

Dezentraler Arbeitsansatz in einem sozialen Brennpunkt Münchens - Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg-Nord

Sonja Weißbacher

Eine Gesundheitsberatungsstelle entsteht ...

... am besten von 'unten'. Die Entwicklungsgeschichte der Gesundheitsberatungsstelle ist die eines Basis-Projekts.

Der nördliche Teil des Hasenberg, das 'Frauenholz', oder kurz 'Hölzl' genannt, war Münchens 'Asozialen-Viertel' und hat immer noch einen schlechten Ruf. Jede Stadt braucht offenbar eine innere soziale Hierarchie. Das Frauenholz war ein Barackenlager südlich des Militärflughafens in Oberschleißheim und diente seit 1937 als Unterkunft für Lehrgangsteilnehmer der flugtechnischen Schule. Anschließend lebten verschiedenste Bevölkerungsgruppen dort, bis 1953 die Stadt München das Lager kaufte, damit wohnungslos gewordene Münchner Familien dort unterkommen konnten. Nachdem die Holzbaracken abbrannten, wurden einfachste Wohnblöcke gebaut. Im Jahr 1975 lebten 2.900 Personen in diesen Notunterkünften. 1979 beginnen Sanierungsmaßnahmen, die im Herbst 1998 abgeschlossen waren. Durch die Sanierung erhielten die Notunterkünfte einen normalen Wohnungsstandard und teilweise wurden sie in Sozialwohnungen umgewandelt. Einen Teil davon mietete die Stadt weiterhin als Notunterkünfte an. Im Dez. 1990 hatte sich die Anzahl der in den Notunterkünften lebenden Menschen auf 876 reduziert. Im Moment läuft ein Modellprojekt zur Umwandlung der Nutzungs- in Mietverträge. Die Sozialstruktur der BewohnerInnen bringt soziale und gesundheitliche Problemlagen mit sich. Die Fluktuation ist gering. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen ist einer der höchsten in München. Der MigrantInnenanteil liegt mit ca. 30% über dem Münchner Durchschnitt.

In diesem Milieu agierte Anfang der 70-er Jahre eine Gruppe sozialmedizinisch und politisch engagierter StudentInnen, die sogenannten 'Sozialmediziner Hasenberg'. Eine dieser MedizinstudentInnen deckte in ihrer Doktorarbeit gravierende Defizite der gesundheitlichen Situation und Versorgung der Bürgerinnen und Bürger des Stadtteils auf. Sie mobilisierten die BewohnerInnen und forderten gemeinsam mit ihnen die Einrichtung einer Gesundheitsvorsorgestelle für Kinder im Hasenberg-

Nord. Nach anfänglichen Schwierigkeiten wurde die Einrichtung per Stadtratsbeschluss vom 16.07.1975 beschlossen. Im Oktober 1975 begann die Gesundheitsberatungsstelle ihre Arbeit, zunächst besetzt mit einem Arzt und einer Sprechstundenhilfe (halbtags). Von Anfang an arbeitete auch eine Kinderkrankenschwester des Gesundheitsdienstes für Säuglinge und Kleinkinder mit. Diese abteilungsübergreifende Zusammenarbeit hat sich als sehr effektiv erwiesen. Im Oktober 1980 kam dann eine SozialpädagogInnenstelle dazu.

Der Arbeitsansatz war zunächst der einer Geh-Struktur, da die Bevölkerung zunächst motiviert, und die Einrichtung bekannt gemacht werden mußte. Mittlerweile können wir von einer Komm-Struktur reden. Die täglichen Sprechstunden werden rege genutzt. Die Zunahme der Klientenkontakte von 1.200 im Jahr 1976 auf 6.648 im Jahr 1998 zeigt die große Akzeptanz der Beratungsstelle im Stadtteil. Der Anteil der Klientel aus den Notunterkünften beträgt ca. 30%. Als kleines Sachgebiet des Referates für Gesundheit und Umwelt (RGU) gehört die Gesundheitsberatungsstelle zur Abteilung Gesundheitsförderung und -beratung, der u.a. auch die Stadtteilgesundheitsförderung, die Fachstelle Frauengesundheit und bald auch die Fachstelle Migration angehören. Bis heute ist die Gesundheitsberatungsstelle die einzige ihrer Art (d.h. dezentral, mit festem Standort, für einen klar definierten Stadtteil mit erhöhtem sozialen Handlungsbedarf, mit vernetztem Arbeitsansatz und interdisziplinärem Team) in München geblieben.

Theorie und Praxis der Arbeit an den Wurzeln

Nach der Ottawa-Charta hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nun zwölf neue Ziele für die Gesundheitsversorgung der Europäischen Region festgelegt. In der Schrift "Eine Einführung zum Rahmenkonzept 'Gesundheit für alle' " (WHO 1998) ist auf Seite 4 zu lesen: "Deshalb muss unsere größte Aufmerksamkeit unbedingt denen gelten, die unsere Hilfe am dringendsten brauchen, die durch Krankheit belastet sind, gesundheitlich unzulänglich versorgt werden oder von Armut betroffen sind."

In der Ausführung der 21 Ziele steht weiterhin, dass "die Verwirklichung der 'Gesundheit für alle' vom Engagement zugunsten der Gesundheit abhängt, die dabei als ein fundamentales Recht des Menschen angesehen wird. Dies beinhaltet eine stärkere Berücksichtigung von Ethik und (...) die Bereitstellung von (...) Diensten" (ebd. S. 12).

Es wird inzwischen allgemein akzeptiert, dass Armut als einer der größten Risikofaktoren für die Gesundheit angesehen werden kann. Allerdings wird Armut oft nur in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit genannt. Es gibt eine Definition für Armut, die sich an den finanziellen Ressourcen ausrichtet. Dass Armut auch unter anderen Gesichtspunkten betrachtet werden und sich in den vielfältigsten Facetten zeigen kann, wird häufig noch nicht wahrgenommen.

Tatsache ist, dass die Menschen in München - der 'Weltstadt mit Herz' - rein theoretisch den Zugang zum gesamten Medizinsystem und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) haben. Kein Mensch bräuchte - theoretisch - ohne Versicherung zu sein. Das Sozialamt zahlt Zahnersatz, wo er nötig ist, wofür ein 'normal' Versicherter vielleicht eine Menge Geld hinlegen müsste - und trotzdem laufen viele der hier im Hasenberg-Nord lebenden Menschen ohne oder mit einem stark sanierungsbedürftigen Gebiss durch den Stadtteil. Es gibt zahlreiche vergleichbare Beispiele, die deutlich machen, dass Armut sich nicht darin zeigt, daß Menschen keine (finanzielle) Unterstützung bekommen, sondern dass sie materielle und persönliche Ressourcen nicht nutzen können. Armut sieht man nicht immer. Es kann auch eine paradoxe Dynamik zwischen Schein und Wirklichkeit entstehen. Äußerlich betrachtet sieht man vielleicht Luxusgüter (z.B. teure Autos, Markenartikel), aber hinter der Fassade reicht es nicht für ein gesundes Essen und andere Grundbedürfnisse. Viele der Familien sind verschuldet. Warum entsteht solch eine Widersprüchlichkeit?

Ziel Nr. 2 der WHO: Gesundheitliche Chancengleichheit: "Ungleichheiten (müssen) an der Wurzel angepackt (werden). (...) Benachteiligte Gruppen müssen durch Schaffung von 'Sicherheitsnetzen' Zugang zu sozialer Fürsorge sowie zu einer bedarfsgerechten, akzeptablen und nachhaltigen Gesundheitsversorgung erhalten" (ebd. S. 16).

Es brauche nicht nur "Sicherheitsnetze", sondern auch "Sprungbretter, um eine (...) Benachteiligung zu kompensieren". Ein schöner Satz, aber was heißt das konkret? Um was es geht, ist seit 25 Jahren eines der Hauptziele der Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg. Innovativ? Neu? Alter Wein in neuen Schläuchen? Mit welchen Menschen haben wir es zu tun? Wer sind diese Benachteiligten und warum ist es so schwer, sie zu erreichen?

Wenn ich von außen auf den Stadtteil schaue, nehme ich folgendes wahr:

- eine geringe Mobilität. Auch durch die neue U-Bahn wird der nördliche Teil des Hasenbergl nicht erschlossen.
- eine Art Dorfcharakter - bei schönem Wetter spielt sich das soziale Leben auf der Straße, zwischen den Häuserzeilen, ab;
- ein Wir-Gefühl, das sich auch durch die hohe Anzahl von Großfamilien erklären lässt, die wiederum untereinander verwandt sind (Leben im Klan);
- Kinderreichtum, da Kinder als Selbstbestätigung und Lebensinhalt gesehen werden; viele der Mütter sind noch sehr jung, die Väter sind entweder nicht bekannt oder abwesend. Die Mütter sind meist alleinerziehend und manchmal überfordert, weil sie eigentlich selber so vieles an Zuwendung bräuchten;
- der Umgangston ist derb und barsch, wobei die Betroffenen dies gar nicht so empfinden. Man streitet sich schnell, ist aber auch schnell wieder versöhnt; der Penny-Markt (Haupteinkaufsquelle) leidet darunter, dass ständig die Einkaufswagen mitgenommen werden. Viele fahren damit ihre Waren bis vor die Haustür und lassen den Wagen dort stehen, wo manche demoliert werden. Andere bringen die Wagen zurück, um die Mark zu kassieren oder sammeln die leeren Bierflaschen, um das Pfand zu bekommen. Haupteinnahmequelle des Penny-Marktes sind Alkoholika. Wahrscheinlich deshalb hat sich vor ein paar Jahren schräg gegenüber auch ein Getränkegroßmarkt etabliert;
- ein Umweltbewußtsein ist kaum vorhanden.

Was sind die Probleme der Menschen, mit denen wir zu tun haben?

- schlechte Schulbildung und mangelnder Wortschatz (restringierter Sprachcode), wobei dies oft kein Intelligenzproblem ist, sondern
- Milieuschädigungen (auf vielen Verhaltensebenen);
- fehlende Frustrationstoleranz, fehlende Selbstkritik und fehlende Reflexionsfähigkeit stehen einer übergroßen Vulnerabilität, Empfindsamkeit und damit der Gefahr des Rückzugs in die innere Emigration gegenüber;
- wirkliches Vertrauen den 'Professionellen' gegenüber wird nur sehr langsam, über Jahre hinweg aufgebaut. Aber wenn das Vertrauen erst einmal aufgebaut wurde, dann ist es eine sehr tragbare Basis. (Viele KollegInnen arbeiten nicht lange genug im Viertel, um dies zu erleben).
- Termine und andere Abmachungen einzuhalten ist schwierig;

- Schilderungen von Wirklichkeit entsprechen manchmal eher dem Wunschdenken als der Realität. Lügen sind hier als Umdeutungen und damit als Überlebensstrategie zu verstehen;
- ein Mangel an Veränderungswille oder -fähigkeit zeigt sich auch darin, dass die Lösung eines Problems möglichst keine Konsequenzen haben sollte und dem Einzelnen nichts abverlangt darf, sowie darin, dass sie fast unerträgliche Lebenssituationen stoisch ertragen;
- Wunsch nach sofortiger Bedürfnisbefriedigung, ohne Aufschub (Sprechzeiten werden missachtet. Wenn Licht ist, wird geklingelt. Wenn dann nicht geholfen wird, ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass die KlientInnen zur offiziellen Sprechstunde wieder kommen);
- Probleme im Umgang mit Grenzen. Ihre körperlichen wie psychischen Grenzen werden regelmäßig überschritten. Auch die Betroffenen selber zeigen oft ein distanzloses Verhalten.

Diese Auflistung ist nicht abschließend zu verstehen und nicht wertend gemeint, sondern entspricht einer subjektiven Alltagswahrnehmung. Vielleicht wird jedoch daraus deutlich, wie komplex die Probleme sind, wie vorsichtig man bei Interventionen in der Herangehensweise und beim Transport von Informationen sein muss.

Beispiel aus der Praxis

Eine ältere Frau kommt in die Sprechstunde und ist sehr aufgebracht. Sie kennt uns von früheren Beratungsgesprächen und kommt dieses Mal eigentlich wegen Blutdruckmessung zu uns. Auf die Frage, warum ihr Blutdruck so hoch sei erzählt sie folgende Begebenheit, die sich gerade erst zugetragen hat: Ein neuer Postbote war bei ihr und wollte einen Scheck für die Sozialhilfe vorbei bringen. Sie machte ihre drei Kreuzchen, wie immer. Der neue Postbote kannte sie jedoch nicht und akzeptierte die Kreuze nicht. Auch als sie ihm ihren Personalausweis zeigte, auf dem im Feld für die Unterschrift ein Strich zu sehen war, ließ er sich nicht überzeugen. Sie bekam ihre Sozialhilfe nicht. Es brauchte für uns rund eine Stunde, um die Telefonnummer der zuständigen Postfiliale herauszufinden und die Modalitäten in solchen Fällen abzuklären. Für den Postbeamten am Telefon gab es das Phänomen der Analphabeten höchstens in Fernsehberichten über Afrika, aber nicht in München. Letztlich konnten wir erreichen, daß die Frau ihre Sozialhilfe doch erhielt.

Dieses Beispiel macht den sozialmedizinischen Ansatz deutlich, mit dem wir in der Gesundheitsberatungsstelle arbeiten.

Ressourcenorientierung

Die geschilderten Benachteiligungen und Einschränkungen dürfen nicht den Blick auf die Potentiale der Menschen verstellen. Wir versuchen, wie es oft so schön heißt, „die Menschen dort abzuholen, wo sie stehen“, das Positive das da ist, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten aufzugreifen und zu stärken, im Sinne eines ressourcenorientierten Ansatzes. Eine Möglichkeit hierzu ist es, Netzwerke zu nutzen, die hier noch funktionieren (Großfamilien, Nachbarschaftshilfe). Unsere Klientel gehört ganz sicher nicht zur sonst verbreiteten „Wegschaugesellschaft“. Im postmodernen Zeitalter der stark individualisierten Einzelzelle Mensch (vergl. Heiner Keupp und Ulrich Beck), sind wir froh, hier im Hasenberg noch ein hohes Maß an Zusammenhalt, sozialer Kontrolle (im positiven Sinne) und Unterstützung vorzufinden. Das erleichtert die Arbeit in manchen Fällen enorm. Auch hat die aktivierende BürgerInnenbeteiligung im Viertel schon einiges bewegen und zum Guten wenden können.

Arbeit mit sozial Benachteiligten könnte man als Entwicklungsarbeit bezeichnen. Es geht darum, die Menschen in kleinen Schritten zu Handlungsfähigkeit zu bringen. Wir geben oft den Anstoß hierzu und verstehen uns dabei als BegleiterInnen des Prozesses. Ziel muss die Loslösung von Abhängigkeiten und Hilflosigkeit sein. Dies erreichen wir z.B. durch ständige Angebote zu Themen wie Ernährung, Gesundheitsverhalten und Körperbewußtsein (Gruppenarbeit, Infostände und –material), offene Sprechstunden, Hausbesuche, sucht- und gewaltpräventive Projekte und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Gremienarbeit, Helferkonferenzen, fachlicher Austausch). Wir warten nicht nur darauf, dass die Menschen zu uns kommen, sondern gehen zu ihnen hin.

Ernährungsberatung als ein Hauptansatzpunkt in der Gesundheitsförderung

Durch die Armutsforschung wissen wir heute, dass Statussymbole wichtiger werden, je ärmer die Menschen sind. Statussymbole sind in diesem Falle: Autos, Cola, Elektroautos für Kinder und anderes modernes Spielzeug, das aus der Werbung bekannt ist, sowie aus der Werbung bekannte Lebensmittel wie Milchschnitte und Fruchtzwerge. Verzicht auf bestimmte Produkte wie Kaffee, Zucker, Cola wird als schmerzlich empfunden. Dagegen haben gesunde Nahrungsmittel wie Obst, Vollkornbrot und Gemüse einen niedrigen Stellenwert in der subjektiven Wertigkeit.

Obwohl wir in einer 'Überflussgesellschaft' leben, gibt es immer noch Ernährungsprobleme, insbesondere Fehlernährung mit ihren Folgen. Bei Geldknappheit wird zuerst an der Ernährung gespart. Aber auch, wenn Geld da ist, wird zuviel für eine falsche Ernährung ausgegeben. Armut hat direkte Auswirkungen auf die Ernährungsgewohnheiten. Ernährung ist deshalb ein Schwerpunkt unserer Arbeit. Darüber hinaus haben Lehmkühler und Leonhäuser festgestellt, dass sozial Benachteiligten die Fähigkeiten und Fertigkeiten fehlen, die Familie kompetent mit Essen und Trinken zu versorgen. Aus der täglichen Beratungsarbeit können wir bestätigen, dass die Defizite in grundlegenden Ernährungsfragen groß sind. Die Ernährung ist zu einseitig, zu fett, zu süß. Außerdem bietet der Stadtteil wenig Möglichkeiten, die Angebotsvielfalt an Nahrungsmitteln zu nutzen.

Vor einigen Jahren versuchte eine engagierte Bewohnergruppe, die sich regelmäßig zu einem 'Stammtisch' trifft, einen Bauernmarkt mit Frischware nach Hasenberg-Nord zu bringen. Die Initiative scheiterte damals an den Vorgaben: Im bestimmten Umkreis eines bereits bestehenden Wochenmarkts kann kein weiterer Markt entstehen.

Zum anderen ist die Ernährung ein relativ unverfängliches Thema, mit dem man in die Gesundheitsberatungsstelle kommen kann. Sei es zum Beispiel die Mutter mit ihrem Säugling, der die Nahrung spuckt, oder die Mutter mit Kleinkindern, die die Nahrung 'verweigern', Erwachsene, die sich zu dick fühlen, Kindergärten, die einen Elternabend zu diesem Thema wünschen. In jedem Falle ist die Ernährung als vordergründiges Problem akzeptiert und legitim. Dass sich dahinter meist komplexere Zusammenhänge auftun, kommt erst im ausführlichen Gespräch heraus, das auch mal eine Stunde dauern kann. Diese Zeit kann sich ein niedergelassener Arzt nicht nehmen. Auch in der Gruppenarbeit (Gruppe für adipöse Frauen) ist das Übergewicht oft nur die sichtbare Spitze des Eisbergs.

Als Schlussfolgerung aus diesen Tatsachen zitiere ich aus einem Artikel über Armut und Ernährung (DGE info 2/99, S. 19-22): "Die Bekämpfung der Ernährungsarmut kann jedoch nicht allein durch Vermittlung von Koch- und Einkaufstechniken sowie Ernährungswissen erreicht werden, sondern es müssen auch sozialpolitische Maßnahmen erfolgen, die die untersuchten Familien befähigen, Beratung wahrzunehmen und für sich zu beanspruchen (Beratungsfähigkeit). Die Zusammenarbeit mit den befragten Familien zeigt zudem, dass herkömmliche Beratungsinstrumente der Verbraucher-information und -aufklärung nicht anwendbar und effektiv

sind. Neue zielgruppenorientierte Beratungskonzepte müssen entwickelt werden, die fokussiert sind auf die spezifische sozialökonomische und psychosoziale Befindlichkeit der betroffenen Menschen".

Dass die Ernährungsgewohnheiten so schlecht sind, hängt auch mit dem mangelnden bis gar nicht vorhandenen Körperbewusstsein zusammen. Der Bezug zum Körper als etwas, das es zu pflegen gilt, als Ausdruck des Selbst, scheint teilweise völlig abgeschnitten zu sein. Wo es an den sozialen Basisfähigkeiten und an Bildung fehlt, findet wenig Risikoeinschätzung statt. Es mangelt an Einsicht und Reflexion. Selbst der eigene Körper wird nicht sonderlich beachtet. Habe ich als Kind schon die Erfahrung gemacht, dass ich keine Privatsphäre habe, dass Erwachsene über mich und meinen Körper bestimmen, werde ich auch später wenig Sinn für eine gewisse Körperkultur, ein Verständnis von mir selbst als körperliches Wesen entwickeln. Prävention ist ein Fremdwort. Zum Doktor geht man erst, wenn der Leidensdruck so groß ist, dass es nicht mehr anders geht.

Körperbildstörungen lassen sich schon sehr früh finden. Als ich einmal eine Selbstbehauptungsgruppe für Mädchen leitete, wurde mir das sehr plastisch bewusst. In der Gruppe waren einige Mädchen, die über die HIG (Heilpädagogisch-Intensivtherapeutische Gruppenarbeit) in den Kurs kamen. In einer der Kursstunden hatten wir das Thema 'Körper' und malten körpergroße Umrisse der einzelnen Mädchen. Sie sollten sie ausmalen und beschreiben, was sie an ihrem Körper mögen und was sie weniger mögen (eine bekannte Methode in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die normalerweise sehr gemocht wird). In dieser kleinen Gruppe von sechs Mädchen waren drei, die ihren Körperumriss nicht akzeptieren konnten und das Bild zerrissen. Es führte kein Weg dazu, dass sie es noch einmal probierten. Der eigene Körper wurde von ihnen so gehasst, dass sie ihn eigentlich nur zerstören konnten. Bei einem dieser Mädchen bestätigte sich im Gespräch darüber der Verdacht, dass sie sexuelle Gewalt erlebt hatte.

Einige Anmerkungen zum Begriff der 'Kunden-Orientierung'

„Niederschwelligkeit“ ist in unserer Herangehensweise an die sog. schwer erreichbaren Zielgruppen eines der wichtigsten Qualitätskriterien. Niederschwelligkeit bedeutet in diesem Zusammenhang beispielsweise, dass den Menschen mit 'harmlosen' Themen wie Ernährung erst einmal der Zugang zum Beratungsangebot eröffnet, ermöglicht wird. Ein moderneres

Wort wäre dafür wohl 'Kunden-Gewinnung'. Wir bezeichnen die Menschen, die zu uns kommen, jedoch bewusst nicht als 'Kunden', weil das die Realität verzerrt, ja verniedlicht. Die Menschen, die zu uns kommen, sind in der Regel auf der Suche nach Hilfe, manchmal in einer akuten Krisensituation. Sie haben in dieser Situation nicht die Wahl, können auch nicht mit anderen Anbietern vergleichen und das günstigste Angebot auswählen. Sie wollen keine Ware 'kaufen', im Prinzip nicht mal eine Dienstleistung. Sie wollen konkrete persönliche Zuwendung, Anteilnahme, Hilfe, Auskunft, Information. Manche entschließen sich nicht freiwillig, zu uns zu kommen, sondern bekommen zum Beispiel vom Allgemeinen Sozialdienst (ASD) die Auflage, wöchentlich mit ihrem Säugling zur Gewichtskontrolle zu kommen, weil sonst eine Unterbringung des Kindes droht.

Hier kann man nicht von 'Kunden' sprechen. Auch gefällt ihnen das, was sie von uns hören, oft gar nicht. Was wir ihnen sagen, ist oft nicht besonders angenehm. Als Kunde bediene ich mich aus der Vielfalt des Angebotes und entscheide mich für das, was ich gerne habe. In der Beratungssituation geht es um vollkommen andere Dinge, manchmal um Leben und Tod, um existentielle Fragen, um schmerzhaft erlebte Erlebnisse, um Gefühle der absoluten Hilflosigkeit.

Kunden- oder Bürger-Orientierung bedeutet für uns: Wir versuchen, die Sicht unserer Klientel zu verstehen und unseren eigenen Blickwinkel als Professionelle zu hinterfragen. Größtmögliche Transparenz der Arbeit den Bürgerinnen und Bürgern gegenüber sehen wir als Vertrauen, das wir ihnen entgegenbringen, als Gegenleistung für das Vertrauen, das uns entgegengebracht wird.

Wir sind für alle Menschen gleichermaßen da und machen keine Unterschiede. Wir streben an, so wenig Berührungspunkte wie möglich zu haben mit Situationen und Personen, die zum Beispiel ungepflegt sind, die in verwahrlosten Wohnungen leben, oder mit Ungeziefer befallen sind. Es ist uns wichtig, dass die Menschen gerne zu uns kommen und uns als eine Einrichtung verstehen, die hilft und nicht sanktioniert. Generell wird jeder Mensch, der sich an uns wendet, mit seinem Anliegen ernst genommen. Priorität im Arbeitsablauf hat das akute, aktuelle Anliegen der Menschen (nach dem Motto von V. Satir: 'Störungen haben Vorrang'). Die Frage der Grenzziehung muss dabei ständig neu gestellt werden.

***Zur Notwendigkeit eines 'taking-care-Postulates'
(neben dem Selbsthilfe-Ansatz) in der Gesundheitsförderung***

Sehr aktuell in der Diskussion um Gesundheitsförderung sind seit geraumer Zeit Begriffe wie Eigenverantwortung, Selbstbestimmung, Partizipation, Empowerment, Entscheidungsbefugnisse, Beteiligung und andere, die darauf hinweisen, dass es zum einen um die Stärkung des Einzelnen, seiner Meinung, seines Engagements und seiner Laienkompetenz geht, zum anderen um das Zurückgeben oder -gewinnen von Entscheidungsbefugnis und Verantwortung für sich und seine Umwelt.

Dieser Denkansatz ist von großer Bedeutung und kann enorme Ressourcen freisetzen. Es entsteht jedoch der Eindruck, dass dieses Postulat sehr generell formuliert und auf alle Menschen relativ unreflektiert übertragen wird. Ohne dabei diskriminieren zu wollen oder manchen Menschen zu wenig zuzutrauen, kann aus Erfahrung gesagt werden, dass es (erwachsene) Menschen gibt, die diesen Anspruch der Verantwortlichkeit nicht erfüllen und tragen können. Es gibt nun mal Menschen, die sich ohne intensive Stütze des sozialen Netzes in dieser Gesellschaft nicht zurechtfinden können. Diese Menschen brauchen Hilfe und Unterstützung, manchmal in den elementarsten Angelegenheiten des täglichen Lebens. Es erscheint wichtig, dies immer wieder ins Bewusstsein zu bringen und den Blick nicht zu einseitig werden zu lassen.

Beispiel aus der Praxis

Frau S., die zusammen mit ihrer erwachsenen Tochter fast täglich zum Blutdruckmessen in die Gesundheitsberatungsstelle kommt, ist mir bald seit 11 Jahren bekannt. Sie sagt mir oft, dass die Beratungsstelle für sie wie ihr zu Hause sei. Ihr „Zuhause“ ist seit über 10 Jahren eine 2-Zimmer-Notunterkunft, in der Mutter und Tochter in sehr beengten Verhältnissen wohnen. Frau S. schläft auf einer alten Couch in der Küche. Nach langen Bemühungen und viel Geduld hat das Wohnungsamt endlich eine größere Wohnung im gleichen Häuserblock für die beiden frei. Am Tag des Umzugstermins steht Frau S. abends sehr aufgeregt vor unserer Tür. Der Umzug sei abgeblasen, weil der Herr von der Firma die ihr helfen sollte, Möbel von ihr wegwerfen wollte und zu Frau S. gesagt hat, dass sie dreckig sei. Auch wenn der Mann Recht gehabt haben sollte ist es sehr unsensibel, so mit jemandem zu sprechen. Frau S. wollte daraufhin nicht mehr umziehen. Lieber lebe sie weiterhin in ihrem „Loch“ bis sie sterbe... Nach längerem, geduldigem Zuhören und Zureden und einem gemeinsa-

men Gespräch mit der zuständigen Sozialpädagogin vom ASD gelang es mir, eine Kompromisslösung mit Frau S. zu erarbeiten. Bis zuletzt stand die Lösung auf wackeligen Beinen, da Frau S. eine psychische Störung hat, die eine Zusammenarbeit mit ihr erschwert. Es kommt bei ihr oft vor, dass sie ihre Entscheidungen von einer Minute zur anderen ändert und Sympathie in Antipathie umschlägt. Das, was gerade noch gewollt und als gut empfunden wurde, ist plötzlich nichts mehr wert und muss vermieden werden. Mit einer engmaschigen Betreuung durch tägliche Gespräche und Hilfestellungen bei Behörden, etc. hat Frau S. es geschafft, ohne Umzugsfirma umzuziehen und endlich die ersehnte größere Wohnung zu bekommen.

Ohne diese intensive und zeitaufwendige Unterstützung wäre der Umzug zum Scheitern verurteilt gewesen. Ja mehr noch: Um ein Haar wäre die Situation eskaliert. Die Frau in dem o.g. Beispiel neigt dazu, Probleme über den Körper zu „lösen“, indem sie sich Haare ausreißt, mit dem Kopf gegen die Wand schlägt, mit Selbstmord droht. Ohne die gute, fast familiäre Beziehung zu ihr, hätte ich nicht diesen Einfluß auf sie ausüben können, um eine Eskalation zu vermeiden.

Zur Bedeutung der Vor-Ort-Präsenz für die Klientel

"Gesundheit in 'Settings' fördern". Die Erfahrung zeigt, dass einzelne Menschen und Gruppen am besten erreicht werden können, "wenn man systematisch dort ansetzt, wo die Menschen leben, arbeiten und spielen" (ebd. S. 26).

| |
|--------------------------------|
| <i>Beispiel aus der Praxis</i> |
|--------------------------------|

Der ärztliche Erstkontakt zur Fam. K. wurde auf dem alljährlichen Sommerfest, an dem wir uns regelmäßig mit Gesundheitsinformationen und –aktionen beteiligen, hergestellt. Frau K. war mit ihren Eltern zum Fest gekommen, um mir stolz ihren erstgeborenen Sohn zu zeigen. Als ich das Kind im Kinderwagen sah, bekam ich allerdings einen Schreck, da ich den Säugling apathisch empfand. Ich holte sofort unseren Arzt der Beratungsstelle, damit er einen Blick auf das Kind werfe. Das war die Rettung für den Knaben. Ca. eine Stunde später war das Kind in der Notaufnahme des Schwabinger Krankenhauses. Der kleine Junge hatte einen schweren Brechdurchfall durch eine Salmonelleninfektion mit folgender Exikose (Austrocknung). Seit diesem Zeitpunkt stellte die Mutter ihr Kind regelmäßig bei uns vor, so daß der Arzt immer sehen konnte, ob es dem Kind gut

geht. Es entstand der Eindruck, als wäre es Frau K. ein großes Bedürfnis, dem Arzt zu beweisen, daß sie fähig ist, ihr Kind verantwortungsvoll zu erziehen.

Das ist nur ein Beispiel von denen wir viele erleben. Ohne zu übertreiben können wir sagen, daß der Säugling nur wenige Stunden später tot gewesen wäre, wären wir nicht auf dem Sommerfest gewesen. Ebenso ist es bei manchen Hausbesuchen die telefonisch bei uns angefordert werden, und zwar vorwiegend am Mittwoch Abend oder Freitag Nachmittag, wo Arztpraxen normalerweise geschlossen sind. Die Hemmschwelle, einen Notarzt zu rufen ist viel größer als einfach mal in der Gesundheitsberatungsstelle beim Arzt anzurufen. Diese Nähe zur Klientel haben wir nur, weil wir vor Ort sind. Eine zentrale Stelle in der Stadtmitte könnte diese schnelle und doch unkomplizierte Hilfe gar nicht leisten. Viele, sehr wichtige Gespräche ergeben sich darüber hinaus nicht in den Räumen der Beratungsstelle, sondern im „Penny“-Markt um die Ecke, auf dem Weg zum Bus oder zur U-Bahn, in öffentlichen Verkehrsmitteln, auf dem Weg zu Arbeitskreisen, etc. - kurz: unterwegs und zwischen „Tür und Angel“. Auch diese nicht geplanten sog. „Straßenberatungen“ können nur stattfinden, weil wir uns im Stadtteil befinden und die gleichen Wege gehen wie die BewohnerInnen des Viertels.

Diese Nähe zur Klientel hat allerdings zwei Seiten. Die Menschen verlassen sich teils darauf, daß wir da sind und können mit Entrüstung, Angst bis zur Aggression reagieren, wenn wir beispielsweise im Urlaub sind. Deshalb muss der Urlaub rechtzeitig geplant und mehrmals angekündigt werden, damit die Menschen nicht überrascht werden und dadurch die Gefahr besteht, dass sie den Kontakt abbrechen. Man muss extrem vorsichtig sein, das mühsam aufgebaute Vertrauen dieser Menschen nicht zu verlieren. Das verlangt Fingerspitzengefühl und sehr viel Verständnis für ihre Biographie und ihre Traumatisierungen.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie eng die Präsenz vor Ort mit elementaren Gefühlen der Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils verschränkt sind. Für diese sehr schwer erreichbaren Zielgruppen muss das Angebot vor Ort *und* ständig besetzt sein, mit möglichst gleichen Ansprechpartnerinnen und -partnern. Wechselnde Bezugspersonen sind Gift für das Vertrauen und die Inanspruchnahme durch die Klientel. Deshalb ist es uns wichtig, an fünf Tagen in der Woche geöffnet zu haben und auch eine Abendsprechstunde anzubieten. Ebenso wichtig ist es, daß wir uns an

Stadtteilaktionen und Feste beteiligen, um die Menschen in ihrem alltäglichen Lebenszusammenhang anzutreffen. In diesem Sinne ist die Arbeit der Ärzte der Beratungsstelle vergleichbar mit der eines Landarztes in einem Dorf.

Lebensgeschichtliche Orientierung

Die lebensgeschichtlichen Zusammenhänge der Menschen, die wir erreichen wollen, müssen in die konzeptionellen Überlegungen einbezogen werden. Zur Lebensgeschichte unserer Klientel gehört, dass sie Armut erlebt haben, Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit nur äußerst erschwert erwerben konnten und Lebenskompetenzen nur bedingt ausgebildet wurden.

Die Grundbedingungen der Menschen, die seit Generationen in einer Unterkunftanlage wohnen, können so aussehen (diese Liste ist nicht abschließend und nur als Beispiel zu verstehen):

- sehr junge Mutter, die mit ihrer neuen Rolle überfordert ist;
- abwesender Vater;
- mangelnde Erziehungsfähigkeit und Fürsorge der Eltern;
- mangelnde Fähigkeit zur Einschätzung der Brisanz einer Situation;
- möglicherweise eigene Gewalterfahrungen in frühester Kindheit;
- Leben in der Großfamilie ohne Möglichkeiten des Rückzugs und der Privatsphäre; persönliche Grenzen werden missachtet;
- Abhängigkeit zum Beispiel von Sozialämtern;
- möglicherweise Drogenproblematik in der Familie;
- hygienische Probleme;
- Entwicklung von so genannter Milieuschädigung;
- Ausgrenzung und Stigmatisierung durch anderen Bevölkerungsgruppen (zum Beispiel der restlichen Stadt. So kennt man im Bayerischen für Wohnviertel mit überdurchschnittlich hohem Anteil an sozial Benachteiligten den Ausdruck 'Grattlerviertel');
- schlechte Infrastruktur (z.B. in Bezug auf Einkaufsmöglichkeiten, Freizeitangebote, Anbindung an das öffentliche Nahverkehrsnetz);
- schon die Eltern sind lernbehindert, haben keine Ausbildung, leben vom Sozialamt.

Kommen mehrere dieser Bedingungen zusammen, so ist die Chance, ein halbwegs gelungenes Leben zu meistern, nur dann relativ groß, wenn frühzeitig interveniert wird - durch Hilfsangebote von außen und/oder Herausbildung persönlicher Ressourcen und Bewältigungsstrategien. So genannte 'zentrale Persönlichkeiten' spielen hier eine wesentliche Rolle. Je

mehr der oben genannten Faktoren zusammentreffen, desto geringer ist diese Chance. Die Bezugspersonen, durch die das Hilfeangebot erfolgt, nehmen eine zentrale Stellung ein. Kontinuität ist hier sehr wichtig, um längerfristig eine Begleitung zu gewährleisten.

Es gibt also, grob gesagt, zwei Varianten, in denen sich Entwicklungen abspielen können:

1. Die gelungene Bewältigung des Lebens und seiner Herausforderungen (meist als Probleme bezeichnet) mit der Herausbildung von Veränderungsfähigkeit. Das ist der 'Mittelschichts-Ansatz'. Es genügen meist 'Anstoß-Veranstaltungen' und Angebote mit ausschließlicher Komm-Struktur. Das Menschenbild des verantwortungsbewussten Erwachsenen ist erfüllt. Maßnahmen sind zum Beispiel Volkshochschul-Kurse, Informationsabende, Broschüren.
2. Reinszenierung von Traumata ohne Herausbildung von Veränderungsfähigkeit. Das trifft oft bei Klienten der unteren sozialen Schicht zu, bei Menschen, die von Armut betroffen sind, und bei den so genannten Benachteiligten. Hier braucht es besondere Konzepte und Arbeitsansätze, die eine Gemeinwesenorientierung haben (was meint, vor Ort und im Geschehen zu sein, mit den Menschen aktiv in Kontakt zu treten und in Netzwerken zu arbeiten). Es braucht eine verzahnte Geh- und Komm-Struktur (zum Beispiel durch eine Art 'Hausbesuchs-Kultur'). Grundlage ist die 'Beziehungs-Arbeit' und eine flexible Arbeitsweise, die nicht auf Sprechzeiten fixiert ist. Ebenso grundlegend ist die Präsenz vor Ort und der Lebensweltbezug, um nur einige Stichworte zu nennen.

Zwischen diesen Extremen gibt es eine große Variationsbreite. Es ist auch ein nicht-linearer Verlauf und ein Wechseln von der einen in die andere Richtung möglich. Bei unserer Klientel kommen oft sehr viele der genannten Grundbedingungen zusammen. Diese Lebensereignisse und Erfahrungen werden traumatisch erlebt, das heißt, manche Erlebnisse sind als massive Traumata zu bezeichnen, wie sexuelle Gewalterfahrungen, andere sind Mikrotraumen, die sich addieren und ebenso eine traumatisierte Persönlichkeit heranwachsen lassen.

Es mangelt ihnen an der Erfahrung von Verlässlichkeit, von Schutz und Geborgenheit. Bezugspersonen (zunächst die Eltern, später ErzieherInnen, SozialarbeiterInnen) wechseln oft. Es entsteht ein Klima des Misstrauens. Dieses ist nur durch einen jahrelangen persönlichen Kontakt in ein Vertrauensverhältnis umzuwandeln, das dann jedoch sehr gefährdet ist.

Menschen, die viele seelische Verletzungen erlebt haben, sind leicht kränkbar. Ihre wunden Punkte liegen sozusagen an der Oberfläche.

Gefühle von Verantwortung für das eigene Handeln und Verhalten sowie Problemlösungs-Strategien bilden sich oft nur äußerst bedingt aus. Eigentlich könnte man sagen, dass der Schritt in das Erwachsensein bei manchen Menschen nicht vollzogen wird. Dazu kommt die Dynamik des Wiederholungszwangs. Was ich früher schon einmal erlebt habe, das neigt dazu, wiederhergestellt zu werden, wenn es nicht gelingt, die problematische Erfahrung zu be- und verarbeiten.

Beispiel aus der Praxis

Wie lange Frau P. schon im Hasenberg lebt, ist nicht bekannt. Als Kind ist sie von ihrem Vater geschlagen worden. Das erzählte sie einmal in der Sprechstunde. Als erwachsene Frau hat sie wechselnde Partner, alle vom gleichen Typus: Alkoholiker und schlagend. Schafft sie es, sich von dem einen zu lösen, so schlittert sie sofort wieder in die nächste Beziehung. Zeiten, in denen sie alleine ist, gibt es so gut wie nicht. Sie sagt von sich selbst, dass sie nicht allein leben kann. Vom letzten Partner hat sie ein Kind, ein Ergebnis einer der vielen Vergewaltigungen. Aus dem Co-Alkoholismus ist schleichend über die Jahre ein eigener Alkohol-Abusus geworden. Hilfreiche Personen, die sie aus der Suchtspirale herausgebracht hätten, hat sie bislang offenbar nicht gefunden. Auch deshalb, weil ihre Partner es verstanden, sie von anderen Menschen fern zu halten.

Ihre Abhängigkeit kann sie lange nicht zugeben, obwohl die 'Fahne' sie verrät. Über langes, geduldiges Zureden gelingt es dem Arzt der Beratungsstelle, ein Stück Motivation zur Veränderung zu säen.

Letztendlich ist das Kind der Anknüpfungspunkt für die Aufnahme in eine Therapieeinrichtung. Alles scheint gut zu laufen, doch nach nur drei Monaten bricht sie die Therapie ab und kommt in ihr Milieu zurück. Nun ist der weitere Verlauf rasch progredient. Bald darauf wird das Kind von der Polizei in ein Heim gebracht, woraufhin die Frau vollkommen in den Alkoholismus abstürzt. Sie verfällt körperlich. Monate später treffe ich sie auf der Straße und erschrecke, weil ich sie fast nicht mehr erkannt hätte.

Der geschilderte Verlauf ist leider typisch. Die Folgen eines Alkoholabusus sowie eines Rückfalles können für Frauen gravierender sein als für Männer. Die weibliche Leber verträgt weniger Alkohol, weshalb körperliche Schäden schneller auftreten. Es mangelt an geschlechtsspezifischen Therapiekonzepten, und Entzugs- und Therapieplätze für Mütter mit Kin-

dern sind rar. Als Folge bleibt oft nur die Heimunterbringung der Kinder. Da die Hauptverantwortung für die Kinder meist bei den Müttern liegt, trifft diese Konsequenz sie besonders stark. Dazu kommt zumeist eine emotionale und finanzielle Abhängigkeit vom Mann, weshalb der Lösungsschritt, sich 'einfach' von der suchtfördernden Beziehungsstruktur zu trennen, für die Frauen in diesem Moment keine Lösung ist. - Nach dem Motto: Lieber in einer Beziehung mit einem Mann, der trinkt, das restliche Geld verspielt und vielleicht noch schlägt, als gar keine Zuwendung.

Arbeiten an der Lücke

Oft hören wir die Frage, ob das, was wir tun, nicht auch von anderen Stellen getan werden könnte. Tatsache ist, dass die Gesundheitsberatungsstelle sich mit ihrem Arbeitsansatz inmitten einer Versorgungslücke befindet. Durch den Aufbau und das Nutzen eines Versorgungsnetzes wird Vermittlung oft erst möglich. Ziel ist immer die größtmögliche Hilfe zur Selbsthilfe, Stärkung der Eigenkompetenz und Entscheidungsfreiheit für die Betroffenen. Jedoch machen wir sehr oft die Erfahrung, dass diese Ziele auf 'natürliche' Grenzen stoßen. Manche Menschen sind vielleicht für die Psychiatrie zu wenig verrückt, aber doch sozial und vom Verhalten her zu auffällig, um ohne Hilfe und stützende Maßnahmen auszukommen. Manche sind an der Grenze zur Verwahrlosung, aber kognitiv vollkommen klar und zurechnungsfähig. Für diese Menschen fehlen geeignete Angebote.

Beispiel aus der Praxis

Herr E. lebte in der Unterkunft, weil er Sammler war und von der Sozialhilfe lebte. Er hat das stolze Alter von 95 Jahren erreicht. Zuletzt ging er nach einem Oberschenkelhalsbruch viele Jahre an Krücken und kämpfte mit einem ständig rezidivierenden Ulcus am Unterschenkel. Er war gebildet, sprach Latein, spielte Klavier, ging bis zum Schluss in die Berge und hatte einen starken, kämpferischen Geist. Er kam regelmäßig in die Beratungsstelle, manchmal nur, um mit jemandem philosophieren zu können. Auf der anderen Seite war er sehr zwanghaft, sammelte alles Mögliche aus Mülltonnen, aß vergammelte Nahrungsmittel, registrierte nicht, dass es aus seiner Speisekammer stank und 'die kleinen Tierchen' sich am Boden tummelten. Durch die vielen Zeitungen in der Wohnung, auf dem Bett, in der Badewanne, war es ihm unmöglich, zu baden und bequem zu schlafen. Die Wohnung war eigentlich nur mit Atemschutz betretbar. Er hatte einen

sehr üblen Körpergeruch und seine Bekleidungsstücke waren speckig vor Dreck. Sein Ulcus hätte täglich verbunden werden müssen.

Um die Geschichte abzukürzen, lasse ich einen Teil aus. Herr E. ist aus einer Praxis hinausgeflogen mit der Begründung, er vergraule mit seinem Körpergeruch die anderen Patienten. Eine andere Praxis hat er selbst verlassen, weil der Arzt ihm dezent gesagt hatte, er solle sich doch mal waschen. Man muss wissen, dass Herr E. sehr schnell beleidigt war und Schuld an seiner ganzen Misere immer die anderen und die 'Satanstadt' München waren.

Also waren wir die letzte Anlaufstelle für ihn. Zu uns hatte er den Kontakt gehalten und er kam zum Verbinden, ließ uns auch manchmal in die Wohnung, und so konnte verhindert werden, dass er in ein Heim zwangsgewiesen wurde.

Es gibt viele Menschen, die durch das Versorgungsnetz fallen, die für konventionelle Angebote nicht geeignet sind, für die Zugangsschwellen zu hoch sind. Auch diese Menschen müssen Chancengleichheit haben - auch wenn sie sich nicht anpassen können.

Ein aktueller Artikel in der ZEIT über die Vernetzung der Schulen (und damit des Unterrichts) greift diese Problematik auf (Gaschke 2000). Es heißt darin: "Wer glaubt, er müsse unter diesen Schülern (den benachteiligten, Anm. S.W.) das 'Computeranphabetentum' bekämpfen, unterschätzt das Ausmaß des ganz buchstäblichen Analphabetismus. (...) Die 'gespaltene Gesellschaft' (...) gibt es längst: Sie teilt sich in die Kinder, die morgens vor der Schule ein Frühstück bekommen, und solche, die hungrig losgehen; in die Kinder, denen abends vorgelesen wird, und jene, die nach stundenlangem Fernsehen am Abend im Unterricht einschlafen; in die, denen es gelingt, in vier Grundschuljahren lesen und schreiben zu lernen - und die anderen."

Die Sandwich-Position

Aus dem Geschilderten wird vielleicht klar, dass der Arbeitsalltag in der Gesundheitsberatungsstelle manchmal nicht einfach ist. Die Probleme der Menschen sind vielfältig und komplex. Es braucht einen langen Atem, um Fortschritte zu sehen. Auch wir stoßen dabei an Grenzen, Grenzen des Machbaren, Grenzen dessen, was zu ertragen ist, Grenzen der Verantwortung, die noch tragbar ist. Die Gefahr, innerlich auszubrennen (burn-out),

ist nicht von der Hand zu weisen. Deshalb ist Supervision unerlässlich. Wir gönnen sie uns seit knapp einem Jahr.

Wir sind an der Peripherie der Stadtgrenze und auch für die Stadtverwaltung am Rande. Das führt dazu, dass wir Informationen zu spät bekommen, dass Termine vorbei sind, wenn wir davon erfahren, dass die Dienstpost nur ein Mal in der Woche kommt, dass für notwendige Möbel (wir hatten 25 Jahre die gleichen und manche dieser museumsreifen Raritäten haben wir heute noch) das Geld nicht reicht, dass keine Vertretung für die Schreibkraft gefunden werden kann,...

Basis- beziehungsweise Milieuarbeit steckt durch die Nähe zur Klientel und die Eigenheit der Arbeitsweise ständig in einer Rollenambivalenz: In der Ambivalenz zwischen Behörde und Klientel (und deren teilweise divergierenden Bedürfnissen), in der Ambivalenz zwischen Professionalität und dem Bemühen, in der gleichen Sprache zu sprechen wie die Klientel, auch, um sich nicht zu sehr über sie zu erheben, in der Ambivalenz zwischen Kontrolle und Unterstützung, in der Ambivalenz zwischen einer distanzierten kritischen Betrachtung und dem Im-System-Sein, um nur einige Klimmzüge des eigenen Rollenverständnisses zu benennen.

Um aus dieser konfliktträchtigen Position nicht in die Gefahrenzone der 'kontrollierten Autonomie' (Ausdruck aus der Arbeitsmedizin und Chronobiologie. Damit werden Positionen bezeichnet, die zur Herzinfarkt-Risikogruppe gehören) zu geraten und damit die Rolle eines sozialen Puffers zu übernehmen, ist das Wichtigste die eigene Rollenklarheit und Authentizität.

Die geschilderten Beispiele machen deutlich, auf welchen Säulen wir unsere Arbeit aufbauen. Eine der zentralsten Säulen ist dabei immer noch die Einzelfallbetreuung und -beratung, der dazu nötige Beziehungsaufbau und dessen Stabilisierung. Eine andere Säule ist die Vernetzung (nicht nur im Stadtteil) und die Arbeit mit MultiplikatorInnen. Damit befinden wir uns mit unserem Arbeitsansatz zwischen zwei Fronten. In der Systemischen Familientherapie nennt man diese Stellung zwischen den Fronten die 'Sandwichposition'. Diese Position entspricht einer Vermittlungsfunktion, die manchmal schwer auszufüllen ist. Ein gut funktionierendes und eingespieltes Team, in dem ein hoher Grad an Selbstreflexion und Kritikfähigkeit tragend für das Arbeitsklima ist, und auch der Humor nicht

fehlt, kann meines Erachtens ein gesunder „Puffer“ gegen die Gefahr des Ausbrennens sein.

Immer mehr kommt es jedoch darauf an, daß nicht nur unsere KlientInnen und wir wissen, was die Erfolge unserer Arbeit sind, sondern dass wir auch dem Geldgeber gegenüber Effizienz und Effektivität eines dezentralen und stadtteilbezogenen Arbeitsansatzes in einem interdisziplinären Team nachweisen können. Um diesem Anspruch gerecht zu werden haben wir uns als Ziel gesetzt, die ständige und kritische Konzeptfortschreibung zu forcieren und unsere Arbeit zu evaluieren.

Literatur

- Antonovsky, A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Tübingen 1997.
- Ebbe K, Friese P: Milieuarbeit. Grundlagen präventiver Sozialarbeit im lokalen Gemeinwesen. Stuttgart 1989.
- Gaschke S: Verheißung Internet. In: DIE ZEIT Nr. 14 vom 30. März 2000.
- DGE info 2/99: Zusammenfassung des folgenden Forschungsberichtes:
Lehmkühler S, Leonhäuser U: Armut und Ernährung. Spiegel der Forschung. Wissenschaftsmagazin der Justus-Liebig-Universität Gießen 15, 1998, S. 74-82.
- Unverzagt, G: Zeitbombe Armut. In: Psychologie Heute 4/98.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa (Hrsg.):
Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept 'Gesundheit für alle' für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen 1998.