

Was sind „Ressourcen“?

Eine Herleitung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive

RAIMUND GEENE

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert in ihrer Gründungserklärung 1946 Gesundheit nicht negativ als Abwesenheit von Krankheit, sondern vielmehr positiv als Zustand „vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO 1946). Insbesondere in den Weltkonferenzen zur Gesundheitsförderung – die erste fand 1986 im kanadischen Ottawa statt, Ergebnis ist die richtungsweisende Ottawa-Charta als „Magna Charta der Gesundheitsförderung (WHO 1986) – sind und werden dabei Strategien zur aktiven Herstellung von Gesundheit durch individuelle und kollektive Stärkungsprozesse entwickelt und herausgestellt.

Diese Prozesse sind eng mit der Entwicklung von Ressourcenkonzepten verbunden, die bereits seit den Anfängen der Psychologie diskutiert werden. Schon in den 1930er Jahren konzipiert Viktor Frankl (2005), ein Schüler Sigmund Freuds, mit dem „Wille[n] zum Sinn“ ein Modell von gesunden, persönlichkeitsstärkenden Faktoren, die später unter den Leitbegriffen der Resilienz durch Emmy Werner u. a. (1977) bzw. der Ressourcen durch Aaron Antonovsky (1979, „Salutogenese“) sowie durch Stevan E. Hobfoll (1989; Hobfoll & Buchwald 2004) ausführlich beschrieben und in ihrer Umsetzung geprüft werden.

Der Beitrag stellt im Folgenden einige der wesentlichen Ressourcenkonzepte dar, die Relevanz und hohe Rezeption für die Konzeptentwicklung in der Gesundheitsförderung haben. Leider gibt es dabei nur wenig Bezugnahme aufeinander – die Mehrzahl der Wissenschaftler/innen sieht sich in der für das Feld offenbar so typischen Außenseiterrolle. Die Zusammenstellung beginnt mit den psychologisch und zunächst eher personell orientierten Konzepten von Selbstwirksamkeit, Locus of Control, Hardiness, Cont-

rol of Destiny, Kohärenz, Empowerment, Selbstregulation, Health Literacy bis hin zur Resilienz, die bereits vergleichsweise weitreichend operationalisiert ist, wenngleich die entsprechenden Ansätze durchaus kritisch diskutiert werden (Bengel u. a. 2009).

Anschließend werden ergänzend die Ansätze von Johannes Siegrist (1996), der sich um eine übergreifende Verhaltens- und Verhältnisprävention bemüht, und die neueren Konzepte des Diversity-Ansatzes und der Verwirklichungschancen vorgestellt, die aus anderen fachlichen Feldern in den vergangenen Jahren in die Gesundheitswissenschaften hineingetragen werden (Bittlingmayer 2011). Anders als die gesundheitswissenschaftlichen Konzepte sind diese von ihrem Einstieg her gruppen- bzw. bevölkerungsbezogen und stellen für eine feldübergreifende, multidisziplinäre Sichtweise eine wichtige Perspektiverweiterung dar.

1 Selbstwirksamkeit

Das Konstrukt Selbstwirksamkeit wird von dem kanadischen Psychologen Albert Bandura (1977/1997) als wesentlicher Aspekt seiner sozial-kognitiven Lerntheorie formuliert. Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy expectancy), auch als Kompetenzerwartung bezeichnet, meint die subjektive Überzeugung, aufgrund von persönlichen Kompetenzen eine schwierige Situation durch eigenes Handeln erfolgreich bewältigen zu können, z. B. (nach Schwarzer & Renner 1997: 50): „Ich bin mir sicher, daß ich ein anstrengendes Trainingsprogramm regelmäßig und ausdauernd durchhalten kann.“

Selbstwirksamkeitserwartung wird unterschieden in spezifische, also auf spezielle Handlungsbereiche bezogene, und generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung. In Bezug auf Gesund-

heitsverhalten gilt Selbstwirksamkeitserwartung als eine zentrale Motivationseinflussgröße und als starker Prädiktor. Die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst die Auswahl von Handlungen, die investierte Anstrengung beim Erreichen eines Ziels und die Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben und hat demzufolge oftmals Auswirkungen auf Handlungserfolge.

Die Selbstwirksamkeitserwartung lässt sich nach Bandura v. a. durch drei Interventionsprinzipien beeinflussen. Gerade die wenig wirksame Methode der Überredung wird häufig verwendet. Sie kann zwar zum Aufbau von Selbstwirksamkeit beitragen, aber auch das Gegenteil bewirken. Bei dieser Methode wird jemand, möglichst von einer Autoritätsperson, überredet, Vertrauen in die eigene Kompetenz zu haben. Alternativ kann die Selbstwirksamkeitserwartung durch Modelllernen gestärkt werden. Hierbei wird eine Nachahmung von Verhaltensmodellen empfohlen. Eigenen positiven Erfahrungen wird der größte Einfluss auf die Ausbildung von Selbstwirksamkeitserwartungen zugeschrieben. Wird eine herausfordernde Situation erfolgreich gemeistert, kann dies den Glauben an die eigene Handlungsfähigkeit stärken. Um Erfolgserlebnisse zu generieren, gilt es, erreichbare Nahziele zu formulieren und Bewältigungsstrategien zu unterstützen (Schwarzer 2002).

2 Locus of Control

Das Konzept der Kontrollüberzeugung ist vom US-amerikanischen Psychologen Julian B. Rotter (1966) im Rahmen der sozialen Lerntheorie entwickelt worden. Die soziale Lerntheorie versteht sich als Weiterentwicklung des Ansatzes von Bandura (1977/1997). Sowohl Rotter als auch Bandura sehen das menschliche Verhalten weder allein durch äußere Reize noch durch kognitive Prädispositionen bestimmt, sondern durch die Interaktion zwischen äußeren Reizen und der Person (Schröder 1997). Im Zentrum von Rotters sozialer Lerntheorie steht die Frage, welche Entscheidungen Menschen treffen, wenn ihnen verschiedene Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang spielen sog. „Kontrollüberzeugungen“ eine Rolle. Solche Kontrollüberzeugungen meinen die Erwartung, dass das Auftreten eines Ereignisses abhängig vom eigenen Verhalten bzw. von äußeren Umständen ist. Wird ein zukünftiges Ereignis als Konsequenz des eigenen Handelns gesehen, spricht man von internaler Kontrollüberzeugung. Externale Kontrollüberzeugung bedeutet, dass ein zukünftiges Ereignis als nicht der eigenen Kontrolle, sondern dem Schicksal, dem Zufall oder dem Handeln anderer Personen unterliegend wahrgenommen wird. Dabei ist es für die Internalisierung irrelevant, ob ein zukünftiges Ereignis tatsächlich durch eigenes Handeln beeinflussbar und damit selbst kontrollierbar ist oder nicht, allein die Wahrnehmung ist entscheidend. Wie auch der Selbstwirksamkeitserwartung wird der internalen Kontrollüberzeugung eine motivationale Bedeutung zugemessen.

3 Hardiness

Das Konzept Hardiness wird von der US-amerikanischen Psychologin Suzanne Kobasa (1979) eingeführt und von ihr und ihrem Kollegen Salvatore R. Maddi weiterentwickelt (Rieckmann 2002). Das Konzept entsteht im Rahmen von Untersuchungen über an ihrem Arbeitsplatz Stress ausgesetzten Gruppen von Menschen, die – so zeigen die Ergebnisse – eine unterschiedliche innere Haltung gegenüber Belastungen aufweisen. Hardiness bezeichnet eine Widerstandsressource, die Menschen trotz großer Belastungen relativ unanfällig für negative Auswirkungen von Stress macht. Hardiness umfasst die Komponenten Engagement bzw. Einbezogenheit (Commitment), Sich-herausgefordert-Fühlen (Challenge) und Kontrolle (Control).

Commitment umfasst das Bestreben, sich mit allem, was man tut, zu identifizieren und sich für das Erreichen von Zielen und Plänen zu engagieren. Dies beinhaltet Interesse und Neugier gegenüber der Umwelt, z. B. an anderen Menschen und Aktivitäten. Challenge orientiert insbesondere an den Glaube bzw. die innere Überzeugung, dass Wandel und Veränderungen – mehr als Stabilität – unabdingbar zum Leben dazugehören. Veränderungen werden als Gelegenheit für persönliches Wachstum und nicht als Bedrohung der Sicherheit begriffen. In neuen Situationen wird nach Herausforderungen gesucht. Control beinhaltet das Gefühl, sein Leben zu überschauen und es kontrollieren zu können.

4 Salutogenese/Kohärenzsinn

Der Kohärenzsinn (auch Kohärenzgefühl) ist eine zentrale Dimension im Konzept der Salutogenese, das der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1979/1997) formuliert hat. Die Salutogenese richtet ihren Blick auf die Herstellung und Erhaltung von Gesundheit. Sie sieht sich als Gegensatz zur Krankheitslehre (Pathogenese), dem Leitkonzept der Medizin. Wie Gesundheit trotz gesundheitsgefährdender Einflüsse entsteht und erhalten bleibt, darauf geben die sog. „generalisierten Widerstandsressourcen“ eine erste Antwort. Widerstandsressourcen finden sich auf verschiedenen Ebenen: auf der körperlichen (z. B. Immunsystem), der personalen und psychischen (z. B. Gesundheitswissen), auf der interpersonalen (z. B. soziale Unterstützung), auf der soziokulturellen (z. B. Eingebundensein in stabile Kulturen) und der materiellen (z. B. Wohnraum). Diese Widerstandsressourcen ermöglichen es potenziell, Belastungen konstruktiv zu bewältigen. Das alleinige Vorhandensein von Widerstandsressourcen ist aber nicht hinreichend, Ressourcen müssen erkannt, aktiviert und nutzbringend eingesetzt werden. Hierfür bedarf es eines Grundgefühls, aktiv handlungs- und bewältigungsfähig zu sein, was als Kohärenzsinn bzw. Kohärenzgefühl bezeichnet wird. Verfügt ein Mensch über ausreichend generalisierte Widerstandsressourcen, kann er einen Kohärenzsinn ausbilden und aufrechterhalten (Schumacher 2002). Der Kohärenzsinn nach Antonovsky (1997) umfasst drei Komponenten:

- ◆ Das Gefühl der Verstehbarkeit der Welt: Dies beinhaltet ein Gefühl des Vertrauens, dass Ereignisse oder Entwicklungen kalkulierbar und erklärbar sind.
- ◆ Das Gefühl der Handhabbarkeit: Dies bezieht sich darauf, dass verfügbare Ressourcen wahrgenommen werden, mit denen Schwierigkeiten und Anforderungen bewältigt werden können.
- ◆ Das Gefühl von Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit: Dies beinhaltet, dass das Leben als sinnvoll empfunden wird und Schwierigkeiten und Anforderungen als Herausforderungen, für die es sich zu engagieren lohnt, wahrgenommen werden.

Dabei ist die motivationale Komponente der Sinnhaftigkeit von besonders hoher Bedeutung. Kohärenzgefühl als ein Gefühl, dass Lebensbedingungen aktiv gestaltbar sind, stellt ein Steuerungsprinzip dar, dass es Menschen ermöglicht, je nach Anforderung unterschiedliche Bewältigungsressourcen einzusetzen. Ist das Kohärenzgefühl ausgeprägt, kann es durch die mögliche Mobilisierung von Ressourcen zur besseren Bewältigung des Stresserlebens einen Schutz vor stressbedingten Krankheiten bieten (Franzkowiak 2003).

5 Control of Destiny

Das Konzept Control of Destiny¹ des US-amerikanischen Epidemiologen Leonard Syme wird in Deutschland nur wenig rezipiert. Syme definiert sein Konzept als „ability of people to deal with the forces that affect their lives, even if they decide not to deal with them“ (Syme 2004). Control of Destiny kann als „das Maß an Entscheidungsspielräumen in der eigenen Lebenssituation“ (Syme 1991) begriffen werden. Es will einen Erklärungsansatz für den in epidemiologischen Studien gefundenen sozialen Gradienten in Bezug auf Krankheitslast liefern, also dafür, dass Unterschiede im Gesundheitsstatus nicht nur zwischen den höchsten und niedrigsten sozialen Schichten gefunden werden, sondern auch zwischen Gruppen, die in der sozialen Hierarchie enger beieinander liegen. Hintergrund ist die Erkenntnis, dass der soziale Status von Menschen mit ihrer Möglichkeit der Kontrolle und Beeinflussung ihrer Lebensumstände korreliert. Gleichzeitig bietet Control of Destiny einen Ansatz für Interventionen, die auf der Gemeindeebene bei Gruppen und nicht beim Individuum ansetzen und auch soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren in den Blick nehmen. Als Beispiel nennt Syme die Arbeit mit Busfahrern aus San Francisco, die hohe Raten von Bluthochdruck, Atemwegs- und gastroenteralen Problemen aufwiesen. Als eine dahinterliegende Erklärung konnte die Tatsache angesehen werden, dass sie durch unrealistische Zeitvorgaben großem Stress ausgesetzt waren. In der Intervention wurden zusammen mit den Fahrern bessere Fahrpläne erarbeitet (Syme 2004).

¹ Wörtlich übersetzt etwa „Kontrolle des eigenen Schicksals“.

6 Empowerment

Empowerment ist ein von Julian Rappaport (1985) entwickeltes Konzept der Befähigung und Ermächtigung. Er ergänzt damit seine ausführlichen Studien zur Gemeindefpsychologie (Rappaport 1977) um eine Handlungsperspektive. Empowerment wird von ihm als zu initiiender Prozess begriffen, in welchem Menschen Fähigkeiten entwickeln und Möglichkeiten gewinnen, ihre soziale Lebenswelt aktiv und selbstbestimmt zu gestalten und mehr Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen erlangen. Empowermentprozesse beinhalten gleichermaßen die Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen, die mehr Handlungsfähigkeit ermöglichen. Dies findet auch auf der individuellen Ebene statt, aber um wirksam handlungsmächtig zu werden, bedarf es v. a. Prozessen in Gruppen und Netzwerken, in denen Menschen sich gegenseitig unterstützen und gemeinsam ihre Interessen vertreten. Darüber hinaus gilt es, auf der strukturellen Ebene im Rahmen von Empowermentstrategien Bedingungen für Möglichkeiten wirksamen Handelns zu schaffen bzw. zu verbessern (Kilian u. a. 2004).

Bei Prozessen des Empowerments ist zentral, dass es sich um Suchbewegungen handelt, deren Ausgang offen ist. Professionelle Akteur/innen können diese anstoßen, indem sie Fragen stellen und Neugier wecken. Im weiteren Prozessverlauf gilt es, sich nur wenig einzumischen und stattdessen die nötigen Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen (Stark 2002).

7 Health Literacy

Das von Ilona Kickbusch (2006) im Rahmen ihrer Darstellung zur entstehenden „Gesundheitsgesellschaft“ geprägte Konzept des Health Literacy bezieht sich laut Kickbusch und Maag (2008) auf Gesundheitskompetenzen, die es ermöglichen, in verschiedenen Kontexten – bspw. zuhause, bei der Arbeit, in sozialen Zusammenhängen, im Kontakt mit dem Gesundheitswesen – begründete gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen.

Der seit den 1970er Jahren genutzte Begriff Health Literacy wird im Laufe der Jahre immer wieder neu gefasst und erweitert. Zunächst bezieht Health Literacy sich auf Kompetenzen, die im Rahmen schulischer Gesundheitserziehung erworben werden können. Nach einer Erweiterung durch die WHO umfasst Health Literacy nicht nur die Grundkompetenzen, gesundheitsbezogene Informationen aufzunehmen, zu verarbeiten und zu verstehen, sondern meint alle kognitiven und sozialen Kompetenzen, die Menschen in die Lage versetzen, ein gesundheitsförderliches Leben zu führen. Dazu zählen bspw. Zugangsmöglichkeiten zu relevanten Informationen, Fertigkeiten, diese auch zu verstehen sowie mit ihnen konstruktiv umzugehen. Kritisiert wird, dass Health Literacy auf den einzelnen Menschen reduziert sei, stattdessen sollen auch der soziale und kulturelle Kontext, in dem Health Literacy über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt wird sowie die gesamtgesellschaftliche Wirkung betrachtet werden (Abel & Bruhin 2009). Diese Kritik aufnehmend, bemühen sich neuere Kon-

zepte auch um bessere Verständlichkeit und Adressatenbezug, beispielsweise über das auch in den Gesundheitswissenschaften genutzte Konzept der „Leichten Sprache“.

Aktuell wird Health Literacy als wissensbasierte Kompetenz, die eine gesundheitsfördernde Lebenspraxis ermöglicht, gefasst. Dies umfasst Wissen bspw. über den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, über soziale Faktoren, durch die Gesundheit determiniert wird, über Gesundheitsrisiken oder Maßnahmen, gesundheitsabträgliche Lebensumstände zu verbessern. In einem erweiterten Sinne kann es auch als „Wissen zu Wohlbefinden“ interpretiert werden. Die Leitfrage ist dabei: Wie entwickeln Menschen Fähigkeiten („Skills“), ihren Lebensstil mit ihren gesundheitlichen Potenzialen bestmöglich zu verknüpfen?

8 Resilienz

Der Begriff der Resilienz wird von der US-amerikanischen Psychologin Emmy Werner geprägt, die seit 1955 Kinder auf der Insel Kauai beobachtet und dabei in ihren Veröffentlichungen ab 1971 darstellen kann, dass sich ein Drittel der Kinder trotz zahlreicher biologischer und sozialer Risikofaktoren positiv entwickelt (Werner u. a. 1977). Mit Resilienz meint sie, dass Menschen trotz vorliegender Risikofaktoren wie schwierigen Lebensbedingungen und hohen Belastungen (z. B. Traumata) eine positive Persönlichkeit entwickeln und Probleme und negative Ereignisse erfolgreich meistern bzw. widrige Umstände abmildern können (Rieckmann 2002). Resilienz kann auch als optimale Anpassung an diese schwierigen Lebensbedingungen bezeichnet werden. Hohe Resilienz ist verbunden mit Schutzfaktoren wie einer stabilen Bindung zu einer Bezugsperson oder einem unterstützenden elterlichen Erziehungsstil (Zander 2010). Dieselben Schutzfaktoren und Ressourcen bzw. Risikofaktoren können in den verschiedenen Lebensabschnitten eine unterschiedliche Rolle spielen.

Exkurs: Operationalisierung von Resilienz

Anknüpfend an die Arbeiten von Emmy Werner ist vielfach versucht worden, Resilienz zu operationalisieren (Fröhlich-Gildhoff & Rönau-Böse 2009). Damit verbunden ist die Hoffnung, ein System zur Messung von Ressourcen bzw. positiver Gesundheit zu erzielen, um so „salutogen denken“ zu können (Geene 2015).

Dies soll an dieser Stelle exemplarisch vertieft werden, einmal weil gerade zum Ansatz der Resilienz besonders viele Untersuchungen vorliegen. Zum anderen verdeutlicht die Operationalisierung ein Dilemma: Die notwendige Breite der Schutzfaktoren illustriert die hohe Komplexität solcher Messungen. Diese dann wiederum zu Ergebnissen zu verdichten, führt dazu, dass die Intention der Ressourcendiskussion in gewisser Weise konterkariert wird, da die hier vermeintlichen Eindeutigkeiten dichotom sind, d. h. präzise Richtig-Falsch-Ergebnisse implizieren, die die Prozesshaftigkeit der Ressourcenansätze unterlaufen. Solche Dichotomien charakterisieren aber eher das instrumentelle Verhältnis

der Pathogenese, die Salutogenese hingegen sieht hier ein Kontinuum („Ease-Disease-Kontinuum“, Antonovsky 1997).

Grundsätzlich lässt sich Resilienz als Personenmerkmal „psychische Widerstandsfähigkeit“ messen mit der von Jörg Schumacher und Kolleg/innen (2005) teststatistisch überprüften deutschsprachigen Version einer 1993 von Wagnild und Young entwickelten Resilienzskala. Bei der überprüften Version der RS-25 handelt es sich um eine eindimensionale Skala, die aus 25 Items besteht. Sie umfasst Fragen wie: „Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch“, „Normalerweise schaffe ich es alles irgendwie“, „Mein Glaube an mich selbst hilft mir auch in harten Zeiten“, „Mein Leben hat einen Sinn“.

Das Messinstrument liefert bevölkerungsrepräsentative Normwerte und kann den Verfasser/innen zufolge als reliabel gelten. Durch Korrelation mit der Selbstwirksamkeitserwartung (gemessen mit der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung) ließe sich auch die Validität der RS-25 zeigen. Weiterhin liegt von Schumacher u. a. (2005) eine Kurzfassung (RS-11) vor, die sie ebenfalls als reliabel, valide und ökonomisch bezeichnen. Eine Modifizierung in Form einer RS-13 wird von Leppert u. a. (2008) vorgelegt. Als weitere Resilienzskalen werden u. a. die Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC), die Ego Resilience Scale, die Resilience Scale for Adults (RSA) oder die Brief Resilience Scale (BRS) genannt, wobei Lyssenko u. a. (2010) darauf verweisen, dass der Zusammenhang von sog. „Schutzfaktoren“ und Risikoreduktion komplex ist, u. a. abhängig von Lebensstufen. Nur Längsschnittuntersuchungen können dazu Aufschluss geben. Bezugspunkte im deutschsprachigen Raum sind die bislang vier Längsschnittstudien zu Schutzfaktoren, nämlich die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (Bender & Lösel 1997), die Mannheimer Risikokinderstudie von Laucht (2003), die KiGGS/BELLA-Studie (Ravens-Sieberer u. a. 2007) sowie die AWO/ISS-Studie² (Holz 2010). Zwar werden die Ergebnisse zur Präzisierung kindlicher Entwicklungssitems genutzt (z. B. ET 6-6, Petermann u. a. 2006), sie können jedoch nicht als unmittelbare Ableitung gelten, insb. weil sie Korrelationen nur auf hohem Abstraktionsniveau nachzeichnen können und keine Kausalitäten (im Überblick: Kuhn u. a. 2012). Für die Messung von Entwicklungssitems zeigt sich dabei nachdrücklich die schon eingangs skizzierte Problematik der Dichotomie, so dass die Ressourcen- oder Resilienzbefragungen hier regelmäßig nur die Umkehrung der Defizitbefragung darstellt und keine von möglichen Schäden und Risiken unabhängige Erhebung darstellen kann (Bengel u. a. 2009; vgl. Geene, Höppner & Luber 2013).

Insofern zeigt der Exkurs über die Operationalisierungsmöglichkeiten, dass die Messungen der inhaltlichen Ausrichtung eines salutogenen Denkens eher zuwiderlaufen, insofern sie, statt prozessuale Entwicklungen abzubilden, eher nach Eindeutigkeiten suchen (müssen), die wiederum nur dichotom dargestellt werden können.

² Die AWO-ISS-Studie wurde zwischen 1997 und 2005 als bislang umfangreichste Längsschnittstudie zu Kinderarmut in Deutschland durchgeführt. In Fortführung der leider nicht weiter finanzierten Studie wird aktuell eine Nacherhebung bei inzwischen 16-Jährigen durchgeführt (Holz 2010: 26).

9 Selbstregulation

Siegrist (1996) hat in seinem Buch zu sozialen Krisen und Gesundheit den anspruchsvollen Versuch unternommen, das immer wieder aufscheinende Problem der Trennung von Person und Umwelt, Verhaltens- und Verhältnisprävention konzeptionell zu erfassen. Er ergänzt die Konstrukte der Selbstregulation (Selbstwirksamkeitserfahrungen, Selbstbewertungserfahrungen und Erfahrungen der Selbsteinbindung) durch zwei neue komplementäre Termini. „Sozio-emotionale Motivation“ bezeichnet die Bestrebungen einer Person, an einem sozial-kommunikativen Feld zum Zweck der Selbstregulation teilzuhaben. Dies stellt die „Bindungsenergie“ der Person an mikrosoziale Umwelten dar. „Gesellschaftliche Chancenstruktur“ bietet dagegen die notwendigen Stellen, Lokalisationen und Positionen an, über deren Besetzung selbstregulatorische Prozesse realisiert werden können. Aus den drei Formen der Selbstregulation ergeben sich jeweils drei Formen der sozio-emotionalen Motivation und drei Formen der sozialen Chancenstruktur:

- ◆ Selbstwirksamkeit zu zielgerichtetem Handeln zum Zuweisen sozialer Rollen (z. B. Erwerbsrolle)
- ◆ Selbstbewertung zu Belohnung, Anerkennung, zum Zuteilen von Gratifikationen
- ◆ Selbsteinbindung zu Zugehörigkeit und zum Verfügen über soziale Netzwerke und Primärgruppen

Aus diesem Ansatz entwickelt Siegrist ein Modell der Gratifikationskrisen, die dann auftreten, wenn es zu einer Diskordanz zwischen den genannten Feldern kommt, wie z. B. bei einem Ungleichgewicht zwischen günstigen Leistungen der Selbstwirksamkeit in Form hoher beruflicher Verausgabung und ungünstigen Erfahrungen der Selbstbewertung in Form niedriger, der Leistung nicht angemessener Belohnungen. Umgekehrt ergibt sich daraus das Modell einer Ressourcenstärkung durch Selbstwirksamkeitserfahrungen, wenn die drei Felder als konkordant erlebt werden.

Diesen Ansatz hat Siegrist v. a. durch seine Arbeiten mit Michael Marmot (z. B. Siegrist & Marmot 2006) auch in internationale Diskussionen einspeisen können, die sich wiederum bspw. in britischen Bildungsprogrammen wie „Sure Start“ abbilden (vgl. auch Borkowski & Schmitt 2013).

10 Diversity

Diversity bezieht sich auf den gesellschaftlichen Umstand von Heterogenität und Vielfalt, davon ausgehend, dass Unterschiedlichkeit für Menschen bereichernd ist. Dabei werden v. a. personale Dimensionen in den Blick genommen, die als gegeben gelten. Das deutsche Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) von 2006 weist sechs Gruppen auf, die als besonders diskriminierungsgefährdet gelten.

„Ziel des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Re-

ligion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen“, heißt es in § 1 AGG, das sich vorrangig als Diskriminierungsschutz bezieht. Auch wenn das AGG nunmehr einen rechtlichen Bezugspunkt zum Diversity-Konzept bietet, gibt es dennoch deutliche Unterschiede im gedanklichen Ansatz. Zum einen ist der Begriff der ‚Rasse‘ umstritten und wird in der Wissenschaft kaum verwendet; zum zweiten wird in den fachlichen Diskursen die soziale Lage als typisches Identitätsmerkmal angesehen, aber im Gesetz nicht aufgenommen, weil dieses sich auf (mutmaßlich) unveränderliche Merkmale beschränkt; schließlich ist die Ausrichtung des AGG problem- und nicht (wie der Diversity-Ansatz) potenzialorientiert³ (Geene 2012).

Ein wichtiger Bezugspunkt des Diversity-Ansatzes ist die Gender-Diskussion und das Konzept des „Gender Mainstreamings“, bei dem es weniger um die biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern geht, sondern „um die damit verbundenen Rollen, Verhaltensweisen und Lebenslagen“ (Kolip 2009: 22). Diese Aufschlüsselung entfernt sich von der defizitorientierten Zuschreibung und eröffnet die Perspektive, in der jeweiligen Eigenart einen bereichernden Vorteil zu erkennen, wie sich beispielgebend in den „Gender und Queer Studies“ (Czollek u. a. 2009) ausdrückt. Analog dazu wird vielfach von „Diversity Mainstreaming“ (Stuber 2006; Minkler & Wallerstein 2008) gesprochen.

Im Bereich der Behindertenpädagogik gipfelt eine analoge Entwicklung 1994 in der Salamanca-Deklaration (UNESCO 1994) und der UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 (UN 2006/2009, vgl. Geene, Graumann u. a. 2013), die sich gegen die Sonderbehandlung von Menschen mit Behinderung ausspricht. Diese sollen vielmehr als gleichwertig mit eigenen Stärken (und Schwächen) angesehen werden und – zur Bereicherung aller – nicht mehr in Sonderschulen unterrichtet, sondern in das Regelschulsystem einbezogen werden. Als Schlüssel dazu gilt die „Inklusion“ – ein Denk- und Handlungsansatz, der über die reine Integration hinaus die aktive Einbeziehung fordert. Wer nur integriert wird, kann einfach nur dazu kommen – Inkludierung will jedoch (im Idealfall) eine gleichberechtigte Zusammenkunft (Metzger & Weigl 2010). Penta und Schraml (2009) wenden die Methode übergreifend an: „Die Inklusion von Migrantinnen und Migranten, von Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung oder von Obdachlosen kann gelingen, wenn diese Menschen mit ihren Nöten und Problemen, aber auch Ressourcen und Potenzialen wahrgenommen und als selbstbestimmte Akteure respektiert werden.“

11 Capability Approach

Der Ansatz des Capability Approach bzw. der Verwirklichungschancen wird vom Nobelpreisträger Amartya Sen (2000) konzipiert, um das Wohlbefinden und die Gerechtigkeit einer Ge-

³ Zur Diskussion um das AGG siehe ausführlich Schönwälder (2007); zum „Potenzial-Prinzip“ des Diversity-Ansatzes siehe Stuber (2009).

sellschaft zu analysieren. Zunächst im ökonomischen Kontext entwickelt, ist es auch in den Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswissenschaften breit aufgegriffen worden (SVR 2009; Bittlingmayer & Ziegler 2012). Das Konzept richtet den Blick auf Möglichkeiten und die damit verbundenen Verwirklichungschancen, ein gutes, gelingendes Leben zu führen. Es werden Fähigkeiten von Menschen („Capabilities“) thematisiert, damit sie ein aus ihrer Sicht gutes Leben führen können, für das sie sich begründet entscheiden und in dem Bedingungen für Selbstachtung gegeben sind. Verwirklichungschancen als Möglichkeiten werden vorrangig durch instrumentelle Freiheiten bestimmt, die als von der Gesellschaft zur Verfügung zu stellende Chancen zu verstehen sind. Individuelle Faktoren ergeben sich im Wesentlichen aus diesen Chancen. Instrumentelle Freiheiten umfassen u. a. politische Freiheiten, soziale Chancen und soziale Sicherheit sowie ökonomische Chancen. Nur wenn Verwirklichungschancen gegeben sind, haben Menschen die praktische Freiheit, ihnen entsprechende Lebensweisen zu wählen. Die Entscheidungsfreiheit über die Wahl der konkreten Daseinsform und der zu erreichenden Fähigkeiten („Functionings“) liegt dabei beim Einzelnen. Erweitert wird der Ansatz von der Sozialphilosophin Martha Nussbaum (1999, 2010), die eine Liste mit Faktoren erstellt hat, die als Grundbedingungen gelten, ein Leben nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen gestalten zu können (vgl. Schulze u. a. 2013).

12 Ressourcenstrategien – ein Fazit

Im Überblick lässt sich feststellen, dass die der Gesundheitsförderung unterliegenden Ansätze von eher personal orientierten Ressourcenkonzepten dominiert werden. Dem entgegen forciert die WHO in den Ottawa-Nachfolgekonferenzen eine verhältnispräventive Ausrichtung. Durch den Einfluss der Erkenntnisse über soziale Determinanten (z. B. Dahlgren & Whitehead 1991) kommt gruppen- bzw. bevölkerungsbezogenen, verhältnispräventiven Ansätzen wachsende Bedeutung zu. Abgezielt wird dabei auf eine Integration personenbezogener *und* sozialer, umweltbezogener Konzepte.

Hier spiegelt sich die Erkenntnis auch aus der bundesdeutschen Präventionsforschung (Kuhn u. a. 2012), dass komplexe Interventionen einer umfassenden Forschungsperspektive bedürfen, die insb. auch die Adressaten aktiv einbezieht (sog. „Partizipative Qualitätsentwicklung“⁴, vgl. Wright 2010). Mit Methoden der partizipativen Forschung und Qualitätsentwicklung können in kommunalen, landes- und bundesbezogenen Lernschleifen bevölkerungsweite Public- Health-Wirkungen erzielt werden.

Diese Perspektive auf Umweltfaktoren und soziale Determinanten zeigt sich deutlich in der Entwicklung des Setting-Ansatzes der WHO, der mit dem Präventionsgesetz von 2015 als „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ zum Schwerpunkt der Präventionsaktivitäten der Krankenkassen fortgeschrieben wurde.

Die fachliche – wissenschaftliche wie praxisbezogene – Herausforderung besteht darin, konsensuale Konzepte der Verhältnisprävention zu entwickeln, die für eine entsprechende Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention geeignet sind. Dabei dürfen sie Forscher/innen wie Praktiker/innen trotz hoher Komplexität nicht überfordern und müssen Antworten finden, wie sie ressortübergreifend umgesetzt und finanziert werden können. ■

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1979): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bandura, Albert (1977/1997): Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
- Bender, Doris & Lösel, Friedrich (1997): Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. In: *Journal of Adolescence* 20 (6), 661-678.
- Bengel, Jürgen; Meinder-Lücking, Frauke & Rottmann, Nina (2009): Schutzfaktoren bei Kinder und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 35. Köln: BZgA.
- Bittlingmayer, Uwe H. (2011): Die Speerspitze einer neuen sozialen Bewegung. Public Health und das Verhältnis von Gesundheit und Gesellschaft. In: Dr. med. Mabuse 191, 61-65.
- Bittlingmayer, Uwe H. & Ziegler, Holger (2012): Public Health und das gute Leben. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften? Diskussionspapier der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin: WZB.
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Frankl, Viktor E. (2005): Der Wille zum Sinn. Bern: Huber.
- Franzkowiak, Peter (2003): Salutogenetische Perspektive. In: BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Sabo, 198-200.
- Franzkowiak, Peter & Sabo, Peter (Hg.) (1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Grundagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentaren (2. Aufl.). Schwabenheim: Sabo.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönnau-Böse, Maike (2009): Resilienz. München: Reinhardt.
- Geene, Raimund (2012): Communityorientierung und Diversityansatz – Zum inneren Verständnis sozialer Ungleichheiten. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret*, Band 17. Köln: BZgA. 164-170.
- Geene, Raimund; Graumann, Sigrid; Jekal, Alexandra; Wejda, Simone (2013): Inklusionspädagogik – Die freiheitliche und gleichberechtigte Inklusion von Kindern mit Behinderung als menschenrechtlicher Anspruch. In: Geene, Raimund; Höppner, Claudia; Lehmann, Frank (Hg.): *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt*. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung. 305-326.
- Geene, Raimund; Höppner, Claudia; Lubert, Eva (2013): Kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen zwischen Risikodetektion und Ressourcenstärkung. In: Geene, Raimund; Höppner, Claudia; Lehmann, Frank (Hg.): *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt*. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung. 139-164.
- Hobfoll, Stevan E. (1989): Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. In: *American Psychologist* 44, 513-524.
- Hobfoll, Stevan E. & Buchwald, Petra (2004): Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In: Buchwald, Petra; Schwarzer, Christine & Hobfoll Stevan E. (Hg.): *Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multi-axiales Coping*. Göttingen: Hogrefe, 11-26.
- Holz, Gerda (2010): Armutsprävention und Bildungsförderung durch Schule und Jugendhilfe. In: Fischer, Jörg & Merten, Roland (Hg.): *Armut und soziale Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen. Grundlagen der Sozialen Arbeit*, Band 26. Baltmannsweiler: Schneider, 25-41.
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, Ilona & Maag, Daniela (2008): Health Literacy. In: Heggenhougen, Kris & Quah, Stella (Hg.): *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 3. San Diego: Academic Press, 204-211.
- Kobasa, Suzanne (1979): Stressful life events, personality, and health – Inquiry into hardiness. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 37, 1-11.
- Kuhn, Joseph; Lampert, Thomas & Ziese, Thomas (2012): Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen? In: Robert-Koch-Institut

4 www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de [04.10.17]

- (Hg.): Evaluationen komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin: RKI, 9-14.
- Laucht, Manfred (2003): Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. In: Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hg.): Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta, 53-71.
- Leppert, Karena; Koch, Benjamin; Brähler, Elmar et al. (2008): Die Resilienzskala (RS). Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. In: Brähler, Elmar & Feydrich, T. (Hg.): Ressourcenorientierte Diagnostik. Klinische Diagnostik und Evaluation. Göttingen: Vadenhock & Rupprecht, 226-243.
- Minkler, Meredith & Wallerstein, Nina (2008): Improving Health through Community Organization and Community Building: A Health Education Perspective. In: Minkler, Meredith (Hg.): Community Organizing and Community Building for Health. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 30-52.
- Nussbaum, Martha (1999): Gerechtigkeit oder das gute Leben. Frankfurt: Suhrkamp.
- Nussbaum, Martha (2010): Die Grenzen der Gerechtigkeit. Frankfurt: Suhrkamp.
- Penta, Leo Joseph & Schraml, Christiane (2009): Vom Staatsbürger zum Citizen – Community Organizing in der Bürgergesellschaft. In: ICEP argumente 5 (1), 1-2.
- Petermann, Franz; Stein, Iris A. & Macha, Thorsten (2006): ET 6-6. Entwicklungstest 6 Monate bis 6 Jahre (3., veränd. Aufl.). Frankfurt: Pearson.
- Rappaport, Julian (1977): Community Psychology: Values, Research, & Action. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rappaport, Julian (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit – ein sozialpolitisches Konzept des Empowerment anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2 (17), 257-278.
- Ravens-Sieberer, Ulrike; Ellert, Ute & Erhart, Michael (2007): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 810-818.
- Rieckmann, Nina (2002): Resilienz, Widerstandsfähigkeit, Hardiness. In: Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias & Weber, Hannelore (Hg.): Gesundheitspsychologie von A-Z: Ein Handwörterbuch. Göttingen: Hogrefe, 462-465.
- Rotter, Julian B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs 80 (609), 1-28.
- Schönwälder (2007): Diversity und Antidiskriminierungspolitik. In: Krell, Gertraude; Riedmüller, Barbara; Sieben, Barbara. et al. (Hg.): Diversity Studies. Grundlagen und disziplinäre Ansätze. Frankfurt: Campus, 163-178.
- Schröder, Kerstin (1997): Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (2., überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe, 319-347.
- Schulze, Romy; Richter-Kornweitz, Antje; Klundt, Michael; Geene, Raimund (2013): Kinderarmutsforschung im Wandel: Entwicklung, Ergebnisse, Schlussfolgerungen. In: Geene, Raimund; Höppner, Claudia; Lehmann, Frank (Hg.): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung. 327-360.
- Schumacher, Jörg (2002): Kohärenzgefühl. In: Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias & Weber, Hannelore (Hg.): Gesundheitspsychologie von A-Z: Ein Handwörterbuch. Göttingen: Hogrefe, 267-269.
- Schumacher, Jörg; Leppert, Karena; Gunzelmann, Thomas et al. (2005): Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 53, 16-39.
- Schwarzer, Ralf (2002): Selbstwirksamkeitserwartung. In: Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias & Weber, Hannelore (Hg.): Gesundheitspsychologie von A-Z: Ein Handwörterbuch. Göttingen: Hogrefe, 521-524.
- Schwarzer, Ralf & Renner, Britta (1997): Risikoeinschätzung und Optimismus. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (2., überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe, 43-66.
- Sen, Amartya (2000): Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: Hanser.
- Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, Johannes & Marmot, Michael (2006): Social Inequalities in Health. Evidence and Implications. Oxford: Oxford University Press.
- Stark, Wolfgang (2002): Über die Schwierigkeit, sich einzumischen: Bürger/innenbeteiligung, soziale Utopien und Grundlagen einer partizipativen Politik. In: Geene, Raimund; Graubner, Sebastian; Papies-Winkler, Ingrid et al. (Hg.): Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung: Netzwerke für Lebensqualität. Berlin: b_books, 188-221.
- Stuber, Michael (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung – Zielgruppen und Zielgruppengenauigkeit im Wandel. In: Altgeld, Thomas; Bächlein, Bärbel & Deneke, Christiane (Hg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt: Mabuse, 35-48.
- Stuber, Michael (2009): Diversity. Das Potenzial-Prinzip. Ressourcen aktivieren – Zusammenarbeit gestalten. Köln: Luchterhand.
- SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Berlin: BMG.
- Syme, Leonard (1991): Individual and Social Determinants of Disease. Experiences and Perspectives. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P91-205, Berlin: WZB.
- Syme, Leonard (2004): Social Determinants of Health: The Community as an Empowered Partner. In: Preventing Chronical Diseases. Public Health Research, Practice, and Policy [serial online] 1 (1). Verfügbar unter http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0001.htm [24.02.13].
- UN United Nations (2006/2009): Übereinkommen über die Rechte behinderte Menschen. Schattenübersetzung hrsg. vom Netzwerk Artikel 3 e.V. Berlin.
- UNESCO United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (1994): Die Salamanca Erklärung und der Aktionsrahmen zur Pädagogik für besondere Bedürfnisse. New York.
- Wagnild, Gail M. & Young, Heather M. (1993): Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. In: Journal of Nursing Measurement 1, 165-178.
- Werner, Emmy E.; Biermann, Jessie M. & French, Fern E. (1977): The Children of Kauai. A longitudinal study from the prenatal period to age ten. Honolulu: University of Hawaii Press.
- WHO World Health Organization (1986/2001): Die Ottawa-Charta. In: Geene, Raimund & Denzin, Christian (Hg.): Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy City-Programm der WHO (5. Aufl.). Berlin: Schmgler, 337-344.
- WHO World Health Organization (1946): Constitution of the World Health Organization. New York: WHO.
- Wright, Michael T. (Hg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.
- Zander, Margherita (2010): Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz (3. Aufl.) Wiesbaden: VS.

Internetquellen:

www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de [04.10.17]

Raimund Geene,

geb. 1963, ist Professor für Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Schwerpunkt auf kommunale Ansätze an der Alice Salomon-Hochschule Berlin. Er war mehrere Jahre Geschäftsführer von Gesundheit Berlin-Brandenburg und wesentlich an der Etablierung der Kongressreihe Armut und Gesundheit beteiligt, hat als Professor für Kindergesundheit an der Hochschule Magdeburg-Stendal u. a. die Bachelor- und Master-Studiengänge der Kindheitswissenschaften und das An-Institut KinderStärken e.V. aufgebaut, ist in vielen Gremien der Gesundheitspolitik und der Selbstverwaltung tätig und hat als Sachverständiger parlamentarische Prozesse begleitet. Schließlich ist Raimund Geene gemeinsam mit seinem Partner Vater von neun (Pflege-) Kindern im Alter von 1 bis 25 Jahren. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen u. a. im Bereich der Kindergesundheit, der Selbsthilfe sowie der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention. Er ist Autor und Herausgeber zahlreicher Bücher und Fachpublikationen.

Kontakt: geene@ash-berlin.eu



Quelle: Autor