

Handlungsansatz Salutogenese

Von der Theorie zu praktischen Ideen für die Kommune

LAURA GRUNWALD, CORINNA LANGHANS, RONJA BEHREND

„Handlungsansatz Salutogenese – Von der Theorie zu praktischen Ideen für die Kommune“ lautete der Titel eines Workshops, der im Rahmen des 2. DachS-Symposiums „Salutogenese in Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufen“ am 2. Mai 2014 an der Alice Salomon Hochschule Berlin durchgeführt wurde. Ziel war es, als Austausch- und Vernetzungsplattform eine problemorientierte, multidisziplinäre Diskussion zu gesundheitsfördernden Maßnahmen in kommunalen Settings anzuregen.

Schlüsselwörter: Salutogenese, Gesundheitsförderung, Projekt, Berlin Marzahn-Hellersdorf, Kommune

Der Workshop thematisierte die Umsetzung salutogener Gesundheitsförderungsmaßnahmen in dem Bezirk Berlin Marzahn-Hellersdorf. Dazu wurden im Rahmen von drei Referaten Impulse zur theoretischen Rahmung des salutogenen Konzeptes, zu Kriterien guter Implementierungs- und Durchführungspraxis, zu Beispielen gesundheitsfördernder Projekte in Deutschland sowie zu konkreten Rahmenbedingungen und Gesundheitsstatistiken des oben genannten Bezirks gesetzt. Im Anschluss wurden die darin skizzierten Lösungsansätze und Darstellungen kommunaler Grenzen und Potentiale mit der Gruppe der Teilnehmenden diskutiert und mögliche Ansatzpunkte für die Durchführung salutogener Projekte in Marzahn-Hellersdorf entwickelt.

Impulsvortrag 1: „Ein zufriedener Mensch ist weniger krank“ – Was ist Salutogenese und warum ist sie so relevant für die Praxis? (Corinna Langhans)

Stellen Sie sich bitte folgendes Szenario vor: Unser „Gesundheitssystem“, welches sich in den vergangenen Jahren mit einem im-

mer stärker werdenden Virus infizierte, beginnt zunehmend zu zerbröckeln, Organe und Strukturen werden angegriffen und handlungsunfähig gemacht. Wir alle erkennen die Symptome als massiv auftretenden Ausstattung- und Personalmangel, Defizite in der Versorgung, Schließung von Krankenhäusern und Praxen, verschärfte Konkurrenzsituationen und ökonomische Konflikte, Ungerechtigkeiten im Versicherungssystem, pharmazeutische Verschwendung und Machtmissbrauch. Angst wird zum Motiv, sich in der wachsenden Krise hastig überlebensfähig machen zu müssen. Die deutlichen Nebendiagnosen sind dabei: Nervosität, Überforderung, Schlafstörungen, Sorge, Schuldzuweisungen und Depressionen. Der Organismus unseres Gesundheitssystems ist dem fortlaufenden technologischen, demografischen und ökonomischen Fortschritt nicht mehr gewachsen.

Sind wir uns tatsächlich im unerträglichen, quälenden Endstadium dieser symbolisch aufgezeigten Viruserkrankung gefangen? Oder ist es möglich, aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen zu gestalten? Aus dem krankmachenden System der Pathogenese auszubrechen und für Geist, Körper und Seele im Gesamtverständnis einen Weg zur Selbstheilung, -befähigung und -verantwortung des Einzelnen aufzuzeigen? Ein Lösungsansatz für die Praxis: Salutogenese statt Pathogenese – Gesundheitssystem statt Krankheitswesen.

Die Frage, was den Menschen gesund erhält, muss Vorrang vor der pathogenetischen Sichtweise haben. Gesundheitsfördernde Faktoren stehen im Mittelpunkt. Von einem krankheitszentrierten Modell hin zu einem ressourcenfördernden, präventiv ansetzenden Modell der Salutogenese. Und jeder Einzelne sollte bei der Entdeckung seiner Ressourcen und gesundheitsfördernder Faktoren anpacken – mit den Fragen: Was hält mich gesund? Was macht mich stark und zufrieden? Sich dabei auch bewusst zu

werden, dass Selbstverantwortung als gelebte Solidarität funktioniert und ein gesamtes System trägt und stützt, ist der Kernschlüssel für die Praxis.

Impulsvortrag 2: „Praktische Beispiele von kommunalen, salutogenetischen Projekten in der Kommune“ (Laura Grunwald)

Wozu brauchen wir „Best-Practice“-Beispiele und wieso ist es bedeutsam, sich diese in allen Stadien des Public Health Action Cycle's (s. Kasten) zu vergegenwärtigen? „Best-Practice“-Beispiele schaffen die Grundlage für eine praxisnahe Veranschaulichung von Implementierungswegen kommunaler Gesundheitsförderungsprojekte, die die „Good-Practice-Kriterien“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit [vgl. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2011, S. 18 ff.] erfüllen und damit auch den derzeitigen Aspekten der Qualitätssicherung im Rahmen kommunaler Gesundheitsprojekte gerecht werden. Sie ermöglichen dadurch das „Lernen von den Besten“ und fördern sowohl Kreativität als auch die kritische Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Zugängen. Des Weiteren können sie als Transferoption dienen und mögliche (neue) Handlungsfelder aufzeigen.

Im Rahmen des Workshops wurden auf der Grundlage der Projektbeschreibungen durch die BZgA [vgl. ebd., S. 25 ff.] beispielhaft drei Projekte vorgestellt, die jeweils unterschiedliche Themen definieren und verschiedene Bereiche der o.g. „Good-Practice-Kriterien“ erfüllen. Dazu gehörten

- die „Gesundheitsteams vor Ort in Trier-Nord“ [vgl. ebd., S. 268 ff.] (Zielgruppe: Schulkinder und Jugendliche sowie Familien und Alleinerziehende; gute Praxisbereiche: „Integratives Handlungskonzept/ Vernetzung“, „Innovation und Nachhaltigkeit“ sowie „Settingansatz“),
- die „Aufsuchende Sozialarbeit am Kieler Vinetaplatz“ [vgl. ebd. S. 245 ff.] (Themen: seelische Gesundheit, Sucht und Arbeitslosigkeit; gute Praxisbereiche: „Partizipation“, „Innovation und Nachhaltigkeit“ sowie „Dokumentation und Evaluation“) sowie
- das „Mehrgenerationenhaus in München“ [vgl. ebd., S. 338 ff.] (Themen: Migration, Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung; gute Praxisbereiche: „Niedrigschwellige Arbeitsweise“, „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“ sowie „Empowerment“).

Impulsvortrag 3: „Besondere Rahmenbedingungen und Umweltfaktoren in der Kommune“ (Ronja Behrend)

Zur Überleitung zum Diskussionsteil wurde der Bezirk Berlin Marzahn-Hellersdorf mit seinen spezifischen Strukturen vorgestellt. In dem 1979 gegründeten Bezirk am Stadtrand von Berlin leben derzeit ca. 250.000 Einwohner. Marzahn-Hellersdorf ist unter-

Public Health Action Cycle

Der Public Health Action Cycle (Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) ist die Übertragung und Weiterentwicklung des aus der Politikwissenschaft stammenden Policy Cycle auf gesundheitspolitische Projekte und Prozesse. Der Gesundheitspolitische Aktionszyklus gliedert die Intervention in vier Phasen:

1. die Definition und Bestimmung des zu bearbeitenden Problems (Problembestimmung),
2. die Konzipierung und Festlegung einer zur Problembearbeitung geeignet erscheinenden Strategie bzw. Maßnahme (Strategieformulierung),
3. die Durchführung der definierten Aktionen (Umsetzung) sowie
4. die Abschätzung der erzielten Wirkungen (Bewertung).

Wird das Ergebnis der Bewertung mit der ursprünglichen Problembestimmung in Beziehung gesetzt, so kommt es zu einer neuen Problembestimmung. Dann kann der Zyklus von Neuem beginnen und wird zur Spirale. Zu beachten ist, dass es sich dabei um einen Idealtypus handelt, der in der Realität zumeist weder Interventionen der Gesundheitspolitik noch irgendeiner anderen Politik entspricht.

Quelle: www.bzga.de/leitbegriffe

schiedlich geprägt und setzt sich aus Siedlungs- und Einfamilienhäusern, aber auch als Großsiedlung industriell gefertigter Mehrfamilienhäuser zusammen. Die soziale Lage im Bezirk ist eher schwach und gekennzeichnet durch einen hohen Anteil an Menschen, die ALG II beziehen. Insbesondere Kinder und Jugendliche sind häufig von Armut betroffen. Der Bezirk ist zudem von einer besonders schnellen Alterung betroffen. Laut Schätzungen wird sich die Zahl der über 75-Jährigen bis zum Jahr 2030 verdoppeln, die Zahl der über 85-Jährigen sogar verdreifachen. In den vergangenen Jahren investierte der Bezirk vermehrt in die Infrastruktur. Einen Schwerpunkt bildete dabei einerseits die moderne Gestaltung von Schulen und Freizeiteinrichtungen. Andererseits wird großer Wert auf den Erhalt und die Pflege der Grünflächen des Bezirkes gelegt. Außerdem will sich der Bezirk als Gesundheitsstandort profilieren. Das Unfallkrankenhaus Berlin, eine Augenklinik sowie ein Ärztehaus mit verschiedenen Fachrichtungen sind im Bezirk angesiedelt. Der Bezirk steht vor den sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen, die eine sozial relativ schwache und zudem schnell alternde Bewohnerschaft mit sich bringt.

Diskussion

An die Impulsvorträge schloss sich die Diskussion für Strategien zur Förderung der Gesundheit am Beispiel des vorgestellten Bezirkes an. Die Teilnehmer des Workshops diskutierten angeregt über die Herausforderungen und Chancen von kommunalen Ansätzen der Gesundheitsförderung. Anhand des konkreten Beispiels des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf wurde eine Vielzahl von Ideen gesammelt. Fazit des Workshops war es, dass insbesondere erfolgreiche Ansätze, die beispielsweise in lokalen Projekten entwickelt werden, weiter gefördert werden sollten. Diese greifen die Besonderheiten der jeweiligen Bezirke oft gezielt auf und können so gezielt einen Beitrag zur Gesundheit beitragen. ■

Literatur

BZgA (2011): Gesundheitsförderung konkret: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – weiterführende Informationen. Band 5. 5. erweiterte und überarbeitete Auflage. Berlin.

Laura Grunwald

... absolviert seit April 2013 ein Master-Studium an der Alice Salomon Hochschule Berlin „Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen“; Schwerpunkt „Forschung und Qualitätsentwicklung“.

Ausbildungsintegrierendes Studium Physiotherapie an der Fachhochschule Kiel und der Lubinus Schule für Physiotherapie.

Werksstudentin an der Pädagogischen Hochschule Freiburg.

Lehrauftrag an der Fachhochschule Kiel, Studiengang Physiotherapie



Quelle: Autor

Corinna Langhans

Bachelor of Arts (BA) Bereich Wirtschaft (Betriebswirtin).

Rhön- Klinikum AG/ Herz- und Gefäß- Klinik GmbH, Bad Neustadt a. d. Saale: Abteilungsleitung Stabstelle Qualitätsmanagement der Herz- und Gefäß- Klinik / Klinik für Hand- und Schulterchirurgie, Klinik für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie.

iQ-Network GmbH & Co. KG, Mellrichstadt: Unternehmensberatung und Intelligente Qualitätsmanagementsysteme für Einrichtungen im Gesundheitswesen



Quelle: Autor

Ronja Behrend

... absolviert seit April 2013 ein Master-Studium an der Alice Salomon Hochschule Berlin „Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen“; Schwerpunkt „Forschung und Qualitätsentwicklung“.

Ausbildungsintegrierendes Studium Physiotherapie an der Fachhochschule Kiel und der Lubinus Schule für Physiotherapie.

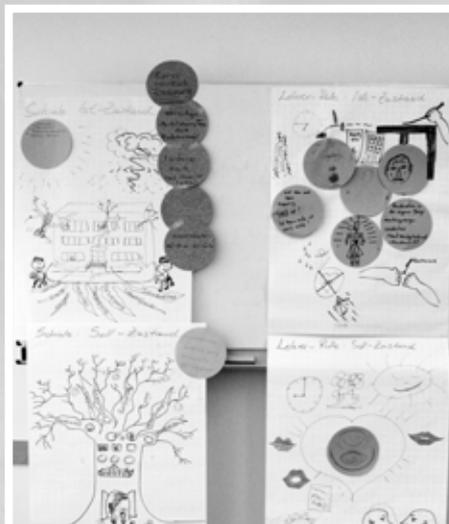
2010-2013 Studiengangskoordinatorin an der Fachhochschule Kiel.

Projektmitarbeiterin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin



Quelle: Autor

Impressionen



vom

DachS Symposium 2014

