (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer.

Lee, Shoou-Yih D./Arozullah, Ahsan M./Cho, Young Ik (2004): Health Literacy, Social Support, and Health: A Research Agenda. *Social Science and Medicine,* 54, 1309–1321.

Lenhardt, Uwe/Ertel, Michael (i.E.): Beteiligungsorientierung in der arbeitsweltbezogenen Prävention. In: Rosenbrock R., Hartung S. (Hrsg.). Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber.

Lenz, Albert (2006). Psychologische Dimensionen der Partizipation. Überlegungen zu einer theoretischen Fundierung eines Handlungs- und Organisationsprinzips. In: Seckinger, Mike (Hrsg.). Partizipation - ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. Tübingen, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 13-34.

Loh, Andreas/Simon, Daniela/Kriston, Levent/Härter, Martin (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt,* 104(21), 1483–1489.

Lohaus, Arnold/Schnitt, Gustel M. (1989). Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Marzinzik, Kordula/Kluwe, Sabine (2007). Evaluation des STEP-Elterntrainings. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Universität Bielefeld. http://www.instep-online.de/ (Stand: 24.2.2011)

Maschewsky-Schneider, Ulrike (1997). Frauen sind anders krank. Weinheim: Juventa.

McPherson, Christine J./Higginson, Irene J./Hearn, Julie (2001). Effective Methods of Giving Information in Cancer: A Systematic Literature Review of Randomized Controlled Trails. *Journal of Public Health Medicine*, 23, 227–234.

Muthny, Fritz A./Kramer, Patrick/Lerch, Johannes/Tausch, Berndt/Wiedemann, Sabine (1994). Gesundheits- und erkrankungsbezogene Kontrollüberzeugungen Gesunder. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, Band II (3), 194–215.

Nutbeam, Don (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364.

Nutbeam, Don (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st century. *Health Promotion International,* 15(3), 259–267.

Rappaport, Julian (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis,* 2, 257–278.

Richardson, Chris G./Ratner, Pamela A. (2005). Sense of Coherence as a Moderator of the Effects of Stressful Life Events on Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 979–984.

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2006). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Aufl., Bern: Huber.

Rotter, Julian B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychology Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28.
Rotter, Julian B. (1975). Some Problems and Misconceptions Related to the Construct of Internal and External Reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56–67.
Rudolph, Udo/Schweizer, Johannes/Thomas, Antje (2006). Kontrollüberzeugung und subjektive Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen. Prävention und Gesundheitsförderung, 1, 182–189.
Satow, Lars/Bäßler, Judith (1998). Selbstwirksamkeitserwartung und körperliches Befinden Jugendlicher. Unterrichtswissenschaft, 26, 127–139.
Scheibler, Fülöp (2004). Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Huber.
Schnyder, Ulrich/Büchi, Stefan/Sensky, Tom/Klaghofer, Richard (2000). Antonovsky's Sense of Coherence: Trait or State? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 296–302.
Schröder, Kerstin E.E./Schwarzer, Ralf/Konertz, Wolfgang (1998). Coping as a Mediator in Recovery from Heart Surgery: A Longitudinal Study. *Psychology & Health*, 13(1), 83–97.
Schunk, Dale H. (1995). Self-efficacy and Education and Instruction. In: Maddux, James E. (Hrsg.). Self-efficacy, Adaptation, and Adjustment. Theory, Research, and Application. New York: Plenum, 281–303
Schwarzer, Ralf (2004). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.
Schwarzer, Ralf/Luszczynska, Aleksandra (2007). Self-Efficacy. In: Gerrard, Mike/McCaul, Kevin D. (Hrsg.). Health Behavior Constructs: Theory, Measurement, and Research. National Cancer Institute Website: http://cancercontrol.cancer.gov/constructs (Stand: 25.2.2011)
Seligman, Martin E.P. (1975). Helplessness. On Depression, Development and Death. San Francisco: Freeman and Comp.
Shapiro, Deane H./Schwartz, Carolyn E./Astin, John A. (1996). Controlling Ourselves, Controlling Our World. Psychology's Role in Understanding Positive and Negative Consequences of Seeking and Gaining Control. *American Psychologist*, 51(12), 1213–1230.
Siegrist, Johannes (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit.* Göttingen: Hogrefe.
Skinner, Ellen A. (1996). A Guide to Constructs of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549–570.
Smedslund, Jan (1991). The Pseudoempirical in Psychology and the Case for Psychologic. *Psychological Inquiry*, 2(4), 325–338.
Sudore, Rebecca L./Mehta, Kala M./Simonsick, Eleanor M./Harris, Tamara B./Newman, Anne B./Satterfield, Suzanne/ Rosano, Caterina/Rooks, Ronica N./Rubin, Susan M./Ayonayon, Hilsa N./Yaffe, Kristine (2006). Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. *Journal of the American Geriatric Society*, 54, 770–776.
Surtees, Paul/Wainwright, Nicholas/Luben, Robert/Khaw, Kay-Tee/Day, Nicholas (2003). Sense of Coherence and Mortality in Men and Women in the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 158, 1202–1209.
Süß, Waldemar (2010). Das Präventionsprogramm „Lenzgesund": Strukturbildung in einem benachteiligten Quartier in Hamburg. *Public Health Forum*, 18(4), 40.e1-40.e3.
Süß, Waldemar/Trojan, Alf (i.E.): Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. In: Rosenbrock, Rolf/ Hartung, Susanne (Hrsg.). Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber.
SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2008). Gutachten 2007, Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Band II, (Kapitel 6: Primärprävention in vulnerablen Gruppen), Baden Baden: Nomos.

Syme, Leonard S. (1989). Control and Health: A Personal Perspective. In: Steptoe, Andrew/Appels, Ad (Hrsg.). *Stress, Personal Control and Health.* Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapure: John Wiley & Sons Ltd., 3-18.

Toshima, Michelle T./Kaplan, Robert M./Ries, Andrew L. (1992). Self-efficacy Expectancies in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Rehabilitation. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.). Self-efficacy: Thought Control of Action. Washington DC.: Hemissphere, 325-354.

Trojan, Alf/Nickel, Stefan/Kofahl, Christoph (i.E.): Selbsthilfe: Partizipation als Kontrollgewinn. In: Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hrsg.). Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber.

Udris, Ivars/Rimann, Martin (2006). Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In: Wydler, Hans/Kolip, Petra/Abel, Thomas (Hrsg.). Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim und München: Juventa Verlag, 129-147.

Unger, Hella von (2010). HIV-Prävention mit Migrant/innen. Interkulturell, partizipativ und strukturell. In: Drewes, Jochen/Sweers, Holger (Hrsg.). Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV, AIDS-Forum DAH. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. 195-217.
http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/DAH_Forum_57_Gesundheitsfoerderung.pdf

Wagner, Christian v./Steptoe, Andrew/Wolf, Michael S./Wardle, Jane (2009). Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework Form Health Psychology. *Health Education and Behavior*, 36, 860-877.

Wallerstein, Nina (2006). What is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health? Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe, Health Evidence Network

Wallston, Kenneth A. (1992). Hocus-Pocus, the Focus Isn't Strictly on Locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183-199.

Wallston, Kenneth A./Wallston, Barbara S. (1982). Who is Responsible for Our Health? The Construct of Health Locus of Control. In: Sanders, Glenn S./Suls, Jerry (Hrsg.). *Social Psychology of Health and Illness.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 65-98.

Wallston, Kenneth A./Wallston, Barbara S./Smith, Shelton/Dobbins, Carolyn J. (1987). Perceived Control and Health. *Current Psychological Research and Reviews*, 6(1), 5-25.

Wallston, Kenneth A./Maides, Shirley/Wallston, Barbara S. (1976). Health-related Information-seeking as a Function of Health-related Locus of Control and Health Value. *Journal of Research and Personality,* 10, 215-222.

Wardle, Jane/Steptoe, Andrew/Gulič, Gabriel/Sartory, Gudrun/Sêk, Helena/Todorova, Irina/Vögele, Claus/Ziarko, Michal (2004). Depression, Perceived Control, and Life Satisfaction in University Students from Central-Eastern and Western Europe. *International Journal of Behavioral Medicine,* 11(1), 27-36.

Watzlawick, Paul (2010/1976): Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn, Täuschung, Verstehen. 9. Auflage, München: Piper Verlag.

Weiss, Barry D./Hart, Gregory/McGee, Daniel L./ D'Estelle, S. (1992). Health Status of Illiterate Adults: Relation between Literacy and Health Status among Persons with Low Literacy Skills. *Journal of the American Board of Family Practice*, 5, 257-264.

Weiss, Barry D./Hart, Gregory/Pust, Ronald E. (1991). The Relationship between Literacy and Health. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 1, 351-363.

Weiss, Barry D./Palmer, Raymond (2004). Relationship Between Health Care Costs and Very Low Literacy Skills in a Medically Needy and Indigent Medicaid Population. *Journal of the American Board of Family*, 17(1), 44-7.

White, Robert W. (1959). Motivation Reconsidered: The Concept of Competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.

WHO (World Health Organization) (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (Stand: 25.2.2011)

WHO (World Health Organization) (2008). Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand" Tallinn (Estland), 25.–27. Juni 2008. Bericht. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78950/E92150G.pdf (Stand: 17.2.2011)

Wiedenfeld, Sue A./O'Leary, Ann/Bandura, Albert/Brown, Shirley/Levine, Seymour/Raska, Karel (1990). Impact of Perceived Self-efficacy in Coping with Stressors on Components of the Immune System. *Journal of Pers Soc Psychol,* 59, 1082-1094.

Wilson, Sandra R./Strub, Peg/Buist, A. Sonia/Knowles, Sarah B./Lavori, Philip W./Lapidus, Jodi/Vollmer, William M. (2010). Shared Treatment Decision Making Improves Adherence and Outcomes in Poorly Controlled Asthma. *Am J Respir Crit Care Med,* 181(6), 566-577.

Wolf, Michael S./Gazmararian, Julie A./Baker, David W. (2005). Health Literacy and Functional Health Status among Older Adults. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1946-1952.

Wrosch, Carsten/Heckhausen, Jutta/Lachmann, Margie E. (2000). Primary and Secondary Control Strategies for Managing Health and Financial Stress across Adulthood. *Psychology & Aging*, 15, 387-399.

Wright, Michael T. (Hrsg.) (2010b). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.

Wright, Michael T./Unger, Hella von/Block, Martina (2010a). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright, Michael T. (Hrsg.). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber, 35-52.

Zimmerman, Marc E./Rappaport, Julian (1988). Citizen Participation, Perceived Control, Psychological Empowerment. *American Journal of Community Psychology,* 16(5), 725-750.

Discussion Papers des Forschungsschwerpunkts Bildung, Arbeit und Lebenschancen 2011

Forschungsgruppe **Public Health**

Katrin Falk/Josefine Heusinger/Kerstin Kammerer/Meggi Khan-Zvorničanin/Susanne Kümpers/Michael Zander SP I 2011-301
Arm, krank und ausgeschlossen im Alter? Studien zu Inklusion und Selbstbestimmung im sozial benachteiligten Quartier – der Fall Berlin-Moabit [*vergriffen*]

Jane Springett/Michael T. Wright/Brenda Roche SP I 2011-302
Developing Quality Criteria for Participatory Health Research. An Agenda for Action.

Abteilung **Ausbildung und Arbeitsmarkt**

Philip Wotschack /Franziska Scheier/Philipp Schulte-Braucks/ Heike Solga SP I 2011-501
Mehr Zeit für Weiterbildung
Neue Wege der betrieblichen Arbeitszeitgestaltung

Paula Protsch SP I 2011-502
Zugang zu Ausbildung
Eine historisch vergleichende Perspektive auf den segmentierten Ausbildungsmarkt in (West-)Deutschland

Abteilung **Ungleichheit und soziale Integration**

Kent Weaver SP I 2011-201
The Politics of Automatic Stabilization
Mechanisms in Public Pension Programs

Britta Grell SP I 2011-202
Unemployment Compensation in the United States
Provisions and Institutional Changes since the 1980s

Britta Grell SP I 2011-203
Family Dissolution and Public Policies in the United States
Social Provisions and Institutional Changes since the 1980s

Britta Grell SP I 2011-204
Old-Age Provisions in the United States
Changes in the Retirement System since the 1980s

Martin Ehlert SP I 2011-205
Shifted Labor Market Risks?
The Changing Economic Consequences of Job Loss in the United States and West Germany

Markus Wörz SP I 2011-206
Unemployment Compensation in Germany
Provisions and Institutional Changes since the 1980s

Markus Wörz SP I 2011-207
Family Dissolution and Public Policies in Germany
Social Provisions and Institutional Changes since the 1980s

Markus Wörz SP I 2011-208
Old-Age Provisions in Germany
Changes in the Retirement System since the 1980s

Markus Wörz SP I 2011-209
Financial Consequences of Falling Ill
Changes in the German Health Insurance System since the 1980s

Max Haller SP I 2011-210
Die sozialen Klassen im ethnisch heterogenen Milieu
Ein soziologischer Ansatz zur Erklärung der Unterschiede der Einkommensverteilung in den Ländern der Welt

Alle Discussion Papers sind online abrufbar:
http://www.wzb.eu/de/publikationen/discussion-paper/bildung-und-arbeit