

**Der „Settings-Ansatz“ der WHO
auch am Beispiel:
„Gesundheitsförderndes
Krankenhaus,,**

Bezug:
Deutsches und
Europäisches WHO- Netzwerk:
„Gesundheitsfördernde
Krankenhäuser“

Referat im Rahmen des Internationalen Symposiums
des Deutschen Gesunde Städte Netzwerks,
München, 29.-30. Oktober 1998,;
„Für immer gesund?“
workshop 6:
„Gesundheitsförderliche settings“,

Referentin:
Christel Haberland, Dipl.Päd
seit 1989 tätig für Vermittlung, Verbreitung und Lehre
von Gesundheitsförderung,
Suchtprävention und
Gesunde Städte Kriterien
gemäß WHO, Ottawa/Djakarta Charta

im Referat für Gesundheit und Umwelt,
Landeshauptstadt München

veröffentlicht in:
Rundbrief „Gemeindepsychologie“
Universität Marburg, Bd. 7, 2001

Inhaltsübersicht

1. **Mißverständnisse über Gesundheit-s-
Förderung**
2. **Charakteristika und Vorteile des
Setting-Ansatzes gegenüber
herkömmlichen Annäherungen
an Gesundheit**
3. **Das setting:
„Gesundheitsförderndes Krankenhaus“**
- 3.1 **Schlüsselemente des praktischen
Vorgehens**
- 3.2. **Anregungen /Praxisbeispiele**
4. **Zusammenfassung und Integration in
weitere Konzepte,
z.B. Agenda 21 und Gesundheit**

Abstract

Prävention ist in aller Munde und fällt oft
unnötigen und inhaltswidrigen
Spezialisierungen und Zerstückelungen
anheim.

Das gesellschaftliche Ziel einer
nachhaltigeren „Öffentlichen Gesundheit“
wird dadurch geschwächt.

Der Settings-Ansatz der WHO hingegen als
integraler Bestandteil des Gesamtkonzepts
Gesundheitsförderung (WHO) vereint
Kräfte, Akteure, Ziele und Methoden, re-
integriert Problem- und Krankheitsfelder
hinsichtlich universeller Lösungsansätze.

Am Bsp. „Gesundheitsförderndes
Krankenhaus“ (WHO- Netzwerk) werden
die Bandbreite und die Synergieeffekte
einer „Ökologischen“, systemischen,
lösungs-orientierten integrativen
Gesundheitsförderung skizziert.

Schlüsselbegriffe:

- ❖ **Settings – Ansatz**
- ❖ **Gesundheitsförderung nach WHO-
Gesamtkonzept,
incl. „ Healthy Hospital“**
- ❖ **Nachhaltige Gesundheitsförderung ist
Integrative, systemische
Gesundheitsförderung
(für Öffentliche Gesundheit)**

1. Charakteristika und Vorteile des Setting- Ansatzes gegenüber herkömmlichen Verfahren der Annäherung an Gesundheit

Gesundheitsförderung hat in den letzten
10 Jahren nicht selten bedeutet, dass wir
neuen Wein in alte Schläuche gossen;
einer dieser vielleicht am meisten
gebrauchten alten Schläuche ist unser
„zerstückelndes Denken“ , ein Begriff, den
der Psychoanalytiker Arno Gruen
(in „Falsche Götter“) geprägt hat.

Man zergliedert und isoliert z.B.
körperliche, geistige, seelische, soziale
Gesundheitszusammenhänge, man trennt
die Einheit von individuellem Verhalten und
gesellschaftlichen Verhältnissen,
man zertrennt menschliche und
organisatorische Strukturen, man zerreißt

den Wirkungszusammenhang von Denken, Fühlen und Handeln, von Ethik, Humanität, Qualität und Wirtschaftlichkeit, man hält die fein säuberliche Unterscheidung zwischen Gewalt-, Sucht- und Krankheitsprävention aufrecht

Anhand der diversen Erscheinungsbilder von Krankheit und Konflikt werden Präventions- und Gesundheitsförderansätze entsprechend zergliedert und spezifiziert und bald sieht man den Wald vor Bäumen nicht mehr und verliert sich im Dickicht der Spezifikationen.

Ein weiterer alter Schlauch, der durch das WHO- Konzept der Gesundheitsförderung eigentlich erneuert werden sollte:

Vielfach trägt in der Gesundheitsliteratur und im gesellschaftlichen Gesundheitsdiskurs ein immer noch sehr isoliertes Individuum fast ganz allein die Last seiner Verantwortung für seine Gesundheit, indem es seine Gesundheitskompetenzen, sein sog. Gesundheitsverhalten „auf Vordermann, auf Vorderfrau zu bringen hat“.

„Zerstückerndes Denken „ zerstückelt das Verstehen und Nutzen psycho-öko-logischer Wirkungszusammenhänge und ist ausgesprochen kontra-produktiv für die Verbesserung öffentlicher Gesundheit und eine erfolgreiche, dh. in der Sprache der Ökonomie, für eine effektive und effiziente Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung gemäß der Ottawa Charta der WHO geht von einem „ökologischen Verständnis“ von und Wissen über Gesundheit aus. Ökologie ist die Lehre von den Wirkungszusammenhängen lebendiger Systeme.

Diesem ökologischen Verständnis von Gesundheit-s-förderung liegt eine vollständigere Betrachtung der Wirkungs-Zusammenhänge zugrunde , gleichermaßen auf naturwissenschaftlicher wie auf psycho-sozialer Ebene und zeigt ihre Wirk-lichkeit :

Gesundheit folgt ganz eindeutig einer inhärenten ethischen Logik, einer „ individuellen und kollektiven

„ emotionalen Intelligenz“ , einer gegebenen-zwischen-menschlichen Grundbedürfnisstruktur , die zeigt, dass Gesundheit nicht „geistlos“, nicht „beziehungslos“, nicht rechtlos, nicht seelenlos und auch nicht „herzlos“ zusammengesetzt und zu erlangen ist.

Was ist heutzutage in Zeiten eines verbreiteten Zweifels (bes. in soziologisch gebildeten Kreisen) an der Existenz von Wirklichkeit noch wirklich? Ich schließe mich hier der pragmatischen Auffassung C.g. Jungs an: „ Wirklich ist was wirkt“ !
Gesundheit ist in der Tat das Ergebnis geistig und sozial hoch integrativer Prozesse und nicht das Ergebnis isolierender, reduzierender und zerstückelnder Denkkonventionen.

Die körpereigene Intelligenz integriert, während unsere Denk- und unsere Abwehrmuster des-integrieren.

Der Chirurg und Onkologe B. Siegel, ein amerikanischer Bestseller-Autor in Sachen angewandter Gesundheitsförderung im Krankenhaus zitiert in einem seiner Bücher den Physiologen Claude Bernard, der voraussagte:

„ Ich bin der Überzeugung, daß der Dichter, der Philosoph und der Physiologe einander verstehen werden, wenn die Physiologie weit genug fortgeschritten sein wird.“ (in Dr. med. B. Siegel, „Mit der Seele heilen“)
Diese Zeit ist nun angebrochen.

Zuerst die KZ-Lager Forschung und die von ihr inspirierte salutogenetische Forschung (s.u.a. A.Antonovsky) ZUM Überlebenspotential von Menschen in Extremsituationen wie Gefängnis, Folter, Verfolgung und Ausgrenzung, Konfrontation mit Tod und anderen schweren Verlusten und Gefahren , belegen meßbar! ebenso klar wie heute die integrativen Gesundheitswissenschaften Folgendes:

Quer durch die vielen verschiedenen Krankheitsarten, quer durch unsere verschiedenen sog. Zielgruppen und quer durch unsere entsprechend

verschiedenen Arbeitssektoren zieht sich ein einziger roter Faden, an dem sich wirklich sozial-ökologisch verantwortungsbewußte - Verantwortung heißt Antwort geben- , angewandte öffentliche Gesundheitsförderung entlanghangeln kann , um endlich glücklich den Ausgang aus dem Labyrinth der wirklichen und vermeintlichen Verschiedenheiten und aus der Isolierung durch zuviel Spezifikationen zu finden.

Dieser rote Faden bestätigt u.a. die Auffassung M. Bubers, des jüdischen Religionsphilosophen und Pädagogen und altes Wissen aus Religion und Kulturerbe:

„Leben ist Beziehung, ist Dialog !“,
Leben ist wert-schätzende Beziehung;
Beziehung ist Kommunikation,
Kommunikation stiftet Beziehung;
gelingendes zwischenmenschliches Leben ist demokratische und gerechte Beziehung.

Z. B. die Familienforschung zeigt schon lange:

Demokratische Familien sind gesünder!

Auch aus heutiger, ganzheitlich-gesundheitswissenschaftlicher ,und ich betone, aus naturwissenschaftlich belegter, Erkenntnis gibt es, zusammengefaßt nichts Gefährlicheres, nichts Des - integrierenderes für menschliche Gesundheit und Wohlbefinden, als tiefgreifende und andauernde menschliche, d.h. immer auch kommunikative Isolierung, als Ausgrenzung und Gemeinschafts-losigkeit, als Sprachlosig-und Beziehungslosigkeit, als chronisches Empfinden von Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit und dem entsprechenden psycho-sozialen „Kontrollverlust“ !

Es gibt nichts Zerstörerisches als die Nicht-Befriedigung und Entwertung dieser menschlichen Grundbedürfnisse oder ihre Mißachtung durch kalte Gleichgültigkeit.

Nicht umsonst ist die Isolation eine bewährte Foltermethode. Und auch „Mobbing“ folgt diesen destruktiven Wirkungsgesetzmäßigkeiten.

Die Sprache der Schulmedizin hat uns den Terminus „Risikofaktor“ beigebracht. Auch wenn das herkömmliche Risikofaktorenmodell wissenschaftlich und empirisch überwunden ist, weil es ein typischer Ausdruck isolierenden, zerstückelnden Denkens ist und damit differential-diagnostisch und analytisch unvollständig, ist es ein anschaulicher Begriff, der in unserem Zusammenhang wie eine Schlagzeile dienen soll:

Der wichtigste „Risikofaktor“ ist „Isolierung“ (Dr. med. Dr. Ornish, „Die Revolution in der Herztherapie“ u.v.m.), sind fehlende vertrauensvolle, verständnisvolle, damit stützende menschliche Beziehungen oder chronisch negative oder destruktive Beziehungen , denen man hilflos ausgeliefert ist, denen man sich hilflos ausgeliefert fühlt oder in denen Hilflosigkeit erwünscht ist und die mit allen Spielarten von Gewalt hergestellt werden soll (z.B. Mobbing im System Arbeitswelt analog zur Unterdrückung freier Meinungsäußerungen in totalitären , auf didaktische Machtansprüche gegründete, politischen Systemen).

Diese Tatbestände über Gesundheit sind gültig sowohl für körperliche, für geistige, für seelische und soziale Gesundheit .

Gerade weil Körper-Geist-Seele-Soziales-Beziehungen ein ganzes Wirkungssystem bilden, spricht man in der amerikanischen psychosomatischen und bio-medizinischen Fachsprache zunehmend vom „Body-Mind“.

Die psycho-physische Grundbedeutung menschlicher Beziehungen schließt sowohl das passive Erleiden wie für das aktive Ausüben von Beziehung mit ein (vergl. u.a. die entsprechende ganzheitsmedizinische Forschungsliteratur zu Herz-,Kreislauf-, Sucht-, Haut-, Augen-, Krebserkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats).

Es zeigt sich:
Krankheitsprozesse spezifizieren also, spalten sich auf und diversifizieren, Gesundheitsprozesse vereinheitlichen und re - integrieren.

Dazu auch wichtige Erkenntnisse der

Immunforschung, genauer gesagt der „ Psycho-Neuro-Immunologie“:

Sie zeigt u. a. am Beispiel von Krankheits- und Heilungsverläufen bei Krebskranken, konkret an den Aktivitäten des Immunsystems, daß Gesundheitsförderung oder sogar Heilung eben nicht das Ergebnis eines „ heroischen Einzelkampfes eines isolierten Individuums“ (Hirshberg/Barasch) gewesen ist, sondern hochgradig beziehungsinspiriert und gestützt war.

Es gab immer stützende, ermutigende, förderliche Beziehungen im Leben der Kranken, die die Wende zur Genesung inspirierten und begleiteten.

Der Umkehrschluß, dass diese wertvollen Beziehungen immer gefehlt haben, wenn Menschen an Krebs (oder anderen Krankheiten) sterben, ist allerdings nicht zulässig.

Dass qualitativ hochwertige Beziehungen (Fachtermini: Soziale Bindungen/soziale Unterstützung) jedoch auch bei hochgradiger Erkrankung die Lebensdauer und Lebensqualität verbessern, ist nachgewiesen.

In der Wirklichkeit, sprich in der Wirksamkeit heilsamer und gesundheitsförderlicher Prozesse ist es schwer die feinsäuberliche Trennung „im Kopf“, in unserer Denkkonvention, zwischen Individuum und Mitwelt aufrechtzuerhalten.

Gesundheit ist also bei genauerer Betrachtung vor allem eine Beziehungs-, eine Gemeinschaftsproduktion .

Stützende, haltende, tragfähige Beziehung ist selbst dann noch lebensförderlich wirksam, wenn in Extremsituationen andere , nötige Menschen kaum noch oder gar nicht mehr physisch anwesend oder verfügbar sind; dann bleibt die innere Beziehung zu geliebten Menschen und die Beziehung über Briefe und /oder die Beziehung zu Gott hochgradig wirksam.

Daraus folgt:

Gesundheitsförderung muß sich besonders auf die Förderung von

Beziehungs- und Gemeinschafts-Qualitäten und Netzen, besinnen.

Beziehungsqualitäten sind untrennbar verknüpft mit „gelebten Werten“, (ein Ausdruck der Unternehmens- und Organisationsentwicklung) und Lebenskompetenzen („Schlüsselqualifikationen“) wie Vertrauens-, Kommunikations-, Kooperations-,Konflikt-, Gemeinschaftsfähigkeit und Partizipations- und Demokratiebereitschaft.

Daraus entspringen z.B. im Hinblick auf Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt , einschl. der Lern- und Arbeitswelt: Schule, neu aufgefasste wechselseitige Verantwortlichkeiten, sowohl für die Gesundheit der einzelnen und als auch für den Krankenstand in Gruppen und Organisationen.

Die Betriebspsychologie weiß: sozial u./o. anderweitig inkompetente Führungskräfte nehmen, wenn sie gehen, den Krankenstand einer Abteilung mit.

2. Charakteristika und Vorteile der Settings-Ansatzes der WHO gegenüber herkömmlichen Annäherungen an Gesundheit

Diesem integrativen statt zerrstückelnden Tatbestand über Gesundheit trägt der sog. settings Ansatz der WHO und ihr Konzept einer „Positive Health“ , im doppelten Sinne des Wortes: Rechnung.

Der settings-Ansatz gießt neuen Wein in neue Schläuche.

Wie sieht dieser neue konzeptuell und praktisch Schlauch aus?

Immer dann und immer dort, wo im og. Sinne und in einer expliziten und konsequent gelebten Werthaltung, die Integrität menschlicher Gesundheit, die Integrität von einzelnen und Gruppen, Organisationen, Kulturen „ermöglicht, ermutigt, entwickelt, gefördert“, gepflegt und behütet wird, geschieht eine wirksame und wirtschaftliche, geschieht eine, im doppelten Sinne des Wortes wert-

schöpfende Gesundheits-(und Produktivitäts) förderung.

In diesem Sinne macht der Settings-Ansatz einen qualitativen Quantensprung gleichermaßen im inhaltlichen Verständnis wie im methodischen Vorgehen, damit in der besseren Wirksamkeit:

Er stellt nicht problematische Individuen und die verschiedenen Spielarten „ihres“ gestörten, unvernünftigen, krankheitspotentiellen „Verhaltens“ oder die verschiedenen Krankheitsarten und Symptome in den Vordergrund, er konzentriert sich nicht auf's Negative, auf's Kranke und Defizitäre, er verdinglicht „die“ Gesundheit nicht und isoliert sie nicht vom Leben, dass wir faktisch führen und erleben, sondern er macht von allem das Gegenteil:

Er macht es ebenso wie in den U.S.A. die Bundesbank, wenn sie spezielle Mitarbeiter für das Wieder-Erkennen von gefälschten Scheinen schult: Sie studieren nicht etwa die Vielfalt der Möglichkeiten der Fälschung, sondern sie müssen einfach immer wieder den Originalschein anschauen, solange bis sie seine Charakteristika als inneres Bild zweifelsfrei integriert haben und die Abweichungen vom Original sofort wieder erkennen.

Der settings-Ansatz in Verbindung mit ganz bestimmten, immer förderlichen Umsetzungs-Prozeß-Qualitäten und Prozeßgrundzielen, re-integriert also fälschlich auseinandergerissene Wirkungszusammenhänge auf allen Ebenen und wirkt genau dadurch lebens- und gesundheitsförderlich.

Die Grundziele des Prozesses lauten:

- persönliche und kollektive Gesundheits-, und Partizipationskompetenzen fördern
- stützende und förderliche soziale Umwelten und Mitwelten schaffen und pflegen

Der settings-Ansatz stellt also die herausragende Bedeutung einer positiven Qualität menschlicher Beziehungen und Gemeinschaft, die alles überragende qualitative Bedeutung

sozialer Bezugsgruppen , auch in der gerade auch in der Arbeitswelt (s. die Einfügung sog. psychischer Belastung in das Arbeitsschutzgesetz) und ihre ganz konkreten positiven, gemeinschaftsfördernden (integrierenden) Wertschöpfungs-Potentiale und Ressourcen in den Mittelpunkt. Er fokussiert vor allem die ganz konkrete, die ganz praktische Integrität des ganzen sozialen Systems , er konzentriert sich auf das Ganze statt , statt bei den " Einzelteilen" stecken zu bleiben.

Gleichzeitig bedeutet dies, dass diese Art und Weise der systemischen Förderung jederzeit, bedingungslos, d.h. bei allseits gegebenen unheilen Ausgangsbedingungen - in Individuen, Gruppen, Organisationen, im Umfeld und in der Umwelt- beginnen kann und - kurz-, mittel-, und langfristig-! zu hoch wirksamen förderlichen , regenerationsfähigen (= nachhaltigen) oder gar heilsamen Prozessen für das ganze System und seine einzelnen Betroffenen und Beteiligten führt und damit auch schneller gute und menschlich „nachhaltige“ Ergebnisse zeitigt, überdies mit geringerem und rationalerem Mitteleinsatz (Bsp. Arbeitswelt, Schule, Gefängnisse, Stadtteile etc).

Fazit:

Erst die geistige , dann die finanzielle Investition in die Integrität sozialer Systeme und ihrer Führungs- und Verhaltenskodexe wirkt nicht nur menschlich, gesundheitlich, sozial-politisch und sozio-kulturell nachhaltig, sondern sie fördert auch für zukünftige Problemlösungen die Lernfähigkeit und emotionale Intelligenz von Organisationen, Gruppen und Individuen und spart damit immense gesellschaftliche Negativkosten.

3. Das setting: „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“

Wir erleben heute im deutschen Fernsehen ungeheure Einschaltquoten bei Krankenhausserien mit ihren Dramen im OP oder in der Notfallambulanz.

Ich finde das sehr angesichts der vielen unerfüllten Grundbedürfnisse von Patienten im Medizinbetrieb sehr verständlich.

Wenn Schulen manchmal empört von sich weisen, daß sie bestimmt nicht der „Reparaturbetrieb der Gesellschaft“ seien, sind es dann die Krankenhäuser?

Ist das Krankenhaus nicht viel mehr ein besonderer Ort, wo viel menschliche Verletzlichkeit und Verletzung zusammenkommen, ein Ort der existentiellen Angst, ein Ort der Schmerzen, des Ausgeliefertseins, ein Ort wo menschliche Schwäche und Stärke relativiert werden, wo es für alle Betroffenen und Beteiligten des Systems an die Grundfesten menschlicher Existenz geht, an die großen Lebensfragen des Heilens, Leidens und Sterbens?

Deswegen ist gerade das Krankenhaus mit seinen psycho- sozialen, psycho- physischen und psycho-spirituellen ,mit seinen jeweiligen ökonomischen, kulturellen, regionalen und Umweltressourcen ein prädestinierter Ort und eine wahre Fundgrube für die allseits gesundheitsförderliche Umwandlung eines settings.

Alle Arten von Krankenhäusern , auch die psychiatrischen, können diesen Ort aus einer konsequent ganzheitlichen Sicht so gestalten, daß sie „Humanität-Qualität-Wirtschaftlichkeit“ (Leitbild der Qualitätssicherung in den städtischen Krankenhäusern der Landeshauptstadt München-bisher aber nicht Mitglied im Deutschen Netz der WHO für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser) nicht länger auseinanderdividieren,

sondern diese Qualitäten gleichermaßen hochbewerten.

Humanität ist das gemeinsame Boot, in dem Patienten und KrankenhausmitarbeiterInnen sitzen und ihr gemeinsamer Kurs.

Ein Bsp.:

Nicht nur der Patient, auch der Arzt, ist ein fühlendes Wesen.

Ein Krankenhaus, in dem menschliche Gefühle und die dazugehörige Anteilnahme wieder ihren Raum haben dürfen, fördert nicht nur die Heilungsprozesse und Bewältigungsmöglichkeiten von Patienten und ihren Angehörigen, es senkt auch die Krankheits-, die Suchtrate und die vorzeitige Mortalität und das „Burning out“ des medizinischen Personals (s.u.a. „Ärzte Zeitung, Nr. 96, 1992).

Ein weiteres Bsp. für die Gegenseitigkeit, die Ökologie der Faktoren:

Humanität-Qualität-Wirtschaftlichkeit:

Ein Krankenhaus, in dem die geistige „oben-unten Struktur in der herkömmlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient in die Struktur eines gleichwertigen Behandlungsteams umgewandelt wird, in dem jeder der Beziehungspartner sein ureigenstes, wichtiges und nützliches Wissen beiseuern kann und darf, dort erhöht dieses Vorgehen Wohlbefinden, senkt Probleme, damit Kosten, auch Prozeßkosten, fördert Heilung und Krankheitsbewältigung, erhöht die Kompetenz des Behandlers und des Behandelten gleichermaßen auf verschiedenen Ebenen

(vergl. u.a. L. Le Shan, Psycho-Onkologie, U.S.A., „Diagnose Krebs-Wendepunkt und Neugeginn“, S.160-161, Stuttgart 1993).

Ein weiteres Studienergebnis:

Psycho-soziale Unterstützung und Beratung bei der Behandlung von Erkrankungen erhöht den Nutzen der Behandlung und senkt Kosten (bezgl. Medikamenteneinsatz, Heilungsverlauf, Wiedererkrankungsrate bis zu 60 % (zitiert durch Dr. N. Degele, Institut für Soziologie, LMU-München, wissenschaftliche Arbeit über: „Alternativmedizin in der Offensive“)

Ergebnisse u.a. für förderungsbewußte Krankenhäuser:

Die Mitgliedskrankenhäuser im Deutschen Netz berichten, daß sich ihr Image, ihre Beliebtheit, damit auch ein Aspekt ihrer Wirtschaftlichkeit, mit der Konzentration auf gesundheitsfördernde Qualitätsmerkmale erhöht haben.

3.1. Schlüsselemente des praktischen Vorgehens

Die im Wesentlichen immer gleichen, typischen Charakteristika und Instrumentarien der Gesundheitsförderung (Stichwort: Qualitätsstandards) werden auch im Krankenhaus verwirklicht:

In einem ersten Schritt treffen maßgebende Ebenen eines Krankenhauses die Entscheidung einen organisierten und geregelten Prozeß der gesundheitsfördernden, d.h. inneren und äußeren Ausgestaltung ihres Hauses kontinuierlich und verlässlich zu ermöglichen, zu ermutigen, zu unterstützen.

Dies geschieht ausdrücklich zum Wohle der Patienten, der Mitarbeiterschaft, der Umweltgesundheit im Krankenhaus und seines örtlich-sozialen Umfeldes.

Die typisch methodisch und inhaltlichen Merkmale dieses Prozesses sind:

- * Freiwilligkeit der Teilnahme
- * gleichzeitig „bottom up“ und „top-down“ Dialog
- * basisdemokratisch, partizipativ, auch hierarchie-und sektoren-übergreifend (Stichwort: „Betroffene zu Beteiligten machen“)
- * grundsätzliche Ergebnisoffenheit
- * Wertschätzung der Teilnehmer
- * *Wertschätzung der Werte* (Stichwort: verbindlichen und tragfähigen, gelebten Wertekonsens finden, verankern)
- * dialogisch-diskursiv-reflexiv-kritisch-vertrauensfördernd („Stichwort: „herrschafts-und maßnahmen-freier“

Dialog“)

- * nicht nur bedarfs-, sondern vor allem auch *bedürfnis-orientiertes Vorgehen* (Stichwort: vom Bedürfnis her den Bedarf erschließen statt umgekehrt)
- * immer die realiter gegebenen Ressourcen, Merkmale und Defizite der Einrichtung, der Beteiligten, der Betroffenen, konkretisieren statt zu abstrahieren (Stichwort: nicht das Krankenhaus an sich, „die „ Strukturen, „die“ Ärzte, „die“ Patienten, „die“ Schwestern etc, sondern „hier und jetzt“ ganz konkret: wir-hier-in unserem Krankenhaus
- * konkret auch an den geographischen, kulturellen, ökonomischen Binnen-und Umfeldes orientiert
- * ausreichende Zeitkontingente

Konkrete Schritte des Vorgehens:

A) Es bildet sich eine verantwortliche, mit Zeit und Raum ausgestattete, Projektgruppe für Bearbeitung, teilweise Steuerung, Begleitung und Unterstützung des Prozesses.

Sie verabredet erste grundlegende Regelungen und Kontrakte mit der Krankenausleitung.

Sie verabreden auch konkrete Hilfen bei Entmutigung und Resignation.

Sie ermöglichen eine interessen-unabhängige Moderation der Prozesse.

Wo nötig bildet sich eine zusätzliche Sponsoring-Gruppe.

B) Die Prozeßbeteiligten finden miteinander ihre konkreten Merkmale ihrer positiven Vision für ihr Krankenhaus. Sie entschließen sich zu einem positiven Geist in ihrem Hause. Sie formulieren daraus ein verbindliches Leitbild, das ggf. immer wieder überarbeitet werden kann.

C) Es bilden sich Projektteilgruppen, die ganz klar umrissene Aufgaben und Ziele angehen. Sie bilden (nach Absprache

auch revidierbare) Arbeitskontrakte und verabreden Konfliktregelungen.
Ggf. setzen sie sich Zeitgrenzen, ermitteln Unterstützungsbedarf.

Hierbei ist es empfehlenswert auf die Instrumente des Qualitätsmanagements, oder der psychologischen Balint- und Supervisions Gruppen zurückzugreifen und Wissens-Inputs von Patienten u./o. aus Forschung, Bildungswesen, Praxisbereichen, einschließlich der Seelsorge zu organisieren.

! Es ist gerade hierbei ist auf die Gefahr (und „zeitgeistmäßige“ Versuchung zu achten, daß Gesundheitsförderung im Krankenhaus (wie in anderen settings auch) nicht zur „Wissenschaft gemacht“ wird und dadurch abschreckt und vorwiegend den wirklichen und vermeintlichen Experten anheimfällt!

Alle Betroffenen und Beteiligten eines settings, eines Systems sind Experten in eigener Sache!

D) Zwischen allen Projektebenen und der nicht aktiv beteiligten Mitarbeiterschaft wird eine Öffentlichkeitsarbeit und ein Informations- und Erfahrungsaustausch geregelt.

E) Das Krankenhaus öffnet sich in die umgebende „Community“/Stadt-, Teil und gegenüber der Fachbasis , z.B. durch die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfegruppen, Bildungseinrichtungen, Sozialdiensten etc.

Grundsätzlich ist das Krankenhaus eine Fundgrube für Verbesserungsmöglichkeiten aber es empfiehlt sich sicherlich am Anfang eines solchen Prozesses vom „Leichten zum Schweren“ überzugehen und mit wirklich oder vermeintlich kleinen Veränderungen zu beginnen, die auch schneller sichtbar und „profitabel“/ „rentabel“ werden

3. 2. Anregungen/ Praxisbeispiele

Auch wenn jedes Krankenhaus seine eigenen Themen und Aufgaben finden muß, die sich durchaus von allen anderen

Krankenhäusern unterscheiden dürfen (Stichwort: über die konkreten Bedürfnisse der Beteiligten zum „Bedarf“), bleiben natürlich angesichts universell gleicher menschlicher Grundbedürfnisse bei Patienten und Mitarbeitern gleiche Grundthemen und Daueraufgaben für alle Häuser gleich.

Hier möchte ich nur einige wichtige Ansatzmöglichkeiten aufzeigen, um eine Vorstellung zu geben:

- ◆ nicht nur Patientencharta, sondern auch PatientInnen-Leitfaden zur praktischen Selbsthilfe schriftlich, für Patienten und Angehörige:

„Wie kann ich meine berechtigten Bedürfnisse im Medizinbetrieb durchsetzen?“

(Le Shan, ders., ebenda, Kap. 4 „Überleben im Krankenhaus“, S. 104 ff)

- ◆ OP:
Die Vorgänge, das Geschehen vor und während der Operation sind besonders sensibel.
Wie ganzheitlich bewußt wird auf die OP vorbereitet, wie wird sie durchgeführt?
Können individuelle Patientenwünsche berücksichtigt werden, die die Angst mindern?
Wird ganzheitliches Heilungswissen eingesetzt, das physiologische Funktionen unterstützt ? (Musik-Hypnose-persönliche Ansprache, Berührung während der OP etc.)
- ◆ Notfallambulanz:
Wie sensibel und ganzheitlich bewußt wird mit Extremsituationen umgegangen?
Wird Seelsorge und Psychologie eingesetzt?
Werden auch Angehörige beteiligt?
Bsp. Notfallambulanz in New Jersey, U.S.A.
- ◆ Innere und äußere Räume für Gefühle, für emotionale Verarbeitung:
Gibt es für Angehörige und Personal entsprechend gestaltete Räume der Stille, der Besinnung, der Trauer oder für die laute Entlastung von Schmerz und Verzweiflung? Wer steht ihnen

unterstützend zur Seite?
Hat die Klinikseelsorge und der psychologische Dienst soweit vorhanden-eine Geh-oder Kommstruktur?
Ist sie Personal-und Führungskräfte-schulungen eingebunden?

- ◆ Wie wird mit Sterben und Tod umgegangen?
Gibt es stationäre Hospize?
entsprechende Mitarbeiterschulung?
Supervision? Aussprachen?
therapeutische Unterstützung verschiedenster Art?
(vergl. Dr. E. Kübler-Ross)
- ◆ Einbeziehung von Angehörigen:
Gibt es Möglichkeiten für Angehörige bei den Patienten zu übernachten?
Gibt es Wohnhäuser-Gästetrakte für Angehörige?
Werden Angehörige in die Behandlung sinnvoll integriert?
- ◆ Ernährung:
Wieviel Wert wird auf die Ästhetik und Vollwertigkeit der Krankenhauskost für Personal und Patienten gelegt?
- ◆ Musik:
Wird Musik auch im größeren Zusammenhang therapeutisch wertvoll im Krankenhaus eingesetzt?
- ◆ Ansprechendes und heilsames Äußeres:
Gibt es Gartenanlagen, nicht nur als "Abstandsgrün", sondern auch zum Spaziergehen? Gibt es Pflanzen-und Blumenschmuck?
Was könnte sonst noch ein betrübtes Gemüt aufheitern und entspannen?

(Das städtische Krankenhaus München-Harlaching hat im Außengelände einen „Streichelzoo“ eingerichtet.)
- ◆ Onkologie:
Wieviel ganzheitliches Heilungswissen wird bei Krebs eingesetzt? (Stichwort: Psycho-Neuro-Immunologie)
- ◆ MitarbeiterInnenschulung/Pflege/ Fortbildungsmöglichkeiten:
Welche Privilegien gibt es für Ärzte und warum?
Wird für das ganze medizinische

Personal Schulung und Unterstützung sichergestellt?
Gibt e bewusst auch hierarchie-übergreifende, gemeinsame Fortbildungs-und Schulungsgruppen für Ärzte, Pflegepersonal, unter Einbeziehung von PatientInnen?

(Stichwort: „Ascona Modell „der Balint-Arbeit, WHO, in F. Sedlak/G.Gerber, „Beziehung als Therapie-Therapie als Beziehung“, München, Basel 1992, S. 15 ff oder Stichwort: „Psychiatrie-Erfahren“)

- ◆ ausländisches Personal-Patienten:
Wie wird mit ihren Ressourcen und Schwierigkeiten umgegangen?
- ◆ Öffnung des Krankenhauses in die Umgebung:
Gibt es Tage der offenen Tür? Mit wem wird wie kooperiert?
- ◆ Umweltgesundheit im Krankenhaus:
Wie wird mit Giften , mit Müll, mit Energie umgegangen?

4. Zusammenfassung und Integration in weitere Konzepte, z.B. Agenda 21 und Gesundheit

Gesundheitsförderung, bes. mithilfe des settings-Ansatzes beantwortet auch die oft gestellte Frage, „Was bedeutet Gesundheit in Agenda 21 in den westlichen Industrieländern über die Sicherstellung materieller Lebensgrundlagen hinaus?

Wenn wir uns auf die Qualitätsverbesserung eines ganzen sozialen Systems konzentrieren statt uns in seinen strukturellen Einzelteilen zu verlieren , wenn wir Individuum und Gemeinschaft wieder als Wirkungsganzes verstehen, erzielen wir mit relativ geringem und gut gezieltem Mitteleinsatz eine große Ausstrahlungskraft auf das Innere des Systems und auf seine Außenwirkung.

So können wir wirklich sozial nachhaltige, sprich selbstlernende regenerationsfähige Entwicklungen vorantreiben.

Erst regenerationsfähige Entwicklungen sind zukunftsfähige Entwicklungen.

Menschen, die zuerst ausreichende An-Teilnahme und Mitgefühl erleben und praktizieren, können ihre Anteilnahme erst dann auch besser auf die Lebens erfordernisse der nicht-menschlichen Natur ausweiten.