

# Partizipation als Strategie der Bewältigung der Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation – Das Beispiel der Gesundheitsförderung<sup>1</sup>

Benjamin Marent

School of Applied Social Science, University of Brighton  
b.marent@brighton.ac.uk

Publiziert in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie (ÖZS) 36 (2011) 1:48–64;  
DOI: 10.1007/s11614-011-0022-2  
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11614-011-0022-2>

**Zusammenfassung:** Die gegenwärtige Diskussion um den Begriff *Partizipation* wird am Beispiel der Gesundheitsförderung aufgegriffen. Soziologische Ansätze haben partizipative Praktiken der Gesundheitsförderung bereits als neue Form der Führung dekonstruiert. Um der Instrumentalisierung von Partizipation entgegenzuwirken, bedarf es einer theoretischen Fundierung des Konzepts. Anhand der soziologischen Systemtheorie wird Gesundheitsförderung als kommunikative Praktik rekonstruiert, deren Erfolg von der Überwindung dreier Unwahrscheinlichkeiten (Erreichbarkeit, Verstehen, Akzeptanz) abhängt. Partizipation wird als Strategie erkannt, die sicherstellt, dass Kommunikationsangebote sowohl auf den kulturellen Kontext der Zielgruppe Bezug nehmen (Redundanz), als auch einen Moment der Überraschung mit sich führen (Varietät) und damit den Erfolg der Kommunikation sichern. Im Anschluss an die Systemtheorie wird eine Definition vorgeschlagen durch die Partizipation an Entscheidungsprozessen hinsichtlich der Zeit-, Sach- und Sozialdimension unterschieden werden kann.

**Schlüsselwörter:** Partizipation, Gesundheitsförderung, Systemtheorie, Kommunikation, Entscheidung

## Participation as Strategy to cope with the Improbability of Communication – The Case of Health Promotion

**Abstract:** The current discussion about *participation* is taken up by the case of health promotion. So far, sociological approaches have deconstructed participative practices within health promotion as a new form of governance. To antagonize the instrumentalization of participation a theoretical foundation of the concept is needed. By means of sociological systems theory health promotion is reconstructed as a communicative practice whose success relies in its ability to resolve three improbabilities (addressability, understanding, acceptance). Thereby, participation is identified as strategy to ensure that communicative offers are more familiar to the cultural context of the target group (redundancy) and carry a moment of surprise with them (variety) – both mechanisms are central to the success of communication. In reference to systems theory a definition is proposed that distinguishes participation in decision-making processes according to the time, factual and social dimension.

**Keywords:** Participation, Health Promotion, Systems Theory, Communication, decision-making

---

<sup>1</sup> Ich danke meinen KollegInnen Prof. Dr. Rudolf Forster, Mag. Ursula Mager, PhD, MPH und Dr. Mag. Peter Nowak, sowie Waldemar Kremser, MA für deren hilfreiche Unterstützung bei der Abfassung dieses Textes. Auch den TeilnehmerInnen am Workshop „Rationalitäten der Medizin“ an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (2010) möchte ich für anregende Diskussionen zum Partizipationsdiskurs danken. Schließlich will ich den beiden anonymen Reviewern für ihre empowernde Beurteilung und Hinweise für die Weiterentwicklung des Textes Dank zukommen lassen.

## Einleitung

Der Begriff *Partizipation* ist in aller Munde. Er wird ebenso vehement gefordert wie kritisiert und gehört essentiell zum Vokabular unserer Gegenwart (vgl. Bröckling/Krasmann/Lemke 2004). Unter Partizipation wird dabei die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern respektive Laien diskutiert, welche in den unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen (wie Politik, Gesundheitswesen, Technikfolgenabschätzung, Stadtentwicklung, Ökologie, Entwicklungspolitik, usw.) eine differenzierte Sichtweise zu politischen, technischen und wissenschaftlichen Fragen beisteuern sollen. In Differenz soll diese Sichtweise vor allem zur herkömmlichen Expertise von politischen, technokratischen und wissenschaftlichen Entscheidungsträgern stehen. Auffallend ist jedoch, dass die Notwendigkeit von Partizipation aus unterschiedlichen Perspektiven unterschiedliche Begründungen findet und das Phänomen an sich, nämlich die Frage, was mit Partizipation gemeint sei und wie sie sich umsetzen ließe, zahlreiche und ebenso heterogene wie unscharfe Antworten findet.

Am Beispiel der Gesundheitsförderung wird in diesem Artikel zunächst herausgearbeitet, wie kontrovers sich die Diskussion um den Begriff gestaltet (Abschnitt I). Die Gesundheitsförderung dient insofern als ein aufschlussreiches Fallbeispiel, als sie bereits in ihrer Gründungscharta Partizipation zu ihren Leitbegriffen zählt und dennoch seither die Kontroversen um diesen Begriff nicht verebben. So werden zwei verschiedene Perspektiven eingeführt anhand deren *innerhalb* der Gesundheitsförderung Partizipation ihren Stellenwert erlangt hat.

Weiters wird aufgezeigt, dass von *außerhalb*, nämlich von der Distanz einer soziologischen Beobachtung der Praktiken der Gesundheitsförderung, Partizipation auf die grundsätzliche Kritik stößt, lediglich eine neue Form der Führung, der *Governance* zu sein. Diese soziologische Kritik hat ihre Berechtigung, denn partizipative Räume können nur allzu leicht instrumentalisiert werden, um den *Status quo*, nämlich die Meinungen von Experten und politischen Entscheidungsträgern plausibel darzulegen und vor den versammelten Laien zu legitimieren. Nicht notwendigerweise wird in solchen Räumen versucht einen Dialog zu führen, Erfahrungen zu sammeln und voneinander zu lernen, um anschließend Pläne zu schmieden und gemeinsame Aktionen zu veranlassen. Neben der Dekonstruktion bestimmter Praktiken der Gesundheitsförderung als Teil eines hegemonialen Machtdiskurses, der durch den Begriff Partizipation ebenso verfolgt wie verdeckt werden kann, vermag die soziologische Perspektive auch einen anderen Beitrag zu leisten.

So kann sie, und das soll hier versucht werden, den Partizipationsbestrebungen neben ihren ideologischen und pragmatischen Begründungen ein theoretisch reflektiertes Fundament zur Seite stellen. Der soziologische Beitrag der hier geleistet wird, zeigt die Möglichkeiten und das Potential von Partizipation für den Erfolg von (Gesundheitsförderungs)Kommunikation auf. Hier wird davon ausgegangen, dass der Instrumentalisierung des Partizipationsbegriffs nur begegnet werden kann, wenn die Frage nach dem *Wozu*, dem Beitrag von Partizipation, sich aus einem theoretisch reflektierten Verständnis ableitet.

Ein Beobachter, welcher mit der von Robert Straus (1957) in die Medizinsoziologie eingeführten Differenz zwischen einer Soziologie *der* medizinischen und jener *für die* medizinische Praxis operiert, wird sich an dieser Stelle nach der Verortung der Position des Autors dieses Beitrags fragen. Bedient dieser sich, analog der Strausschen Unterscheidung, der soziologischen Methode um dediziert die Praktiken der Gesundheitsförderung zum Gegenstand der Analyse zu machen? Oder ist er darum bemüht, diese Praktiken nicht etwa aus Distanz analytisch zu rekonstruieren, sondern – bereits am Diskurs der Gesundheitsförderung orientiert – von innen her anzuleiten respektive zu verbessern?

Mein Interesse, gilt beiden Seiten der eingeführten Unterscheidung gleichermaßen. Ich will den möglichen, *positiven* Beitrag von Partizipation *für* die Gesundheitsförderung, welche ich von *außen* als kommunikative Praktik *rekonstruiere*, herausarbeiten. So bin ich einer Meinung mit der soziologischen Kritik an dem, was als „Partizipation“ praktiziert wird, doch würde ich nicht sagen, dass man Partizipation grundsätzlich zurückweisen sollte. Ich sage, dass man wissen sollte, was man unter Partizipation, in der positiven Verwendung des Begriffs, verstehen will, und was man sich verspricht, wenn man das will.

Um zu diesem Verständnis zu gelangen wird mit Referenz auf die Luhmannsche Systemtheorie herausgearbeitet, welche Unwahrscheinlichkeiten Kommunikationsofferte im Allgemeinen und jene der Gesundheitsförderung im Besonderen zu überwinden haben, um bei der jeweiligen Zielgruppe Resonanz zu finden (Abschnitt II). Diese Überlegungen fließen in ein Kommunikationsmodell zusammen, mit dem sich eine theoretisch reflektierte Praxis der Gesundheitsförderung anleiten lässt.<sup>2</sup>

Diese theoretisch reflektierte Praxis legt nahe, dass sich eine solche Praxis nicht *für*, sondern nur *mit* der jeweiligen Zielgruppe gestalten lässt. Partizipation, so die These, die in

---

<sup>2</sup> Die Luhmannschen Theoriefiguren werden in diesem Abschnitt zunächst dazu verwendet um die Praktiken der Gesundheitsförderung kommunikationstheoretisch zu rekonstruieren (die Beobachterposition ist damit außerhalb der Gesundheitsförderung). Diese theoretische Reflexion wird dann aufgegriffen um die Praxis der Gesundheitsförderung anzuleiten (die Beobachterposition des Autors wechselt damit in den Gesundheitsförderungsdiskurs).

diesem Papier verfolgt wird, stellt eine kommunikative Strategie dar, die gewährleisten kann, dass die Kommunikationsangebote der Gesundheitsförderung ihre Zielgruppe *erreichen* und von dieser sowohl *verstanden* als auch *akzeptiert* werden (Abschnitt III). Anhand der von Luhmann unterschiedenen Sinndimensionen wird eine Konzeptualisierung vorgeschlagen, durch die Partizipation an Entscheidungsprozessen anhand der Zeit-, Sach-, und Sozialdimension unterschieden werden kann. Es handelt sich hierbei um einen neuen Definitionsvorschlag von Partizipation, der es ermöglichen soll, partizipative Praktiken in unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen ebenso beobachtbar zu machen, wie zu bewerten.

Als Einstieg wird im Folgenden kurz das Handlungsfeld skizziert, das mit dem Begriff Gesundheitsförderung bezeichnet werden soll. Weiters wird aufgezeigt, welche Rolle dem Begriff Partizipation in diesem Feld zukommt und welche Diskussion er darin auslöst.

## **I. Gesundheitsförderung und Partizipation**

### *Zum Begriff der Gesundheitsförderung*

Gesundheitsförderung, so lässt sich aus der Ottawa Charta<sup>3</sup> der Weltgesundheitsorganisation entnehmen: „is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health“ (WHO 1986, S. 1). Damit müssen einerseits die Verhältnisse geschaffen werden, die es den Menschen ermöglichen ein gesundes Leben zu führen, andererseits müssen auch die individuellen Kompetenzen und die Motivation gesteigert werden, dies zu tun. Anders als bei der Behandlung von Krankheit muss in der Gegenwart kein Problem beobachtbar sein, um etwas für die Gesundheit zu tun, also Gesundheitsförderung zu praktizieren. Gesundheit, so legen theoretische Arbeiten nahe (u. a. Pelikan 2009, S. 33), lässt sich unabhängig von der Behandlung von Krankheit steigern. Während die Unterscheidung von Behandlung und Gesundheitsförderung wenig Probleme bereitet, wird die Unterscheidung von Gesundheitsförderung und Prävention ausgiebig diskutiert (vgl. Hafen 2004). Gesundheitsförderung hat ihren Fokus in der gezielten Steigerung von Gesundheitspotentialen, die es den Individuen ermöglichen sollen selbstbestimmt ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten beziehungsweise zu steigern. Prävention hingegen entwirft in der jeweiligen Gegenwart Risikoszenarien für zukünftige Erkrankungen und versucht diese durch gezielte Interventionen in das Verhalten oder die Verhältnisse von Personen zu verhindern. Die Diskussion zur Unterscheidung von Gesundheitsförderung und Prävention

---

<sup>3</sup> Diese gilt als das Gründungsdokument der Gesundheitsförderung.

wird nun dahingehend geführt, inwiefern es der Gesundheitsförderung möglich ist Gesundheitsressourcen zu steigern, ohne mögliche Risikofaktoren (Prävention) in den Blick zu nehmen. Einige Autoren (u. a. Hafen 2004) sprechen sich daher dafür aus, die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention synonym zu verwenden, während andere Autoren (u.a. Pelikan 2007b; Pelikan 2009) für deren strikte Trennung plädieren. Für die Verwendung des Begriffes Gesundheitsförderung in diesem Artikel soll es genügen aufgezeigt zu haben, dass er in einer engeren oder weiteren Fassung verwendet werden kann. In der Praxis lässt sich feststellen, dass die Begriffe kaum unterschieden werden, und auch wenn in diesem Artikel von Gesundheitsförderung gesprochen wird, so lassen sich die darin formulierten theoretischen Überlegungen auch auf eine Praxis anwenden, die das Risiko zukünftiger Krankheiten bearbeitet.

### *Partizipation als „key principle“ der Gesundheitsförderung*

Die Weltgesundheitsorganisation hat die Notwendigkeit von Partizipation bereits in der Alma Ata Deklaration<sup>4</sup> (vgl. WHO 1978) postuliert. Partizipation wurde dort vor allem als ein *demokratisches Grundrecht* angesehen: „The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care“ (WHO 1978, S. 1). Seit der Ottawa Charta (vgl. WHO 1986) wird die Notwendigkeit der Einbindung der Zielgruppe, in die Entwicklung von entsprechenden Methoden und Initiativen der Gesundheitsförderung, eher aus *utilitaristischen Gesichtspunkten* begründet. Damit wurde Partizipation zu einem „key principle“ der Gesundheitsförderung (vgl. Rootman/Goodstadt/Potvin et al. 2001). Durch die partizipative Gestaltung von Gesundheitsförderungsaktivitäten sollte sichergestellt werden, dass diese (Rifkin 2009, S. 32): (1) besser auf Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt sind, (2) Ressourcen der Zielgruppe zur Umsetzung aufgreifen, (3) auf größere Akzeptanz stoßen, und (4) den Beteiligten Informationen und Fähigkeiten vermitteln, um deren Selbstbestimmung in Hinblick auf ihre Gesundheitsbedürfnisse zu steigern.

Reviews über den Diskurs zur Partizipation in der Gesundheitsförderung (vgl. Labonte 1997; Morgan 2001; Rifkin/Lewando-Hundt/Draper 2000; Wait/Nolte 2006; White 2000; WHO 2002; Zakus/Lysack 1998) schätzen diese hohen Erwartungen kritisch ein. Sie verweisen auf eine unzureichende Definition und Konzeptualisierung des Begriffs. Damit ist einerseits die Effektivität von Partizipation schwer messbar, andererseits kommt es in der

---

<sup>4</sup> Bei der Alma Ata Deklaration handelt es sich um ein Dokument der primary health care, an das später (Ottawa Charta 1986) die Gesundheitsförderung anschloss.

praktischen Umsetzung häufig zu einer Instrumentalisierung des Begriffs. Chambers (1995, S. S. 30) verweist in Bezug auf Letzteres auf den „cosmetic value“ von Partizipation und unterstreicht damit das Problem, dass „partizipativ“ gestaltete Prozesse oft eher der Legitimation des *Status quo* dienen, als dass sie den Betroffenen eine gewichtige Stimme einräumen.

Poststrukturalistische AutorInnen attestieren der Gesundheitsförderung grundsätzlich ein Theoriedefizit in Hinblick auf ihre Konzepte und Methoden (vgl. Lupton 1995). Aus dieser Perspektive wird auch darauf verwiesen, dass etablierte Machtstrukturen innerhalb der Gesundheitsförderung durch die Partizipation der betroffenen Laien nicht berührt werden (vgl. Petersen/Lupton 1997). Die zentrale Asymmetrie zwischen Experten und Laien bleibt somit bestehen, nur wird den Einzelnen in Bezug auf ihre Gesundheit mehr Verantwortung angelastet. Partizipation wird von Seiten des Poststrukturalismus als Teil der administrativen Rationalität eines neoliberalen Diskurses dekonstruiert (ebd.). In dieser Form von *Governance* werden die Individuen angeleitet sich selbst zu führen, indem sie dazu angehalten werden, die Interessen der Herrschaft als ihre eigenen wahrzunehmen (vgl. Greco 2009).

Bevor die Funktion von Partizipation theoretisch bestimmt werden kann, wird nun, in einem ersten Schritt, Gesundheitsförderung systemtheoretisch als Kommunikationsprozess rekonstruiert. Dabei soll sichtbar werden, welche Probleme dieser Kommunikationsprozess – will er erfolgreich sein – bearbeiten muss.

## **II. Gesundheitsförderung als Kommunikationsprozess**

### *Der dreifache Selektionsprozess der Kommunikation*

Routineerwartungen und Sicherheiten, von welchen man im täglichen Kommunikationsgeschehen ausgeht, lassen sich dekonstruieren, wenn man auf einen Kommunikationsbegriff abstellt, der sich radikal von der Übertragungsmetapher von Kommunikation abgrenzt. Ein solches, mathematisches Übertragungsmodell der Kommunikation haben Shannon und Weaver (1963) vorgelegt und impliziert, dass die übertragene Information für Sender und Empfänger dieselbe sei. Ein derart stabiler Sinnkern von Botschaften wird von der Kommunikationstheorie wie sie Luhmann (1984; 2002; 2010) ausgearbeitet hat, infrage gestellt. Diese Theorie beginnt mit der These der *Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation*, um sodann aufzuzeigen, wie kommunikative Zusammenhänge dennoch möglich, ja hochgradig erwartbar werden.

Luhmann (1984; 2002; 2010) versteht Kommunikation als die Verbindung von zwei Ereignissen, in welchen drei Selektionen vollzogen werden, nämlich: Information, Mitteilung und Verstehen. So geht es in einem ersten Ereignis um die Auswahl einer Information (was soll mitgeteilt werden?), sowie um die Auswahl einer Form der Mitteilung dieser Information (wie soll dies mitgeteilt werden?). Mit diesem Ereignis kommt eine Kommunikationsofferte zustande, doch der Kommunikationsprozess ist damit noch nicht abgeschlossen. Dieses eine Ereignis verfügt noch über keine Bedeutung: „solange es nicht verstanden ist, bleibt es unbestimmter Lärm“ (Stäheli 2000, S. 103).

Die Beobachtung der Unterscheidung von Information und Mitteilung (zweites Ereignis) gehört für Luhmann essentiell zum Kommunikationsprozess und wird durch den „formalen“ Begriff des Verstehens bezeichnet. Als „formal“ kann dieser Verstehensbegriff bezeichnet werden, da er nicht auf Bewusstseinsakte Bezug nehmen muss und es somit nicht um ein „richtiges“ Deuten des vermittelten Inhalts geht, sondern lediglich darum, den Selektionshorizont der Information sowie der Mitteilung zu (re)konstruieren und damit dem ersten Ereignis retroaktiv Bedeutung zu verleihen (vgl. ebd.).

Dies geht auch aus Heinz von Foersters (1993, S. 84f.) Theorem hervor, welches er in Anschluss an Humberto Maturanas Theorem, „(a)lles Gesagte wird *von* einem Beobachter gesagt“, formuliert: „Alles Gesagte wird *zu* einem Beobachter gesagt.“ Die Verbindung der Aussage von Maturana mit jener von von Foerster macht deutlich: Kommunikation zeigt sich in der Verknüpfung von zwei Beobachtern. Dem Beobachter, der durch seine Selektion einer Information und einer bestimmten Form der Mitteilung eine Aussage tätigt und demjenigen, der diese Aussage – wie selektiv auch immer – beobachtet (versteht).

Kommunikation – als die Verbindung zweier Beobachter – stellt eine genuin soziale Operation dar: „Sie ist genuin sozial insofern, als sie zwar eine Mehrheit von mitwirkenden Bewußtseinssystemen voraussetzt, aber (eben deshalb) keinem Einzelbewußtsein zugerechnet werden kann“ (Luhmann 1998, S. 81). Kommunikation wird von Luhmann als emergentes Phänomen jenseits psychischer Systeme verstanden. Kein Bewusstsein kann den Verlauf von Kommunikationen vollständig kontrollieren. Mit dem Begriff der Selbstreferenz (Luhmann 1984, S. 593) wird verdeutlicht, dass sich Kommunikationssysteme selbst festlegen und damit den Freiheitsgrad des Erwartbaren einschränken.

Luhmann geht in seiner Kommunikationstheorie nicht der Frage nach, wie eine reibungslose Übertragung möglich ist.<sup>5</sup> Sein Ausgangspunkt ist die *Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation*. Damit setzt er bei der dritten der eingeführten Selektionen (dem Verstehen)

---

<sup>5</sup> vgl. hierfür das oben erwähnte Übertragungsmodell von Kommunikation (Shannon und Weaver 1963), das besser als *Signalübertragungsmodell* bezeichnet werden kann; Anm. BM.

an und fragt, wie eine Kommunikationsofferte in das Blickfeld eines Beobachters geraten kann und relativiert weiters jede Routineannahme, dass die Kommunikationsofferte vom Empfänger so beobachtet wird, wie sie vom Sender intendiert war. Ausgehend von seinem Verstehensbegriff leitet Luhmann drei Unwahrscheinlichkeiten ab (Luhmann 1984, S. 217ff; Luhmann 2010; Stäheli 2000, S. 109ff). Diese sollen zunächst ausgearbeitet werden, um anschließend in einem Kommunikationsmodell (spezifiziert für die Gesundheitsförderung) Berücksichtigung zu finden.

### *Die Unwahrscheinlichkeiten der Kommunikation*

Dadurch, dass Luhmann seinen Kommunikationsbegriff auf das Verstehen abstellt, bezieht er den Adressaten in den Kommunikationsprozess ein. Der Adressat beobachtet eine Kommunikationsofferte anhand der Unterscheidung von Information und Mitteilung und bestimmt dadurch, ob sich Anschlusskommunikation ergibt und wie diese auf den weiteren Verlauf der Kommunikation Einfluss nimmt. Sein Verstehen entscheidet damit *in Folge* über Erfolg oder Nichterfolg der Kommunikation. Dabei können drei Problembereiche unterschieden werden.

Luhmann (2010, S. 190) erkennt als erste Unwahrscheinlichkeit: „daß einer überhaupt versteht, was der andere meint, gegeben die Trennung und Individualisierung ihres Bewusstseins.“ Die Möglichkeit des *Missverstehens* liegt für Luhmann damit jedem Verstehen zugrunde (Stäheli 2000, S. 110). Für ihn gibt es nicht die existierende, originäre Bedeutung einer Botschaft. Vielmehr kann Sinn, Luhmann (2010, S. 190) zufolge, „nur kontextgebunden verstanden werden, und als Kontext fungiert für jeden zunächst einmal das, was sein eigenes Gedächtnis bereitstellt.“ Auch Heinz von Foerster (2008, S. 100) bringt dies auf den Punkt, indem er darauf verweist, dass der Hörer und nicht der Sprecher die Bedeutung einer Aussage bestimmt. Damit wird deutlich, dass das Verstehen immer von den kognitiven Strukturen des Hörers (Beobachters) der Nachricht abhängt, und diese Strukturen bezieht dieser wesentlich aus seinem sozialen Umfeld. Missverstehen ist für Luhmann immer zuerst ein Verstehen, denn es wird damit auf jeden Fall verstanden, dass etwas mitgeteilt wird. Somit gefährdet Missverstehen noch nicht unmittelbar die Reproduktion (Autopoiesis) der Kommunikation, denn daran schließt zumeist weitere Kommunikation an, indem etwa die Abweichung des Gemeinten thematisiert wird. „Mißverständnisse werden erst ab einer bestimmten Quantität zum Problem, da ihr zu häufiges Auftreten Erwartungsmuster destabilisiert“ (Stäheli 2000, S. 112).

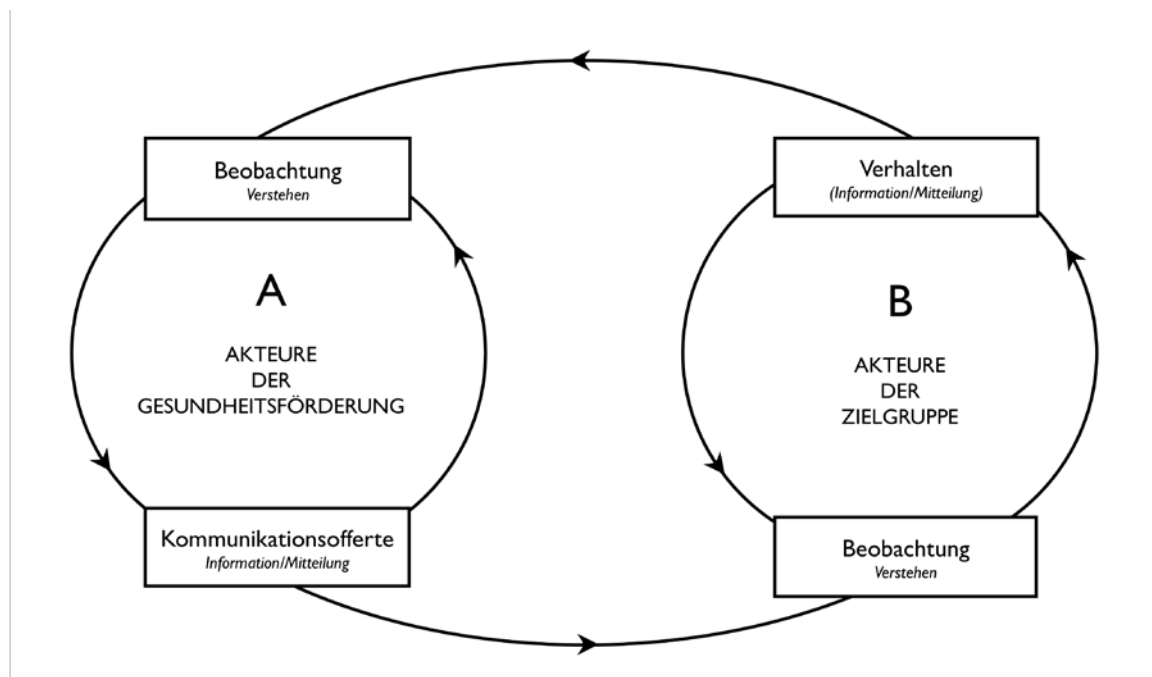


*Nichtadressabilität* ist für die Kommunikation ein schwerwiegenderes Problem. Wird die mitgeteilte Information nicht beobachtet, rauscht sie an ihren Adressaten vorbei und ist unbestimmter Lärm (*noise*) – der Kommunikationsprozess bleibt damit unabgeschlossen. Unbeobachtet bleibt die Kommunikationsofferte, sofern ihre Anliegen und die Art ihrer Vermittlung für Personen in ihren unterschiedlichen Lebenssituationen nicht die nötige Priorität besitzen. Luhmann (1984, S. 218) bringt diese Problematik pointiert zur Geltung, indem er feststellt: „Anderswo haben Leute etwas anderes zu tun.“

*Ablehnung* stellt die letzte Unwahrscheinlichkeit für erfolgreiche Kommunikation dar. „Erfolg hat eine Kommunikation nur, wenn Ego den selektiven Inhalt der Kommunikation (die Information) als Prämisse eigenen Verhaltens übernimmt“ (Luhmann 1984, S. 218). Der Erfolg der Kommunikation bemisst sich letztlich in ihrem *disziplinierenden Effekt* (Stäheli 2000, S. 117), nämlich darin, inwiefern es ihr gelingt künftiges Verhalten zu beeinflussen.

Grafik 1 zeigt ein Kommunikationsmodell im Kontext der Gesundheitsförderung, das die bisher eingeführten kommunikationstheoretischen Überlegungen zusammenfasst:

Grafik 1: Kommunikation im Kontext der Gesundheitsförderung



Das Modell repräsentiert die Beobachtung eines Kommunikationsprozesses unter den Prämissen der Systemtheorie. Als Beispiel (Kontext) dient eine zielgruppenorientierte Gesundheitsförderungsaktion. Unterschieden werden dabei zwei unterschiedliche Akteure:

jene der Gesundheitsförderung (A) und deren Zielgruppe (B).<sup>6</sup> Der linke zirkulär geschlossene Pfeil markiert die Operationen von A. A wird, bevor er für B eine spezifische Kommunikationsofferte plant, zunächst das (gesundheitsrelevante) Verhalten<sup>7</sup> von B beobachten. Für diese Beobachtung ist A auf eigene Operationen angewiesen. A wird beispielsweise Bedarfserhebungen durchführen oder die Inanspruchnahme von bestehenden Gesundheitsförderungsaktivitäten durch B evaluieren. Diese Beobachtung bildet für A den Hintergrund zur Selektion einer Information und einer Form der Mitteilung. Anhand der Kommunikationsofferte (Gesundheitsförderungsaktion), die dadurch zustande kommt, will A auf das gesundheitsrelevante Verhalten von B Einfluss nehmen. Die rekursive Schleife (sowohl auf Seiten von A als auch bei B) markiert, dass die Akteure des Kommunikationsprozesses die Kommunikationsofferte separat beobachten und sich gegenseitig dadurch in den Prozess inkludieren, indem sie in Beziehung setzen, was sie kommuniziert (gesagt/getan) haben und was die Reaktion des jeweils anderen darauf war.

Für B beobachtbar wird die Kommunikationsofferte von A über eine spezifische Gesundheitsförderungsaktion. Sobald B diese beobachtet, ist die Unwahrscheinlichkeit der Adressabilität überbrückt – die (von A vollzogene) Gesundheitsförderungsaktion hat B erreicht. B beobachtet nun selbst seine Handlungspraktiken (Verhalten) in Hinblick auf die Relevanz der Kommunikationsofferte. Dabei kann das Verstehen der Kommunikationsofferte (Gesundheitsförderungsaktion) durch B stark von jenem von A abweichen und zur Ablehnung oder zumindest nicht zu den (von A) gewünschten Verhaltensänderungen führen. Beobachtbar kann dies für A nur werden, sofern er seine gesetzten Aktivitäten und die Reaktionen von B darauf, evaluiert: Nichtinanspruchnahme dieser Aktivitäten (durch B) wäre ein Hinweis auf die Nichtadressabilität der (von A gebotenen) Kommunikationsofferte, starke Abweichungen und Probleme während der Nutzung von Programmen könnte auf ein unterschiedliches Verständnis (zwischen A und B) dieser Programme hindeuten und die Akzeptanz der Kommunikationsofferte (durch B) wird sich letztlich darin zeigen, inwiefern die (von A) gewünschten Verhaltensänderungen bei B zustande kamen.

---

<sup>6</sup> Hier muss eingeräumt werden, dass diese Unterscheidung aus der Perspektive von A übernommen wird. Als kollektiver Akteur handelt A mehr oder weniger koordiniert und entwirft sich B als Akteur, dem gewisse Eigenschaften zugeschrieben werden (Fremdbeschreibung), ohne dass B sich im Selbstverständnis als Einheit begreifen muss.

<sup>7</sup> Das Verhalten von B wird von A damit selektiv „verstehend“ als kommunikatives Ereignis anhand der Differenz von Information/Mitteilung aufgegriffen, ohne dass dies B mit dem jeweiligen Verhalten intendiert haben muss.

## *Erfolgreiche (Gesundheitsförderungs)Kommunikation*

Das eingeführte Kommunikationsmodell veranschaulicht, dass erfolgreiche Gesundheitsförderungskommunikation<sup>8</sup> beim Adressaten ansetzen muss. Das heißt sie muss damit rechnen, dass der Inhalt ihrer Botschaft von den Menschen in verschiedenen sozialen Kontexten (den Zielgruppen) über ein unterschiedliches Potential verfügt *beobachtet* zu werden, je unterschiedlich *verstanden* wird, und in je unterschiedlichem Ausmaß auf *Akzeptanz oder Ablehnung* stößt.

In Hinblick auf diese drei Unwahrscheinlichkeiten (Adressabilität, Verstehen, Akzeptanz) gehört zu den elementaren Kompetenzen erfolgreicher (Gesundheitsförderungs)Kommunikation die gleichzeitige Pflege von Redundanz und Varietät – so die Einsicht der Kommunikationstheorie (vgl. Baecker 2010; Luhmann 1984, S. 237). Die Kompetenz der Gesundheitsförderung besteht dann darin, einerseits die Zielgruppe mit ihren Botschaften zu überraschen (Varietät, vgl. Bateson 1981, S. 317) und andererseits muss sie an bereits Gewohntes anschlussfähig sein (Redundanz, vgl. Bateson 1981, S. 534ff). Sie muss mit dem sozialen Wandel Schritt halten und immer wieder mit Neuem und Innovativem auftreten, muss aber außerdem in einer benennbaren Beziehung zu dem Gewohnten (den jeweiligen Lebenssituationen der Menschen, ihren Handlungsmustern und Einstellungen) stehen (vgl. Baecker 2010).

Dem Problem des *Missverstehens* kann insofern begegnet werden, als es den Adressaten möglich ist, den Selektionshorizont der Auswahl der Information nachzuvollziehen. Das soll heißen, dass eine Botschaft nicht ausreichend verstanden werden kann, indem man auf ihren übermittelten Inhalt blickt, sondern nur sofern man den Kontext ihrer Auswahl in Rechnung stellt (Baecker 2001, S. 66). So ist es beispielsweise nur möglich ein C zu lesen, wenn man bereits weiß, dass dieses auf das lateinische Alphabet (Kontext beziehungsweise Möglichkeitsset von A, B, C, D,...) verweist (vgl. ebd.).

Für die Gesundheitsförderung bedeutet dies: wenn sie Gesundheit als Ressource und Bestandteil des alltäglichen Lebens verstehen will (vgl. WHO 1986), muss Gesundheit auch in Relation zu dem jeweiligen Lebenskontext gesetzt werden, in dem sie als Ressource nutzbar gemacht werden soll (Laverack 2007, S. 31). Dieser relationalen Konstellation ist Rechnung zu tragen, indem man die Inhalte von Gesundheitsförderungsaktivitäten nicht von oben herab festlegt, sondern herauszufinden versucht, welche Themen und Probleme in den

---

<sup>8</sup> Der Duktus *erfolgreiche* Gesundheitsförderungskommunikation markiert den Wechsel der Beobachtungsreferenz. Die Systemtheorie soll im weiteren Verlauf dieses Beitrags genutzt werden um eine theoretisch reflektierte Praxis der Gesundheitsförderung (sozusagen *von innen her*) anzuleiten.

jeweiligen Lebenswelten vorherrschen. Gesundheitsförderung, die ihre Themen diesem Kontext entnimmt, wird bei den Adressaten in erkennbarem Zusammenhang zu ihren Gesundheitsbedürfnissen und -problemen stehen (Redundanz), wird aber dadurch ebenso auf Veränderungen dieser Bedürfnisse und Problemlagen reagieren und damit mit neuen Botschaften überraschen (Varietät).

Weiters muss die Form der Mitteilung auf die kognitiv vorherrschenden Gewohnheiten der Wissenserarbeitung der Zielgruppe Rücksicht nehmen. Damit zieht sich ein ganzes Spektrum der möglichen Medien für die Verbreitung der gewählten Inhalte auf. Verbale (mündliche, schriftliche) wie nicht verbale Kommunikationen (Blicke, Gesten) können über verschiedene Medien (Druck, un/bewegte Bilder, Ton, Internet) verbreitet und ihre Inhalte auf verschiedene Weise (in Gruppen, virtuellen Räumen, aktiv oder passiv) erarbeitet werden. Hier gilt es die Form der Mitteilung an den vorherrschenden Kommunikationsstilen der jeweiligen Zielgruppe auszurichten.

Das Problem der *Nichtadressabilität* ist für die Gesundheitsförderung in den meisten gesellschaftlichen Bereichen und Kontexten schwer zu lösen. In vielen *Settings* für Gesundheitsförderung (vgl. Green/Poland/Rootman 2000) stellt Gesundheit kein übergeordnetes Thema dar. Die Personen, die sich in diesen Settings bewegen, verfolgen darin zumeist andere Ziele und haben andere Interessen als sich mit dem Thema Gesundheit zu befassen. Anders als im Falle von Krankheiten und Verletzungen, die, wenn sie sich als Schmerzen anzeigen, eine „nicht terminierte Priorität“ (Luhmann 1990, S. 181) besitzen, drängt sich mit Gesundheit nichts unmittelbar auf und die Motivation proaktiv etwas für die Gesundheit zu tun, ist nicht ständig aktualisiert.

Die Gesundheitsförderung muss daher zunächst versuchen aus Sicht der jeweiligen sozialen Kontexte beziehungsweise Settings heraus zu spezifizieren, warum in diesen der Dimension beziehungsweise dem Wert Gesundheit überhaupt Aufmerksamkeit geschenkt werden soll (Pelikan 2007a, S. 80). So gilt es die jeweiligen Ziele und Probleme innerhalb dieser Settings zu rekonstruieren (Redundanz) und herauszuarbeiten, welchen Unterschied beziehungsweise Beitrag Gesundheitsförderung in Bezug auf die Ziele und Probleme innerhalb dieser Settings machen kann (Varietät). Sollte es gelingen die Dimension Gesundheit mit den jeweiligen Zielen innerhalb der Settings kurzzuschließen, so wäre eine Struktur geschaffen durch die Gesundheitsförderungskommunikation in diesen Kontexten beobachtet werden kann.

Schließlich stellt sich für die Akteure der Gesundheitsförderung die Frage, auf wie viel Akzeptanz ihre Inhalte und die Form ihrer Mitteilung stoßen. Stets schwingt die Gefahr mit,

dass die Kommunikation auf *Ablehnung* stößt und nicht die erwarteten Verhaltensänderungen erzielt. Dies ist vor allem dann der wahrscheinliche Fall, wenn nicht berücksichtigt wird, dass Verhaltensweisen Funktionen oder Ergebnisse der Beziehung zwischen Personen und ihren Umwelten sind (Baecker 2001, S. 63; Baecker 2005, S. 168; Lewin 1982; Pelikan 2007a, S. 77). Die Umwelt beziehungsweise die Settings, in welchen sich Personen tagtäglich bewegen, beeinflussen damit nicht nur deren Gesundheit, sondern auch deren gesundheitsrelevantes Verhalten. Gesundheitsförderungsaktivitäten müssen dies in Rechnung stellen und ihre Direktiven für Verhaltensänderungen hinreichend von der Umwelt der jeweiligen Personen ableiten.

In diesem Kapitel wurden zentrale Probleme der Gesundheitsförderung kommunikationstheoretisch neu gefasst, was zu einem schärferen Verständnis dieser Probleme beitragen und eine reflektierte Praxis anleiten soll beziehungsweise kann. Erfolgreiche Gesundheitsförderung hat drei Unwahrscheinlichkeiten zu überwinden und muss dabei darauf achten, dass ihre Kommunikationsofferte für die Zielgruppe sowohl anschlussfähig an Gewohntes sind, als auch einen Moment der Überraschung in sich tragen. Um die Problematik des Verstehens auf Seiten der Zielgruppe zu bewältigen und solche Kommunikationsofferte zustande zu bringen, sind Gesundheitsexperten ihrerseits auf ein Verstehen der Zielgruppe angewiesen und dieses Verstehen zeigt sich gleichermaßen problematisch. So wird sich die Frage stellen, wie Gesundheitsbedürfnisse, Verhaltens- und Wissensformen, sowie relevante Aspekte der Lebenssituation der Zielgruppe in den Entscheidungsprozess über Gesundheitsförderungsaktivitäten eingeschleust, erfasst und Berücksichtigung finden werden. Um eine solche Resonanz zu arrangieren, werden Gesundheitsförderungsaktivitäten in ihrem Entwicklungsprozess auf die Partizipation der Zielgruppe angewiesen sein. Im Folgenden geht es daher um die Definition des Begriffs Partizipation und darum, zu klären, auf was sich Gesundheitsförderung einlässt und einlassen soll, wenn sie ihre Aktivitäten unter dieses Label stellt.<sup>9</sup>

### **III. Gesundheitsförderung als partizipativer Entscheidungsprozess**

Nimmt man im Diskurs der Gesundheitsförderung bereits vorhandene Definitionen von Partizipation in den Blick (Labonte 1997, S. 43; Rifkin/Lewando-Hundt/Draper 2000, S. 14; WHO 2002, S. 10), so stößt man zwar auf sehr heterogene Begriffsbestimmungen, die jedoch

---

<sup>9</sup> Die Beobachtungsreferenz bleibt im Folgenden auf Seiten der Gesundheitsförderung. So geht es darum, dieser ein analytisches Werkzeug zur Seite zu stellen, das aufzeigt, anhand welcher Dimensionen sie die Akteure der Zielgruppe an ihren Entscheidungsprozessen Einfluss nehmen (partizipieren) lassen kann.

hinsichtlich einer Dimension Übereinstimmung aufweisen. Mit dem Begriff Partizipation wird nicht die Inanspruchnahme von und Teilnahme an Gesundheitsförderungsaktivitäten bezeichnet, sondern die Teilhabe an Entscheidungsprozessen über diese Aktivitäten. In diesem Sinne liest sich auch die Definition von Potvin (2007, S. 111), worin Partizipation folgende Aspekte beinhaltet: „those practices that involve collaborative relationships in the form of exchanges of opinion, knowledge or other resources between various groups of actors concerned by, and willing to devote time and resources to issues of relevance to health in order to participate in decision making regarding priorities, planning, implementation or evaluation of public health programs.”

Potvin folgend soll hier Partizipation im Kontext von Gesundheitsförderung verstanden werden als: Mitgestaltung von Entscheidungsprozessen durch die davon betroffenen Akteure oder deren Repräsentanten. Das Ausmaß von Partizipation wurde bislang anhand unterschiedlicher Levels zu bestimmen versucht (v. a. in Anlehnung an Arnstein 1969): Auf verschiedenen Leitersprossen wird dort zwischen echter Partizipation (Entscheidungsmacht), Scheinpartizipation (Anhörung) und Nichtpartizipation (Information über bereits getroffene Entscheidungen) unterschieden. Genuine Partizipation bedeutet für Arnstein, dass die Entscheidungsmacht gänzlich von den Experten auf die BürgerInnen übertragen wird. Dies wurde in der Literatur vielfach kritisiert, da dabei das Potential des Wissensaustausches zwischen Experten und BürgerInnen negiert wird (u. a. Labonte 1997; Tritter/McCallum 2006). Hier soll nicht der „klassischen“ Literatur<sup>10</sup> folgend das Ausmaß der Partizipation anhand einer Leiterskala bestimmt werden, sondern auf theoretischer Ebene der Frage nachgegangen werden, anhand welcher Gesichtspunkte die Partizipation der Zielgruppe an Entscheidungsprozessen in den Blick genommen werden kann.

Grundsätzlich unterscheidet die Systemtheorie drei Sinndimensionen (Luhmann 1984, S. 112ff). Es sind dies die Zeit-, Sach- und Sozialdimension von Sinn, die auch in Entscheidungsprozessen Berücksichtigung finden. So entstehen Entscheidungen aus Prozessen, die verschiedene Akteure zu unterschiedlichen Zeitpunkten einbeziehen (Zeitdimension), auf unterschiedliche Formen von Wissen und Expertise zurückgreifen (Sachdimension) und dadurch ein Alternativenspektrum gewinnen, vor dessen Hintergrund autorisierte Akteure (Sozialdimension) die Entscheidung treffen müssen. Diese Sinndimensionen sind stets an eine Beobachterreferenz gebunden. So kann ein Beobachter des Entscheidungsprozesses zunächst, anhand der Sozialdimension, die Akteure der

---

<sup>10</sup> Als der klassische Bestimmungsversuch von Partizipation wird eben jene Leiterskala angesehen, die von Sherry Arnstein (1969) entwickelt und von der Gesundheitsförderungsliteratur (u.a. Simovska 2004; Wright/Block/von Unger 2009) aufgegriffen wurde.

Gesundheitsförderung von ihrer Zielgruppe unterscheiden. Schlüpft man aber in die Perspektive der Akteure der Gesundheitsförderung, die im Folgenden eingenommen wird, ergibt das systemtheoretische Okular der Sinndimensionen ein spezifisches Bild. Aus dieser Beobachtungsreferenz können das Ausmaß und die Qualität der Partizipation der Zielgruppe an Entscheidungsprozessen über Gesundheitsförderungsaktivitäten hinsichtlich dreier Dimensionen variieren:

- (i) Zeitdimension: Die Zielgruppe kann in zeitlich unterschiedlichen Phasen (mit unterschiedlicher Relevanz) in den Entscheidungsprozess eingebunden werden.
- (ii) Sachdimension: Der Zielgruppe kann in unterschiedlichem Ausmaß ermöglicht werden, ihr Wissen und ihre Erfahrungen in den Entscheidungsprozess einzubringen und damit bestimmte Themen anzusprechen. Was somit als Thema in den Entscheidungsprozess fließt und in gewissem Maße festgelegt wird ist eben „dies“ und nicht „anderes“ – so die Differenz der Verweisungsstruktur in der Sachdimension (vgl. Luhmann 1984, S. 114).
- (iii) Sozialdimension: In der Sozialdimension zeigt sich für die Akteure der Gesundheitsförderung wie *andere* (die Akteure der Zielgruppe) den Entscheidungsprozess erleben und ihr Handeln ansetzen – so kann Konsens oder Dissens geäußert werden (vgl. ebd. S. 120). Der Zielgruppe kann dabei in unterschiedlichem Ausmaß die Autorität zukommen, den Prozess zu steuern (Konsens oder Dissens durch Entscheidungsbefugnis Ausdruck zu verleihen) und damit die Entscheidung zu beeinflussen.

Durch die Zeitdimension können Entscheidungsprozesse anhand unterschiedlicher Phasen differenziert werden. So können Entscheidungsprozesse im Kontext von Gesundheitsförderungsaktivitäten (in Anlehnung an das Public Health Action Model, Institute of Medicine 1988) in vier Phasen unterteilt werden: (1) Problemdefinition, (2) Ausarbeitung eines Alternativenspektrums, (3) Selektion der Alternative, (4) Beobachtung und Evaluation der Entscheidung anhand der daraus resultierenden Konsequenzen. Grundsätzlich ermöglicht die Aufteilung des Entscheidungsprozesses in verschiedene Phasen die Entscheidung von ihrem Entstehungsprozess zu trennen. Diese Trennung schlagen auch Elwyn und Miron-Shatz (2010) vor und unterscheiden zwischen der Deliberations- und Determinationsphase der Entscheidung. Geht es in ersterer um die analyseorientierte Selektion von Problemen und Themen (1), sowie um die Etablierung eines Alternativenspektrums (2), so wird in der Determinationsphase eine Auswahl unter den konstruierten Handlungsalternativen getroffen (3). Hier zeigt sich, dass je früher die Zielgruppe in den Entscheidungsprozess eingebunden ist, desto mehr Gestaltungsmöglichkeit wird ihr geboten. Aufgrund dieser Unterscheidung operiert auch Labonte (1997, S. 46), der Partizipation von *involvement* (das für ihn eine

schwächere Form der Einbindung darstellt) mit der Feststellung unterscheidet: „The essential and significant difference between involvement and participation is the moment when others (individuals, groups) are invited to join the problem-posing, problem-solving process. Involvement invites others after the problem has been named in quite specific ways; participation invites others to name problems in specific ways most useful to the largest number.“

Sachlich wird in Entscheidungsprozessen auf unterschiedliches Wissen zurückgegriffen anhand dessen mögliche Entscheidungsalternativen generiert werden. Das Ausmaß der Partizipation in dieser Dimension unterscheidet sich dahingehend, inwiefern es der Zielgruppe möglich ist, ihr Wissen und ihre Erfahrungen in den Entscheidungsprozess einzubringen. Durch deren unterschiedliche Wissensformen und Problemsichtweisen erhöht sich in sachlicher Dimension die Komplexität dessen, was im Entscheidungsprozess in den Blickpunkt rückt. Dies bezeichnet Brunsson (1982) als „decision rationality“ da sich die Anzahl der abzuwägenden und bewertenden Alternativen und Szenarios erweitert, deren Beachtung das Reflexionsniveau der Entscheidung erhöht.

Letztlich müssen Entscheidungen *getroffen* (determiniert) werden. Hierfür benötigt es auf der Sozialdimension Akteure, die zwischen den erarbeiteten Alternativen auswählen und die Entscheidung treffen. Auf dieser Sozialdimension der Entscheidung bemisst sich das Ausmaß der Partizipation daran, inwiefern der Zielgruppe Entscheidungsmacht eingeräumt wird. In diesem Zusammenhang spricht Brunsson (1982) von „action rationality“ und hier zeigt sich, dass die Erhöhung der sozialen Komplexität im Entscheidungsprozess die Entscheidungsfindung entsprechend aufwendiger gestaltet. Denn die finale Entscheidungsmacht liegt dadurch in den Händen mehrerer Akteure.

Durch Partizipation entstehen kollektive Entscheidungsprozesse, anhand welcher die Komplexität von Entscheidungen erhöht und „bejaht“ wird. Seidl (2009) unterscheidet dabei zwischen *echter* und *unechter* Komplexitätsbejahung. Unecht bleibt die Komplexitätsbejahung, sofern die unterschiedlichen Sichtweisen der Betroffenen (Sachdimension) zwar erhoben werden, diese aber nicht direkt an der Entscheidung beteiligt sind (Sozialdimension) und somit ihre Ansichten eventuell nur in unauthentischer Weise Berücksichtigung finden. Echte Komplexitätsbejahung in Hinblick auf Entscheidungsprozesse bedeutet hingegen, die Betroffenen direkt zu beteiligen und mit Entscheidungsmacht auszustatten.

Mit Referenz auf die Systemtheorie soll daher Partizipation im Kontext von Gesundheitsförderung einen Entscheidungsprozess (Zeitdimension) bezeichnen, der durch das



Wissen und die Erfahrung (Sachdimension) der Zielgruppe wesentlich seine Strategien gewinnt, und durch deren Entscheidungskompetenz (Sozialdimension) in gewissem Maße gesteuert wird.

Gesundheitsförderungsaktivitäten, die sich aus solchen Prozessen ergeben, können zu unerwarteten Ergebnissen führen. Diese Ergebnisse können sogar die im Entscheidungsprozess Beteiligten überraschen (Varietät); denn gerade unvorhergesehene Ergebnisse markieren, dass man es bei Partizipation mit einem Prozess zu tun hatte, dessen Resultat erarbeitet wurde und nicht schon vorweg bestimmt war. Mit dem Rückbezug auf eine Vielzahl unterschiedlicher Kontexte, die im Entscheidungsprozess Berücksichtigung finden, werden partizipativ erarbeitete Gesundheitsförderungsaktivitäten in erkennbaren Zusammenhang zu den Denk- und Handlungsmustern der Betroffenen stehen (Redundanz); sie spiegeln nicht nur das Expertenwissen wieder, sondern ebenso die Sichtweisen und Bedürfnisse innerhalb der diversen, lokalen Kontexte. Partizipation kann somit als eine kommunikative Strategie von Gesundheitsförderung angesehen werden, die auf die sich verändernden Bedürfnislagen ihrer Zielgruppen reagiert und an deren soziale Kontexte angepasst ist.

#### **IV. Schlussbemerkungen**

Innerhalb der Literatur zur Gesundheitsförderung sind bisher nur wenige Versuche unternommen worden, die Funktion von Partizipation unter Rückgriff auf sozialwissenschaftliche Theorien zu bestimmen und daraus eine Definition des Begriffes abzuleiten. Anhand der soziologischen Systemtheorie wurde in diesem Artikel Gesundheitsförderung als kommunikative Praktik rekonstruiert, deren Erfolg sich in der Überwindung ihrer eigenen Unwahrscheinlichkeit zeigen muss. Der Beitrag der Systemtheorie für die Gesundheitsförderung besteht in der Möglichkeit, den Begriff Partizipation nicht ideologisch sondern funktional zu bestimmen. Da die Luhmannsche Systemtheorie den Adressaten der Kommunikation in den Blickpunkt rückt, zeigt sie auf, was Kommunikationsofferte bewerkstelligen müssen, damit diese nicht unbeachtet an ihren Adressaten vorbeirauschen. Diese Theorie legt nahe, Gesundheitsförderungsaktivitäten aus der Verknüpfung von Expertenwissen mit jenem der Zielgruppe zu entwickeln. Dadurch werden diese Aktivitäten in Relation zu den jeweiligen Lebenskontexten der Zielgruppe stehen und bessere Resonanz finden.

In dem Entscheidungsprozess über die Entwicklung und Gestaltung von Gesundheitsförderungsaktivitäten kann die Partizipation der Zielgruppe auf drei Dimensionen variieren. Mit der Unterscheidung zwischen Zeit-, Sach- und Sozialdimension der Partizipation wurde anhand der Systemtheorie ein neuer Definitionsvorschlag unterbreitet. Dieser Vorschlag kann der Modellentwicklung im Partizipationsdiskurs eine neue Richtung geben (vgl. Forster/Mager/Marent et al. 2010). Die Eindimensionalität von Leitermodellen, die ihren Fokus auf die Frage richten, wie viel Entscheidungsmacht der Zielgruppe eingeräumt wird, wird durch zwei weitere Dimensionen ergänzt. Durch diese wird der Blick (der Akteure der Gesundheitsförderung) sowohl um die Frage erweitert, in welchen Entscheidungsphasen die Zielgruppe eingebunden wird, als auch darauf, in welchem Ausmaß sie ihr Wissen in den Prozess einbringen kann. Diese Konzeptualisierung bietet die Möglichkeit, innerhalb der Gesundheitsförderung ebenso wie in anderen gesellschaftlichen Handlungsfeldern, Partizipationsprozesse differenzierter zu beobachten und zu bewerten.

In ihrer Abstraktheit bieten die drei Sinndimensionen ein Reflexionspotential, anhand dessen Partizipation in sehr unterschiedlichen Kontexten beobachtet werden kann. Will man dieses Reflexionspotential auch für die Implementation von Partizipation nutzen, so muss ein weiterer Schritt unternommen werden. In diesem ist der Bezug zu den Besonderheiten der jeweiligen gesellschaftlichen Kontexte herzustellen. So werden in diesen Kontexten jeweils unterschiedliche Voraussetzungen dafür geschaffen und Barrieren aus dem Weg geräumt werden müssen, dass Bürgerinnen und Bürger sowohl die Möglichkeit haben als auch die Motivation aufbringen, an Partizipationsprozessen teilzunehmen.

## **Literatur**

- Arnstein, Sherry R. 1969. A ladder of citizen participation. In: Journal of the American Institute of Planners, 35, 4, S. 216-224.
- Baecker, Dirk. 2001. Why Systems? In: Theory Culture & Society, 18, S. 59-74.
- Baecker, Dirk. 2005. Form und Formen der Kommunikation. Suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Baecker, Dirk. 2010 (im Erscheinen). Kommunikation (Kulturmanagement). In: Lewinski-Reuter, V./Lüddemann, S. (Hrsg.): Glossar Kulturmanagement. VS Verlag: Wiesbaden.
- Bateson, Gregory. 1981. Ökologie des Geistes: Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Aus dem Amerikanischen von Hans Günter Holl. Suhrkamp: Frankfurt am Main.

- Bröckling, Ulrich, Krasmann, Susanne, Lemke, Thomas. 2004. Glossar der Gegenwart. Suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Brunsson, Nils. 1982. The irrationality of action and action rationality. Decisions, ideologies and organizational actions. In: Journal of Management Studies, 19, S. 29-44.
- Chambers, Robert. 1995. Paradigm Shifts and the Practices of Participatory Research and Development. In: Nelson, N., Wright, S. (Hrsg.): Power and participatory development: Theory and practice. IT Publications: London, S. 43-59.
- Elwyn, Glyn, Miron-Shatz, Talya. 2010. Deliberation before determination: the definition and evaluation of good decision making. In: Health Expectations, 13, 2, S. 139-147.
- Forster, Rudolf, Mager, Ursula, Marent, Benjamin and Nowak, Peter. 2010. Lay participation and professional organizations: a health promotion perspective. Discussion paper presented at: Symposium on Health and Health Promotion in Organizations. Vienna, 2-4 June.
- Greco, Monica. 2009. Thinking beyond Polemics: Approaching the Health Society through Foucault. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 34, 2, S. 13-27.
- Green, Lawrence W., Poland, Blake D., Rootman, Irving. 2000. The Settings Approach to Health Promotion. In: Poland, B.D., Green, L.W., Rootman, I. (Hrsg.): Settings for Health Promotion. Sage Publications: Thousand Oaks, London, S. 1-43.
- Hafen, Martin. 2004. Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? In: Prävention, 1, S. 8-11.
- Institute of Medicine. 1988. The Future of Public Health. National Academy Press: Washington, DC.
- Labonte, Ronald. 1997. Power, Participation and Partnership for Health Promotion. Victorian Health Promotion Foundation, Victoria.
- Laverack, Glenn. 2007. Health Promotion Practice: Building Empowered Communities. Open University Press: Berkshire.
- Lewin, Kurt. 1982. Feldtheorie und Experiment in der Sozialpsychologie. In: Graumann, C.-F. (Hrsg.): Kurt-Lewin-Werkausgabe. Band 4: Feldtheorie. Hans Huber; Clett-Cotta: Bern, Stuttgart, S. 187-213.
- Luhmann, Niklas. 1984. Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp: Frankfurt.
- Luhmann, Niklas. 1990. Der medizinische Code. In: Luhmann, N. (Hrsg.): Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven. Westdeutscher Verlag: Opladen, S. 183-195.
- Luhmann, Niklas. 1998. Die Gesellschaft der Gesellschaft. Suhrkamp: Frankfurt/Main.
- Luhmann, Niklas. 2002. Was ist Kommunikation? In: Gente, P., Paris, H., Weimann, M. (Hrsg.): Short Cuts. Zweitausendeins: Frankfurt am Main, S. 41-63.

- Luhmann, Niklas. 2010. Die Unwahrscheinlichkeit der Kommunikation. In: Borgards, R. (Hrsg.): Texte zur Kulturtheorie und Kulturwissenschaft. Reclam: Stuttgart, S. 188-197.
- Lupton, Deborah. 1995. The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body. Sage Publications: London.
- Morgan, Lynn M. 2001. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. In: Health Policy & Planning, 16, 3, S. 221-230.
- Pelikan, Jürgen M. 2007a. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 2, 2, S. 74-81.
- Pelikan, Jürgen M. 2007b. Understanding Differentiation of Health in Late Modernity - by use of sociological system theory. In: McQueen, D.V./Kickbusch, I.S. (Hrsg.): Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion. Springer: New York, S. 74-102.
- Pelikan, Jürgen M. 2009. Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 34, 2, S. 28-47.
- Petersen, Alan, Lupton, Deborah. 1997. The New Public Health. Health and self in the age of risk. Sage Publications: London.
- Potvin, Louise. 2007. Managing Uncertainty through Participation. In: McQueen, D.V., Kickbusch, I.S. (Hrsg.): Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion. Springer: New York, S. 103-128.
- Rifkin, Susan B. 2009. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. In: International Health, 1, 1, S. 31-36.
- Rifkin, Susan B., Lewando-Hundt, G., Draper, A. K. 2000. Participatory approaches in health promotion and health planning. A literature review. Health Development Agency: London.
- Rootman, Irving, Goodstadt, Michael, Potvin, Louise, Springett, Jane. 2001. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett, J., Ziglio, E. (Hrsg.): Evaluation in health promotion: principles and perspectives. WHO: Copenhagen, S. 7-38.
- Seidl, David. 2009. Kollektive Entscheidungen und soziale Komplexität. In: Soziale Systeme, 15, 1, S. 46-53.
- Shannon, Claude E., Warren, Weaver. 1963. The Mathematical Theory of Communication. Illinois University Press: Urbana Illinois.
- Simovska, Venka. 2004. Student participation: a democratic education perspective--experience from the health-promoting schools in Macedonia. In: Health Education Research, 19, 2, S. 198-207.

- Stäheli, Urs. 2000. Sinnzusammenbrüche. Eine dekonstruktive Lektüre von Niklas Luhmanns Systemtheorie. Velbrück Wissenschaft: Weilerswist.
- Straus, Robert. 1957. The Nature and Status of medical Sociology. In: American Sociological Review 22, S. 200-204.
- Tritter, Jonathan Q., McCallum, Alison. 2006. The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. In: Health Policy, 76, 2, S. 156-168.
- von Foerster, Heinz. 1993. KybernEthik. Merve: Berlin.
- von Foerster, Heinz, Pörksen, Bernhard. 2008. Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker. Carl-Auer: Heidelberg.
- Wait, Suzanne, Nolte, Ellen. 2006. Public involvement policies in health: exploring their conceptual basis. In: Health Economics, Policy and Law, 1, 2, S. 149-162.
- White, Deena. 2000. Consumer and Community Participation: A Reassessment of Process, Impact and Value. In: Albrecht, G.L., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S.C. (Hrsg.): Handbook of Social Studies in Health and Medicine. Sage Publications: London u.a., S. 465-480.
- WHO. 1978. Alma Ata Declaration. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
- WHO. 1986. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO: Genf.
- WHO 2002. Community participation in local health and sustainable development – Approaches and techniques. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
- Wright, Michael T., Block, Martina, von Unger, Hella. 2009. Partizipative Qualitätsentwicklung. In: Kolip, P., Müller, V.E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber: Bern, S. 157-175.
- Zakus, David. L., Lysack, Catherine L. 1998. Revisiting community participation. In: Health Policy & Planning, 13, 1, S. 1-12.