



Christel Haberland (Diplom-Pädagogin), Präventionszentrum, 2003

Fortbildungen für alle Berufsgruppen, Arbeitsbereiche, Führungs- und Team-ebenen

(Schule/Ausbildung, Jugendarbeit/Jugendhilfe, Krankenhäuser, Therapieeinrichtungen, Betriebe, Behörden etc. außer Kindertagesbetreuungsbereich)

in Ressourcen-orientierter Suchtprävention und Gesundheitsförderung

nach WHO

(s. hierzu auch: Christel Haberland in "10 Jahre Präventionszentrum")

1. Formale Rahmenbedingungen

Art, Inhalt und Schulungsumfang können und müssen flexibel an den Bedarf und den Arbeitsbereich (Schule, Krankenhaus, Arbeitswelt allgemein, Offene Jugendarbeit, Arbeitsamt etc.) angepasst werden.

Der minimale Zeitaufwand beträgt 24 volle Stunden. Diese können in 3 x 3 Tagen oder auch in kleineren Zeiteinheiten von jeweils 3 - 4 Stunden umgesetzt werden. Längerfristige Projektprozesse sind natürlich je nach Bedarf auch möglich.

Schulungen können sowohl bei den Kunden wie bei uns im Präventionszentrum durchgeführt werden.

2. Konzeptgrundlagen

Die Suchtprävention hat sich aus Gründen besserer Wirksamkeit und besseren Wissens weiterentwickelt und einen sog. *Paradigmenwandel* vollzogen:

Weg von

- der früheren, oft kontraproduktiv wirkenden Hauptstrategie der Abschreckung und dem einseitigen Appell an vermeintlich nur rationale Vernunft und nur verstandesbetontes Denken und Wissen
- der reinen Information über Risiken und Gefahren und dem Hauptakzent auf restriktiven und repressiven Maßnahmen
- der Diskriminierung Abhängiger

Hin zu

einer ganzheitlichen, positiven ("Positive Health" WHO), emotional-intelligenten (D. Goleman) und ökologischen Sichtweise (WHO) der Entwicklung von Gesundheit und Krankheit, insbesondere bei den "Abhängigkeitsstörungen" (Internationale Klassifikation Psychischer Störungen, ICD 10).

Dieser Ansatz bezieht sich nicht nur auf den einzelnen Menschen (Körper-Geist-Seele-Einheit), sondern auch auf ganze, menschliche Beziehungssysteme (Betriebe, Organisatio-

nen, Institutionen, Lebens-, Arbeits-, Wohn-, Freizeitbereiche) = "Settings - Ansatz" der WHO. (s.a. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, "Was erhält Menschen gesund?" Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6).

"Zwischen-menschliche Beziehungen sind mehr als eine kulturelle Lebensform, auf die wir zur Not auch verzichten könnten.

Beziehungen sind nicht nur das Medium unseres seelischen Erlebens, sondern ein biologischer Gesundheitsfaktor.

Die Entdeckung eines im Gehirn vorhandenen Systems von Spiegel-Neuronen (Spiegel-Nervenzellen) zeigt, dass unsere Gehirnstrukturen spezialisierte Systeme besitzen, die auf Beziehungsaufnahme und Beziehungsgestaltung angelegt sind.

Wie neuere große arbeitsmedizinische Studien zeigen, sind „soft facts“, das heißt Arbeitsbedingungen, die mit Beziehungsgestaltung und mit der Regulation von Stress-Faktoren zu tun haben, zur mittlerweile führenden Erkrankungsursache geworden.

Überall dort, wo zwischen-menschliche Beziehungen qualitativ und quantitativ abnehmen, nehmen Gesundheitsstörungen zu."

(aus: „Das Gedächtnis des Körpers – Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern“, Prof. Dr. Joachim Bauer, Frankfurt a. Main 2002)

3. Gesamtkonzept "Gesundheitsförderung" nach WHO

Die "Gesundheitsförderung" nach WHO schließt das Konzept der "Salutogenese" nach A. Antonovsky und die "ressourcen-orientierte Suchtprävention" ein.

Die WHO-Kriterien der Gesundheitsförderung sind im wesentlichen (Ottawa Charta 1986 und Djakarta Charta 1997):

- "Settings - Ansatz"
- "stützende menschliche Umwelten" schaffen und pflegen
- Betroffene, Beteiligte und Experten zusammenbringen, Partizipation an wichtigen Gestaltungs- und Organisationsprozessen ermöglichen
- Gesundheitsförderung auch als Unternehmens- und Organisationsentwicklung , als unverzichtbare Gemeinschaftskompetenz verstehen und fördern
- persönliche Gesundheitskompetenzen fördern

Hierbei vollzieht sich ein fundamentaler Richtungswandel in der Sicht- und Denkweise und in der praktisch-methodischen Herangehensweise an die Ermöglichung und Sicherung (soweit möglich) individueller und "öffentlicher Gesundheit". Dies zeigt gerade auch die allgegenwärtige Suchtgefährdung in den westlichen Industrieländern (sog. erweiterter Suchtbegriff).

Statt wie gewohnt („defizit-orientiert“, d.h. pathogenetisch) zu fragen:
Was und Wer macht (uns) krank, gefährdet, stört, schadet uns?

fragen wir positiv, ressourcen-orientiert und salutogenetisch:

- Wer und was erhält uns (relativ) gesund, problemlösungs- und hoffnungsfähig?
- Welche Unterstützung brauchen wir ggf.? Gerade in besonderen Lebensphasen, in Krisen, in Lebensübergängen und bei anderen besonders negativen Belastungen.
- Wie sehen die vorbeugenden, die stabilisierenden und heilenden Schutzfaktoren in unserem Leben aus?

4. Gesundheitsverständnis

Gesundheit, in all ihren stofflichen, nicht-stofflichen und physiologischen Aspekten, ist erfahrungsgemäss *und* gesundheits-wissenschaftlich nachgewiesen nicht nur „vernünftige Einzelleistung“ eines anscheinend vernünftigen Individuums (vergl. u.a. Hirshberg/Barasch , H. Braiker, D. Ornish/Institute of Preventive Medicine), sondern immer auch Gemeinschafts-, Beziehungs-, und Interaktions- Produkt.

Einerseits, mit Blick auf den einzelnen Menschen ist : "der Gesunde ist ein kreativer Mensch, der sich dem anderen und der Welt zuwende, aus Erfahrung lerne, seine Meinung äußere und ändere, der Spannungen aushalte, Konflikte löse, den Stress meistere und jeden Tag geschenkten Lebens als Chance wahrnimmt." (H. Schipperges, Mediziner und Historiker für Medizingeschichte in seinem Buch: „Homo Patiens“ nach SZ , Nr. 38 ur, 1991)

Gleichzeitig zieht sich, quer durch die Krankheits- und Störungsarten und Gesundheitsdisziplinen (z.B. Psychiatrie/Sucht, Kardiologie, Onkologie, Immunforschung, Gehirn- und Genforschung, Stressforschung), dieser oben skizzierte rote Faden der grundsätzlichen Beziehungsorientierung menschlicher Heil- und Gesundheitsprozesse (bei Individuen und Gruppen und zwischen einzelnen und Gruppen)

Die „Herstellung“, Bewahrung und Förderung von Gesundheit liegt damit nicht nur in der Verantwortung des einzelnen, sondern gleichzeitig immer auch in der Mitverantwortung aller maßgeblich Wirkenden im persönlich bedeutsamen sozialen, ökonomischen und kulturellen Beziehungssystem ("Setting"/"Öffentliche Gesundheit").

Aus diesen Forschungstatbeständen heraus formulierte die Weltgesundheitsorganisation bereits 1986 mit der „Ottawa Charta der Gesundheitsförderung“, (Dtsch. Übersetzung, Kap. „Auf dem Weg in die Zukunft“, S.7- Satzende v.m.):

"Gesundheit wird von allen Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen lernen, arbeiten und lieben.

Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidung zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben ..." bzw. sie partizipativ mitzugestalten .

Da Leistungsfähigkeit, Intelligenzentfaltung (bei einzelnen, Gruppen, Organisationen, Institutionen), Produktivität und Gesundheit zutiefst zusammenhängen , wurde im Zusammenhang mit dieser Beziehungsresonanz menschlicher Gesundheit auf Vorgabe der EU das Deutsche Arbeitsschutzgesetz um die Beachtung der Dimension sog. psychischer Belastung erweitert und vervollständigt.

5. Qualitätsstandards und Effektivität

Die Qualitätsstandards, die Ziele und Methoden der systemischen und ganzheitlichen Gesundheitsförderung und der modernen Suchtprävention sind nach dem Gesamtkonzept der WHO (Ottawa Charta 1986, Djakarta Charta 1997) weltweit anerkannt und festgelegt (europaweit, s.

auch EU-Standards).

Ihre optimale Wirksamkeit und Kostengünstigkeit im Vergleich zu herkömmlichen, reduzierteren Sichtweisen ist - quer durch die Krankheits- und Problemarten, Arbeits- und Gesellschaftsbereiche - durch Evaluationen vielfach nachgewiesen und gesundheits-, sozialwissenschaftlich und sozial-, individualpsychologisch belegt (s. u.a. Literaturempfehlungen Ch. Haberland und jüngste Evaluationsstudie des Deutschen Jugendinstituts München zu Präventionsprojekten in der EU, in: „Konturen, 2, 04).

Deshalb sind diese Erfolgsbedingungen der Prävention und Gesundheitsförderung auch für die Konzept- und Standardentwicklung "Vorbildlicher Kommunalen Suchtprävention" in Deutschland zugrundegelegt worden (s. dazu auch Bundesregierung, Bundeswettbewerb 02 und bes. „Salutogenese und präventive Schutzfaktoren“ in der Suchtprävention bei Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung).

Das bedeutet für moderne psychologische Suchtprävention resp. Abhängigkeitsstörungen (ICD 10) und universelle Prävention:

Nicht die Droge, nicht die Sucht- und Störungsart, sondern der Mensch, das menschliche Bedingungs- und Beziehungsgefüge, die zwischen-menschlichen Möglichkeiten und Ansatzpunkte suchtfreien bzw. selbstkontrollfähigen, "risiko- und stress-kompetenten" Lebens und Arbeitens stehen im Mittelpunkt der Betrachtung, des Lernens und Umsetzens („Praxistransfer“ in einer „systemischen“, „ökologischen“, „vernetzten“ Sichtweise der Problemlösung).

Das Stadtjugendamt München folgt diesen Qualitätsstandards seit der Annahme dieses Grundlagenverständnisses von Gesundheitsförderung und Prävention durch die Landeshauptstadt (s. auch die Maßgabe der Prävention im KJHG oder ausdrücklich ressourcen-orientierte Leitlinien und Ziele, z.B. im Rahmen der innovativen Kinder- und Jugendhilfe-, und Kinderpolitikplanung).

Statt defizit-orientiertem Denken und Planen auch hier:

Förderung von "Partizipation" (Betroffenenbeteiligung) und "Empowerment" bei und mit den Kindern und Jugendlichen statt unangemessener Bevormundung und überwiegend sog. problem-, oder krankheits-basiertem, negativem Denken.

6. Praxistransfer / Konkretes Vorgehen

Für unsere Schulungsteilnehmer und Teilnehmerinnen aus den verschiedensten Arbeitsbereichen und Zielgruppenzuständigkeiten ist der systemische Erkenntnis-Prozess (inkl. Selbsterfahrung) auf dem Wege zum passenden, Präventionsansatz deshalb immer wieder sehr spannend, sehr kreativ.

Sie lernen, auf der Basis des psychologischen Grundlagenwissens, selbstständig und mit unserer Unterstützung (im Sinne der *Hilfe zur Selbsthilfe*), ganz konkret für Ihren Arbeits- und Zielgruppenbereich, mit seinen ureigensten menschlichen und strukturellen Potentialen und Besonderheiten, *Ihr* Präventionskonzept maßschneidern (s. auch „Settings-Ansatz“ der WHO), denn jede Gruppe und Einrichtung (wie jeder Mensch) ist einzigartig und universell zugleich.

Die dabei selbst erarbeiteten, konkreten Präventions- und Projektziele sind fließender Bestandteil eines längerfristigen, kontinuierlichen Weiterentwicklungs-Prozesses, den die Schulungsteilnehmer/Teilnehmerinnen im Rahmen der sog. Selbst-, oder Prozessevaluation auch selbst-kritisch, selbstständig begleiten, korrigieren, erneuern oder auch durch uns unterstützend begleiten und supervidieren lassen können.

7. Einheit von Ziel-Wirkung-Methode und Ergebnis

Durch diesen Ansatz als Hilfe zur Selbsthilfe, als Hilfe zur Selbstorganisation und zum Selbstlernen entsteht Nachhaltigkeit (die Fähigkeit und Möglichkeit zur Regeneration und positiver Weiterentwicklung aus eigener Kraft , notwendig sowohl für für lebendige Organismen wie jedes soziale System/Gruppe als lebendiger, sozialer Organismus).

8. Beispiel einer Teilnehmerrückmeldung

(Auszug aus einer Schulungsbewertung, Berufsschule und Schulsozialarbeit März 04)

„Begonnen wurde mit dem allgemeinen Sucht- bzw. Gesundheitsbegriff, was einen weichen Einstieg in diese schwierige Thematik erlaubte. Außerdem brachte es alle TeilnehmerInnen, verschiedener Professionen, auf einen gemeinsamen Stand.

Übungen zum Thema Selbstwahrnehmung lockerten die Atmosphäre und ließen eigene Gedanken zur Selbstwahrnehmung zu.

Die Einbeziehung des Arbeitsortes Schule war zum Praxistransfer eine große Hilfe.

Das Erarbeiten von Ressourcen der SchülerInnen und des Kollegiums überraschte alle TeilnehmerInnen, da sich herauskristallisierte, dass unsere Schule schon erhebliche Beiträge zur Suchtprävention leistet, ohne das dies bewusst war.

Auch die Erarbeitung der weiteren Schritte war für die Übertragbarkeit in die Praxis von Vorteil, besonders da es den TeilnehmerInnen ermöglichte die Fortbildung mit einem Arbeitsauftrag zu verlassen.

Insgesamt waren diese vier Fortbildungstage sehr strukturiert, ließen aber gleichzeitig Platz für eigene Ideen und Vorstellungen. Ideen, die während der Fortbildung Form annahmen, sollten in die Praxis umgesetzt werden. So wird einer unserer Kollegen zum Beispiel einen Radio-workshop initiieren, der Ende des Schuljahres stattfinden soll.

Auch haben unsere Ideen Platz in der LehrerInnenkonferenz zum Thema QSE Platz gefunden und werden von den verschiedenen Arbeitsgruppen weiterverfolgt.“