

Wolfgang Heckmann

THESEN zu Rahmenbedingungen auf kommunaler Ebene, auf der Ebene des Bundes und der Länder sowie Strukturen der Vernetzung und Kooperation auf diesen Ebenen zwischen Wissenschaft, Praxis, Verwaltung und Politik als Fundament künftiger, im Sinne gewaltfreien Handelns nachhaltiger und effektiver Gewaltprävention

Obwohl Public Health im (langen) Titel nicht einmal vorkommt, geht es natürlich darum, wie dort Gewaltprävention künftig integriert oder in Kooperation durchgeführt werden kann.

These 1: Auf der kommunalen Ebene gibt es noch den geringsten Handlungsbedarf. Hier werden in sehr vielen Regionen Initiativen im Bereich der Gewaltprävention mit solchen in der Suchtprävention, solchen gegen Rassismus, zum Kinderschutz, zu Verkehrssicherheit usw. verbunden. Dabei werden alle kommunalen Kräfte, aus Jugendhilfe, Schule, Sozialarbeit, Gesundheitswesen und Polizei gebündelt, um die Prävention als Gemeinschaftsaufgabe stemmen zu können. Die theoretische Forderung nach intersektoraler Zusammenarbeit spielt dabei gewiß auch eine Rolle – der größere Aufforderungs-Charakter dürfte aber vom Mangel an Ressourcen im Angesicht einer Vielfalt von Aufgaben ausgehen.

So wird bereits in vielen Schulen je nach kommunalem Bedarf eine Verbindung zwischen Sucht-, Aids- und Gewaltprävention sowie Anti-Rassismus und Friedens-Erziehung hergestellt.

Da das Gesundheitssystem (nächst der Schule) fast alle Menschen – sogar lebenslang – erreicht, muss die Prävention das Gesundheitssystem in der Breite erreichen und ursachenadäquates Handeln generieren.

These 2: Auf Landesebene sind die Gesundheitsministerien nicht genügend mit den Innenministerien vernetzt, um ein kohärentes Programm der Verbindung von Public Health und Gewaltprävention organisatorisch und programmatisch zu steuern. Die Praxis der Runden der Staatssekretäre, gern auch mit Jugend-, Familien- und Sozial-Ministerien gemeinsam, ist bisher nicht zielführend, weil Absichtserklärungen nicht ausreichen. Wichtiger wären eine konkrete Verbindung und direkte Absprachen von Landesvereinigungen für Gesundheit und Landespräventionsräten.

Gerade angesichts der erweiterten Möglichkeiten von Präventionsmaßnahmen im Gesundheitswesen (Präventionsgesetz) ist die Vernetzung von allen gesundheitsrelevanten Präventionsthemen und die Kooperation zwischen ihren Akteur/innen dringlich geworden.

These 3: Auf Bundesebene wäre das Optimum eine Revision des Präventions-Gesetzes mit ausdrücklicher Schwerpunktsetzung auch für die Gewaltprävention und die Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Gewalt. Zumindest aber sollte eine Zusammenführung der Bundes-Modellprogramme und bürgerschaftlichen Initiativen stattfinden, die etwas mit Gewaltprävention und zugleich Public Health zu tun haben:

- Frühe Hilfen
- Suchtprävention
- Häusliche Gewalt
- Gewalt gegen Frauen
- Gewalt gegen Männer
- Kinderschutz
- Gewalt in der Pflege.

Dass die noch in Arbeit befindlichen Leitlinien zum Präventionsgesetz bisher das Ziel der Gewaltprävention nicht umfassend enthalten, sondern lediglich das Teilziel „Gewaltprävention in der Pflege“, ist extrem inadäquat und bedarf der Korrektur durch die Spitzen von Krankenkassen und Gesundheitssystem.

These 4: Übergreifende Strukturen von Regierungs-Behörden, Krankenkassen, öffentlichen Gesundheitsdiensten, Krankenhäusern, niedergelassener Ärzteschaft, Wohlfahrtsverbänden, Gemeinwesen-Initiativen müssen die Kautelen aushandeln, unter denen Fortschritte in Richtung von Synergie-Effekten zwischen Public Health und Gewaltprävention erreicht werden können.

Zeit- und Kosten-Einsatz für Vernetzung und gezielte Kooperation müssen selbstverständlich werden.

5. These: Die gesundheitliche sowie psychosoziale Versorgung von Opfern häuslicher und sexueller Gewalt muss in die medizinische Primärversorgung integriert werden und als ein Qualitätsstandard in das Management von Krankenhäusern einziehen. Gesundheitsfachkräfte müssen für Interventionen bei Opfern häuslicher und sexueller Gewalt gestärkt werden. Dazu braucht es leicht zugängliche Handlungsrichtlinien, Sicherheitsmaßnahmen, regelmäßige Schulungen innerhalb von Praxen und Krankenhäusern, Zeit- und Personalressourcen.

Die „drei A: ask, assess, advise“, in der Nikotin-Prävention in der niedergelassenen Ärzteschaft seit langem angekommen, muss sich auch auf den bisher noch „blinden Fleck“, die Anzeichen von Gewalt-Erfahrungen, erstrecken und abrechenbar werden.

6. These: Gewaltprävention im Kontext von Public Health muss Resilienz stärken, sich den Schutzfaktoren widmen:

- im Säuglingsalter: positive Aufmerksamkeit, soziale Orientierung, wenig kindbedingter Eltern-Stress

- im Kleinkindalter: eigenständige Suche nach neuen Erfahrungen, positive soziale Orientierung, deutliche Fortschritte in der Entwicklung
- im Grundschulalter: gutes Auskommen mit den Mitschüler/innen, gutes Sprach- und Lesevermögen, Nutzung eigener Fertigkeiten, viele Interessen, vielfältige Aktivitäten, positives Selbstkonzept
- im Jugendalter: hohe Eigenverantwortlichkeit, viele soziale Fertigkeiten, selbstsicheres Verhalten, Anbieten und Einfordern sozialer Unterstützung
- im Erwachsenenalter: Selbstwirksamkeits-Erfahrungen und Stärkung des Kohärenz-Gefühls
- im hohen Alter: Aufrechterhaltung von Mobilität, Selbstbestimmung und Lebensgestaltung
- im Greisenalter: niedrighschwelliger Zugang zu Hilfsmitteln und Pflege-Einrichtungen.