

**Raimund Geene**

## **Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen**

### **Was können wir voneinander lernen?**

#### **1. Vorbemerkung**

Gesundheitsförderung gilt seit seiner Konzeptionierung auf der 1. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung 1986 in Ottawa („Ottawa-Charta“) als Leitorientierung moderner gesundheitlich und sozialer Sicherungssysteme. Mit der Gesundheitsförderung haben die Gesundheitswissenschaften begleitend zu ihrer theoretischen Fortschreibung als „New Public Health“ auch eine praxisbezogene Strategie zur Umsetzung der Modernisierungsanforderung.

Der hier vorliegende Überblick skizziert den Entwicklungsprozess und die Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, benennt die drei Kernstrategien und fünf Handlungsfelder der Charta und vertieft diese am Beispiel der primären Prävention, die vielfach – wenngleich in einem deutlich verkürzten Verständnis – mit der Gesundheitsförderung gleichgesetzt wird. Dabei zeigen sich hohe Gemeinsamkeiten im konzeptionellen Verständnis wie auch der entwickelten Praxis, jedoch deutliche Unterschiede insbesondere in rechtlichen Grundlagen und in Begrifflichkeiten.

Ziel der Erörterung ist es herauszuarbeiten, wie das neu entstehende Handlungsfeld der Frühen Hilfen von diesen Erfahrungen profitieren kann, und wie eine gemeinsame Diskussion der Akteure initiiert werden kann, für die Begriffe geschärft (definiert und abgegrenzt), Schnittstellen und mögliche Synergien, aber auch Hindernisse der Kooperation identifiziert werden. Diese Diskussion soll darauf abzielen, Leitlinien in den Frühen Hilfen zu entwickeln, die konsequent an den Interessen der Nutzer/innen, d.h. an Kindern und ihren Familien ausgerichtet ist.

#### **2. Gesundheitsförderung – eine Querschnittsanforderung**

Gesundheitsförderung gilt als Schlüsselkonzept der Gesundheitswissenschaften (Hurrelmann et al. 2010). An dieser Stelle wird ihre Bedeutung zunächst auf dem Hintergrund der wechselhaften Geschichte von Public Health und ihrer konzeptionellen Verdichtung durch die Ottawa-Charta von 1986 hergeleitet.

Die Wurzeln der Gesundheitswissenschaften liegen in den sozialhygienischen Bewegungen des 19. Jh. „Mehr Licht, mehr Luft, mehr Sonne“ heißt das Leitprinzip der späteren städtebaulichen Charta von Athen (Rodenstein 1988). Die Kanalisierung Londons 1860 gilt als Markstein einer Prävention, die der große britische Sozialmediziner Thomas McKeown (1979) später als eine der wesentlichen Maßnahmen zur Eindämmung der grassierenden Infektionskrankheiten des aufkommenden Industriezeitalters nachweist („Old Public Health“).

Während die Sozialhygiene wegen ihrer Vereinnahmung durch die nationalsozialistische Rassenhygiene im Nachkriegsdeutschland kaum Anschluss findet, steigt die Bedeutung von Public Health im anglo-amerikanischen Raum. Erst in den 1970er Jahren formiert sich als Teil der sozialen Bewegungen in Westdeutschland eine medizinkritische Bewegung, die insb. gegen ein Expertentum gerichtet war, das Bürger/innen und Patient/innen entmündige (Schwartz et al. 2003). Die Menschen als Expert/innen ihrer eigenen Gesundheit zu sehen und sie zu Selbsthilfe, Autonomie und Partizipation zu befähigen, ist das Gegenkonzept, das sich auf Großveranstaltungen wie den Berliner und Hamburger Gesundheitstagen ab 1980 ausdrückt und in neu entstehenden Gesundheitsläden, Patientenberatungsstellen und Selbsthilfezentren in den 1980er und 1990er Jahren praktisch umsetzt (Geene et al. 2009). Dabei orientiert sich die Bewegung zunächst an der dominierenden Kurativmedizin, die es zu verändern gelte. So beschreibt der Arzt und Psychologe Horst-Eberhard Richter (1986: 217) die Vision dieser Bewegung:

„Aber es gibt ja eine andere Medizin, die sich zunächst als soziale und ökologische Medizin darum kümmert, daß Menschen nicht infolge widernatürlicher Lebens-, Arbeits- und Ernährungsweisen millionenfach künstlich Krankheiten produzieren. Es gibt eine sanfte Medizin, die eher die natürlichen Heilkräfte des Organismus zu stärken versucht. Es gibt eine verstehende Medizin, die Menschen hilft, die hinter einer Vielzahl von Krankheit verborgenen psychosozialen Probleme anzugehen. Es gibt eine behutsame, schonende Chirurgie, die nicht Krankheiten mit Mitteln beherrschen will, die am Ende mehr Elend als jene verursachen.“

Auch international bildet sich diese Entwicklung ab. So formuliert die WHO 1977 auf der 30. Weltgesundheitsversammlung die visionäre Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ (O'Neill 1984; Mahler 1989) und 1986 die Operationalisierung des neuen Konzeptes der Gesundheitsförderung mit der Ottawa-Charta als „Antwort auf eine wachsende Bewegung für Gesundheit in der ganzen Welt“ (Ruckstuhl 2011: 111). Ausführlich dokumentiert ist dies bei Helmut Hildebrandt (1992) in seiner Zusammenstellung über Gesundheitsbewegungen in den USA.

Die Ottawa-Charta (WHO 1986/2001) gilt als internationaler Durchbruch des Gesundheitsförderungsgedankens (Naidoo & Wills 2010: 85f.). Auch Kickbusch (1999) sieht hier einen grundsätzlichen Perspektivwandel vollzogen. In ihrem Vorwort zum Arbeitshandbuch ‚Gesundheitsförderung in Settings‘ von Leo Baric und Günter Conrad (1999) schreibt sie zur Ottawa-Charta:

„Sie legte die Grundlagen für die Verlagerung der Schwerpunkte von den Krankheiten und Gesundheitsgefahren (Medizinisches Modell der Gesundheitsförderung) zu den Gesundheitsproblemen der Menschen, die in den verschiedenen Settings leben, arbeiten und spielen (Settingsansatz der Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung). Es ist ermutigend festzustellen, daß diese Verlagerung gerechtfertigt war und mittlerweile auch weltweit akzeptiert ist“ (Kickbusch 1999: 5).

Während die WHO Gesundheitsförderung als Kerngedanken zukünftiger Gesundheitspolitik begreift (Abholz 1989; WHO, EU & BMG 1991; Kickbusch 1997), wird dieser Ansatz von zahlrei-

chen Akteur/innen eher als „Randthema“ begriffen und behandelt, wie Petra Müller (1994: 68) in einer Studie über den öffentlichen Gesundheitsdienst herausarbeitet. Trojan (1996: 61) betont, dass die Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung und Krankenversorgung im Text der Ottawa-Charta z. T. unklar bleibt. Solche Mehrdeutigkeiten scheinen dem Spagat der „visionären Utopie mit pragmatischer Orientierung“ (Milz 1996: 88f.) geschuldet. Die Doppeldeutigkeit trägt allerdings auch der Erkenntnis Rechnung, dass Gesundheitssysteme nicht schlagartig, sondern nur systemisch verändert werden können. Hier eröffnet das Konzept die Möglichkeit, sich zunächst komplementär zu etablieren, um später auch als Reformmodell in der Kurativversorgung zu dienen (Geene 2000: 86ff.).

Wenngleich alle Bundesregierungen seit 1986 und auch der damalige Bundesgesundheitsrat die WHO-Politik formal unterstützen, formuliert sich aus der Ärzteschaft vereinzelter Widerstand. „Bonn sollte diesen Schwachsinn stoppen“ (Schwerdtfeger 1985, zit. nach Spatz 2000: 40) heißt es bspw. in einem Beitrag in der Medical Tribune, und im Deutschen Ärzteblatt wird vor einem „Irrweg der WHO“ (Burkart 1986, zit. nach Spatz 2000: 40) gewarnt. Dass diese Kritik versandet, mag damit zu tun haben, dass Gesundheitsförderung als staatliche Strategie vorrangig eine Aufgabe der Kommunen ist und diese insb. im Tätigkeitsfeld Gesundheit kaum Ressourcen zu verteilen haben.

Die Konzeptionen der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung werden in Deutschland – wie auch in anderen Ländern mit hochentwickeltem Medizinsystem und lobbystarken Ärzteverbänden – in ihrer praktischen Umsetzung auf einen Randbereich degradiert. Zwar eröffnen Ergebnisse aus diesen Nischen Perspektiven zur Weiterentwicklung, dennoch scheinen sie in Anbetracht des Problemumfangs eher marginal, wie insb. die Diskussionen um ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz in Deutschland (Altgeld et al. 2006; Geene 2012) verdeutlichen.

### **3. New Public Health**

New Public Health, das im Deutschen mitunter als „Gesundheitspolitik“ übersetzt (Rössler & Kirch 1996) und als neu etablierte Wissenschaftsdisziplin „Public Health“ genannt wird (Brenner 1998), bemüht sich im Gegensatz zum kurativmedizinischen Modell um die Verhinderung von Krankheit durch Verhaltensbeeinflussung (Verhaltensprävention) und v. a. durch Verbesserung der Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention), um gesellschaftlichen Gruppen, aber auch Einzelnen zu neuen Ressourcen zu verhelfen, die im salutogenetischen Modell der „Generalized Resistance Resources“ (dt.: allgemeine Widerstandsressourcen) zur Produktion von gesundheitsförderlichen und Bewältigung von krankmachenden Einflüssen helfen (Faltermajer 1994; Bengel et al. 2009).

New Public Health ist ein sozialökologisch-systemisches Konzept und definiert als „Gesundheitsförderung durch aktive Gestaltung von Lebenswelten und Lebensräumen“ (Franzkowiak & Sabo 1998: 16). Es zielt ab auf die Stärkung der eigenen Entscheidungs- und Handlungskompetenzen

der Menschen durch Empowerment und Emanzipationsprozesse in kooperativ-koordinierender Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Abgegrenzt ist der Begriff des „New Public Health“ gegen den des „Old Public Health“, der Sozialhygiene im sozialmedizinischen Konzept meint, und gegen den weiterentwickelten Public-Health-Gedanken eines durch Gesundheitserziehung beeinflussten biomedizinischen Risikofaktorenmodells. Stattdessen ist New Public Health konzipiert als Weiterentwicklung der „Community Intervention“, die das biomedizinische Modell um die Einflusskomponente des Psychosozialen erweitert und Prävention auf Gemeindeebene anstrebt (ebd.: 36).

#### **4. Die Ottawa-Charta**

Gesundheitsförderung als Orientierung und Querschnittsanforderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen“, heißt es im Einführungssatz der Ottawa-Erklärung, der Magna Charta der Gesundheitsförderung von 1986.

Die Charta ist eine politische Darstellung und bietet im engeren Sinne weniger eine Definition als v. a. einen Orientierungsrahmen für die Gesundheitsförderung. Sie benennt dabei Frieden und soziale Gerechtigkeit als zentralen Ausgangspunkt, auf deren Hintergrund Gesundheit erst aktiv hergestellt werden könne, durch ein möglichst hohes Maß an Partizipation und Selbstbestimmung, Gemeinschaftsaktivitäten, gesunde Lebenswelten und eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik.

Wesentliche Bestimmungsfaktoren (Determinanten) für die Gesundheit sind nach den Ausgangspunkten der Charta die sozialen Lebensbedingungen der Menschen.

Das Prozesshafte und das Politische sind die beiden Grundorientierungen der Ottawa-Charta, die das Konzept der Gesundheitsförderung so auszeichnen. Gleichzeitig bringt diese Orientierung Schwierigkeiten mit sich, denn allzu häufig wird die Gesundheitsförderung auf ein einzelnes Ziel bzw. Handlungsfeld reduziert. Die Charta beschreibt aber vielmehr eine „Haltung“, die eine Querschnittsanforderung an alle Bereiche der gesundheitlichen und sozialen Sicherung darstellt, anschlussfähig ist an neue Entwicklungen und Erkenntnisse in Zeiten und Gesellschaften starken sozialen Wandels.

##### a) Die drei Kernstrategien der Ottawa-Charta

In der schönen Sprache der Ottawa-Charta – oftmals als ‚Lyrik‘ bewitzelt – wird die gesundheitsförderliche Haltung umrissen. Dabei werden drei Kernprinzipien identifiziert, die die gesundheitsförderliche Haltung bestimmen. Als Kernstrategien werden Befähigen („enable“, wobei Befähigung im individuellen wie kollektiven Sinne erläutert wird), Vermitteln („mediate“, im Sinne von Vermittlung und Netzwerkarbeit) und Vertreten („advocate“, als persönliche und kollektive Anwaltschaft der gesundheitlichen Interessen) genannt. Mit diesen drei Kernstrategien wird bereits klar umrissen, was die wesentlichen Fertigkeiten in der Gesundheitsförderung geht. Zwar ist der Bereich der Befähigung weiterhin enthalten – er wiederholt sich auch im vierten Handlungsfeld, das auf Kompetenzentwicklung abzielt. Diese Strategie ist jedoch einerseits als individuelle wie gemeinschaftliche Aufgabe eingeordnet, zudem eingeschlossen von den ande-

ren beiden Anforderungen, mit denen herausgestellt wird: die Basis aller Gesundheitsarbeit besteht darin, zu den Betroffenen, Klient/innen, Patient/innen, oder wie es in der Ottawa-Charta gebündelt heißt: zu den „Menschen“ ein unterstützendes Verhältnis einzunehmen. Die Anforderung des Advocacy-Ansatzes ist später oft mit dem Begriff der Empathie erklärt worden, den er umfasst, jedoch auch noch weiter darüber hinausgeht. Gefordert wird auch das aktive Eintreten für die Menschen und ihre Interessen. Zudem wird mit dem Anspruch des Mediating herausgestellt, dass die Dienste zu den Menschen kommen sollen, und nicht umgekehrt. Es ist die Aufgabe der Gesundheitsförderer, die Menschen so zusammen zu führen, dass für sie der Leitspruch gilt „Make the healthier way the easier choice“.

#### b) Die fünf Handlungsfelder der Ottawa-Charta

Im Weiteren werden in der Ottawa-Charta fünf Handlungsfelder ausgewiesen. Schon im ersten, übergreifenden Handlungsfeld („Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik“) wird dabei der politische Charakter der Charta unterstrichen. Nach der Charta insistiert die Gesundheitsförderung darauf, nicht nur in der Nische der Gesundheitssysteme zu arbeiten, in der man meist nur – oft im wörtlichen Sinne – Pflaster auf die Wunden klebe, die andere schlagen. Entsprechend werde Gesundheit auch in Bereichen wie Wirtschafts- und Sozialpolitik, Wohnungs-, Stadtplanungs- oder Verkehrspolitik oder im Bildungswesen geschaffen, wobei insb. eine hohe Bildung einen Indikator für ein langes gesundes Leben darstelle (Mielck 2005; Mielck et al. 2012). Später wird der Ansatz in der Health 2020-Strategie zum ressortübergreifenden Anspruch eines „Whole of the Society Approach“, der eine gemeinsame Verantwortung aller staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteur/innen einfordert (WHO Euro 2012).

Dem visionären, übergreifenden Ziel der gesunden Gesamtpolitik schließt sich die vergleichsweise konkrete Orientierung auf Gesunde Lebenswelten („Settings“) als zweites Handlungsfeld an. Gesundheit, so eine der zentralen Erkenntnisse der Ottawa-Charta, finde im Alltag der Menschen statt. Weil sich dieses für die weitere praktische und theoretische Entwicklung der Gesundheitsförderung als besonders relevant erwiesen hat, werden wir uns in Kapitel 4 ausführlich damit beschäftigen.

Im dritten Handlungsfeld wird gefordert, Gemeinschaftsaktionen zu stärken. Der Mensch ist ein soziales Wesen, seine Erkenntnisse und Lernprozesse finden im sozialen Miteinander statt. Mit dem Konzept des „Sozialen Kapitals“ (Bourdieu 1982; Putnam 2001) – also der zentralen Bedeutung von sozialen Verknüpfungen wie Freundschaften und Nachbarschaften für die Gesundheit der Menschen (Richter & Wächter 2009) – gewinnen Netzwerke, die auf gegenseitige Unterstützung zielen, einen zentralen Stellenwert in der Gesundheitsförderung.

Auch das vierte Handlungsfeld – Entwicklung persönlicher Kompetenzen – hat ein Vierteljahrhundert nach Verabschiedung der Charta weiterhin hohe Relevanz. Die Charta hebt darauf ab, dass nichts die Gesundheit so nachhaltig positiv fördert wie die Kompetenz, sein Leben selbstbestimmt führen zu können. Diese Art des Autonomiegefühls drückt sich in verschiedenen salutogenetischen oder gesundheitspsychologischen Konzepten aus: Ressourcen, Resilienz, Kohärenzsinn und Selbstwirksamkeit sind Begriffe, die immer wieder auf die positive Erfahrung bau-

en, für sich einen zufriedenstellenden Weg gefunden zu haben, im Einklang mit sich selbst und aktiver Auseinandersetzung mit der Umwelt (Geene 2014). Aktuell werden die persönlichen Kompetenzen unter dem Begriff des „Health Literacy“ (Kickbusch & Maag 2008) diskutiert als Kompetenz, sich Gesundheitsinformationen und – im Sinne der Ottawa-Charta – ein Wissen zum Wohlbefinden anzueignen und dieses auch achtsam anzuwenden.

Erst im fünften und letzten Handlungsfeld bezieht sich die Charta auf die etablierten Gesundheitsdienste, deren Aufgabe sich im Lichte des skizzierten Ansatzes neu stellen. Hier geht es nicht mehr um klassische Kontrollaufgaben, sondern vielmehr um eine Ausrichtung zur Vermittlung und Unterstützung der Gesundheitsförderung – ganz im Sinne der drei Kernstrategien. Angesprochen werden dabei zunächst Gesundheitsämter, doch der Anspruch geht weit darüber hinaus. So sollen alle Systeme der gesundheitlichen Sicherung zu dieser Haltung der Gesundheitsförderung verpflichtet werden.

## **5. Handlungsfeld Primärprävention („Gesunde Lebenswelten“)**

### a) Der Setting-Ansatz

Als zentrales Handlungsfeld der Praxis der Gesundheitsförderung – speziell in Form der nicht-medizinischen Primärprävention – hat sich der Setting-Ansatz herausgebildet. Grundlage ist zunächst die empirisch gestützte Erfahrung, dass benachteiligte Kinder und ihre Familien durch individuelle Gesundheitsbotschaften nicht nur nicht ‚erreicht‘, sondern z. T. noch weiter belastet werden: Da sie solche Botschaften oft nicht umsetzen können, fühlen sie sich dann noch stärker als ‚Versager‘. Allein schon durch die Ansprache fühlen sie sich mitunter diskriminiert – und haben mit diesem Eindruck oft Recht (Bauer 2005; Geene & Rosenbrock 2012). Dabei sind es aber genau diese Gruppen, die den höchsten Präventionsbedarf haben. Gesundheitsförderung sollte daher weniger auf individuelles Verhalten als vielmehr auf die sozialen Verhältnisse abzielen. Beim Setting-Ansatz werden das Verhalten von Individuen und die Einflüsse der sozialen und physischen Umwelt (Verhältnisse) in ihrer gegenseitigen Bezogenheit gesehen und bearbeitet. Der Weg ist die Ressourcen stärkende, möglichst selbstbestimmte Identifikation und gemeinsame Bearbeitung von Problemen im Setting. Ziel ist erlebte Selbstwirksamkeit und eine gesundheitsförderliche(re) Lebenswelt. Damit enthält der Setting-Ansatz die beiden Grundkomponenten der Ottawa-Charta: das Politische und die Prozessbetonung.

Beim Setting-Ansatz wird ein integriertes Handlungskonzept entwickelt, nach dem die Menschen in ihren jeweiligen Lebenswelten selbstständig ihren Themen und Bedürfnissen nachgehen. Gesundheit kann dabei das gemeinsame Ziel sein, das soziale Gruppen und Zusammenhänge verbindet (Baric & Conrad 1999), allerdings können auch unspezifische Zielsetzungen (‚Verbesserung des Zusammenlebens‘) oder solche ohne direkten Bezug auf Gesundheit (‚Nutzerorientierte Gestaltung öffentlicher Räume‘) geeignete Ansatzpunkte guter Setting-Interventionen sein. Der Zugang über die Lebenswelten ist besonders geeignet, auch Benachteiligte zu erreichen, ohne sie als solche zu stigmatisieren – die Gesundheitsförderung versucht nicht primär, Einstellungen und Handlungsmuster Einzelner zu beeinflussen, sondern die Le-

benswelt so zu gestalten, dass die von ihr ausgehenden Belastungen möglichst gering gehalten und zugleich unterstützende Strukturen entwickelt und gestärkt werden. Der drohende und von den Menschen abgewehrte Umkehrschluss, sie selbst trügen Schuld an ihrem Förderungsbedarf, wird so vermieden. Daher ist Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz vergleichsweise diskriminierungsarm (Geene & Rosenbrock 2012).

Neben der Betrieblichen Gesundheitsförderung, die als besonderes Erfolgsmodell gilt – auch weil sie sich in eindeutig messbaren Werten wie Arbeitsfehlzeiten ausdrücken und daher als evident wirksam gilt (Faller 2010), definieren die Krankenkassen die Settings Kita, Schule und seit 2011 auch Stadtteil als prioritäre Handlungsorte (GKV 2011). Stadtteil gilt dabei als eine Art ‚Rahmen-Setting‘, insb. für gesundes Aufwachsen sowie gesundes Altern (Gold & Lehmann 2012).

#### b) Familie als Setting

Eine ausführliche Diskussion gibt es darum, ob Familie ein „Setting“ in diesem Sinne darstellt (vgl. u.a. Geene & Rosenbrock 2012; Schnabel 2010).

Zunächst stellt die Familie eindeutig eine Lebenswelt dar, und zwar sogar als primäre Sozialisation eine solche mit herausragender Bedeutung, unvergleichbar einflussstärker als alle anderen Lebenswelten (Hurrelmann 2003).

Gleichzeitig gibt es strukturelle, juristische und vor allem ethische Einwände dagegen, das Setting Familie mit den Instrumentarien des Setting-Ansatzes zu „bearbeiten“, schon alleine insofern auch Irritationen des Settings zu Methoden gerechnet werden kann.

- a) Strukturell: eine Familie ist keine Organisation
- b) Juristisch: Art. 6 GG regelt das Elternrecht umfassend; nur im Falle akuter Kindeswohlgefährdung greift das sog. „staatliche Wächteramt“. Das autonome Elternrecht ist wie folgt geregelt:

- (1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.
- (2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.
- (3) Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.

- c) Ethisch: eine Familie darf nicht normativ in Dienst genommen werden

Dennoch gibt es auch im Sinne des Setting-Ansatzes wichtige Aufgaben für die Gesundheitsförderung bei Familien. Die vorgenannten Vorbehalte berücksichtigend, stellt es sich so dar, dass

die Kernstrategien der Ottawa-Charta - Kompetenzförderung, Koordination und Fürsprache – als Leitprinzip verwendet werden können.

Im Sinne der Ottawa-Charta muss den Menschen die Möglichkeit zur Kompetenzentwicklung gegeben werden. Dies bezieht sich insbesondere auf eine veränderte, neue Lebenssituation wie die Gründung einer Familie. Demnach sind also die Dienste so auszurichten, dass sie für die Nutzer/innen nützlich sind. Zuständig dafür ist die Koordination der Hilfen, insbesondere durch die nach dem Bundeskinderschutzgesetz neu und flächendeckend eingeführten Netzwerke Früher Hilfen. Darin ist es die spezifische Aufgabe, ihre Interessen auch anwaltschaftlich wahrzunehmen und zu vertreten (Advocacy-Ansatz).

## **6. Die Familie als Ort der Gesundheitsförderung**

Kita und Schule sind für Kinder die Bereiche der sekundären Sozialisation (Hurrelmann 2006). Noch stärker werden sie durch ihre Familie (primäre Sozialisation) geprägt. Artikel 6 des Grundgesetzes sieht hier als besonderen Schutz eine „Privatsphäre“ (Schnabel 2010: 313) vor, die nur durch die spätere Schulpflicht (Art. 6, Abs. 2 GG) eingeschränkt wird. Methoden zur Organisationsentwicklung im Sinne der Anregung und auch Irritation der sozialen Systeme, die in der Gesundheitsförderungspraxis in den Settings Kita und Schule angewendet werden, sind insofern für das Setting Familie sowohl ethisch als auch rechtlich sowie pragmatisch fraglich. Gesundheitsförderung im Setting Familie bedarf einer anderen Interventionslogik: Sie muss die Autonomie des Systems Familie zunächst anerkennen, alle Maßnahmen basieren auf Freiwilligkeit. Es bedarf anwaltschaftlicher Fürsprache für Eltern mit dem Blickwinkel, die Außenwirkungen auf das System Familie abzuschätzen und gesundheitsförderlich auszurichten. Es sind also nicht die Eltern oder Familien, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen ihrer Lebenswelten, die vorrangig unterstützend und (gesundheits)förderlich zu gestalten sind. Die Entwicklungsaufgabe liegt darin, die vielen unterschiedlichen Stimmen der Familiendienstleister/innen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung (nach SGB V, SGB VIII, aber u. U. auch weitere SGBs) so zusammenzuführen, dass für Familien „der gesunde Weg der einfache Weg“ ist (WHO-Motto „Make the healthier way the easier choice“, Bittlingmayer & Hurrelmann 2006: 189).

Familien für Gesundheitsförderung direkt zu adressieren, heißt hier, Eltern Rat und Tat dafür anzubieten, ihren Kindern die bestmöglichen Voraussetzungen für ein unbeschwertes Leben in Gesundheit und Wohlbefinden zu vermitteln. Im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit sind Modellprojekte (z. B. Familienzentren), neue Dienstleistungen (z. B. Familienhebammen) und Methoden (z. B. Eltern-AGs) als „Good Practice“ identifiziert worden, die aufgrund der frühzeitigen Intervention vor oder unmittelbar nach der Geburt nachhaltig positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Familien erwarten lassen. Insbesondere Leistungen des Jugendamtes stehen dabei immer wieder im Spannungsverhältnis zwischen Unterstützung und Kontrolle (Geene & Gold 2009).

Hier sei noch auf ein besonders Dilemma elternunterstützender Gesundheitsförderung hingewiesen: Die Kommunen sind finanziell in ihrer Handlungsfähigkeit stark eingeschränkt. Zudem wachsen die Kosten für Hilfen zur Erziehung (HzE), denn hier besteht ein Rechtsanspruch,

sofern eine Behinderung oder Behinderungsbedrohung diagnostiziert wird. Insbesondere die HzE-Ausgaben zur Fremdunterbringungen sind im Zuge der verstärkten Sensibilisierung gegenüber Kindesvernachlässigung stark angestiegen (Meier-Gräwe & Wagenknecht 2012). Hier besteht die paradoxe Situation, dass Hilfe nicht präventiv geleistet werden kann, sondern nur geboten wird, wenn bereits ein manifestes Problem vorliegt. Wenn Leistungserbringung nur als Krisenbewältigung finanziert wird, verlockt sie die Leistungserbringer, die jeweilige Problematik verschärft darzustellen – sie wird ja quasi dann weiter bezahlt, wenn sie *nicht* erfolgreich ist. Dieser Anreiz zur Leistungsmengensicherung bzw. -ausweitung durch Pathologisierung bzw. Klientelisierung ist nicht nur ökonomisch zweifelhaft, er ist v. a. auch ethisch unvertretbar, denn er führt zu einer negativen Selbst- und Fremdzuschreibung der Betroffenen. Gleichwohl entsteht in der Binnenlogik der Finanzierung die entsprechende Notwendigkeit – wie bei der Überprüfung von Pflegestufen attestiert der/die Ärzt/in, Psycholog/in oder Sozialpädagog/in, der/die es vermeintlich ‚gut‘ mit der Familie meint, dieser eine möglichst umfassende Problemlage, um damit hohe Unterstützungsleistungen zu legitimieren (vgl. auch Namuth et al. 2013).

Gesundheitsförderung im Setting Familie heißt demgegenüber auch politische Interessenvertretung von Eltern, insb. auf dem Hintergrund ihrer gesellschaftlichen Marginalisierung (Mierendorff 2010). Daraus ist unmittelbar abgeleitet die Forderung nach einem abgestimmten Vorgehen der beteiligten Akteure, womit neben Jugendämtern (SGB VIII) auch die örtlichen Schul- und Bildungsträger, Krankenkassen (SGB V) und weitere öffentlich-rechtliche Träger nach den SGBs II (Arbeitsagenturen), IX (DRV/ Rentenversicherungsträger für den Bereich der Rehabilitation) sowie XI (Frühförderung) und schließlich auch zivilgesellschaftliche Akteur/innen („Whole Society Approach“, WHO Euro 2012, s. o.) adressiert werden.

## **7. Perspektiven des Setting-Ansatzes**

Mit dem Setting-Ansatz hat die Gesundheitsförderung das wichtige Handlungsfeld der primären Prävention eindrucksvoll erschlossen und darin eine Perspektive für verhältnisbezogene Verhaltensprävention eröffnet. Eine Setting-Intervention ist jedoch eine hochkomplexe Maßnahme, die erheblicher Zeit- und Materialressourcen, einer qualifizierten Projektbegleitung und gut gewählter Steuerungsimpulse bedarf.

Im Bereich der Kindergesundheit und zur Bekämpfung von Kinderarmut steckt der Setting-Ansatz im Sinne einer flächendeckenden Umsetzung und nachhaltigen Verankerung jedoch im wahrsten Sinne noch in den Kinderschuhen. So fehlen vielen Projekten finanziell, organisatorisch oder rechtlich stabile Grundlagen („Projektitis“). Mangels Ausdauer und Qualitätsstandards orientieren sie oft auf kurzfristige Erfolge statt auf nachhaltigen Strukturaufbau. Hier fehlen (insb. kommunale) Gesamtstrategien, die gesundheitsförderliche Settings kohärent verbinden und stabilisieren. Schließlich fehlt es mitunter an kritischer Reflektion des normativen Anspruches, der sich in sein Gegenteil (im Sinne des ‚blaming the victims‘) verkehren kann, wie sich insbesondere bei Familien zeigt, deren Autonomie nicht untergraben werden darf. Die Unterstützung von Familien im Sinne des Setting-Ansatzes blickt daher v. a. auf das die Familien umgebende Netzwerk, weniger jedoch auf ihre normative Sollerfüllung. Doch auch dieser Ansatz ist

trotz des besonders hohen Potenzials und Bedarfs wegen ungeklärter institutioneller Zuständigkeit bislang nur modellhaft und eher in anderen Förderprogrammen erprobt (Geene & Rosenbrock 2012).

Neben der primären (familiären) und sekundären Sozialisation (Kita, Schule) sollten mittelfristig auch die kinderrelevanten Bereiche der tertiären Sozialisation (Sozial-, Sport- und Freizeitangeboten im Sozialraum) dazu genutzt werden, die Lebenswelten gesund zu gestalten, ohne dass das einzelne Kind eine spezielle Hürde nehmen muss. Besonders hervorzuheben ist dabei die Möglichkeit von integrierten Strategien, die gleichermaßen Kinder und Eltern einbeziehen. Eine solche Symmetrie der Sozialisationsinstanzen und -schritte ist von herausragender Bedeutung, weil Konflikte zwischen Eltern und Erzieher/innen oder Lehrkräften immer auf dem Rücken der Kinder ausgetragen werden, die dies als weitere Belastung ihrer schwierigen sozialen Situation wahrnehmen – und die umgekehrt bei einer vertrauensvollen Zusammenarbeit umso aufnahmefähiger sind.

Insgesamt verweist der Setting-Ansatz auf die Verantwortung für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik mit hohem Koordinierungs- und Vernetzungsbedarf und mithin auf die gesellschaftliche Verantwortung.

## **8. Gesundheitsförderung als Querschnittsanforderung an Frühe Hilfen**

Gesundheitsförderung ist wie dargestellt kein eigenständiges Handlungsfeld, sondern vielmehr eine Querschnittsanforderung an die gesundheitlichen und sozialen Versorgungsangebote. Hier soll zunächst ein Überblick gegeben werden über die Diskussionen in den Frühen Hilfen, bevor abschließend der Ansatz der Gesundheitsförderung damit abgeglichen wird.

### a) Frühe Hilfen

Frühe Hilfen als neues, problemnahes Angebot sollen Eltern so früh wie möglich dabei unterstützen, ihren Kindern von Anfang an, das heißt schon ab der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit, eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen und somit Risiken für Gefährdungen soweit wie möglich zu reduzieren. Im Zentrum steht die Unterstützung von Eltern, die aufgrund großer Belastungen aus eigener Kraft nicht ausreichend für ihre Kinder sorgen können. Die Belastungen sind vielschichtig und reichen von eigenen psychischen Beeinträchtigungen und häuslicher Gewalt bis hin zu Problemen auf Grund von mangelnder Bildung und Armut. Frühzeitige Unterstützung setzt dabei voraus, dass diese Belastungen und Bedarfe frühzeitig erkannt und passgenaue Hilfen angeboten werden.

Frühe Hilfen sind in erster Linie kein bestimmter Hilfetyp, sondern basieren auf einem System von aufeinander bezogenen Unterstützungsangeboten im Rahmen eines Netzwerks, das sowohl allgemeine als auch spezifische Hilfen für besondere Problemlagen umfasst. Dabei können allgemeine Hilfen wie Angebote des Gesundheitssystems oder der Schwangerschaftsberatung (Franz & Busch 2012) guten Zugang zu besonders schwer erreichbaren Eltern ermöglichen, denn diese werden von fast allen (werdenden) Eltern genutzt und daher als nicht stigmatisierend erlebt. Die Anbieter genießen ein hohes Vertrauen der Familien (Thyen 2011).

Die spezifischen Hilfen umfassen psychosoziale Hilfen für besondere Problemlagen, um den Unterstützungsbedarfen der Familien in prekären Lebenslagen gerecht zu werden. Diese werden vor allem von der Jugendhilfe vorgehalten. Durch systemübergreifende Zusammenarbeit und passgenaue Hilfen kann zum einen wirkungsvoller für die Familien und zum anderen ressourcenschonender für die Haushalte gearbeitet werden, in dem es zu weniger Fehlversorgung kommt und Parallelstrukturen vermieden werden (Pott et al. 2010).

#### b) Frühe Hilfen und Ressourcenorientierung

„Frühe Hilfen als förderndes, präventives, an den Ressourcen der Eltern orientiertes Unterstützungsangebot lehnen sich an den Prinzipien der Gesundheitsförderung an“ (Paul 2012: 7) heißt es im einführenden Beitrag der Sonderausgabe „Frühe Hilfen – Gesundes aufwachsen ermöglichen“ der Zeitschrift ‚Frühe Kindheit‘ der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. Die Liga, gleichzeitig Initiator und Geschäftsstelle der bundesdeutschen National Coalition zur Umsetzung der UN-Kinderrechtscharta, gilt als eine der führenden NGOs im Bereich von Kinderschutz, Kindeswohl und Kinderinteressenvertretung und –förderung und ist eine jener zivilgesellschaftlichen Organisationen, zu denen ebenfalls Brücken geschlagen werden.

Der Ressourcenansatz der Gesundheitsförderung drückt sich insb. aus in elterlicher Kompetenzförderung, damit diese ihre Kinder aus eigenen Kräften versorgen können (Geene 2014). Solche Mobilisierung von Selbsthilfepotenzialen kann nur gelingen bei freiwilliger Annahme der Unterstützungsangebote, mithin durch elterliche Partizipation am Hilfeprozess. Dies erfordert eine professionelle wertschätzende Haltung den Familien gegenüber, so dass sie trotz schwieriger Lebensverhältnisse grundsätzlich Fähigkeiten ausbilden können, die eine Bewältigung ihrer Probleme mögliche machen.

Dennoch werden, so das Resümee, Frühe Hilfen es nicht allein schaffen, dass die Familie ein guter Ort für alle Kinder in unserer Gesellschaft ist. Frühe Hilfen müssen eingebettet sein in ein gesamtgesellschaftliches Engagement, damit die soziale Lage von Familien nicht über ein gesundes Aufwachsen der Kinder entscheidet. Die Verhältnisprävention, gerade im Sinne der in den Gesundheitswissenschaften diskutierten „kontextorientierten, verhältnisgestützten Verhaltensprävention“ (Franzkowiak et al. 2011: 221) ist dabei eine zentrale Herausforderung im Rahmen der Frühen Hilfen.

#### c) Frühe Hilfen und Kooperationen

Die strukturellen Voraussetzungen sind bereits durch das Kooperationsgebot im § 81 des SGB VIII gegeben, wenngleich diese Verpflichtung bislang nur einseitig für die Jugendhilfe besteht, nicht jedoch umgekehrt für die Träger nach SGBs II, III, V und IX sowie die ÖGDs und die Schwangerschaftsberatung (Thyen 2011). Auch hier ist der Vernetzungsansatz der Gesundheitsförderung ein großer Erfahrungsschatz für den Aufbau von Netzwerken (Trojan & Legewie 2001).

Frühe Hilfen müssen, so hat sowohl die fachliche Debatte als auch vor allem die praktische Erfahrung vor Ort gezeigt, als freiwilliges und partizipatives Angebot konzipiert sein. Diese Anforderung stellt sich gleichermaßen ethisch – weil die Familie hier eine besondere, grundgesetzlich abgesicherte Autonomie hat – wie auch praktisch, weil Eltern die Schlüsselpersonen für kindliches Wohlbefinden sind.

Die BZgA-initiierten Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Lehmann et al. 2011) und die Leitprinzipien des Kommunalen Partnerprozesses ‚Gesund aufwachsen für Alle‘ (Gold & Lehmann 2012), die von Empathie und multidisziplinären Ansätzen geprägt sind, bilden dabei wichtige Handlungsorientierungen. Die drei Kernprinzipien der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung (vermitteln, vertreten, vernetzen) und die fünf Handlungsfelder (siehe Geene et al. 2013) sind nachgerade eine ‚Blaupause‘ für die Etablierung Früher Hilfen, bei der politische Rahmenbedingungen, zivilgesellschaftliche Akteure und die Familien in einem offenen, solidarischen, nicht-diskriminierenden Prozess zusammen wirken. Die Akzeptanz bei Familien in schwierigen Lebenslagen hängt maßgeblich davon ab, dass diese Art der Ressourcen- und Subjektorientierung sich professionell und empathisch in den Angeboten ausdrückt und sich dabei glaubhaft vermittelt.

### **9. Perspektiven der Gesundheitsförderung für die Frühen Hilfen**

Die in Deutschland seit den 1990er Jahren wieder eingeführten Gesundheitswissenschaften/Public Health haben mit dem Konzept der Gesundheitsförderung durch die Ottawa-Charta von 1986 eine praktische Leitorientierung von dem defizitorientierten Ansatz der Pathogenese zum Ressourcenansatz der Salutogenese. Mit drei Kernstrategien für fünf Handlungsfelder wird eine umfassende Vision für gesundes Leben skizziert. Der politische und prozesshafte Auftrag der Gesundheitsförderung hat sich in den Ottawa-Folgekonferenzen und der Forschung in drei Richtungen geschärft. Zum einen werden durch die Analyse sozialer Determinanten die Zielgruppen und Handlungsorte deutlich herausgestellt, Gesundheitsförderung ist hier auf das Ziel fokussiert, soziale Ungleichheit zu reduzieren. Daraus abgeleitet werden eher personal bezogene Ressourcenkonzepte um die entscheidende Frage der Umweltbedingungen erweitert. Schließlich wird der Politik aufgetragen, Rahmenbedingungen für Gesundheit über eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik umfassend sicherzustellen. Mittels Programmen und Zielformulierungen soll Politik auf einen „Whole Society Approach“ verpflichtet werden.

So anspruchsvoll wie diese Politikverpflichtung ist auch die konkrete Praxis der Gesundheitsförderung, die sich insb. im zweiten Handlungsfeld der Ottawa-Charta, dem Setting-Ansatz, ausdrückt. Kitas, Schulen und Jugendwelten sollen zu gesunden Lebenswelten für Kinder entwickelt werden. Diese schon an sich ambitionierten Ziele bedürfen zu einer umfassenden Verwirklichung einer starken Lobby (Anwaltschaftliche Vertretung, erste Kernstrategie) für die Familie als primäre Lebenswelt der Kinder.

Die Kommune stellt dabei das ‚Dach-Setting‘ für die Lebenswelten ‚vor Ort‘ dar. Ihre Gestaltung obliegt der regionalen Politik, die wiederum der gezielten Unterstützung durch Landes- und Bundespolitik mit all ihren (auch zivilgesellschaftlichen) Akteur/innen bedarf. Auch hierzu

bestehen konkrete Programminitiativen wie der Kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“, der dafür einen Handlungsrahmen liefert.

Ein Vierteljahrhundert nach Ottawa kann mithin festgestellt werden: Das ressourcenorientierte Konzept der Gesundheitsförderung hat von der zunächst abstrakten Vision in eine konkrete Handlungspraxis gefunden, getreu dem Motto: Umwege erhöhen die Ortskenntnis. Bei der Frage, ob und wie er sich nachhaltig etabliert, muss die Uhr wieder zurückgestellt werden: Damals wie heute ist es im Wesentlichen eine Frage an mutiges Engagement einzelner Stakeholder (wie Politiker/innen, Verbands- und Verwaltungsleiter/innen in Bund, Ländern und Kommunen) und v. a. an soziale und gesundheitliche Bewegungen, die bewirken können, dass aus guten Modellprojekten und umfassender wissenschaftlicher Fundierung eine breite und selbstverständliche gesellschaftliche Praxis entsteht, die auf gesunde Lebenswelten, Empowerment und Partizipation ausgerichtet ist.

Dies gilt analog für die Frühen Hilfen, die ebenfalls das Engagement benötigen. Aus dem Bereich der Familienpolitik hat es hier zahlreiche Unterstützung gegeben, die das Handlungsfeld überhaupt erst haben in der jetzigen Form entstehen lassen. Im Bereich der Gesundheitspolitik sind Ansätze für ein Präventionsgesetz wiederholt gescheitert; hier ist zu hoffen, dass dem nächsten und nunmehr 5. Anlauf zur Verabschiedung eines solchen Gesetzes (CDU, CSU & SPD 2013) mehr Erfolg beschieden sein möge, und es sich auch der schwierigen Frage der Kooperationen zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe annimmt.

### Literatur/Quellen:

- Abel, Thomas & Bruhin, Eva (2009): Health Literacy / Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Sabo, 128-131.
- Abholz, Heinz-Harald (1989): Gesundheitspolitik zwischen Autonomie und Steuerung. Hamburg: Argument.
- Altgeld, Thomas; Geene, Raimund; Glaeske, Gerd et al. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Programm für eine bessere Gesundheits- und Sozialpolitik. Diskussionspapier der Friedrich Ebert-Stiftung. Bonn: FES.
- 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.
- Baric, Leo & Conrad, Günter (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit – zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Bahrs, Ottomar (2010): SPRINT – Stärker ins Leben: Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Jugendlichen. Dokumentation der Fachtagung am 23.2.2010 in Göttingen. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Bauer, Ulrich (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS.
- Becker-Textor, Ingeborg (1994): Kindergarten 2010. Traum – Vision – Realität (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Herder.
- 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.
- Bettge, Susanne & Ravens-Sieberer, Ulrike (2005): Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die Bella-Studie. In: Psychomed Zeitschrift für Psychologie und Medizin 17 (4), 214-222.
- 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. & Hurrelmann, Klaus (2006): Präventionsstrategien für sozial Benachteiligte. Das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In: Kirch, Wilhelm & Badura, Bernhard (Hg.): Prävention: Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden 1. und 2. Dezember 2005. Berlin: Springer. 173-192.
- 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.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): 12. Kinder- und Jugendbericht. Berlin: BMFSFJ.
- 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. Berlin: BMFSFJ.
- Bourdieu, Pierre (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Brenner, Harvey (2003): Geleitwort. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Busse, Reinhardt et al. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (2. Aufl.). München: Urban & Fischer, V-VI.

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

- Brinkhoff, Klaus-Peter (2006): Soziale Funktionen des Fußballsports im Kindes- und Jugendalter. In: Wechselwirkungen. Jahrbuch aus Forschung und Lehre. Stuttgart: Universität Stuttgart, 3-10.
- Brinkhoff, Klaus-Peter & Gomolinsky, Uwe (2004): Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport. Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 21. Köln: BZgA.
- Brinkhoff, Klaus-Peter & Sack, Hans-Gerhard (1999): Sport und Gesundheit im Kindesalter. Der Sportverein im Bewegungsleben der Kinder. Weinheim: Juventa.
- Büttner, Christian & Dittmann, Mara (Hg.) (1999): Kindergartenprofile. Praxisberichte für die Ausbildung. Weinheim: Beltz.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): „Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 16. Köln: BZgA.
- 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](http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/ah_bilder/koalitionsvertrag136-1%20kopie%20.pdf) [11.04.14]
- Czollek, Lea Carola; Perko, Gudrun & Weinbach, Heike (2009): Lehrbuch Gender und Queer. Grundlagen, Methoden und Praxisfelder. Weinheim: Juventa.
- 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.
- Faller, Gudrun (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber.
- Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz.
- Frankl, Viktor E. (2005): Der Wille zum Sinn. Bern: Huber.
- Franzkowiak, Peter (2003): Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Sabo, 198-200.
- Franzkowiak, Peter & Sabo, Peter (Hg.) (1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentaren (2. Aufl.). Schwabenheim: Sabo.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönnau-Böse, Maike (2009): Resilienz. München: Reinhardt.
- Fthenakis, Wassilios E. (2003): Die Forderung nach Bildungsqualität. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Auf den Anfang kommt es an! Perspektiven zur Weiterentwicklung des Systems der Tageseinrichtungen für Kinder in Deutschland. Weinheim: Beltz, 65-80.
- Geene, Raimund (2000): AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Frankfurt: Mabuse.
- 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 & Borkowski, Susanne (2008): Lern- und Lebensorte von Kindern. In: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): Angewandten Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis. Weinheim: Juventa, 41-56.

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

- Geene, Raimund & Borkowski, Susanne (2009): Neue Wege in der Elementarpädagogik und die spezielle Problematik im Übergang Kindertagesstätte – Grundschule. In: Wenzel, Diana & Carle, Ursula (Hg.): Das Kind im Blick. Eine gemeinsame Ausbildung für den Elementarbereich und die Grundschule. Hohengehren: Schneider, 156-166.
- 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.
- 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.
- Heckman, James J. (2006): Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. In: Science 312, 1900-1902.
- Heinrich, Siegfried; Kolbe, Martina; Schwabe, Ulrich et al. (2006): gesund leben lernen. Lebensräume gestalten – gesundes Handeln ermöglichen. In: Essers, Michael; Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus et al. (Hg.): Prävention. Jahrbuch für kritische Medizin, Band 43. Hamburg: Argument, 40-54.
- Hildebrandt, Helmut (1992): Gesundheitsbewegungen in den USA. Opladen: Leske + Budrich.
- Hilgers, Heinz (2012): Kinderarmut und ungleich verteilte Chancen auf Gesundheit – welche Bedeutung haben kommunale Strategien? Vortrag auf der Satellitenveranstaltung „Gesund aufwachsen für alle!“ zum 17. Kongress Armut und Gesundheit am 08.03.2012 in Berlin.
- 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.
- Holz, Gerda; Schöttle, Michael & Berg, Annette (2011): Fachliche Maßstäbe zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen: Strukturansatz zur Förderung des „Aufwachsens im Wohlergehen“ für alle Kinder und Jugendliche. Impulspapier. Monheim am Rhein.
- Hurrelmann, Klaus (2006): Einführung in die Sozialisationstheorie (9. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Kickbusch, Ilona (1997): How up to Date is Health Promotion? In: Geiger, Andreas & Kreuter, Hansheinz (Hg.): Handlungsfeld Gesundheitsförderung 10 Jahre nach Ottawa. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 14-17.
- Kickbusch, Ilona (1999): Vorwort. In: Baric, Leo & Conrad, Günter: Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit – zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 5-6.
- 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.
- Kilian, Holger; Brendler, Claudia; Geene, Raimund et al. (2003): Abschlussbericht Projektphase 1: „Erhebung von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22. Köln: BZgA, 65-118.
- Kilian, Holger; Geene, Raimund & Philippi Tanja (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting. In: Rosenbrock, Rolf; Bellwinkel, Michael & Schröer, Alfons (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Band 8. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 151-230.
- Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael & Kirschner, Renate (1995): § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Band 6. St. Augustin: Asgard.
- Kliche, Thomas; Töppich, Jürgen & Koch, Uwe (2009): Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bitzer, Eva; Walter, Ulla; Lingner, Heidrun et al. (Hg.): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Heidelberg: Springer, 252-259.
- Kliche, Thomas; Hart, Diane et al. (2010): Wie wirkt gesundheitsfördernde Schule? Effekte des Kooperationsprojekts ‚gesund leben lernen‘. In: Prävention und Gesundheitsförderung 5, 1-12.
- Kobasa, Suzanne (1979): Stressful life events, personality, and health – Inquiry into hardiness. In: Journal of Personality and Social Psychology 37, 1-11.
- Kolip, Petra (2009): Was bietet die Facharbeit für die Forschung? In: Helfferich, Cornelia & Köster, Monika (Hg.): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. Gesundheitsförderung konkret, Band 10. BZgA, Köln, 21-29.
- Krenz, Armin (1991): Der „Situationsorientierte Ansatz“ im Kindergarten. Grundlagen und Praxis. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Kuhn, Joseph; Lampert, Thomas & Ziese, Thomas (2012): Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen? In: Robert-Koch-Institut (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.

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

- Lehmann (2009): Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. In: Richter, Matthias & Hurrelmann Klaus (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualis. Aufl.). Wiesbaden: VS, 423-438.
- Lehmann, Frank; Köster, M., Brandes, S. et al. (2011): *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – weiterführende Informationen* (5. Aufl.). *Gesundheitsförderung konkret*, Band 5. Köln: BZgA.
- 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 & Feydich, T. (Hg.): *Ressourcenorientierte Diagnostik. Klinische Diagnostik und Evaluation*. Göttingen: Vadenhock & Rupprecht, 226-243.
- Lohaus, Arnold; Jerusalem, Matthias & Klein-Heßling, Johannes (2006): *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- LVG Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hg.) (2007): *Audit gesunde Kita. Leitfaden zur Zertifizierung von Kindertagesstätten*. Aschersleben: LVG.
- Mahler, Halfdan (1989): „Gesundheit für alle“ – ein breitenwirksames Konzept, Anmerkungen zur Anwendung des WHO-Konzeptes auf die Bundesrepublik Deutschland. In: Badura, Bernhard; Elkeles, Thomas et al. (Hg.): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung*. Frankfurt: Mabuse, 17-23.
- McKeown, Thomas (1979): *The Role of Medicine. Dreams Mirage oder Nemesis?* Oxford: Basil Blackwell.
- Meier-Gräwe, Uta & Wagenknecht, Inga (2011): *Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Studie im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen*. Köln: BZgA.
- Meier-Gräwe, Uta & Wagenknecht, Inga (2012): *Frühe Hilfen sind eine Zukunftsinvestition*. In: *frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen*, 24-29.
- Metzger, Klaus & Weigl, Erich (Hg.) (2010): *Inklusion – eine Schule für alle*. Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Mielck, Andreas (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Huber.
- Mielck, Andreas (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Mielck, Andreas; Lungen, Markus; Siegel, Martin et al. (2012): *Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Mierendorff, Johanna (2010): *Kindheit und Wohlfahrtsstaat. Entstehung, Wandel und Kontinuität des Musters moderner Kindheit*. Weinheim: Juventa.
- Milz, Helmut (1996: 88f.): *Die Gesundheit fördern – Trotz oder mit einer lebensbedrohenden Krankheit?* In: Troschke, Jürgen von; Reschauer, Georg & Hoffmann, Axel (Hg.): *Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland*. Freiburg im Breisgau: Universität Freiburg Abteilung für medizinische Soziologie, 86-103.
- 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.
- Mörath, Verena (2005): *Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970-1994. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*. Berlin: WZB.
- Müller, Petra (1994): *Gesundheitsförderung und Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst: Konzepte, Strategien und Perspektiven in Berlin*. Berlin:

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

- Naidoo, Jennie & Wills, Jane (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung (überarb., aktualis. u. erw. Aufl.). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Nussbaum, Martha (1999): Gerechtigkeit oder das gute Leben. Frankfurt: Suhrkamp.
- Nussbaum, Martha (2010): Die Grenzen der Gerechtigkeit. Frankfurt: Suhrkamp.
- O'Neill, Peter (1984): Gesundheit 2000 – Krise und Hoffnung. Dt. Fassung des WHO-Dokuments „Health 2000“. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.
- Opper, Elke (2002): Der Sportverein als Setting für Gesundheitsförderung. In: Bundesvereinigung für Gesundheit (Hg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied: Luchterhand, 1-20.
- Paul, Mechthild (2012): Was sind Frühe Hilfen? In: Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 6-7.
- 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.
- Plantz, Chistina (2008): Die Jugendfreizeiteinrichtung als gesundheitsförderndes Setting im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit. Diplom-Arbeit. Magdeburg: Hochschule Magdeburg-Stendal.
- Pothmann, Jens & Thole, Werner (2005): Ein Blick in den Zahlenspiegel. In: Deinet, Ulrich, Sturzenhecker, Benedikt (Hg.): Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit (3., völlig überarb. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: VS, 344-353.
- Putnam, Robert (2001): Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich. Gütersloh: Bertelsmann.
- 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.
- Richter, Ante; Holz, Gerda & Altgeld, Thomas (2004): Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich. Frankfurt: ISS.
- Richter, Antje & Wächter, Marcus (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 36. Köln: BZgA.
- Richter, Horst-Eberhard (1986): Die Chance des Gewissens. Erinnerungen und Assoziationen (3. Aufl.). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Rieckmann, Nina (2002): Resilienz, Widerstandsfähigkeit, Hardiness. In: Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias & Weber, Hannelore (Hg.): Gesundheitspsychologie von A-Z: Ein Handwörterbuch. Göttingen: Hogrefe, 462-465.
- Rodenstein, Marianne (1988): Mehr Licht, mehr Luft: Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750. Frankfurt: Campus.
- Rosenbrock, Rolf & Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung (2., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Rössler, Gabriele & Kirch, Wilhelm (1996): Public Health – Anwalt der Bevölkerung in Sachen Gesundheit. In: Public Health Forum 4 (12), 7-16.
- Rotter, Julian B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs 80 (609), 1-28.

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

- Ruckstuhl, Brigitte (2011): Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Weinheim: Juventa.
- Schnabel, Peter (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen und Familien. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber, 312-321.
- 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.
- 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.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Kickbusch, Ilona & Wismar, Matthias (2003): Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Busse, Reinhard et al. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (2. Aufl.). München: Urban & Fischer, 229-249.
- 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.
- Sommer, Dieter; Westermann-Kireg, Liesel; Klaes, Lothar et al. (2005): Gesunde Schule. Gesundheit – Qualität – Selbstständigkeit. Frankfurt: Mabuse.
- Spatz, Johannes (2000): Gesundheitsziele: Bürokratisierung der Gesundheitspolitik? In: Geene, Raimund & Lubert, Eva (Hg.): Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik. Frankfurt: Mabuse, 39-47.
- Speck, Karsten & Olk, Thomas (Hg.) (2010): Forschung zur Schulsozialarbeit. Weinheim: Juventa.
- 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.
- Steinbach, Dirk & Hartmann, Stephan (2007): Demografischer Wandel und organisierter Sport. Projektionen der Mitgliederentwicklung des DOSB für den Zeitraum bis 2030. In: Sport und Gesellschaft 4 (3), 223-242.
- Stuber, Michael (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung – Zielgruppen und Zielgruppengenaugigkeit 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.

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

- SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Berlin: BMG.
- Syme, Leonard S. (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](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0001.htm) [15.01.2013].
- Textor, Martin R. (Hg.) (2006): Erziehungs- und Bildungspartnerschaft mit Eltern. Gemeinsam Verantwortung übernehmen. Freiburg: Herder.
- Trojan (1996): Prävention und Gesundheitsförderung im ‚Laiensystem‘. In: Troschke, Jürgen von; Reschauer, Georg & Hoffmann-Markwald, Axel (Hg.): Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. Freiburg im Breisgau: Universität Freiburg Abteilung für medizinische Soziologie, 61-71.
- 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. Verfügbar unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/unescosalamanca.html> [15.01.2013].
- 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 zur Gesundheitsförderung. In: Geene, Raimund & Denzin, Christian (Hg.): Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy City-Programm der WHO (5. Aufl.). Berlin: Schmengler, 337-344.
- WHO World Health Organization; EU Europäische Union & BMG Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1991): Investment in Health: Gesundheitsförderung – eine Investition in die Zukunft. Tauberbischofsheim: Frankische Nachrichten.
- 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> [15.01.2013].
- Wright, Michael T. (Hg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.
- Zander, Margaritha (2010): Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz (3. Aufl.) Wiesbaden: VS.

**Raimund Geene**

Hochschule Magdeburg-Stendal

**Kontakt:**

Hochschule Magdeburg-Stendal

Osterburger Str. 25

39576 Stendal

E-Mail: [raimund.geene@hs-magdeburg.de](mailto:raimund.geene@hs-magdeburg.de)