

1 Prolog

Die herkömmlichen Behandlungsangebote für psychisch kranke Menschen im Allgemeinen und für Suchtkranke im Besonderen sind allesamt im Wesentlichen defizienzorientiert (Priebe et al. 2014). Suchtkrankheit wird dabei in der Regel als ein psychischer Defekt verstanden, in dessen Zentrum die Unfähigkeit steht, bestimmte Verhaltensweisen bzw. den Gebrauch von psychotropen Substanzen mit Suchtpotential nachhaltig kontrollieren zu können. Dieser als »Kontrollverlust« benannte zentrale Defekt von Suchtkranken steht in engem Zusammenhang mit weiteren Defekten bzw. Defizienzen, wie zum Beispiel einem nicht bzw. kaum zu widerstehendem inneren Verlangen und Drängen nach dem Suchtmittel oder bestimmten Suchtverhaltensweisen, der Entwicklung einer Toleranz der Suchtmittelwirkung bzw. dem süchtigen Verhalten gegenüber, die üblicherweise mit einer Dosissteigerung einhergeht und/oder dem Erscheinen von Entzugssymptomen, die sich dann entwickeln, wenn der Suchtmittelkonsum einen kritischen Wert unterschreitet beziehungsweise, wenn man bestimmten Verhaltensweisen nicht mehr in ausreichendem Maße nachkommt (ICD-10 1993).

An diese eng mit dem zentralen Phänomen des Kontrollverlustes in Verbindung stehenden Defizienzen, die in ihrer Gesamtheit auch als Kernsymptomatik von Suchterkrankungen angesehen werden, reihen sich dann in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle meist noch andere psychische, soziale und körperliche Beeinträchtigungen bzw. Symptomkonstellationen, die zwar nicht als unmittelbare Zeichen der Suchtkrankheit selbst angesehen werden, die aber doch eng mit dem Suchtgeschehen vergesellschaftet sind und daher als »Komorbiditäten« (Lindemeyer 2011, 2018; Petry 2005) bezeichnet werden. Beispiele hierfür wären depressive Störungen, Angststörungen, psychotische Erscheinungsbilder, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen, hoch beeinträchtigende psychosoziale Störungen bzw. Probleme und/oder verschiedenste körperliche Erkrankungen. Diese »Komorbiditäten« stehen den Suchterkrankungen nicht nur gleichsam als Begleiter zur Seite, sondern sie sind vielmehr eng mit dem Suchterkrankungsgeschehen verwoben, entweder indem sie das Suchtverhalten selbst mitauslösen bzw. (mit-)bedingen oder indem sie als Folgeerscheinung von übermäßigem Suchtmittelgebrauch das Suchtverhalten selbst mitaufrecht erhalten.

All diese Charakteristika von Suchterkrankungen und der ihnen assoziierten Störungen werden dabei als Defizienzen, Defekte oder Defizite, als Schäden, Fehler, Mangelzustand oder Fehlfunktionen verstanden. Es ist heute unüblich geworden, in medizinischen Aufsätzen oder Vorträgen direkt von Defekten oder Defiziten zu sprechen, viel häufiger hört und liest man die etwas milder anmutende Ausdrucksform »Defizienz«, ein Lehnwort aus dem Englischen, wo Defektzustände und

Defizite als »deficiencies« bezeichnet werden. Da es nun in der deutschsprachigen Medizin üblich wurde, von Defizienzen zu sprechen, wird im Folgenden auf die eigentlich korrekte Bezeichnung »Defekt« bzw. »Defizit« verzichtet und dort, wo von einer sich an Defekten und Defiziten orientierenden Medizin die Rede sein wird, diese als eine »Defizienz-orientierte« ausgewiesen.

Die herkömmliche Medizin geht davon aus, dass das Normale im Sinne einer Idealnorm im völligen Funktionieren des Systems besteht, während Abweichungen von diesem Idealzustand als »Störungen«, »Fehlfunktionen« bzw. »Mangelercheinungen« aufgefasst werden. Eine solche defizienzorientierte Herangehensweise an Krankheitsgeschehen steht im krassen Gegensatz zu einer dynamisch-systemischen Sichtweise, bei der Krankheit als eine der möglichen Antworten eines lebendigen Systems auf die vielfältigen Herausforderungen der Lebenswelt (Schipperges 2001; Canguilhem 2017) angesehen wird und demnach im diagnostischen und therapeutischen Prozess nicht nur den Unfähigkeiten und Fehlerhaftigkeiten des von Krankheit Betroffenen Aufmerksamkeit geschenkt wird, sondern vor allem auch seinen besonderen Fähigkeiten und Möglichkeiten, sich den Gegebenheiten seiner Lebenswelt zu stellen.

Das Orpheus-Programm als Prototyp eines ressourcenorientierten Behandlungsprogramms fokussiert demnach nicht nur auf die Mängel und Defizienzen, sondern vor allem auch auf die Fähigkeiten und Potentiale von an Suchtkrankheit Leidenden. Dieses vom Autor entwickelte und dann gemeinsam mit den Mitarbeitern des Anton Proksch Instituts Wien in die Praxis umgesetzte Behandlungsprogramm steht damit für einen Paradigmenwechsel in der Suchtbehandlung von einer sogenannten »Indikationsmedizin«, die auf die Behandlung von Suchtkrankheiten (»Indikationen«) ausgerichtet ist, hin zu einer human-basierten Medizin, wo der an einer Krankheit leidende ganze Mensch zum Maß aller therapeutischen Bemühungen erklärt wird (Musalek 2015a).

2 Ressourcenorientierte Suchttherapie

2.1 Ressourcen – Begriffsbestimmung, Charakteristika und Eigenschaften

Ressourcenförderung, Ressourcenorientierung, Stärkeorientierung, Kompetenzförderung und Ressourcenentwicklung sind Begriffe, die man seit der Jahrtausendwende immer häufiger in Fachpublikationen zur Behandlung von psychisch Kranken antrifft. »Ressource« wurde vor allem in den letzten beiden Jahrzehnten im deutschen Sprachraum gleichsam zu einem »Zauberwort« (Schemmel und Schaller 2013), die Erforschung von Ressourcen und deren Einsatz in der klinischen Praxis zu einem »Modethema« (Willutzki 2013). Ressourcenorientiertes medizinisches Handeln ist aber bei weitem keine Erfindung des zwanzigsten bzw. einundzwanzigsten Jahrhunderts. Schon weit früher wurde da und dort in der Behandlung von Kranken ressourcenorientiert vorgegangen, ohne diese Maßnahmen noch explizit als »ressourcenorientiert« oder »ressourcenfördernd« auszuweisen. Als erste Beispiele von westlichen Medizinformen, die sich vornehmlich auch an Ressourcen orientierten, können die ganzheitsmedizinischen Behandlungsansätze von Hippokrates, Galen und Paracelsus genannt werden (Musalek 2008a).

In der von Hippokrates und seinen Schülern entworfenen Medizin erscheint der Mensch als ein Ganzes, als beseelter Leib, dessen Gesundheit es zu erhalten bzw. wiederherzustellen gilt. Die Aufgabe des Arztes besteht für Hippokrates nicht nur darin, im Krankheitsfall mittels genauer Anamneseerhebung und klinischer Beobachtung die richtige Diagnose und auf deren Basis das entsprechende Therapieverfahren zu wählen, sondern wesentlich auch darin, im Bereich der Gesundheitserhaltung präventiv tätig zu werden, indem ein gesunder Lebensstil gefördert wird, im Rahmen dessen die körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen des Einzelnen gestärkt werden. Hippokrates zählt daher gemeinsam mit Pythagoras zu den Urvätern einer auf gesunde Ernährungs- und Lebensweisen ausgerichteten und damit auch ressourcenorientierten ganzheitlichen Medizin (Leitzman et al. 2009).

Für Galen (Galenos von Pergamon oder auch Aelius Galenus), der den Menschen, ebenso wie sein Lehrer Hippokrates, als eine Leib-Seele-Einheit sieht, gibt es fließende Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit, wobei er zwischen *sanitas*, dem Zustand der Gesundheit, *aegritudo*, dem des Krankseins, und einem »Übergangsstadium«, *neutralitas*, unterscheidet. *Neutralitas* ist für ihn jener Zustand, in dem wir uns üblicherweise befinden, während *sanitas* als ein anzustrebender Zustand vor uns liegt. Ähnliche Überlegungen liegen auch der heute gültigen

Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1948) zugrunde, wenn dort gefordert wird, dass Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit (»neutralitas«) ist, sondern erst bei einem völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden (»Wohlsein« – »well-being« – »sanitas«) erreicht wird. Ein solches völliges Wohlbefinden bleibt uns im täglichen Leben aber natürlich unerreichbar, zumindest kann es nie dauerhaft erlebt werden. Trotzdem ist es als ein orientierungsschaffendes Konstrukt im Hinblick auf präventive, gesundheitserhaltende und therapeutische Maßnahmen unverzichtbar. Der Weg ist hier das Ziel. Um diesen Weg beschreiten zu können, brauchen wir den Einsatz unserer Ressourcen. Für Galen sind es zum einen *res naturales* (physiologische Faktoren wie z. B. Blut und Körpersäfte oder die im Körper wirkende Kräfte, *virtus animalis*, *virtus spiritualis* und *virtus naturalis*) sowie zum anderen sechs *res non naturales* (*aer* – Licht und Luft, *cibus et potus* – Speise und Trank, *motus et quies* – Arbeit und Ruhe, *somnus et vigilia* – Schlaf und Wachen, *secreta et excreta* – Absonderungen und Ausscheidungen und *affectus animi* – Anregung des Gemüts), die uns Menschen Gesundsein im Sinne der *sanitas* ermöglichen, wobei die *res non naturales* für ihn all jene Faktoren sind, die in einem balancierten Verhältnis für ein gesundes Leben verantwortlich zeichnen. Sie entsprechen dem, was auch heute noch immer als fundamentale Grundlagen für Ressourcen zur Gesundheitsförderung angesehen wird: maßvolle Bewegung, Rhythmisierung des Alltags, ausgewogene Schlaf-Wach-Abfolge, gesundheitsförderliche Speisen sowie positive Emotionen und Affekte (Steiner 2016).

Der unter dem Namen Paracelsus bekannt und berühmt gewordene Arzt Philipus Aurelius Theophrastus von Hohenheim beschreibt in seiner in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts verfassten medizinischen Schrift *Von der Bergsucht und anderen Bergkrankheiten* nicht nur, wie man Lungenkrankheiten von Bergbauarbeitern behandeln kann, sondern fokussiert im Besonderen auch auf all jene Handlungen, die erforderlich sind, um prophylaktisch die Widerstandskraft derselben zu erhöhen. Dabei werden Lebensstiländerungen sowie Diätvorschriften und Schwitzbäder zur Ressourcengenerierung als wesentliche präventive Maßnahmen hervorgehoben (Duffin 1999; Kelly 2008). Sowohl in der antiken wie auch in der mittelalterlichen Medizin spielen demnach ressourcenorientierte Präventions- und Therapieansätze eine zentrale Rolle. Erst später mit den zunehmenden Erfolgen von medizinisch-technischen Behandlungsmethoden wird in der Neuzeit der Hauptfokus immer stärker auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet, womit die vorerst im Wesentlichen ressourcenorientierte prophylaktische Medizin zugunsten einer defizienzorientierten Medizin weitgehend in den Hintergrund gedrängt wird.

2.1.1 Ressourcen-orientierte versus Defekt- bzw. Defizienz-orientierte Medizin

Ressourcen-orientierte Medizin und Defekt- bzw. Defizienz-orientierte Medizin werden heute oft als Gegenpole aufgefasst (Willutzki 2013), die sich unvereinbar gegenüberstehen. Letztere folgt im Wesentlichen einer »pathogenetischen Tradition« (Antonovsky 1997; Udris et al. 1992) bzw. »klinifizierenden Sichtweisen« (Bastine und Tuschen 1996) und stellt Defizite, Schädigungen, Störungen sowie

Stressoren, Belastungen und Vulnerabilitäten in den Mittelpunkt des medizinischen Handelns (Jerusalem 1990; Gutscher et al. 1998). Bei solchen ausschließenden Gegenüberstellungen werden oft die mannigfachen Übergänge und Wechselbeziehungen zwischen den beiden Betrachtungsrichtungen außer Acht gelassen. Eine Abnahme von Defekten und Schäden ist nicht immer, aber auch nicht selten mit einer Zunahme von Stärken des Einzelnen vergesellschaftet, das Auftreten von Defekten und Störungen ist zwar in der Regel eng verknüpft mit einem Verlust bzw. Fehlen von Ressourcen, aber keineswegs notwendigerweise. Ressourcenorientierte medizinische Ansätze sind daher auch nicht den auf Defizienzen ausgerichteten medizinischen Handlungsweisen als Alternativmodelle gegenüberzustellen, sondern vielmehr als komplementäre Diagnose- und Behandlungsperspektiven anzusehen, die gemeinsam mit störungsorientierten Sichtweisen eine zielführende und nachhaltige Therapie des kranken Menschen, als konkretes Individuum (in seiner unteilbaren Ganzheit) möglich machen (Musalek 2008b).

Das Spannungsverhältnis zwischen Ressourcen und Defekten bzw. Defizienzen kann in dreifacher Weise gedacht werden: Man kann sie als zwei Seiten einer Medaille auffassen oder als entgegengesetzte Pole einer Dimension oder schließlich auch als zwei voneinander unabhängige Dimensionen (Willutzki 2013). Beim »Medaillenansatz« geht man davon aus, dass sich die beiden, obwohl untrennbar miteinander verbunden, doch in fundamentaler Opposition gegenüberstehen. Dieser Ansicht liegt das Postulat zugrunde, dass es sich auch bei Gesundsein und Krankheit um unvereinbare Zustände handelt. Dieser (noch immer durchaus weit verbreiteten) Auffassung nach ist man entweder gesund oder krank. Antonovsky (1997) kritisiert zurecht diese konstruierte Fundamentalopposition von Ressourcen und Defizienzen, erweist sich doch eine solche Anschauung in der klinischen Praxis insofern als wenig zielführend, als man sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit Menschen konfrontiert sieht, die sowohl kranke wie auch gesunde Merkmalsbereiche aufweisen. Ein entweder nur auf Ressourcen oder nur auf Defizienzen abzielendes medizinisches Handeln muss damit auch immer als ein in hohem Maße unvollständiges Unternehmen beurteilt werden.

Das Postulat, dass wir uns alle ein Leben lang auf einem Kontinuum zwischen den beiden fiktiven Polen »völlig krank« und »völlig gesund« bewegen, ist der Ausgangspunkt für den sogenannten »Gegenpolansatz«. Ebenso wie wir immer in Übergängen von Kranksein und Gesundsein leben, weisen wir einerseits Defizienzen und Störungen auf und verfügen andererseits gleichzeitig aber auch über Stärken und Ressourcen. Nach dem Gegenpolmodell sind die beiden, im Gegensatz zum »Medaillenansatz«, nicht prinzipiell voneinander unabhängig, sondern repräsentieren vielmehr Gegenpole einer einzigen Dimension (Jerusalem 1990). Je mehr Ressourcen, desto geringer die Vulnerabilitäten und damit auch geringer die Chance für das Auftreten von Problemen, Störungen und Defekten. Je mehr von den Letztgenannten, desto geringer die verfügbaren Ressourcen.

Ressourcen und Störungen können aber auch als zwei prinzipiell unterschiedliche Dimensionen gedacht werden. Der Vorteil eines solchen »Unabhängigkeitsmodells« (Willutzki 2013) gegenüber dem »Medaillen-« bzw. »Gegenpolansatz« liegt vor allem darin, dass Ressourcen und Defizienzen gleichzeitig betrachtet werden können und nicht – wie bei einem eng ausgelegten dimensional Modell – ge-

geneinander verrechnet werden. Dieses Modell spiegelt auch die in der klinischen Praxis zu beobachtende Realität wesentlich besser wider: So begegnen wir gar nicht selten Patienten, die deutliche körperliche, psychische und/oder soziale Störungen aufweisen, gleichzeitig aber auch durchaus über eine Fülle von Ressourcen verfügen, die im therapeutischen Prozess erfolgreich genutzt werden können. Die Aufgabe des Therapeuten besteht diesem Ansatz folgend vorzugsweise darin, im therapeutischen Handeln nicht nur die bestehenden Defekte und Störungen im Auge zu behalten, sondern vor allem auch die oft noch unerkannten bzw. wenig bekannten Ressourcen freizulegen und sie auf diese Weise für den Einzelnen zugänglich zu machen. Ohne Zweifel stehen Defizienzen und Ressourcen in einem komplexen Wechselverhältnis zueinander, sie sind aber nicht völlig und untrennbar als Gegenkräfte miteinander verbunden. In jedem Fall genügt es in einem auf den ganzen Menschen ausgerichteten therapeutischen Prozess nicht, sich nur mit einer der beiden Dimensionen auseinanderzusetzen. Leider wird ungeachtet dessen in der kontemporären Medizin immer noch vorzugsweise auf die Störungsdimension fokussiert, während die Ressourcendimension in der Regel ausgespart bleibt.

Auch in der Suchtmedizin finden sich bis heute nur vereinzelt ressourcenorientierte Behandlungsformen. Dass sich ressourcenorientiertes Handeln in der Therapie von psychisch Kranken im Allgemeinen und von Suchtkranken im Besonderen bisher nicht durchsetzen konnte und kann, liegt zu einem guten Teil schon allein daran, dass von den staatlichen (und auch den meisten privaten) Geldgebern in unserem Gesundheitssystem vor allem die Behandlung von Krankheiten bezahlt wird. Es braucht daher die Nennung einer defizienzorientierten Diagnose, am besten die Nennung einer Krankheitskategorie aus dem allgemein anerkannten internationalen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 (Dilling et al. 1993), um eine Behandlungsleistung honoriert zu bekommen. Ressourcenorientierte Präventions- und Behandlungsmedizin wird durch eine solche Finanzierungsgebarung zwangsläufig benachteiligt.

2.1.2 Ressourcendefinitionen in verschiedenen Fachdisziplinen

Die noch immer mangelhafte Ressourcenorientierung in der klinischen Behandlungspraxis mag aber auch daran liegen, dass das, was man unter »Ressourcen« versteht, aufgrund unscharfer Grenzziehungen für viele noch immer eher vage und unbestimmt bleibt. Üblicherweise werden als Ressourcen heute Gegebenheiten und Fähigkeiten bezeichnet, auf die man in Lebensschwierigkeiten bzw. -krisen welcher Art auch immer zurückgreifen kann, um Lebensprobleme bewältigen zu können bzw. um das Leben selbst zu einem schöneren und besseren zu machen. So definieren Schubert und Knecht (2012) Ressourcen als »personale, soziale und materielle Gegebenheiten, die das Individuum nutzen kann, um die externen und internen Lebensanforderungen und Zielsetzungen zu bewältigen.« Diener und Fujita (1995) sehen Ressourcen als materielle, soziale und personale Charakteristika eines Menschen, die genutzt werden können, um sich in Richtung persönlicher Ziele zu bewegen, die ihrerseits zur Bedürfnisbefriedigung beitragen und das persönliche

Wohlbefinden steigern. Ressourcen sind für sie Potentiale (der Person selbst und/oder ihrer sozialen Umwelt), deren Einsatz lebenserhaltende bzw. lebensverbessernde Effekte produziert.

Auch Tröskén und Grawe (2003) betonen in ihrer Definition die Ausrichtung von Ressourcen auf die Grundbedürfnisse des Menschen, wenn sie Ressourcen als konkrete Fähigkeiten, Verhaltensroutinen und motivationale Bereitschaften auffassen, die es Menschen erlauben, die individuelle Person-Umwelt-Transaktionen so zu gestalten, dass in einem hohen Maße ihre Bedürfnisse gedeckt oder Verletzungen vermieden werden. Für Willutzki (2008) sind Ressourcen Potentiale nicht nur der Person selbst, sondern auch solche ihrer sozialen Umwelt, deren Einsatz lebenserhaltende bzw. lebensverbessernde Effekte produziert. Sie sind »für die Bewältigung alltäglicher [...] Anforderungen bzw. Lebensaufgaben von zentraler Bedeutung«, womit auch »unsere psychische und physische Gesundheit sowie unser Wohlbefinden von ihrer Verfügbarkeit und ihrem Einsatz abhängig« wird. Brandtstädter et al. (2003) definieren Ressourcen sehr allgemein als »Merkmale oder Attribute, welche über die Lebensspanne hinweg die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, kritischen Lebensereignissen oder belastenden Entwicklungsübergängen erleichtern oder zu einer positiven Bilanz von Entwicklungsgewinnen und -verlusten beitragen«, womit im Besonderen darauf verwiesen wird, dass Ressourcen sich über die Lebenszeit hinweg auch verändern können. Früher wirksame Ressourcen können mit zunehmendem Alter ihre Bedeutung verlieren, sodass für die nächsten Lebensabschnitte dann neue entfaltet und entwickelt werden müssen.

Solch allgemeine und weite Definitionen von Ressourcen, die nahezu alle Gegebenheiten, mit denen ein Mensch sich konfrontiert sieht, sowie alle seine Fähigkeiten, die er schon besitzt bzw. noch entwickeln kann, umfassen, machen sowohl für die wissenschaftliche Forschung wie auch für die klinische Praxis kaum Sinn. Nur allzu leicht verliert man sich dabei in nur unscharf begrenzbares begriffliches Niemandsland, das Nestmann (1996) in Bezug auf die gängigen Ressourcendefinitionen völlig zu Recht mit dem Satz beklagt: »Letztlich alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt und/oder als hilfreich erlebt wird, kann als eine Ressource betrachtet werden.«

Das deutsche Wort *Ressource* ist aus dem Französischen entlehnt, hat aber seine eigentliche Wurzel im lateinischen *resurgere*, das meist mit »wiedererstehen« übersetzt wird. Weitere Bedeutungen von *resurgere* sind »wieder aufstehen«, »sich wieder erheben«, »sich erneuern«, »hervorquellen«, »wiedererwachen« oder »wieder emporkommen«. Das französische Wort *ressource* steht primär für »Mittel« und »Quelle« und wird zur Bezeichnung von hilfreichen Mitteln und Möglichkeiten, für dienliche psychische und physische Fähigkeiten oder schlicht für Hilfe im Allgemeinen verwendet (Robert 1986). Heute werden Ressourcen oft ganz allgemein als »Handlungsmittel« angesehen, die »zum Erreichen von Zielen benutzt oder mobilisiert (nutzbar gemacht) werden« (Moldaschl 2005a).

Das war nicht immer so. Im neunzehnten Jahrhundert meinte man mit dem deutschen Wort *Ressourcen* bürgerliche Unterhaltungs- und Erholungsvereine, erst in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts setzte sich dann im Zuge der ökologischen Krise die Verwendung in der Bedeutung von Hilfsmitteln und Rohstoffen durch (Schubert und Knecht 2012), später kamen dann auch noch weitere

Bedeutungszuweisungen hinzu, wie Vermögen, Rücklagen, Reserven, persönliche Eigenschaften und Merkmale, Potentiale sowie Bestand, Depot, Fundus, Inventar, Lager und Vorrat (siehe auch Duden 2018). Wie Bündler (2002) sich auf den Collins English Dictionary (Hank 1985) berufend ausführt, hat der Begriff im angelsächsischen Sprachraum eine noch größere Bandbreite als im Deutschen und umfasst neben »capability«, »ingenuity«, »initiatives«, »source of economic health« and »supply or support« auch »a means of doing something«, womit vor allem auch eine nichtmaterielle Dimension geöffnet wird, die vorerst im Deutschen seiner Ansicht nach nicht so gegeben gewesen wäre. Allerdings ist hier anzumerken, dass die Bezeichnung »resource« nur wenig Eingang in die englischsprachige medizinische bzw. psychologische Fachliteratur fand. Anstelle von Ressourcen wird im Englischen meist der Begriff »strengths« (Stärken) verwendet (Wilz et al. 2017). Die Facettenvielfalt des Bedeutungsfeldes Ressource rührt aber nicht zuletzt auch daher, dass dieser Begriff in verschiedenen Wissensgebieten und Fachbereichen zur Beschreibung unterschiedlicher Gegebenheiten und Sachverhalte herangezogen wird.

Seit Mitte der neunziger Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts erlangten Ressourcen, begünstigt durch das zunehmende Bewusstsein von ökologischen Krisen, auch eine große Popularität in der Bedeutung von nicht erneuerbaren Rohstoffen zur Energiegewinnung (Schubert und Knecht 2012). In der *Ökonomie* meint man heute damit finanzielle Rücklagen oder sonstige vorhandene materielle Güter, wie z.B. Rohstoffe und Bodenschätze, auf die, wenn man sie braucht, zurückgegriffen werden kann. In der Regel handelt es sich dabei um Güter, die durch ihren Gebrauch verbraucht werden. Man hat sie bis zu einem gewissen Maße und sie werden dadurch, dass man sie wozu auch immer benutzt, immer weniger. In der *Ökologie* wird zwischen *erneuerbaren* und *nicht erneuerbaren Ressourcen* unterschieden. Erneuerbare Energieträger können immer wieder zum Einsatz gelangen, sie werden in einem solchen Maße und in einer solchen Geschwindigkeit nachgeliefert, dass sie mehrfach und immer wieder verwendet werden können, sodass der Eindruck entsteht, dass sie schier nicht enden wollen. Beispiele hierfür wären aus dem Bereich der Energiegewinnung der Wind, der über Windräder immer neue Energie bereitstellt, oder die Meeresgezeiten und die Flüsse, aus dem Bereich der Überlebensressourcen wäre als Beispiel der Wald zu nennen, der uns Menschen immer wieder neuen Sauerstoff zum Atmen zur Verfügung stellt.

Alle diese »erneuerbaren« Energiere Ressourcen sind *dynamische Ressourcen*, die uns fortlaufend bestimmtes zum Leben Notwendiges liefern. Manche von ihnen werden dabei darüber hinaus auch noch im Sinne von Antriebsmotoren und Triebwerken zu wichtigen Kraftpendern für unser Leben. Diese dynamischen Formen des Naturkapitals können nicht so leicht wie die nicht-erneuerbaren Naturschätze ausgebeutet werden. Letztere sind in der Natur vorkommende Rohstoffe, die man zum Beispiel zur Energiegewinnung verwenden kann und die durch diese Verwendung unwiederbringlich verloren gehen. So wird zum Beispiel Erdöl, das im Benzinmotor als Energieträger Verwendung findet, durch diese Anwendung sukzessive immer weniger. Ob ihrer Unveränderbarkeit im Vorkommen werden diese im Gegensatz zu den vorgenannten dynamischen Ressourcen auch *statische Ressourcen* genannt. Die Erde stellt den Menschen eine gewisse Menge an Erdöl, Gold oder sonstigen Rohstoffen zur Verfügung. Sind diese einmal verbraucht, werden keine neuen

nachgebildet, und wenn doch, dann zumindest nicht in einem solchen Zeitraum, dass wir Menschen in den nächstfolgenden Generationen noch davon profitieren könnten. Sie sind unsere Reserven, auf die wir zwar da und dort zurückgreifen können, die aber auf diese Weise mehr oder weniger schnell verbraucht werden und uns zu guter Letzt dann irgendwann auch nicht mehr zur Verfügung stehen.

Ressourcendefinitionen in der Soziologie

In der *Soziologie* wird der Begriff Ressource auch auf sozial-ökologische Merkmale ausgedehnt, womit eine Erweiterung der Ressourcendefinition um immaterielle Potenzen und Kompetenzen erreicht wird. Fortan ist nicht mehr nur zwischen statischen und dynamischen bzw. erneuerbaren und nicht-erneuerbaren zu unterscheiden, sondern auch zwischen *materiellen* und *nicht-materiellen Ressourcen*. Die beiden Ressourcengruppen fokussieren zwar auf unterschiedliche Bereiche, stehen aber in Forschung und klinischer Praxis der Sozialen Arbeit in einem untrennbaren Verhältnis zueinander. »Jeder Versuch, eine der Dimensionen einseitig zu Lasten der anderen zu favorisieren, führt unweigerlich zu fachlichen Einschränkungen und ist somit kontraproduktiv für eine emanzipatorische Hilfestellung« (Bünder 2002). Beide, die materiellen wie auch die immateriellen Ressourcen, können uns *von Natur aus gegeben* sein oder *von Menschenhand geschaffen* werden, wie zum Beispiel Maschinen, Werkzeuge bzw. die von ihnen erzeugte Wärme oder Grundnahrungsmittel bzw. damit erstellte Mahlzeiten. Die *immateriellen Ressourcen* unterteilt man üblicherweise noch in humane, soziale und kulturelle Ressourcen (Moldaschl 2005b).

Des Weiteren wird heute noch auf sogenannte *kulturelle Ressourcen* fokussiert, die von manchen auch als »*kulturelles Kapital*« bezeichnet werden (Wippler 2017). Sie umfassen zum einen Sprache und Zeichensysteme (wie z. B. aus der Mathematik) als allgemein verfügbares Kulturgut und zum anderen beziehen sie sich auf die Teilnahme an kulturellen Aktivitäten sowie auf standesgemäßes bzw. gesellschaftlich abgestimmtes Verhalten. Nach Bourdieu (1992/2005) lassen sich drei Zustandsformen kulturellen Kapitals unterscheiden: ein inkorporiertes kulturelles Kapital, ein objektiviertes und ein institutionalisiertes Kapital. Alle drei Formen sind eng an die Bildung des Menschen als Resultat einer lebenslangen Selbstkultivierung in einem bestimmten Kulturraum gebunden.

Das *inkorporierte kulturelle Kapital* ist jene Bildung, die in der familiären Primärerziehung, daran anschließend in der schulischen Sekundärerziehung und schließlich in der selbst gesetzten Tertiärerziehung erworben wird. Es ist ein verinnerlichter und damit leiblicher »Besitz [...] den man ihr (der Person, die auf diese Weise kulturelles Kapital inkorporiert hat) nicht wegnehmen kann« und der »darum im Unterschied zum Geld oder zu Adelstiteln nicht durch Geschenk, Vererbung oder Tausch unmittelbar weitergegeben werden« kann (Jurt 2012). Das *objektivierte kulturelle Kapital* finden wir in Form von kulturellen Gütern wie Schriftstücken, Büchern, Lexika, Bildern, Filmen und Videos. Ebenso wie das materielle Kapital kann es käuflich erworben, getauscht und verkauft werden. Sein Wert besteht allerdings nicht im Materiellen, sondern in der damit vermittelten Bedeutung, die

ihrerseits nur verstanden werden kann, wenn man über dafür ausreichendes inkorporiertes Kapital verfügt. Das *institutionalisierte Kapital* umfasst Ausweise und Titel, die von anerkannten Bildungsinstitutionen ausgegeben werden, wie z. B. Bescheinigungen von Schul- oder Universitätsabschlüssen, Doktor- oder Professorentitel. Diese Ausweise erworbener Bildung verleihen nicht nur einen bestimmten Stellenwert in der Gesellschaft, sondern gleichzeitig auch vorbestehende Anerkennung von Kompetenzen in gesellschaftlichen Diskursen, während diejenigen, die nicht über solche Ausweise bzw. Titel verfügen, ihre Kompetenz im Diskurs jedes Mal aufs Neue unter Beweis stellen müssen (Jurt 2012).

Bei der Beschreibung von *sozialen Ressourcen* werden vor allem Quantität und Qualität sozialer Kontakte und Netzwerke sowie die soziale Position in einer bestimmten Gesellschaft ins Auge gefasst. Soziale Ressourcen sind, ebenso wie alle anderen Ressourcen, unter den Menschen äußerst ungleich verteilt (Bourdieu 1982, 1983). Unsere Gesellschaft zeichnet sich durch einen pyramidalen Aufbau aus. Dementsprechend gibt es nur wenige sogenannte hohe soziale Positionen und viele untergeordnete. Die wenigen Akteure in hohen Positionen verfügen über wesentlich mehr soziale Ressourcen als jene vielen in den unteren Bereichen der Pyramide (Jansen 2006). Ob jemand über viele oder wenige soziale Ressourcen verfügt, hängt aber nicht nur von seiner gesellschaftlichen und beruflichen Stellung, sondern vor allem auch von der Qualität der Beziehungen in seinen sozialen Netzwerken ab. Nicht zuletzt steht die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben auch in einer engen Wechselbeziehung mit den finanziellen Mitteln des Einzelnen, wobei gerade für jene Mitmenschen mit geringen finanziellen Ressourcen die Möglichkeiten (bzw. Unmöglichkeiten) einer finanziellen Unterstützung durch einen mehr oder weniger stark ausgebauten Sozialstaat eine wesentliche Rolle spielen.

Unter dem Begriff *humane Ressourcen* werden all jene Fähigkeiten und Potentiale zusammengefasst, die den Menschen ausmachen und die ihm seine Möglichkeiten eröffnen, im besten Fall zu einem schönen, gelingenden Leben und im schlechtesten zumindest zum Überleben. Humane Ressourcen werden vor allem in der Wirtschaftssprache und damit auch in betrieblichen Bereichen mit *Humankapital* und *human resource* gleichgesetzt, womit eine begriffliche Einengung auf die Leistungskraft des Einzelnen erfolgt. Mit Humankapital »sind akkumuliertes Wissen über Realität und Werte sowie akkumulierte Fähigkeiten gemeint, wobei der Erwerb dieses Wissen und dieser Fähigkeiten mit Kosten verbunden ist, denen jedoch größere erwartete Erträge in der Zukunft gegenüberstehen« (Wippler 2017). Als *human resource* bezeichnet man das Wissen, die Fähigkeiten und Motivation, die von Mitarbeitern in ein Unternehmen eingebracht werden. Zuständig für diese Form der Humanressourcen ist das Human Resource Management in der jeweiligen Personalabteilung (Mathis und Jackson 2003). Als Synonyma werden dafür auch Begriffe wie »human capital« bzw. »manpower« verwendet. Immer häufiger werden damit heute aber nur noch die Leistungsfähigkeiten von Arbeitern und Angestellten in einem Betrieb angesprochen. Diese Reduktion des arbeitenden Menschen auf seine Leistungskraft war wohl auch einer der wesentlichen Gründe dafür, dass das Wort »Humankapital« im Jahre 2004 zum Unwort des Jahres gewählt wurde. Gerade in Zeiten, in denen in zunehmendem Maße eine (reale oder nur behauptete) Ressourcenverknappung im Wirtschaftsleben beklagt wird, muss eine Degradierung des