

Gesundheitsbezogene Selbsthilfe und ihre Kooperationen mit den Akteuren in der gesundheitlichen Versorgung – Ergebnisse einer Telefonbefragung

Die Bedeutung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfebewegung wird heute von allen gesellschaftlich relevanten Institutionen anerkannt, die Selbsthilfe ist – nach anfänglicher Skepsis – zu einem wichtigen Bestandteil des Gesundheitswesens geworden (Braun, Kettler & Becker 1997; Matzat 2003) und hat sich in den letzten 25 Jahren zur »Säule im Gesundheitswesen« entwickelt (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002). In der Binnenperspektive liegt die Relevanz der Arbeit der Selbsthilfegruppen in der Hilfestellung bei der Bewältigung von Erkrankungen oder Behinderungen, in einer übergeordneten Perspektive sind Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen Interessenvertreter für die Belange von Patientinnen und Patienten. Auf ganz unterschiedlichen Ebenen arbeiten Vertreter der Selbsthilfe mit Betroffenen, Leistungsträgern und Leistungserbringern zusammen.

Wie sich diese Kooperationen quantitativ und qualitativ gestalten, welche Wirkungen der gemeinsamen Arbeit zugeschrieben werden, wie die Selbsthilfebewegung, aber auch unabhängige Beratungseinrichtungen die Akzeptanz durch die anderen Akteure im Gesundheitswesen erfahren und welche Unterstützung sie sich für eine Intensivierung von Kooperationen und Beteiligung an der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems wünschen, wurde im Rahmen einer teilstandardisierten Untersuchung vor Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zum 1.1.2004 und der dort definierten Beratungsbeteiligung im Sinne einer »Status-Quo-Erhebung« erfasst.

Die Studie »Selbsthilfe – Kooperation und Beteiligung in Deutschland (SeKBD)«

Einbezogen wurden in eine telefonische Befragung im Sommer 2003 folgende Akteure der Selbsthilfe:

1. Eine 50% Stichprobe aller bundesweiten Selbsthilfevereinigungen/organisationen mit gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkten, die aus der »grünen Adressenliste« der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) gezogen wurde (ausgewählt N=233; Response-Rate 71%; N=166).
2. Selbsthilfegruppen vor Ort aus allen 16 Bundesländern. Hier wurden jeweils aus dem Adressenpool einer Selbsthilfekontaktstelle in der Landeshauptstadt und aus dem Umland sechs Gruppen zufällig ausgewählt und befragt (ausgewählt N=192, 73% Response-Rate; N=146).

3. Selbsthilfekontaktstellen (zwei pro Bundesland zuzüglich aller Selbsthilfeunterstützungsstellen auf Bundes- und Länderebene (ausgewählt N=49, Response-Rate 97%; N=48) sowie die unabhängigen PatientInnenstellen und die Verbraucherzentralen, die Gesundheitsberatung anbieten, befragt (ausgewählt N=28, Response-Rate 97%, N=27).

Für die Auswertung der Studie wurden drei große Gruppen gebildet: 1: Selbsthilfegruppen (SHG, N=206), zwei Beratungs- und Kontaktstellen (Kontakt; N=83) und drei Verbände/Organisationen (SHG; N=97).

Um die Bedürfnisse und Interessen der befragten Personen in den SHO und Verbänden, Kontakt- und Patientenstellen und SHG zu erheben, wurde als Untersuchungsinstrument ein teilstandardisiertes, telefonisches Interview eingesetzt. Ausschlaggebend waren dabei folgende Überlegungen:

- Teilstandardisierte Befragungen sind einerseits offen für die Entwicklung des Gespräches und für die von den Interviewten selbst formulierten Aspekte; sie erlauben andererseits die vergleichende Analyse von vorab definierten Fragen. Die Befragten, denen ein hohes Maß an Kompetenz zu dem besprochenen Thema unterstellt wird, haben die Möglichkeit, Bereiche anzusprechen, die dem Interviewer im Vorfeld nicht bekannt sind. Die Sichtweisen der befragten Subjekts kommen eher zur Geltung als dies bei völlig standardisierten Interviews oder Fragebögen der Fall ist (Flick 1995).
- In der telefonischen Befragung können in kurzer Zeit pro Interviewer mehr Befragungen als beispielweise in persönlichen Interviews durchgeführt werden. Reisekosten und Wegekosten für den Interviewer entfallen.
- Die Response-Rate bei telefonischen Befragungen ist deutlich höher als bei schriftlichen Befragungen. Insbesondere bei einem Klientel, dass nach eigenen Angaben zunehmend häufiger von wissenschaftlichen und politischen Einrichtungen angeschrieben und um Beantwortung von schriftlichen Fragebögen gebeten wird, ist die Bereitschaft, angesichts knapper personeller Ressourcen zusätzliche Arbeit beim Ausfüllen der Bögen zu leisten, eher gering. Dagegen sind viele Befragte durchaus bereit, in einem persönlichen Interview auf Fragen Auskunft zu geben.

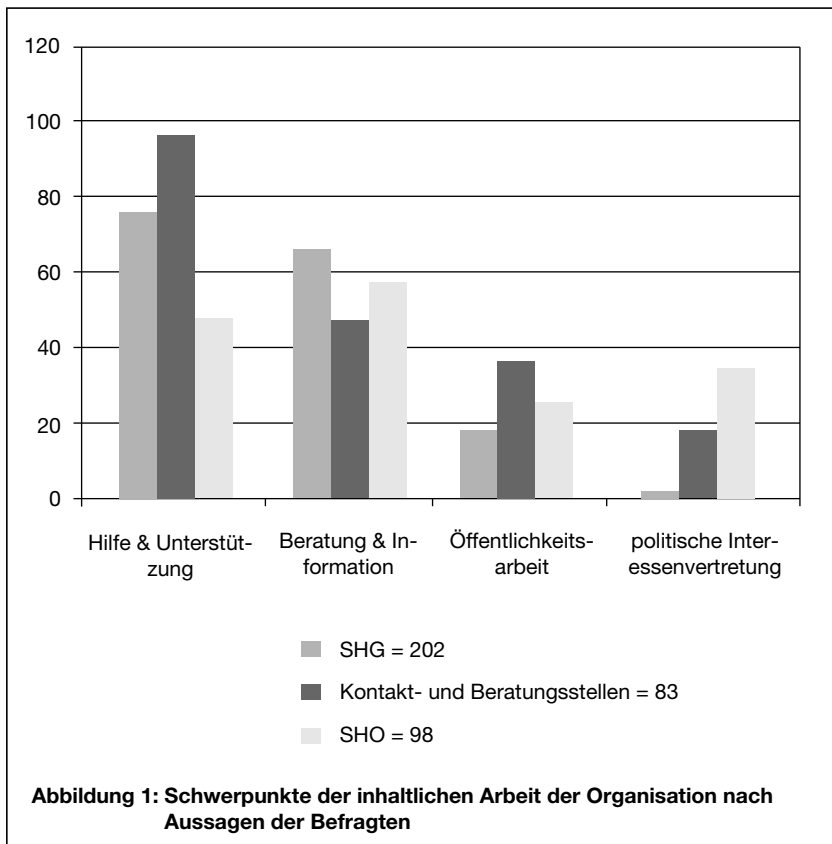
Alle Aussagen in den Interviews wurden wörtlich protokolliert, die offenen Antworten der Befragten wurden in einem Kategorienschema auf der Basis der Originalaussagen der Befragten erfasst, das Schema wurde von den an der Studie beteiligten wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen sukzessive am Material entwickelt, erweitert und abgestimmt. Für die Analyse im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse (Flick 2002) musste das umfangreiche Kategorienschema wiederum auf Kernthemen reduziert werden. Dazu wurden die Kategorien in einem diskursiven Prozess zu sogenannten Subkategorien verdichtet, der Reduktionsprozess wurde von vier Wissenschaftlerinnen durchgeführt.

Rücklauf und Charakterisierung der Interviewpartner

Immerhin 77,1% der ausgewählten Gruppen, Organisationen und Beratungseinrichtungen konnten in die Studie integriert werden. 63,9% der Interviewpartner waren in einer Leitungsposition (Vorstand, Geschäftsführer, Leiter), 13% bezeichneten sich selbst als Sprecher der Organisationen, 19,2% als Mitarbeiter, Mitglieder oder Angestellter, 3,9% als Referenten. Entsprechend waren alle Befragten gut in der Lage, ausführliche Informationen über die Einrichtung und die Kooperations- und Beteiligungsformen mit externen Partnern zu geben.

58,1% der befragten Einrichtungen sind im Bereich der chronischen Erkrankungen engagiert, 25,1% im Bereich von Behinderungen, 10,1% beschäftigen sich mit Suchterkrankungen und ihren Folgen, 21,4% geben psychosoziale Unterstützung als Tätigkeitsfeld an, 9,1% beschäftigen sich mit Arbeiten zu Patientenrechten (Mehrfachnennungen waren möglich).

Die aktuellen Tätigkeitsschwerpunkte der Organisation aus Sicht der Befragten fasst die folgende Abbildung zusammen.

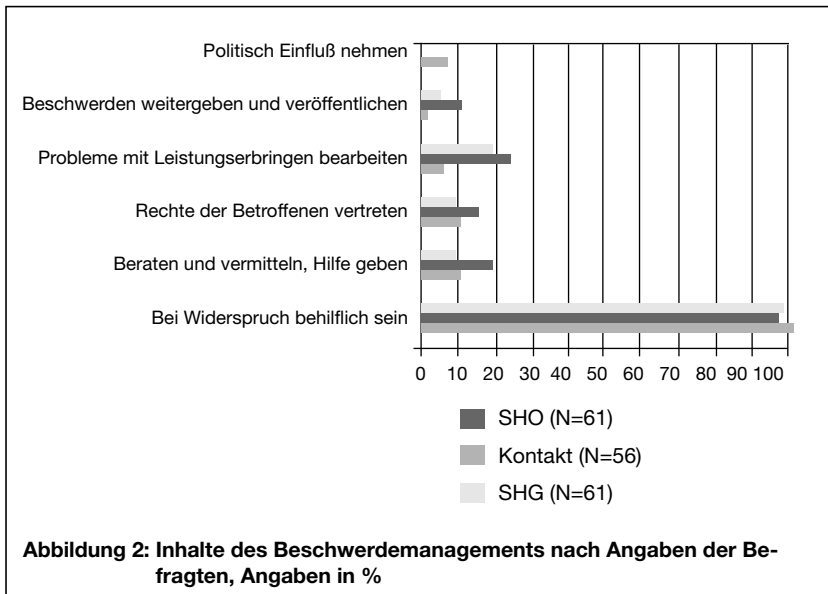


In diesem Zusammenhang wurden die Interviewpartner gebeten, ihre Einschätzung zum Thema «Patientenrechte» abzugeben, und sie wurden gefragt, ob sie die unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erstellte Patientencharta «Patientenrechte in Deutschland» kennen, die als Grundlage für eine vertrauensvolle Kooperation von Arzt und Patient dienen soll. Lediglich 42,7% aller Befragten in der SeKBD-Studie Dierks et. al. 2005 kannten diese Veröffentlichung, bei den Selbsthilfegruppen-Mitgliedern waren es sogar nur 27%.

Auf die Frage, wo sie sich über Patientenrechte informieren, wurden an erster Stelle Medien, Bücher und Broschüren genannt (24,2%), gefolgt von Anwälten (20,4%), dem eigenen Verband (15,4%), Beratungs- und Kontaktstellen (11,2%). An Einrichtungen des Bundes oder des Landes würden sich 1,1% der Befragten wenden, an die Krankenkassen 4,7%. Besonders wichtig ist den Befragten im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Patientenrechte, dass eine bessere Aufklärung und Beratung erfolgt (19,2%). Sie fordern mehr Mitspracherechte (15,6%) und schließlich ein verbrieftes Recht auf optimale Behandlung und Versorgung (14,3%).

Beschwerdemanagement

22,3% der Selbsthilfegruppen, knapp 40% der Beratungs- und Kontaktstellen und 48,5% der Verbände sind nach eigenen Aussagen im Bereich des Beschwerdemanagements aktiv. Dabei wird das Thema Beschwerdemanagement von den Befragten sehr breit definiert, der Schwerpunkt liegt erwartungsgemäß bei der Hilfe bei Widersprüchen, einige wenige geben Beschwerden weiter und veröffentlichen diese.

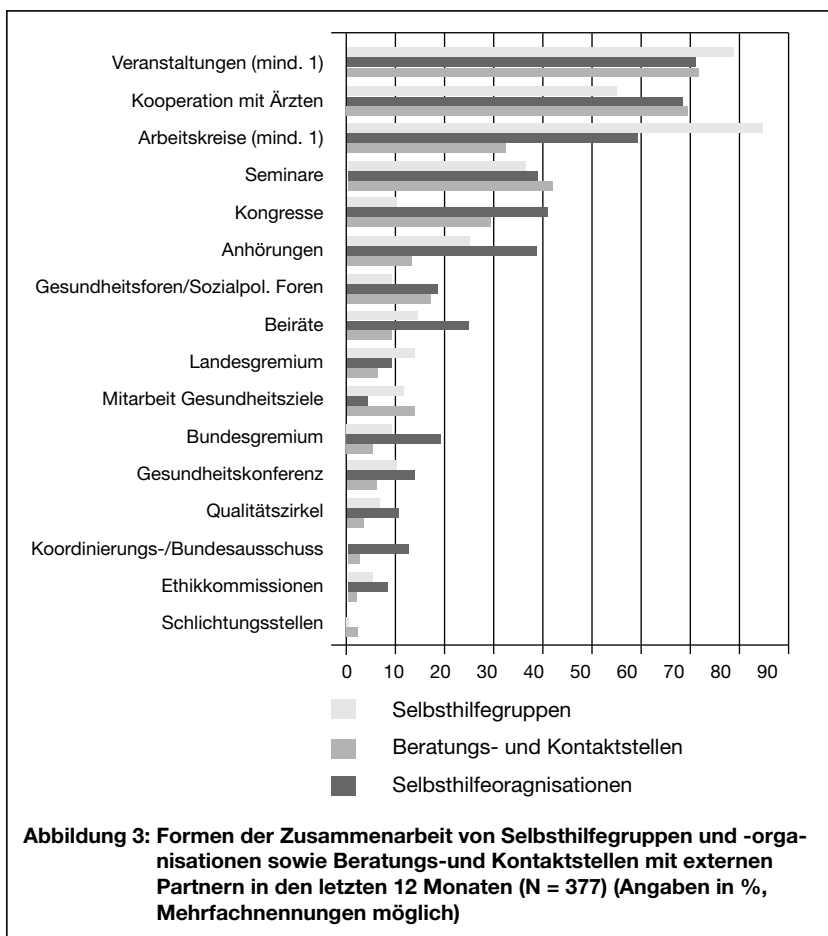


Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen – Häufigkeit, Art und Bewertung

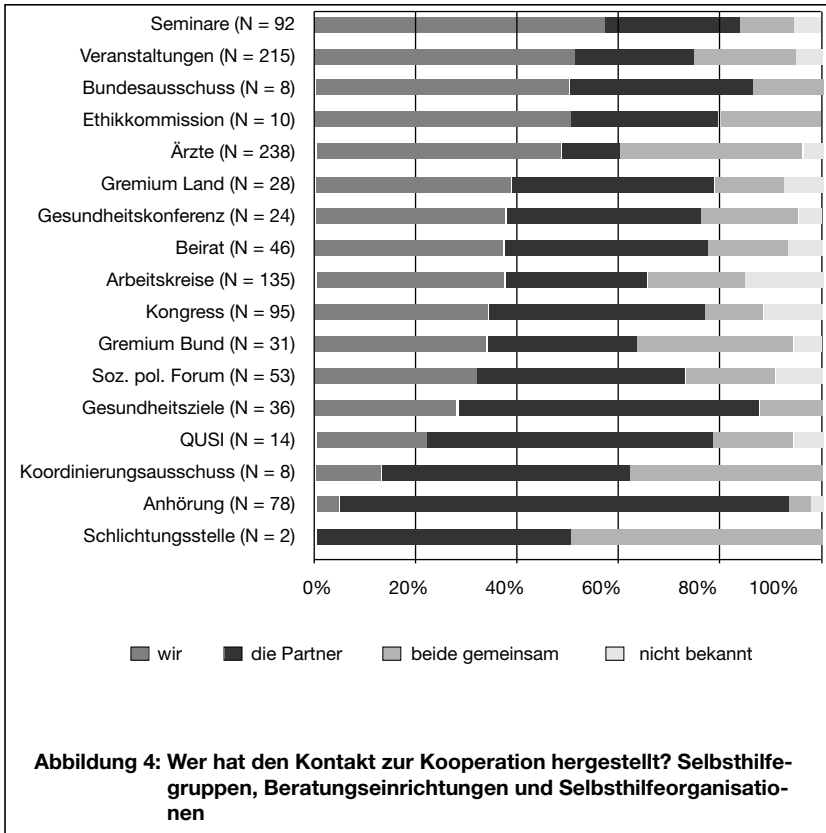
Alle befragten Selbsthilfegruppen und -organisationen, unterstützende Einrichtungen und Beratungsstellen sind in zahlreiche Kooperationen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens eingebunden.

Im Durchschnitt haben sie in den letzten 12 Monaten an 3,9 unterschiedlichen Aktivitäten teilgenommen, knapp 20% an mehr als fünf. Dabei sind die größeren Organisationen mit durchschnittlich 4,7 verschiedenen Kooperationsformen erwartungsgemäß aktiver als die Selbsthilfegruppen mit 3,3 entsprechenden Aktivitäten. Am häufigsten finden gemeinsame Aktivitäten im Rahmen von Informationsveranstaltungen statt, drei Viertel aller befragten Einrichtungen geben mindestens eine gemeinsam mit anderen Partnern durchgeführte Informationsveranstaltung an.

An zweiter Stelle steht die Kooperation mit Ärzten (65%), gefolgt von der Zusammenarbeit in verschiedenen Arbeitskreisen (52%). Erwartungsgemäß sel-



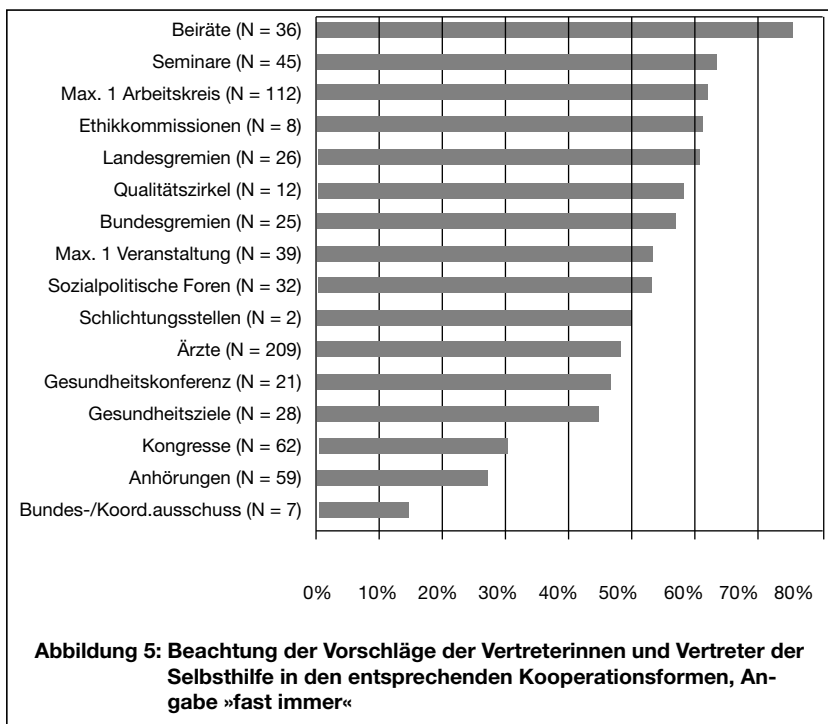
ten wird zum Erhebungszeitpunkt die Mitarbeit in Ethikkommissionen und im zur Zeit der Befragung noch existenten Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen genannt. Ein Drittel der Befragten berichtet über vielfältige, eher sporadische Aktivitäten, z.B. Projekte mit der Pharmaindustrie, lose Kontakte zu diversen Akteuren, unregelmäßige Arbeitskontakte mit Krankenkassen. Wie sich die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen auf die unterschiedlichen Formen verteilt, zeigt die folgende Abbildung, wobei die Rubrik »Andere« nicht explizit dargestellt wird. Als Partner in den Kooperationen fungieren alle Akteure des deutschen Gesundheitswesens, dazu gehören die diversen Berufsgruppen, Politik und Ministerien, Nutzer des Gesundheitswesens, Sozialdienste, andere Vereine und Verbände, öffentliche Einrichtungen, Wirtschaftsunternehmen, Forschungsinstitute, Bildungsträger, verschiedene Kommissionen und Kostenträger. Dabei geht die Initiative für die gemeinsamen Aktivitäten in vielen Fällen von den Einrichtungen der Selbsthilfe aus (Abb. 4).



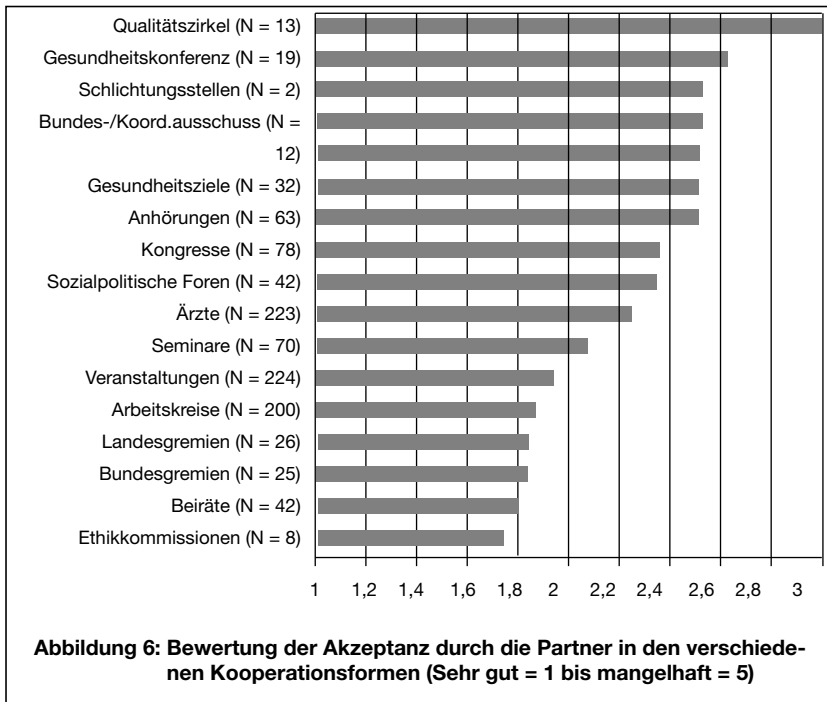
Es fällt auf, dass die Initiative der Selbsthilfe- und Beratungseinrichtungen besonders im Bereich der gemeinsamen Veranstaltungen und Seminare gefragt ist, auch Arbeit in Gremien auf Landes- und Bundesebene ist von den Befrag-

ten initiiert worden. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass hier nur wenige Selbsthilfegruppen bzw. -organisationen überhaupt vertreten sind. Eine gemeinsames »aufeinander Zugehen«, vermutlich im Rahmen einer schon länger bestehenden Kooperation, findet sich bei der Zusammenarbeit mit Ärzten. Erwartungsgemäß geht bei Anhörungen die Initiative überwiegend von den Partnern aus.

Im Rahmen der bestehenden Kooperationsformen wird die Zusammenarbeit aus Sicht der Selbsthilfe positiv eingeschätzt. Die Vorschläge der Vertreter der Selbsthilfe und Beratungseinrichtungen werden in der Regel beachtet (Abbildung 5).



Die Beteiligung an Entscheidungen, die im Rahmen der Kooperationen getroffen werden, ist recht unterschiedlich und variiert in den diversen Kooperationsbezügen. So wird die Entscheidungsbeteiligung beispielsweise bei gemeinsamen Veranstaltungen von nur 30,4% der Interviewten, die hier Kooperationsbeziehungen angaben, genannt. Noch geringer liegt der Prozentsatz bei der Kooperation mit Ärzten (22,9%), dagegen geben 63,9% in der Zusammenarbeit in Arbeitskreisen eine Beteiligung an den Entscheidungen an. Betrachtet man abschließend, wie gut sich die Vertreterinnen und Vertreter im Rahmen der Kooperationen akzeptiert fühlen, zeigen sich durchaus Varianzen, insgesamt wird die Akzeptanz jedoch offensichtlich gut bis zufriedenstellend bewertet (Abbildung 6).



Wirkungen der gemeinsamen Aktivitäten

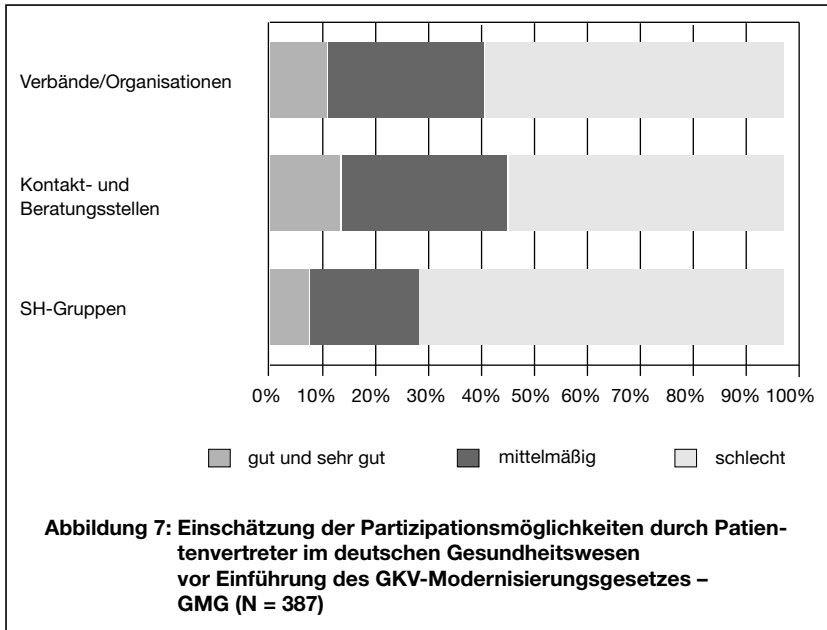
Für jede von den Befragten genannte Kooperation in den letzten 12 Monaten wurde erfragt, welche Wirkungen der gemeinsamen Arbeit zugeschrieben werden. Die Befragten konnten hier auf die offene Frage die ihrer Meinung nach wichtigsten Wirkungen (N=5 pro Kooperationsform) in eigenen Worten benennen. Die Interviewpartnerinnen und -partner gaben in den Interviews insgesamt 283 im Wortlaut zunächst unterschiedliche Wirkungen an. Im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertung wurden diese zu 12 Kategorien zusammengefasst. Tabelle 1 illustriert die 12 Kategorien und zeigt, wie häufig welche Wirkungen in den verschiedenen Kooperationsformen genannt wurden.

Differenziert man die Wirkungen vor dem Hintergrund der einzelnen Kooperationsformen, zeigt sich zunächst, dass über alle Formen hinweg der Informationsaustausch als zentrale Wirkung betrachtet wird, gefolgt von der Selbstdarstellung im Sinne der Öffentlichkeitsarbeit. In den überregionalen Gremien ist die Gestaltung der Gesundheitspolitik eine entscheidende Wirkung, dort wird auf der anderen Seite aber die Einschätzung, mit der Kooperation keine Wirkung erzielt zu haben, besonders häufig genannt. Dies gilt aber auch für die Kooperation mit Institutionen im Rahmen von Ehtikkommissionen oder Qualitätszirkeln (Dierks et al. 2005).

Tabelle 1: Wirkungen der gemeinsamen Arbeit, dargestellt unter Berücksichtigung aller Kooperationsformen, Selbsthilfeorganisationen, -gruppen und Beratungs- und Kontaktstellen im Vergleich, N=364			
	Organisa- sationen (N=97) in %	Kontakt- und Beratungsstellen (N=78) in %	Gruppen (N=189) in %
Informations- und Erfahrungsaustausch <i>Informationen über diverse Erkrankungen erhalten und weitergeben, Vorträge, Information von neuen Ärzten</i>	29,3	26,9	39,8
Interessenvertretung <i>Präsenz zeigen, Einfluss auf kommunaler Ebene ausüben, Interesse bei anderen wecken, Interessen von Pflegebedürftigen vertreten</i>	13,7	12,6	12,4
Öffentlichkeitsarbeit <i>Veröffentlichungen, Plakataktionen, Flyer, Unterschriftensammlungen</i>	13,4	13,0	12,5
Mitwirkung Gesundheitspolitik <i>Stellungnahmen abgegeben, Gesundheitsziele formuliert, Empfehlungen für Selbsthilfeförderung mitgestaltet</i>	13,4	10,8	3,5
Vernetzung, Vermittlung <i>Kontakte knüpfen, Patienten an Ärzte vermittelt bzw. von Ärzten vermittelt bekommen, Aufbau von thematischen Netzwerken</i>	8,3	9,8	6,1
Keine Wirkung <i>Das Besprochene wird nicht umgesetzt, Pflichtübung für alle ohne Engagement, noch im Anfangsstadium</i>	5,6	10,6	8,7
Qualitätssicherung <i>Mitarbeit bei Erarbeitung von Pflegestandards, Definition von Qualitätskriterien</i>	5,4	3,0	3,4
Fortbildung/Schulung <i>Sich selbst fortbilden, Inhalte in Fortbildungen anderer Professionen einbringen, Erstellung von Schulungskonzepten, Ausbildung von Multiplikatoren</i>	4,4	3,2	2,7
Wissenschaft und Forschung fördern <i>Mitarbeit an diversen Studien, Anschub für Studien geliefert</i>	2,9	2,2	3,7
Gemeinsame Praxisprojekte <i>Kampagnen initiiert, Checklisten erstellt, Kontaktbörse eingerichtet</i>	2,5	7,0	3,3
Hilfe für Betroffene <i>Hilfe für Betroffene durchgesetzt, Einzelnen Hilfe gegeben</i>	1,0	0,4	3,0
Finanzierung organisieren <i>Benefizveranstaltungen, Ausweitung der Förderung nach § 20 SGB V erreicht</i>	0,2	0,4	0,8

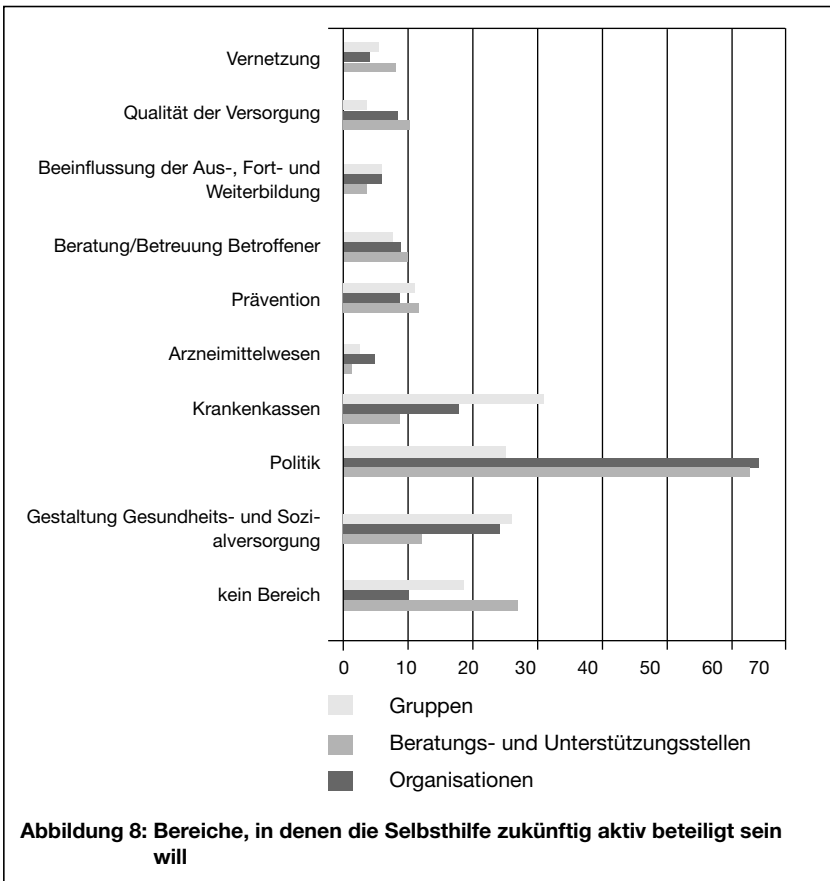
Gesamtbewertung der Partizipationsmöglichkeiten der Selbsthilfe im Gesundheitswesen

Insgesamt wird die Möglichkeit der Beteiligung und Einflussnahme im Gesundheitswesen von den Befragten sehr zurückhaltend bewertet. Gut und sehr gut beteiligt sehen sich lediglich 11,9% aller Befragten, schlecht dagegen immerhin 61,4%.



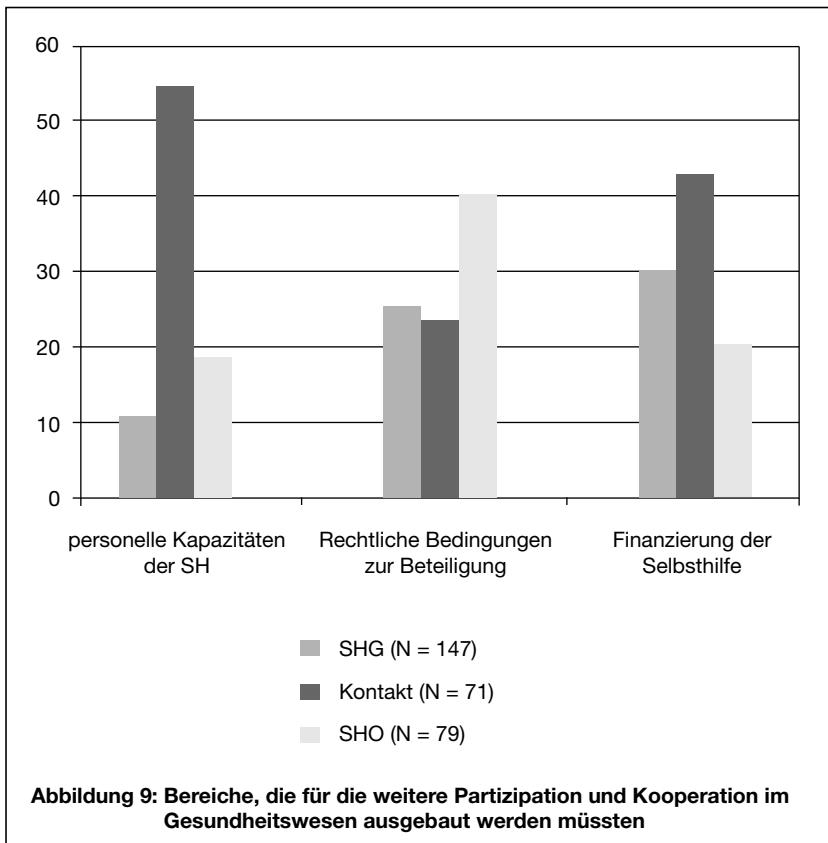
Zukünftig wollen die Befragten vor allem noch mehr an der Gestaltung der gesundheits- und Sozialversorgung beteiligt werden. So ist es für die regionalen Selbsthilfegruppen am wichtigsten, bei Entscheidungen der Krankenkassen mitzuwirken, vermutlich vor allem deshalb, weil es um die Förderung der Kassen nach § 20 SGB V geht und häufig Fragen der Finanzierung von Leistungen verhandelt werden, bei denen die Gruppen als Anwälte ihrer Mitglieder fungieren. An zweiter Stelle nennen sie den Einfluss nach einer Mitgestaltung an einer qualitativ hochwertigen Gesundheits- und Sozialversorgung.

Bei den Kontakt- und Beratungsstellen fällt auf, dass der Anteil der Befragten, die keinen Bereich der Beteiligung nannten, mit 26,8% verhältnismäßig hoch ist. An erster Stelle steht hier der Wunsch nach Beeinflussung der Politik. Dies ist auch für die Organisationen der wichtigste zukünftige Bereich der Einflussnahme, gefolgt vom Interesse, an der Gestaltung einer guten Versorgung mitzuwirken. Bemerkenswert ist, dass alle drei Gruppen von sich aus zahlreiche Aspekte der Prävention als zukünftige Beteiligungsfelder angesprochen haben. Vermutlich kann dies auch als ein Indiz dafür betrachtet werden, dass der Gedanke der Prävention bei den Befragten vorhanden ist (Abb. 8).



Um zukünftig aktiv in Beteiligungsprozesse eingebunden zu werden, fordern die Befragten den Übergang von der Partizipation durch Beratungsbeteiligung hin zu einer tatsächlichen Entscheidungsbeteiligung mit einer entsprechenden Veränderung der Strukturen (25,8%). Zudem benötigen sie nach eigenen Angaben vor allem finanzielle und personelle Ressourcen und langfristig tragfähige Finanzierungskonzepte (Abb. 9)

Dass für eine aktive Beteiligung im Gesundheitswesen auch eine Verbesserung der internen Zusammenarbeit innerhalb der Selbsthilfebewegung erforderlich ist, reklamieren vor allem die Selbsthilfegruppen (6,4%), bei den Organisationen wird diese Problematik nur in 2,2% der Nennungen ausgedrückt. So fordern sie hier eine Intensivierung der Vernetzung, mehr Unterstützung durch die Dachorganisation, aber auch mehr Engagement der eigenen Mitglieder.



Zusammenfassung

Die vorgestellten Ergebnisse machen deutlich, dass die Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen und Kontakt- und Beratungsstellen in zahlreiche Aktivitäten und Kooperationen eingebunden sind und hier ein hohes zeitliches und personelles Engagement zeigen. Dass dies für die vielen ehrenamtlichen Aktiven in den Selbsthilfegruppen eine zusätzliche Herausforderung darstellt, demonstrieren Aussagen wie »wir müssen doch vor allem die Basisarbeit machen« oder »Ehrenamtliche haben oft keine Zeit, sich zu beteiligen«.

Interessant ist, dass die Initiative zu gemeinsamen Aktivitäten in der überwiegenden Zahl der Fälle von den Selbsthilfe- und Beratungseinrichtungen ausgeht, ein Befund, der auch als ein Indikator dafür gewertet werden kann, dass sie zur Zeit noch mehr als die anderen Akteure um Akzeptanz und Kooperation werben müssen.

Die Befragten werden nach eigenen Angaben im Rahmen der bislang bestehenden Formen der Zusammenarbeit gut akzeptiert, allerdings finden viele der Kooperationen statt, ohne dass die Selbsthilfe in diesen Zusammenhängen an den hier getroffenen Entscheidungen definitiv beteiligt ist.

Die zentrale Wirkung der Kooperationen wird im Informations- und Erfahrungsaustausch und auf der Ebene der Vertretung von Interessen gesehen. In knapp 10% der Aktivitäten konstatieren die befragten Mitglieder der Selbsthilfe explizit, dass ihre Arbeit keine Wirkungen erzielt.

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass aus Sicht der Selbsthilfe eine Ausweitung von Kooperation und Entscheidungsbeteiligung vor allem eine Frage personeller und finanzieller Ressourcen ist. Rechte ohne Ressourcen zu besitzen, sei ein grausamer Scherz, formulierte Rappaport (1985). Deshalb fordern die Befragten, dass die Arbeit der Selbsthilfe nachhaltig finanziell und personell sichergestellt werden muss.

Folgerichtig wird als ein prioritärer Bereich zukünftiger Partizipation die Gesundheitspolitik betrachtet, gefolgt von dem Wunsch, an der Entwicklung der Gesundheits- und Sozialversorgung mitzuarbeiten und Entscheidungen der Krankenkassen zu beeinflussen.

Zum Erhebungszeitpunkt wurde die Einschätzung der Partizipation und Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen als überwiegend schlecht bezeichnet, besonders skeptisch sind die Vertreter der Selbsthilfegruppen vor Ort. Ob und wie sich diese Einschätzung, nicht zuletzt im Zuge der neuen Beratungsbeteiligung der Selbsthilfe im Gemeinsamen Bundesausschuss, aber auch vor dem Hintergrund einer reduzierten Finanzierung der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung im Zeitverlauf entwickelt, sollte in Folgestudien überprüft werden.

Literatur

- Braun, J., Kettler, U., & Becker, I. (1997). *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Dierks, M.L., Kurtz, V., Fricke, E., Schmidt, T., & Seidel, G. (2005). *Kooperationsformen und -häufigkeit der unabhängigen Patientenunterstützung und der Selbsthilfeeinrichtungen in Deutschland - Ergebnisse der Studie «Selbsthilfe – Kooperation und Beteiligung in Deutschland (SeKBD)»*. *Psychomed*;17(1):21-28.
- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung - Eine Einführung*. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Hundertmark-Mayser, J. & Möller, B. (2004). *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin.
- Matzat, J. (2003). Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitswesen - unter besonderer Berücksichtigung der Patienten-Selbsthilfebewegung. In *Band 3: Bürgerschaftliches Engagement und Sozialstaat*: 287-331. Enquête-Kommission «Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements» (Deutscher Bundestag) (Ed.). Opladen: Leske + Budrich.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des «empowerment» anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 2: 257-278.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. 1 Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001*. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Marie-Luise Dierks ist Privatdozentin an der Medizinischen Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, wo auch Gabriele Seidel als Diplom-Pädagogin tätig ist.