

*Wolfgang Heckmann*

## **BEGRÜNDUNG für eine Programmatik zur Entwicklung gemeinsamer Perspektiven von Gewaltprävention und Public Health**

New Public Health war eine adäquate Antwort auf die Partikularisierung von Gesundheitsthemen und Gesundheitszielen, die von politischer Prioritäten-Setzung und Katastrophen-Szenarien getrieben waren. Wer sich in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in der Drogen-Hilfe engagierte oder in den 80er Jahren in der Aids-Hilfe, musste sich in einem isolierten Maßnahmen-Feld gegen ein „Welle“ oder eine „Seuche“ zurechtfinden und fand nur dort Bündnis-Partner.

Die Public-Health-Debatte in den 80er Jahren erweiterte die Perspektive enorm und bot vor allem in der Aids-Krise eine Alternative zu den von Panik getriebenen Kontroll-Plänen à la Gauweiler.

New Public Health: Das bedeutete die Umkehrung der alten, jedenfalls in den USA noch von militärischen Strukturen geprägten Strategie von Registrierung, Pflichten-Heften für Untersuchung und Impfung sowie Verhaltens-Kontrolle. Es bedeutete einen Neuanfang unter dem Leitstern eines humanistischen Menschenbildes, das den Betroffenen selbst vertraute, sich um ihre Gesunderhaltung zu kümmern.

Das in den 1980er Jahren im Wesentlichen durch das Europäische Regionalbüro der WHO Aktionsprogramm wurde erstmals 1986 in der „Ottawa-Charta“ 1986 zusammengefasst. Seither ist die Definition von Gesundheit nicht mehr als „Abwesenheit von Krankheit“, sondern als „vollständiges physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden“ festgeschrieben, das nicht durch Risiko-Prävention, sondern durch Verbesserung der Bedingungen von Gesundheit erzielt wird.

„Zu den Maßnahmen der Gesundheitsförderung gehören z.B. die Gesetzgebung zur Reduktion von Gesundheitsbelastungen und zur Unter-

stützung von Gesundheitshandeln, Health impact assessment/Gesundheitsverträglichkeitsprüfung sowie gesundheitsförderliche Strukturmaßnahmen zur Verbesserung von Wohnbedingungen, Arbeitsbedingungen und Gemeinschaftsverpflegung in verschiedenen Institutionen (Gesundheitsschutz). Durch gesundheitspolitische Interventionen sollen die Handlungs- und Wahlmöglichkeiten der Menschen erweitert werden und soll die „gesündere Wahl zur leichteren Wahl“ gemachten werden.“ (Kaba-Schönstein 2011, S. 138)

Dieser Meilenstein, den die Charta zweifellos darstellt, wäre wohl kaum denkbar gewesen ohne Vorlauf und inhaltliche Unterstützung, durch Frauen-, Gesundheits-, Selbsthilfe-, Umwelt- und Verbraucher-Bewegung – also Strömungen in der Zivilgesellschaft weltweit. Die führende Rolle für die Verbreitung des Konzeptes der Gesundheitsförderung und seiner Etablierung als integrative Strategie zur Vermeidung aller denkbaren Gesundheitsrisiken und zur Förderung der Gesundheitsbedürfnisse der Menschen übernahm aber seitdem die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Weitaus später werden die Gesundheitsbedürfnisse (auch im Anschluss an Maslow) katalogisiert:

- angemessene Ernährung
- sorgfältige Hygiene
- Einhaltung von Schlaf- und Wachrhythmus
- Beachtung von Körpersignalen
- Schutz vor körperlicher und seelischer Beeinträchtigung
- Wertschätzung und bedingungslose Liebe
- Bewältigung existentieller Ängste (WHO, zit. n. Röhrle/Sommer 1999).

Damit gehört der Schutz vor Bedrohung und Gewalt und vor deren Einfluss auf das physische, psychische und soziale Wohlbefinden unbedingt zum Arbeitsfeld der Gesundheitsförderung.

Um den Zusammenhang von Gewaltprävention und Public Health oder besser: den fehlenden Zusammenhang beurteilen zu können, ist es erforderlichlich,

- erstens die Kern-Dokumente der weltweiten Gesundheitsbewegung zu sichten
- und zweitens die Praxis der Gesundheitsförderung zu beleuchten.

**Die Dokumente:** Der Ottawa-Konferenz folgten weitere Konferenzen in Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexiko-City (2000), Bangkok (2005) und Nairobi (2009). Sie dienten der Differenzierung und Weiterentwicklung der politisch besonders brisanten Handlungsfelder der Ottawa-Charta, z.B. des Aspektes der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheit(sdiensten) oder der Schließung der Lücke zwischen Gesundheitsförderung und Entwicklungspolitik.

Ein Jahrzehnt nach der Ottawa-Konferenz widmete sich die „Jakarta-Konferenz zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“ 1997 der Evaluation der Konzept- und Praxisentwicklung und bestätigte die Wirksamkeit der „Mehrebenen-Strategie“ – mit den Ebenen Gesundheitfördernde Gesamtpolitik, Gesundheitsförderliche Lebenswelten, Neuorientierung der Gesundheitsdienste (Institutionen), Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen und Entwicklung persönlicher Kompetenzen (Lebensweisen).

Sie hob den setting-Ansatz als großen Erfolg hervor, markierte die Armut als die größte Bedrohung der Gesundheit, nannte als weitere Faktoren die Verstädterung, die Informationstechnologie und die Globalisierung der Wirtschaft. Auch mahnte sie ausdrücklich die „intersektorale Zusammenarbeit“ und die Entwicklung von neuen, gleichberechtigten „Partnerschaften für Gesundheit“ an.

In den Folgejahren wurde der Ruf nach „cross-sectional health policy“, nach interdisziplinärer Vernetzung, immer deutlicher. Eine Verbindung zur Gewalt-Prävention ist in den einschlägigen Dokumenten dennoch nicht zu finden. Allenfalls ein fact sheet der WHO (2015) zur Jugend-

gewalt empfiehlt einen Maßnahmen-Katalog, u.a. die Entwicklung von Material gegen „bullying“ in Schulen, also kein eigenständiges Engagement im Sektor Public Health .

Ebensowenig setzt der Europa-Rat mit seinem Papier „Gender matters“ (2007) auf Public Health als Hebel gegen genderbasierte Gewalt unter jungen Menschen, sondern wieder ausschließlich auf die Jugendhilfe.

Bei der programmatischen Erklärung für eine Kampagne zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen (2006) werden die Akteure, die eine solche Kampagne zu tragen hätten, nicht genannt.

Das gilt auch für die Aktionsprogramme der EU, die sich seit 1996 mit hohem Mittel-Einsatz der Gesundheitsförderung widmen. So hätte man beim „Aktionsprogramm zur Verhütung von Verletzungen“ (1999-2003) den Aspekt Gewalt erwarten können, findet dort aber nur Projekte zur Datensammlung und in geringem Umfang zur Sozial-Epidemiologie, nicht jedoch PH-orientierte Maßnahmen.

Unter dem Eindruck der massiven Beeinträchtigung von Gesundheit durch Armut sind die Armuts- und Reichtums-Berichte der Bundesregierung ebenfalls von Interesse. Im Band „Lebenslagen in Deutschland“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013) ist dem Thema Gewalt als Folge-Risiko von Armut ein breiter Raum gewidmet, allerdings vorrangig als Gewalt gegen Frauen, nur am Rande zum Thema „gewaltfreies Aufwachsen“ von Kindern und Jugendlichen und gar nicht als Gewalt unter und an Männern.

Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Häusliche Gewalt hat im Auftrag des BMFSFJ Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen gegen häusliche Gewalt ausgearbeitet – wiederum nur für den schulischen Bereich und dort vor allem für den Biologie-Unterricht (Gesundheits- und Sexualerziehung).

Die meisten Dokumente und Programme, die sich (auch) mit Gewalt befassen, stammen aus den Bereichen Sozial-, Familien oder Jugend-

Politik. Deshalb ist ein Dokument besonders interessant, das aus dem Bundesministerium für Gesundheit stammt: Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (2008). Dort heißt es schon im ersten Satz: „Alle Kinder müssen gleiche Lebenschancen haben. Sie sollen gesund und in einer intakten Umwelt ohne Gewalt und Vernachlässigung aufwachsen.“ Was dann allerdings an Programmatik folgt, ist nur mit einem kleinen Modell-Projekt in 5 Städten als Früherkennung häuslicher Gewalt durch Arzt-Praxen im Bereich Public Health angesiedelt, ansonsten doch wieder nur in Schule und Jugendhilfe.

Das vom BMG geförderte Bundesforum Familienhilfe geht in seiner Broschüre „Gesundheit für alle – in und mit Familien“ (2011) da schon weiter und thematisiert gewalthaltige Medieninhalte, gewaltverherrlichende Filme, auf die Ausübung virtueller Gewalt zielende Computerspiele und deren Folgen für Kinder und Jugendliche. Es reklamiert den Schutz von Familien vor psychischer, physischer und struktureller Gewalt und sexuellen Übergriffen, um die negativen Folgen für die Entwicklung und Bildung von Kindern und Jugendlichen zu vermeiden.

Aber in den „Leitbegriffen der Gesundheitsförderung“, dem Standardwerk für New Public Health in Deutschland und einem Ziehkind der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) wird das Wort Gewalt nur ein einziges Mal erwähnt: als eine der Determinanten von Gesundheit (Richter/Hurrelmann 2011, S. 45)

Und im „Wegweiser Gesundheitsförderung“, einer Internetseite der BzgA, nach Themen und Bereichen geordnet, gilt: Fehlanzeige für das Thema Gewalt. Dasselbe gilt für die InfoDienste. Dafür wurde das Thema mit einer eigenen Seite breit dargestellt im Frauengesundheitsportal, die aber derzeit bearbeitet wird.

Erst 2014 ist mit dem Klinischen Handbuch der WHO “Gesundheitliche Versorgung von Frauen, die Gewalt in der Paarbeziehung oder sexuelle Gewalt erfahren” ein Dokument erschienen, das dem Anspruch

einer Integration von Gewaltprävention in das System von Public Health genügen kann. Es steht weltweit zur Verfügung.

**Die Praxis der Gesundheitsförderung:** Einen besonderen Platz nimmt das Thema Gewalt im gesamten Feld von Public Health wahrhaftig nicht ein. Die Abteilung für Gesundheitsförderung im europäischen Büro der WHO bekam nach Ottawa einen Zuschnitt und einen Namen nach dem Geist der Charta: Lebensweisen und Gesundheit mit den Untereinheiten Alkohol und Gesundheit, Drogen und Gesundheit, Tabak oder<sup>1</sup> Gesundheit, Sexuelle Gesundheit, Gesunde Städte (als Startpunkt des setting-Ansatzes). Das Thema Gewalt könnte in dieses programmatische System natürlich eingefügt werden, wird aber nirgends sichtbar gemacht.

Das gilt erst recht für die Institutionen, die gemäß der Ottawa-Charta neuorientiert werden sollten: Die öffentlichen Gesundheitsdienste haben auch dort, wo sie New Public Health realisieren wollen, die Integration von Gewaltprävention nicht systematisch entwickelt, sondern überlassen sie doch eher dem Jugend- oder dem Sozialamt und der Polizei. Selbstverständlich kann sich beispielsweise der Sozialpsychiatrische Dienst mit Projekten der Gewaltprävention vernetzen, tut dies auch hier und da, aber eben nicht systematisch. Intersektorale Zusammenarbeit bleibt weiterhin die Ausnahme.

Es lohnt sich, (aus eigener Anschauung) einige Ausnahmen zu benennen:

- Das Berliner Institut für Familientherapie: Opfer und Täter außerfamiliärer Gewalt werden gleichermaßen betreut (1992), Vernetzung von allen Institutionen einschließlich der Gesundheitsbehörden, die mit Opfern in Kontakt waren und forschen, um die Prävention zu verbessern.

---

<sup>1</sup> Das "oder" beim Tabak war übrigens als provozierender Hinweis darauf gemeint, dass bei dieser Droge schon die geringste Dosis die Gesundheit gefährdet.

- Korbacher Präventionswoche 2010: Eine Woche lang wurden Netzwerk-Projekte aus Sucht- und Gewaltprävention bekannt gemacht – regionale Präventionsräte dokumentierten ihr Arbeit – beides unter Beteiligung des Gesundheits-Sektors.
- Im Kanton Freiburg (CH): Gewalt in Paarbeziehungen erkennen – die Opfer unterstützen, vernetzen, informieren und schützen (2007), eine Broschüre und ein Weiterbildungsangebot, das sich ausdrücklich an Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich richtet.
- Ein europäisches Projekt: HEROES, das die cross-fertilisation (Kreuzung) von Sucht-, Aids-, Gewalt-Prävention und Verkehrssicherheitsarbeit zum Prinzip gemacht hatte und so Synergie-Effekte erzielte (2006-2010).
- Ein Forschungsprojekt: Gesundheit – Gewalt – Migration (2007) hat die Gewalterfahrungen und deren gesundheitliche Folgen bei Frauen mit und ohne Migrations-Hintergrund untersucht (BMFSFJ).
- Das Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (MIGG) mit einer Laufzeit von drei Jahren (2008 bis 2011) richtete sich an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Sie wurden unterstützt beim Erkennen und Ansprechen der Folgen von Gewalt, der gerichtssicheren Dokumentation und dem fachlichen Umgang mit gewaltbelasteten Patientinnen in ihrer Praxis.
- In Stendal wird zum Thema „Frühe Hilfen“ (gesundes und gewaltfreies Aufwachsen) ein Weiterbildungs-Kurs angeboten, der sich an Fachkräfte der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens richtet.
- Das Projekt FAUSTLOS, das nach Methoden der Gesundheitsförderung sozial-emotionale Kompetenzen fördert und damit eine zunehmende Ablehnung aggressiver Verhaltensweisen zur Konfliktlösung erreicht, wird für Kindergärten und Grundschulen angeboten. (Heidelberger PräventionsZentrum).
- In Berlin arbeitet das Projekt S.I.G.N.A.L. seit 16 Jahren an der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für Frauen (und Männer), die Gewalt erleben bzw. erlebt haben. Verantwortliche im Gesundheitswesen, Träger und Anbieter der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung, Ausbildungsstätten für Gesundheitsbe-

rufe und Anbieter von Fort- und Weiterbildungen für Sozial- und Gesundheitsberufe sind die zentralen Akteure/-innen und Kooperationspartner/-innen. Eine Koordinierungsstelle arbeitet mit allen Akteurinnen und Akteuren der Interventionskette gegen häusliche und sexualisierte Gewalt zusammen. Enge Kontakte bestehen zu Einrichtungen der Suchtberatung und -versorgung.

- Das BMFSFJ fördert eine kostenlose Rufnummer für Frauen, die unter Gewalt leiden, auch mit gesundheitlicher Beratung verbunden.

Der Bereich der Ausbildung darf sich aus der Verantwortung für den blinden Fleck Gewaltprävention nicht ausnehmen: Das große Werk, das mit der Erprobung und dann mit der Etablierung eines grundständigen, praxisorientierten Studiengangs Gesundheitsförderung/-management 1992 in Magdeburg begann und mittlerweile an vielen anderen Hochschulen etabliert ist, hat sich um das Thema Gewalt nicht gerissen. Es blieb dem Studium der Sozialen Arbeit weitgehend überlassen und oftmals nur durch Lehrbeauftragte abgedeckt.

Das Studierverhalten zur Praxis der Gesundheitsförderung konzentrierte sich i.w. auf die Felder Bewegung und Ernährung, allenfalls noch auf Stress, nur selten auf Exzess (Sucht). Die Bereiche physische, psychische und soziale Gesundheit werden bis heute in dieser Reihenfolge wichtig genommen. Alle drei könnten auch das Thema Gewaltprävention umfassen.

Paulus/Michaelsen-Gärtner benennen in ihrem „Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung“ (2008), der für die Verbesserung der Schulqualität insgesamt einen großen Fortschritt darstellt, als Indikatoren lediglich Bewegung, Ernährung und Stress/psychische Gesundheit und in der überaus umfangreichen Tool-Box kommt nur zweimal das Wort Konflikt- im Zusammenhang mit Stress-Management vor und ein einziges Tool zum Thema Gewalt vom Hessischen Netzwerk gegen Gewalt.



Seit 2014 existiert für die 14 Studiengänge der Gesundheitsförderung in Deutschland ein Fachqualifikationsrahmen – ein großer Fortschritt nach einem fruchtbaren Abstimmungsprozess zwischen den Hochschulen. Für die inhaltliche Ausfüllung der intersektoralen Zusammenarbeit bedarf es noch eines weiteren Schritts.

## **Literatur**

Bengel, J., Meinders-Lücking, F., Rottmann, N.: Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen, Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit, Köln 2009

Kaba-Schönstein, L: Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und –strategien, in: Blümel, S., Franzkowiak, P., Kaba-Schönstein, L., Nöcker, G., Trojan, A. (Red.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Gamburg 2011

Paulus, P., Michaelsen-Gärtner, B.: Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung. Gesundheitsqualität im Kontext Schulqualität, Leuphana Lüneburg 2008

Richter, M./Hurrelmann, K.: Determinanten von Gesundheit, in: Blümel, S., Franzkowiak, P., Kaba-Schönstein, L., Nöcker, G., Trojan, A. (Red.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Gamburg 2011

Röhrle, B./Sommer, G. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung, Tübingen 1999