

Gesundheitsförderung zwischen Defizit- und Ressourcenorientierung

RAIMUND GEENE

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich mit der Ottawa-Charta von der Fixierung auf Krankheit abgewendet und die Förderung der positiven Potenziale für Gesundheit herausgestellt. Zwar unterstützt die Fachwelt die Neuorientierung einmütig – in der Praxis ist sie jedoch kaum angekommen. Weiterhin dominieren negative Anreizsysteme – finanziert werden Maßnahmen gegen Krankheiten, Störungen und Probleme.

Wie kann es nun aussehen, eine Hinwendung zu Ressourcen, Resilienz und Respekt, um Kinder stark zu machen? Dieses Dilemma zwischen Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung wird am Beispiel der kindheitsbezogenen Wissenschaften dargestellt und diskutiert.

Schlüsselwörter: Ottawa-Charta, Begrifflichkeiten, salutogenes Denken, Partizipation, Präventionsgesetz

Salutogenes Denken

Schon die Präambel zur Gründung der Weltgesundheitsorganisation 1949 in New York verweist auf den Umstand, dass Gesundheit nicht (nur) als Abwesenheit von Krankheit betrachtet werden darf, sondern als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden, so wie es 1986 in der Ottawa-Charta in drei Kernstrategien und fünf Handlungsfeldern durchbuchstabiert wird. Doch wie können wir Gesundheit anders messen als über Krankheitsdaten? Und sogar noch grundsätzlicher: wie können wir Gesundheit überhaupt anders denken denn als Umkehrung von Krankheit? Wie also kann der Aufforderung der Ottawa-Charta nachgekommen werden, Gesundheit substantiell salutogen zu denken?

In meinem Beitrag diskutiere ich „salutogenes Denken“ am Stand der Etablierung der Ressourcenorientierung in den kindheitsbezogenen (Gesundheits-)Wissenschaften. Ausgangspunkt sind unsere Forschungsstandanalysen aus verschiedenen kindheits- und gesundheitswissenschaftlichen Fachperspektiven [Geene et al. 2013], die zeigen, dass in weiten Teilen ähnliche Diskurse geführt werden. Gemeinsamer Nenner dabei ist das Ziel, die Potenziale und Ressourcen von Kindern, Jugendlichen und jungen Familien stärker in den Mittelpunkt zu rücken, ihre Resilienz zu stärken und ihnen mit Respekt zu begegnen. Die „klassische“ Fixierung auf Probleme und Defizite soll im Interesse der Menschen in diesen Lebensphasen überwunden werden.

Babylonische Sprachverwirrung

Trotz dieser Gemeinsamkeiten im Ziel sind die Begrifflichkeiten z. T. unterschiedlich, wie sich beispielgebend beim Begriff „Setting“ zeigt: Hier meint das therapeutische Setting von Psychologie und Medizin mit den Rahmenbedingungen der Therapie etwas gänzlich anderes als der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, der auf gesunde Lebenswelten abzielt, die organisiert werden sollen [Geene & Rosenbrock 2012]. Mit dem Lebenswelt-Begriff, der oft synonym zum Setting-Begriff gebraucht wird, bezeichnet die Soziale Arbeit hingegen soziostrukturelle Grundvoraussetzungen, die man kaum verändern kann, sondern verstehen muss [Grunwald & Thiersch 2004]. Entsprechend erscheint eine Intervention in der Logik des Setting-Ansatzes als Mittel der Wahl, in der Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit wird hingegen eine ethisch bedenkliche Konditionierung an sozial ungleiche Verhältnisse problematisiert. Zugespitzt an der

Frage, ob „Familie“ ein gesundheitsförderliches Setting sein solle oder eher umgekehrt als autonome Lebenswelt vor öffentlicher Indienstnahme zu beschützen sei, wird deutlich, dass es sich mitnichten um rein semantische Unterschiede handelt, sondern diesen vielmehr in der Praxis hohe Relevanz zukommen kann [Geene & Rosenbrock 2012].

Ähnlich stellt sich die Interpretationsvielfalt in der oft diffusen Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention [ebd.], zwischen den Begriffen der primären, sekundären und tertiären [Rosenbrock & Gerlinger 2014], strukturellen [Drewes & Sweers 2010] oder auch universellen, selektiven und indizierten Prävention [Kindler & Sann 2010] dar – lauter ähnliche Konzepte, die jedoch an unterschiedlichen Abstraktionsebenen ansetzen. Weil es an Übersetzungshilfen fehlt, ist eine gegenseitige Verständigung erschwert, Missverständnisse, professionelle Abgrenzungswünsche und Selbstreferentialität der Fachrichtungen werden dadurch gefüttert.

Auch innerhalb einzelner Diskurse konterkarieren sich verschiedene Konnotationen wechselseitig, wie sich in der Inklusionsdiskussion beispielhaft darstellt: Sind die in Deutschland weiterhin dominierenden Sonderschulen eher ein Schutzraum für Menschen mit Behinderung oder bedeuten sie Ausgrenzung und Diskriminierung? Die Beispiele aus der gynäkologischen und pädiatrischen Früherkennung machen zudem deutlich, dass (Sekundär-)Prävention keineswegs geradlinig zu Ressourcenorientierung führen muss, sondern vielmehr zur Ausweitung von medizinischer Diagnostik und elterlicher Verunsicherung führen kann bis hin zu der von Kühn und Rosenbrock [1994/2009: 57] analysierten „normativen Ätiologie“ der Prävention. Damit haben sie treffend herausgearbeitet, wie auch im Präventionsdiskurs immer wieder die vermeintlich einfachen Handlungslogiken der Defizitorientierung dominieren. Es ist im Weiteren zu diskutieren, welche zentralen Denkmuster und Argumente die Orientierung auf Defekte, Defizite, Schwächen und Schlechtes, Mängel und Misere begründen.

Dass zu-nächst negative Anreizsysteme dominieren, ergibt sich schon aus der Ökonomie.

... findet die Prävention von Hunderten von Belastungssituationen durch Aufbau von umfassenden Förderstrukturen in Netzwerken vor Ort kaum Medienresonanz.

Die Defizitlogik in den Berufsfeldern

Dass zunächst negative Anreizsysteme dominieren, ergibt sich schon aus der Ökonomie. Nur durch den Mangel an Gütern oder Ressourcen entstehen erhöhte Nachfrage und Wachstum, durch Sättigung kommt die Wirtschaft zum Stillstand. Dann müssen neue Nischen als künftige Märkte für den somit produzierten Mangel von morgen erschlossen werden. Heute wissen wir noch nicht, wonach wir uns morgen sehnen werden.

Auch in den Rechtswissenschaften gilt das Primat des Mangels und Abweichens. Die bestehende Rechtsordnung definiert Normen „richtigen Verhaltens“ in defizitärer Umkehrung. Mit dem

Recht bekommt zu tun, wer dagegen verstößt – Strafrecht, Verkehrsrecht, Vertragsrecht etc. Manifeste Rechtsansprüche ergeben sich in der Regel erst aus Normabweichungen. Insbesondere im Bereich der rechtlichen Haftung führt hier der Ausnahmefall (z. B. Kinderunfall, Behandlungsfehler) zu regelrechten Stillblüten, sodass die Normabweichung zum dauernden Damoklesschwert für therapeutische oder pädagogische Fachkräfte wird – hier müssen „alle Risiken ausgeschlossen“ werden.

Ergänzend zu den pragmatischen Disziplinen von Jura und Ökonomie haben die Medizin und ihr nahestehende Disziplinen wie die Psychologie schon lange die vormals breiten, aber diffusen Humanwissenschaften (insb. die Theologie und Philosophie, aber auch die Pädagogik) in ihrer Deutungskraft abgelöst, gerade deswegen, weil sie vermeintliche Eindeutigkeiten verkünden können. Auch die Medizin artikuliert sich nämlich in der ökonomischen „Sprache“ des Systems als (angebotene) Nachfrage von Befunden (Diagnosen),

aus denen (Behandlungs-)Bedarfe entstehen, die wiederum warenförmig bedient werden können [Kühn & Rosenbrock 1994/2009: 63]. Durch das Prinzip der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitswesen wird der universelle Charakter des Guts Gesundheit – durch Krankheit potenziell bedroht – weiter verstärkt [Urban 2005]. Medizinische Expansion ist daher kein „Auswuchs“ des Systems, sondern eine immanente Grundbedingung eines ökonomisierten Gesundheitswesens. Der Befund eines sich kontinuierlich verbessernden Gesundheitszustandes der Kinder in Deutschland [BMFSFJ 2013] führt entsprechend selbst bei abnehmender Kinderzahl keineswegs zu Reduktionen, sondern selbstredend zu neuen Bedarfen, die sich in Stichworten wie „Neuer Morbidität“ [Ravens-Sieberer et al. 2007] und entsprechenden Behandlungsbedarfen manifestieren.

Auch in den Medien spiegelt sich diese Orientierung wider [„Erregungsdemokratie“, Burchardt 2012], denn schlagzeilenträchtig sind nicht positive, „erbauliche“ Erfolgsmeldungen, sondern vielmehr Skandale wie (vermeintliches) Fehlverhalten von öffentlichen (Politiker/innen) oder in die Öffentlichkeit gezerrten Personen (wie ein als „Florida-Rolf“ berühmt gewordener Hartz-IV-Empfänger) oder tragische Verwahrlosungs- und Todesfälle von Kindern, deren Namen („Lea-Sophie“ oder „Kevin“) als Synonyme für verantwortungslose Eltern positioniert werden.

Die Defizitlogik in ihren Funktionen

Gerade die Politik steht hier in besonderer Schwierigkeit, weiß sie doch um die Bedeutung struktureller Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen und Zusammenleben. Aber während ein einzelner öffentlich diskutierter Fall von eklatanter

Kindesmisshandlung zu Rücktritten und Entlassungen führen kann, findet die Prävention von Hunderten von Belastungssituationen durch Aufbau von umfassenden Förderstrukturen in Netzwerken vor Ort kaum Medienresonanz.

Die gesellschaftliche Steuerung durch Machthierarchien und -strukturen (z. B. Gehälter) sowie die (ver)öffentlich(t)e Meinung schlägt sich auch unmittelbar in der praktischen Arbeit mit Kindern nieder. Der ohnehin schwache Widerstand gegen eine „Verzweckung“ der Bildung, gegen eine (Psycho-) Pathologisierung armutsbetroffener oder gegen eine Exklusion behinderungsbedroffener Kinder und Familien wird noch weiter geschwächt durch

Die gesellschaftliche Steuerung durch Machthierarchien und -strukturen ... schlägt sich auch unmittelbar in der praktischen Arbeit mit Kindern nieder.

den Kosten- und Leistungsdruck auf den sozialen Bereich. Deutlich wird hier die (verständliche!) Sehnsucht nach Eindeutigkeiten, die Ökonomie, Recht und Medizin (vermeintlich) herstellen. Das ständige Erleben hoher Komplexität bei gleichzeitig geringer subjektiver Wirksamkeitserfahrung ermüdet hingegen – und das bei

schlechter Bezahlung und häufigem Selbstlegitimierungsanspruch in immer neuen Projektanträgen (die temporäre Maßeinheit in Zeiten der „Projektitis“) – beste Voraussetzungen für ein frühes Burn-Out, schlechte Voraussetzungen dafür, den Ressourcenansatz professionell attraktiver zu machen.

Neben dem Dilemma der Leistungserbringung stellt sich die innere Widersprüchlichkeit aber ebenso für die Klient/innen. Das zeigt die große – und häufig auch berechtigte – Sorge von Eltern von Kindern mit Behinderung, die eine Regelbeschulung ihrer Kinder eher als Einsparmaßnahme sehen und weniger als inklusiven Ansatz zum Abbau von Ausgrenzung. Auch die hohe Zustimmung sozial belasteter Mütter zur pädiatrischen Versorgung spricht davon: Sie sind froh, wenn ihrem Kind bei den Früherkennungsuntersuchungen eine körperlich „normale“ Entwicklung bescheinigt, nicht jedoch ihre familiäre Situation problematisiert wird, wie sie es bei Elterngruppen und Jugendamtsbesuchen befürchten. So nehmen sie die kindzentrierte Abhakliste der Früherkennungsuntersuchung gerne an, weniger in Hoffnung auf etwaige Gesundheitsgewinne denn als vermeintliche Bescheinigung einer „guten Mutterschaft“ [Wolf-Kühn & Geene 2009]. Sie kennen die Assoziation von Armut, geringer Bildung und den „Super-Nanny“-Familien und meiden tunlichst, in diese Zuschreibung zu rutschen. Sie sind aber nicht nur verängstigt, sondern wie viele Eltern und auch Kinder ohnehin des durchleuchtenden Blickes aus Pädagogik und Psychologie überdrüssig, und sehen im schönen Lied der Ressourcenorientierung den Wolf im Schafspelz – auch dies nicht ganz unbegründet, wie sich zeigt, wenn die Ressourcenskalen als einfache Umkehrung des alten Problemblickes konstruiert sind – Defizite sind dann einfach das Fehlen von Ressourcen.

Nun könnte man in Anbetracht dessen, wie stark die Defizitlogik in unseren Strukturen und selbst in unserem Denken verankert ist, in Fatalismus verfallen.

Die Logik der dichotomen Eindeutigkeiten entspringt einer technikeuphorisierten Zeit, in der Fortschritt in klaren Ursache-Wirkungs-Konstellationen gedacht wurde: Mondlandung und Autoboom sind Stichwörter einer spätindustriellen Phase, in der disziplinierte Ausbildung für künftige Fließbandarbeit (noch) funktional war, weil Maschinen Ja-Nein-Antworten brauchen. Doch für umfassende berufliche und gesellschaftliche Anforderungen ist dieser Reduktionismus im Denken und Handeln gefährlich – was vormals passend war, blockiert heute die gesellschaftliche Entwicklung, weil es weniger zukunftsorientiert als vielmehr selbstreferentiell und besitzstandswahrend ausgerichtet ist.

Ressourcenorientierung als Modernisierung

Mit den komplexen Herausforderungen der postindustriellen „Risikogesellschaft“ [Beck 1986] des ausgehenden 20. Jahrhunderts haben sich die Anforderungen grundsätzlich geändert. Heute bedarf es hochindividualisierter Subjekte, die sich als autonome Manager/innen ihrer eigenen Lebenskarriere verstehen und auch so handeln [ebd.]. Was hier als ökonomische Anforderung formuliert wird, korreliert stark mit jenen Desintegrationserscheinungen, die unter dem Begriff der Kinderarmut diskutiert werden [Marginalisierung, Familienarmut etc.; siehe im Überblick: Geene & Gold 2009 sowie Schulze et al. 2013]. Die Modernisierungsanforderungen werden subjektiv aber auch positiv empfunden – sie sind eben „Mode“. Freiheit, Individualisierung, kreative projektbezogene Tätigkeit, Mobilität, berufliche Verwirklichung durch Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Väter wie Mütter werden kontinuierlich weniger als Bedrohung gesehen, sondern in unterschiedlichem Ausmaß mit verschiedenen Schwerpunkten zunehmend als persönliche Ziele gesetzt und verfolgt [Geene 2012].

Ein mit soziokulturellen Veränderungen einhergehender Freiheitsgewinn ist, so wird es im 13. Kinder- und Jugendbericht formuliert, durchaus nicht frei von Amivalenzen: „Erstens, die Freiheitsgewinne sind mit – zum Teil neuen – Risiken verbunden. Und zweitens sind die verfügbaren Möglichkeiten, die Freiheitsgewinne zu nutzen und die Risiken zu bewältigen, ungleich verteilt“ [BMFSFJ 2009: 45]. Vor allem

Heute bedarf es hochindividualisierter Subjekte, die sich als autonome Manager/innen ihrer eigenen Lebenskarriere verstehen und auch so handeln.

in der Sozialen Arbeit sowie den Kindheitswissenschaften, aber auch in der Entwicklungspsychologie, der Inklusions- und der Elementarpädagogik sind diese Anforderungen im Sinne der Ressourcen- und Gesundheitsförderung konzeptionell umfassend berücksichtigt, wengleich die

Umsetzung in der Praxis (s. o.) schwierig ist. Die gerade entstehenden Frühen Hilfen bemühen sich darum, die Bewältigung dieser Modernisierungsanforderungen vielfältig, pragmatisch und nachhaltig zu unterstützen.

Leitbegriff Partizipation

Der Leitbegriff dieser Individualisierung ist die Partizipation. In allen Lebensphasen wollen die Menschen zunehmend selbst beteiligt sein an allen sie betreffenden Entscheidungen¹. Die Rede vom „kompetenten Säugling“ [vgl. Mey 2013] illustriert diesen Wandel, sieht man doch einerseits weiterhin das Kleinkind als unselbstständig und gleichzeitig fällt es dem Leser/der Leserin buchstäblich wie „Schuppen von den Augen“, dass sich schon jedes Neugeborene aktiv mit seiner Umwelt auseinandersetzt. Im Kita-Bereich mitzuerleben, wie selbstständig und verantwortungsvoll kleine Kinder ihr Bewegungs- und Verkehrsverhalten ausprobieren und erlernen oder mit vermeintlich gefährlichen Gegenständen wie Sägen, Hämmern und Nägeln umgehen, dabei aufeinander aufpassen und im besten Sinne des Wortes Gesundheitsförderung und Prävention durch verantwortungsbewusste gemeinsame Risikoeinschätzung betreiben, lässt jeden Zweifel am hohen Selbstorganisationspotenzial von Kindern verschwinden – bis alarmartig der Gedanke an einen möglichen Unfall und die entsprechenden Haftungsprobleme in den Kopf schießen und der spontane innere Impuls folgt, Partizipation als gefährlich und Unruhe stiftend im Keim ersticken zu wollen.

Diesen Vermeidungsimpuls erleben auch Schulkinder, die sich vielfältig einbringen wollen, aber hier an enge Grenzen von Leistungsdruck und einem „partizipationsabwehrenden Verhalten der Fachkräfte“ [BJK 2009] stoßen. Insbesondere die Phase der Adoleszenz ist durch deutliche Ablösungsbedarfe gekennzeichnet [vgl. Mey 2013]. Was in früheren Generationen mittels Disziplinierung auf ein soldatisches Leitbild (neben der Schule klassisch und noch bis vor wenigen Jahren in Deutschland für junge Männer verpflichtend: der Militärdienst) gelöst werden konnte, verlangt heute aktive, konstruktive und differenzierte Problemlösungskompetenz. Auch wenn hier punktuell das Bedürfnis nach Eindeutigkeiten in Dichotomien wie richtig/falsch oder gesund/krank aufflackert, gibt es gesellschaftlich und im Sozialisationsprozess keine Alternative zur jugendlichen Weltaneignungs- und Erschließungskompetenz, jedoch einen ausgedehnten Zeitraum von der Schul- und Ausbildungszeit bis zur eigenen Familiengründung.

¹ In den Forschungen zum Shared-Decision-Making wird wiederholt herausgestellt, dass es eine nicht geringe Anzahl von Menschen insbesondere in krankheitsbedingten Notlagen gibt, die sich von solcher Modernisierungsanforderung überfordert fühlen und es vorziehen, dass der Arzt für sie als Patienten entscheidet. Dies betrifft tendenziell ältere Menschen stärker als jüngere Menschen, sozial Benachteiligte stärker als Angehörige der Mittel- und Oberschichten sowie Männer eher als Frauen

In der nun folgenden Lebensphase rund um die Geburt, mit der sich ein Teil des Kreises schließt, kommt es zu einem besonderen Paradoxon dadurch, dass sich ausgerechnet die Gynäkologie, später die Pädiatrie, mit dem Bedarf konfrontiert sieht, die im Zuge des sozialen Wandels weniger präsenten (werdenden) Omas und Opas zu ersetzen und intergeneratives Wissen zur Kinderpflege und zur Familiengründung weiterzugeben. Hier ist eine Ressourcenorientierung das Maß der Dinge, doch mangels Vorbereitung, Schulung sowie lebensweltlicher Verknüpfung sind die ärztlichen Anbieter/innen hier überfordert. Es kommt dadurch zu einer gleichzeitigen Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Ein derartiger Missstand stößt aber nicht nur Eltern, mehr noch Gesundheitsökonom/innen und Familienpolitiker/innen auf, die auf effizienten Mitteleinsatz pochen. Dadurch wächst der Druck zur Nutzenbewertung, auch mittels Messung der Nutzerzufriedenheit, wengleich diese nicht immer Ausdruck von Versorgungspassung sind.

Politik für Ressourcen

Die Konzepte für die Realisierung von Ressourcenorientierung liegen auf der Hand: Frühe Hilfen bemühen sich um niedrigschwellige, ausdifferenzierte und für die Förderung der Ressourcen „maßgeschneiderte“ Angebote [vgl. Sann et al. 2013]. Kommunale Partnerprozesse und Präventionsnetzwerke [vgl. Gold & Lehmann 2012] zielen darauf ab, den Prozess der Leistungserbringung insgesamt so abzustimmen und zu optimieren, dass Menschen die Rahmenbedingungen finden, ihr Leben selbst zu gestalten. Hier greift die Perspektive weit über die Geburtsphase hinaus auch die Frage von Übergängen zwischen den Lebensphasen auf (Transitions-Ansatz). Lokale Bildungskonferenzen und -landschaften vernetzen hier sämtliche Anbieter von der Kita bis zur Volkshochschule und der Senioren-Uni, weil Lernen als selbstorganisierter, lebenslanger Prozess zunehmend attraktiv wird [ebd.]. Ziel ist die Überwindung der Gegensätzlichkeit von Verhalten und Verhältnissen, Individuum und Lebenswelt zugunsten einer sozialökologischen Aneignung der Welt, wie es die Ottawa-Charta skizziert, um im Ergebnis die sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit selbst (mit-)gestalten können.

... später
die Pädiatrie,
mit dem Bedarf
konfrontiert sieht, die
im Zuge des sozialen
Wandels weniger prä-
senteden (werdenden)
Omas und Opas zu
ersetzen.

Ziel ist
die Überwindung
der Gegensätzlich-
keit von Verhalten und
Verhältnissen, Indivi-
duum und Lebenswelt
zugunsten einer sozi-
alökologischen An-
eignung der Welt.

Die Ressourcenorientierung ist konstitutiv für diese Art der Lebensgestaltung. Nicht nur Betriebe werden als gesundheitsförderndes Setting ausgewiesen, um Gesundheit, Zufriedenheit und Produktivität der MitarbeiterInnen zu erhöhen, auch Kitas und Schulen verstehen sich zunehmend als Settings und öffnen sich für entsprechende Initiativen der Gesundheitsförderung. Die Kommune kann dabei die Funktion eines ‚Dach-Settings‘ übernehmen [vgl. Geene et al., 2013], was einerseits bedeutet, die kommunalen Settings zu verknüpfen, andererseits den Aufbau neuer „Community-Strukturen“ zu initiieren,

In der praktischen Arbeit mit Kindern und Familien stellen die drei Rs – Ressourcen, Resilienz, Respekt – ungeachtet alltäglicher Widrigkeiten eine Handlungsmaxime dar.

seien dies Geburtshäuser, multikulturelle Treffs, Familien- oder Nachbarschaftszentren, Eltern-AGs, Selbsthilfekontaktstellen, Pflegestützpunkte, Stadtteil- oder Dorfgemeinschaftsläden [Geene et al. 2014]. Um solche Verwirklichungschancen [Keupp 2012] auf kommunaler Ebene vorzuhalten, ist aber auf allen übergeordneten Ebenen (Landkreis, Region, Land, Bund, Europa, Welt) sowohl auf staatlicher als auch gesellschaftlicher Seite ein entsprechend vernetztes sektoren- und politikübergreifendes Handeln erforderlich. In diesem Sinne versteht sich das WHO-2020-Konzept, das den Whole-of-Governance-Ansatz zu einem Whole-of-Society Approach [WHO 2012] weiterentwickelt hat und die Umsetzung nun von den Mitgliedsstaaten einfordert.

Visionäre Konzepte wie die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die UN-Kinderrechtskonvention oder die Salamanca-Erklärung mit der folgenden Behindertenrechtskonvention geben diesem gewachsenen Emanzipationsbedarf Ausdruck, auch weil sie einen Weg aufzeigen, wie Individualisierung (als persönliche Kompetenzentwicklung) sozial, gesellschaftlich und politisch gestützt werden kann. Gezeichnet wird der gemeinsame Weg in eine bessere Gesellschaft als eine Art Quadratur des Kreises: Individualisierung im sozialen Miteinander.

In der praktischen Arbeit mit Kindern und Familien stellen die drei Rs – Ressourcen, Resilienz, Respekt – ungeachtet alltäglicher Widrigkeiten eine Handlungsmaxime dar. Den Prozess des Paradigmenwechsels von der Defizit- zur Ressourcenorientierung in seiner hohen Komplexität zu verstehen, ist dafür ein zentraler Erkenntnissschritt.

Die Handlungsmaxime stellt sich aber nicht nur für die unmittelbare praktische Arbeit der professionellen Dienstleister/innen, sondern auch für ihre Berufsverbände und die sie begründenden Wissenschaften. Die Anforderungen stellen sich daneben auch an Netzwerke sowie die NutzerInnen selbst, die als BürgerInnen Anspruch auf Freiheit und Wertschätzung haben und gleichzeitig die Möglichkeit, hier zivilgesellschaftlich mitzuwirken. Ohnehin werden Umfang und Ausmaß sozialen und zivilgesellschaftlichen Engagements den Unterschied darüber ausmachen, wo sich

Ressourcenorientierung als Handlungsmaxime etabliert, und wo sie stattdessen in Beharrungskämpfen im Sinne einer „normativen Ätiologie“ verschlissen wird.

Bürgerschaftliches Engagement und soziale Bewegungen sind jedoch weniger Modewellen als vielmehr abhängig von entsprechenden gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen. Ein wichtiger Meilenstein kann hier ein Gesundheitsförderungsgesetz sein, das, je umfassender angesetzt, desto breiter die drei Kernstrategien der Ottawa-Charta Advocate – Mediate – Enable in die Praxis bringen kann.

Wichtig ist darüber hinaus aber auch eine umfassende Forschung zur Gesundheitsförderung, die sich auch dem Bedarf an Definitionen stellt, wie die verwirrende Vielfalt der Ressourcenbegrifflichkeiten verdeutlicht [vgl. Geene 2014]. Ein zentraler Fluchtpunkt der Hoffnung ist hier das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz – ob und inwieweit es diese Hoffnungen jemals erfüllen wird, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch kaum abschätzen [Geene & Reese 2015].

Literatur

- Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine neue Moderne. Frankfurt: Suhrkamp.
- BJK (2009): Partizipation von Kindern und Jugendlichen – Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums. München: DJI.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Drucksache 16/12860. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Drucksache 17/12200. Berlin: BMFSFJ.
- Burchert, Rainer (2012): Direkte politische Weiterbildung statt Parteiendemokratie? In: NDR Info – Das Forum – 18.07.2012. Verfügbar unter <http://www.ndr.de/info/programm/sendungen/forum/forum3547.pdf> [10.04.16].
- CDU, CSU und SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. verfügbar unter: http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/ah_bilder/koalitionsvertrag136-1%20kopie%20.pdf [11.07.16]
- Drewes, Jochen & Sweers, Holger (2010): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum, Band 57. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Geene, Raimund (2012): Communitorientierung 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, 164–171.
- Geene, Raimund & Gold, Carola (2009): Kinderarmut, Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. In: dies. (Hg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Huber, 7–23.
- Geene, Raimund & Rosenbrock, Rolf (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. 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, 46–75.
- Geene, Raimund; Höppner, Claudia & Lehmann, Frank (2013) (Hg.): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Ein multidisziplinäres Arbeitsbesuch zur Kindergesundheit. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Geene, Raimund (2014): Psychische Schutzfaktoren bei Kindern. In: Public Health Forum 82 (22) 14-16.
- Geene, Raimund; Bauer, Roland & Hundertmark-Mayser, Jutta (2014): Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. In: Der Mensch, Jahrbuch für anthropologische Medizin. 48, 5–10.
- Geene, Raimund; Reese Michael (2015): Kein großer Wurf, aber viele kleine (Fort-) Schritte. Die wichtigsten Neuregelungen des Präventionsgesetzes. In: Info_Dienst 2_15. 2–4.

- Gold, Carola & Lehmann, Frank (2012): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret, Band 17.* Köln: BZgA.
- Grünwald, Klaus & Thiersch, Hans (Hg.) (2004): *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern.* Weinheim: Juventa.
- Keupp, Heiner (2012): *Verwirklichungschancen für gelingendes Leben – Capability approach und Gesundheitsförderung.* 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, 171–178.
- Kindler, Heinz & Sann, Alexandra (2010): *Früherkennung von Risiken für Kindeswohlgefährdung.* In: Kisgen, Rüdiger & Heinen Norbert (Hg.): *Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen, Diagnostik, Prävention.* Stuttgart: Klett-Cobra, 161–174.
- Kühn, Hagen & Rosenbrock, Rolf (1994/2009): *Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze.* In: Bittlingmayer, Uwe H.; Sahrai, Diana & Schnabel, Peter-Ernst (Hg.): *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit.* Wiesbaden: VS, 47–74.
- Mey, Günter (2013): *Perspektiven einer ressourcenorientierten Entwicklungspsychologie.* In: Geene, Raimund; Höppner, Claudia & Lehmann, Frank (Hg.): *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Ein multidisziplinäres Arbeitsbesuch zur Kindergesundheit.* Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 165–202.
- Ravens-Sieberer, Ulrike; Ellert, Ute & Erhart, Michael (2007): *Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.* In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50, 810–818.
- Rosenbrock, Rolf & Gerlinger, Thomas (2014): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung (3. Aufl.).* Bern: Huber.
- Sann, Alexandra; Geene, Raimund & Paul, Mechthild (2013): *Frühe Hilfen – ein neues Handlungsfeld zur Stärkung von Kindern und Familien.* In: Geene, Raimund; Höppner, Claudia & Lehmann, Frank (Hg.): *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Ein multidisziplinäres Arbeitsbesuch zur Kindergesundheit.* Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 361–388.

- 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. Ein multidisziplinäres Arbeitsbesuch zur Kindergesundheit.* Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 327–360.
- Urban, Hans-Jürgen (2005): *Wettbewerbskorporatismus und soziale Politik. Zur Transformation wohlfahrtsstaatlicher Politikfelder am Beispiel der Gesundheitspolitik.* Forschungsgruppe Europäische Integration, Studie Nr. 21. Marburg: Philipps-Universität.
- WHO Euro Regionalbüro für Europa (2012): *Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden.* Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020> [28.07.16].
- Wolf-Kühn, Nicola & Geene, Raimund (2009): *Früherkennung und Frühe Hilfen.* In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit.* Bern: Huber, 108–125.

Raimund Geene

Prof. Dr. rer.pol., MPH, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, Jg. 1963, seit 2005 Professor für Kindergesundheit an der Hochschule Magdeburg-Stendal mit den Arbeitsschwerpunkten Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention, Partizipation, Kinder- und Familienarmut, kinder- und familienbezogene Selbsthilfe, Kinderrechte, Frühe Hilfen



Quelle: Autor

Salutogenese bei Krebs

1. Internationaler Kongress am 23. / 24. Juni 2017 in Hamburg

Auszug aus dem Programm

- W. Weber: *Der Arbeitskreis Salutogenese bei Krebs (ASK) Entstehung – Aufgaben – Ziele*
- T. Petzold: *Eine salutogenetisch orientierte Sicht für Menschen mit Krebserkrankung*
- C. Koebele, H. Kappauf, M. Heim: *20 Jahre nach Heidelberg: Stand der Spontanremissionsforschung mit Diskussion*
- Kelly Turner, Autorin von „9 Wege in ein krebsfreies Leben“: *Stand der Spontanremissionsforschung*
- C. Schubert: *Psychoneuroimmunologie und Salutogenese*
- G. Linemayr: *Copingforschung und Salutogenese*
- R. Williges: *Somato-Psychotherapie zur behavioralen und strukturellen Modifizierung psychosomatischer Risikofaktoren – eine salutogenetische Option*
- W. Büntig: *Autonomie – Basis salutogener Entwicklungen*
- K. Krüger: *Sport als salutogener Faktor bei Krebserkrankung*

Veranstalter:

Arbeitskreis Salutogenese bei Krebs

Veranstaltungsort:

Patriotische Gesellschaft Hamburg
Trostbrücke 4
20457 Hamburg

Anmeldung und Information:

Arbeitskreis Salutogenese bei Krebs
@: info@aksbk.de
www.salutogenese-bei-krebs.de

Teilnahmegebühren:

Gesamter Kongress: 200 €
Frühbucher: 150 € (bis 31.12. 2016)
Ermäßigt: 100 € (nach Rücksprache)
Studenten: 60 €
Halbtageskarte: 80 €