

Ursula Costa / Pier Paolo Pasqualoni / Beate Wetzelsberger

# **Betätigungsgerechtigkeit als Dimension gesundheitlicher Chancengerechtigkeit: Handlungswissenschaftliche Zugänge**

126 -Gesundheitliche Chancengerechtigkeit – Brücken bilden für  
Gesundheit und Lebensqualität vulnerabler Gruppen im österreichischen  
Kontext

## **Abstract**

Ein Aspekt gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, der im Gesundheitsdiskurs bislang kaum aufgegriffen wurde, bezieht sich auf das Recht auf sinnvolle Betätigung. Im Rahmen der Handlungswissenschaften, die im internationalen Kontext von Ergotherapie-ForscherInnen als *Occupational Science* interdisziplinär initiiert wurden, wird in diesem Zusammenhang der Begriff *Betätigungsgerechtigkeit (Occupational Justice)* verwendet. Das unterschiedliche Ausmaß und die Qualität, in der Menschen Handlungsinteressen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Begabungen verwirklichen, über Ressourcen verfügen und durch ihr Handeln den jeweiligen Lebenskontext mitgestalten können, sind unmittelbar mit Gesundheit und Wohlbefinden verbunden und bedingen gerechte bzw. ungerechte Handlungsmöglichkeiten.

## **Keywords:**

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit; Betätigungsgerechtigkeit; vulnerable Gruppen; Verwirklichungschancen; Handlungswissenschaften; Ergotherapie; Betätigungsgesundheit

## **Einleitung**

Den Ausgangspunkt unseres Beitrags bilden Annahmen, die durch vielfache Forschungsbefunde und Analysen belegt sind: Das unterschiedliche Ausmaß, in dem Menschen über Ressourcen verfügen, betrifft Gesundheit und Wohlbefinden unmittelbar (Christiansen/Townsend 2011). Gesundheitliche Chancen stehen in Bezug auf Gerechtigkeit auch in Verbindung mit Möglichkeiten, auf Sinn gebende Weise handeln und sich verwirklichen zu können (Hocking/Costa 2013, WFOT 2010). Diese Chancen sind durch die jeweilige Person selbst mit ihrer Geschichte und Lebensweise, ihren Anlagen und Begabungen, ihren Entscheidungen, Interessen und Kompetenzen, ihrem Handlungspotential sowie auch durch die Umwelt, in der sie bisher, gegenwärtig und zukünftig lebt, bedingt.

Seitens der Umwelt eröffnen Ressourcen<sup>1</sup>Möglichkeiten, mangelnde Ressourcen schränken Gesundheits-, Bildungs- und nicht zuletzt Lebenschancen im Sinne von Verwirklichungschancen (Sen 2000) ein. Faktoren, die in Bezug auf die Chance, ein (von außen betrachtet) gesundes und selbstbestimmtes Leben zu führen, Einfluss nehmen, lassen sich an unterschiedlichen Merkmalskategorien festmachen: Wer beispielsweise mehr Geld hat, hat größere Chancen, gesund zu sein, als jener, der weniger Geld hat; Bildung erlaubt insgesamt mehr von Gesundheitsinformation, -strukturen und -angeboten zu profitieren; Menschen ohne Migrationshintergrund haben mehrheitlich bessere Zugänge zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung als Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Wesenauer/Sebinger 2009).

Dabei ist Gesundheit nicht eines jener Güter, die notwendigerweise dem Knappheitsprinzip unterliegen müssten. Das Gesundheitssystem ist ein Regelsystem, das – wie etwa auch das Bildungssystem – den Anspruch verfolgt, allen BürgerInnen gleichermaßen zugute zu kommen. Dies ist ein Anspruch, der sich ebenso aus der WHO-Definition von Gesundheit (WHO 1946) wie aus der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (UN 1948) ableiten lässt und in Österreich etwa auch in der allgemeinen Versicherungspflicht und im gesetzlichen Aufnahme- und Versorgungsgebot aller öffentlich-rechtlich verfassten Krankenanstalten (Hofmarker/Rack 2006: 136) zum Tragen kommt.

Zugleich ist dies ein Anspruch, der in der Realität nur beschränkt eingelöst wird. Am deutlichsten tritt diese Tatsache in den Forschungsergebnissen zu so genannten sozialen Determinanten von Gesundheit in Erscheinung (Dahlgren/Whitehead 1991; FGÖ 2016). Dies wirft vielfältige Fragen nach den Zusammenhängen und mithin Fragen der Gerechtigkeit auf, die sowohl prozedurale als auch distributive Aspekte berühren (Tyler 2000). Antworten auf diese Fragen kommen nicht umhin, auf Prozesse (Verfahrensgerechtigkeit) ebenso wie auf Ergebnisse (Verteilungsgerechtigkeit) der Gesundheitsförderung im jeweiligen (lokalen, regionalen, nationalen und/oder globalen) Kontext Bezug zu nehmen.

Grundlegend erscheint uns in diesem Zusammenhang eine Perspektive, die von Amartya Sen (1999, 2000) in die Diskussion eingebracht wurde. Seine Definition von Armut geht über ein Alltagsverständnis (Armut als Geldmangel) hinaus, indem sie auf der Wirkungsebene ansetzt und die Folgewirkungen in den Mittelpunkt rückt, die Armut zeitigen kann. Vor diesem Hintergrund erscheint Armut als eine Beschneidung von Lebenschancen und – so das wesentliche Definitionsmerkmal – als Einschränkung der Handlungsfähigkeit (*agency*) und der Verwirklichungschancen eines Menschen. Diese bringt in weiterer Folge Einschränkungen mit sich, die nicht zuletzt der Gesundheit abträglich sind. Die Schädigung der Gesundheit kann sich dabei unmittelbar (etwa durch nicht ausreichende Nahrungsversorgung, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, eine gesundheitschädigende Arbeitsumgebung) oder mittelbar, auf nicht immer vorhersehbaren Pfaden und Umwegen, ergeben – denken

---

<sup>1</sup>Eine mögliche Unterscheidung bezieht sich auf das Ausmaß an ökonomischem, sozialem und kulturellem sowie symbolischem Kapital, vgl. Bourdieu 1983.

wir etwa an Informationsdefizite oder an mögliche Folgewirkungen der Schimmelbildung in einer Wohnung, die für eine Familie gerade noch erschwinglich ist (vgl. Windisch 2015).

Gesundheit erscheint wiederum als eine wichtige Voraussetzung, um selbst gesetzten Aufgaben und Rollenanforderungen, die an uns in unseren unterschiedlichsten, nicht immer widerspruchsfreien Handlungsrollen (Gergen 1991) herangetragen werden, gerecht zu werden. Sie eröffnet Handlungsspielräume, während die Abwesenheit von Gesundheit unsere Handlungsfähigkeit zusätzlich einschränkt. Die Abwesenheit wesentlicher Freiheitsspielräume, die Handlungen ermöglichen, schärft aber auch den Blick für spezifische Mängel, die sich aus Geldnot ebenso ergeben wie aus anderen Einschränkungen, die im Folgenden beispielhaft thematisiert werden sollen, zumal sich damit ein genuin handlungswissenschaftliches Forschungsfeld eröffnet.

Gesundheit durch für den jeweiligen Menschen im konkreten Lebenskontext sinnvolles, Sinn stiftendes Tun (durch Handlung/Betätigung) ist gerade in Bezug auf vulnerable bzw. marginalisierte Gruppen ein aktuell gesellschaftlich brisanter Zugang zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit (WFOT 2010). Unter Zugrundelegung dieser Perspektive geraten Phänomene in den Blick, die mit einer Erweiterung durch das in den Handlungswissenschaften und der Ergotherapie gebräuchliche Begriffsrepertoire einhergehen (Creek 2010; Christiansen/Townsend 2011; Ergotherapie Austria 2013). Eine Auswahl an Begriffen, die auf diese Phänomene verweisen (vgl. Costa 2012), verbunden mit der Einladung zu einer Fortsetzung des interdisziplinären Dialogs im Kontext gesundheitlicher Chancengerechtigkeit wird in den nachfolgenden Abschnitten anhand von Beispielen erläutert.

### **Betätigungsgerechtigkeit**

Ein Aspekt gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, der im Gesundheitsdiskurs bislang kaum aufgegriffen wurde, bezieht sich auf das Recht auf sinnvolle Betätigung (Dahlgren/Whitehead 1991; UN 1948; WFOT 2010). Eine „*kritische Sichtweise auf soziale Strukturen, die soziale, politische und ökonomische Veränderungen fördert, um Menschen zu befähigen, ihr Betätigungspotential zu entfalten und Wohlbefinden und volle Teilhabe am kommunalen Leben zu erfahren*“ (vgl. Crepeau et al. 2003: 1031 zit. von ENOTHE 2007 & Creek 2010) wird als **Betätigungsgerechtigkeit** (*Occupational Justice*) (Townsend/Wilcock 2004) definiert. ErgotherapeutInnen geht es in der Umsetzung dieses Konzeptes auf Mikro-, Meso- und Makrolevel konkret um das Engagement im Schaffen gleicher (gerechter) Möglichkeiten und um das Verfügbar-Machen von Ressourcen seitens der Umwelt wie auch der Person selbst, damit Menschen den für sie bedeutungsvollen Tätigkeiten nachgehen und ihr Handlungspotential verwirklichen können (vgl. Wilcock/Townsend 2000: 85).

**Betätigungsmarginalisierung** (*Occupational marginalization*) beschreibt das Ausgeschlossen-Sein von Personen und Gruppen von der Teilhabe an für sie bedeutungsvollen Tätigkeiten und Entscheidungsprozessen. Diese Form der Marginalisierung bleibt nicht selten unter der Wahrnehmungsschwelle der Betroffenen, ebenso wie jener, für die Mitsprache ein selbstverständlicher Bestandteil des Alltags ist. Sie beruht letztlich auf Normerwartungen, die den Rahmen vorgeben, in welcher

Angelegenheit wem, wann und wo legitime Mitspracherechte zugestanden werden und wem nicht (Townsend/Wilcock 2004, 81).

Mit **Betätigungsdeprivation** (*Occupational deprivation*) bezeichnet Whiteford (2000, 2004, 2011) den Zustand einer Person oder einer Gruppe von Personen, die aufgrund von äußeren Einschränkungen nicht in der Lage sind, das zu tun, was für sie und ihr Leben notwendig, bedeutungsvoll oder sinnstiftend ist. Es ist ein Zustand, in dem die Möglichkeit, Betätigungen, die soziale, kulturelle und persönliche Relevanz haben, durchzuführen, erschwert oder sogar verunmöglicht wird (vgl. Wilcock 2006). So laufen etwa Häftlinge, Flüchtlinge, aber auch Menschen mit körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen in höherem Maße Gefahr, über längere Zeiträume von notwendigen oder subjektiv als bedeutungsvoll empfundenen Betätigungen abgeschnitten zu sein. Betätigungsdeprivation liegt dann vor, wenn es für sie schwierig bis unmöglich ist, jenen Tätigkeiten nachzugehen, die persönliche, soziale bzw. kulturelle Bedeutung haben (vgl. hierzu auch Standnyk et al. 2011).

Verwandt zum Begriff der Betätigungsdeprivation, wenngleich nicht deckungsgleich, wird der Begriff der **Betätigungsunterbrechung** (*Occupational disruption*) verwendet (Whiteford 2011: 305). Es handelt sich hierbei um ein Phänomen, das nicht ungewöhnlich ist, von vielen Menschen sporadisch erlebt wird und entsprechend gut nachempfunden werden kann. Denken wir beispielsweise an eine Erkältung, an eine Beinverletzung, die wir uns beim Sport zugezogen haben, oder an einen Berufswechsel, der uns den Umzug in ein anderes Land abverlangt: Solche Situationen gehen zweifelsohne mit Einschränkungen einher. Diese Einschränkungen haben jedoch vorübergehenden Charakter, ihr Ende ist absehbar.

**Betätigungsentfremdung** (*Occupational alienation*) als Bedeutungsverlust, oftmals verbunden mit Isolation, tief empfundenener Ohnmacht und der Überzeugung, dass es auf das eigene Tun nicht ankomme, stellt eine weitere, mögliche Folgewirkung von **Betätigungsungerechtigkeit** (*Occupational injustice*) dar (Hagedorn 2001; Wilcock 2006). Eigene Betätigungen werden als jeglicher Bedeutung beraubt und in keiner Weise erfüllend empfunden. Das Gefühl, Spielball der Elemente zu sein und nichts gegen jene Umstände ausrichten zu können, die (über) das eigene Leben bestimmen, kann sich zu einer spezifischen Form der erlernten Hilflosigkeit (Seligman 1979) verdichten.

**Betätigungsausgrenzung** (*Occupational apartheid*) beschreibt gesetzliche, ökonomische, gesellschaftspolitische und/oder religiöse Umstände, in denen Menschen systematisch und strukturell von der Möglichkeit, sich handelnd in die Gesellschaft einzubringen, ausgeschlossen sind (Kronenberg/Pollard 2005). Diese Umstände sind somit weitestgehend auf strukturelle Diskriminierung zurückzuführen. Die damit umrissene Dimension sozialer Ungleichheit ist wohl am deutlichsten auf das politische System bezogen. Ein Engagement für jene, die durch die bezeichneten Umstände ausgegrenzt werden, bedingt somit die Einwirkung auf bestehende – oder die Herausbildung neuer – Institutionen. Extreme Armut kann die damit einhergehende Betätigungsausgrenzung gut illustrieren. An diesem Beispiel wird auch ersichtlich, wie sehr

Betätigungsausgrenzung den Alltag einer Person oder einer Bevölkerungsgruppe bestimmen kann (ebd).

Auch eine Unausgewogenheit in Bezug auf Betätigung(en) (*Occupational imbalance*), die sich beispielsweise im Zusammenhang mit Elternschaft für ein Kind mit Entwicklungsproblemen, bei Unterbesetzung einer Arbeitsstelle oder aber Arbeitslosigkeit ergeben kann, trägt auf Dauer zur Beeinträchtigung von Gesundheit und Lebensqualität bei (ENOTHE 2007). Dies begründet die Bedeutung, die einer sog. **Betätigungsbalance** (*Occupational balance*) im gegenwärtigen Diskurs beigemessen wird. Das Konzept beruht auf der Annahme, dass möglichst abwechslungsreiche Betätigung im Alltag hinsichtlich Erwerbs- und unbezahlter Arbeit, in Freizeit und Erholung (Produktions- und Reproduktionsarbeit) der Gesundheit und dem Wohlbefinden förderlich ist (Standnyk et al. 2011, 338).

Gängige Definitionen von Betätigungsbalance nehmen auf die Möglichkeit zur Ausführung von Betätigungen Bezug, die als persönlich bereichernd empfunden werden und es zugleich erlauben, den Rollenanforderungen in angemessener Weise nachzukommen (Reed/Sanderson 1999, vgl. Creek 2010, 29). Die Erforschung von Betätigungsbalance ist vor die Herausforderung gestellt, dass – mit der naheliegenden Ausnahme von extremen Fällen von Betätigungsdeprivation, Betätigungsentfremdung und/oder von Betätigungsausgrenzung – letztlich jede Person über ein individuelles „Balanceschema“ im persönlichen **Betätigungsprofil** verfügt, welches darüber entscheidet, was ihrer Gesundheit zuträglich ist. Townsend und Wilcock (2004, 82) weisen jedoch darauf hin, dass der gegensätzliche Begriff – **Betätigungsimbalance** (*Occupational imbalance*) – besonders auch auf Bevölkerungsgruppen Bezug nimmt, die weniger anerkannt sind und im kapitalistischen Produktionsprozess weniger profitieren. Sie leiten daraus ein Recht auf faire Ressourcenverteilung und gerechte Entlohnung für so verschiedenartige Sphären wie Erwerbs- und Familienarbeit, Beiträge zur Gemeinschaft, in die man eingebettet ist, wie zur Gesellschaft als Ganzer ab.

## Forschungsansätze

Angesichts aktueller gesellschaftlicher Themenstellungen, die nicht zuletzt auch auf Gesundheit und Lebensqualität von Menschen wirken, sind Forschungsarbeiten und Praxisansätze im Zusammenhang mit Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren, die auf Handlungsmöglichkeiten und Verwirklichungschancen einwirken, wesentlich. Im Rahmen des Forschungsschwerpunkts „Gesundheitliche Chancengleichheit/ Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ der fh gesundheit entstanden in den vergangenen Jahren im Bereich Ergotherapieforschung und Handlungswissenschaften Arbeiten und wissenschaftlich begleitete Projekte, die Betätigungsgerechtigkeit und damit verbundene theoretische wie praktische Zugänge beleuchten. Eine Auswahl wird abschließend vorgestellt und soll als Impuls zur Weiterführung der Auseinandersetzung in Praxis und Forschung dienen.

Vulnerable Gruppen, auf die in diesem Zusammenhang (auch aktuell) im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsprojekten eingegangen wird, sind z.B.: Flüchtlinge, die in einer kritischen Lebensphase – als Minderjährige – den Weg nach Österreich gefunden haben und in ihrer aktuellen Unterbringung wenig Möglichkeiten finden, ihren Betätigungsbedürfnissen und Handlungsinteressen (z.B. hinsichtlich Ausbildung, Arbeit, Freizeitgestaltung) entsprechend nachzugehen (vgl. Wetzelsberger 2015); RollstuhlnutzerInnen, die auf Barrieren im öffentlichen Raum stoßen und insofern in ihrer Partizipation behindert werden (vgl. Außermaier et al. 2015); Mütter von Kindern mit Behinderung, deren Betätigungsprofil durch die besondere und weitere notwendige Handlungsrollen als eingeschränkt erlebt wird (Vogel 2015); Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihrer Entwicklungs Herausforderungen und Lernschwierigkeiten kaum Möglichkeiten für Freizeit und Erholung finden; ältere Menschen, die alleine leben bzw. in einem Wohnheim betreut werden und (neue) Handlungsmöglichkeiten entdecken könnten (Costa et al. 2015, 2016).

Um den aktuellen Herausforderungen von und mit Flüchtlingen bzw. AsylwerberInnen Rechnung zu tragen, wollen wir abschließend beispielhaft auf die Arbeit von Wetzelsberger (2015) eingehen. Sie beleuchtet das Konzept der Betätigungsdeprivation mit Bezug auf die Situation von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Tirol. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge bilden eine besonders vulnerable Gruppe in der Gesellschaft, für die die Wahrscheinlichkeit, Betätigungsdeprivation zu erleiden, groß ist. Das Erleben der Flucht aus traumatisierenden Lebenswelten wird im Ankunftsland in vielen Fällen abgelöst von der Erfahrung des Ausgeschlossen-Seins von Möglichkeiten der Teilhabe an vertrauten Betätigungen, die den Jugendlichen Struktur und Sinn in ihrem Alltag bieten würden (vgl. Whiteford 2010).

In einem Wohnheim für männliche unbegleitete minderjährige Flüchtlinge wurden Möglichkeiten und Barrieren, die jugendliche Asylwerber in ihrem alltäglichen Lebensumfeld – und speziell in der Ausführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen – erleben, empirisch untersucht. Zum Einsatz kamen bei dieser Studie teilnehmende Beobachtung und teilstrukturierte Interviews, anhand derer sich Betätigungsprofile erstellen ließen. Positiv erlebten die jugendlichen Flüchtlinge die Möglichkeiten zur Ausbildung, falls vorhanden, und das Erlernen alltäglicher Kompetenzen (wie z.B. Einkaufen, Kochen, Waschen). Einschränkungen erfuhren sie durch die ungewisse Situation im Zuge des Asylverfahrens, schwerwiegende Lebensveränderungen (Verlust von Heimat und Familie), zum Nichtstun gezwungen zu sein (nicht zur Schule gehen können, nicht arbeiten dürfen) und sehr knappe finanzielle Ressourcen. Die Auswirkungen dieser Einschränkungen hinsichtlich Lebensqualität und Gesundheit wurden im Rahmen der empirischen Untersuchung deutlich. Der Alltag ist gekennzeichnet vom Gefühl der Abhängigkeit und des Kontrollverlustes, von sozialer Isolation, dem Verlust von Motivation und einer Verringerung der Selbstwirksamkeit sowie dem Verlust des Wohlbefindens und dem zunehmenden Gefühl, krank zu sein (vgl. Wetzelsberger 2015).

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass für das Ergreifen von Verwirklichungschancen und eine positive Entwicklung dieser Jugendlichen neben persönlichkeitsbezogenen Faktoren wie

Motivation, Ausdauer und Selbstwirksamkeitserwartung vornehmlich auch Umweltfaktoren zum Tragen kommen (vgl. Sen 2000). Der Asylstatus der minderjährigen Asylwerber hat Auswirkungen auf ihre Lebenssituation: die Möglichkeit zu Ausbildung (Schule, Lehre) und Beruf, ihre finanziellen Möglichkeiten, ihre Wohnverhältnisse, die Möglichkeit zur Bildung sozialer Netzwerke und nicht zuletzt ihre Gesundheit.

## Literaturliste/ Quellenverzeichnis:

Außermaier, H./Costa, U./Essmeister, M./Diermayr, G. (2013): Barriers encountered by wheelchair users in urban daily life in the city of Vienna: implications for the development of an online barrier information system. In: Tagungsbandbeitrag zum Seating Symposium, Dublin.

Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hrsg.): Soziale Welt, Sonderband 22: Soziale Ungleichheiten. Göttingen, 183-198.

Christiansen, Charles H./Townsend, Elisabeth A. (Hrsg.) (2011): Introduction to Occupation. The Art and Science of Living. 2. Aufl., New Jersey: Pearson Publications.

Costa U. (2012): Freiheit und Handlung – Handlungsfreiheit. Eine handlungswissenschaftliche Betrachtung. In: Clemens Sedmak (Hrsg.): Freiheit - Vom Wert der Autonomie. Grundwerte Europas. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Creek, Jennifer (2010): The Core Concepts of Occupational Therapy. A Dynamic Framework for Practice. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Crepeau, Elizabeth Blesedell/Cohn, Ellen S./Schell, Barbara A. Boyt (2003): Willard & Spackman's occupational therapy. 10. Aufl., Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Dahlgren, Göran/Whitehead, Margaret (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.

ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) (2007): Terminology project. <http://pedit.hio.no/~brian/enothe/terminology/> (25.1.2016).

Ergotherapie Austria (2013): Ergotherapie im Kontext der Wissenschaften. Positionspapier zur Entwicklung der Ergotherapie- und Betätigungswissenschaft / Handlungswissenschaft in Österreich. [http://www.ergotherapie.at/sites/default/files/positionspapier\\_nov\\_2013\\_1.pdf](http://www.ergotherapie.at/sites/default/files/positionspapier_nov_2013_1.pdf) (25.1.2016).

FGÖ (2016): Determinanten der Gesundheit. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/determinantender-Gesundheit> (25.01.2016)

Gergen, Kenneth J. (1991): The Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life. New York: Basic Books.

Graf, Gunter/Kapferer, Elisabeth/Sedmak, Clemens (Hrsg.) (2013): Der Capability Approach und seine Anwendung. Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen erkennen und fördern. Wiesbaden: Springer VS.

Hagedorn, Rosemary (2001): Foundations for Practice in Occupational Therapy. 3. Aufl., Edinburgh: Churchill Livingstone.

Hocking, C./Costa, U. (2013). Kompetenzen für Menschenrechte: Gründe für ein gemeinsames Vorgehen. In: ergotherapie 1, 8-9.



Hofmarcher, Maria M./Rack, Herta M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Law, M./Law, M./Cooper, B./Strong, S./Stewart, D./Rigby, P./Letts, L. (1996): The person environment-occupation model. A transactive approach to occupational performance. In: Canadian Journal of Occupational Therapy 63, 186-192.

Reed, Kathlyn L./Sanderson, Sharon Nelson (1999): Concepts of Occupational Therapy. 4. Auflage, Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Seligman, Martin E. P. (1979): Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban und Schwarzenberg.

Sen, Amartya (1999): Development as Freedom. New York: Anchor Books.

Sen, Amartya (2000): Ökonomie für den Menschen: Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Standnyk, R. L./Townsend, E. A./Christiansen, C. H. (2011): Occupational Justice. In: Christiansen, C. H./Townsend, E. A. (Hrsg.) (2011): Introduction to Occupation. The Art and Science of Living. 2. Aufl., New Jersey: Pearson Publications, 329-358.

Townsend, E./Wilcock, A. A. (2004): Occupational justice and client-centered practice: A dialogue in progress. In: Canadian Journal of Occupational Therapy 71 (2), 75-87.

Tyler, T. R. (2000): Social Justice: Outcome and Procedure. In: International Journal of Psychology 35 (2), 117-125.

UN (United Nations) (1948): Resolution der Generalversammlung: 217 A (III). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Vereinte Nationen. <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf> (25.1.2016).

Vogel, Theresa. (2015): Den Alltag meistern. Eine narrative Studie über den Alltag von Eltern mit Kindern mit Mehrfachbehinderung. Unveröffentlichte Masterarbeit, Innsbruck: fh gesundheit.

Wesenauer, Andrea/Sebinger, Sarah (Hrsg.) (2009): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung - eine Frage der sozialen Gerechtigkeit? Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Wetzelsberger, Beate (2015): Möglichkeiten und Barrieren in der Ausführung bedeutungsvoller Betätigungen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Tirol. Masterarbeit, Innsbruck: fh gesundheit.

WFOT (World Federation of Occupational Therapists) (2010): Position Statement on Human Rights. Forrestfield AU: World Federation of Occupational Therapists; <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx> (25.1.2016).

Whiteford, G. E. (2000): Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. In: British Journal of Occupational Therapy 63 (5), 200-204.

Whiteford, G. (2011): Occupational Deprivation: Understanding Limited Participation. In: Christiansen, C./Townsend, E. (Hrsg.): Introduction to Occupation. The Art and Science of Living. New Jersey: Pearson Publications, 303-328.

Whiteford, Gail E. (2004): Occupational Issues of Refugees. In: M. Molineux (Hrsg.): Occupation for Occupational Therapists. Oxford: Blackwell Publishing, 183-199.

Whiteford, Gail/Wright-St Clair, Valerie (2005): Occupation & Practice in Context. Sydney: Elsevier Churchill Livingstone.

WHO (World Health Organization) (1946): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

WHO (World Health Organization) (2001): International Classification of Functioning, Disability, and Health. Geneva: WHO-Publications.

Wilcock, A. A. (2006): An Occupational Perspective of Health. 2. Auflage, Thorofare: SLACK Incorporated.

Wilcock, A. A. / Townsend, E. (2000): Occupational terminology interactive dialogue: Occupational justice. Journal of Occupational Science, 7, 84–85.

Windisch, Hannes (2015): Benachteiligung von Menschen mit niedrigen soziökonomischen Status im österreichischen Gesundheitswesen. Innsbruck: Universität Innsbruck (Diplomarbeit).