

Biographie und Gesundheitsförderung

Dr. Ute Zocher

Zusammenfassung

Die biographische Dimension in der Gesundheitsförderung und in der Ausbildung der Gesundheitsberufe garantiert in Theorie und Praxis, dass das Subjekt im Zentrum der Aufmerksamkeit und des Bemühens bleibt, ohne dass dabei dessen soziale, kulturelle und ökonomische Lebensbedingungen außer Acht gelassen werden. Der biographische Ansatz ermöglicht, eine komplexe und differenzierte Vision von Gesundheit zu realisieren, mit dem Ziel, Wohlbefinden im Sinne der Selbstbestimmung durch die Entwicklung individueller Kompetenzen und gesundheitsförderlicher Lebenswelten zu unterstützen.

Summary

The biographical dimension as pedagogical basement in health promotion, and in the training of health promoters, places the individual at the center of concern, both in theory and in practice, without ignoring the importance of the persons social, economic, and cultural context. The biographical approach facilitates a more complex and structured perspective concerning health and its promotion, with the aim of maintaining both self-determination of the individual and the development of healthy environments.

Einleitung

„Ich erlebe das tatsächlich als persönliche Minderschätzung, wenn man in der Austauschrunde mein persönliches Lieblingsessen abwertet. Und wenn ich mir dann überlege, wie ich in der Beratung oft – vielleicht schon allein mit meinem Gesichtsausdruck oder mit dem, was ich direkt so sage – zu verstehen gebe, dass das nichts ist, was sie da essen – ja (kopfschüttelnd)!“

Das sind die Worte einer erfahrenen Ernährungsberaterin im Anschluss an eine biographische Übung zur eigenen Essgeschichte im Rahmen einer Fortbildung zum Thema „Biographie und Ernährung“.

Die Wahrnehmung des eigenen Erlebens und der Transfer dieser Erfahrung auf die Ebene der beruflichen Tätigkeit zeigt im Kern die Potenz biografischen Arbeitens als Baustein der Entwicklung von Professionalität in der Gesundheitsförderung. Daraus können entsprechend neue Ansätze und Konzepte in der Arbeit mit Individuen, Gruppen und Organisationen entwickelt werden. Sowohl der professionell Tätige, als auch sein Gegenüber werden dabei als Subjekte wahr- und ernstgenommen, als Menschen, die in ihren biographischen Strukturen tief verwurzelt sind und aus diesen heraus subjektiv sinnvoll erleben und handeln.

Naturwissenschaftliche und medizinische Paradigmen der „richtigen Ernährung“, der „richtigen Lebensweise“ für das „gesunde, krankheitsfreie Leben und „mobil Altwerden“ etc. werden auf diese Weise in Frage gestellt. Sie treten zugunsten individueller Sinnlogik, subjektiver Theorien und kontextgebundener Lebensweise in den Hintergrund und machen einer hermeneutischen und systemischen Herangehensweise Platz. Dies – so die hier vertretene These – ist im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention notwendig, um Gesundheitsbildung im Sinne von Selbstbestimmung und Partizipation umfassend zu ermöglichen und die kritische Auseinandersetzung mit normativen Paradigmen in der Gesundheitsförderung anzuregen.

Um diesen Zusammenhang nun differenzierter aufzuzeigen und seine Bedeutung für die Gestaltung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen anzudeuten, soll im Folgenden zunächst an die Leitidee der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa Charta (1986) erinnert werden. Die Dimension der Biographie und das biographische Arbeiten werden in diesem Zusammenhang als wichtige Ansätze und Beiträge der Erziehungswissenschaften interpretiert, um diese komplexe und „systemische“ Aufgabe in Theorie und Praxis zu erfüllen. Zu welchen Erfahrungen und Erkenntnissen dies in der Arbeit mit Gesundheitsförderern (hier insbesondere mit Ernährungsberaterinnen und Vertreterinnen der Ernährungsbildung) im Rahmen von Fortbildungen führt, soll anhand aktueller Workshop-Erfahrungen in diesem Bereich skizziert werden.

1. Gesundheit als Selbstbestimmungskompetenz

Gesundheit ist weit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit bildet den “Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ab“ (WHO 1946, zit. nach Franzkowiak/Sabo 1998, 60ff). Diese Gesundheitsdefinition der WHO, wird zwar hinsichtlich ihres utopischen Anspruchs und der Idee, Gesundheit sei ein zu erreichender stabiler Zustand kritisiert, hat jedoch bereits 1946 einen paradigmatischen Perspektivenwechsel eingeläutet: Zentral dabei ist die Absage an ein rein medizinisch, naturwissenschaftlich ausgerichtetes Verständnis von Gesundheit und Krankheit und die Hinwendung zu einem subjektiv und sozial vermittelten Erleben von ganzheitlichem Wohlbefinden. In den 1980er Jahren wurde dieses Verständnis von Gesundheit und Krankheit seitens der WHO weiter überarbeitet und in eine Strategie der „Gesundheitsförderung“ überführt, die die traditionelle Gesundheits- und Krankheitsversorgung ergänzen soll (vgl. WHO 1986, discussion paper, Ottawa 1986). Mit der Ottawa Charta ist ein Leitlinienpapier zur Entwicklung und Professionalisierung der Gesundheitsförderung vorgelegt worden, auf dem inzwischen eine fast 20-jährige Praxis der Akademisierung der Ausbildung von Gesundheitsförderern, ein dichtes Netz von Verbänden, Initiativen, Projekten bis hin zu Gesetzesvorlagen in Deutschland und vielen anderen europäischen Ländern basieren.

Gesundheitsförderung wird in der Ottawa Charta als ein Prozess beschrieben, dessen Ziel es ist, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986).

Gesundheit ist nicht mehr länger ein zu erreichendes Ziel, sondern eine Qualität im alltäglichen Leben. Dazu bedarf es u.a. der Gesundheitskompetenz, die, laut Kickbusch, die Fähigkeit beschreibt, Gesundheitsinformationen aufzunehmen und zu verstehen, um eigene Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen verantwortlich zu entwickeln (Kickbusch 2006, 69 ff). Diese Kompetenz gehört nicht automatisch zur Ausstattung der Bürgerinnen und Bürger, sondern wird individuell und sozial aufgebaut und ganz wesentlich durch konkrete Lebensbedingungen und Gesellschaftstrukturen geformt. In diesem Zusammenhang wird der Abbau von sozialen Ungleichheiten zu einem zentralen Anliegen der Gesundheitsförderung, der jedoch nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabenstellung anzugehen ist (ebda).

In der Ottawa Charta werden Strategien, wie das Mehr-Ebenen-Modell, der Setting-Ansatz, Partizipation und Empowerment benannt, um diese komplexe Aufgabe zu realisieren und wesentliche Handlungsfelder der Gesundheitsförderung zu beschreiben. Sie machen deutlich, dass die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung verstärkt in den sozialen Lebenswelten, den gesellschaftlichen Institutionen und politischen Entscheidungsgremien gesehen wird.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO 1986, 5)

Die unterschiedlichen Lebenskontexte, Settings und Organisationen werden aufgerufen, ihren Mitgliedern gesundheitsfördernde Angebote zu machen, indem sie Lebens- und Arbeitsbedingungen konkret verbessern sowie die Strukturen der Organisation selbst in gesunde Systeme zu verwandeln. Gesundheit und Gesundheitsförderung werden damit zu einer Qualität der Organisationsentwicklung. Zahlreiche Untersuchungen und Studien haben in den letzten Jahren ergeben, dass in diesem Zusammenhang insbesondere die Kommunikationsstrukturen, die Arbeits- oder Lernatmosphäre sowie der Führungsstil maßgeblich sind, um sich in einer Struktur wohlfühlen und sie als gesundheitsfördernde Einrichtung wahrzunehmen (vgl. u.a. Becke 2012).

Mühsam und völlig unzureichend sind damit alle Bemühungen um Aufklärung des Individuums, wenn die sozialen und gesellschaftlichen Kontextbedingungen sowie die politischen und marktwirtschaftlichen Interessenkonflikte im Ringen um Gesundheit nicht mit bedacht und bearbeitet werden. Hier die Verantwortung dem Einzelnen zuzuschreiben, wird „als blaming the victim“ bezeichnet (Bittlingmaier, Schnabel,) und hat sich insgesamt als wenig hilfreich und effektiv erwiesen.

In dieser Dynamik werden Gesundheit und Wohlbefinden des Einzelnen zu Instrumenten eines Gesundheitsmarktes, der als Segment der freien Marktwirtschaft an Leistung und Gewinnmaximierung ausgerichtet ist. Hier wird der „funktionierende Mensch“ zunehmend als

„human resources“ auf seinen Gebrauchswert reduziert und als potenter Konsument gebraucht (Hoefert/Klotter 2011, Frances 2013). Das Grundverständnis und Grundanliegen der Ottawa Charta wird auf diese Art und Weise nicht nur nicht umgesetzt, sondern mitunter in sein Gegenteil verkehrt. Die Dimension der Biographie kann in diesem Kontext diejenigen Bemühungen der Gesundheitsförderung unterstützen, die auf die Selbstbestimmungskompetenz des Individuums und eine entsprechende gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenskontexten abzielen.

2. Biographie als individuelle Zusammenhangsbildung und Sinnbildung

Das erziehungswissenschaftliche Konzept der Biographie erlaubt, in Theorie und Praxis die beiden Seiten von individuell und gesellschaftlich bedingter Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Blick zu nehmen:

„Biographie ist das Ergebnis eines umfassenden Stoffwechsels des Menschen mit den sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Welten, die ihn umgeben, sozusagen eine große Gestaltbewegung im Prozess der Selbstorganisation des Menschen.“ (Keil 2004, 112)

Die Kategorie Biographie ist immer auf den einzelnen Menschen gerichtet und stellt das Subjekt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, blendet aber den Kontext, die umgebenden Lebenswelten und die kulturhistorischen Zusammenhänge dabei nicht aus. Im Gegenteil, sie werden zu individuell verwandelter Substanz. Biographie ist damit ein Schnittstellenkonzept, das der komplexen und dialektischen Ausrichtung der Gesundheitsförderung entspricht.

Geisteswissenschaftlich-hermeneutische (Dilthey) und phänomenologisch-wissenssoziologische Impulse (Husserl, Schütz) bilden die umfangreiche erziehungs- und sozialwissenschaftliche Tradition, auf die hier zurück gegriffen werden kann, um die Dimension der Biographie im Kontext der Gesundheitsförderung theoretisch zu verankern. Die Erfahrungen in der Erwachsenenbildung der letzten 20 Jahre zeigen ebenfalls, wie fruchtbar der Ansatz in transformative Bildungsprozesse entfaltet werden kann (vgl. u.a. Alheit 2004, Homfeld 1991).

Biographie soll zunächst als eine „im lebenslangen Prozess erworbene Aufschichtung und Interpretation von Erfahrungen, die bewusst oder unbewusst in unsere Weltdeutung und das heutige Handeln eingehen“ (Gudjons 2008, 21) verstanden werden. D.h. anders als der Begriff des Lebenslaufs wird mit der Biographie eines Menschen nicht nur die Ansammlung von Lebensereignissen und Erfahrungen in den Blick gerückt, sondern deren individuelle Interpretation in der sich nicht zuletzt soziale Deutungen und Bewertungen von Leben und Welt niederschlagen.

Im Rückgriff auf Dilthey wird bei Marotzki (Marotzki 2006, 115f) die konzeptionelle Dimension der Biographie als Zusammenhangsbildung beschrieben: Die Leistung des menschlichen Bewusstseins besteht darin, so Marotzki, ständig Bezüge und Beziehungen zwischen den Teilen und dem Ganzen herzustellen. Dilthey spricht hier von der individuellen

Sinnlogik, die auf diese Weise entwickelt wird und Haltung, Verhalten und Handlungen des Menschen wesentlich bestimmen.

„Die Biographie ist somit ein vom Subjekt hervorgebrachtes Konstrukt, das als Einheit die Fülle von Erfahrungen und Ereignissen des gelebten Lebens zu einem Zusammenhang organisiert.“ (ebda., 116)

Marotzki beschreibt in diesem Prozess zwei wesentliche Reflexionsformate, die für die „ordnende Verstehensbegegnung“ mit Welt und Selbst bedeutsam sind: Das diachrone und synchrone Format.

Das diachrone Reflexionsformat beschreibt die sequentielle Entwicklung eigener Episoden und Geschichten. Es beschreibt den historischen Aneignungsprozess von Welt und Selbst. Dieses bezieht sich nicht nur auf die eigenen als bedeutsam erlebten Stationen des Heranwachsens, sondern auch auf die Erzählungen anderer bzw. auf die soziokulturellen Erlebensräume. Hier werden die kulturellen, historischen Bedingungsgefüge abgebildet, die die Gestaltungsautonomie des Subjekts aus soziologischer Sicht beschränken und das Subjekt in den Zeit- und Sozialgeist einbinden.

„Wenn Menschen im diachronen Reflexionsformat keine erinnernden Zusammenhänge entwerfen können, können sie die entscheidenden Fragen - woher komme ich, wohin gehe ich und wer bin ich - nicht für sich beantworten. Sie sind dann existentiell entwurzelt.“ (Marotzki 1990, 64)

Der synchrone Reflexionsmodus hingegen ist wesentlich durch die sozialen Bezüge des Subjekts bestimmt. Diese werden – so Marotzki – nicht zuletzt durch den Verlust intersubjektiv übereinstimmender Sinnhorizonte in der Moderne, wie sie z.B. früher durch Religion oder feste Sozialgefüge gegeben waren, zu einem ganz wesentlich konstituierenden Modus des Selbst- und Weltbezugs. Das Individuum ist darauf angewiesen, mit anderen zusammen Intersubjektivität in der Gegenwart herzustellen und sich dieser fortlaufend zu vergewissern. Geht diese durch anhaltende Fremdheitserfahrungen, z.B. durch Emigration oder soziale Isolation verloren, kann Biographie „ins Trudeln“ geraten (Schütze 1983). Damit verweist Marotzki auf die fundamentale Bedeutung von sozialer Bindung und Teilhabe, Anerkennung und Wertschätzung für die Entwicklung der Selbstwahrnehmung und der Identität.

Beide Reflexionsformate sind für die Entstehung biographischer Ordnung fundamental und bilden nicht zuletzt die Struktur zum Aufbau von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, Glaubenssätzen und Lebensmottos, die Selbstwahrnehmung in gesellschaftlichen Prozessen etc.

Diese theoretischen Versatzstücke deuten an, inwiefern die Dimension Biographie für Gesundheit und Gesundheitsförderung von Bedeutung ist. Selbstbestimmtheit und damit Autonomie über Lebens- und Gesundheitsentscheidungen sind wesentlich von diesen

biographischen Erfahrungen, Aufschichtungsprozessen und Zusammenhangsbildungen abhängig.

In der anthropologischen Medizin Victor von Weizsäckers werden Gesundheit und Krankheit noch darüber hinausgehend als Ausdruck biographischer Krisen, Umbrüche und „nicht gelebten Lebens“ interpretiert (von Weizsäcker 1956, Hanses 1996). Daraus entstehen neue Sinnhorizonte von Gesundheit und Krankheit, die die bestehenden Determinanten erweitern und zu neuen Diskussionen führen können.

Gesundheit an sich und die Beziehung zu ihr können folglich nicht losgelöst von den biographischen Aufschichtungsprozessen gedacht werden, die einen wesentlichen Beitrag zum hier zugrundgelegten Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung darstellen.

3. Biographisierung bzw. Biographizität als Gesundheitskompetenz

Biographisierung oder Biographizität beschreiben die individuelle Fähigkeit, „moderne Wissensbestände an biographische Sinnressourcen anzuschließen und sich mit diesem Wissen neu zu assoziieren“ (Alheit 2003, 25).

Alheit sieht darin eine Schlüsselqualifikation, die es uns ermöglicht, unser Leben innerhalb der Rahmenstrukturen in denen wir leben, immer wieder neu zu deuten und gleichzeitig die uns umgebenden Kontexte als gestaltbar und veränderbar wahrzunehmen.

„Wir lernen in einem spezifischen Sinne selbstreferentiell (Alheit 1997; Alheit/Dausien 2002). Das Erfahrungsfremde, das uns im Laufe unserer Biographie begegnet, muss erst in den je eigenen „Erfahrungscode“ übersetzt werden, bevor es prägende Wirkung entwickeln kann. Dieser Code ist jedoch das Ergebnis biographischer Erfahrungsaufschichtung. Er repräsentiert also einerseits das unverwechselbar einzigartige Resultat eines Verarbeitungsprozesses in der Zeit, bleibt aber andererseits an die lebensweltliche Semantik der umgebenden Sozialwelt anschließbar, weil die zu verarbeitenden Lernimpulse in der Regel aus dieser Sozialwelt stammen. Biographische Lernprozesse folgen daher dem Prinzip einer nach außen offenen Selbstreferentialität, sind sozial bedingte biographische Konstruktionen.“ (Alheit/Dausien 2006, 435)

Es geht dabei aber eben nicht nur darum, die Anpassungsleistungen des Individuums an Rahmenbedingungen des Lebens sichtbar zu machen und zu verstehen, sondern auch die Gestaltbarkeit von Kontexten in den Blick zu nehmen, die im Laufe des Lebens angestrebt und realisiert wurden. Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung wird der Beitrag der biographischen Dimension zur Gestaltung von Lebenswelten sichtbar. Hanses (2004) leitet daraus ein Kriterium für die Entwicklung gesundheitsfördernder Organisationen und Systemen ab: Diese sollen zunehmend durchlässig für biographische Entwicklungen und Potenziale ihrer Mitglieder werden und sich verstärkt als beeinflussbare, dynamische Lebenswelten konzipieren.

„Nicht mehr die Institutionen fungieren als „Stichwortgeber“ für Biographien; es sind die Biographien der Individuen, die als „Institutionsgeneratoren“ ernst genommen werden müssen. Dieser Prozess setzt eine Verringerung der bestehenden Machdifferenziale voraus, eine Zivilisierung und Informalisierung.“ (Hanses 2004, 23)

Die Aufhebung einer strikten Unterscheidung zwischen Individuum und Setting, wie sie in der Betrachtung von Hanses deutlich wird, ermöglicht ganz neue produktive und angesichts der gegenwärtigen gesellschaftlichen Herausforderungen im Gesundheitsbereich notwendige erkenntnisbezogene Fundierungen und die Entwicklung von Praxiskonzepten (vgl. ebda.). Der Biographiebezug verankert das Subjekt als zentrale Dimension in der Gesundheitsförderung, womit „nicht nur eine Subjektorientierung in die Gesundheitswissenschaft eingeführt, sondern ein politisch relevantes, sensibilisierendes Konzept geschaffen (wird), das filigrane, aber für die Gesundheitsförderung bedeutsame, Differenzierungen zwischen Fremdzuweisung und Selbstbemächtigung erlaubt.“ (Hanses 2004, 21)

Strategien wie Partizipation und Empowerment werden so zu Schlüsselqualifikationen und wichtigen Instrumenten weiter Bevölkerungsschichten, um Einfluss als „Institutionsgeneratoren“ nehmen zu können und gesundheitsfördernde Settings mitzugestalten.

Diese Betrachtung regt eine Diskussion an, die nicht zuletzt in der Gesundheitsförderung auf akademischer und berufspolitischer Ebene von Bedeutung ist und im Hinblick auf die Ziele einer Public Health Ausbildung im 21. Jahrhundert (vgl. McKee 2013) zahlreiche Anschlussstellen aufzeigt.

4. Biographische Arbeit als Schlüssel zum Verstehen von Biographie

Biographisches Arbeiten wird als Königsweg zur Erschließung von Biographien, zur Selbstreflexion und zur Entwicklung von Biographizität gesehen (vgl. Gudjons 2008, Hölzle 2011). Es widmet sich den subjektiv als sinnvoll und funktional erlebten, individuellen und kontextbezogenen Zusammenhängen und Lebenserfahrungen. Biographisches Arbeiten findet im Rahmen methodisch organisierter Reflexion der Vergangenheit und Gegenwart statt und ist prinzipiell in zahlreichen Kontexten der Erwachsenenbildung und Beratung möglich.

Durch Übungen werden Erinnerungen und Reflexion bestimmter thematischer Zusammenhänge angeregt und durch Leitfragen unterstützt. Sie führen zu intensiven Erkundungen der eigenen biographischen Realität und regen zum Austausch mit anderen Menschen an. Dabei können grundsätzlich ganz verschiedene kreative Techniken Eingang finden und die reflexiven Prozesse stimulieren: Das Verfassen von Texten oder Gedichten, der malerische Ausdruck, das Theaterspiel, metaphorische Repräsentation etc. Durch Übungen können Richtung und Intensität der biographischen Arbeit beeinflusst, jedoch letztlich nicht gezielt gesteuert werden. Biographisches Arbeiten fördert das Erzählen und Zuhören. Narration an sich unterstützt die Zusammenhangsbildung und wird in der

Biographieforschung gezielt als Methode zur Erkundung von Einzelbiographien eingesetzt (Schütze 1983).

Die erzählten Erinnerungen stellen aktuelle Konstruktionen dar, die Ausdruck der individuell bedeutsamen Erfahrungen und deren Interpretation sind. Es geht nicht darum, ob das Individuum hier wahrheitsgetreu berichtet, sondern darum, dass im Erzählten die aktuelle Sicht und Haltung dem eigenen Leben und der Welt gegenüber dargestellt wird.

Die Ziele biographischen Arbeitens liegen u.a. darin

- die eigene Geschichte wahrzunehmen und zu verstehen,
- Zusammenhänge zwischen Gestern – Heute – Morgen zu erkennen, den „roten Faden“ im eigenen Leben zu erkennen,
- Muster im Handeln und Verhalten (Konstruktionsprinzip) wahrzunehmen und den sozialen Kontext dabei zu realisieren,
- interne/externe Ressourcen ausfindig zu machen (Handlungskompetenzen),
- Phasen des Wohlergehens und des Leidens wahrzunehmen und zu identifizieren (Unterschiedsbildung)
- Selbsterkenntnis und Empathie zu stärken.

Eine wertschätzende Grundhaltung stellt die zentrale Bedingung dar, um biographische Arbeit mit Menschen anzuregen und durchzuführen. Es bedarf einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre und der Verschwiegenheit (Gudjons 2008, Hölzle 2011). Das Erzählen biographisch bedeutsamer Ereignisse und Lebensabschnitte folgt dem Gebot der Freiwilligkeit und kann jeder Zeit abgebrochen werden, wenn sich die Person unbehaglich fühlt.

Die Aufgabe der Leiterin/des Leiters biographischer Übungen besteht darin, einerseits den didaktischen Rahmen zu schaffen und andererseits durch das eigene Verhalten und die Rahmung von Aussagen, Wertschätzung, Respekt und Interesse authentisch zum Ausdruck zu bringen. Die Reflexion und der Austausch über biographisch bedeutsame Aspekte können nur gelingen, wenn sich die Leitung als offener, aufmerksamer und annehmender Dialogpartner versteht und sich aller Wertungen im Sinne von „richtig“, „falsch“, „unmöglich“ etc. enthält.

In der hier bearbeiteten Fragestellung ist die Zielgruppe des biographischen Arbeitens die Gruppe der Gesundheitsförderer und Ernährungsberater, mit dem Ziel, die biographische Dimension in Konzept und Durchführung von Gesundheitsprogrammen stärker zu beachten und die Experten in dieser Hinsicht zu sensibilisieren und professionalisieren.

4.1. Biographisches Arbeiten in gesundheitsbezogenen Bildungs- und Beratungssituationen

Bezogen auf den Gesundheitsbereich werden mit der biographischen Perspektive im Prinzip die obenstehenden Ziele verfolgt, ergänzt durch einige, die die Thematik Gesundheit/Krankheit/ Gesundheitsförderung stärker umkreisen, wie z.B.:

- Wahrnehmung und Umgang mit subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit und ihrer Entstehung,
- Verstehen und stärken der Biographizität als Gesundheitskompetenz durch biographische Übungen,
- Wahrnehmung der Lebenswelten als gestaltbare Umwelten und Stärkung von Empowermentkompetenzen,
- Wahrnehmung und Stärkung der vorhandenen Ressourcen für Partizipation und Empowerment,
- Gemeinschaftliche Organisation aufgrund biographischer Gemeinsamkeiten,
- Stärkung der Selbstbestimmung im Umgang mit dem Gesundheitssystem und seinen Vertretern.

In der akademischen Ausbildung von Gesundheitsförderern an der Pädagogischen Hochschule in Heidelberg ist es gelungen, die Perspektive der Erziehungswissenschaften im Studium durch ein konstruktivistisches Lehr- und Lernverständnis sowie durch die Bedeutung der Biographie und einer biographisch orientierten Erkenntnishaltung als Modul zu verorten (www.ph-heidelberg.de/gefoe/html).

Außerhalb der Hochschule konnten wir in Kooperation mit der Dr. Rainer Wild-Stiftung, Heidelberg (www.gesunde-ernaehrung.org) und dem Verband deutscher Oecotrophologen (VDOE, www.vdoe.de) mit dem Ansatz erfolgreich im Rahmen von Fortbildungen für Ernährungsberatung und -bildung experimentieren und ihn im Fortbildungsprogramm etablieren. Erfahrungen mit einem Aufbaukurs liegen ebenfalls bereits vor.

Die nun folgenden Beschreibungen sind aus einem dieser Workshops entnommen (April 2013) und verdeutlichen Aspekte und Stimmungen, Modi der Reflexion und Erkenntnisse, die uns so oder so ähnlich in allen Veranstaltungen dieser Art begegnet sind. Die hier eingefügten Zitate von Teilnehmerinnen sollen die Qualität der gemeinsamen Arbeit verdeutlichen und sind bei der Durchführung des Workshops mitgeschrieben oder den Plakaten gemeinsamer Reflexionsphasen entnommen worden.

4.2. Biographiearbeit mit Ernährungsexperten in Bildungs- und Beratungskontexten

Die Teilnehmerinnen und ein Teilnehmer des Workshops „Biographie und Ernährung“ sind in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Gesundheitsförderung und Ernährungsbildung tätig. Im Laufe von zwei Workshop-Tagen werden kurze theoretische Inputs zum Thema „Biographie“ sowie „Biographie und Ernährung“ gegeben und von zahlreichen biographischen Übungen umrahmt. Die Übungen verlaufen in drei Phasen:

- Individuelle Reflexion zu einem Aspekt der eigenen Biographie und des Lebensalltags, angeregt durch einige Fragen,
- Austausch der Erfahrungen in kleinen Gruppen von vier Personen und

- Rückmeldung des Erlebens und wichtiger Eindrücke im Gesamtplenum.

Zunächst werden die Kolleginnen und Kollegen eingeladen, sich auf biographische Übungen einzulassen, die die eigene Beziehung zum Essen, zur Ernährung reflektieren. Schnell wird deutlich, dass im Sinne subjektiver Theorien und biographischer Verwobenheit, das Thema Essen und sich Ernähren nicht vom restlichen Lebenskontext, von Werten und Haltungen im Leben, von Beziehungen und Lebensweise abzukoppeln ist. Allein eine Einstiegsübung, bei der der gestrige Tag daraufhin befragt wird, wann man was, wie und wo gegessen hat, ob es einem dabei gut ging, was die eigene Mutter dazu sagen würde etc., offenbart den Blick auf eine komplexe Lebensgestaltung, in der das Essen häufig vielfältigen Interessen, Zwängen und Dynamiken untergeordnet und/oder in Rituale eingebunden ist. Das, was aus der theoretischen Beschäftigung inzwischen hinlänglich bekannt, wird am eigenen Leib spürbar und in der Gruppe ausgetauscht (vgl. zum Zusammenhang Essen und Biographie z.B. Heindl 2003, Methfessel 2005, Barlösius 2011). Dass die eigene Ernährungspraxis häufig entgegen der „richtigen ernährungsphysiologischen Herangehensweise“ verläuft, überrascht und beschämt viele Kolleginnen und Kollegen. Ed bringt die Betreffenden in Konflikt mit der eigenen professionellen Rolle und den anwesenden Ernährungsexperten.

„Das kann man ja gar niemanden sagen! Ich habe auch bei mir die Tendenz verspürt, den Anderen in der Gruppe nicht alles zu erzählen, sondern so manches von dem, was ich gestern gegessen habe, unter den Tisch fallen zu lassen. Bescheuert, da schämt man sich, aber wir wissen doch, dass das Leben so ist und nicht dem Lehrbuch entspricht. Gott sei Dank konnte man sagen, dass es kein Standardtag war...!“

Sich selbst „ertappt“ zu fühlen, zu spüren, wie das eigene Abweichen von der „richtigen Ernährung“ zu einem inneren Konflikt und zu großem Unbehagen führt, löst zahlreiche Reflexionen und Neubewertungen der professionellen Tätigkeit aus. Insbesondere wenn die Kolleginnen nachdenklich konstatieren: „*Es ist doch verrückt, dass wir direkt immer analysieren und bewerten*“ wird der professionelle Habitus deutlich, der stark naturwissenschaftlich ausgerichtet ist und damit die Beziehung, den Prozess und das vermeintlich anzustrebende Ergebnis definiert. Ebenso zeigt der eingangs zitierte Kommentar als Reflexion einer Gruppenarbeit die Sensibilität und Verletzlichkeit, die mit dem Thema Essen verbunden sein kann, ebenso wie die tiefe Verwurzelung dieses Aspektes mit und in unsere Identität und den zugrundeliegenden biographischen Aufschichtungsprozessen.

Entlang der Reflexion der eigenen, vulnerablen Geschichte, werden die Komplexität des Zusammenhangs und die Einbettung in ganz persönliche Deutungsmuster und Lebenskontexte zunächst „nur“ spürbar. Dadurch werden bestimmte professionelle Vorannahmen in Frage gestellt. Das gemeinsame Reflektieren der Übungen in Kleingruppen, schwemmt weitere Versatzstücke der eigenen Biographie ans Tageslicht und unterstützt den individuellen Erinnerungsprozess. Darüber hinaus wird im Austausch auch deutlich, dass es Gemeinsamkeiten in den Geschichten, geteilte soziokulturelle Werte und zeitgeschichtliche Strömungen gibt, die für mehrere Menschen einer geografischen Region, einer Altersstufe oder in einer bestimmten Lebensphase von Bedeutung waren. Das so hoch Individuelle und Einzigartige entpuppt sich - zumindest in Facetten und bestimmten Phasen - erkennbar als

soziale Konstruktion. Auch hinsichtlich der Berufsbiographie und der professionellen Tätigkeit werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede wahrgenommen und der Berufsgruppe probenhalber zugeschrieben.

Zunehmend ermöglichen es die Gruppengespräche und Austauschrunden im Workshop, Erzählungen über Ess-Geschichten unkommentiert stehen zu lassen oder nur interessierte und wohlwollende Nachfragen zu stellen. Jegliche Form der Bewertung oder der Austausch vermeintlich „guter Ratschläge“ bleiben mehr und mehr aus. Das einfach Erzählenkönnen und das urteilsfreie Zuhören werden von den Kollegen wahrgenommen und als wohltuend erlebt.

Die eigene „Normalvorstellung“ wird mit anderen „Normalitätsansprüchen“ konfrontiert und die entstehende Vielfalt rüttelt an persönlichen und professionellen Leitlinien und Interpretationsschemata ihrer alltäglichen Beratungs- und Bildungspraxis. Dadurch wird die Bereitschaft, sich auf das Gegenüber einzulassen, erhöht und empathisches Verstehen vorbereitet. Es stellt eine Voraussetzung dafür dar, den Anderen in seiner – von der eigenen völlig disparaten - Geschichte wahrzunehmen und anzuerkennen.

Mit den Teilnehmerinnen werden im Workshop Konsequenzen aus der biographischen Perspektive für die Arbeitspraxis entwickelt. Nehmen sie diese biographische Perspektive als Erweiterung ihres Arbeitssettings ernst, sind sie nicht mehr länger die unumstrittenen *Experten* in der Beratungssituation, im Gegenteil: Nur der Klient kennt die innere Sinnlogik seines Tuns und der vermeintliche Fachexperte bemüht sich nun, dieser Logik auf die Spur zu kommen. Der Berater weiß nichts oder nur wenig über die biographischen Zusammenhänge seines Gegenübers und dieses Nichtwissen ist die beste Voraussetzung, um sich dafür authentisch zu interessieren und den Erzählungen zu zuhören. Die in diesem Zusammenhang bereits existierenden Beratungsmodelle (vgl. Heindl 2003) werden mit den Teilnehmerinnen besprochen und wesentlich überarbeitet. Zentraler Knackpunkt dabei ist immer wieder die Frage nach „richtig“ und „falsch“ und danach, ob sie, als Gesundheitsexpertinnen, das gesundheitsgefährdende Verhalten eines Menschen nicht ganz klar zurückweisen und gegebenenfalls auf eine Verhaltensänderungen drängen *müssen* – zum Guten des Klienten oder der Gruppe.

Ressourcen für den Umgang mit schwierigen Lebenssituationen treten im Rahmen biographischer Arbeit in den Vordergrund und nicht das vermeintlich falsche Verhalten. Das ursprünglich scheinbar klar *definierte Problem* – hier ein Ess- oder Ernährungsproblem, es kann sich aber natürlich auch um ein Bewegungsproblem oder eine Frage des gesundheitsgefährdenden Lebensstils handeln – entpuppt sich vielleicht sogar paradoxerweise als Ressource und „Schadensbegrenzung“ in einem viel komplexeren Lebenszusammenhang. Das Ziel einer Bildungsmaßnahme oder einer Beratungssequenz wird dann von der Person und nicht mehr von Experten, ernährungsphysiologischen Erkenntnissen folgend, definiert. Kompetenzen und Stärken, die im Laufe des Lebens hilfreich waren, um schwierige Situationen zu meistern, Leid auszuhalten, Perspektiven und Kontexte zu verändern, werden als *Ressourcen* bei aktuellen Veränderungen gedeutet und hervor gehoben. Bei den biographischen Erzählungen werden diese Umfelder, Lebenskontexte sichtbar und als Ressourcen oder Hemmnisse im Prozess von Veränderung gedeutet. Auch in dieser Optik

biographischen Arbeitens können Anliegen formuliert und Veränderungen bzw. Gestaltungsräume gesucht werden. Bildungs- und Beratungssituationen müssen dann über die Entwicklung individueller Kompetenzen hinausgehen und die Veränderungsmöglichkeiten und *Einflussnahmen auf soziale Lebensräume* und Settings prüfen und erarbeiten. Aus der Selbsthilfe-Bewegung sind diese voraussetzungsreichen Prozesse des Empowerment gut bekannt und dokumentiert (vgl. u.a. Borgetto 2004). Im Sinne der Gesundheitsförderung kann auf diese Weise mehr Selbstbestimmung zu mehr Partizipation und im besten Fall zu mehr Selbstbemächtigung führen und in Settings und Lebenswelten geltend gemacht werden. Für viele Experten im Bereich der Gesundheitsbildung ist diese Perspektive auf die Settings durch die Konzentration auf das Individuum und sein „persönliches Problem“ verstellt und wird nicht als wesentlicher Teil des Prozesses in den Bildungs- und Beratungskontext mit einbezogen.

Die Experten merken im Rahmen des Biographie-Workshops, wie schwer es ihnen fällt, diese veränderte Perspektive und die neue Rolle - und hierbei insbesondere die wertschätzende Haltung - einzunehmen. Die Aufforderung sich selbst als forschende, explorierenden und teilhabende zu verstehen und dem Gegenüber die aktive, wissende und prozessgestaltende Rolle weitestgehend zu lassen oder wieder zu geben, dabei den Blick auch auf die Kontexte zu richten, steht häufig der bisherigen fachwissenschaftlichen professionellen Haltung diametral entgegen.

Eine Teilnehmerin hat diese Erkenntnis sehr anschaulich im Zusammenhang mit einer Fallanalyse beschrieben:

Zum Abschluss der Fortbildung wurden einige Interviewpassagen aus einem Gespräch mit einer Patientin in einer Rehabilitationseinrichtung eingespielt, in dem diese von ihren zahlreichen Erkrankungen, ihren Schmerzen, dem Übergewicht, all den fehlgeschlagenen Versuchen und ihren Erklärungsansätzen dafür erzählt. Von der Interviewerin angeregt, spricht sie aber auch darüber, was sie eigentlich gerne und mit Freude tut, von ihren Hobbys, von ihrer unterstützenden Familie, ihren Vorlieben, ihrer humorvollen Art, das Leben zu nehmen etc. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildung haben die Aufgabe, der Wiedergabe des Gesprächs zuzuhören und sich dabei Notizen über Potenziale und Stärken (inneren und sozialen) dieser Patientin zu machen. Zunächst, gestärkt durch zwei Tage Biographiearbeit und dieser „biographische Brille“ auf der Nase, bemerken sie zahlreiche Ressourcen und positive Stimuli der Erzählerin. Dann werden ihre Aufzeichnungen immer weniger, versiegen schließlich und die TN tauschen vielsagende Blicke aus. Eine Teilnehmerin bringt ihre Wahrnehmung hinterher im Plenum auf den Punkt.

„Ich habe während des Interviews richtig gemerkt, wie ich nach und nach wieder in meine professionelle Rolle gerutscht bin und all die Argumentationsketten der Frau, die ich schon so oft gehört habe und mein Zweifel an der Aufrichtigkeit ihrer Erzählung wieder hoch kamen. Und plötzlich wurde ich immer wütender und das, was ich vorher als tolle Ressource der Frau angesehen habe, habe ich plötzlich als Hemmnis und Selbstbetrug der Frau bewertet.“

Die Schwierigkeit, die Perspektive dauerhaft zu wechseln wird hier wahrgenommen und reflektiert. Dies ist wertvoll und veranschaulicht die Dynamik der internen Auseinandersetzung der Teilnehmerinnen. Bei einer abschließenden Diskussion werden wesentliche Eindrücke des Workshops folgendermaßen zusammen gefasst:

- Biographisches Arbeiten ist „keine Technik, sondern eine innere Haltung“, die wachsen muss.
- Es ist dafür wichtig, „sich selbst anzugucken“.
- Es ist wichtig und sehr angenehm „Zeit zu haben, um selbst biographisch zu arbeiten“.
- Es wäre bedeutsam, den Fokus des biographische Arbeitens auf die eigene Berufsprofession zu lenken und die „eigene Beziehung zur ‚richtigen Ernährung‘ zu erkunden“.

Alle Teilnehmerinnen berichten übereinstimmend, dass sie Zeit brauchen, um die Erfahrungen und Gedanken zu verarbeiten, einige sind in biographischen Reflexionen verstrickt, denen sie weiter nachgehen wollen. Andere suchen in ihrer bisherigen Arbeitspraxis Anschlussstellen und Nischen, um mit der ein oder anderen Übung oder Fragehaltung ihren Berufsalltag zu bereichern. Allen ist klar, dass es viel mehr Zeit bedarf, um sich intensiver mit diesem Ansatz auseinander zu setzen, die eigene Rolle dabei ebenso wie die konkreten und gesellschaftlichen Arbeits- und Rahmenbedingungen zu hinterfragen sowie die Erfahrungen in der jeweiligen Praxis auszuprobieren.

4.2. Anschlussstellen biographischen Arbeitens und systemischer Erkenntnishaltung und Beratungsmodelle

Die Anschlussstellen biographischen Arbeitens und systemischer Erkenntnishaltungs- und Beratungsmodelle (vgl. hierzu aus der Fülle der Literatur Schlippe/ Schweizer 2007, Simon 1995, Foerster 1981) liegen auf der Hand. Gemeinsame Grundorientierungen liegen z.B. in

- der Absage, Komplexität zu reduzieren indem Kausalität seitens eines Beobachters definiert wird,
- der Bewertung des Problems als Symptom eines größeren Zusammenhangs,
- der Wahrnehmung des Problems als Lösung einer anders nicht zu bewältigenden Herausforderung, die individuell/systemisch seine absolute Berechtigung und Funktion hat,
- der Ressourcenorientierung und Wertschätzung,
- dem Verstehen von Lösungen als Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten,
- der Orientierung an Faktoren im Umfeld, als Bestandteil von Problemen und Lösungen,
- der Entwicklung von Veränderungsvisionen, Lösungsphantasien
- u.v.m.

Dabei geht es nicht mehr um „richtige“ Lösungen für „falsches“ Verhalten aus Sicht des Beraters, sondern um biographische Selbstvergewisserung zur Stärkung der Selbstbestimmung und zur Entwicklung von mehr Wohlbefinden in den konkreten Lebenszusammenhängen. Die Techniken, die im Rahmen systemischen Beratens (Individuen, Gruppen und Organisationen) entwickelt worden sind, lassen sich als Fragetechniken und Instrumente sinnvoll in das biographische Arbeiten integrieren.

5. Konklusion

Biographie, als erziehungswissenschaftliche Dimension, kann einen wichtigen Beitrag zur theoretischen und praktischen Entfaltung und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung darstellen. Biographie und Biographizität sind mit dem Konzept der Selbstbestimmung und der Gesundheitskompetenz sowie der Förderung von Autonomie verbunden. Damit werden sie für das systemische Verständnis von Gesundheit, das die Verantwortung nicht nur beim Einzelnen, sondern auch bei den gesellschaftlichen Institutionen und sozialen Gruppen sieht, bedeutungsvoll.

Die Auseinandersetzung mit der Dimension Biographie und das eigene biographische Arbeiten, können bei Experten im Kontext der Aus- und Weiterbildung eine professionelle Haltung fördern, die die Realisierung der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa Charta voran treibt. Empathie für sich und das Gegenüber wird über die Selbsterfahrung und die Selbsterkenntnis vorbereitet und stimuliert. Damit wird Raum für biographischen Eigensinn und kontextgebundenes dynamisches Verhalten eröffnet – d.h. Verhalten wird nicht mehr in erster Linie mit wissenschaftlichen Gesundheitsstandards und normativen gesellschaftlichen Ansprüchen bewertet, sondern als Prozess oder vorläufiges Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen dem Individuum und seiner persönlichen sowie soziokulturellen Umwelt gesehen. Der Mensch bleibt dabei mit der Erzählung seiner selbst und seinen Veränderungspotentialen im Mittelpunkt des Geschehens und wird nicht zum Objekt mitunter zweifelhafter Gesundheitsinteressen.

Biographisches Arbeiten, als Schlüssel zum Verstehen der biographischen Dimension und biographischen Prozesse braucht Zeit. Bewusstsein über die anthropologischen, psychologischen und soziologischen Zusammenhänge muss auf Seiten der professionell Tätigen wachsen, um fruchtbar in konkrete Arbeits- und Konzeptentwicklung integriert zu werden. Als gemeinsamer Kern in der Ausbildung verschiedener Gesundheitsberufe könnte der Subjektbezug auf diese Weise unauflösbar in der Gesundheitsförderung verankert sowie eine gemeinsame Verständnis- und Verständigungsmöglichkeit für die unterschiedlichen Berufsgruppen geschaffen werden. Deshalb sollten Biographie und biographisches Arbeiten als fester Bestandteil in die Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe aufgenommen werden.

„Nichtnarratives Wissen versucht das Universelle zu erhellen, indem es das Besondere transzendiert; narratives Wissen versucht, indem es sich die Auseinandersetzung Einzelner

mit den Lebensumständen näher ansieht, die Universalien des Menschseins zu erhellen, indem es das Besondere enthüllt.“ (Charon 2006, S.9; hier zitiert nach Hustvedt, 2010, S.35)

Literatur

Alheit, P. 2003. „Biographizität“ als Schlüsselqualifikation. Plädoyer für transitorische Bildungsprozesse. S.7-22 In: QUEM-report. Schriften zur beruflichen Weiterentwicklung. Heft 78, Weiterlernen neu gedacht. <http://www.abwf.de/content/main/publik/report/2003/Report-78.pdf> , Zugriff am 13.05.2013

Alheit, P. & Hanses, A., 2004. „Institution und Biographie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen.“ (8-29). In Hanses 2004

Alheit, P. & Dausien 2006. „Biographieforschung in der Erwachsenenbildung.“ In Krüger, H.-H. & Marotzki, W. 2006. (431-459)

Antonovsky, A. 1997 Antonovsky, A. 1997: Salutogenese (Auszüge und ausgewählte Studien). Dgvt-Verlag

Barlösius, E. 2011. Eine Soziologie des Essens: Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. Juventa. Weinheim

Becke, G. et al., 2012. “Organizational and Political Mindfulness as Approaches to Promote Social Sustainability.” Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen: <http://www.achtinno.uni-bremen.de/index.php?id=6> (artec-paper Nr. 183)

Blättner, B. & Waller, H., 2011: Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Kohlhammer

Borgetto, B. 2004. Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland. Hans Huber, Bern

Charon, R. 2006. Narrative Medicine. Honoring the stories of illness. Oxford University Press

Franzowiak, P./Sabo, P. (ed.) 1993. Dokumente der Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Verlag Peter Sabo. Mainz

Foerster, H.v. 1981: „Das Konstruieren einer Wirklichkeit“. In: Watzlawick, P. (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. Piper. München, S. 39-60

Göpel, E. 2010. Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten. Bd. 4 Mabuse Verlag. Frankfurt a.M.

Gudjons, H., Wagener-Gudjons, B., Pieper, M., 2008: Auf meinen Spuren. Übungen zur Biografiearbeit. Klinkhardt

- Hanses, A. (ed.) 2004. Biographie und Soziale Arbeit. Schneider Verlag. Hohengehren
- Heindl, I. 2003. "Themenfeld Ernährung- zur Bedeutung der Biographiearbeit in der Lehrerbildung". Haushalt & Bildung: Schwerpunkt: Biographie und Lernen. 80 (1), 2003
- Hoefert, H.W. & Klotter, Ch. 2011. „Gesunde Lebensführung“ – eine kritische Analyse eines populären Konzepts. Huber. Bern
- Homfeldt, H.G. (Hrsg.) 1991: Erziehung und Gesundheit. Deutscher Studienverlag. Weinheim
- Hölzle, Ch. & Jansen, I (ed.), 2011: Ressourcenorientierte Biografiearbeit. 2., durchges.Auflg., VS Verlag
- Krüger, H.-H. & Marotzki, W. (ed.) 2006. Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden
- Keil, A.: „Gesundheit und Krankheit als biographische Gestaltbewegung.“ (111-127). In Hanses 2004
- Kickbusch, I. 2006. Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und ihre Konsequenzen für die Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- Marotzki, W. 1990. Entwurf einer strukturalen Bildungstheorie. Biographietheoretische Auslegungen von Bildungsprozessen in hochkomplexen Gesellschaften. Weinheim
- Marotzki, W. 2006: „Bildungstheorie und Allgemeine Biographieforschung.“ In: Krüger, H.-H. & Marotzki, W. (ed.), (59 – 71)
- McKee, M. 2013: "Public Health-Ausbildung im 21. Jahrhundert", in: European Journal of Public Health, 02/2013
- Methfessel, B. (2005). Fachwissenschaftliche Konzeption: Soziokulturelle Grundlagen der Ernährungsbildung.. In Paderborner Schriften zur Ernährungs- und Verbraucherbildung, H. Hesecker & K. Schlegel-Matthies (Hrsg.), H. 7. Auf der Homepage des Projektes REVIS unter www.evb-online.de veröffentlicht.
- Organizzazione Mondiale del Sanità, OMS, 1946: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Organizzazione Mondiale del Sanità OMS 1986: <http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/italiano/speciali/sanita/Pdf/CartaOttawa.pdf>
- Ruckstuhl, B. 2011. Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Schnabel, P.-E. 2009. "Zur Kritik medizin-paradigmatischer Normativitäten in der aktuellen Präventionspolitik" in Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen

gesundheitlicher Ungleichheit, Bittlingmayer ed al., Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Schütze, F. 1983. "Biographieforschung und narratives Interview." In Neue Praxis 13 (1983), H.3 (283-293)

Schlippe, A. von & Schweizer, J. 2007. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vadenhoek und Rupprecht. Göttingen

Simon, F. 1995: Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Carl Auer. Heidelberg.

Weizsäcker, V. v., 1956. Patosophie. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen.

Wright, M. 2010. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und der Prävention. Hans Huber. Hogrefe

Zocher, U. 2011. "Biographisch orientierte Gesundheitspädagogik. In Knörzer, W. & Rupp, R. 2011. Gesundheit ist nicht alles – was ist sie dann? Schneider Verlag. Hohengehren.(34-46)