Rolf Rosenbrock Susanne Hartung
Hrsg.

Handbuch Partizipation und Gesundheit

HUBER

Rosenbrock / Hartung (Hrsg.)
Handbuch Partizipation und Gesundheit

Verlag Hans Huber
Programmbereich Gesundheit

Wissenschaftlicher Beirat:
Felix Gutzwiller, Zürich
Manfred Haubrock, Osnabrück
Klaus Hurrelmann, Berlin
Petra Kolip, Bielefeld
Doris Schaeffer, Bielefeld

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Rosenbrock/Hartung, Handbuch Partizipation und Gesundheit, 1. Auflage.

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Rosenbrock/Hartung, Handbuch Partizipation und Gesundheit, 1. Auflage.

Rolf Rosenbrock
Susanne Hartung
Herausgeber

Handbuch Partizipation und Gesundheit

Verlag Hans Huber

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Rosenbrock/Hartung, Handbuch Partizipation und Gesundheit, 1. Auflage.

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Shatuna Sellaiah
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:
Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2012
© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN 978-3-456-95045-7)
ISBN 978-3-456-85045-0

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Rosenbrock/Hartung, Handbuch Partizipation und Gesundheit, 1. Auflage.

Inhaltsverzeichnis

Rolf Rosenbrock / Susanne Hartung
Gesundheit und Partizipation. Einführung und Problemaufriss 8

I. Grundlegungen

Oskar Negt
Gesellschaft und Krankheit. Ohne Partizipation keine Gesundung 27

Michael Vester
Partizipation, sozialer Status und Milieus 40

Susanne Hartung
Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit?
Auf der Suche nach Erklärungsmodellen 57

Peter Franzkowiak / Hans Günther Homfeldt
Partizipation in der Sozialen Arbeit 79

Michael T. Wright
Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität 91

Toni Faltermaier / Petra Wihofszky
Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutogenese – Subjekt – Lebenswelt 102

Anja Dieterich / Daphne Hahn
Partizipative Strategien zwischen Chancengleichheit
und Individualisierung von Verantwortung 114

II. Partizipation zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit

Arbeit

Michael Haas
Partizipation abhängig Beschäftigter und Gesundheit 127

Nick Kratzer / Thomas Birken / Wolfgang Dunkel / Wolfgang Menz
Partizipation bei neuen Steuerungsformen von Arbeit 142

Uwe Lenhardt / Michael Ertel
Beteiligungsorientierung in der präventiven betrieblichen Gesundheitspolitik 154

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Rosenbrock/Hartung, Handbuch Partizipation und Gesundheit, 1. Auflage.

Gemeinde

Gesine Bär
Partizipation im Quartier – Gesundheitsförderung mit vielen Adressaten und Dynamiken 172

Waldemar Süß / Alf Trojan
Partizipation und Beteiligung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung 183

Susanne Kümpers
Partizipation hilfebedürftiger und benachteiligter Älterer – die Perspektive der ‚Grundbefähigungen' nach Martha Nussbaum 197

Barbara Weigl
Möglichkeiten und Grenzen von Entscheidungsteilhabe älterer Menschen durch partizipative Wohnformen 212

Schule

Diana Sahrai / Uwe H. Bittlingmayer / Jürgen Gerdes
Partizipation, politische Bildung und Gesundheit an Schulen. Zur Analyse eines fragilen Zusammenhangs 222

Gruppen / Community

Regina Stolzenberg / Brigitte Steingruber
An-Stifterinnen für Partizipation: Entstehung und Bedeutung von Frauengesundheitszentren ... 235

Hella von Unger
Wer beteiligt wird, ist erreichbar: Partizipation von Migrant/innen an der HIV-Prävention..... 247

III. Partizipation im Umgang mit Krankheit

Bettina Schmidt
Partizipation aus verantwortungsorientierter Sicht 260

Alf Trojan / Stefan Nickel / Christopher Kofahl
Selbsthilfe: Partizipation als Kontrollgewinn 272

Marie-Luise Dierks / Doris Schaeffer
Autonomie und Patientenberatung..... 285

David Klemperer
Die Bedeutung der Patientenpartizipation für die Krankheitsversorgung..... 296

Birgit Babitsch / Giselind Berg
Gender und Unterschiede in Entscheidungsprozessen der Krankheitsversorgung 308

Jörg Dirmaier / Martin Härter
Partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Versorgung..... 318

Isabel Gareus / Heinz-Harald Abholz
Patientenpartizipation in der Hausarztpraxis 331

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Rosenbrock/Hartung, Handbuch Partizipation und Gesundheit, 1. Auflage.

Frauke Koppelin
Informierte Entscheidungsfindung bei der Inanspruchnahme von Screenings? 344

Ina Nitschke / Julia Kunze
Partizipation in der Zahnmedizin 355

Thomas Bock
Partizipation in Klinischer und Sozial-Psychiatrie – Impulse aus dem Trialog 365

Ulrike Thielhorn
Partizipation in der Pflege 381

Ernst von Kardorff
Partizipation in der Rehabilitation 391

Katharina Heimerl / Andreas Heller / Klaus Wegleitner / Claudia Wenzel
Organisationsethik und Palliative Care – partizipative Konzepte 408

IV. Ausblicke

Michael T. Wright
Partizipative Gesundheitsforschung als wissenschaftliche Grundlage
für eine partizipative Praxis 418

Ilona Kickbusch
Bürgerorientierte Gesundheit. Ein Kommentar 429

Sachwortverzeichnis 439

Autorenverzeichnis 445

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Rosenbrock/Hartung, Handbuch Partizipation und Gesundheit, 1. Auflage.

Gesundheit und Partizipation. Einführung und Problemaufriss

Rolf Rosenbrock und Susanne Hartung

I.

Selbstbestimmte Teilhabe an den subjektiv wichtigen Aktivitäten, Bezügen und Feldern des Lebens trifft als Konzept eines gelingenden Lebens wahrscheinlich auf einige Zustimmung. Die Qualität eines Gemeinwesens wäre danach daran zu bemessen, inwieweit es seinen Mitgliedern solche Teilhabe ermöglicht. Amartya Sen und Martha Nussbaum schlagen vor, den Wohlstand von z.B. Staaten nicht an – in vielerlei Hinsicht irreführenden – Ziffern wie dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) etc. zu messen, sondern an den real gegebenen Teilhabemöglichkeiten, und zwar für alle Mitglieder bzw. Bewohner/innen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Verminderung sozial bedingter – also durch Politik zu gestaltender – Ungleichheiten.

Aufgabe eines Gemeinwesens, das auf diese Weise seinen Wohlstand mehren will, wäre die Schaffung der Voraussetzungen für Teilhabe, also die Schaffung von Verwirklichungschancen. Nimmt man das Wissen um die sozialen Determinanten von Gesundheit ernst, darf man davon ausgehen, dass eine Gesellschaft, die nicht primär das BIP, sondern die Verwirklichungschancen mehrt, auch eine Gesellschaft mit mehr Gesundheit wäre. Denn die Verwirklichungschancen decken sich weithin mit den Voraussetzungen und Entwicklungsbedingungen jener Gesundheitsressourcen, die in den Gesundheitswissenschaften seit der Ottawa Charta und dem Aufkommen von New Public Health in den Focus der Aufmerksamkeit gerückt sind:

- ein gutes und stabiles Selbstwertgefühl,
- das erfahrungsgespeiste Wissen, relevante Teile der Umwelt erkennen und beeinflussen sowie dies lernen zu können,
- die Erfahrung von Gegenseitigkeit in stabilen Beziehungen und Netzwerken,
- die Erfahrung von Zielerreichung und Sinn.

Neben der materiellen Absicherung, der Reichtumsverteilung, der Bildung und dem Zugang zur Krankenversorgung (und in vielerlei Wechselbeziehungen mit diesen) gelten diese Faktoren weithin als Prädiktoren eines auch gesundheitlich gelingenden Lebens. Damit sind sie zugleich auch durch – subjektiv und objektiv ermöglichende – Interventionen zeitstabil zu beeinflussende Zustände.

Dieser Gedanke – längst mehr als eine Hypothese – steht im Kern aller Ansätze des derzeit am weitesten entwickelten Typs der unspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung: der partizipativen Entwicklung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten (KiTas, Schulen, Betriebe, Quartiere etc.: Setting-Ansatz). Weithin unstrittig ist auch, dass diese Gesundheitsressourcen auch zur Bewältigung von Krankheit und Behinderung bedeutsam und hilfreich sind.

Die Frage, ob eine Gesellschaftspolitik unter der Zielfunktion der Verwirklichungschancen selbst schon die am besten vorstellbare Gesundheitspolitik wäre oder ob sie ‚lediglich' die Voraussetzungen einer solchen Politik verbessert, mag offen bleiben – die Beziehungen zwischen den Verwirklichungschancen und New Public Health lässt gegenwärtig noch viel Raum zum Nachdenken. Klar aber ist, dass es in beiden Diskussionen um eine Mehrung der Teilhabe mit der Perspektive der Verminderung sozialer Ungleichheit geht. Und dass damit auch ein Konzept vorliegt, auf den sich Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Verteilungs-, Regional- und eben auch Gesundheitspolitik gemeinsam beziehen können.

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Rosenbrock/Hartung, Handbuch Partizipation und Gesundheit, 1. Auflage.

Für das Gelingen von Teilhabe müssen immer zwei Bedingungen gegeben sein: die Gelegenheiten dazu und die Nutzung dieser Gelegenheiten. Beide Bedingungen sind voraussetzungsvoll. Ob die Gelegenheiten vorhanden sind, hängt davon ab, dass die einen ‚Teilhabenden' auch Anderen die Chance auf Teilhabe eröffnen. Sie müssen also etwas abgeben, vor allem Macht, Entscheidungsfreiheit, Prestige und materielle Ressourcen. Deshalb ist Teilhabe auch oft nicht das Ergebnis zweckrationaler Konsensfindung, sondern Ergebnis von mehr oder weniger kämpferischen Auseinandersetzungen. Die Geschichte der und die Debatten um Wirtschaftsdemokratie und Mitbestimmung bieten hier reiches Anschauungsmaterial.

Ob die Gelegenheiten genutzt werden hängt davon ab, dass sie real zugänglich sind, dass die Fertigkeiten und der Wille zu ihrer Nutzung vorhanden sind. Soll gelingende Teilhabe vermehrt werden, müssen auch diese Nutzungsbedingungen hergestellt werden. Sie können nicht einfach, nimmt man das Wissen über gesellschaftliche Einflüsse auf Wahrnehmung, Motivbildung und Handlungsfähigkeit ernst, in den Bereich der ‚Selbstverantwortung' der Individuen geschoben werden.

Eine notwendige (aber nicht immer hinreichende) Bedingung des Gelingens von Teilhabe ist die Teilhabe an Entscheidungen bei den jeweils in Rede stehenden Aktivitäten, Bezügen oder Feldern des Lebens. Diese Bedingung reicht dann nicht hin, wenn die so zustande kommenden Entscheidungen nicht die Verwirklichungschancen vermehren, sondern lediglich bestehende Strukturen und Verteilungen durch die ‚Einbindung' von ‚Betroffenen' legitimieren. Das hat dann zwar für das jeweilige soziale System den Vorteil, durch die Nutzung der Kontext-Expertise von Betroffenen zu effektiveren bzw. effizienteren Entscheidungen zu kommen; auch können auf diese Weise Verantwortlichkeiten umverteilt bzw. abgeleitet (und auf diese Weise Schuldzuweisungen produziert) werden. Das entscheidende Kriterium der Mit-Gestaltung zum Zwecke einer besseren Bedürfnisbefriedigung wird dann aber nur zufällig erfüllt. Das verweist darauf, dass sowohl hinter der Forderung nach als auch hinter der ‚Gewährung' von Entscheidungsteilhabe ganz verschiedene Motive stecken können: Machtkontrolle, Einbringen von authentischen Interessen, Mobilisierung von Engagement, Transparenz von Entscheidungsvorgängen, Erzielung von Entscheidungen, die den Bedürfnissen besser entsprechen, Friedfertigkeit durch die deliberative Aushandlung von Interessen, Qualifizierung der Mitentscheidenden, Delegation von Verantwortlichkeit, Legitimation, Inklusion etc.

Von Partizipation in diesem facettenreichen Sinne handelt dieses Buch. Unter Partizipation verstehen wir die individuelle oder auch kollektive Teilhabe an Entscheidungen, die die eigene Lebensgestaltung und die eigene soziale, ökonomische und politische Situation und damit immer auch die eigene Gesundheit betreffen. Um das Vorhaben in einem bearbeitbaren Rahmen zu halten, haben wir das Spektrum der betrachteten Entscheidungsfelder allerdings enger gezogen: Partizipation wird vorwiegend als Teilhabe an relevanten Entscheidungen in Situationen, Lebensbereichen bzw. Settings betrachtet, in denen Gesundheit *explizit* ein Thema ist. Gemessen an der gesundheitlich viel größeren Bedeutung von Entscheidungen, die ohne direkt von Gesundheit zu handeln, *implizit* die Gesundheitschancen beeinflussen (wobei die Bereiche Bildung, Arbeit, Einkommensverteilung etc. z.T. angesprochen werden), mag dies enttäuschen. Wir hoffen aber, in dieser Beschränkung Grundlagen und Anregungen für Überlegungen und Untersuchungen zu schaffen, die sich auf die Rolle von Partizipation auch bei den ‚großen' sozialen Determinanten von Gesundheit beziehen.

II.

Wir möchten mit diesem Band eine Diskussion der Hypothese aufgreifen, dass praktizierte angemessene Partizipation ein wesentlicher Faktor ebenso für die Erhaltung und Förderung von Gesundheit wie für die Heilung und Bewältigung von Krankheit ist, also Bedeutung für die Qualität und Wirksamkeit von Prävention, Therapie, Pflege und Rehabilitation hat. Partizipation ist in dieser Sichtweise ein we-

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Rosenbrock/Hartung, Handbuch Partizipation und Gesundheit, 1. Auflage.

sentlicher Faktor auf allen Stufen des Umgangs mit Gesundheit, für alle Bevölkerungsgruppen sowie in fast allen Gesundheitszuständen. Diese Hypothese spielt in Wissenschaft, Politik und praktischer Arbeit eine wichtige Rolle; ihre theoretische, praktische und empirische Evidenz scheinen aber ebenso wie ihre Implikationen weithin ungeklärt.

Optimistisch lässt sich diese Hypothese etwa so ausformulieren: *Gesundheitsförderung* bezeichnet – so die Ottawa-Charta – einen Prozess „of enabling people to increase control over, and to improve, their health". Gelebte und erlebte Partizipation erweitert den Raum für gesundheitsdienliche und gesundheitsförderliche Entscheidungen. In der Folge werden die physische und soziale Umwelt und damit die Verhältnisse und Verhaltensanreize als gestaltbar, der eigene Einfluss als relevant erlebt. Vermutet wird, dass Partizipation, die an exemplarischen Problemen oder in exemplarischen Situationen erlebt und gelebt wird – zum Beispiel in partizipativen Projekten zur Entwicklung gesundheitsförderlicher *Settings/Lebenswelten* –, die Einschätzung der Bedeutung eigener Initiative und Aktivität bei der Gestaltung des eigenen Lebens und der Umwelt positiv verändert. Damit können Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Es wird weiter vermutet, dass sich im Falle einer solchen Übertragung bzw. Verallgemeinerung von positiven Erfahrungen mit Partizipation die Chancen vergrößern, a) die eigene Situation im Hinblick auf Chancen und Gefährdungen wahrzunehmen, b) Kriterien für wünschbare und machbare Entscheidungen und Veränderungen zu entwickeln, c) Chancen der Entscheidung und der Veränderung zu ergreifen und zu verfolgen, d) eigene Strategien zu entwickeln, e) dafür Bündnispartner zu suchen, zu gewinnen bzw. zu aktivieren, f) die Situation zu verändern, g) den Erfolg/Misserfolg dieser Bemühungen abzuschätzen sowie h) aus dem Prozess zu lernen. Der Ertrag – an Verwirklichungschancen, Lebensqualität oder Gesundheit – würde sich demnach sowohl aus dem Erleben der Veränderbarkeit (der Weg: die Teilnahme am partizipativen Prozess) als auch aus den daraus resultierenden Veränderungen (das Ziel: die im Ergebnis des Prozesses veränderte Umwelt) erklären; Weg und Ziel wären gleichermaßen wichtig.

Im Kern liegt diesen Vermutungen eine sozialpsychologische Hypothese zum sozialen Lernen zugrunde. Soziales Lernen kann dabei wahrscheinlich sowohl individuell als auch – z.B. in Settings oder Communities – kollektiv funktionieren und sich auf die Teilhabe an den relevanten Entscheidungen auf alle vier Stufen des „*Public Health Action Cycle*" (Situationseinschätzung, Konzeptbildung und Entscheidung, Umsetzung, Wirksamkeitsabschätzung) beziehen. Vermutet wird, dass sowohl die Lernprozesse bzw. Erfahrungen als auch die auf diesem Wege erzielbaren Verbesserungen der jeweiligen Situation – im Sinne von *Verhältnisprävention* – günstige Wirkungen auf die Gesundheit bzw. die Wirksamkeit gesundheitsbezogener Interventionen haben. Insgesamt zielen demnach alle Interventionen der Verhältnisprävention auf die subjektive und objektive Verbesserung der Voraussetzungen von sozialer Teilhabe im weiten Sinn, und das heißt immer auch auf Entscheidungsteilhabe. Auch hier werden von Partizipation direkte und indirekte, vorübergehende oder zeitstabile Gesundheitsgewinne erwartet. Strittig ist seit Langem, ob ähnliche Wirkungen auch mit individueller und problemfokussierter Verhaltensprävention (Kurse etc.) erzielt werden können, insbesondere auch, ob diese die sozial definierten, gesundheitlich hauptsächlich indizierten Zielgruppen tatsächlich erreichen (können).

Als Maßstab für kunstgerechtes Verhalten in der *medizinischen Therapie* gelten zunehmend die Kriterien der *evidence based medicine*: neben der externen Evidenz (Studienlage) und der internen Evidenz (klinische Erfahrung) steht hier die Berücksichtigung der Interessen und Präferenzen der Patient/innen als dritte, gleichberechtigte Erkenntnisquelle im Raum – und damit die Frage ihrer Beteiligung an therapeutischen Entscheidungen. Dies wird nicht nur als Fortschritt im Sinne der Aufklärung gesehen, sondern auch mit Verbesserungen der medizinischen und gesundheitlichen Wirkungen bei und infolge systematischer Entscheidungsbeteiligung in Verbindung gebracht. Partnerschaftlich getroffene Therapieentschei-

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Rosenbrock/Hartung, Handbuch Partizipation und Gesundheit, 1. Auflage.