

GESUNDHEIT FÖRDERN – LEBENSPERSPEKTIVEN ERÖFFNEN. RESSOURCEN VON FRAUEN IN ARMUTSLAGEN STÄRKEN

Vortrag auf der 16. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.: „Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit“, Kassel, 31. Oktober – 1. November 2009

Elisabeth Helming, DJI – Deutsches Jugendinstitut, München
helming@dji.de, ☎ 089/62306-144

Abstract

Die Demoralisierung durch ein Leben in Armut erschwert die Selbstsorge in hohem Maß und führt zu negativen Zirkeln: Eine gesunde bzw. kontrollierte Lebensweise hat sich gesellschaftlich als Norm etabliert, und Personen, die diese nicht einhalten (können), werden tendenziell abgewertet, und erhalten dann nicht die entsprechende Unterstützung. Die umfassende Förderung von Gesundheit aus einer salutogenetischen Perspektive muss die Folgen eines Lebens in Armut einbeziehen. Dabei ist von der Frage auszugehen, wie es möglich ist, professionelle Hilfe nicht von den Motiven, Rechten und Stärken der KlientInnen zu entkoppeln, sondern Voraussetzungen von Selbstbestimmung zu fördern. Im Vortrag sollen Aspekte einer solchen Förderung zur Stärkung von Ressourcen und zur Entwicklung von Lebensperspektiven diskutiert und Möglichkeiten einer Balance von Expertise und Respekt vor Klientinnen aufgezeigt werden. Der Vortrag beruht auf Ergebnissen aus diversen Forschungsprojekten zur sozialen Arbeit mit Familien, die am Deutschen Jugendinstitut in München erarbeitet wurden.

1. Einleitung

2. Das gesunde Leben: Zwischen Normativität und Eigen-Sinn

3. Die salutogenetische Perspektive

4. Die Demoralisierung und das Präventionsdilemma

5. Empowerment als Haltung und Basis von Ressourcenorientierung

6. Respekt als Konflikt der Andersheit der Anderen

7. Literatur

Anhang 1: Grundannahmen psychosozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen

Anhang 2: Eine halbe Grapefruit

1. Einleitung

Im Hintergrund meiner Ausführungen stehen verschiedene Forschungsprojekte im Bereich Sozialer Arbeit und der Gesundheitsförderung am Deutschen Jugendinstitut in München, vor allem Hilfen für Familien in Risikolagen, an denen ich beteiligt war. Ich habe mich bspw. lange mit Sozialpädagogischer Familienhilfe beschäftigt und in diesem Kontext viele qualitative Interviews gemacht mit Familien, die in sehr schwierigen Lebenslagen lebten und eine Zeit lang Sozialpädagogische Familienhilfe erhalten hatten (vgl. dazu Helming 1999); ich habe sie nach ihrer Sicht auf ihr Leben gefragt, nach ihrer Biographie, was ihnen aus ihrer eigenen Sicht geholfen hat, was sie besonders positiv an der Zusammenarbeit mit den SozialpädagogInnen fanden. Dazu kommen Interviews mit Frauen, deren Kinder von der Kinder- und Jugendhilfe in Obhut genommen waren (vgl. dazu Helming 2002), aber auch Interviews mit Sozialpädagoginnen und –pädagogen, ich habe Fallbegleitungen gemacht, Fallanalysen usw. Aus dieser Forschung möchte ich Ihnen zusammenfassend einige Gedanken zur Haltung von pädagogischen Fachkräften gegenüber Eltern in schwierigen Lebenslagen vorstellen.

In den vorherigen Vorträgen wurde vieles gesagt über den Zusammenhang von Armut und Gesundheit, bzw. fehlender Gesundheit und über die strukturellen Rahmenbedingungen, durch die Armut insbesondere von Frauen entsteht. Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen hängen in hohem Maße mit ihren gesellschaftlichen Chancen zusammen. Ungleiche Lebensbedingungen beeinflussen die körperliche, psychische und soziale Entwicklung, was andererseits wiederum genau die Förderung von Gesundheit in dem weiten Sinn schwierig macht, das möchte ich in einem ersten Schritt aufzeigen.

Der Begriff der „Ressourcenorientierung“ in der Unterstützung von Frauen und in der Gesundheitsförderung ist nun vielfach ein programmatisches „Spitzendeckchen“ geworden, also ein Begriff, der dekorativ und programmatisch über vielen psychosozialen Dienstleistungen liegt und alle nicken bejahend, ohne dass expliziert wird, wie die konkrete Umsetzung ins Handeln aussieht, das ist oft nicht so ganz klar. Das Konzept einer Ressourcenorientierung als Haltung, das hier skizziert werden soll, bezieht sich im Übrigen nicht nur auf sozial benachteiligte Frauen, sondern genauso auf die Zusammenarbeit psychosozialer Fachkräfte aller Couleur mit *allen* KlientInnen oder PatientInnen. Und es ist durchaus auch produktiver Hintergrund einer Kooperation der Fachkräfte miteinander, sei es der gleichen Profession oder der interdisziplinären verschiedener Professionen. Dennoch möchte ich heute den Schwerpunkt auf die Zusammenarbeit gerade mit sozial benachteiligten Frauen legen, denn da kommen die Schwierigkeiten der Zusammenarbeit und die Herausforderungen einer solchen Haltung meines Erachtens am deutlichsten zum Vorschein, die Konturen werden in diesem Bereich schärfer.

Im Übrigen ist das Thema der Gesundheitsförderung durch Ressourcenorientierung und Empowerment im Prinzip ja schon eine alte Forderung und wurde in der Ottawa-Charta von 1986 entsprechend definiert. Zur Erinnerung:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“

Quelle: www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

2. Das gesunde Leben: Zwischen Normativität und Eigen-Sinn

Gerade in der Förderung von Gesundheit oder Prävention finden wir viele normative Vorstellungen, was „gesundes“ Leben ist, wie dieses umzusetzen ist. Das kann in Erziehungsphantasien von Professionellen münden in Bezug auf die widerständigen, sich nicht funktional verhaltenen Individuen. Gerade sozial Benachteiligten wird die Neigung zugeschrieben, sich durch unmäßigen Konsum von Fett, Zucker, Weißmehl und Alkohol schnelle Befriedigung zu verschaffen, und das macht sie in den Augen der herrschenden Mehrheit zu einer problematischen Population, die wenig zur allgemeinen Wertschöpfung beiträgt, aber eine hohe Belastung für die von allen finanzierten Sozialsysteme darstellt. So wird ein zivilisatorischer Abstand aufgebaut zwischen einer Bevölkerungsschicht, die sich den Mühen der Selbstdisziplinierung, der persönlichen Bildung und der individuellen Vorsorge unterwirft, und einer Klasse von „Überzähligen“, die sich gehen lassen und sich im Zweifelsfall auf die Versorgung durch den Staat verlassen (vgl. Bude/Willisch 2008). Momentan laufen zwiespältige Prozesse ab in Bezug auf Gesundheit bzw. in Bezug auf den Körper: Eine gesunde und disziplinierte Lebensweise mit „Body Shaping“ und Fitness usw. ist auch zu einer neuen Form der sozialen Abgrenzung geworden. Das hat auch mit den gewachsenen Leistungserwartungen und mit Perfektionsansprüchen zu tun.

Der Philosoph Günther Anders in seinen Büchern „*Die Antiquiertheit des Menschen, Bd. I und II*“ (2002) gewarnt davor, dass die Menschen sich immer mehr an dieses Bild einer trivial funktionierenden Maschine, an die verselbstständigte Technik anzupassen versuchen, worin er eine wachsende Funktionalisierung der Menschen am Werk sieht. Die Menschen brauchen sich und andere mehr und mehr als Mittel zu äußerlichen Zwecken, dazu, im Sinne gesellschaftlichen Nutzens¹ zu *funktionieren*: Durch „human engineering“ z.B. versuchen die Menschen, immer perfekter zu werden.

„Das hegemoniale Gesundheitsregulativ schafft einen autoritär-repressiven und paternalistisch-strukturierten sozialen Raum. Es gibt auf der einen Seite die aufgeklärten ‚Gut-Menschen‘, die wissen, welche Ernährungsweise gut ist und es gibt auf der anderen Seite die Menschen, die dieses nicht wissen und deshalb lernen müssen. Die Position der Gut-Menschen legitimiert wiederum zu Sanktionen.“ (Lotte Rose 2009, S. 211 ff)

In einem Idealbild des tüchtigen, gesunden, ‚funktionierenden‘ Menschen und der daraus folgenden Ausgrenzung aller „abweichenden“, „unbrauchbaren“, „untüchtigen“ Menschen liegt, so Manfred Kappeler (2000), eine implizite Kontinuität psychosozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen von ihrem Beginn bis heute. „Die Denkfigur des edlen, vollkommenen, tüchtigen, gesunden Menschen ist untrennbar verbunden mit ihrem Negativ: edel, minderwertig, untüchtig, krank. Dieses Denken, moralisch, philosophisch und politisch legitimiert durch den Fortschrittsbegriff der Aufklärung, teilte die Menschen ein in bare und Unbrauchbare, in Höherwertige und Minderwertige. Aus ihm resultierten schließlich schrecklich differenzierte Klassifikationssysteme, die im sachlichen Gewand der Wissenschaften Werturteile fällten, die in ihrer logischen Konsequenz Urteile über Leben und Tod wurden ...“² (ebd., S. 5). Kappeler spricht vom „schrecklichen Traum vom vollkommenen Menschen“. Bude/Willisch (2008) sehen an diesem Punkt Exklusionstendenzen am Werk, bei der die Gesellschaft aus „gleichmäßig gelaunten Wesen mit funktionalen Kompetenzen, kalkulierbaren Emotionen und langer Jugendlichkeit“ und einem Rest von Menschen

¹ Und dabei muss man fragen, wer gerade die Definitionsmacht hat, was „gesellschaftlicher Nutzen“ ist.

² im Nationalsozialismus

stehen, die offenbar das uns allen abgeforderte Realitätsprinzip nicht verstehen oder nicht verstehen wollen bzw. resozialisiert werden müssen - durch den aktivierenden Sozialstaat. Konsequenz sind dann bestimmte Erziehungsfantasien, die vor entsprechenden Sanktionen nicht zurückschrecken, gerade im Gesundheitsdiskurs gibt es Diskriminierungskampagnen gegen Randgruppen, z. B. die zahlreichen Meldungen zu den desaströsen Ernährungszuständen der Unterschicht, der Kinder und damit auch der Frauen.

Aber das Paradox bleibt, dass Menschen sich wirklich besser fühlen, ihr Wohlergehen steigern, wenn sie selbstsorgsam und selbstverantwortlich handeln. Aber es muss um mehr als nur „Funktionieren“ gehen. Es beinhaltet, eigene Ziele wählen können: Wirkliches Wohlergehen braucht – wie die salutogenetische Forschung gezeigt hat, das Erleben von Selbstwirksamkeit, und Professionelle müssen fein und differenziert „balancieren“, um mit salutogenetischen Gedanken nicht in neoliberale Haltungen zu geraten.

3. Die salutogenetische Perspektive

Der israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky hat nicht nur gefragt, warum Menschen krank werden, sondern: Was hält sie gesund? Das ist die so genannte salutogenetische Frage: Warum bleiben Menschen trotz manchmal vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bzw. werden wieder gesund? Und: Welche Bedingungen und Ressourcen sind dafür verantwortlich? Dabei hat er aus seiner Forschung ein Konzept entwickelt, das auf Deutsch „Kohärenzgefühl“ heißt, Sinn für den persönlichen, sinnvollen Zusammenhang seines Lebens, „sense of coherence“³.

Damit wird eine geistige Haltung beschrieben: Dass es Zusammenhang und Sinn im Leben gibt, dass das Leben nicht einem unbeeinflussbaren Schicksal unterworfen ist. Der Begriff Kohärenz hat drei Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. (vgl. dazu Antonovsky 1997; BZgA 2001).

- Meine Welt erscheint mir verständlich, stimmig, geordnet; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem größeren Zusammenhang sehen (Verstehbarkeit).
- Das Leben stellt mir Aufgaben, die ich lösen kann. Ich verfüge über Ressourcen, die ich zur Meisterung meines Lebens, meiner aktuellen Probleme mobilisieren kann (Handhabbarkeit).
- Für meine Lebensführung ist jede Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt (Bedeutsamkeit).

Die Ambivalenz zwischen dem gesellschaftlichen Leitbild einer „autonomen“ Subjektivität und Selbstverantwortung einerseits, die auch gesund erhält, und der Gefahr einer Abwertung von denjenigen, die diese Fähigkeit nicht zu besitzen scheinen, und damit das Gesundheitssystem und die Gesellschaft mit hohen Kosten – und die Professionellen im System mit hohem Stress – belasten, das war immer schon Ausgangspunkt von sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen und ein Teil des Hintergrundes: Die Erziehung und soziale Disziplinierung der Armen war Thema sozialer Dienstleistungen, die von den Arbeitshäusern bis zur Vielzahl von örtlichen Vereinen und Gruppen reichte, welche sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts in Deutschland gebildet hatten und die als Bibel-, Sittlichkeits-, Jünglings-, Frauen-, Erziehungs- und Abstinenzvereinigungen für die Verbreitung des bürgerlichen Familienideals Sorge trugen und den Frauen die Pflicht zu Häuslichkeit, Hygiene und Moral

³ In etlichen Forschungsprojekten ist dieses Konzept überprüft und bestätigt worden, vgl. BZGA 2001.

vermittelten (Bauer 1988). „Nicht Armut, sondern Pauperismus war das Problem: Die Demoralisierung der Armen, der nur mit energischen Erziehungsmaßnahmen entgegengewirkt werden konnte. ... Nur im unmittelbaren persönlichen Kontakt könnten die Elemente von Kontrolle, Erziehung und Belehrung wieder Bestandteil der Fürsorgebeziehung zwischen den Klassen werden.“ (ebd. S. 248f). Armut wird hier moralischem Zerfall zugeschrieben und nicht als spezifische Struktur der Gesellschaft gesehen.

„Zivilisierung der Unterschichten im allgemeinen, Kanalisierung des bedrohlichen Massentials der ‚gefährlichen Klassen‘, Ersetzung der mangelhaften privaten Wohltätigkeit durch effektivere Staatshilfe, Tendenzen zur generellen Ausdehnung der pädagogischen Provinz und der fortschrittsoptimistische Glaube an die Evolution der modernen Humanwissenschaften zu praktisch durchgreifenden Instrumenten der Abschaffung von Krankheit, Elend und Kriminalität: solche Strategien und Zielvorgaben standen im Hintergrund der neuen sozialpädagogischen Initiativen.“ (Peukert/Münchmeier 1990, S. 6, siehe auch Müller C.W. 1982).

4. Die Demoralisierung und das Präventionsdilemma

Fallbeispiel (aus der Studie zur Sozialpädagogischen Familienhilfe, Helming u.a. 1999):

Familie Karst ist eine Kernfamilie mit zwei Kindern im Alter von sieben und vier Jahren. Anlass für die Familienhilfe sind Schulschwierigkeiten des ältesten Kindes, das nicht in die Schule gehen will. Zudem gibt es generell Probleme in der Erziehung der Kinder: die Mutter fühlt sich in dieser Hinsicht von ihrem Mann allein gelassen und überfordert. Dazu kommen Angst vor Arbeitsplatzverlust und Angst vor einer Verteuerung der Betriebswohnung, die vermutlich privatisiert wird. Weitere Belastungen sind Schulden, eine voraussichtlich längere Abwesenheit des Vaters wegen einer Schulungsmaßnahme, hoher Alkoholkonsum beider Eltern, Partnerschaftsprobleme und eine schwere Krebserkrankung des Vaters: all das trägt zu einer prekären, risikoreichen und schwer zu bewältigenden Existenz dieser Familie bei. Frau Karst ist ebenfalls erkrankt, es steht eine Operation bevor.

Diese Familie hat vermutlich nicht mehr ein Gefühl für die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit des eigenen Lebens, wie es die Salutogenese-Forschung formuliert. Sie lebt in diversen Unterversorgungslagen, was in der Lebenslagenforschung als Armut definiert wird.

Armut als Häufung von Unterversorgungslagen:

- Niedrige Bildungsabschlüsse
- Niedriges Einkommen
- Soziale Isolation
- Verschuldung
- Problematische Wohnsituation
- Beeinträchtigte Gesundheit von Eltern und Kindern
- Unterversorgung in Bezug auf Soziale Dienstleistungen
- Mangelnde gesellschaftliche Teilhabe

Eine weitere Unterversorgung ist die mit sozialen Beziehungen, die emotionale Unterstützung geben können, gepaart mit biographischen Erfahrungen von Gewalt und Armut.⁴ Die Unter-

⁴ Wie die Studie des BMFSFJ „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ von 2004 ergab, haben 40 % der befragten Frauen (Alter 16-85 Jahre) mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Gewalt seit dem 16. Lebensjahr erlebt. Alle Formen von Gewalt können zu erheblichen psychischen,

versorgung zieht wiederum nach sich erhebliche Einschränkungen in der Vernetzung, d.h. darin, wie viel soziale Unterstützung zur Verfügung steht bzw. nutzbar gemacht werden kann – das ist von der Forschung vielfältig belegt worden. Der Mangel an sozialer Unterstützung hat einen quantitativen Aspekt und einen qualitativen: Gerade bei Frauen, die soziale Benachteiligung schon von Generationen sozusagen „geerbt“ haben, sind die vorhandenen Beziehungen, vor allem im engeren Familien- und Freundschaftskreis oft auch hochbelastet (vgl. Helming 2002).

Mir ist es ein großes Anliegen, diesen Aspekt der sozialen Benachteiligung, der Unterversorgung und damit den Mangel an sozialer Gerechtigkeit zu betonen, wenn es sowohl darum geht, welche Konsequenz Armut für Menschen hat als auch, welche Förderung und Unterstützung man anbieten kann. Ansonsten besteht die Gefahr einer Individualisierung von Problemlagen, vor allem in der Arbeit mit Frauen, deren lange Deprivationsgeschichte Auswirkungen in vielerlei Hinsicht hat, die Fachkräfte ungeduldig machen können – was die Frauen sehr wohl wahrnehmen.

Denn Häufung von Unterversorgungslagen ist es, die gravierende negative Folgen für die Selbstsorge hat, denn *längerfristig in gravierenden Unterversorgungslagen zu leben, zieht einen Prozess einer tiefen Demoralisierung nach sich*: „Menschen sehen oft dann auch keinen Sinn mehr darin, sich für oder gegen etwas einzusetzen. Sie lassen Ereignisse dann fatalistisch auf sich zukommen und über sich hereinstürzen, weil sie nicht mehr daran glauben, dass sie wirksam etwas gegen diese unternehmen können.“ (Keupp 1993, zitiert nach Herriger 1995).

Es ist nicht so, dass z. B. sozial benachteiligte Frauen nicht wüssten, was „gesundes Verhalten, gesunde Ernährung“ wäre, so ein Ergebnis aus dem Forschungsprojekt: „Gesundheit beginnt in der Familie“ am DJI. In den im Projekt geführten Interviews mit Frauen, die von Hartz IV leben, wird klar, dass es nicht mangelndes Wissen oder Gleichgültigkeit ist, was sie hindert, „gesund“ zu leben, sondern es ist der stressige Alltag mit den Kinder und vielleicht auch der Mangel an Alternativen zur Bedürfnisbefriedigung in einer extrem konsumorientierten Gesellschaft: Was bleibt, um mit den Sehnsüchten umzugehen – außer Alkohol, Süßigkeiten, Nikotin, Fernsehen?

Aus der Demoralisierung entstehen bestimmte Gefühlslagen:

- Gefühle der Nutzlosigkeit und Überflüssigkeit
- „Emotionale Taubheit“
- Häufig starkes Anklammern in Beziehungen
- Fehlen lebenspraktischer Kompetenz und Abwehr, sie zu erwerben, aus Angst zu scheitern
- Hartnäckiger Negativismus als letzte Bestätigungsbastion
- Verarmter/rigider innerer Dialog
- Große Fähigkeit, ähnliche Gefühle auch bei anderen auszulösen (Abwehr von Veränderung) (nach Nitsch 2006)

psychosozialen und gesundheitlichen Folgen für Betroffene führen. In ihrer Dimension sind die vielfältigen gewaltbedingte Gesundheitsschäden nach einer Studie der Weltbank mit denen von HIV, Tuberkulose, Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen vergleichbar. Die Akteure des Gesundheitswesens sind darauf bisher nicht angemessen vorbereitet. Obwohl Ärztinnen und Ärzten in vielen Fällen entscheidende Ansprechpersonen für gewaltbetroffene Frauen sind. www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-Sicherheit-und-Gesundheit-von-Frauen-in-Deutschland,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

Diese Demoralisierung zeigt sich meines Erachtens auch in einer gewissen Nüchternheit, mit der die Frauen in Interviews über gewaltbelastete Lebenserfahrungen sprachen.

Frau B. sagt z.B., es war „... *so die übliche Situation*“ in ihrer Biographie: Gewalt des Vaters gegenüber der Mutter, Alkoholprobleme der Eltern, Selbstmordversuche der Mutter, Abwertungen anderer ihr gegenüber wegen ihrer Mutter:

„Dann der Streit zwischen meinen Eltern. Was man so oft hört, leider ist es aber auch so gewesen: mein Vater hat meine Mutter geschlagen, mein Vater fast nie zuhause usw. usf. Meine Mama hat die Probleme gehabt. Dann hat sie zu trinken angefangen. Es hieß dann immer: deine betrunkene Mutter. Dann macht sie wieder Selbstmordversuche und so Sachen. Dann ins Heim abgeschoben. So die übliche Situation. Das ist leider so häufig. Bei mir war es auch so. Was suchst du dir dann? Mit dem Trinken ist es losgegangen, Alkohol. Das hat da keinen interessiert. Meine Mutter war regelrecht überfordert, die war froh, wenn sie ihre Ruhe gehabt hat. Meinen Vater hat es sowieso nicht interessiert, der ist ein Karrieremensch, den interessiert das sowieso nicht.“ (zit. nach Helming 2002).

Oder eine andere Mutter, deren Kinder in Pflegefamilien leben:

„Dann kriegt man einen in die Fresse, da fliegt man auf den Rücken, das haben wir alles gehabt. Und so ging's ja auch mit den Kindern, da hat er ja auch nicht Halt gemacht. Grün und blau. Wenn man sich dazwischen gestellt hat, hat man einen mitgekriegt. Was sollte man da machen als Frau. Der hat solche Kräfte, da kommt man gar nicht dagegen an. Ja.“ (zit. nach Kindler/Helming u.a., Handbuch Pflegekinderhilfe, im Druck).

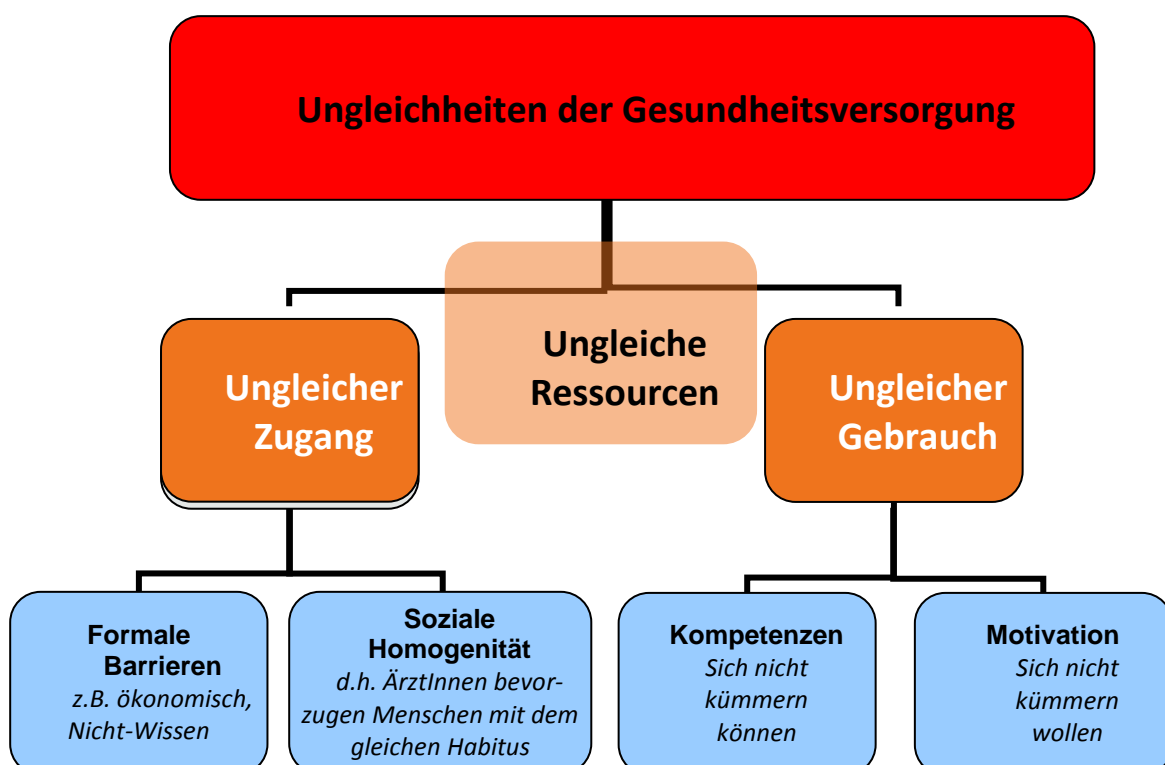
Diese Gefühlslagen bedingen oft Fluktuationen zwischen Macht und Ohnmacht, Eigen-Macht der KlientInnen, Positionsmacht von Professionellen: Die Eigen-Macht von KlientInnen, die darauf bestehen, dass es ihnen schlecht geht, um in der Not gesehen zu werden, um damit sozusagen auch Enttäuschungen vorzubeugen – konfrontiert mit der Positionsmacht der Professionellen, die verändertes Verhalten auch in Eigenverantwortung fordern. Die Gefahr ist, dass in der Vorstellung eine Verkehrung von Machtverhältnissen stattfindet: „Plötzlich werden KlientInnen zu TäterInnen. Was bleibt, ist erneut die Wut und Kränkung der Sozialarbeitenden, die darob gar nicht mehr merken, dass es sich hier in den wenigsten Fällen um Macht, sondern eher um 'Listen der Ohnmacht' handelt. ... Weshalb durchschauen wir nicht, dass all dies nicht Beispiele für 'unheimlich viel Macht', sondern für klug genutzte, kleine, zugängliche Machtquellen sind: bessere oder schlechtere, weil letztlich meist selbstschädigende Anpassungsformen an familiäre, organisationelle wie gesellschaftliche Machtlosigkeit?“ (Staub-Bernasconi 1995, S. 236f).

Die Resignation und Hoffnungslosigkeit von KlientInnen bezieht sich auch auf mögliche Hilfsangebote, von denen sie nichts mehr erwarten, da sie den Glauben an die Zukunft verloren haben und frustriert und misstrauisch auch gegenüber ihnen wohlgesonnenen HelferInnen bleiben. Sie haben immer wieder negative Interaktionen und Erfahrungen mit den vielen beteiligten Systemen erleben müssen. Die Ausgrenzung auf der materiellen und sozialen Ebene führt zu großer Empfindlichkeit, zu schnell verletztem Stolz und auch Widerstand auf Seiten der KlientInnen/PatientInnen, eine Art – natürlich auch durchaus aggressiver – Versuch, die eigene Würde zu wahren, der leicht wieder negativ interpretiert werden kann, insbesondere von sozialen und gesundheitsbezogenen Diensten, Schule, Kita. Dazu Frau Tagert, eine junge allein erziehende Mutter: *„Ich merk das auch im Kindergarten, mit dem Kleinen - wenn die sagen, der Peter (Sohn) würde riechen, der ist eine Zumutung für die anderen Kinder und lauter solche Dinger, runterputzen (tun sie dich). Aber wenn du jemand hast, der hinter dir steht (und sagt): 'So läuft es aber nicht, ich weiß genau, sie kümmert sich um die Kinder', das ist gut. ... Gerade bei Behörden und Sozialamt, wenn es um Geld geht ... Man fühlt sich total herabgewürdigt. Wenn man da niemand hat, geht man total unter.“* (zit. nach Helming u.a. 1999).

Armut macht Menschen nicht unbedingt demütig, sondern eher aggressiv, sie kämpfen dann um Anerkennung. Zwischen Professionellen und KlientInnen können so sehr schnell destruktive Zirkel entstehen: Schwieriges Verhalten löst Ärger bei Professionellen aus, der wiederum verstärkt das schwierige Verhalten der KlientInnen/PatientInnen, die sich in ihrer Abwertung wiederum bestätigt fühlen. Sahle hat in ihrem Forschungsprojekt folgende Haltungen von SozialarbeiterInnen herausgearbeitet:

- KlientInnen werden gesehen als „veränderungsresistent“, non-compliant: Sie wollen ja *nichts machen*, sie lassen SozialarbeiterInnen nicht an sich „rankommen“, was Ärger auslöst und damit zu Vernachlässigung, Links-Liegen-Lassen führen kann: „Selber schuld“.
- KlientInnen werden als Mimosen wahrgenommen (empfindsam, sensibel, verletzlich, man muß sie schützen). Das Problem einer allzu identifikatorischen Haltung mit KlientInnen und ihren Empfindlichkeiten ist, dass es schnell von einer identifikatorischen, schützenden Intervention zu einer Gegnerschaft kommt, wenn die Klienten nicht dem Bild der Hilfebedürftigkeit entsprechen, zu viel eigenen „Sinn“ entwickeln, andererseits ist hier die Gefahr einer weiteren Depotenzierung von KlientInnen/PatientInnen groß.
-
- KlientInnen werden zu Betrügnern, sie werden als nicht ehrlich charakterisiert: Sie wollen Hilfe nur, um den Sozialstaat auszunutzen. „Persönlicher Heroismus und ständige Selbstaussbeutung führen unvermeidlich dazu, dass, wo das materielle Honorar ausbleibt, gewissermaßen ein moralisches erwartet wird: Ehrlichkeit, Aufrichtigkeit, Dankbarkeit. Spielt der Bedürftige nicht die ihm zugewiesene Rolle, erfüllt er nicht die in ihn gesetzten Erwartungen, sondern erweist sich als ‚Sozialamts-virtuose‘, als Drückeberger und Undankbarer, dann schlägt die Moralität des Helfens in ihr Gegenteil um und richtet sich zerstörerisch gegen ihn.“ (Sahle 1986, S.128).

Die geschilderten Ambivalenzen und Schwierigkeiten charakterisieren das Präventionsdilemma: Je mehr Unterstützung Menschen brauchen, desto weniger kümmern sie sich selbst darum bzw. erhalten diese, was im folgenden Schaubild in Bezug auf die Gesundheitsversorgung zusammengefasst ist:



“Vulnerable parts of the population live in a social situation in which they need more care than other groups, but in reality they get less. This is the reason for the continuous deterioration of their social and, subsequently, health status”. (Kickbusch 2009, zit. nach Hurrelmann u.a. 2009, S. 5f).⁵

Das Aussteigen aus den destruktiven Zirkeln des Präventionsdilemmas ist genuiner Teil von Professionalität, muss von den Professionellen geleistet werden, – aber wie?

5. Empowerment als Haltung und Basis von Ressourcenorientierung

Psychosoziale Dienstleistungen – so der amerikanische Gemeindepsychologe Julian Rappaport in seinem Konzept des Empowerment – tendieren gegenüber Menschen in schwierigen Lebenssituationen dazu, zwischen zwei Polen zu schwanken: zwischen wohlwollender Vernachlässigung und fürsorglicher Belagerung.

„*Wohlwollende Vernachlässigung*“⁶ charakterisiert Rappaport (1985) als eine Haltung, die motiviert ist durch den großen Respekt vor dem individuellen Recht, nicht sozialisiert oder kontrolliert zu werden, solange man niemandem außer sich selbst Schaden zufügt. Diese Haltung ist oft verknüpft mit einer Ideologie der persönlichen Verantwortung, die auf neue Weise den Opfern die Schuld zuschreibt, jemand ist also selber schuld, wenn er sich schadet. Vergessen wird dabei, dass die Biographien der KlientInnen/PatientInnen meist durch Deprivationen in verschiedener Hinsicht geprägt sind, und dass sie aus diesem Grund oft eine sehr eingeschränkte Sichtweise haben darauf, was ihnen möglich ist, wie sie sich verhalten könnten, was es für Alternativen gibt. Psychosoziale Dienste haben also die Aufgabe, *mit für die Voraussetzungen von Selbstbestimmung zu sorgen*.

Wenn man andererseits KlientInnen behandelt wie Kinder, die in Not geraten sind, denen auf eher bevormundende Art und Weise geholfen wird, dann – so Rappaport – kann das so etwas wie eine „*fürsorgliche Belagerung*“ nach sich ziehen, die vermutlich auf Abwehr stößt und KlientInnen langfristig eher noch hilfloser und inkompetenter macht. Soziale Unterstützung ist auch in Gefahr zu demotivieren, wenn sie KlientInnen zu viel abnimmt, sie „fürsorglich belagert“. Positive Angebote können zur Gefahr werden, wenn sie „des Guten zu viel“ offerieren, sie können passivieren, wobei sich KlientInnen/PatientInnen allerdings durchaus gegen die „Zumutung“ wehren und diese unterlaufen. Eine Familienhelferin beschreibt eine Situation, in der ihre Zuviel-an-Hilfe-Vorschläge von einer Mutter unterlaufen wurden, folgendermaßen: „*Ich hab ihr sehr viele Angebote gemacht, über den sozialpsychiatrischen*

⁵ Übersetzt: „Die vulnerablen Teile der Bevölkerung leben in einer sozialen Situation, in welcher sie mehr soziale Unterstützung brauchen als andere, aber in Wirklichkeit bekommen sie weniger. Das ist der Grund für die kontinuierliche Verschlechterung ihres sozialen und in der Konsequenz ihres Gesundheits-Status“. (Übersetzung d.Vf.). “The main sources for vulnerability - besides individual handicaps - are poverty, low socioeconomic status, lack of social support and/or precarious ties to social networks, and poor or insecure living environments. Vulnerability, as a rule, is cumulative over the life course. Disadvantaged groups experience an accumulation of detrimental health effects. Beginning at birth, they have a lower health and life expectancy. Over the course of their lives, their special needs are not considered in social support systems, economic compensation patterns or the health care system. (...) In view of the epidemiological developments for example, the increase of overweight and obesity, early onset of diabetes, and an increase in mental health problems – the generation of children born at the turn of the 21st century could be the first to have a lower health and life expectancy than their parents. Increase investment in the health of the next generation is critical” (Kickbusch 2009, S. 9, in: Hurrelmann et al. 2009).

⁶ Eine Haltung der Ressourcenorientierung wird bisweilen mit „wohlwollender Vernachlässigung“ verwechselt.

Dienst, regelmäßige Unternehmungen, sei es Café, sei es Schwimmen gehen, sei es sonstige Gespräche, Unternehmungen mit den Kindern. Angebote: Was braucht Du? Egal. Ja was denn? Und dann so eine ganze Palette runtergebetet, weil ich dachte, vielleicht rafft sie nicht, was ich damit meine. ... Und von ihr wollte ich: Was tust du jetzt für deine Psychohygiene, was machen wir miteinander? ... Und dann hab ich ihr gesagt, ich möchte, dass sie den Fernseher ausmacht, wenn ich komme. Ich käme ja eigentlich, um sie zu unterstützen in verschiedenen Sachen. Und was sie denn sonst noch von mir wollte? Da kam nichts mehr. Dann kam ich wieder mit dieser Riesenpalette von Möglichkeiten: Warum nicht sozial-psychiatrischer Dienst usw.? Und irgendwann ließ sie mich dann nicht mehr rein.“⁷

Rappaport schlägt mit dem Empowerment einen dritten Weg vor. Dabei geht es letztlich um einen gemeinsamen *Suchprozess*: „Bei vielen sozialen Interventionen und Programmen versuchen wir als Professionelle, die Menschen davon zu überzeugen, in einen Prozess, den wir ihnen vorschlagen, ‘mit einzusteigen’. Häufig gelingt uns das auch, weil wir in unserer Funktion eine mehr oder weniger große Überzeugungskraft besitzen. Wir übersehen dabei jedoch, dass wir meistens damit nur ein ‘Mitmachen’ - die heute so oft geforderte ‘Akzeptanz’ - erreichen. Wir übersehen, dass es im Grunde darum geht, unsere KlientInnen oder die NutzerInnen unserer Angebote zum Anfangen zu bringen - einen Prozess zu beginnen, der sie aus dem Festsitzen, in dem sie sich aktuell befinden, herauslöst und befreit. *Vielleicht müssen wir als Professionelle eher lernen, weit mehr Augenmerk auf das miteinander Anfangen als auf das Ziel zu richten.*“ (Stark 1996, S. 55, Hervorhebung d.Vf.).

Ausgangspunkt ist also die Frage, wie man anderen zu ihren eigenen Bedingungen helfen kann, d.h. dass man professionelle Hilfen nicht mehr von den Motiven, den Rechten und Stärken von KlientInnen abkoppelt – und dennoch die Voraussetzungen von Selbstbestimmung im Blick behält bzw. *für sie sorgt*.

Das Ziel eines gemeinsamen Suchprozesses ist es, dass sich KlientInnen/PatientInnen in ihrer Selbstwirksamkeit erfahren können, und dass diese gefördert wird. Und das sind jetzt nicht nur ein paar schöne programmatische Ideen, sondern es gibt durchaus Forschungsergebnisse, die zeigen, dass eine solche Haltung, wenn sie denn auch in Handlungsweisen umgesetzt wird, was wieder ein zweiter Schritt ist, wirksam und effektiv ist.⁸

Wir haben inzwischen viele Erkenntnisse darüber, wie Menschen lernen. Der Hirnforscher Manfred Spitzer sagt dazu: „Für das Lernen ist wichtig: Gelernt wird immer dann, wenn positive Erfahrungen gemacht werden. Dieser Mechanismus ist wesentlich für das Lernen der

⁷ Aussage einer Fachkraft im Interview, geführt im Rahmen des Projektes „Sozialpädagogische Familienhilfe in Deutschland“ des DJI, siehe dazu Helming u.a. 1999

⁸ Wenn Mütter bspw. sich als selbstwirksam erfahren, ist dies ein großer Schutz der Kinder davor, von ihnen misshandelt zu werden: „In einem Teilbereich der Forschung zur Entstehung von Kindesmisshandlung wurde beispielsweise zunächst gezeigt, dass elterliche Hilflosigkeit und das Gefühl, keinen positiven Einfluss auf das Kind ausüben zu können (Selbstwirksamkeit), einen statistischen Risikofaktor für Kindesmisshandlung darstellen. In einem zweiten Schritt wurde dann – unabhängig von der normal laufenden Sozialarbeit - ein Experiment mit (mehrfach belasteten) Risikofamilien durchgeführt (Bugental et al. 2002), wobei der Risikofaktor teilweise gezielt vermindert wurde. Es wurden drei Gruppen gebildet: Eine Kontrollgruppe ohne Hausbesuche, eine Kontrollgruppe mit allgemein unterstützenden Hausbesuchen und eine Hausbesuchsgruppe mit einem speziellen Angebot zur Förderung von Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit der Mütter bezogen auf die Versorgung und Erziehung des Kindes. Im Verlauf des nächsten Jahres traten sowohl in der Gruppe mit allgemein unterstützenden Hausbesuchen als auch in der Hausbesuchsgruppe mit gezielter Förderung von Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit weniger Kindesmisshandlungen auf als in der Kontrollgruppe ohne Hausbesuche. Die gezielt auf den untersuchten Risikofaktor (*Selbstwirksamkeit, d. Vf.*) hin ausgerichtete Intervention war aber vergleichsweise sehr viel wirksamer und senkte die Rate bekannt gewordener Kindesmisshandlungen gegenüber der Kontrollgruppe ohne Hausbesuche um mehr als 80%.“ (Kindler 2007: 15).

verschiedensten Dinge, wobei klar sein muss, dass für die Menschen die positive Erfahrung schlechthin in positiven Sozialkontakten besteht. Plakativ formuliert: Der lernende Mensch ist kein Nagetier, das reflexhaftes Verhalten produziert und um so mehr davon, je mehr Futterkügelchen es für ein bestimmtes Verhalten erhält. ... Menschliches Lernen vollzieht sich immer in der Gemeinschaft, und gemeinschaftliche Aktivitäten bzw. gemeinschaftliches Handeln ist wahrscheinlich der bedeutsamste ‚Verstärker‘.“ (Spitzer 2002, S. 181).

Einen ganz ähnlichen Ansatz wie den des Empowerment hat der Nobelpreisträger Amartya Sen (2002) entwickelt, in dem es um „agency“ geht, d.h. *K sein eigenes Leben selber zu gestalten und um das Recht darauf, befähigt zu werden, d.h. um die Verantwortung der Gesellschaft dafür, dass Menschen Selbstsorge ausüben können.*

Schlüsselvariablen in diesem Ansatz sind:

- Selbstwissen und Selbstwahrnehmung der eigenen persönlichen Bedürfnisse, Interessen und Fähigkeiten
- Selbstmanagement-Fähigkeit: die eigenen Ressourcen effektiv und effizient zu managen (Problemlösefähigkeit)
- Zugang zu Ressourcen: persönliche, soziale, ökonomische, technische (Mithaug 1996)

Für eine höhere Selbstbestimmung müssen:

- Fähigkeiten wachsen (capacity increase)
- Gelegenheiten günstiger werden (more favorable opportunities)
- Person muss Gelegenheiten besser nutzen (person must engage in opportunities) (ebd.)

Eine Haltung des Empowerment hat folgende Ziele: :

- ein aktives und positives Gefühl des ‚In der Welt- Seins‘ leben;
- Fähigkeiten und Strategien ausbauen, um Ziele erreichen zu können;
- Netzwerk entwickeln;
- kritisch um die eigene Situation wissen;
- sich in sozialen Austauschprozessen bewegen;
- die Demoralisierung überwinden (nach Stark 1996: S. 119).

Empowerment ist keineswegs immer bequem, denn es wird dazu führen, dass die Experten etwas von ihrer „Macht“ abgeben und von ihren Prioritäten abrücken müssen oder sich gar mit Forderungen konfrontiert sehen, auf die sie nicht vorbereitet sind. Empowerment ist unberechenbar, denn der Ansatz erfordert auch ein „thinking outside the health box“, so Loss 2008. Die wachsende soziale Ungleichheit und Armut und das weitgehende Versagen rein aufklärerischer und edukativer Methoden machen es jedoch notwendig, sich auf diesen Weg zu begeben.

Das zeigen auch Wirkfaktoren einer Veränderung psychotherapeutischer Behandlung, die in einer Metaanalyse von Michael Lambert (1992) herausgearbeitet wurden:

- 40 % extratherapeutische Aspekte (unmittelbare Lebenszusammenhänge der KlientInnen),
- 15 % die Hoffnung, dass die Therapie hilft,
- 30 % die Beziehung zwischen Therapie und KlientIn,
- 15 % die Techniken, die ein Therapeut anwendet.

Was das konkret bedeuten kann, möchte ich an einem Beispiel zeigen (nach Helming u.a.2006):

Betreuung einer jungen Mutter durch eine Familienhebamme

Eine 17jährige junge Mutter lebt mit ihrer allein erziehenden Mutter und mit dem 8jährigen Bruder zusammen in einer eher verwahrlosten Wohnung. Die Familie ist dem Jugendamt bekannt. Die junge Mutter, die auf einer Sonderschule war, lebt mit dem Baby in einem 10 qm Zimmer. Die Großmutter des Neugeborenen hat Alkoholprobleme, lebt von Hartz IV. Mutter und Großmutter rauchen stark.

Die Familienhebamme war in der Anfangszeit der Betreuung täglich 1 – ½ Stunde in der Familie. Themen im Gespräch mit der Mutter waren die Versorgung, Pflege und Ernährung des Säuglings (gegen die Empfehlungen der Omas) und die Förderung der Bindung von Mutter und Kind. Die Hebamme hat mit der Mutter Lebens-Ziele erarbeitet: „Was wünschst du dir in deinem Leben? Wie soll es mit dir und deinem Kind weitergehen?“

Sie haben gemeinsam mit dem Kind auf dem Boden gespielt, was nicht einfach war, weil das Zimmer so voll stand. Die Hebamme hat die Mutter dazu bewegen können, zum Rauchen zumindest vor die Tür zu gehen und mit dem Kind öfter draußen spazieren zu gehen. Thema war auch die Wohnungssuche für die Mutter. Die Familienhebamme hat mit der Mutter geübt, wie man das macht: Wie spricht man auf einen Antwortbeantworter, wie bewirbt man sich um eine Wohnung? Sie hat mit ihr zusammen den Antrag auf Hartz IV gestellt, den Betreuer vom Allgemeinen Sozialdienst (ASD) einbezogen.

Weitere Tätigkeiten: Vermittlung und Begleitung der jungen Frau in eine Mutter-Kind-Gruppe, Suchen einer Tagespflegemutter, da die junge Frau beschloss, den Hauptschulabschluss nachzumachen. Am Ende der Betreuung: Das Kind ist in Tagespflege, die Mutter hat sich von der eigenen Mutter etwas abgenabelt, holt ihren Schulabschluss nach. Die junge Mutter ist inzwischen – nach vielen Gesprächen und Besuchen der Familienhebamme – wegen ihrer Essstörung in Behandlung bei einer Ärztin, der sie vertraut, das hat sie lange abgelehnt, überhaupt zu akzeptieren, dass sie eine Ess-Störung hat.

Dieses Fallbeispiel aus den Frühen Hilfen zeigt, was eine Erfahrung in diesem Bereich insgesamt ist, so die ersten Evaluationen von momentan laufenden Modellprojekten „Früher Hilfen“: Die Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind muss verknüpft sein mit Ansätzen der Beratung hinsichtlich Arbeit und Lebensperspektive.

6. Respekt als Konflikt der Andersheit der Anderen

Kernpunkt eines Unterstützungsprozesses in diesem Sinn ist Respekt. Aber was beinhaltet „Respekt“ als Haltung? Der französische Philosoph Paul Ricœur gibt die folgende Antwort: Respekt oder die Achtung beinhaltet den *Konflikt der Andersheit des Anderen*. *Respekt beinhaltet, nicht meinen Willen über den Anderen auszuüben* (vgl. dazu Ricœur 2006; Sennett 2002). Respekt ist nicht wohlwollende Vernachlässigung oder Gleichgültigkeit: „Ach, mach doch was Du willst“. Respektieren bedeutet, dass es keineswegs einfach ist, die Andersheit des Anderen zu akzeptieren, und ich gehe in eine Auseinandersetzung, in einen Dialog, in dem ich seine/ihre Haltung ernst nehme, höre – und dennoch die Klientin so ernstnehme, dass ich sie auch respektvoll herausfordere. „Respekt“ ist überhaupt eine Haltung, die insbesondere in der Begleitung von sozial benachteiligten Müttern, Vätern und Kindern unbedingt erforderlich ist (vgl. dazu Sennett 2002). In allen Interviews, die ich insbesondere mit sozial benachteiligten Eltern geführt habe, brachten diese sehr deutlich zum Ausdruck, wie empfindsam sie nur den leisesten Ton von Abwertung wahrnehmen und mit Abwehr reagieren, da sie die Erfahrung von impliziter und oder gar expliziter Abwertung/sozialer Verachtung oft von Kindesbeinen an gemacht haben (vgl. dazu Helming 2002).

Dazu ist es notwendig, die Sinn- und Bedeutungszuschreibungen der Anderen herauszufinden. Wir wissen im Grund nur sehr wenig darüber, was andere wirklich denken und fühlen und warum sie in bestimmter Weise urteilen, obwohl wir – aus einer Identifikation heraus – oft denken, wir wüssten es. Die Grundprinzip einer respektvollen Haltung ist also in gewisser Weise das Zuhören und auch Fragenstellen, statt Behaupten und Beschreiben: Wirklich aufmerksam zu hören, was andere denken, wollen, warum sie handeln, wie sie es tun auf der Basis von respektvoller Neugier. Dabei ist die Kunst, die eigenen Bewertungen und Deutungen der Wirklichkeit erst mal hintenanzustellen; denn wenn wir dem eigenen „Film“ zu sehr Aufmerksamkeit geben, kann es sein, dass wir aufhören zuzuhören, und z.B. gleich anfangen,

- eine Erklärung für das Verhalten zu geben: „Das ist doch klar, wenn Du dich so verhältst, dann ...“
- trösten: „Das kann doch jedem passieren ...“
- beschwichtigen: „Morgen denkst Du schon nicht mehr dran ...“
- befragen: „Wie kommt das? Warum?“
- einen Ratschlag geben: Sofortlösung
- Spiegeln: „Wenn ich Dich gut verstanden habe, meinst Du ...“
- die Reaktion des Gegenüber verurteilen: „Reg dich doch nicht darüber auf“ oder: „Das ist doch nicht so schlimm ...“, „Das bildest du Dir nur ein ...“
- die Reaktion verändern wollen: „Wenn Du einfach etwas gelassener wärst ...“
- konkurrieren: „Also was ich neulich erlebt habe, ...“ u.a.m.

Trösten zu wollen, Ratschläge zu geben usw., kann im Alltag in bestimmten Situationen durchaus angebracht sein; es hat damit zu tun, dass wir mit Anderen mit-leiden, dass wir für sie das Beste wollen, dass wir ihnen von ihrem Leid etwas nehmen wollen (auch damit wir nicht mehr mit-leiden müssen); manchmal erreichen wir damit aber genau das Gegenteil: Ich denke, dass viele die Erfahrung kennen, dass wir selber oder jemand anderer um so mehr Negativität auftragen, dramatisieren, unser Plädoyer für uns und unsere Gefühle verstärken, je mehr das Gegenüber zu beschwichtigen versucht. Mir ist klar, dass all das auch mit Arbeitsstrukturen und Zeit zu tun hat, mit der Ungeduld, die auch aus mangelnder Zeit, Arbeitsstress, Druck, Überlastung entsteht.

Wenn ich mit wertschätzender Neugier Fragen stelle, gebe ich dem/der Anderen die Chance, sich besser selbst zu verstehen, indem er/sie sich ausdrücken muss. Es bedeutet aber auch, die

selbstverständlichen und impliziten Deutungsmuster, derjenigen, die beraten werden, „in Frage zu stellen“; denn manche Interpretationen/Bewertungen von Realität, vor allem im Bereich unserer sozialen Konstrukte, schränken unsere Handlungsfähigkeiten so ein, dass wir nach anderen suchen (sollten oder wollen). Z.B. wenn eine Mutter sagt: „Der Kevin ist immer so schwierig“ – wäre vielleicht der erste Punkt zu sagen: „Wann haben Sie es das letzte Mal erlebt, dass er sich schwierig verhalten hat? Wie war das genau?“ Ich stelle in Frage, dass das Kind schwierig „ist“, dass es ein Charakterfehler des Kindes ist, „schwierig zu sein“, denn ich unterstelle, die Mutter hat es als schwierig *erlebt*. Zudem stelle ich in Frage, dass es „immer“ so ist: Es gab eine bestimmte Situation ...

KlientInnen erwarten ja auch einerseits von Fachkräften einen gewissen Überhang an Wissen und Erfahrung; sie erwarten, dass Professionelle aktiv Informationen geben, Vorschläge einbringen, Regeln definieren, Hintergründe, Beispiele und Möglichkeiten aufzeigen. Das wiederum beinhaltet die Gefahr, dass Fachkräfte in der Beratung ihren „Überhang“ an Wissen in einem bestimmten Bereich als Definitionsmacht über die NutzerInnen von Beratung ausüben, was Hilflosigkeit eher verstärkt und nicht Selbstwirksamkeitserfahrungen fördert – und auch wieder Abwehr hervorruft. Diese Balance herzustellen, ist gerade mit Eltern, die sehr viel Hilflosigkeit ausstrahlen, eine große Herausforderung.

Eine Haltung des Respekts erfordert auch, sich selbst Fragen zu stellen, sich selbst wohlwollend in Frage zu stellen: Gerade im Zusammenhang mit sozial benachteiligten Müttern und Vätern, deren Alltag möglicherweise in hohem Maß nicht den in dieser Gesellschaft vorhandenen Idealbildern und Normen entspricht – ist es notwendig, mit Nüchternheit und ohne Moralisieren die eigene Einschätzung von Kindern, Müttern und Vätern und ihrem Verhalten, aber auch die eigenen Möglichkeiten und Grenzen kritisch zu überprüfen: Mit welcher Sprache charakterisiert man KlientInnen/PatientInnen/sich selbst? Welche Aburteilungen/Verurteilungen enthalten diese Beschreibungen? Wie ist man mit den eigenen Emotionen/Gefühlen, Zu- und Abneigungen in die Beziehung zur jeweiligen KlientIn verstrickt? Welche Erwartungen hat man an sie und vor allem auch an sich selbst? Wie können Be-/Verurteilungen als Urteile sichtbar werden, damit sie nicht als „harte“ Fakten dastehen? Es geht darum, eine klare Haltung zu entwickeln, um Empörung, Vorhaltungen, Tadel, moralische Urteile, sei es sich selbst oder anderen Beteiligten gegenüber als solche wahrzunehmen und nicht unreflektiert in Handlungen zu übersetzen. *Dazu braucht es auch Arbeitsstrukturen, in denen dies möglich ist.*

Es beinhaltet eine behutsame und geduldige Kultur des Lernens, die es ermöglicht, ein Scheitern von Zusammenarbeit nicht nur auf die KlientInnen zu beziehen, die halt nicht „erreichbar“ sind, sondern genau und achtsam wahrzunehmen, wo man selbst möglicherweise beteiligt ist, ob z.B. das Angebot demotivierend formuliert war, Disziplinierungs-, Abwertungs- oder gar unterschwellige Strafpulse enthielt.

Shafir (2001) erzählt aus ihrer Tätigkeit dazu folgendes: „In meinem Eifer, Patienten zu behandeln, war ich oft über das Ziel hinausgeschossen, indem ich sie und ihre Angehörigen ständig belehrte und mit meinen Fragen ins Kreuzverhör nahm. Wenn sie sich nicht an meine Empfehlungen oder den Rat ihres Hausarztes hielten, war ich vorschnell mit Werturteilen bei der Hand und tat die Gründe für ihren Mangel an Kooperation als unerheblich ab. Plötzlich wurde mir klar, wie viel Zeit ich damit vergeudete, Übungen zu intensivieren, Erklärungen zu wiederholen und Therapiepläne laufend zu revidieren. Warum waren diese ständigen Wiederholungen erforderlich? Ich stellte fest: Wenn ich meinen Patienten nicht richtig zuhörte, oder meinen eigenen Worten zu wenig Achtsamkeit schenkte, machte ich mir zusätzliche Arbeit und verzögerte Behandlungsfortschritte.“ (ebd., S. 15).

Beispiel: Unterschiedliche Kommunikationsformen von Männern und Frauen

Was das Zuhören betrifft, möchte ich auf eine kürzlich veröffentlichte Studie des Canadian Institute for Health Research hinweisen:

Die WissenschaftlerInnen untersuchten 305 HerzpatientInnen, bei denen eine Angioplastie durchgeführt wurde. Bei dieser Maßnahme werden verengte oder verstopfte Blutgefäße erweitert. Dabei treten ähnliche Symptome wie bei einem Herzinfarkt auf. PatientInnen beider Geschlechter klagten über dieselben Beschwerden wie Brustschmerzen, Schmerzen im linken Arm, Kurzatmigkeit sowie Schweißausbrüche und Übelkeit. Frauen litten allerdings öfter an Hals-, Nacken- und Kieferschmerzen als Männer.

Bisher nahmen MedizinerInnen an, dass bei Frauen weniger Symptome auf einen Herzinfarkt hindeuten als bei Männern. Nach Ansicht der WissenschaftlerInnen um Martha Mackey trifft dies jedoch nicht zu, sondern Frauen und Männern kommunizieren einfach nur anders mit ihren Angehörigen und ÄrztInnen: Da ein Herzinfarkt innerhalb von kurzer Zeit diagnostiziert werden muss, stellen ÄrztInnen häufig geschlossene Fragen, auf die der Patient lediglich mit "ja" oder "nein" antworten muss. Männer beantworten diese Fragen direkt. Frauen hingegen nennen häufig zusätzliche Beschwerden – zumal sie meist schlicht nicht davon ausgehen, einen Herzinfarkt erlitten zu haben, und darum versuchen, andere Ursachen für ihr Leiden zu finden. Ein fataler Irrglauben, zumal die Wahrscheinlichkeit, an dem Infarkt zu sterben, bei Frauen um 16 Prozent höher ist als bei Männern. Die ForscherInnen fordern daher, ÄrztInnen sollten ihre Patientinnen besser aufklären und sich gezielt auch nach anderen Beschwerden erkundigen, um die Diagnose zu erleichtern.

Martha Mackey (Canadian Institute of Health Research, Edmonton) et al.: Canadian Cardiovascular Congress 2009

Die von mir skizzierte respektvolle Haltung begründet zudem eine Struktur der Achtsamkeit gegenüber den Bedürfnissen von KlientInnen, den Kolleginnen, den Erfordernissen der Arbeit und sich selbst. Was bedeutet Achtsamkeit: die Aufmerksamkeit nicht-wertend auf den gegenwärtigen Augenblick zu richten, nüchtern, real, desillusionierend, präzise; Achtsamkeit ist eine Handlung, ein Prozess der Wahrnehmens der Verknüpfungen von Wahrnehmen, Bewertung, Affekten, Reiz-Reaktions-Muster (vgl. dazu Heidenreich/Michalak 2006). Eine achtsame Haltung kann zwischen die Wahrnehmung und die Reaktion einen Moment des Innehaltens schieben – und das auf der Basis von konstruktivem Fatalismus oder auch kreativer Hoffnungslosigkeit (siehe dazu Omer et al. 2007), also im Bewusstsein, dass wir nicht alles im Griff haben, nicht alles Leiden werden verhindern können – und dennoch ausgesprochen hartnäckig am Ball bleiben im Bemühen, ein gutes Leben für alle zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang fordert der Mediziner und Neurowissenschaftler Detlef Linke dazu auf, immer wieder aufs Neue reflexiv „Handlungsbewusstsein“ zu entwickeln: *„Eine Ethik des Denkens sollte sich auf die Seite derer stellen, die sich je unendlich neu aufgerufen fühlen, vielleicht mehr an Handlungsbewusstsein zu evozieren, als dies beim Versuch, alles in abschließbare Regeln zwingen zu wollen, gelingen kann.“* (Linke 2005).

7. Literatur

- Anders, Günther (2002): Die Antiquiertheit des Menschen Band I, München: Beck Verlag
- Anders, Günther (2002): Die Antiquiertheit des Menschen. Band II: Über die Zerstörung des Lebens im Zeitalter der dritten industriellen Revolution. München: Beck Verlag
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Stuttgart: DGVT-Verlag
- Bauer, Rudolph (1988): „... sich wechselseitig veredeln ...“ Zur sozialgeschichtlichen Durchsetzung des Familienideals. In: DJI (Hrsg.): Wie geht's der Familie,? Ein Handbuch zur Situation der Familien heute, München: Kösel, 13 -21
- Bude, Heinz/ Willisch, Andreas (2008). Die Debatte über die „Überflüssigen“ Einleitung. In: Bude, Heinz/ Willisch, Andreas (Hrsg.). Exklusion. Die Debatte über die Überflüssigen. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 9-30.
- Bugental, D.B./Ellerson, P.C./Lin, E.K./Raney, B./Kokotovic, A./O'Hara, N. (2002): A cognitive approach to child abuse prevention. Journal of Family Psychology 16, 243-258.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussion und Stellenwert. AutorInnen: Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard. Köln: BZgA
- Heidenreich, Thomas/Michalak, Johannes (2006, 2. korr. Auflage) (Hrsg.): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch. Stuttgart: Dgvt-Verlag
- Helming, Elisabeth/Sandmeier, Gunda/ Sann, Alexandra/Walter, Michael (2006): Kurzevaluation von Projekten zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern, Abschlussbericht. Download unter: http://www.dji.de/bibs/612_Abschlussbericht_Kurzevaluation_Fruhe_Hilfen.pdf. 23.1.2008.
- Helming, Elisabeth (2002): Die Eltern – Erfahrungen, Sichtweisen und Möglichkeiten. In: Bereitschaftspflege/Familiäre Bereitschaftsbetreuung. Empirische Ergebnisse und praktische Empfehlungen (BMFSFJ (Hrsg.) (2002) Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 231, S. 139 – 275; darin u.a.: Grundsätze und Methoden der Elternaktivierung. S. 254-275.
- Helming, Elisabeth/Schattner, Heinz/Blüml, Herbert et al. (1999): Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe. Hg. durch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer
- Herriger, Norbert (1995): Empowerment und das Modell der Menschenstärken. Bausteine für ein verändertes Menschenbild der Sozialen Arbeit. In: Soziale Arbeit, 5/1995, 155ff
- Hurrelmann, Klaus/ Duwe, S./ Gleicher, D./Rathmann, K./Woods, N./Richter, M. (2009): Increasing Health Inequalities in Welfare States: The Need for a More Health Sensitive Public Policy. www.hertie-school.org/binaries/addon/1202_hurrelmann.pdf
- Kappeler, Manfred (2000): Der schreckliche Traum vom vollkommenen Menschen. Marburg: Schüren
- Keupp, Heiner (1993): Aufrecht gehen lernen. In einer Welt riskanter werdender Chancen: eine Empowermentperspektive für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 2/93, 52-54
- Kickbusch, Ilona (Hrsg.) (2009): Policy innovation for health. New York: Springer
- Kindler, Heinz (2007): Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. München. Manuskript.
- Kinney, Jill/ Haapala, David/ Booth, Charlotte (1991): Keeping Families Together. The Homebuilders Model. New York: Aldine de Gruyter

- Lambert, Michael, J. (1992): Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: Norcross, J.C./Goldfried, M.R. (Eds.): Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books. S. 94 – 129
- Linke, Detlef B. (2005): Die Freiheit und das Gehirn. Eine neurophilosophische Ethik. München: C.H.Beck
- Loss, Julika (2008): Der Empowerment-Ansatz: unscharf, unbequem, unberechenbar – und unentbehrlich. Gesundheitswesen 2008, Heft 70 S. 713 – 714
- Mithaug, Dennis E. (1996): Fairness, Liberty and Empowerment Evaluation. In: Fetterman David M., Kaftarian Shakeh J., Wandersman Abraham (1996) (Editors): Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment and Accountability. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications, S. 234 - 255
- Müller, C. Wolfgang (1982): Wie helfen zum Beruf wurde. Weinheim und Basel: Beltz
- Nitsch, Michael (2006): Kinder, Eltern, Helfer – Von der Ambivalenz des Glaubens an die Hilfe. Vortrag auf dem Kinderschutzforum September 2006: Entmutigte Familien bewegen (sich). Entwicklungsmöglichkeiten in Risikosituationen. Online verfügbar unter: http://www.kinderschutzbundmuenchen.de/downloads/vortrag_nitsch_kifo2006.pdf
- Omer, Haim/Alon, Nahi/Schlippe, Arist von (2007): Feindbilder. Psychologie der Dämonisierung. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht
- Peukert, Detlev J./Münchmeier, Richard (1990): Historische Entwicklungsstrukturen und Grundprobleme der deutschen Jugendhilfe. In: Sachverständigenkommission 8. Jugendbericht (Hrsg.) (1990): Jugendhilfe - Historischer Rückblick und neuere Entwicklungen. München: DJI-Verlag
- Rappaport, Julian (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 2/1985, 257 ff
- Ricoeur, Paul (2006): Wege der Anerkennung. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Rose, Lotte (2009): Punktsiege beim Frühstück. Zur Rückkehr und Faszination normativer Pädagogik in der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. In: Forum Erziehungshilfen, 15. Jg. 2009, Heft 4, S. 211-216
- Sahle Rita (1987): Gabe, Almosen, Hilfe. Fall- Studien zu Struktur + Deutung d. Sozialarbeiter-Klient-Beziehung. Westdeutscher Verlag
- Sen, Amartya (2002): Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: DTV
- Sennett, Richard (2002): Respekt im Zeitalter der Ungleichheit. Berlin: Berlin Verlag
- Shafir, Rebecca Z. (2001): Zen in der Kunst des Zuhörens. Verstehen und Verstanden werden. München: Hugendubel Verlag
- Spitzer, Manfred (2002): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg/Berlin: Spektrum Akademischer Verlag
- Stark, Wolfgang (1996): Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg: Lambertus
- Staub-Bernasconi, Silvia (1995): Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international oder: vom Ende der Bescheidenheit. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Paul Haupt

Anhang 1: Grundannahmen psychosozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen

In einem amerikanischen Projekt einer aufsuchenden Familienhilfe wurden die folgenden *neun Grundannahmen einer Unterstützung von Menschen in schwierigen Lebenslagen* herausgearbeitet (nach Kinney et al. 1991: 55 ff, Übersetzungen: d. Vf.):

1. Es gibt mehr Ähnlichkeiten zwischen KlientInnen und Fachkräften als Unterschiede. Alle brauchen manchmal Hilfe, alle werden ärgerlich, alle sind manchmal unfair; wir leben alle in Räumen, die ab und zu dreckig und unordentlich werden, usw.
2. Jeder tut das Beste, was er kann innerhalb der Grenzen seiner Fähigkeiten, Intelligenz, Geschichte, Umgebung, Einkommen, Energie-Niveau, den Fähigkeiten der Menschen seines sozialen Netzes, seiner Gesundheit und seinem Wissen von seinen Möglichkeiten. Wenn man als Fachkraft offen bleibt und sich bemüht, die Komplexität der Situationen zu verstehen, wird man Mitgefühl haben. Das heißt nicht, dass sich KlientInnen und ihre Kontexte nicht verbessern können.
3. Die meisten Familienmitglieder mögen einander, wobei das oft unter Schichten verborgen liegt. Fachkräfte brauchen viel Aufmerksamkeit, um die Sehnsucht nach Nähe und gegenseitiger Anerkennung wahrnehmen zu können; aber je mehr sie daran glauben, desto eher werden sie dazu fähig.
4. Die Aufgabe von Sozialer Arbeit ist es also, Hoffnung zu installieren, nur so kann eine Partnerschaft entstehen.
5. Man kann nicht im voraus wissen, ob eine Situation hoffnungslos ist. Erfolg kann man nicht vorhersagen. Fachkräfte müssen sowohl Verständnis signalisieren für die komplizierte und schwierige Situation der Familien und diese anerkennen, aber gleichzeitig Beispiele geben, wo andere Familien in ähnlichen Situationen erfolgreich waren. Die Stärken der Familie - trotz ihrer schwierigen Situation - werden herausgearbeitet und die Familien auf diese hingewiesen. Die Familien werden ermutigt, indem man darüber spricht, dass sie schon andere Probleme gelöst haben. Ebenso werden sie ermutigt, sich kleine, erreichbare Ziele zu setzen, so dass sie Erfolgserlebnisse haben. Es werden konkrete Dienstleistungen für die Familien eingerichtet. Gegenseitiger Respekt ist ansteckend: wenn Fachkräfte höflich und respektvoll sind, werden KlientInnen ebenso antworten.
6. Es ist hilfreich zuzugeben, nicht alles zu wissen: „Wir haben unser Leben nicht gelöst und wir werden ihres nicht lösen.“ (ebd.: 66). Wenn Fachkräfte in der Lage sind, die eigenen Grenzen zuzugeben, lassen sie die Verantwortung bei den KlientInnen; gibt man die allwissende Fassade auf, wird man glaubwürdiger.
7. Fachkräfte müssen wissen, dass sie Schaden anrichten können.
8. Die KlientInnen sollen so viel Bestimmungsmacht wie möglich über den Prozess der Intervention haben. „Wir glauben, es ist eher unsere Aufgabe, den KlientInnen zu helfen, selber ihr Leben unter Kontrolle zu haben als für sie Kontrolle über ihr Leben zu nehmen. Dieser Glaube, dass KlientInnen selber über sich bestimmen sollten, wird auf vielerlei Arten und Weisen ausgedrückt. ... Schließlich ist es das Wichtigste, sie zu „empowern“, damit sie mit ihren eigenen Problemen fertig werden können.“ (ebd.: 63)
9. Eltern, Mütter und Väter, sind ExpertInnen über sich selbst. Sie haben die Informationen über das, was geschehen ist, was versucht wurde, was funktioniert hat und was nicht.
10. „Wir nahmen eine Neubewertung unserer Basisannahmen in Bezug auf Veränderung vor. Als Ergebnis unserer Erfahrung und unserer Beobachtungen sind wir jetzt überzeugt, dass jeder lernen kann: Leute lernen, wenn sie es nicht wollen; Leute lernen, wenn sie verärgert sind; Leute lernen, auch wenn sie bisher auf viele Soziale Dienste nicht angesprochen haben; Leute können lernen, auch wenn SozialarbeiterInnen sagen, sie können es nicht; Leute lernen, obwohl sie dreckige Häuser haben, wenig Bildung und eine lange Liste von Problemen. Leute lernen und ändern sich unentwegt.“ (ebd., S. 6).

Anhang2:

Eine halbe Grapefruit

Rose machte die Aufnahmeprüfung, sie ging über die Brücke, sie ging auf die Oberschule. Es gab vier große saubere Fenster an der Längswand. Es gab neue Leuchtröhren. Der Kursus behandelte Gesundheit und Lebensführung, ein neuer Gedanke. Die Klassen waren gemischt bis nach Weihnachten, als das Familienleben drankam. Die Lehrerin war jung und optimistisch. Sie trug ein knallrotes Kostüm, das sich an den Hüften bauschte. Sie ging auf und ab, auf und ab in den Reihen, und jeder musste sagen, was er zum Frühstück bekommen hatte, so dass man wusste, ob er sich an die Staatlichen Kanadischen Ernährungsvorschriften hielt. Unterschiede zwischen Stadt und Land traten bald zu Tage.

»Bratkartoffeln.«

»Brot und Maissirup.«

»Tee und Haferbrei.«

»Tee und Brot.«

»Tee und Spiegeleier und Landwurst.«

»Rosinenkuchen.«

Es gab Gelächter, und die Lehrerin machte ein unwilliges Gesicht, das aber keine Wirkung hatte. Sie kam auf die städtische Seite des Klassenzimmers. (...)

Rose hatte sich hinten in eine Reihe der Stadtseite gesetzt. West-Hanratty war nur durch sie vertreten. Sie wünschte sehnlichst, sich den Städtern anzuschließen, trotz ihres Herkunfts-ortes, sie wollte zu diesen Waffeln essenden und Kaffee trinkenden gebildeten Eigentümern von Frühstücksecken gehören.

»Eine halbe Grapefruit«, sagte sie kühn. Niemand sonst hatte daran gedacht. Dabei hätte Flo⁹ geglaubt, es sei ebenso schlimm, Grapefruit zum Frühstück zu essen wie Champagner zu trinken. Sie verkauften nicht einmal Grapefruit im Laden. Sie hatten mit frischem Obst nicht viel im Sinn. Ein paar fleckige Bananen, kleine reizlose Orangen. Wie viele Leute vom Land glaubte auch Flo, alles, was nicht gründlich gekocht sei, schade dem Magen. Auch bei ihnen gab es zum Frühstück Tee und Haferbrei. Puffreis gab es im Sommer. Der erste Morgen, an dem der Puffreis leicht wie Blütenstaub in die Schale rieselte, war ein so festlicher und hoffnungsvoller Anlass wie der erste Tag, an dem man ohne Gummischeuhe über die feste Straße gehen konnte, oder der erste Tag, an dem man in der kurzen herrlichen Zeit zwischen Frost und Fliegen die Tür offen lassen konnte. Rose war zufrieden mit sich, weil sie an die Grapefruit gedacht hatte und wie sie darüber gesprochen hatte, mit einer kühnen und doch natürlichen Stimme. Manchmal trocknete ihre Stimme in der Schule ganz aus, manchmal ballte sich ihr Herz zu einem klopfenden Klumpen zusammen und saß ihr in der Kehle (...)

Auszug aus dem Roman:

Alice Munro (2005): Das Bettlermädchen. Berlin: BVT- Berliner Taschenbuch-Verlag

⁹ Stiefmutter der Protagonistin.