

Gemeinsame Herausforderungen von Kriminal-, Sucht- und gesundheitsbezogener Prävention – Sozialraumorientierte Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen

Innerhalb der deutschen Gesundheitspolitik konnte in den letzten beiden Jahren die Prävention und Gesundheitsförderung eine besondere Aufwertung verzeichnen. Waren Gesundheitsförderung und Prävention bislang nur Randthemen, die sich bislang nur der Aufmerksamkeit weniger zuständiger Stellen und einiger Idealisten/innen erfreuten, wurde politisch heftig über einen neuen Stellenwert gerade dieser Bereiche gestritten. Trotz der Ausarbeitung einer Kompromisslinie zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziales und den Bundesländern unter maßgeblicher Beteiligung der sogenannten „B-Länder“ (Länder, die von den Oppositionsparteien im Bund regiert werden, also im Bundesrat gegen Gesetzesentwürfe der Regierung stimmen) scheiterte das deutsche Präventionsgesetz im Sommer 2005 in den Auseinandersetzungen des vorgezogenen Bundestagswahlkampfes. Aber bereits in den Koalitionsvereinbarungen der großen Koalition wurde eine Aufwertung der Prävention in Deutschland erneut festgehalten und die vierte Säule Prävention im Gesundheitswesen heraufbeschworen.

Dabei kann Prävention in anderen Bereichen als dem Gesundheitswesen längst auf ein hohes Maß an Etablierung und struktureller Verankerung zurückblicken. Selbst die Politikbereiche, die bislang mit dem Präventionsbegriff im klassischen Sinne wenig anfangen konnten, wie die Kinder- und Jugendhilfe, haben auf die erwartete Neustrukturierung im Gesundheitsbereich reagiert und eine erstaunliche Aufwertung der Gesundheitsförderung betrieben. Die deutsche Jugendministerkonferenz hat in ihrer Sitzung am 12./13. Mai 2005 in München einstimmig eine EntschlieÙung zur „Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ verabschiedet und die „Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe“ dabei definiert. In Punkt 2 der EntschlieÙung heißt es: „Die Jugendministerinnen und Jugendminister werden insbesondere darauf hinwirken, dass die Kinder- und Jugendhilfe von der Jugendarbeit, der Eltern- und Familienbildung bis hin zu den Hilfen zur Erziehung gesundheitliche Belange konsequent berücksichtigt und gesundheitsfördernde Potenziale und Kompetenzen junger Menschen und ihrer Eltern stärkt“ (Jugendministerkonferenz, 2005, S. 1 <http://www.stmas.bayern.de/familie/jugendhilfe/jmk>.

[htm#jahr2005](http://www.stmas.bayern.de/familie/jugendhilfe/jmk), Zugriff 10/2005).

Damit greift die Jugendministerkonferenz in Deutschland eine der zentralen Forderungen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung auf, die Gesundheitsförderung als „ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nicht-staatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien“ (Franzkowiak, Sabo, 1993, S. 97) definiert hat. Trotz dieser grundsätzlichen Neuausrichtung auf die Bedingungen, unter denen Gesundheit im Alltag hergestellt wird, haben die meisten deutschen Präventionsprogramme die Krankheitsvermeidung in den Mittelpunkt gestellt, insbesondere die Bereiche der Sucht- und Aidsprävention sowie die durch die gesetzlichen Krankenkassen betriebenen gesundheitsbezogenen Präventionsprogramme in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung sind hier zu nennen. Gesundheitsförderung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation hat sich bislang nur in einigen Settingansätzen in Deutschland weiterentwickelt.

Der Settingansatz stellt eine Kernstrategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung dar. Dem Settingansatz liegt die Idee zugrunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird. Gesundheitsförderung muss in diesem Lebensalltag ansetzen. Die Fokussierung auf definierte Sozialräume, sei es das Quartier, der Betrieb, die Schule oder das Krankenhaus, ermöglicht es, die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen.

Alle gesundheitsbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze sind bislang zu wenig miteinander vernetzt worden und haben zu wenig Entwicklungen in anderen Präventionsbereichen aufgegriffen, insbesondere wurde das weite Feld der Kriminal- und Unfallprävention fast völlig ausgeblendet. Nachfolgend sollen deshalb einige parallele Entwicklungen in allen genannten Bereichen skizziert werden und ein träger- und sektorenübergreifendes Verständnis für die Wechselwirkungen von sozialer Lage, Bildung und Gesundheit entwickelt werden. Der Ausblick befasst sich mit

den Herausforderungen von mehr sozialraum- und zielgruppenorientierten Präventionsmaßnahmen.

Gemeinsame Herausforderungen und Probleme unterschiedlicher Präventionsbereiche

Heute werden nicht nur die meisten Versorgungsbereiche, sondern auch die meisten Präventionsansätze von unterschiedlichen Trägern organisiert und aus ebenso unterschiedlichen Quellen finanziert. Schaut man sich allein die Aufgaben einer bereits existierenden, bundesweiten Präventionsstiftung an, so wird man große Ähnlichkeiten mit der im gescheiterten Präventionsgesetz vorgesehenen Bundesstiftung erkennen. Die bereits etablierte Präventionsstiftung hat folgendes Aufgabenprofil:

- Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Öffentlichkeitsarbeit
- Präventionsforschung
- Unterstützung und Initiierung von Präventionsprojekten und präventiven Programmen
- Beratung, Information und Fortbildung
- Stärkung der Eigen- und Mitverantwortung des Einzelnen
- Gewinnung von öffentlichen und privaten Entscheidungsträgern
- Evaluationskonzept
- Förderung von Kommunikation und Kooperation von Entscheidungsträgern
- Sachstandserhebung der bundesdeutschen Präventionslandschaft, Schwachstellenanalyse
- Erfassung der „Best Practice“
- Zielgruppenorientierte Beratung
- Fachveranstaltungen, Fortbildungen
- Informations- und Erfahrungsaustausch mit europäischen und internationalen Stellen für Prävention

Nur ist die bereits existierende Stiftung, das Deutsche Forum Kriminalprävention (DFK) innerhalb des Gesundheitsversorgungs- und Gesundheitsförderungssektors so gut wie unbekannt, weil Kriminalprävention pauschal einem ganz anderen Sektor, dem der jeweiligen Innenministerien und der Polizei zugeschlagen wird. Dem DFK gehören neben dem Bund und allen Bundesländern 23 private Institutionen, Organisationen und Unternehmen an, darunter Großunternehmen wie die Deutsche Telekom und die Deutsche Bahn AG, die Kirchen und Medien. Das Stiftungskapital ist mit bislang knapp drei Millionen Euro relativ niedrig. Im Kuratorium sitzen fünf Bundesministerien (Inneres, Justiz, Verbraucherschutz, Familie und Forschung). Ein solch sektorübergreifender Ansatz ist für die vom Bundesgesundheitsministerium geplante Präventionsstiftung nicht einmal angedacht worden.

Innerhalb des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems wird nach wie vor zu sektoral gedacht, dass heißt, es werden vor allem die Routinen, Kooperationspartner und gesetzlichen Grundlagen des eigenen Wirkungsbereiches in den Vordergrund gestellt. Auf Bundes- und Länderebene existieren in vielen Bereichen unterschiedliche, präventionsrelevante Regelungen. Für die Bundesebene hat Walter (2003) die unterschiedlichen Regelungsgrundlagen und Bearbeitungstiefen dieser insgesamt eher diffusen Präventionslandschaft genauer analysiert. Sie kommt zu dem Schluss, dass „Prävention von den Trägern mit sehr unterschiedlicher Tradition und in unterschiedlicher Differenzierung ausgefüllt wird. Generell bestehen in allen Bereichen erhebliche Potenziale zur Stärkung und Optimierung der Prävention. Hierzu sind teilweise Veränderungen und Konkretisierungen in rechtlichen Einzelregelungen erforderlich. Insbesondere Bereiche, in denen gesundheitsbezogene Prävention nicht bzw. kaum in den Gesetzbüchern erwähnt wird, wie in der Arbeitsförderung und in der Kinder- und Jugendhilfe, ist eine explizite Aufnahme geboten. Gesetzbücher ohne präventiv wirksame Leistungsgesetze wie die Pflegeversicherung sind entsprechend zu ergänzen“ (Walter, 2003, S.340) Allein die Verwendung unterschiedlicher Begrifflichkeiten zeigt auch signifikant sich unterscheidende Präventionskonzepte und -ansätze. Die Kooperation unterschiedlicher Sektoren funktioniert nur dort, wo gesetzliche Regelungsgrundlagen gegeben sind, z.B. zwischen Kranken- und Unfallversicherungen. „Nicht gesetzlich verpflichtende Kooperationen erfolgen nur vereinzelt, vor allem in Modellprojekten, aus strategischem Interesse und sind vom Engagement Einzelner geprägt. Übergreifende freiwillige Rahmenvereinbarungen liegen kaum vor. Die bloße Möglichkeit von Kooperationen reicht nicht aus. Kooperationsbarrieren bestehen besonders zwischen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereiches“ (Ebenda, S.342).

Auf Länderebene ist ebenfalls eine heterogene Regelungsdichte für präventionsrelevante Bereiche gegeben, die zwischen den einzelnen Bundesländern sehr stark variieren können, was den Stellenwert von Prävention explizit und implizit in den länderspezifischen Gesetzesgrundlagen anbelangt. Hier sind insbesondere die Öffentlicher-Gesundheitsdienst-Gesetze, die Schulgesetze, die Landesjugendhilfepläne nach SGB VIII, das Landesumweltrecht sowie die Rahmenvereinbarungen zur Gruppenprophylaxe nach §21, SGB V zu nennen. Ländervergleichende Analysen liegen für diese Bereich in Bezug auf Präventionsrelevanz nicht vor.

Aber nicht nur die genannten Sozialversicherungszweige und Versorgungsbereiche weisen eine hohe Divergenz bezüglich des Stellenwertes und des Verständnisses von Prävention auf, auch innerhalb des Präventions- und Gesundheitsförderungsbereiches selbst lassen sich unterschiedliche Präventionskonzepte und eine große Trägervielfalt konstatieren. Schon innerhalb der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention selbst ist eine gewisse Unübersichtlichkeit von Zuständigkeiten und Angeboten festzustellen. Dabei stehen alle genannten Präventionsbereiche vor den gleichen Herausforderungen, nämlich:

- bildungsferne Schichten zu erreichen,
- frühe und vernetzte Hilfen anzubieten,
- sozialraumbezogene Programme zu entwickeln, insbesondere für Stadtteile mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Gruppen,
- sektorenübergreifend und interdisziplinär zu arbeiten,
- geschlechtergerecht und kulturspezifisch zu arbeiten (insbesondere männer- und jugendspezifische Angebote zu entwickeln),
- eine solide Finanzierungsbasis herzustellen,
- Qualitätsstandards zu entwickeln und zu implementieren (vgl. Altgeld, 2005, S.247).

Am Beispiel der Gewaltprävention, einem in Deutschland sehr gut verankerten Präventionsfeld, dessen Mittelausstattung vergleichbar mit dem Feld der gesundheitsbezogenen Prävention ist, sollen diese gemeinsamen Problemlagen und Herausforderungen näher erläutert werden. Zunächst soll dabei eine Definition von Gewaltprävention gegeben werden. Nach dem Kommentar von Schatz für das Onlinehandbuch zum SGB VII bezeichnet Gewaltprävention „alle institutionellen und personellen Maßnahmen, die der Entstehung von Gewalt vorbeugen bzw. diese reduzieren. Diese Maßnahmen zielen ab auf die Person selbst, auf die Lebenswelt dieser Adressaten, wie auch auf den Kontext der sie tangierenden sozialen Systeme.“ (<http://www.sgbviii.de/S84.html>, Zugriff 10/2005). Auch in der Gewaltprävention sind die drei Präventionsebenen der primären, sekundären und tertiären Prävention definiert worden und relevant: „Primäre Prävention strebt generell die Verhinderung im Vorfeld an, indem sie gewaltfördernde Bedingungen aufdeckt und verändert bzw. den Adressaten zum adäquaten kompetenten Umgang damit befähigt. Sekundäre Prävention zielt ab auf vorbeugende Maßnahmen bei bereits identifizierten Personengruppen und betreibt sowohl Schadensminderung als auch Kompetenzförderung durch gezielte person-, sozialraum- und institutionsbezogene Programme. Tertiäre Prä-

vention beabsichtigt durch spezifische rehabilitative oder resozialisierende Maßnahmen eine Verhinderung des Rückfalls. Akzeptiert man diese Differenzierung, so erübrigt sich der Begriff der Intervention als eine eingreifende Maßnahme bei bereits bestehenden Schwierigkeiten“ (Ebenda). Auch die definierten Ziele von Gewaltprävention unterscheiden sich kaum von Zielkonzepten der Suchtprävention oder Prävention von Essstörungen. Als Ziele formuliert Schatz nämlich:

- die Stärkung des Selbstkonzeptes,
- die Reflexion des eigenen Selbst und Stärkung der Persönlichkeit,
- die Ausbildung sozialer Wahrnehmung,
- die Schaffung von Konfliktfähigkeit,
- kontrolliertes Handeln,
- insgesamt die Vermittlung sozialer Kompetenzen (vgl. ebenda).

Lediglich die langfristigen Zielstellungen wie eine Vermeidung von Straffälligkeit und soziale Akzeptanz durch sozial integriertes Verhalten der Adressaten sind quasi gewaltpräventionsspezifisch. Innerhalb der Gewaltprävention wird ähnlich wie für den Gesundheitsförderungsbereich (vgl. Rosenbrock u.a. 2004, Altgeld, 2000) eine Überbetonung von individualszentrierten Ansätzen gegenüber verhältnispräventiven Interventionen kritisiert: „Zu selten zielen Gewaltpräventionsprogramme ab auf die Lebenswelt der Adressaten und deren sozialen Kontext und damit auf sozialstrukturelle und institutionelle Veränderungen“ (Schatz, 2005, <http://www.sgbviii.de/S84.html>, Zugriff 10/2005).

Ein Fazit des Referenzpapiers zu wirksamer, leitlinienorientierter Kriminalprävention, des „Düsseldorfer Gutachtens“, lautet: „Frühe und intensive Förderung von Kindern und Jugendlichen in Problemfamilien mit Überlegungen zu einem Mentoren- oder Pflegefamilienprogramm, abgerundet und vernetzt mit Vorschulprogrammen zur kognitiven und sozialen Stärkung, Elternschulung zur kompetenten Erziehung und Schulprogramme, die Lehrer-, Eltern- und Schülertraining verbinden. Es geht um eine Multisystem-Therapie, die alle Beteiligten zu verantwortungsvollem Verhalten bewegt“ (Landeshauptstadt Düsseldorf, 2002 S.63). Die Qualitätsdiskussion in diesem Bereich wird bereits länger geführt. Bereits 1998 hat die Aktion Jugendschutz Kriterien für Anti-Gewalt-Präventionsprojekte formuliert, die zumindest den im Bereich der Gesundheitsförderung diskutierten Qualitätsanforderungen sehr ähnlich sind, weil unter anderem die Verwendung des Peer-Ansatzes gefordert wird, genauso wie die Förderung von Lebenskompetenzen, ein klarer Begründungszusammenhang (z.B. von Konflikt – Gewalt), eine gemeinsame Visi-

ons- und Zielbestimmung mit den Betroffenen, die Langfristigkeit und Kontinuität von Maßnahmen, Ganzheitlichkeit im Menschenbild, Vernetzung im Sozialraum mit der Möglichkeit gemeinwesenorientierter Erweiterung, die Prozessorientierung, die Berücksichtigung des systemischen Kontextes, die altersgruppen- und geschlechtsspezifische Orientierung und ein möglichst frühzeitiger Präventionsbeginn.

Den Sozialraum, insbesondere den sozial benachteiligten Stadtteil, als „idealen“ Interventions-Ort hat auch die Gewalt- und Kriminalprävention längst entdeckt. In den „Empfehlungen“ der Expertise „Prävention von Kinder- und Jugendkriminalität und -gewalt in Großstädten“ heißt es dazu: „In den meisten Fällen ist eine sozialraumorientierte Vorgehensweise in Großstädten der sinnvolle Weg, denn der Ort, an dem Gewalt und Kriminalität von Jugendlichen auffällig werden, ist oft das Quartier. Hier finden sich auch die Partner – Einrichtungen, Personen –, mit denen präventive Strategien umgesetzt werden können. Deshalb sollten Präventionskonzepte, die erfolgreich sein wollen, hier ansetzen. Elementare Voraussetzung für eine sozialraumorientierte Strategie ist allerdings ein kleinräumiger Ansatz, bei dem die Lebensweltperspektive der jugendlichen Bewohner/innen zugrunde gelegt wird“ (Camino, 2003, S.52).

Diese kurze vergleichende Betrachtung zweier Präventionsbereiche, der gesundheitsbezogenen Primärprävention und der Gewaltprävention ließe sich ohne weiteres durch Entsprechungen aus dem Bereich der Unfallprävention oder der Suchtprävention ergänzen. Bis Ende der achtziger Jahre waren beispielsweise die Programme zur Suchtprävention auf reine Wissensvermittlung hin angelegt und gingen von einer einfachen Wirkungskette Wissen – Einstellung – Verhalten aus (vgl. Riemann, 2001, S.52). Deshalb wurde primär über die Gefahren von Substanzen „aufgeklärt“ und über Abschreckungsmodelle vor den Folgen des Konsums gewarnt. Beispielhaft für diese Form der Aufklärung seien Filme über Raucherlungen oder Lungenmodelle, die im Biologieunterricht zum Einsatz kamen, genannt. Diese Sichtweise hat sich mit der einer differenzierteren Betrachtung des Suchtverhaltens grundlegend verändert, die vom eigentlichen Risikoverhalten selbst weg geht, hin zu einer Betrachtung der Ursachen für das Risikoverhalten.

Moderne Suchtpräventionsprogramme zielen daher auf die Förderung von individuellen Schutzfaktoren ab, die der Ausübung von Risikoverhaltensweisen wie beispielsweise Drogenkonsum, entgegenwirken. Kompetenz-

und ressourcenfördernde Ansätze versuchen, durch systematisches Training von sozialen und personalen Kompetenzen Kindern und Jugendlichen Alternativen zu gesundheits-schädigenden Verhaltensweisen zu vermitteln. Deshalb ist die Suchtprävention zumeist nicht substanzgebunden angelegt. Riemann benennt als übergreifende Ziele primärer Suchtprävention:

- Soziale Kompetenzen: Kontaktfähigkeit, Kommunikation, Durchsetzen
- Bewältigungsfähigkeiten: Konflikt-/Problemlösung, Entscheidungsfindung
- Ich-Stärke: Selbstsicherheit, Kontrollüberzeugungen
- Alternativen zu Drogen: Kenntnis, Nutzung
- Standfestigkeit: Neinsagen, Gruppendruck, Werbung
- Informationen über Substanzen: Wirkungsweise, Verbreitung, Suchtpotentiale (vgl. Riemann, 2001, S. 52).
- Neben einer allgemeinen Kompetenzstärkung werden aber auch für den Bereich der Suchtprävention folgende Ziele angestrebt:
 - Abstinenz bei illegalen Drogen
 - Hinauszögerung des Tabakkonsums, bzw. weitest gehende Abstinenz gegenüber Tabakerzeugnissen
 - Selbstkontrollierter, verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol
 - Bestimmungsgemäßer Gebrauch von Arzneimitteln

Die benannten Gemeinsamkeiten, was Ziele, Strategien, Interventions-Orte und Qualitätsprobleme anbelangt, werden von den jeweiligen Akteuren der Kriminal-, Sucht-, Unfall- und gesundheitsbezogenen Prävention jedoch bislang nur unzureichend wahrgenommen. Dies hängt eng zusammen mit ihrer Ansiedlung in unterschiedlichen gesellschaftlichen Sektoren. Diese Ressortverhaftetheit der unterschiedlichen Präventionsbereiche und die Zersplitterung der Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen erschwert eine engere Zusammenarbeit zusätzlich. Nur für wenige Felder beispielsweise der Sucht und Kriminalprävention lassen sich erste Ansätze koordinierter Vorgehensweisen erkennen.

Kinderarmut und die Folgen: Wechselwirkungen zwischen sozialer Lage, Bildung, Risikoverhalten und Gesundheit

Kinder und Jugendliche sind überproportional stark von Armut betroffen. Dies ist jedoch weder in Deutschland noch in anderen europäischen Ländern eine neue Entwicklung, sondern war in Deutschland schon beispielsweise seit Mitte der achtziger Jahre anhand von Sozialhilfedaten belegbar. Jeder siebte

Minderjährige in Deutschland lebt in relativer Armut. Mehr als eine Millionen Kinder oder jeder vierzehnte Minderjährige ist auf Sozialhilfe angewiesen. Das höchste Armutsrisiko tragen die jüngsten Altersgruppen, wie nachfolgende Tabelle verdeutlicht.

Alter	Anzahl der Kinder
unter 3 Jahre	228.000
3 bis 6 Jahre	231.000
7 bis 14 Jahre	416.000
15 bis 18 Jahre	122.000

Tab. 1: Anzahl der Sozialhilfe beziehenden Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Jahr 2000 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2001)

Kinderarmut in Deutschland nimmt nach wie vor zu. Bislang sind die Folgen, die Armut für die Bildungs- und Gesundheitschancen dieser Kinder, aber auch für ihre sozialen Chancen auf ein erfülltes Leben in dieser Gesellschaft hat, zu wenig betrachtet worden. Kinder und Jugendliche stellen eine Bevölkerungsgruppe dar, bei der gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen entscheidend geprägt werden und bei denen der Aufbau von Gesundheitsressourcen für das spätere Gesundheits- und Krankheitsverhalten eine wichtige Rolle spielt. Bestimmte körperliche Entwicklungsreife-Stadien sind Voraussetzung für Schulfähigkeit und Schulerfolg. Gerade deshalb kommt dem frühzeitigen Erkennen von Entwicklungs- und Chancendefiziten eine besondere Bedeutung zu.

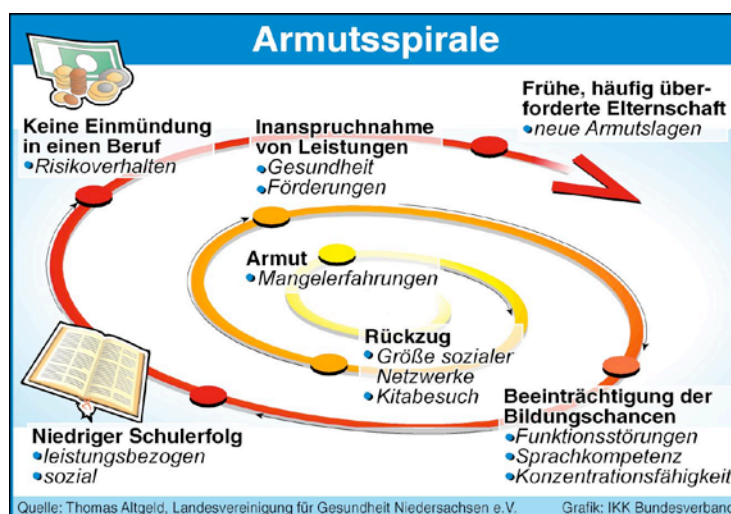
Hauser hat bereits 1989 den zutreffenden Begriff der „Infantilisierung der Armut“ (Hauser, 1989, S.126) geprägt. Trotzdem wurden Ausmaß und Auswirkungen der Kinderarmut in Deutschland erst relativ spät beforscht. Die wissenschaftlichen Veröffentlichungen aus diesem Bereich wurden quasi regierungsamtlich bestätigt durch den ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Dieser widmet der Kinderarmut eine eigenes Kapitel („Lebenslagen von Familien und Kindern“) und stellt dort u.a. fest: „Vor allem junge Familien mit kleinen Kindern tragen ein erhöhtes Armutsrisiko. Die Einkommensposition von allein Erziehenden hat sich in den 90er Jahren relativ verschlechtert. (...) Armut von Kindern ist vielfach eine Folge geminderter Erwerbs- und Einkommenschancen. Alleinerziehende Mütter und Mehrkindfamilien weisen sowohl ein erhöhtes Zugangs- als auch ein höheres Verbleibensrisiko in Armutslagen auf. Kinder sind vor allem hohen Entwicklungsrisiken ausgesetzt, wenn belastende Faktoren kumulieren“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001, S. 118).

Eine rein materielle Betrachtung von Armuts-

lagen beschreibt die Situation armer Kinder nur höchst unzureichend. Armut wirkt sich auf alle Lebensbereiche aus. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung legt jedoch einen weiter gefassten Begriff der Armut zugrunde als nur den ökonomischen. Danach werden „Kinder vor allem dann als arm bezeichnet, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- wenn die für ein einfaches tägliches Leben erforderlichen Mittel unterschritten werden,
- wenn es an unterstützenden Netzwerken für ihre soziale Integration mangelt,
- wenn sie von den für die Entwicklung von Sozialkompetenz wichtigen Sozialbeziehungen abgeschnitten bleiben,
- wenn Bildungsmöglichkeiten für ihre intellektuelle und kulturelle Entwicklung fehlen,
- wenn sie in ihrem Umfeld gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgesetzt sind,
- wenn Kinder in Familien vernachlässigt werden,
- wenn Kinder in Familien Gewalt ausgesetzt sind.“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001, S.9)

Tatsächlich korrespondiert die Einkommensarmut der Eltern in der Regel mit weiteren Armutsfolgen bei den betroffenen Personen und Familien: mit kultureller und sozialer Armut bzw. Benachteiligungen sowie gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Insbesondere diese Folgen der Armut für die kindliche Entwicklung und die Bildungschancen sind allerdings bislang schlecht untersucht. Auch die gesundheitlichen Folgen von Armutslagen bei Kindern wurden erst in den letzten Jahren genauer betrachtet. Dabei lässt sich das Zusammenwirken von Armutslagen, Bildung und Gesundheit als Armutsspirale charakterisieren (vgl. Altgeld, 2005, S.246).



Armut hat unmittelbare gesundheitliche Auswirkungen. Bereits bei neugeborenen,

Abb.1 Armutsspirale (Altgeld, 2005)

sozial benachteiligten Kindern lässt sich überdurchschnittlich oft ein unterdurchschnittliches Geburtsgewicht und eine höhere Infektionsanfälligkeit feststellen. „Die Information, dass Stillen für die Neugeborenen gesund ist, scheint bisher vor allem bei Frauen der oberen Statusgruppen angekommen zu sein“ (Mielck, 2005, S.79). Die Kumulation der Folgen von höheren Krankheitslasten, psychomotorischen Beeinträchtigungen und mangelhafter Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Förderangeboten lässt sich spätestens bei den Schuleingangsuntersuchungen deutlich als Benachteiligung für den Schulstart ablesen (vgl. Merseemann, 2000). Kinder aus armen Familien sind in ihren Bildungschancen massiv beeinträchtigt, weil sie mit erhöhten, häufig erst sehr spät erkannten gesundheitlichen und psychosozialen Auffälligkeiten eingeschult werden und das deutsche Schulsystem nicht sozialkompensatorisch angelegt ist, sondern selbst sehr schnell sozial ausdifferenziert. Viele Kinder in diesen Lebenslagen werden mangels ausreichender Fördermöglichkeiten im Grundschulbereich bereits in Förderschulen mehr oder weniger abgeschoben oder sie versagen im Rahmen der normalen Schullaufbahn relativ früh. Insbesondere Jungen aus sozial benachteiligten Familien stellen die höchste Quote an Sonderschülern und Schulabbrechern. Außerdem neigen sie früh zu gesundheitsrisikanten Verhaltensweisen, was beispielsweise Suchtmittelkonsum oder Fahrverhalten im Verkehr anbelangt. Selbst Unfälle sind keine Schicksalsschläge: „Die meisten ‚Raser‘ wurden in sozial unterprivilegierten Stadtteilen angetroffen. Mit anderen Worten, ein unfallträchtiges Verkehrsgeschehen konzentriert sich auf städtische Wohnbereiche, in denen Kinder unter sozial ungünstigen Bedingungen leben. So gesehen erscheint es wenig sinnvoll, ohne Beachtung der sozialen Gegebenheiten, die unfallmindernde Wirkung von Tempo 30-Straßen nachzuweisen, da solche Straßen sich vorzugsweise in privilegierten Wohngebieten finden“ (Martinus, http://www.kindersicherheit.de/html/artikel_martinius.html, Zugriff 10/2005).

Die Jugendministerkonferenz hält in ihrem Papier sogar eine veränderte „somatische Kultur“ bei sozial benachteiligten Jugendlichen für kennzeichnend für deren Situation: „Die lebenslagenabhängigen Sozialfaktoren werden zudem häufig verstärkt durch gesellschaftliche Entwicklungen im Sinne einer veränderten ‚somatischen Kultur‘. Diese bewegt sich ambivalent zwischen einer ästhetisierten ‚Körperversessenheit‘ und einer das Alltagsleben beherrschenden ‚Körpervergessenheit‘. Wissen und Integrieren von Gesundheit in die persönliche, familiäre alltägliche Lebensgestaltung

sind als Selbstverständlichkeit in erheblichem Umfang verloren gegangen. Dies lässt sich besonders deutlich an Aspekten wie Ernährung und Essverhalten, Bewegung oder Belastungen durch Suchtmittelgebrauch, Medienkonsum oder Fehlgebrauch von Pharmaka aufzeigen“ (Jugendministerkonferenz, 2005, S.4)“.

Aber nicht nur gesundheitsbezogenes Risikoverhalten wird durch diese Armutsspirale induziert, sondern auch höhere Kriminalitätsraten, höhere Unfallraten, höhere Gewaltbereitschaft und mangelnde soziale Bindungsfähigkeit. Wo man dabei auch hinschaut, bis auf sehr wenige Ausnahmen haben Angehörige der unteren Sozialschichten, insbesondere männliche Angehörige dieser Schichten, ein anderes Risikoprofil und neigen eher zu riskanteren Verhaltensweisen als Frauen und Männer mit einem höheren Bildungs- und Wohlstandsniveau.

Die Problemwahrnehmung in den verschiedenen Präventionsbereichen hat sich zwar erweitert, aber eine zentrale Herausforderung bleibt die Ablösung des Nebeneinanders von Initiativen und Programmen durch integrierte und vor allem zielgruppenorientierte Ansätze. Notwendig ist mehr Integration von Konzepten und Maßnahmen auf allen Ebenen, dabei kommt der Arbeit in den sozial benachteiligten Quartieren vor Ort eine Schlüsselrolle zu.

Herausforderungen einer sozialraum- und zielgruppenorientierten Prävention

Die Einsicht, dass mehr Vernetzung notwendig ist, wird von verschiedenen Präventionsträgern mittlerweile zumindest auf Programmebene betont. Dies hat aber bisher noch nicht dazu geführt, auch von monothematischen Präventionskonzepten abzurücken und Ressourcen für Prävention gemeinsam einzusetzen. In der Expertise „Prävention von Kinder- und Jugendkriminalität und -gewalt in Großstädten“ wird beispielsweise festgehalten: „Die Zusammenarbeit aller im Sozium vertretenen oder mit der jeweiligen Zielgruppe beschäftigten Einrichtungen und Institutionen – Jugendhilfe, Schule, Polizei, Verwaltungen u.a. – ist eine grundlegende Voraussetzung von nachhaltigen Projekten zur Jugendkriminalitätsprävention. Hier kommt es wesentlich auf die Entwicklung und Unterstützung von ressortübergreifenden Kooperationsstrukturen an. Ziel sollte es sein, auf horizontaler Ebene ein Netzwerk für eine kontinuierliche problemnahe und ‚kleinteilige‘ Präventionsarbeit zu schaffen. Es geht dabei primär um die Stärkung vorhandener Strukturen und die Vermeidung von Parallelstrukturen, um eine optimale Nutzung der existierenden Ressourcen und Synergieeffekte zu erreichen“ (Camino, 2003, S.2). Aber genau diese Vermeidung von Parallelstrukturen schei-

tert häufig an der Eigenlogik unterschiedlicher Sektoren und am grünen Tisch entwickelter Konzepte, die von außen an soziale Systeme herangetragen werden.

Gut gemeinte, aber für die entscheidenden Zielgruppen völlig wirkungslose Kampagnen sind politisch leider noch immer leichter durchzusetzen als kontinuierliche, langfristige Basisarbeit vor Ort. Aber genau solche oder ähnliche, falsch verstandenen Kampagnen sind politisch leichter durchsetzbar als integrierte Präventionsmaßnahmen vor Ort, weil sie meistens nur sektorintern abgestimmt werden müssen, überschaubare Finanzvolumina verschlingen und ein gewisses Maß an positiver Botschaft vermitteln, mit dem Politiker und Politikerinnen auf allen Ebenen (Kommune, Land, Bund und Europa) gerne vor die Presse treten.

In Großbritannien und in Kanada hat die integrierte Vorgehensweise in besonders benachteiligten Sozialräumen jedoch mittlerweile eine gewisse Tradition und kann auf erste Erfolge zurückblicken. Der kanadische „population health approach“ etwa formuliert als zentralen Handlungsansatz: „A population health approach directs investments to those areas that have the greatest potential to influence population health status positively. A population health approach is grounded in the notion that the earlier in the causal stream action is taken, the greater the potential for population health gains“ (Public Health Agency of Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/> Zugriff 10/2005). Auch die „Health Actions Zones“ in Großbritannien konzentrieren Maßnahmen auf bestimmte besonders belastete Sozialräume: „The Health Action Zone initiative was set up to target areas of disadvantage in the community where there was greatest need to address public health issues and an opportunity to make significant improvements. The initiative recognises the impact of social deprivation on health and the need to tackle the root causes of ill health“ (<http://www.investingforhealthni.gov.uk/zones.asp>, Zugriff 10/2005).

In Deutschland gibt es eine vergleichbare Konzentration gesundheitsbezogener Prävention auf die Zielgruppen mit dem größten Bedarf bislang nicht, aber das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ nimmt zumindest für den Bereich der Stadtentwicklung eine solche Konzentration vor und erzielt damit, wie Bähr u.a. (2003) nachgewiesen haben, auch mittelbare Effekte, die gesundheitliche Ungleichheiten vermindern. Das Programm „Soziale Stadt“ wurde 1999 gestartet, um der zunehmenden sozialen und räumlichen Spaltung in den Städten entgegenzuwirken. Zur Zeit sind mehr als 330 Programmgebiete in rund 230 deutschen Städten und Gemeinden an dem Programm

beteiligt. Die Ziele des Programms sind:

- „die physischen Wohn- und Lebensbedingungen sowie die wirtschaftliche Basis in den Stadtteilen zu stabilisieren und zu verbessern,
- die Lebenschancen durch Vermittlung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissen zu erhöhen,
- Gebietsimage, Stadtteilöffentlichkeit und die Identifikation mit den Quartieren zu stärken“ (<http://www.sozialestadt.de/programm/>, Zugriff 10/2005).

Für die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher wurde als Ergänzungsprogramm dazu das Bundesmodellprogramm Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (E&C) vom Bundesfamilienministerium im Jahr 2000 aufgelegt. E&C zielt darauf ab, Mittel und Aktivitäten zu bündeln, um die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern und ihnen neue Chancen zu eröffnen. Hierzu soll in den derzeit 313 Programmgebieten auf der Grundlage lokaler Aktionspläne soziale Ko-Produktion initiiert, unterstützt und begleitet werden. Gleichzeitig fordert E&C regionale und überregionale „soziale Produzenten“ auf, Ressourcen, Erfahrungen und Anstrengungen in diesen sozialen Brennpunkten und Regionen zu konzentrieren“ (www.eundc.de, Zugriff 10/2005).

Innerhalb des Programms entsteht eine „Verknüpfung von Städtebauförderung und sozialräumlich orientierter Jugendhilfe“ (vgl. ebenda). Die wesentlichen Ziele von E&C sind:

- „die Lebensbedingungen und Chancen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern,
- den Niedergang von Stadtteilen und ländlichen Regionen aufzuhalten und
- nachhaltige Entwicklungen anzustoßen“ (Ebenda).

Sowohl in dem Programm der Sozialen Stadt als auch in dem Begleitprogramm E&C spielt die Entwicklung lokaler Aktionspläne unter Einbezug der Zielgruppen eine wesentliche Rolle bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen. Durch quartiersbezogene Bestandsaufnahmen werden sowohl die Defizite als auch die Ressourcen innerhalb des Stadtteils erfasst. Darauf aufbauend werden realistische Ziele vor Ort formuliert. Genau diese Vorgehensweise ist aus der Setting-Arbeit in der Gesundheitsförderung ebenfalls etabliert und vor allem in betrieblichen Kontexten erfolgreich gewesen. Setting-Arbeit ist im wesentlichen ein Lernprozess, der in sozialen Systemen organisiert wird bzw. sich selbst organisiert und trägt. Nur scheinen viele Präventionskampagnen ohne diese Standards auszukommen. Auch eine Fülle engagierter Einzelprojekte vor Ort verzichtet

auf gründliche Voranalysen der Ausgangssituation vor Ort.

Grundlage für eine Neuorientierung der Prävention wären jedoch politische Entscheidungen, die tatsächlich einen neuen Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung intersektoral anlegen oder zumindest durch abgestimmte Programme (wie in dem oben genannten Beispiel) Synergieeffekte realisieren. Die Finanznot der öffentlichen Hände in Deutschland und die damit verbundene Projektmittelknappheit sollte zu einer Konzentration öffentlicher Mittel auf die Bevölkerungsgruppen führen, bei denen sich die meisten Problemlagen ballen. Die zentrale Herausforderung bleibt Weiterentwicklung integrierter, und vor allem sozialraum- und zielgruppenorientierter Ansätze. Hierzu wäre der stärkere Einbezug gesundheitsrelevanter Themenstellungen in lokale Aktionspläne oder die Unterstützung von Kommunen bei der Entwicklung kommunaler Gesundheitsaktionspläne nach dem Modell der englischen Health-Action-Zones wünschenswert.

Literatur

Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V. (Hg.) (1998): Mediatoren statt Gladiatoren – Faire und gewaltfreie Konfliktlösungen durch (Peer) Mediation in Jugendhilfe, Schule, Familie und Stadtteil. Tagungsdokumentation. München.

Altgeld, T. (2005): Zukunftsaufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung: mehr Zielgruppen- und Qualitätsorientierung, weniger sektoriales Denken. In: Krankenversicherung 9/2005. S.243-248.

Altgeld, T. (2000): Kursprogramme können gesundheitliche Chancengleichheit nicht herstellen! In: Prävention 3/2000, 23. Jahrgang, S. 73-76.

Bär, G./Buhtz, M./Gerth, H. (2004): Der Stadtteil als Ort der Gesundheitsförderung – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In: Rosenbrock, R./Bellwinkel, M./Schröer, A. (Hg.) (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, S.233-296.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001): Lebenslagen in Deutschland. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention – Präventionsgesetz. Berlin.

Butterwegge, Chr./Klundt, M./Zeng, M. (2003): Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland. Leske und Budrich, Opladen.

Camino, Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH (2003): Expertise „Prävention von Kinder- und Jugendkriminalität und -gewalt in Großstädten“, im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI. Berlin 2003. www.eundc.de/seiten/info/pub_ex.html

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ) (2003): Dokumentation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe Jahresauswertung Schuljahr 2002/2003. Bonn.

Franzkowiak, P./Sabo, P. (Hg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo, Mainz.

Hauser, R. (1989): Tendenzen der Armutsentwicklung in Deutschland. In: Döring, D./Hauser, R. (1989): Politische Kultur und Sozialpolitik, Frankfurt, S. 118-132.

Landeshauptstadt Düsseldorf (2002): Düsseldorf Gutachten: Leitlinien wirkungsorientierter Kriminalprävention, Düsseldorf.

Mersemann, H. (2000): Gesundheit von Schulfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000): Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Köln, S. 60-78.

Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Einführung in die aktuelle Diskussion, Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Riemann, K. (2001): Zur Evaluation von Projekten der Suchtprävention. In: Kammerer, B./Rumrich, R.(Hg.) (2001): ...und es gibt sie doch! Suchtprävention in Schulen. emwe-Verlag, Nürnberg, S. 51-57.

Rosenbrock, R./Bellwinkel, M./Schröer, A. (Hg.) (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven.

Statistisches Bundesamt (2001): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden.

Walter, U. (2003): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland – Expertise aus sozialmedizinischer Sicht. Hannover.

Kontakt:

Thomas Altgeld,
Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Telefon: 0511 38 81 18 90
Fax: 0511 35 05 59
Email: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de
www.gesundheit-nds.de