

# **Schwer erreichbare Zielgruppen - Handlungsansätze für eine neue Verkehrssicherheits- arbeit in Deutschland**

**Berichte der  
Bundesanstalt für Straßenwesen**

**Mensch und Sicherheit Heft M 237**



**bast**

# **Schwer erreichbare Zielgruppen - Handlungsansätze für eine neue Verkehrssicherheits- arbeit in Deutschland**

von

Walter Funk  
Hendrik Faßmann

Institut für empirische Soziologie  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

**Berichte der  
Bundesanstalt für Straßenwesen**

**Mensch und Sicherheit Heft M 237**

**bast**

Die Bundesanstalt für Straßenwesen veröffentlicht ihre Arbeits- und Forschungsergebnisse in der Schriftenreihe **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen**. Die Reihe besteht aus folgenden Unterreihen:

A - Allgemeines  
B - Brücken- und Ingenieurbau  
F - Fahrzeugtechnik  
M - Mensch und Sicherheit  
S - Straßenbau  
V - Verkehrstechnik

Es wird darauf hingewiesen, dass die unter dem Namen der Verfasser veröffentlichten Berichte nicht in jedem Fall die Ansicht des Herausgebers wiedergeben.

Nachdruck und photomechanische Wiedergabe, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesanstalt für Straßenwesen, Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit.

Die Hefte der Schriftenreihe **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen** können direkt bei der Carl Schünemann Verlag GmbH, Zweite Schlachtpforte 7, D-28195 Bremen, Telefon: (04 21) 3 69 03 - 53, bezogen werden.

Über die Forschungsergebnisse und ihre Veröffentlichungen wird in der Regel in Kurzform im Informationsdienst **Forschung kompakt** berichtet. Dieser Dienst wird kostenlos angeboten; Interessenten wenden sich bitte an die Bundesanstalt für Straßenwesen, Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit.

Ab dem Jahrgang 2003 stehen die Berichte der BAST zum Teil als kostenfreier Download im elektronischen BAST-Archiv ELBA zur Verfügung.  
<http://bast.opus.hbz-nrw.de/>

## **Impressum**

**Bericht zum Forschungsprojekt FE 82.0521/2011:**  
Schwer erreichbare Zielgruppen – Handlungsansätze für eine neue Verkehrssicherheitsarbeit in Deutschland

### **Fachbetreuung**

Nicola Neumann-Opitz

### **Herausgeber**

Bundesanstalt für Straßenwesen  
Brüderstraße 53, D-51427 Bergisch Gladbach  
Telefon: (0 22 04) 43 - 0  
Telefax: (0 22 04) 43 - 674

### **Redaktion**

Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit

### **Druck und Verlag**

Fachverlag NW in der  
Carl Schünemann Verlag GmbH  
Zweite Schlachtpforte 7, D-28195 Bremen  
Telefon: (04 21) 3 69 03 - 53  
Telefax: (04 21) 3 69 03 - 48  
[www.schuenemann-verlag.de](http://www.schuenemann-verlag.de)

ISSN 0943-9315

ISBN 978-3-95606-020-5

Bergisch Gladbach, Juli 2013

## Kurzfassung – Abstract

### Schwer erreichbare Zielgruppen – Handlungsansätze für eine neue Verkehrssicherheitsarbeit in Deutschland

Die vorliegende Literaturdurchsicht gibt einen Überblick über (inter-)nationale Befunde zum Zusammenhang zwischen dem Verkehrsunfallrisiko und dem ökonomischen, sozialen und kulturellen Hintergrund der Verkehrsteilnehmer. Dabei werden schwer erreichbare oder sozial schwache Personen als Zielgruppen fokussiert. Personen können entweder organisatorisch schwer erreichbar sein (Identifikation; Ansprechbarkeit), oder die Verkehrs-sicherheitsangebote erreichen ihr Zielpublikum nicht (Akzeptanz; kognitive Ebene) bzw. werden nicht verhaltensrelevant (Compliance; Verhaltens-ebene). Sozial Schwache werden auf ökonomischen, sozialen und kulturellen Dimensionen von besser Gestellten unterschieden.

Parallelen in der Zielgruppenansprache und Ansatzpunkte für Kooperationsmöglichkeiten werden explizit bei Akteuren der Gesundheitsförderung gesehen. Deren Strategie der Verknüpfung verhaltenspräventiver mit verhältnispräventiven Maßnahmen in einem Setting-Ansatz wird vorgestellt. Das Setting Stadtteil/Quartier erscheint für Interventionen besonders Erfolg versprechend. Zur Verkehrssicherheitsarbeit anschlussfähige Programme der Gesundheitsförderung werden vorgestellt.

Der Bericht zeigt die Anknüpfungspunkte der Verkehrssicherheitsarbeit für eine Kooperation im Programm „Soziale Stadt“ auf. Ein solches Vorgehen eröffnet für die Verkehrssicherheitsarbeit neue Potenziale zur Ansprache schwer erreichbarer oder sozial schwacher Zielgruppen.

Als konkrete Beispiele für eine verhaltens- und verhältnispräventive Verkehrssicherheitsarbeit im Setting Schule wird auf Ansätze der personalen Kommunikation im Setting beruflicher Schulen sowie ein sich gegenüber dem lokalen Umfeld öffnendes Mobilitätsmanagement von Schulen verwiesen. Ein Pilotprojekt zur Kooperation mit anderen Partnern in einem Setting-Ansatz wird ebenso empfohlen wie die Dokumentation vorhandener Maßnahmeansätze für schwer erreichbare Zielgruppen in einer Online-Datenbank oder die Nutzung des Internets zur Zielgruppenansprache.

### Hard to reach target groups – action approaches to new road safety work in Germany

This review of literature provides a summary of (inter)national findings on the connection between the road accident risk and the economical, social and cultural background of road users. The focus here is on people that are hard to reach or are socially underprivileged. Such people can either be hard to reach for organisational reasons (identification; accessibility), or the road safety offers fail in the reaching of those they are trying to address (acceptance, cognitive level) or they are not behaviourally relevant (compliance; behavioural level). The socially underprivileged are distinguished from those in a better position as regards economical, social and cultural dimensions.

Parallels in the reaching of target group and starting points for cooperation possibilities are explicitly seen as existing with regard to those involved in health promotion. Their strategy of linking behaviour-based preventive measures to environmental preventive measures is presented in a setting approach. Especially the urban district/quarter setting seems to be most promising. Health promotion programs which can be meaningfully linked to road safety work are presented here.

The report shows the connecting factors in road safety work for a cooperation in the “Social City” program. Such an approach provides the road safety work with new potentials when it comes to accessing hard to reach or socially underprivileged target groups.

Specific examples of behaviour-based preventive measures and environmental preventive measures within a school setting are personal communication approaches in a vocational school setting and a mobility management of schools which opens itself to the local environment. A pilot project which concerns itself with a cooperation with other partners which adopts a setting approach is recommended, as is the documentation of existing measure approaches for hard to reach target groups either in an online database or the use of the Internet in order to address the target groups.



## Inhalt

<b>1 - Problemstellung</b> .....	7 -	3.3.3 Erwachsene (Eltern), die keine - (geeigneten Rückhaltesysteme für - Kinder nutzen .....	49 -
<b>2 - Hintergrund und Begriffs- klärungen</b> .....	7 -	3.3.4 Alkohol- und Drogenkonsumenten ....	49 -
2.1 - Morbidität/Mortalität und soziale - Lage .....	8 -	3.3.5 (Ältere) Menschen mit Behinde- rungen und (chronisch) Kranke .....	49 -
2.1.1 Begriffe zur Kennzeichnung der - sozialen Situation von Personen .....	8 -	3.3.6 Migranten .....	50 -
2.1.2 Modellvorstellungen zur Erklärung - gesundheitlicher Ungleichheit .....	11 -	3.3.7 Fahrer verkehrsunsicherer - Fahrzeuge .....	50 -
2.2 - Schwer erreichbare Personen - (-gruppen) – „Hard to Reach“ .....	12 -	3.4 - Zwischenergebnis .....	50 -
2.3 - Sozial Schwache als schwer - erreichbare Gruppen .....	14 -	<b>4 - Parallelen und Kooperations- möglichkeiten zwischen - Verkehrssicherheitsarbeit und - Gesundheitsförderung</b> .....	51 -
<b>3 - Sozial Schwache und schwer - Erreichbare im Kontext der - Verkehrssicherheit</b> .....	15 -	4.1 - Strategien der Gesundheits- förderung .....	51 -
3.1 - Verkehrssicherheit sozial schwacher - Menschen .....	15 -	4.2 - Ansprache von sozial Benachteiligten - in der Gesundheitsförderung .....	53 -
3.1.1 Verkehrssicherheit von sozial - Schwachen in Deutschland .....	18 -	4.3 - Kooperation Verkehrssicherheitsarbeit - und Gesundheitsförderung .....	54 -
3.1.2 Verkehrssicherheit von Migranten - in Deutschland .....	21 -	4.4 - Verkehrssicherheitsarbeit als - Verknüpfung von Verhaltens- und - Verhältnisprävention .....	54 -
3.1.3 Verkehrssicherheit von sozial - Schwachen in Großbritannien .....	27 -	4.5 - Setting-Ansatz/Sozialräumlicher - Ansatz/Lebenswelt-Ansatz .....	55 -
3.1.4 Verkehrssicherheit von sozial - Schwachen in weiteren europäischen - Ländern .....	34 -	4.6 - Die Kommune/der Stadtteil als - Setting für die Unfallprävention .....	57 -
3.1.5 Verkehrssicherheit von sozial - Schwachen in außereuropäischen - Ländern .....	39 -	<b>5 - Handlungsempfehlungen für eine - Verkehrssicherheitsarbeit für sozial - benachteiligte/schwer erreichbare - Zielgruppen</b> .....	60 -
3.2 - Determinanten der Verunfallung sozial - Schwacher .....	42 -	5.1 - Kooperation mit anderen Programmen - oder Maßnahmen in einem - Setting-Ansatz .....	60 -
3.3 - Verkehrssicherheitsprobleme schwer - erreichbarer Personen(-gruppen) .....	47 -	5.2 - Verbesserung der Verkehrssicherheit - für sozial Schwache/schwer - Erreichbare .....	62 -
3.3.1 Junge (männliche) im Straßenverkehr - deviante Personen .....	48 -	5.3 - Kooperation mit dem Programm - „Soziale Stadt“ .....	63 -
3.3.2 Personen, die ohne Helm Fahrrad - fahren .....	48 -		

5.4 - Beispiel: Verkehrssicherheitsarbeit - für sozial benachteiligte Kinder . . . . .	68 -
5.4.1 Verhaltenspräventive Verkehrs- sicherheitsarbeit im Setting Schule . . .	68 -
5.4.2 Verhältnispräventive Verkehrs- sicherheitsarbeit im Setting Schule . . .	69 -
5.4.3 Vorschlag für ein Pilotprojekt . . . . .	70 -
5.5 - Dokumentation vorhandener - Maßnahmen in einer - Online-Datenbank . . . . .	70 -
5.6 - Ansprache sozial Benachteiligter/ - schwer Erreichbarer via Internet . . . . .	70 -
<b>Literatur</b> . . . . .	<b>71 -</b>

## 1 - Problemstellung

Seit einigen Jahren scheint sich immer deutlicher abzuzeichnen, dass die Wahrscheinlichkeit, im Straßenverkehr zu verunfallen, in Abhängigkeit von der sozialen Lage der Betroffenen variiert: Demnach unterliegen Personen mit niedrigem Bildungsgrad, geringer Berufsausbildung und entsprechender Berufstätigkeit, niedrigem Einkommen, ungünstigen Wohnverhältnissen oder Migrationshintergrund einem höheren Risiko, aufgrund von Verkehrsunfällen verletzt oder getötet zu werden als Menschen, deren soziale Situation günstiger zu beurteilen ist. Verschärfend wirkt sich aus, so wird angenommen, dass diese Risikogruppen durch herkömmliche Verkehrssicherheitsmaßnahmen wenn überhaupt, dann doch nur ungenügend erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund ist es Ziel der vorliegenden Studie, zu prüfen,

- - inwieweit in der Literatur Belege für die angenommenen Zusammenhänge zu finden sind,
- - welche Personengruppen als sozial Schwache in besonderem Maße gefährdet oder/und mit Verkehrssicherheitsmaßnahmen schwer zu erreichen sind,
- - welche Maßnahmen (ggf. auch aus benachbarten Handlungsfeldern, wie etwa der Gesundheitsförderung) vorgeschlagen bzw. bereits erfolgreich umgesetzt werden, um die Verunfallungsrisiken der Betroffenen nachhaltig zu reduzieren und
- - welche der Vorschläge geeignet erscheinen, auf die deutsche Verkehrssicherheitsarbeit übertragen und dort (z. B. im Rahmen eines Pilotprojekts) erprobt zu werden.

Grundlage der Studie war die Sichtung der einschlägigen, erreichbaren Fachliteratur zur Problematik sozial Schwacher und schwer Erreichbarer im Bereich der Straßenverkehrssicherheit. Sowohl im Hinblick auf die Ursachen der besonderen Gefährdung dieser Personengruppen als auch hinsichtlich geeigneter, erfolgversprechender Handlungsempfehlungen zur Risikoreduktion wurden dabei nicht nur Quellen aus der Verkehrssicherheitsforschung herangezogen. Vielmehr wurde auch auf Literatur aus benachbarten Fachgebieten (insbesondere der Gesundheitsförderung im Bereich von Public Health<sup>1</sup>) zurückgegriffen, in denen

Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit bzw. schwerer Erreichbarkeit und Gesundheitsgefährdung thematisiert werden.

Angesichts der Fülle von Literatur zum Thema und seiner benachbarten Gebiete kann die vorliegende Recherche kaum als erschöpfend angesehen werden. Zudem erfolgte die Suche nach Quellen in Bibliotheken, in Fachzeitschriften und im Internet nicht nur nach Stichworten, sondern häufig auch nach dem „Schneeballprinzip“: Dabei werden ausgehend von einzelnen (Überblicks-)Artikeln weitere Quellen über die dort angegebenen Literaturhinweise erschlossen. Nachteilig ist bei diesem Vorgehen allerdings, dass in solchen Artikeln vor allem Hinweise gegeben werden, die dem Fachgebiet der Autoren entsprechen und dazu dienen, deren eigene Annahmen, Ergebnisse und Interpretationen zu untermauern: So findet man etwa in Artikeln, in denen verhaltenspräventive Ansätze propagiert werden, kaum stichhaltige Argumente für verhältnisorientierte Interventionen. Gleichwohl kann davon ausgegangen werden, dass die rund 180 gesichteten Fundstellen die Bandbreite der Befundlage und Fachdiskussion sowie der Handlungsoptionen und -empfehlungen im Bereich des hier interessierenden Themenkomplexes aussagekräftig widerspiegeln.

## 2 - Hintergrund und Begriffsklärungen

Nach der Ausschreibung für diese Literaturstudie stehen „schwer erreichbare Zielgruppen“, Personen mit „niedrigem sozioökonomischem Hintergrund“ und „Sozial Schwache bzw. Bildungsferne“ im Mittelpunkt der Untersuchung. Mag der Inhalt dieser Begriffe im alltagssprachlichen Kontext (möglicherweise) unmittelbar einsichtig sein, erweist sich eine wissenschaftlich brauchbare Definition als schwierig. Auf diese Probleme wird im Folgenden zunächst näher eingegangen.

---

<sup>1</sup> „Public Health ist definiert als Wissenschaft von der Gesunderhaltung der Bevölkerung, i. w. S. auch die Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitswesens eines Landes; sie schließt alle staatlich und privat geregelten Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge ein, z. B. Aufklärungsprogramme zur Entstehung und Vermeidung sog. Volkskrankheiten“ (Lexikonredaktion 2004: 635).

## 2.1 - Morbidität/Mortalität und soziale Lage

Die Zusammenhänge zwischen Morbidität und Mortalität einerseits sowie Schichtzugehörigkeit und sozialer Lage andererseits sind seit langem bekannt (siehe dazu z. B. SETTERTOBULTE 2001; SIEGRIST, MÖLLER-LEIMKÜHLER 2003:127 f.; KLOCKE, LAMPERT 2005; LAMPERT et al. 2005: 34 f.; Sachverständigenrat 2005:61 ff.; LAMPERT, MIELCK 2008; HRADIL 2009; GOLD et al. 2010; LAMPERT, HAGEN, HEIZMANN 2010:41 ff.; DLUGOSCH, DAHL 2011; KABA-SCHÖNSTEIN, GOLD 2011; LAMPERT et al. 2011; SCHOTT, KUNTZ 2011:164 ff.). Demnach unterliegen Personengruppen, denen zugeschrieben wird, „sozial“ bzw. „gesellschaftlich schwach“, „(relativ) arm“, „depriviert“ bzw. „sozial benachteiligt“ oder „bildungsfern“ zu sein oder dem „Prekariat“ anzugehören, epidemiologisch<sup>2</sup> betrachtet einem höheren Risiko, zu erkranken oder zu sterben, als Personengruppen, die dieses Attribut nicht aufweisen.

### 2.1.1 Begriffe zur Kennzeichnung der sozialen Situation von Personen

Allerdings stellen sämtliche der genannten Begriffe zur Kennzeichnung der hier interessierenden Problemgruppen Konstrukte dar, die in der Fachdiskussion unterschiedlich gebraucht werden und nicht nur wegen ihrer sozial- und wirtschaftspolitischen Implikationen stark umstritten sind (siehe dazu etwa auch: POCHOBRADSKY, HABL, SCHLEICHER 2002:3 ff.). Vielmehr wird ihre Verwendung auch wegen des tendenziell damit verbundenen viktimisierenden, stigmatisierenden, diskriminierenden und somit entwürdigenden Effekts für die betreffenden Gruppen als problematisch angesehen (vgl. STREICH 2006:291 ff.; KUHR, BLECHSCHMIDT (2010) zitiert nach PLÜMER 2012:112).

### Schichtzugehörigkeit und soziale Lage

Der Schichtungsbegriff geht von einer vertikalen Gliederung von Gesellschaften aus, wobei Merk-

male wie Bildung, Stellung im Beruf und Einkommen herangezogen werden, um die Position von Personen in der gesellschaftlichen Hierarchie und die damit verbundenen Lebensbedingungen und Teilhabechancen zu bestimmen (vgl. LAMPERT, SCHENK, STOLZENBERG 2002:S50; HRADIL 2009:36 ff.).

Demgegenüber postuliert das Konzept sozialer Lagen die sog. „neuen“ sozialen Ungleichheiten, die „horizontal“ zur vertikalen Schichtungshierarchie verlaufen und z. B. ungleiche Wohn-, Wohnumfeld-, Nachbarschafts-, Infrastruktur-, Freizeit- und Erholungsbedingungen von Erwerbstätigen und Transferempfängern, Männern und Frauen, Jüngeren und Älteren, Einheimischen und Migranten, Stadt- und Landbewohnern, Ost- und Westdeutschen usw. beschreiben (vgl. LAMPERT, SCHENK, STOLZENBERG 2002:S50; BURZAN 2007; HRADIL 2009:36 ff.; HABICH 2011:173; SCHOTT, KUNTZ 2011:162 ff.). HRADIL (2009:46) weist darauf hin, dass zahlreiche der „horizontalen“ Ungleichheiten mit Gesundheitsungleichheiten korrelieren. Allerdings sind nicht alle dieser Zusammenhänge vorwiegend sozial bzw. gesellschaftlich, sondern z. B. auch biologisch bedingt (etwa Morbidität und Mortalität von Älteren oder Frauen).

### Soziale Schwäche

Im sozialpolitischen Bereich gelten traditionell jene Menschen als „sozial schwach“, „... deren Lebenslage von der in der Öffentlichkeit vorherrschenden Meinung als nicht zumutbar angesehen wird“ (WEISSER 1966). Auch diese Definition enthält eine Reihe von unbestimmten Begriffen (sog. „Leerformeln“) wie „Lebenslage“, „Öffentlichkeit“, „vorherrschende Meinung“, „zumutbar“, die geklärt werden müssen, ehe sie operabel ist. Im Übrigen hat DRÄGER (2008) darauf hingewiesen, dass das Schlagwort „sozial schwach“ als Bezeichnung für Menschen mit wenigen finanziellen Ressourcen verwendet wird. Der Begriff sei jedoch diskriminierend, da er impliziere, dass ein Mensch mit wenig Geld zugleich auch mit sozialen Problemen belastet sei oder diese schüre, wie z. B. Kriminalität, Alkoholkonsum oder mangelnde Kommunikationskompetenzen.

### Armut

Der Armutsbegriff zielt auf wirtschaftliche Mängelsituationen, die in ihrer Konsequenz eine angemessene Teilhabe am sozialen Leben verhindern (vgl.

<sup>2</sup> Epidemiologie ist die quantitative Erforschung der Verteilung (deskriptive Epidemiologie) und der Determinanten bzw. Risikofaktoren (analytische Epidemiologie) von Krankheiten bzw. Gesundheitszuständen in Bevölkerungen und die Anwendung der Erkenntnisse auf die Kontrolle (Prävention und Behandlung) von Krankheiten (vgl. STARK, GUGGENMOOS-HOLZMANN 2003:394; KUHN, HEISSENHUBER, WILDNER 2004:4; KUHN, BOLTE 2011).

DECKL 2011:151, 158). Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung bringt zum Ausdruck, dass sich Armut aufgrund seiner vielfältigen Ausprägungsmöglichkeiten einer eindeutigen Messung entziehe und beschreibt Armut sehr umfassend mit 15 sog. „Kernindikatoren“<sup>3</sup>.

„Nicht nur fehlendes Einkommen, sondern auch der Mangel an Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe sowie das Fehlen individueller Ressourcen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die für eine aktive Lebensgestaltung notwendig sind, führen in eine unsichere Lebenssituation“ (BÖHMER, HEIMER 2008:7).

Da ein eindeutiges Armutsmaß fehlt, sind Aussagen zum Umfang und der Art der Armut in einer Gesellschaft immer nur vor dem Hintergrund der konkreten Operationalisierung interpretierbar (vgl. GROENEMEYER 1999:288). In Deutschland wird hierzu das Konzept der „relativen Armut“ verwendet, bei dem die sog. „Armutsschwelle“, „... d. h. der Geldbetrag, der arme bzw. armutsgefährdete Menschen oder Haushalte von nicht armen, bzw. nicht armutsgefährdeten unterscheidet“ (DESTATIS 2011a), vom Einkommen der gesamten Bevölkerung abhängt. In Abhängigkeit vom Einkommensdurchschnitt gilt als arm, wer weniger als 60 % des Medians des gesamtgesellschaftlichen Nettoäquivalenzeinkommens zur Verfügung hat (vgl. DESTATIS 2011a; DECKL 2011:151).

### Soziale Benachteiligung

Die Begriffe „soziale Benachteiligung“, „Unterprivilegierung“ und „Deprivation“ werden im Allgemeinen synonym verwendet (vgl. HAFENGER 2007: 843; siehe auch: BOLTE, KOHLHUBER 2009: 100 ff.). In Deutschland schließt der (Rechtsansprüche nach den Sozialgesetzbüchern III und VIII begründende) Benachteiligtenbegriff neben einer individuellen Beeinträchtigung vor allem eine soziale Benachteiligung mit ein. Die Betroffenen gelten als sozial benachteiligt, wenn ihre Lebenschancen

erheblich eingeschränkt werden, weil sie einer bestimmten Gruppe angehören. Von einer sozialen Benachteiligung ist in der Regel immer dann auszugehen, wenn die altersmäßige gesellschaftliche Integration nicht wenigstens durchschnittlich gelungen ist. Dies gilt u. a. für Haupt- und Sonderschüler ohne Schulabschluss, Langzeitarbeitslose, (junge) Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, Sozialisationsdefiziten oder besonderen sozialen Schwierigkeiten, Migranten mit Sprachproblemen sowie für junge Menschen mit misslungener familiärer Sozialisation und durch gesetzliche Rahmenbedingungen benachteiligte Mädchen und junge Frauen (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2009).

### Bildungsferne

Der Begriff „Bildungsferne“ ist in der Literatur weder eindeutig definiert noch systematisch vorzufinden. Gelegentlich wird er mit den Begriffen „bildungspolitische“ bzw. „arbeitsmarktpolitische Problemgruppen“ synonym verwendet. Die Abwesenheit von Bildungskompetenzen wird in erster Linie als Vermittlungshemmnis am Arbeitsmarkt, jedoch weniger in allgemeinen Bildungsdebatten oder in anderem Kontext verwendet (vgl. OBERMAYR o. J.:1). Insofern bezeichnet er Problemgruppen wie Langzeitarbeitslose, Wiedereinsteiger, ältere Arbeitnehmer oder Migranten. Nach ÁCS et al. (2008:4 f.) beschreibt der Begriff „Bildungsferne“ mehr als das Fehlen (höherer) formaler Bildungsabschlüsse und ist deshalb nicht gleichzusetzen mit Geringqualifizierung, sondern bezeichnet zunächst die Benachteiligung in Bezug auf Bildungschancen. Allerdings wird dabei zumeist auf wirtschaftlich schwache, gering qualifizierte, lernungewohnte Bevölkerungsgruppen Bezug genommen, für die der Zugang zu (Weiter-)Bildungsmöglichkeiten aufgrund ihrer sozialen und ökonomischen Voraussetzungen eingeschränkt ist und in deren sozialen Milieus Bildung eher einen geringen Stellenwert einnimmt. DRÄGER (2008) zufolge unterstellt der Begriff der „bildungsfernen Schichten“ finanziell schwachen Menschen, sie seien dumm. „Bei beiden Begriffen geht es darum, finanziell ärmeren Menschen generelle Eigenschaften zuzuweisen, ohne sie direkt als arme Menschen oder Unterschicht klassifizieren zu müssen“ (DRÄGER 2008).

### Soziale Exklusion

In diesem Konzept zur Fassung sozialer Ungleichheiten liegt der Fokus auf der Ausgrenzung bestimmter Personen- oder Bevölkerungsgruppen

<sup>3</sup> - Dies sind Einkommensarmutsrisiko; Überschuldung, gesundheitliche Beeinträchtigung oder Behinderung in Abhängigkeit von der Einkommensposition; fehlender Schulabschluss; fehlende Berufsausbildung; politische Passivität; geringes bürgerschaftliches Engagement; „In Work Poverty“; Langzeitarbeitslosigkeit; schlechte Wohnsituation; Obdachlosigkeit; Bezug von Mindestsicherungsleistungen; Beeinträchtigung durch Lärm/Luftverschmutzung (vgl. BMAS 2008).

und damit auf der Frage der Zugehörigkeit oder Nicht-Zugehörigkeit von Individuen zu gesellschaftlichen Teilbereichen, wie z. B. dem Erwerbs- oder dem Bildungssystem, und der damit verbundenen Teilhabe bzw. Teilnahme an gesellschaftlich-integrierenden Prozessen oder alternativ ihrer Marginalisierung in eine randständige Lage oder sogar ihre Ausgrenzung. In der Literatur wird immer wieder auf den französischen Ursprung dieses Konzeptes hingewiesen und die Problematik seiner Übertragung auf die deutsche Sozialpolitik thematisiert (vgl. MÜLLER 2012:423 f.; HILLMANN 2007: 208; ENGELS 2006). Interessanterweise spielt soziale Exklusion versus soziale Inklusion eine wichtige Rolle in der Diskussion von Verkehrssicherheit für sozial Benachteiligte in Großbritannien (vgl. GRAHAM 2002a, b sowie Kapitel 3.1.3).

### Prekariat

MÜLLER (2012:434) verweist auf die Unterscheidung zwischen dem subjektiven Exklusionsempfinden und der objektiven Exkludiertheit im Sinne von „Prekariat“.

„Prekarier sind (...) die Repräsentanten einer neuen Unterschicht der Abgehängten und Aussichtslosen. (...) Der Zugang zu stabiler Beschäftigung ist ihnen verwehrt, sie verfügen über keine verwertbaren Bildungsabschlüsse, ihre Sozialbeziehungen sind nicht gefestigt oder entsprechen nicht den Vorstellungen der sie beobachtenden, versorgenden und regulierenden Mittelklasse. Die Orientierung dieser Prekarier an Leistung, Fortkommen und Disziplin lässt aus der normativen Perspektive der Mehrheitsgesellschaft zu wünschen übrig. Spezifische Erwerbsbiographien und Mentalitäten der Abkoppelung vom gesellschaftlichen Ganzen sind die Folge“ (VOGEL 2008:14; siehe dazu auch: POCHOBRADSKY, HABL, SCHLEICHER 2002:3 ff.).

### Gruppen

Vulnerabilität ist in Medizin und Psychiatrie ein zentrales Konzept zur Beschreibung einer besonderen Anfälligkeit gegenüber bestimmten Erkrankungen, wobei die zugrunde liegenden Risiken auch in den sozialen Lebensbedingungen liegen können. Wird der Begriff in einen sozialen Kontext übertragen, so sind Menschen als vulnerabel anzusehen, wenn sie im Hinblick auf bestimmte Existenzgrundlagen, wie die Fähigkeit zum Erwerb des Lebensunterhalts oder die Teilhabe am soziokulturellen Leben, ge-

fährdet und daher hilfs- und schutzbedürftig sind. Dabei besteht die Gefahr einer Verwundung vor allem durch (un)soziale Verhältnisse, Mangelsituationen und hierdurch hervorgerufene widrige Lebensbedingungen wie Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, soziale Diskriminierung usw. (vgl. STREICH 2006:291).

### Fazit

In der Zusammenschau fehlen zu den genannten Begriffen operable Definitionen, über die im wissenschaftlichen Diskurs Konsens erzielt werden konnte. Insofern verwundert kaum, dass in der Praxis – wie etwa für die sozial-epidemiologische Forschung empfohlen (vgl. JÖCKEL et al. 1997; siehe auch: Sachverständigenrat 2005:61; LAMPERT, KROLL 2006:302 ff.) – zur Bestimmung der sozialen Schicht von Personen lediglich auf die Variablen

- - Bildung mit den Subdimensionen (Schul-)Bildung und (Berufs-)Ausbildung,
- - Stellung im Beruf und
- - Einkommen

zurückgegriffen wird. Zusätzlich werden häufig Merkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund<sup>4</sup> und Hauhaltszusammensetzung herangezogen. Gelegentlich wird auch versucht, Eigenschaften der Wohnumgebung kategorial zu erfassen.

Ungeachtet der Problematik, die mit den Begrifflichkeiten im Einzelnen verbunden ist, werden die Adjektive „sozial“ bzw. „gesellschaftlich schwach“, „(relativ) arm“, „depriviert“ bzw. „sozial benachteiligt“, „prekär“ oder „vulnerabel“ im Folgenden synonym verwendet, um Personen oder -gruppen zu kennzeichnen, deren soziale Lage als ungünstig anzusehen ist.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass sich der Personenkreis der sozial Schwachen im Hinblick

<sup>4</sup> Da die Nationalität bei Zugewanderten in der Regel wenig aussagekräftig ist, wird empfohlen, den in der Epidemiologie entwickelten lebensbiografisch orientierten „Mindestindikatorensatz“ zu verwenden: Danach haben Personen einen Migrationshintergrund, wenn

- beide Eltern im Ausland geboren sind oder
- die befragte Person nicht seit ihrer Geburt in Deutschland lebt und mindestens ein Elternteil im Ausland geboren ist
- oder die Muttersprache nicht Deutsch ist. (vgl. SCHENK et al. 2006:858).

Außerhalb Deutschlands werden verschiedentlich auch Angaben zur Ethnie der Betroffenen als Variable berücksichtigt.

auf die folgenden Dimensionen (vgl. SPIECKERMANN, SCHUBERT 1998:170) in deutlichem Maße von besser Gestellten unterscheidet:

- Ökonomische Situation (Einkommen, Eigentum, Position auf dem Arbeitsmarkt),
- soziale Situation (Bildung, gesundheitliche Lage, soziale Teilhabe, Position auf dem Wohnungsmarkt),
- kultureller Hintergrund (ethnische Zugehörigkeit, Religion, zivilisatorische Verhaltensformen, normative Orientierungen).

Im Übrigen werden zumindest bei der Diskussion von Zusammenhängen zwischen Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit immer wieder Einkommens- und Bildungs(-beteiligungs-)unterschiede, Arbeitswelt und Arbeitslosigkeit als wesentliche Einflussgrößen betrachtet und Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche, ältere Menschen und Mi-

granten als vulnerabel und daher als Risikogruppen gesehen (siehe etwa: LAMPERT, ZIESE 2005; BITTLINGMAYER, SAHRAI 2010).

## 2.1.2 Modellvorstellungen Erklärung Ungleichheit

Die besonderen Morbiditäts- bzw. Mortalitätsrisiken sozial schwacher Personen lassen sich im Zuge epidemiologischer Studien statistisch nachweisen. Demnach ist die Wahrscheinlichkeit, zu erkranken bzw. zu sterben, bei als depriviert definierten Personen größer als bei Personen, die diesem Kreis nicht zugeordnet werden.

„Die Zusammenhänge sind in der Regel linear: je ungünstiger der soziale Status, desto höher die Sterblichkeit. Faktoren wie Verfügbarkeit, Inanspruchnahme und Qualität medizinischer Leistungen spielen bei der Erklärung lediglich eine untergeordnete Rolle. Das Hauptgewicht kommt schichtenspezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen, insbesondere differentiellen gesundheitsbezogenen Lebensstilen und materiellen sowie sozioemotionalen Belastungskonfigurationen zu“ (SIEGRIST, MÖLLER-LEIMKÜHLER 2003:127 f.).

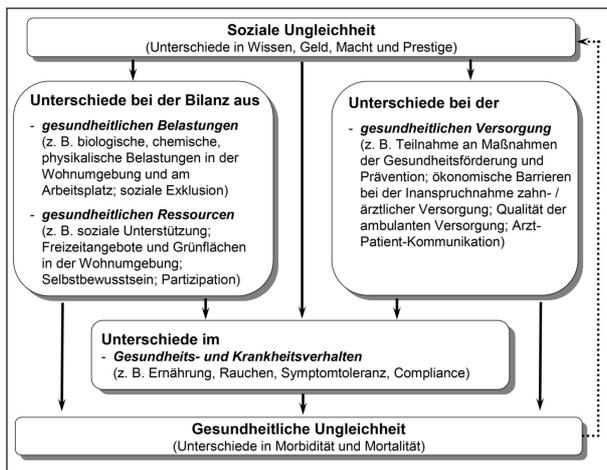
Obwohl die Bedeutung von Unterschieden in den materiellen, sozialen und kulturellen Lebensbedingungen für Gesundheit und Krankheit im Zuge epidemiologischer Studien mit einem „mountain of evidence“ belegt worden ist (vgl. STREICH 2006: 289), lassen sich aus der reinen Korrelation zwischen den Variablen zur Bestimmung der sozialen Lage und dem Auftreten von Krankheiten bzw. Sterbefällen weder Kausalbeziehungen ableiten,<sup>5</sup> noch Vorhersagen treffen, welches Individuum im einzelnen tatsächlich erkranken bzw. vorzeitig sterben wird.

Erforderlich ist vielmehr ein theoretisches (nach Möglichkeit empirisch abgesichertes) Modell, anhand dessen die gefundenen statistischen Zusammenhänge plausibel<sup>6</sup> erklärt werden können. MIELCK (2011) zufolge existiert ein derart umfassendes Modell jedoch noch nicht: Die bisherigen Konzepte behandeln entweder nur einen Ausschnitt aus dem komplexen Kausalgefüge oder sie bleiben auf einem relativ hohen Abstraktionsniveau, wobei viele Wechselbeziehungen noch nicht geklärt sind. Gleichwohl eignet sich das von ihm entwickelte Modell (vgl. Bild 1) dazu, die wesentlichen Zusammenhänge zu verdeutlichen.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> - Epidemiologische Studien können Kausalität nie beweisen, aber wahrscheinlich machen, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt sind. Zur Prüfung der Kausalität werden oft die Kriterien nach HILL (1965:295 ff.) herangezogen: (1) Stärke des statistischen Zusammenhanges, (2) Konsistenz der Beziehung, (3) Spezifität der Wirkungen, (4) zeitliche Reihenfolge von Ursache und Wirkung, (5) Dosis-Wirkungs-Beziehung, (6) biologische Plausibilität, (7) Kohärenz im Hinblick auf den aktuellen Stand der Forschung, (8) experimentelle Evidenz, (9) Analogie zu ähnlichen Kausalzusammenhängen (vgl. Umweltbundesamt 2010; siehe dazu auch: HELLEMEIER et al. 1998:236 ff.; KUHN, HEISSENHUBER, WILDNER 2004: 6 f.).

<sup>6</sup> Im Bereich der Gesundheitswissenschaften wird biologische Plausibilität gefordert: „Die statistisch ermittelten, durch multivariate Verfahren zur Überprüfung von Störgrößen abgesicherten Zusammenhänge müssen mit einem pathophysiologischen Modell der Krankheitsentwicklung vereinbar sein bzw. durch es gestützt werden“ (SIEGRIST 2005:128).

<sup>7</sup> Dieses Modell entspricht im Prinzip einer Reihe anderer mehr oder minder differenziert ausgestalteter Konzepte, die regelmäßig darauf abstellen, dass Gesundheit und Krankheit von bestimmten Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen (Verhältnissen) einerseits und persönlichem Lebensstil (individuelles Verhalten) andererseits abhängen (z. B. HURRELMANN 2000a:88). Da beide Aspekte von sozioökonomischen Faktoren determiniert werden, bewirkt soziale Ungleichheit letztlich auch gesundheitliche Ungleichheit (siehe dazu etwa die Modelle von EVANS, STODDART 1994:53; GEE, PAYNE-STURGES 2004:1645 ff.; GRAHAM 2004: 107; GRAHAM, KELLY 2004:4; ROSENBROCK, GERLINGER 2004:45; SCHULZ, NORTHRIDGE 2004:56 ff.; ARAH et al 2006:6; JUNGBAUER-GANS, GROSS 2006:84; MACKENBACH 2006:32; Commission on Social Determinants of Health 2007:48; DAHLGREN, WHITEHEAD 2007:20 ff.; BOLTE, KOHLHUBER 2009:102 ff.; World Health Organization 2009:3; 2010:46).



**Bild 1:** Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (Quelle: MIELCK (2011))

Dabei hebt MIELCK (2011) hervor, dass

- nicht die gesundheitliche Belastung per se bedeutsam ist, sondern dass die Bilanz aus gesundheitlicher Belastung einerseits sowie Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten andererseits zu berücksichtigen sind;
- das Gesundheitsverhalten durch das Gleichgewicht zwischen gesundheitlichen Belastungen, Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten beeinflusst wird, wobei auch die gesundheitliche Versorgung bedeutsam ist;
- die Gefahr eines sozialen Abstiegs bei kranken Personen besonders groß ist bzw. dass umgekehrt die Chance eines sozialen Aufstiegs bei gesunden Personen besonders groß ist (siehe dazu den nach oben gerichteten Pfeil auf der rechten Seite in Bild 1);
- eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik an den grundsätzlichen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit, also an der sozialen Ungleichheit selbst ansetzen sollte (d. h. Verringerung der Unterschiede bei Bildung, Einkommen usw.).

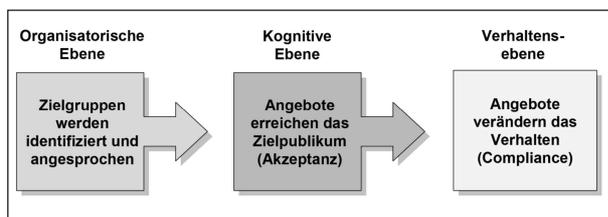
Die derzeit gängigen Programme zur Gesundheitsförderung orientieren sich im Wesentlichen an derartigen (hochgradig plausiblen) Modellannahmen: Demnach ist das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen von den Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen der Menschen ebenso abhängig wie von ihren individuellen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (die ihrerseits wiederum lebenskontextabhängig sein können). Insofern wird heute Aktivitäten zur „kontextorientierten bzw. verhältnisgestützten Verhaltensprävention“ der Vorzug vor rein

auf Verhältnis- bzw. Verhaltensprävention ausgerichteten Programmen eingeräumt (vgl. Sachverständigenrat 2005:102 f. sowie Kapitel 4.1).

## 2.2 - Schwer erreichbare Personen (-gruppen) – „Hard to Reach“

Verschiedentlich ist darauf hingewiesen worden, dass gerade die Situation deprivierter Personen dadurch verschärft werde, dass sie durch sie begünstigende Interventionen, etwa im Bereich von Erwachsenenbildung, Sozialarbeit, Gesundheitsförderung, Psychiatrie oder Schulberatung, nicht erreicht werden könnten. Als Beispiele für „Hard to Reach“ werden genannt:

- von Armut betroffene für gesundheitliche Angebote nicht aufgeschlossene (insbesondere männliche) Kinder und Jugendliche (vgl. ATKINSON, FLINT 2001:1; ALTGELD 2005:5 f.),
- sozioökonomisch benachteiligte alte Menschen über 65 Jahren (vgl. SOOM AMMANN, SALIS GROSS 2011:31 ff.),
- sozial benachteiligte Personen und Angehörige von Minoritäten, wie Obdachlose, behinderte Menschen, Analphabeten, sozial isolierte Menschen usw. (vgl. HILL o. J.:1 f.; DARKENWALD 1980:2 ff.; MILBOURNE 2002:287 f.; BRACKERTZ 2007:1 f.; BRACKERTZ, MEREDYTH 2007:3 ff.; WITHNELL 2004:11; BORDE 2010:251; FLANAGAN, HANCOCK 2010:92 f.),
- Migranten, ethnische Gruppen (vgl. HILL o. J.:1 f.; MILBOURNE 2002:287 f.; BORDE 2010:252 f.; FLANAGAN, HANCOCK 2010:92 f.; SACHER 2011b),
- sozial benachteiligte, bildungsferne Elterngruppen (vgl. DESFORGES, ABOUCHAAR 2003:88; HARRIS, GOODALL 2007:82; HARTUNG, KLUWE, SAHRAI 2009:41; SACHER 2010, 2011a; AUGSBURG 2011; HARTUNG, KLUWE, SAHRAI 2011:599 f.; SACHER 2011b:2 f.),
- Bildungsferne, Analphabeten und sonstige Personen, denen die Kompetenz fehlt, sich über Unterstützungsangebote zu informieren und sich diese Information zu beschaffen (vgl. DARKENWALD 1980; DARKENWALD, LARSON 1980; BRACKERTZ 2007:1 f.; BRACKERTZ, MEREDYTH 2007:3 ff.; SACHER 2010; WITHNELL 2004:11).



**Bild 2:** Bedeutungsdimensionen von „Erreichbarkeit“ (eigene Darstellung, nach SOOM AMMANN, SALIS GROSS (2011:31 ff.))

Diese zunächst plausibel erscheinenden Zusammenhänge erweisen sich allerdings bei näherer Betrachtung als durchaus problematisch, da sich schwere Erreichbarkeit nicht notwendigerweise und ausschließlich mit Personen(-gruppen) in ungünstiger sozialer Lage verknüpfen lässt. Deshalb ist zunächst danach zu fragen, was mit „Erreichbarkeit“ überhaupt gemeint ist.

Aus Bild 2 geht hervor, dass der Begriff „Erreichbarkeit“ drei Ebenen betreffen kann, wo es etwa um Interventionen und Angebote geht, die sich letztlich im Verhalten der Adressaten niederschlagen sollen (vgl. SOOM AMMANN, SALIS GROSS 2011:19 ff.):

- Die erste Ebene betrifft das eher organisatorisch anzusehende Problem, die anvisierten Zielgruppen überhaupt zu identifizieren, aufzufinden und anzusprechen. Dies wird vor allem im Bereich der Marktforschung bzw. des Sozialmarketings thematisiert. Dabei bereitet es die größten Schwierigkeiten, jene Personen ausfindig zu machen, die sich bewusst einem Zugriff entziehen und bei denen u. U. Insiderwissen erforderlich ist, um sie erreichen zu können („Hidden Populations“).

Zu denken ist dabei vor allem an Menschen, die unter stigmatisierten oder ungewöhnlichen Bedingungen leben (z. B. Kriminelle, Prostituierte, Drogenkonsumenten, Obdachlose usw.) oder aber aufgrund ihres soziokulturellen Hintergrundes oder ihrer Überzeugungen und Einstellungen (z. B. Migranten) nicht angesprochen werden wollen. Dazu können andererseits durchaus auch gut situierte Personen, insbesondere Angehörige von Eliten und Prominente, gehören, an die man erfahrungsgemäß nur ausnahmsweise herankommt (vgl. ATKINSON, FLINT 2001:1; SMITH 2006; BACKERTZ 2007; BRACKERTZ, MEREDYTH 2007; FLANAGAN, HANCOCK 2010:92 f.).

Zudem ist an Personen zu denken, denen aufgrund von beruflichen oder familiären Verpflichtungen, Zeitmangel, ökonomischer Zwänge oder eingeschränkter Mobilität ein Zugang zum jeweiligen Angebot verwehrt ist (vgl. BEDER 1980:19 f.; DARKENWALD 1980:3 ff.). Schließlich gibt es Menschen, die es einfach überdrüssig sind, immer wieder (z. B. von Call Centern, Marktforschern usw.) angesprochen zu werden (vgl. BRACKERTZ, MEREDYTH 2007:4 f.).

- Auf der zweiten Ebene ist die anvisierte Zielgruppe zwar identifiziert und (physisch) erreicht. Jetzt geht es aber darum, die betreffenden Personen dafür zu gewinnen, das jeweilige Angebot kognitiv wahrzunehmen, sich damit auseinanderzusetzen und schließlich als für sie relevant zu akzeptieren. Das ist aber keineswegs evident: So gibt es eine Reihe von Personen, die zwar über bestimmte Angebote wohlinformiert sind, jedoch von diesen nicht erreicht werden, weil sie in dem betreffenden Bereich keine Probleme haben bzw. zu haben glauben, keinen Handlungsbedarf erkennen können oder aber meinen, die betreffenden Probleme selbst lösen zu können. Andere haben schlechte Erfahrungen mit früheren Angeboten gemacht, treten den anbietenden Institutionen misstrauisch gegenüber und sind aus diesen Gründen nicht zu einer Inanspruchnahme zu bewegen (vgl. WITHNELL 2004:9; SMITH 2006:i39; BRACKERTZ, MEREDYTH 2007:4 f.; SACHER 2010; 2011b:8 ff.; WRIGHT 2010:229; AUGSBURG 2011). Schließlich gibt es Personen, die das Angebot aus Bequemlichkeit oder ohne nähere Begründung einfach nicht akzeptieren wollen („null Bock“) (vgl. HILL o. J.).
- Die dritte Ebene der Erreichbarkeit betrifft das Verhalten der Zielpersonen: Für den Erfolg einer verhaltensorientierten Intervention entscheidend ist nämlich, ob bei den Zielgruppen tatsächlich ein Verhalten (Compliance) beobachtet werden kann, das den Programmintentionen entspricht (vgl. SMITH 2006:i39; SOOM AMMANN, SALIS GROSS 2011). Dies ist das härteste Kriterium dafür, ob die Maßnahmedressaten erreicht werden konnten.

Es ist allerdings darauf hingewiesen worden, dass der Begriff „Hard to Reach“ aufgrund seiner Unschärfe und Mehrdeutigkeit problematisch sei. Zudem sei er viel zu pauschal, da er Homogenität innerhalb wohldefinierter Gruppen postuliere, die in

der Realität jedoch nicht vorhanden sei: Personen könnten nämlich in bestimmten Bereichen schwer erreichbar sein, während dies in anderen nicht der Fall sei (vgl. KALATHIL o. J.:1; BRACKERTZ 2007: 1 f.; BRACKERTZ, MEREDYTH 2007:4 f.; BORDE 2010:251 f.; SACHER 2010; AUGSBURG 2011). Migranten oder als bildungsfern eingestufte Personen generell als schwer erreichbar anzusehen beruhe häufig auf selektiver Wahrnehmung (vgl. SACHER 2011b:9). Umgekehrt seien schwer Erreichbare aber nicht notwendigerweise sozioökonomisch unterprivilegiert und bildungsfern (vgl. PAULS 2010:102 f.): Vielmehr sind auch viele Bildungsnahe und gut Situierte schwer erreichbar, weil sie die betreffenden Angebote für sich irrelevant halten (vgl. WRIGHT 2010:229).

Kritisiert wird insbesondere die häufig „soziallagenblinde“ (KABA-SCHÖNSTEIN, GOLD 2011), defizitorientierte Sicht, die die „Hard to Reach“ stigmatisiere (vgl. KALATHIL o. J.:1; FREIMUT, METTGER 1990:323; FLANAGAN, HANCOCK 2010:92): So werde den Betroffenen die Schuld für die fehlenden Kontaktmöglichkeiten nicht zuletzt deshalb zugeschrieben, weil vorwiegend verhaltensgebundene Determinanten zur Erklärung herangezogen würden (vgl. KABA-SCHÖNSTEIN, GOLD 2011). Dies lenke jedoch davon ab, die wirklichen Kontaktbarrieren zu ermitteln, und spiele die Verantwortung der Professionellen herunter, ihre Angebote zielgruppengerecht zu konzipieren. Dadurch würden die Betroffenen noch stärker ausgegrenzt (vgl. SACHER 2010, 2011a, b). In diesem Zusammenhang wird eine Reihe von Gründen dafür angeführt, dass bestimmte Angebote nicht wahrgenommen werden, die eindeutig den Programmverantwortlichen zuzuschreiben sind (vgl. HARRIS, GOODALL 2007:82):

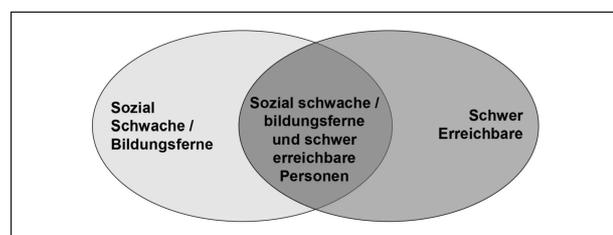
- - An Kenntnisse/Fertigkeiten der Adressaten werden zu hohe Ansprüche gestellt;
- - zielgruppeninadäquates Verhalten der Fachkräfte (z. B. Überlegenheit, Distanz, Defizitorientierung, Schuldzuweisungen);
- - Mittelschichtorientierung der Konzepte (z. B. Hochsprache, Amtsdeutsch, inhaltliche Ausgestaltung);
- - zu viel oder zu wenig übermittelte Informationen (Informationsflut, -mangel);
- - starre Rahmenbedingungen (z. B. Sprechstundenzeiten);

- - unübersichtliche Zuständigkeiten auf Seiten der Professionellen;
- - wenig Mitbestimmung bzw. keine Einbindung der Adressaten bei der Programmgestaltung.

### 2.3 - Sozial Schwache als schwer erreichbare Gruppen

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen und Fakten lässt sich feststellen, dass es sich weder bei den in ungünstiger sozialer Lage befindlichen Gruppen noch bei jenen Personen, die als schwer erreichbar etikettiert werden, um homogene Populationen handelt. Zudem sind beide Gruppen nur zum Teil deckungsgleich (vgl. Bild 3).

Zum Umfang der Gruppe der sozial Schwachen liegen (in Abhängigkeit von den jeweils verwendeten Indikatoren) zumindest anhaltswise Informationen vor: Während in Deutschland im Jahr 2002 noch 9 % der Bevölkerung als dauerhaft einkommensarm<sup>8</sup> eingestuft wurden, waren es im Jahr 2005 schon 11 %. (vgl. Bundesregierung 2008:26). Demgegenüber können dazu, wer als schwer erreichbar anzusehen ist, plausiblerweise generell keine Informationen vorgelegt werden. Nur vereinzelt (etwa in Umfrageforschungsberichten) wird mitgeteilt, wie viele der Adressaten nicht erreicht wurden und wie sie sich sozial zusammengesetzt haben. Im Übrigen liegen auch für spezielle sozialpolitisch relevante Bereiche, wie Erwachsenenbildung, Sozialarbeit, Gesundheitsförderung, Psychiatrie oder Schulberatung, keine zuverlässigen Informationen oder Einschätzungen vor, die über die Zahl der dort schwer Erreichbaren annäherungsweise Auskunft geben könnten.



**Bild 3:** Überschneidung von sozial schwachen und schwer erreichbaren Personengruppen

<sup>8</sup> In Europa gilt als „dauerhaft einkommensarm“, wer im aktuellen und in mindestens zwei von drei Vorjahren mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von weniger als 60 % des (auf die Gesamtbevölkerung bezogenen) Medians auskommen musste (vgl. Bundesregierung 2008:26).

Vor dem Hintergrund dieser fehlenden Informationen ist es nicht möglich, den Umfang jener Gruppe abzuschätzen, die sowohl als sozioökonomisch depriviert als auch als „Hard to Reach“ anzusehen ist.

### 3 Sozial Schwache und schwer Erreichbare im Kontext der Verkehrssicherheit

#### 3.1 - Verkehrsicherheit sozial schwacher Menschen

Die einschlägige Fachliteratur bietet heute eine Fülle von Hinweisen darauf, dass die Risiken, straßenverkehrsbedingt gesundheitlich zu Schaden zu kommen, mit dem individuellen sozioökonomischen Status und den Wohn(-umfeld)- bzw. Verkehrsbedingungen variieren. Insbesondere im Hinblick auf das Verletzungsrisiko durch Verkehrsunfälle findet sich eine zunehmende Zahl von Studien, die so

wohl im Hinblick auf Mortalität als auch auf Morbidität belegen, „... that low socioeconomic position at the area or individual level seems to increase the risk of being injured in traffic“ (LAFLAMME, BURROWS, HASSELBERG 2009:11).

Entsprechende Forschungsergebnisse wurden insbesondere in den angelsächsischen Ländern (und hier vor allem in Großbritannien) sowie Skandinavien erarbeitet (vgl. dazu die Zusammenstellungen in den nachfolgenden Tabellen). Im Mittelpunkt stehen dabei Kinder und Jugendliche sowie Verkehrsteilnehmer im Allgemeinen. Gelegentlich finden sich Studien, die auf die besondere Gefährdung von Migranten bzw. ethnischen Minoritäten sowie älteren Menschen abstellen. Darüber hinaus ist eine Reihe von Studien zum Thema „Gesundheit und soziale Ungleichheit“ vorhanden, in denen u. a. auch über die besonderen Verunfallungsrisiken sozial Schwacher berichtet wird, wobei es nicht nur um Unfälle im Straßenverkehr, sondern auch um Verletzungen durch Stürze, Ertrinken, Verbrühen, Vergiften usw. geht.

Autor(en)	Jahr	Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Unfallrisiko im Straßenverkehr	Risikogruppe
LIMBOURG	1998	Nein	Kinder
MERSMANN	1998	Nein	Kinder, Schulanfänger
SCHLACK	1998	Nein	Kinder
SPIECKERMANN, SCHUBERT	1998	Ja	Kinder
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen	1999	Ja	Kinder
SPIECKERMANN, SCHUBERT, ZIPPEL	1999	Ja	Kinder, Migranten
BÖHM et al.	2000	Ja	Kinder
SCHMIDT, PRÜMEL-PHILIPPSEN	2001	Nein	Kinder
SETTERTOBULTE	2001	Nein	Kinder
ELSÄSSER et al.	2002	Ja	Kinder
BÖHM, ELSÄSSER	2004	Ja	Kinder
BÖHMANN, ELSÄSSER	2004	Ja	Kinder
BOLTE et al.	2004	Ja	Kinder (Babys und Kleinkinder)
LAMPERT et al.	2005	Ja	Kinder
ABEL	2006	Nein	Kinder
HORNBERG, PAULI	2007	Nein	Kinder
ABEL	2007	Nein	Kinder
Bundesarbeitsgemeinschaft mehr Sicherheit für Kinder e. V.	2007	Ja	Kinder
WILDNER, HEISSENHUBER, KUHN	2009	Nein	Kinder
GEYER, PETER	1998	Nein	Kinder, Jugendliche
SCHUBERT, HORCH	2004	Nein	Kinder, Jugendliche

Tab. 1: Übersicht über deutsche Studien, in denen Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheits- bzw. Unfallrisiken thematisiert werden

Autor(en)	Jahr	Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Unfallrisiko im Straßenverkehr	Risikogruppe
KLOCKE, LAMPERT	2005	Nein	Kinder, Jugendliche
NEUMANN, JANSEN	2005	Nein	Kinder, Jugendliche
RICHTER, SCHLAG, GRUNER	2006	Nein	Kinder, Jugendliche
KAHL, DORTSCHY, ELLSÄSSER	2007	Ja	Kinder, Jugendliche
LOB-CORZILIUS et al.	2008	Nein	Kinder, Jugendliche
DRAGANO, LAMPERT, SIEGRIST	2009	Ja	Kinder, Jugendliche
LAMPERT, RICHTER	2009	Ja	Kinder, Jugendliche
BÖHME, REIMANN	2010	Nein	Kinder, Jugendliche
HOLTE	2010	Ja	Kinder, Jugendliche
FREDERSDORF, HECKMANN	2010	Nein	Jugendliche Disko-Besucher
Deutsche Fahrlehrerakademie	1997	Nein	Mobilitätsbehinderte
STÖPPLER	1999	Nein	Geistig Behinderte
HIELSCHER, STÖPPLER	2008	Nein	Behinderte Menschen
Deutscher Verkehrssicherheitsrat	2002	Nein	Konsumenten von Drogen/ Medikamenten
LIS et al.	2011	Nein	Ältere Menschen
Deutscher Verkehrssicherheitsrat	2009	Nein	Ältere Verkehrsteilnehmer
CHLOND, OTTMANN	2007	Nein	Alleinerziehende
KASPER, REUTTER, SCHUBERT	2007	Nein	Migranten
SCHENK, NEUHAUSER, ELLERT	2008	Nein	Kinder, Jugendliche mit Migrationshintergrund
FRIEDRICH	2008	Nein	Ethnische Minoritäten
Robert Koch-Institut	2008	Nein	Migranten
BECKMANN, BRACHER, HESSE	2007	Nein	Verkehrsteilnehmer
Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt	2006	Nein	Bevölkerung
SCHOTT, KUNZ	2011	Nein	Bevölkerung
BOLTE, KOHLHUBER	2009	Nein	Bevölkerung
HESSE, SCHREINER	2007	Nein	Bevölkerung des städtischen Umlandes
STEINEBACH, RUMBERG	2007	Nein	Bevölkerung
Bundesregierung	2008	Nein	Bevölkerung
SPITZNER	1999	Nein	Bevölkerung, Migranten
HRADIL	2009	Nein	Bevölkerung
GOLD et al.	2010	Nein	Bevölkerung
LIMBOURG, REITER	2010	Nein	Bevölkerung
BÄR, BÖHME, REIMANN	2009	Nein	Bevölkerung
Wissenschaftlicher Beirat beim BMVBS	2010	Nein	Bevölkerung
DLUGOSCH, DAHL	2011	Nein	Bevölkerung

Tab. 1: Fortsetzung

Autor(en)	Beschreibung der Studie
SPIEKERMANN, SCHUBERT (1998)	a) Berichterstattung über die eigene geplante/laufende Untersuchung; b) – c) – d) –
SPIEKERMANN, SCHUBERT, ZIPPEL (1999)	a) Primärerhebung und Sekundäranalyse polizeilicher Unfalldaten; b) Schüler im Alter von 9 bis 16 Jahren in drei deutschen Städten; c) n = 2.161 Schüler; keine Angabe zur Anzahl der Unfallakten; d) „Eine direkte Abhängigkeit der Unfallbeteiligung von den Faktoren nationale Zugehörigkeit, Wohlstand und Stadtquartierstyp konnte im Rahmen dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Vielmehr scheint die Verkehrsmittelwahl als intervenierende Variable eine wesentliche Rolle zu spielen“ (ohne Seitenzahl).
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen [MASGF] (1999)	a) Primärerhebung(en); b) Brandenburger Einschüler der Jahre 1994 bis 1998; c) Stichprobenumfänge: 1994: n = 32.223; 1995: n = 30.430; 1997: n = 25.718; 1998: n = 18.502; d) „Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus verunglücken fast doppelt so häufig im Straßenverkehr als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus“ (S. 28).
BÖHM et al. (2000)	a) Berichterstattung MASGF (1999); b) – c) – d) „Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus verunglücken fast doppelt so häufig im Straßenverkehr als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus“ (S. 5).
ELLSÄSSER et. al. (2002)	a) Sekundäranalyse der Einschulungsuntersuchungen aus dem Land Brandenburg; b) Brandenburger Einschüler im Jahr 2000; c) n = 15.641; d) „Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus verunglücken fast doppelt so häufig im Straßenverkehr als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus“ (S. 14).
BÖHM, ELSÄSSER (2004)	a) Berichterstattung über die Einschulungsuntersuchungen der Jahre 2000 bis 2003 aus dem Land Brandenburg; b) – c) – d) „Kinder aus sozial benachteiligten Familien erleiden mehr signifikant (sic!) Verkehrsunfälle ... als Kinder aus Familien mit einem hohen Sozialstatus“ (S. 4).
BÖHMANN, ELSÄSSER (2004)	a) Primärerhebung; b) alle verletzten Kinder in der Stadt Delmenhorst; c) Grundgesamtheit der Kinder unter 15 Jahren: 1998: N = 17.580; 1999: N = 17.607; 2000: N = 17.496; d) Verletzungsrate nicht-deutscher Kinder ist höher als die deutscher Kinder (Jungen: unter 5-Jährige: 3,3fach, 5- bis 15-Jährige: 1,7fach; Mädchen: unter 5-Jährige: 2,3fach, 5- bis 15-Jährige: 1,1fach); im Schulalter sind Unfälle auf öffentlichen Verkehrswegen an vierter Stelle; „... die oft geäußerte Behauptung, dass schwere Verletzungsfolgen nach Verkehrsunfällen häufig vorkommen, findet sich durch die Zahlen nicht bestätigt“ (S. 304);
BOLTE et al. (2004)	a) Primärerhebung LISA-Studie („Einfluss von Lebensbedingungen und Verhaltensweisen auf die Entwicklung von Immunsystem und Allergien im Ost-West-Vergleich“); b) Geburtskohorte 1998 aus München, Leipzig, Bad Honnef und Wesel; c) 1.467 Kinder aus München und 976 Kinder aus Leipzig in den ersten beiden Lebensjahren; d) „... sozial ungleiche Belastungen des Wohnumfeldes von Kindern mit verkehrsabhängigen Luftschadstoffen .... signifikant inverse Sozialgradienten mit den höchsten Expositionen in der niedrigsten Sozialkategorie“ (BOLTE et al. 2004: 190).
LAMPERT et. al. (2005)	a) Berichterstattung über die Einschulungsuntersuchungen aus dem Land Brandenburg im Jahr 2000 (S. 101); b) – c) – d) –
Bundesarbeits- gemeinschaft mehr Sicherheit für Kinder e. V. (2007)	a) Berichterstattung über Studien aus GB (DOWSWELL, TOWNER 2002; ROBERTS, POWER 1996), Griechenland und Brandenburg (S. 14 f); b) – c) – d) –
a) eigene Untersuchung/Primärerhebung oder Sekundäranalyse oder Berichterstattung von Ergebnissen; b) falls a): Stichprobenbeschreibung; c) falls a): Stichprobenumfang; d) falls a): signifikante Ergebnisse	

**Tab. 2:** Übersicht über deutsche Studien, in denen Zusammenhänge zwischen sozialer Lage von Verkehrsteilnehmern und Unfallrisiken thematisiert werden

Autor(en)	Beschreibung der Studie
KAHL, DORTSCHY, ELLSÄSSER (2007)	a) Primärerhebung, Auswertung der Verletzungen durch Unfälle oder Gewalt; b) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts; c) n = 17.641; d) „Unfälle auf öffentlichen Verkehrswegen nahmen in allen Altersgruppen den vierten Platz ein“ (S. 722); „...“, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus signifikant häufiger Verkehrsunfälle hatten als Kinder und Jugendliche mit einem hohen Sozialstatus. Dies traf auch signifikant für Mädchen (...) und Jungen (...) zu“ (S. 723). Die Differenzierung der Verunfallung von Kindern mit Migrationshintergrund im Straßenverkehr nach dem Sozialstatus ist aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht möglich.
DRAGANO, LAMPERT, SIEGRIST (2009)	a) Berichterstattung über Studien aus GB (ROBERTS, POWER 1996) und Deutschland (BOLTE et al. 2004) (S. 20); b) – c) – d) –
LAMPERT, RICHTER (2009)	a) Berichterstattung über die Brandenburger Einschulungsuntersuchungen (S. 216); b) – c) – d) –
HOLTE (2010)	a) Sekundäranalyse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts; b) repräsentative Stichprobe der 0- bis 17-Jährigen in Deutschland in drei Untersuchungsjahren; c) n = 17.641 (n = 16.327 für Verkehrsunfallprävalenz [S. 30]); d) „Kinder mit geringen Werten in verschiedenen Problembereichen, mit stark prosozialem Verhalten, mit hoher Lebensqualität und starkem familiären Zusammenhalt sind weniger verkehrsunfallgefährdet als Kinder mit hohen Werten in den Problembereichen, mit gering ausgeprägtem prosozialem Verhalten und schwächerem familiärem Zusammenhang“ (S. 38).

Tab. 2: Fortsetzung

### 3.1.1 Verkehrssicherheit von sozial Schwachen in Deutschland

Ähnliche Befunde lassen sich auch für Deutschland nachweisen. Tabelle 1 listet die im Rahmen dieser Arbeit durchgesehene, entsprechende Literatur auf. Allerdings befassen sich nur 14 der mehr als 50 gesichteten Veröffentlichungen mit dem Zusammenhang zwischen sozialer Lage und den Unfallrisiken im Straßenverkehr und nehmen dabei explizit Bezug auf Primär- oder Sekundäranalysen von Daten bzw. präsentieren explizit empirische Befunde (vgl. Tabelle 2).

Auch in den einschlägigen deutschen Veröffentlichungen wird am häufigsten auf die besonderen Risiken von Kindern und Jugendlichen aus sog. „sozial benachteiligten Milieus“ sowie gelegentlich von Personen mit Migrationshintergrund, behinderten Menschen oder älteren Personen hingewiesen. Allerdings konnten SPIECKERMANN, SCHUBERT, ZIPPEL (1999) die These von der hohen Unfallgefährdung von Kindern aus einkommensschwachen Familien und Migrantenhaushalten in direkter Abhängigkeit von Migrationshintergrund, Wohlstand und Stadtquartierstyp empirisch nicht bestätigen.

Gleichwohl sind die Autoren der Ansicht, dass „... die Untersuchung Hinweise auf die Unfallgefährdung von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit vom sozialen Umfeld“ (SPIECKERMANN, SCHUBERT, ZIPPEL 1999:9) liefere.<sup>9</sup> Hierbei weisen sie der Verkehrsmittelwahl eine zentrale Rolle zu.

Sieben weitere Publikationen aus Deutschland greifen auf Daten von Einschulungsuntersuchungen unterschiedlicher Jahrgänge im Bundesland Brandenburg zurück. Diese umfassen ein breites Spektrum relevanter Gesundheits- bzw. Krankheitsaspekte, wie Infektionsschutz/Impfen, Zahn- und Mundgesundheit, Übergewicht, Allergien, Sprachstörungen und Unfälle. Dabei erlauben sie die Differenzierung der Kinderunfälle nach dem Unfallort und die Identifizierung von Verkehrsunfällen. Mit dieser Datenbasis lässt sich nachweisen, dass Kin-

<sup>9</sup> Kritisch muss in diesem Zusammenhang insbesondere die Bildung einer Variablen „Wohlstandsindikator“ angemerkt werden. Die Autoren selbst schließen nicht aus, dass deren Schwächen die Ergebnisse der Datenanalyse nachhaltig beeinflusst haben könnten (vgl. SPIECKERMANN, SCHUBERT, ZIPPEL 1999: ohne Seite).

der aus Familien mit niedrigem Sozialstatus fast doppelt so häufig im Straßenverkehr verunglücken wie Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (vgl. MASGF 1999:15 f, 28; BÖHM et al. 2000:5; ELLSÄSSER et al. 2002:14; BÖHM, ELLSÄSSER 2004:4 sowie Bild 4).

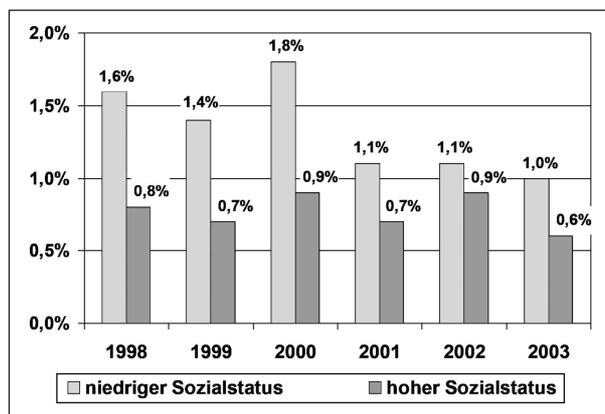
Die aktuellste Datenquelle zum Thema stellt der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS) dar. Mit dessen Daten weisen KAHL, DORTSCHY, ELLSÄSSER (2007:723 f.) nach, dass die bis 17-Jährigen mit niedrigem Sozialstatus signifikant häufiger Verkehrsunfälle erleiden als Kinder und Jugendliche mit einem hohen Sozialstatus (vgl. auch Bild 5). In diesem Zusammenhang wird das Wohnen sozial Schwacher an verkehrsreichen Straßen als eine ursächliche Bedingung angesehen (vgl. auch ELLSÄSSER et al. 2002:14; SPIEKERMANN, SCHUBERT, ZIPPEL 1999: ohne Seite).

In einer jüngeren Studie arbeitet HOLTE (2010) aus den Daten des KiGGS Profile von im Straßenverkehr verunglückten Kindern und Jugendlichen heraus. Von 16.327 Befragten waren in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung 192 Kinder und Jugendliche, d. h. 1,1 % der Befragten, wegen eines Verkehrsunfalls in ärztlicher Behandlung (vgl. HOLTE 2010:30). Bei mehr als der Hälfte dieser Unfälle waren die Kinder mit einem Zweirad unterwegs, Unfälle als Pkw-Mitfahrer oder Fußgänger folgten erst mit deutlichem Abstand (vgl. Bild 6).

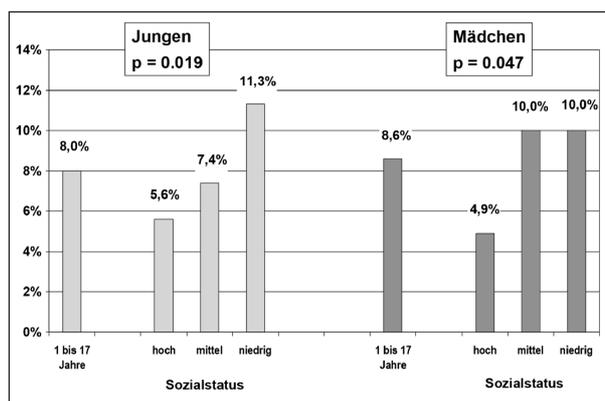
Für seine weiteren Analysen konzentriert sich HOLTE auf Unfälle, bei denen Kinder und Jugendliche selbst aktiv mobil waren, die sog. „Eigenmobilität“ als Fußgänger, Zweiradfahrer oder Nutzer eines Kinderfahrzeuges. Solche Unfälle lassen sich bei 137 Personen, d. h. 0,9 % der KiGGS-Stichprobe, nachweisen (vgl. HOLTE 2010:30).

Das in der KiGGS-Studie berichtete Unfallgeschehen von unter 15-jährigen „Eigenmobilen“ im öffentlichen Straßenverkehr ist mehr als doppelt so hoch wie das in der amtlichen Unfallstatistik ausgewiesene (vgl. HOLTE 2010:32). Der Autor gibt darüber hinaus zu bedenken, dass im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey lediglich der letzte Unfall im vergangenen Zwölfmonatszeitraum erfragt wurde, die tatsächliche Unfallprävalenz also eher noch höher sein dürfte.

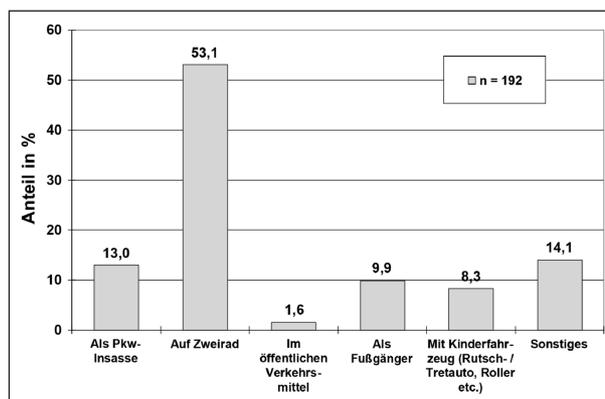
Ausgehend von potenziellen Determinanten des Unfallrisikos von Kindern und Jugendlichen werden mittels einer sog. Clusteranalyse<sup>10</sup> vier Gruppen



**Bild 4:** Verkehrsunfälle von Kindern bis zur Einschulung – nach dem Sozialstatus 1998 bis 2003 (Quellen: ELLSÄSSER et al. (2002:15) und BÖHM, ELLSÄSSER (2004:4))



**Bild 5:** Prozentualer Anteil der Verkehrsunfälle verletzter Kinder und Jugendliche im Alter von einem bis unter 18 Jahren – nach Geschlecht und Sozialstatus (Quelle: KAHL, DORTSCHY, ELLSÄSSER (2007:724))



**Bild 6:** Verkehrsunfälle der Ein- bis 17-Jährigen im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (Quelle: HOLTE (2010:31))

<sup>10</sup> Vgl. zum Verfahren der Clusteranalyse BACHER (1996).

(„Cluster“<sup>11</sup>) von Minderjährigen gebildet und durch weitere verkehrssicherheitsrelevante Merkmale als sog. „Profile“ beschrieben, die zur Konzeption zielgruppenspezifischer Verkehrssicherheitsmaßnahmen herangezogen werden können (vgl. HOLTE 2010:34):

- - Cluster 1: „die Teenager“ – Die älteren Unauffälligen

Hierunter werden durchschnittlich 14-jährige, psychisch „normale“, in relativ günstigen sozialen Verhältnissen lebende und eine höhere Schulbildung durchlaufende, gesundheitlich unauffällige Kinder und Jugendliche zusammengefasst. Der Familienzusammenhalt ist eher gering und die Mobilitätsmuster entsprechen dem Alter. Dieses Profil trifft auf etwa ein Drittel der KiGGS-Stichprobe (34 %) zu.

Die „Teenager“ zeigen eine Prävalenz von Verkehrsunfällen bei Eigenmobilität von 1,1 % und bei Verkehrsunfällen insgesamt von 1,6 %.

- - Cluster 2: „die Ausgeglichenen“ – Die jüngeren Unauffälligen

Dieses Cluster vereint Kinder im Durchschnittsalter von etwa siebeneinhalb Jahren, die psychisch „normal“, mit dem relativ besten Gesundheitszustand, in günstigen sozialen Verhältnissen und einem sehr starken Familienzusammenhalt aufwachsen und (im höheren Alter) eine eher höhere Schulbildung durchlaufen. Drei von zehn Kindern und Jugendlichen (30 %) lassen sich durch dieses Profil relativ ungefährdeter und auf Sicherheit bedachter Kinder charakterisieren.

Die „Ausgeglichenen“ erweisen sich als am wenigsten durch Verkehrsunfälle betroffen (Verkehrsunfälle bei Eigenmobilität: 0,5 %, Verkehrsunfälle insgesamt: 0,9 %).

- - Cluster 3: „die Gebremsten“ – Die jüngeren Auffälligen

Diese im Durchschnitt etwa acht Jahre alten Kinder weisen zum Teil einen „grenzwertigen“ oder „auffälligen“ psychischen Zustand auf,

leben in eher ungünstigen sozialen Verhältnissen, bei häufiger nicht gutem Gesundheitszustand und einem eher mäßigen Zusammenhalt in der Familie. Etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen (21 %) lässt sich entsprechend charakterisieren und diesem Profil zuordnen.

Die Verkehrsunfallbeteiligung der „Gebremsten“ liegt für Unfälle mit Eigenmobilität bei 1,1 % und bei allen Verkehrsunfällen bei 1,4 %.

- - Cluster 4: „die Ungezügelteten“ – Die älteren Auffälligen

Auch der psychische Zustand dieser im Durchschnitt elf Jahre alten Kinder und Jugendlichen wird als „grenzwertig“ oder „auffällig“ eingeschätzt. Sie leben in eher ungünstigen sozialen Verhältnissen mit dem relativ schwächsten Familienzusammenhalt, dem relativ niedrigsten Bildungsstand und einem häufig nicht guten Gesundheitszustand. Immerhin fast jeder siebte Minderjährige (15 %) wird diesem Profil zugeordnet.

Die „Ungezügelteten“ verunfallen im Straßenverkehr bei Eigenmobilität zu 1,6 %, bei Verkehrsunfällen insgesamt zu 2,0 %.

Den Zusammenhang zwischen Clusterzugehörigkeit und Unfallrisiko fasst der Autor folgendermaßen zusammen:

„Kinder mit geringen Werten in verschiedenen Problembereichen, mit stark prosozialem Verhalten, mit hoher Lebensqualität und starkem familiärem Zusammenhalt sind weniger verkehrsunfallgefährdet als Kinder mit hohen Werten in den Problembereichen, mit gering ausgeprägtem prosozialem Verhalten und schwächerem familiärem Zusammenhang“ (HOLTE 2010:38).

Die empirischen Befunde der Sekundäranalyse von HOLTE (2010) verweisen auf ein Konglomerat von gesundheitlich-sozialen Lebensverhältnissen, die als Determinanten der Exposition sowie der Kompetenzen, Motive und Emotionen der Kinder und Jugendlichen und vermittelt über Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Entscheidungsprozesse deren Mobilitätsverhalten und damit letztlich das Unfallrisiko beeinflussen (vgl. HOLTE 2010:24).

Schließlich soll hier auch noch auf eine Studie hingewiesen werden, die nicht die Verunfallung, sondern die Luftschadstoffexposition von Kindern in

<sup>11</sup> Zur differenzierten Beschreibung der nachfolgend in Kürze referierten Cluster, die aufgrund spezifischer, inhaltlich und empirisch-statistisch getroffener Vorannahmen errechnet werden konnten vgl. HOLTE (2010:39 ff).

unterschiedlicher sozialer Lage untersucht (vgl. BOLTE et al. 2004). Im Blickpunkt stehen dabei die vier verkehrsabhängigen Belastungen Leben an einer Hauptstraße, regelmäßige Staubbildung, täglicher Lkw-Verkehr sowie störender Verkehrslärm. Die Autoren stellen diesbezüglich fest:

„Für alle vier Merkmale der Belastung mit verkehrsabhängigen Luftschadstoffen zeigte sich ein deutlicher Sozialgradient, d. h. eine zunehmende Exposition mit abnehmendem elterlichen Bildungsindex“ (BOLTE et al. 2004:186).

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Datenbasis zum Zusammenhang zwischen der sozialen Lage von Verkehrsteilnehmern in Deutschland und ihrer Verunfallung im Straßenverkehr bis vor kurzem noch sehr dünn bzw. auf einige wenige, regional begrenzte empirischen Erhebungen beschränkt war und auch heute noch – mit nur einer einzigen bundesweit repräsentativen Datenbasis – nicht als zufrieden stellend bezeichnet werden kann. Nach wie vor fehlt eine genuin verkehrssoziologisch akzentuierte bundesweit repräsentative epidemiologische Erhebung, die primär auf das Unfallrisiko von sozial Benachteiligten im Straßenverkehr ausgerichtet ist.

### 3.1.2 Verkehrssicherheit von Migranten in Deutschland

Forschungsprojekte der Bundesanstalt für Straßenwesen haben sich sowohl mit der Verkehrssicherheit von Spätaussiedlern (vgl. DOSTAL, DOSTAL 1996) als auch mit jener von ausländischen Arbeitnehmern in Deutschland beschäftigt (vgl. FUNK, WIEDEMANN, REHM 2002). Allerdings lassen sich dabei die beiden Bevölkerungsgruppen der sog. „Autochthonen“ oder Einheimischen im Vergleich zu den sog. „Allochthonen“ oder Zugewanderten nicht trennscharf bestimmen. So wurden z. B. Spätaussiedler in der Statistik schon immer als Deutsche geführt. Seit dem Jahresbeginn 2000 bekommen Neugeborene ausländischer Eltern, von denen ein Elternteil rechtmäßig seit mindestens acht Jahren seinen Aufenthalt im Inland hat, automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit (sog. „Ius soli“-Prinzip). Seitdem ist die Dichotomie deutsche versus ausländische Bevölkerung nicht mehr zielführend, wenn es um die Thematik kulturell-ethnischer Einflüsse auf das Verhalten der Individuen geht (vgl. bereits FUNK, WIEDEMANN, REHM 2002:56).

Dies gilt auch für das Verhalten im Straßenverkehr. Informationen zur Verkehrssicherheit von Migranten bzw. zur Verunfallung von Menschen mit Migrationshintergrund sind nur schwer zu erhalten. Insbesondere unter Kindern ist heute davon auszugehen, dass ein hinreichend großer Teil zwar formal die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, ein möglicher Migrationshintergrund jedoch nicht mehr statistisch erfasst wird. SUHL (2008:4 ff.) und REUTER, SUHL (2012:29 f.) führen diese Problematik ausführlich aus. SUHL (2008:7) macht insbesondere darauf aufmerksam, dass hinreichend viele Kinder, die vor dem Jahr 2000 in der Statistik aus „Ausländer“ geführt worden wären, heute dort als „Deutsche“ aufscheinen.<sup>12</sup>

Vor diesem Hintergrund verwundert es kaum, dass hinsichtlich Aussagen zur Verkehrssicherheit von Kindern mit Migrationshintergrund nach wie vor ältere Untersuchungen aus dem zwanzigsten Jahrhundert mit ihrer Dichotomie Deutsche versus Ausländer herangezogen werden:

- - Unter Bezugnahme auf noch ältere Untersuchungen verweisen HOHENADEL, PORSCHEN, SELIGER (1985) auf die stärkere Unfallbeteiligung ausländischer, insbesondere türkischer Kinder. Für das Vorschulalter machen die Autoren im Jahr 1981 eine zwei- bis dreimal häufigere Verunfallung ausländischer Kinder aus und auch für Sechs- bis 14-Jährige wird deren höhere Verunfallung behauptet (vgl. HOHENADEL, PORSCHEN, SELIGER 1985:8).
- - HOLLEDERER (2000:106) errechnet für die Jahre 1986 bis 1996 in der Stadt Nürnberg bei Fußgänger- und Radfahrunfällen von unter Sechsjährigen eine zweieinhalb Mal so hohe Inzidenzdichte (Anzahl aller Unfälle im betrachteten Zeitraum geteilt durch Personenjahre „at risk“) ausländischer Kinder im Vergleich zu ihren deutschen Pendanten.
- - Eine Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 1990 bestätigt Zusammenhänge zwischen der Nationalität und der Verunfallung von Kindern im Straßenverkehr: So verunglückten beispielsweise von den Kindern unter sechs Jahren 247 ausländische Kinder je 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe als Fuß-

<sup>12</sup> „Diese Kinder haben zwar keine eigene Migrationserfahrung, jedoch einen Migrationshintergrund, der in der amtlichen Statistik unberücksichtigt bleibt“ (SUHL 2008:7).

gänger, im Vergleich zu lediglich 91 entsprechenden deutschen Kindern. Beim Radfahren verhält es sich dagegen umgekehrt: Hier verunfallten 31 deutsche Kinder je 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe gegenüber lediglich 19 ausländischen Kindern. In der Altersgruppe von sechs bis unter zehn Jahren wird dieses Muster reproduziert: Hier verunglückten, je 100.000 der altersgleichen Einwohner, 315 ausländische Kinder als Fußgänger und 155 als Radfahrer sowie 203 deutsche Kinder als Fußgänger bzw. 182 als Radfahrer. In der Altersgruppe von zehn bis unter 15 Jahren verunglückten schließlich 110 ausländische und 100 deutsche Fußgänger je 100.000 Einwohner sowie 213 ausländische und 347 deutsche Radfahrer (vgl. DESTATIS o. J.:16). Offensichtlich waren also unter den Fußgängern die ausländischen Kinder und Jugendlichen unfallgefährdeter, unter den Radfahrern dagegen die deutschen.<sup>13</sup> Ähnliche Ergebnisse berichten HAUTZINGER, TASSAUX-BECKER, HAMACHER (1996:71).

- Vereinzelt liegen entsprechende Differenzierungen der Unfalldaten für Kommunen vor. So berichtet z. B. STIEBING (1999a:14) für die Stadt Hagen und das Jahr 1998 von einer zweimal höheren Verunglücktenhäufigkeitszahl ausländischer Kinder und einer sogar dreimal so hohen Verunglücktenhäufigkeitszahl türkischer Kinder gegenüber deutschen Kindern. Als „dramatisch“ bezeichnet STIEBING die für 1999 festgestellte Differenz in den Verunglücktenhäufigkeitszahlen aktiver Verkehrsteilnehmer im Alter bis zu sechs Jahren: „Hier verunglückten im Vergleich zu deutschen Kindern türkische Kinder 19,5-mal häufiger, Kinder anderer Nationalitäten 10,2-mal häufiger, nichtdeutsche Kinder (gesamt) 14,3-mal häufiger“ (STIEBING 1999b:3).

Als Ergebnis dieser älteren Studien muss festgehalten werden: Ausländische Kinder und Jugendliche waren in ihrer Gesamtheit, insbesondere aber die jüngeren ausländischen Kinder als Fußgänger, eine besonders gefährdete Gruppe (vgl. hierzu auch HOHENADEL, PORSCHEN, SELIGER 1985:6). Dies traf vor allem auf junge Türken zu

(vgl. STIEBING 2001a, 2001b, 1999a, 1999b; HOHENADEL, PORSCHEN, SELIGER 1985:8; STANGE, WEIDNER 1984:26).

Vereinzelt finden sich auch in neuerer Zeit in lokal/regional begrenzten Datenerhebungen Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Verkehrsunfallwahrscheinlichkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ein bevölkerungsbezogenes Unfallmonitoring in der Stadt Delmenhorst (vgl. BÖHMANN, ELLSÄSSER 2004:301) kommt zu dem Ergebnis, dass die Verletzungsrate nicht-deutscher Kinder höher ist als jene von deutschen Kindern (Jungen: unter Fünf-Jährige: 3,3fach, Fünf- bis 15-Jährige: 1,7fach; Mädchen: unter Fünfjährige: 2,3fach, Fünf- bis 15-Jährige: 1,1fach). Der Unterschied zu den deutschen Kindern lässt sich nach Meinung der Autoren nicht nur durch eine kulturell bedingte erhöhte Inanspruchnahme der Notfallambulanzen erklären. BÖHMANN, ELLSÄSSER (2004:303) verweisen vielmehr, abgesehen von analogen Ergebnissen in internationalen Studien, auf die Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten sowie auf einen niedrigeren sozioökonomischen Status. Insofern leuchtet ein, dass eine differenzierte Betrachtung des Unfallgeschehens bei Kindern und Jugendlichen das Herkunftsland des Kindes bzw. der Familie sowie das Geschlecht berücksichtigen muss (vgl. RAZUM et al. 2008:74 f.).

SCHENK, NEUHAUSER, ELLERT (2008:86) weisen darauf hin, dass die Quoten hinsichtlich persönlicher Schutzmaßnahmen beim Fahrradfahren und Inlineskaten unter Migrantenkindern besorgniserregend gering sind. Als Gründe werden fehlende finanzielle Ressourcen, aber auch ein Unterschätzen der Gefahren vermutet, wobei systematische Analysen der dem Handeln zugrunde liegenden Orientierungen noch ausstehen.

Höhere Unfallrisiken bei Menschen mit Migrationshintergrund erscheinen auch aufgrund der Wohnsituation in verkehrsreichen Innenstädten plausibel (vgl. KASPER, REUTTER, SCHUBERT 2007; HARMS 2007), lassen sich jedoch weder aus den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (vgl. KAHL, DORTSCHY, ELLSÄSSER 2007:723; SCHENK, NEUHAUSER, ELLERT 2008:86) noch aus vorliegenden Mikrozensusdaten (vgl. RAZUM et al. 2008:46 f.) ableiten. Zu beachten ist jedoch, dass in diesen Studien Unfallrisiken im Allgemeinen beleuchtet werden, ohne auf verkehrsbezogene Verunfallungsrisiken im Spe-

<sup>13</sup> Erstaunlicherweise kann dieser quantitative Vergleich für die gesamte Bundesrepublik nicht mit aktuellerem amtlichem Zahlenmaterial durchgeführt werden, da eine regelmäßige eigenständige statistische Auswertung der Unfalldaten für Kinder nach der Nationalität nicht stattfindet.

ziellen einzugehen. Das aktuelle HBSC-Faktenblatt widmet sich noch allgemeiner „Verletzungen von Kindern und Jugendlichen“. Dabei weisen Jungen mit Migrationshintergrund eine höhere Verletzungswahrscheinlichkeit auf als Jungen ohne Migrationshintergrund, für Mädchen gilt dieser Zusammenhang jedoch nicht. Für Verletzungen im Straßenverkehr bietet diese Publikation keine Hinweise (vgl. HBSC-TEAM Deutschland 2012). Konzentriert man sich auf die Gruppe der 14- bis 19-jährigen Jugendlichen, sind die Raten deutscher Jungen und Mädchen bei tödlichen Verkehrsunfällen sogar deutlich höher als jene ihrer ausländischen Pendanten. Auf mögliche Gründe für diesen Befund geht die Autorin jedoch nicht ein (vgl. ELLSÄSSER 2010:29).

STIEBING führt die in Hagen deutlich hervorgetretenen Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Kindern auf ein „... offensichtlich mangelndes Betreuungsverhalten ausländischer Eltern gegenüber den Kleinsten“ (STIEBING 1999b:3) zurück und macht „erhebliche Defizite“ im Betreuungsverhalten hinsichtlich des Straßenverkehrs bei ausländischen Eltern aus (vgl. STIEBING 2001a:11; 1999a:15). Dieser Aspekt wurde auch bereits von HOHENADEL, PORSCHEN, SELIGER (1985:21) und STANGE, WEIDNER (1984:7) angesprochen und findet sich auch bei THOMSON, TOLMIE, MAMOON (2001).

Allerdings gibt es auch aktuellere Befunde, die diese Sichtweise nicht ohne weiteres stützen. So kann SUHL (2008:87 ff.) kein höheres Sicherheitsbedürfnis der Eltern von Kindern ohne Migrationshintergrund im Vergleich zu Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund feststellen. Auch hinsichtlich der Eigenverantwortung für die Verkehrssicherheit ihrer Kinder (z. B. Schulwegsicherung, Einüben der Verkehrsmittelnutzung oder der Informationsbeschaffung) unterscheiden sich die beiden Elterngruppen nicht signifikant.

Trotz der seit dem Jahr 2000 erheblichen Unschärfen der Dichotomie deutscher versus ausländischer Verkehrsteilnehmer in der Verkehrsunfallstatistik soll diese für Kinder als Verkehrsteilnehmer nachfolgend differenzierter betrachtet werden. Hierzu stellte das Referat U2 „Unfallstatistik, Unfallanalyse“ der Bundesanstalt für Straßenwesen die Absolutzahlen der im Jahr 2010 verunglückten, d. h. getöteten oder verletzten, Kinder unter 15 Jahren mit Angaben zum Geschlecht und zur Ausländerkennzeichnung für „Beteiligte“<sup>14</sup> (vgl. Tabelle 3) und Mitfahrer (vgl. Tabelle 4) zur Verfügung.<sup>15</sup>

Für die angemessene Interpretation der Unfalldaten gilt es, folgenden Sachverhalt zu beachten: Im Zuge der Unfalldatenerhebung erfolgt eine evtl. Ausländerkennzeichnung explizit nur für „Beteiligte“. D. h., deutsche Kinder mit Migrationshintergrund werden bei Unfällen als Fußgänger oder Radfahrer in der Statistik als „Deutsche“ gezählt. Mitfahrer erhalten in der Unfallstatistik gegebenenfalls den Ausländerstatus des „Beteiligten“ (Fahrers). D. h. deutsche Kinder werden bei Unfällen als Mitfahrer in Pkw, auf motorisierten Zweirädern oder als Fahrradmitfahrer dann als „Ausländer“ gezählt, wenn auch der „Beteiligte“ aufgrund seiner Nationalität als Ausländer gilt. Plausiblerweise darf dies für deutsche Kinder mit Migrationshintergrund durchaus häufig angenommen werden.

Vor dem Hintergrund der in der älteren Literatur behaupteten stärkeren Verunfallung ausländischer Kinder und der Tatsache, dass nach der Änderung des Staatsbürgerschaftsrechts Kinder mit Migrationshintergrund in der Unfallstatistik als Deutsche aufscheinen, wäre – zumindest bei Unfällen als „Beteiligte“ – im Vergleich zu älteren Verunglücktenzahlen eine Verringerung der überproportionalen Unfallbelastung explizit „ausländischer“ Kinder im Vergleich zu deutschen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund zu erwarten.

Bezieht man die absolute Anzahl der Verunglückten aus Tabelle 3 auf die deutsche bzw. nichtdeutsche Bevölkerung zum 31.12.2010,<sup>16</sup> so errechnen sich die in Tabelle 5 dokumentierten Anteile verunglückter deutscher und ausländischer Kinder als sog. „Beteiligte“, d. h. überwiegend als eigenmobile Fahrradfahrer oder Fußgänger, an der gleichaltrigen Bevölkerungsgruppe. Bereits ein Blick auf die „Insgesamt“-Zeile von Tabelle 5 zeigt, dass die Gefahr, im Straßenverkehr zu verunglücken, für ausländische Kinder bei ihrer Eigenmobilität (im Sprachgebrauch der Statistik: als „beteiligte“ Radfahrer oder Fußgänger) höher ist als jene der deutschen Kinder.

<sup>14</sup> „Als Beteiligte an einem Straßenverkehrsunfall werden alle Fahrzeugführer oder Fußgänger erfasst, die selbst – oder deren Fahrzeug – Schäden erlitten oder hervorgerufen haben. Verunglückte Mitfahrer zählen somit nicht zu den Unfallobeteiligten“ (DESTATIS 2011b:10).

<sup>15</sup> Aus der Datenanalyse ausgeschlossen sind Verunglückte ohne Angabe des Geschlechts und verunglückte ausländische Kinder mit Wohnsitz im Ausland.

<sup>16</sup> „Tabelle B 15 für 2010 Deutsche Deutschland 95 u. m.“ und „Tabelle B 15 für 2010 Nichtdeutsche Deutschland 95 u. m.“.

Alter	Insgesamt	Männlich				Weiblich					
		Insgesamt	Motorisiertes Zweirad	Pkw	Fahrrad	Fußgänger	Insgesamt	Motorisiertes Zweirad	Pkw	Fahrrad	Fußgänger
<b>Deutsche</b>											
< 1	28	17	0	0	0	14	11	0	0	0	9
1	80	44	0	2	0	40	36	0	0	1	33
2	165	105	0	1	2	100	60	0	0	0	57
3	263	158	0	0	15	142	105	0	0	3	98
4	388	248	1	0	69	176	140	0	0	23	117
5	482	312	0	1	109	201	170	0	0	49	117
6	750	468	0	1	185	280	282	0	0	85	193
7	1.019	654	0	0	253	393	365	0	0	107	255
8	1.156	750	1	0	326	420	406	0	0	140	262
9	1.292	847	3	1	440	398	445	0	0	186	251
10	1.725	1.088	0	1	665	409	637	0	0	314	319
11	1.934	1.155	0	1	784	365	779	0	1	441	327
12	1.996	1.240	2	0	904	327	756	2	1	484	266
13	2.142	1.307	8	1	1.008	283	835	2	0	596	232
14	1.951	1.145	35	5	872	226	806	9	1	528	261
Insgesamt	15.371	9.538	50	14	5.632	3.774	5.833	13	3	2.957	2.797
<b>Ausländer</b>											
< 1	4	3	0	0	0	2	1	0	0	0	1
1	5	1	0	0	0	1	4	0	0	0	4
2	19	14	0	0	0	14	5	0	0	0	5
3	47	31	0	0	4	27	16	0	0	0	16
4	46	30	0	0	4	26	16	0	0	0	16
5	63	41	0	0	12	29	22	0	0	6	15
6	83	62	0	0	25	37	21	0	0	3	18
7	94	61	0	1	19	40	33	0	0	7	26
8	95	67	0	0	27	40	28	0	0	9	19
9	108	69	0	0	31	38	39	0	0	15	24
10	128	90	0	0	51	38	38	0	0	16	22
11	180	110	0	0	78	32	70	0	0	31	38
12	184	115	0	0	81	34	69	0	0	37	32
13	159	98	0	0	69	28	61	0	0	27	34
14	149	95	3	1	69	22	54	0	0	29	25
Insgesamt	1.364	887	3	2	470	408	477	0	0	180	295

**Tab. 3:** Verunglückte Beteiligte 2010, Getötete und Verletzte – nach der Ausländerkennzeichnung, dem Geschlecht und dem Alter (Quelle: Sonderauswertung der Bundesanstalt für Straßenwesen auf der Basis der polizeilichen Unfalldaten)

Alter	Insgesamt	Männlich				Weiblich					
		Insgesamt	Motorisiertes Zweirad	Pkw	Fahrrad	Fußgänger	Insgesamt	Motorisiertes Zweirad	Pkw	Fahrrad	Fußgänger
<b>Deutsche</b>											
< 1	330	158	1	136	0	–	172	0	145	0	–
1	579	320	0	268	18	–	259	1	218	8	–
2	500	238	1	197	16	–	262	0	215	20	–
3	501	251	0	217	11	–	250	0	218	17	–
4	579	286	0	250	12	–	293	1	254	13	–
5	596	273	7	237	12	–	323	3	301	3	–
6	622	305	4	272	8	–	317	5	279	3	–
7	706	343	7	303	4	–	363	3	319	5	–
8	736	343	10	296	7	–	393	8	349	2	–
9	804	359	13	305	2	–	445	11	385	2	–
10	817	384	19	302	2	–	433	10	365	6	–
11	844	380	9	295	7	–	464	14	367	4	–
12	856	379	23	301	8	–	477	16	377	9	–
13	876	347	32	265	4	–	529	23	424	12	–
14	986	396	63	267	6	–	590	64	435	10	–
Insgesamt	10.332	4.762	189	3.911	117	–	5.570	159	4.651	114	–
<b>Ausländer</b>											
< 1	44	24	0	21	0	–	20	0	17	0	–
1	76	30	0	25	2	–	46	0	38	2	–
2	73	31	0	25	1	–	42	0	38		–
3	89	55	0	51	0	–	34	0	28	4	–
4	84	42	2	32	3	–	42	0	38	2	–
5	84	35	0	34	1	–	49	0	44	2	–
6	84	42	0	39	2	–	42	0	34	7	–
7	88	46	1	38	1	–	42	0	39	2	–
8	85	39	1	31	2	–	46	0	41	1	–
9	86	40	0	34	1	–	46	1	42		–
10	81	33	0	30	0	–	48	0	47		–
11	80	37	2	30	2	–	43	0	41		–
12	87	48	2	38	2	–	39	0	32	1	–
13	75	33	2	27	2	–	42	0	36	1	–
14	97	42	4	34	1	–	55	2	47	1	–
Insgesamt	1.213	577	14	489	20	–	636	3	562	23	–

**Tab. 4:** Verunglückte Mitfahrer 2010, Getötete und Verletzte – nach der Ausländerkennzeichnung, dem Geschlecht und dem Alter (Quelle: Sonderauswertung der Bundesanstalt für Straßenwesen auf der Basis der polizeilichen Unfalldaten)

Alter	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	Deutsche	Ausländer	Deutsche	Ausländer	Deutsche	Ausländer
	In % der gleichaltrigen Bevölkerung					
< 1	0,0043	0,0119	0,0052	0,0174	0,0035	0,0061
1	0,0126	0,0141	0,0135	0,0056	0,0116	0,0231
2	0,0253	0,0504	0,0314	0,0724	0,0189	0,0272
3	0,0401	0,1348	0,0469	0,1735	0,0329	0,0941
4	0,0600	0,1410	0,0747	0,1772	0,0445	0,1019
5	0,0733	0,1889	0,0926	0,2397	0,0531	0,1355
6	0,1120	0,2181	0,1363	0,3168	0,0864	0,1136
7	0,1524	0,2365	0,1906	0,3010	0,1121	0,1693
8	0,1699	0,2283	0,2148	0,3143	0,1226	0,1380
9	0,1855	0,2501	0,2371	0,3117	0,1312	0,1852
10	0,2374	0,2732	0,2929	0,3768	0,1794	0,1655
11	0,2757	0,2432	0,3202	0,2912	0,2287	0,1931
12	0,2788	0,2406	0,3377	0,2936	0,2169	0,1850
13	0,2900	0,2000	0,3449	0,2409	0,2322	0,1570
14	0,2685	0,1909	0,3067	0,2380	0,2282	0,1416
Insgesamt	0,1505	0,1882	0,1820	0,2390	0,1172	0,1348

Tab. 5: Anteile verunglückter Kinder als Beteiligte 2010 nach dem Alter, der Nationalität und dem Geschlecht (Quelle: Sonderauswertung der Bundesanstalt für Straßenwesen; Bevölkerung zum 31.12.2010)

Zum intuitiven Verständnis veranschaulicht Bild 7 das Verhältnis der bevölkerungsbezogenen Anteile verunglückter ausländischer Kinder zu verunglückten deutschen Kindern. Ein Wert von „1“ indiziert genau gleiche bevölkerungsbezogene Anteile verunglückter Kinder für beide Nationalitätengruppen, Werte größer als „1“ verweisen auf eine stärkere Unfallbelastung ausländischer, Werte kleiner als „1“ auf eine stärkere Unfallbelastung deutscher Kinder.

Bild 7 veranschaulicht, dass unter verunglückten Kindern als eigenmobile „Beteiligte“ (überwiegend Fahrrad- und Fußgängerunfälle) die Unfallbelastung im Jahr 2010 für ausländische Kinder bis zum Alter von zehn Jahren höher ist als jene von deutschen Kindern (mit und ohne Migrationshintergrund). Dies gilt auch für die Subgruppe der Jungen. Unter Mädchen verunglücken deutsche Kinder ab dem Alter von zehn Jahren häufiger als ausländische Kinder. Ausländische Jungen weisen unter Neugeborenen sowie im Kindergartenalter (drei bis fünf Jahre) eine bevölkerungsbezogene Verunfallung auf, die zwischen 2,3- und 3,7-mal so hoch ist wie unter gleichaltrigen deutschen Jungen (mit und ohne Migrationshintergrund). Auch drei-

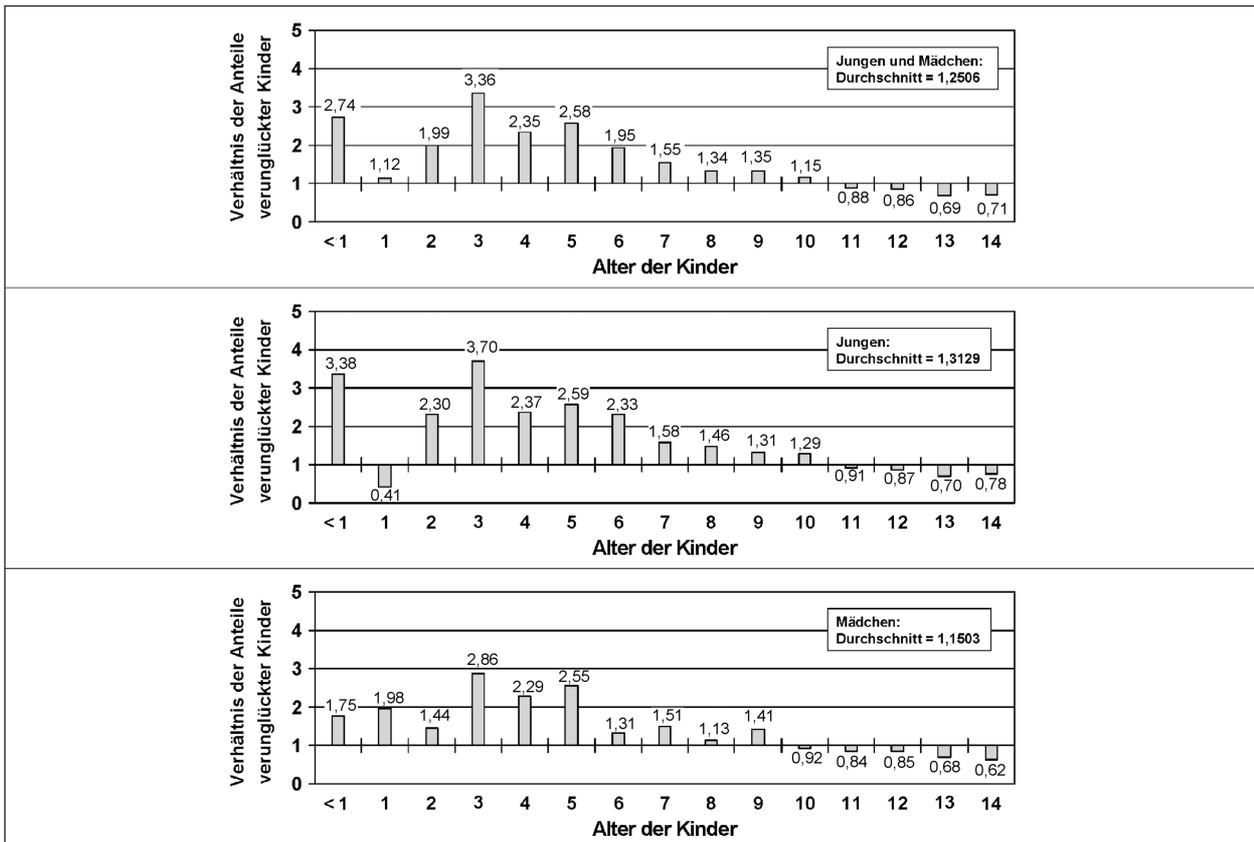


Bild 7: Verhältnis der Anteile verunglückter ausländischer zu deutschen Kindern 2010 als Beteiligte

bis fünfjährige ausländische Mädchen verunglücken mehr als doppelt so häufig wie altersgleiche deutsche Kinder als „beteiligte“ Radfahrer und Fußgänger.

Analoge Berechnungen für deutsche und ausländische Kinder als Mitfahrer lassen sich mit den Daten der amtlichen Unfallstatistik nicht verzerrungsfrei durchführen. Zwar kann man zur Berechnung der bevölkerungsanteiligen Verunglückten – im Zähler des entsprechenden Bruches – alle Mitfahrer von ausländischen „Beteiligten“ (Pkw-Fahrern) als ausländische Kinder definieren. Dies ist jedoch bei den Bevölkerungsdaten – im Nenner des Bruches – nicht möglich. In diesem Fall würde man irrtümlich als Mitfahrer verunglückte ausländische Kinder und eine unbekannte Anzahl deutscher Kinder – mit und ohne Migrationshintergrund – auf die Bevölkerungsbasis der ausländischen Kinder beziehen. Auch wenn man, z. B. aus den Mikrozensusdaten, die Anzahl der deutschen Kinder mit Migrationshintergrund schätzen und – im Nenner des Bruches – zu den ausländischen Kindern hinzuaddieren würde, wäre die Abschätzung der Verunfallung von autochthonen und allochthonen Kindern nicht unverzerrt. Denn auch die Annahme, dass die Kinder eines ausländischen Pkw-Fahrers („Beteiligter“) selbst Ausländer oder Deutsche mit Migrationshintergrund sind, ist letztlich nur eine zwar plausible, aber nicht zu beweisende Annahme.

Damit stellt sich weiterhin die Frage, ob z. B. eine nicht adäquate Kindersicherung im Pkw für ausländische Kinder bzw. deutsche Kinder mit Migrationshintergrund weiter verbreitet ist als für deutsche Kinder. Für eine besondere Problemlage von Kindern mit Migrationshintergrund bei ihrer Sicherung als Pkw-Mitfahrer sprechen die Befunde von FASTENMEIER, LEHNIG (2006), die Schwierigkeiten „ausländischer Mitbürger“ bzw. Menschen mit Migrationshintergrund in der korrekten Anwendung von Pkw-Kindersitzen nahelegen.<sup>17</sup>

Eine fehlerhafte oder unterbleibende Kindersicherung im Pkw verweist auf die Verletzung der Sorgfaltspflicht von erwachsenen Verkehrsteilnehmern, im engeren Sinn auf jene der Erziehungsberechtig-

ten. Würde sich die Hypothese von unterschiedlich stark ausgeprägtem „Misuse“ bei der Kindersicherung zwischen deutschen und ausländischen Anwendern bestätigen, spräche dies für die Notwendigkeit entsprechender Verkehrssicherheitsmaßnahmen zur richtigen Pkw-Kindersicherung für ausländische Eltern (vgl. Kapitel 3.3.3).

Die deutlichen Unterschiede der auf die gleichaltrige Bevölkerung bezogenen Anteile verunglückter deutscher und ausländischer Kinder als „beteiligte“ Radfahrer oder Fußgänger werfen viele weitere Fragen nach den Determinanten ihrer unterschiedlich häufigen Verunfallung auf und verlangen dringend nach weiterer Aufklärung der dahinter wirkenden Faktoren und Mechanismen.<sup>18</sup> Trotz der Indizien für eine überproportional häufige Verunfallung ausländischer Kinder als „Beteiligte“ bleibt nämlich nach wie vor offen, inwieweit tatsächlich die ethnische Zugehörigkeit im Sinne einer kulturellen Determinante einen Einfluss auf die Verkehrsteilnahme und Verunfallung ausländischer Kinder und Jugendlicher hat oder ob nicht vielmehr spezifische sozioökonomische Merkmalskombinationen (Familiengröße, Einkommen, Wohnsituation usw.) sich in Haushalten mit Migrationshintergrund bzw. Ausländerhaushalten ballen und lediglich vermittelt über die Variable Nationalität im Straßenverkehrsunfallgeschehen von Kindern aufscheinen. Eine solche Analyse kann im Rahmen der hier vorgelegten Arbeit nicht geleistet werden. Im Sinne der vorgenannten Überlegungen verweisen REUTTER, SUHL (2012:34) auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Wohn- und Lebenssituation, des sozialen Umfelds und der Verkehrssituation vor Ort, mithin auf die Berücksichtigung des sozialen Settings (vgl. Kapitel 4.5).

### 3.1.3 Verkehrssicherheit von sozial Schwachen in Großbritannien

Tabelle 6 listet die gesichteten britischen Studien auf, in denen Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheits- bzw. Unfallrisiken thematisiert werden. In der überwiegenden Mehrheit dieser Publikationen wird explizit auf den Handlungskontext Straßenverkehr eingegangen. Dies ist zu einem guten Teil auf die Verkehrssicherheitsstrategie „Tomorrow’s roads: safer for everyone“ (vgl. DETR 2000) für den Zehnjahreszeitraum 2000 bis 2010 zurückzuführen. Darin war die Halbierung der Anzahl getöteter oder schwer verletzter Kinder im Straßenverkehr ein zentrales Ziel, zu dessen Errei-

<sup>17</sup> Vgl. BREUSS (2010) zu entsprechenden Ergebnissen aus Österreich.

<sup>18</sup> Vgl. zu einer ersten Enumerierung entsprechender Determinanten die Ausführungen zu Migranten in Kapitel 3.2.

Autor(en)	Jahr	Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Unfallrisiko im Straßenverkehr	Risikogruppe
Department of Transport	o. J. a	Ja	Sozial Ausgeschlossene und ÖPNV-Nutzer
Department for Transport	o. J. b	Ja	Verkehrsteilnehmer
Neighbourhood Road Safety Initiative	2006	Ja	Kinder
WOODALL et al.	2007	Ja	Kinder als Fußgänger
CHRISTIE	1995	Ja	Kinder als Fußgänger
DOWSWELL et al.	1996	Ja	Kinder
ROBERTS, POWER	1996	Ja	Kinder
WHITE, REASIDE, BARKER	1999	Ja	Kinder
TOWNER, DOWSWELL, JARVIS	2001a, b	Ja	Kinder
GRAYLING et al.	2002	Ja	Kinder als Fußgänger
TOWNER, DOWSWELL	2002	Nein	Kinder
LALLOO, SHEIHAM, NAZROO	2003	Ja	4- bis 15-jährige Kinder
TOWNER et al.	2005	Ja	0- bis 14-jährige Kinder
EDWARDS et al.	2006b	Ja	Kinder
CLARKE et al.	2007	Ja	Kinder als Fußgänger
MASHTA	2009	Ja	Kinder
GRAHAM, STEPHENS	2008	Ja	Kinder als Fußgänger
European Child Safety Alliance	2010	Nein	Kinder
GREEN, MUIR, MAHER	2011	Ja	Kinder als Fußgänger
CHRISTIE et al.	2011	Ja	9- bis 14-jährige Kinder
TOWNER et al.	2011	Ja	13- bis 14-jährige Kinder
TOWNER, CARTER, HAYES	1998	Nein	Kinder, Jugendliche
TOWNER, WARD	1998	Nein	Kinder, Jugendliche
GRAHAM, GLAISTER, ANDERSON	2005	Ja	Kinder, Erwachsene als Fußgänger
MILLWARD, MORGAN, KELLY	2003	Ja	Kinder, ältere Menschen
TOWNER, ERRINGTON	2004	Nein	Kinder, ältere Menschen
Department for Transport	2009	Ja	Fußgänger, Fahrradfahrer
THOMSON, TOLMIE, MAMOON	2001	Ja	Kinder ethnischer Minoritäten
MALHOTRA, HUTCHINGS, EDWARDS	2008	Ja	Ethnische Minderheiten
CHRISTIE et al.	2010a	Ja	Ethnische Minoritäten
DUNBAR, HOLLAND, MAYLOR	2004	Ja	Alte Fußgänger
VANDREVALA et al.	2010	Nein	Konsumenten von Medikamenten
WARD et al.	2007a	Ja	Kfz-Führer
WARD et al.	2007b	Ja	Kfz-Führer
CLARKE et al.	2009	Ja	Kfz-Führer
CHRISTIE, WHITFIELD	2011	Ja	Benachteiligte Verkehrsteilnehmer
CHRISTIE et al.	2010b	Ja	Benachteiligte Verkehrsteilnehmer
ABDALLA et al.	1997	Ja	Verkehrsteilnehmer
EDWARDS et al.	2006a	Ja	Verkehrsteilnehmer
GERVAIS, CONCHA	2008	Ja	Verkehrsteilnehmer
HAYES et al.	2008	Ja	Verkehrsteilnehmer
WOOD, BELLIS, WATKINS	2010	Ja	Verkehrsteilnehmer
LOWE et al.	2011a	Ja	Verkehrsteilnehmer
GRAHAM	2002a	Ja	Bevölkerung
GRAHAM	2002b	Ja	Bevölkerung
Social Exclusion Unit	2003	Ja	Bevölkerung
Neighbourhood Road Safety Initiative	2006	Ja	Bevölkerung
GRAHAM, GLAISTER	2003	Ja	Fußgänger
DISSABAYAKE, ARYAIJA, WEDAGAMA	2009	Ja	Fußgänger

Tab. 6: Übersicht über britische Studien, in denen Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheits- bzw. Unfallrisiken thematisiert werden

chung Engineering- und Education-Maßnahmen herausgestellt wurden. Dabei sollten Kommunen (Local Authorities) bzw. auf dieser administrativen Ebene angesiedelte Verkehrssicherheitsmaßnahmen eine zentrale Rolle spielen (vgl. DETR 2000:10).

Das Anliegen der Verkehrssicherheit wurde damals seitens der Regierung zudem eingebettet in einen breiteren Kontext von politischen Initiativen in den Bereichen Gesundheit, Umwelt, Bildung, sozialer Zusammenhalt („Social Inclusion“) (vgl. GRAHAM 2002b) bzw. der Verringerung von sozialer Ausgrenzung als besondere Form der sozialen Ungleichheit („Social Exclusion“) sowie der Verbrechensbekämpfung (vgl. DETR 2000:6 f.).

In einer Zwischenbilanz der zur Jahrtausendwende propagierten Verkehrssicherheitsstrategie wurde die entscheidende Rolle der Kommunen bei deren Umsetzung auf lokaler Ebene wieder aufgegriffen und insbesondere hinsichtlich der Verbesserung der Verkehrssicherheit in sozial schwachen Wohngebieten („Social Exclusion“) betont (vgl. hierzu auch DFT 2002:10 f.), z. B. durch die Anbindung an die Initiative „Dealing with Disadvantage“ (vgl. DFT 2004:19).

Unter den Maßnahmen gegen „Social Exclusion“ und für die Verbesserung der Verkehrssicherheit ist insbesondere die „Neighbourhood Road Safety Initiative“ einschlägig, aus der auch mehrere der in Tabelle 6 und Tabelle 7 aufgelisteten Publikationen entstammen (vgl. CHRISTIE et al. 2010b; HAYES et al. 2008; Neighbourhood Road Safety Initiative 2006). Diese Initiative bedient sich eines sog. „Setting-Ansatzes“ (vgl. Kapitel 4.5) und schließt in ihren Bemühungen auch an den Aktivitäten ent-

sprechender lokaler Interessensgruppen an. Diesen Aktionsgruppen geht es zwar häufig primär nicht um Aspekte der Verkehrssicherheit, jedoch haben die dort diskutierten Inhalte bzw. die dort getroffenen Entscheidungen häufig Einfluss auf die Verkehrssicherheit vor Ort.

Die „Neighbourhood Road Safety Initiative“ griff das Thema Verkehrssicherheit in diesen lokalen Gruppen auf und trieb es mit explizit lokalem Bezug voran. Sie baute dabei auf der Arbeit in diesen anderen Initiativen auf, initiierte bzw. förderte verkehrssicherheitsrelevante Aktivitäten mit finanzieller Unterstützung, regte die Vernetzung der lokalen Aktionsgruppen aus dem Verkehrs-, Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich mit der Polizei und gegebenenfalls weiteren einschlägigen lokalen Institutionen an und nutzte dabei zutage tretende Synergieeffekte zur Verbesserung der Verkehrssicherheit vor Ort.

Die breite empirische Basis der Studien aus Großbritannien (vgl. Tabelle 7) lässt sich zu der empirisch gut gesicherten Aussage verdichten, dass ganz eindeutige Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und der Unfallbeteiligung im Straßenverkehr festzustellen sind: Je schlechter die soziale Lage, desto häufiger werden die Menschen in Verkehrsunfälle verwickelt (vgl. z. B. CHRISTIE et al. 2010a, 2010b; DFT 2009; GRAHAM, STEPHENS 2008; WARD et al. 2007a; EDWARDS et al. 2006a; GRAHAM, GLAISTER, ANDERSON 2005; GRAHAM, GLAISER 2003; ABDALLA et al. 1997). Dies scheint insbesondere für die Verunfallung von Kindern als Fußgänger belegt (vgl. GREEN, MUIR, MAHER 2011 sowie die anderen in Tabelle 7 dokumentierten Studien zu diesem Problemfeld).

Autor(en)	Beschreibung der Studie
Department of Transport (o. J. a)	a) Literaturumschau und Feldarbeit (Gruppeninterviews, individuelle Interviews und Befragungen); b) ? c) ? d) „Transport has a significant impact on the lives of socially excluded people in all age groups“ (S. 58)
Department of Transport (o. J. b)	a) Beratungs-/Orientierungshilfe für Behörden wie die Verkehrssicherheitsfolgen von sozialer Benachteiligung behandelt werden können (2 Seiten); b) – c) – d) –
a) eigene Untersuchung/Primärerhebung oder Sekundäranalyse oder Berichterstattung von Ergebnissen b) falls a): Stichprobenbeschreibung c) falls a): Stichprobenumfang d) falls a): signifikante Ergebnisse	

**Tab. 7:** Übersicht über britische Studien, in denen Zusammenhänge zwischen sozialer Lage von Verkehrsteilnehmern und Unfallrisiken thematisiert werden

Autor(en)	Beschreibung der Studie
Neighbourhood Road Safety Initiative (2006)	a) Strategische Aspekte der Ausrichtung der Initiative werden erläutert; b) – c) – d) –
WOODALL et al. (2007)	a) Eigene Untersuchung; b) Beobachtung: 5 teilnehmende lokale Gemeinden an 25 Tagen. Fokusgruppen: 3 teilnehmende lokale Gemeinden; 15 Gruppen – 154 Eltern; c) – d) Keine signifikanten Unterschiede in der Begleitung zur Schule oder im außerschulischen Verkehr. (Ausnahme: Strecke zur Moschee) zwischen Nicht-BME-(Black and Minority Ethnic) und BME-Gruppen.
CHRISTIE (1995)	a) Eigene Untersuchung; b) Als Fußgänger verunfallte Schulkinder und Kontrollgruppe im gleichen (Krankenhaus-)Einzugsgebiet + ein Elternteil von jedem Kind (S. 1); c) 152 Kinder die als Fußgänger verunfallten; Kontrollgruppe: 484 Kinder; 636 Eltern; d) Häufiges unbeaufsichtigtes Spielen auf der Straße als Prädiktor für Unfälle. Mehr Kinder aus unterer sozioökonomischer Gruppe spielen täglich auf der Straße; aus dem Sozialkontext scheinen ein „untypischer“ Familienstand, eine fehlende Teilnahme an einem „Kinderclub“, eine nicht-weiße Hautfarbe, ein Alter von unter elf Jahren, ein behindertes Familienmitglied, drei Kinder unter 16 Jahren im Haushalt und ein geringes Verantwortungsgefühl der Erziehungsberechtigten Fußgängerunfälle von Kindern zu begünstigen. Aus der Verkehrsumwelt werden ein alter Hausbestand, das Wohnen an Durchgangsstraßen und das Fehlen von verkehrsbehindernden Parkmöglichkeiten auf der Straße genannt (S. 27).
DOWSWELL et al. (1996)	a) Sekundäranalyse: Office of Population Censuses and Surveys. Occupational Mortality: Childhood Supplement (1988); b) – c) – d) In England und Wales verunfallen Kinder als Fußgänger in der niedrigsten sozialen Klasse viermal häufiger als Kinder in der höchsten Sozialklasse (S. 141).
ROBERTS, POWER (1996)	a) Eigene Untersuchung/Sekundäranalyse; b) Kinder von 0-15 Jahren; 1989-1992 in England und Wales; c) – d) Tödliche Fahrzeugunfälle gingen in Sozialklasse 1/2 um 30 %/39 %, in Klasse 4/5 lediglich um 18 %/1 % zurück (Tabelle 2, S. 785).
WHITE, REASIDE, BARKER (1999)	a) Literaturumschau (Verkehrsunfälle und Kinder aus benachteiligten Wohngebieten); b) – c) – d) –
TOWNER, DOWSWELL, JARVIS (2001a, b)	a) Literaturumschau (Bezug zu sozialer Ungleichheit in 2001b); b) – c) – d) –
GRAYLING et al. (2002)	a) Sekundäranalyse; b) Road Accident Data – GB (STATS 19 Database) für die Jahre 1999 und 2000; c) 16.876 (1999) bzw. 16.184 (2000) als Fußgänger verunfallte Kinder; d) „There is a visible correlation between child pedestrian accident rates and deprivation score, which is statistically significant“ (S. 17).
LALLOO, SHEIHAM, NAZROO (2003)	a) Eigene Untersuchung; b) Kinder im Alter von 4 bis 15 Jahren; c) n = 5.913; d) „Major accidents involving a moving vehicle“ nach der sozialen Klasse (SES) (I/höchste bis V/niedrigste): Odds Ratios: Referenzkategorie(n) Klasse I/II (1,0); Klasse III – skilled non-manual (0,96); Klasse III – skilled manual (1,09); Klassen IV/V (1,19) (Tabelle 2, S. 664).
TOWNER et al. (2005)	a) Zusammenschau von Studien (Unfallrisiko von Kindern – allgemein, mit kleinen Abschnitten und Verweisen auf Straßenverkehr); b) 0- bis 14-jährige Kinder; c) – d) –

Tab. 7: Fortsetzung

Autor(en)	Beschreibung der Studie
EDWARDS et al. (2006b)	a) Eigene Untersuchung; b) England/Wales; Zensusdaten 1981, 1991 und 2001; 8 Sozialklassen der National Statistics Socio-Economic Classification (NS-SEC), wobei NS-SEC 8 die niedrigste Klasse darstellt. Kinder von 0-15 Jahren (Sterberaten von Verletzungen und Vergiftungen); c) – d) Die Wahrscheinlichkeit, als Fußgänger zu verunfallen, liegt für NS-SEC 8 20,6-mal höher als für Kinder in NS-SEC 1. Für Fahrradfahrer liegt sie 27,5-mal höher (vgl. S. 1).
CLARKE et al. (2007)	a) Eigene Befragung; b) 806 Fußgängerunfälle, die sich in dem benachteiligten Gebiet der „Greater Manchester Area“ im Zeitraum von 07/03-05/06 ereigneten – Kinder von 0-15 Jahren, von der Neighbourhood Road Safety Initiative (NRSI) zur Verfügung gestellt; eigene Befragung (108 Teilnehmer, Rücklaufquote 17 %); c) vgl. b); d) Keine Zusammenhänge zwischen Verunfallung und sozialer Lage. Ergebnisse u. a. bzgl. Familientyp, Wohngebiet, Straßen, Ort des Unfalles (vgl. Seite 22 ff. deskriptive Ergebnisse)
MASHTA (2009)	a) Berichterstattung des House of Commons Public Accounts Committee (auf Basis von Polizeidaten und von Daten des Department for Transport); b) – c) – d) 121 Fußgängerunfälle mit Beteiligten die jünger als 17 Jahre sind pro 100.000 Einwohner in den am meisten sozial benachteiligten Wohngebieten gegenüber 32 Fußgängerunfällen pro 100.000 Einwohner in den am wenigstens sozial benachteiligten Wohngebieten.
GRAHAM, STEPHENS (2008)	a) Eigene Untersuchung; b) Querschnittanalyse von Fußgängerunfällen mit Kindern in England; c) – d) Die Ergebnisse belegen einen Zusammenhang zwischen niedrigem Einkommen und dem Vorkommen von Kinderunfällen als Fußgänger (Abstract ohne Zahlen).
GREEN, MUIR, MAHER (2011)	a) Eigene Untersuchung der Verunfallung von Kindern als Fußgänger; b) Unfallvorhersagemodelle auf der Ebene von Lower Super Output Areas (LSOAs); c) 783 LSOAs: 476 in Leeds und 307 in Bradford; d) Als signifikante sozioökonomische Faktoren lassen sich Einelternhaushalte, Sozialhilfebezug und die Kriminalitätsrate identifizieren. Umwelteinflüsse auf die Verunfallung von Kindern als Fußgänger sind der Grünflächenanteil, die Kreuzungsdichte und die Verkehrsdichte. Faktoren der nahen Lebensumwelt wirken verstärkt in den Modellen, die den Unfallort „erklären“, während sozioökonomische Faktoren einen größeren Einfluss in Modellen zur „Erklärung“ des Wohnorts zeigen.
CHRISTIE et al. (2011)	a) Eigene Untersuchung (Befragung, Fokusgruppen); b) Eltern von 9- bis 14-jährigen Kindern, die in sozial schwachen Gebieten (10) wohnen; c) 86 Teilnehmer (im Durchschnitt 8 pro Gruppe); d) Gefahren von Autofahrern; Unzureichende Verantwortlichkeit der Eltern; Fehlen von Aktivitäten und Ausstattung/Möglichkeiten
TOWNER et al. (2011)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalysen, unter anderem von LAFLAMME et al. 2009 (S. 17 f.); b) Daten der Langzeitstudie „Avon Longitudinal Study of Parents and Children“ (ALSPAC). Kinder im Alter von 13 bis 14 Jahren im Jahr 2005; c) n = 6.090; d) Kein Beweis für Unterschiede der verschiedenen sozioökonomischen Gruppen für Unfälle, aber sozial Benachteiligte überwogen bei den Fußgänger- und Fahrradunfällen (S. 25). Guter Überblick über die Ergebnisse von LAFLAMME et al. 2009 und WAZANA et al. 1997.
GRAHAM, GLAISTER, ANDERSON (2005)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse; b) Fußgängerunfälle mit Kindern in England; c) – d) Ergebnisse bestätigen einen Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und der Anzahl von Fußgängerunfällen in England.
MILLWARD, MORGAN, KELLY (2003)	a) Keine eigene Untersuchung (Prävention und Verringerung der unfallbedingten Verletzungen bei Kindern und älteren Menschen im Bezug zum Straßenverkehr); b) – c) – d) Verweis auf Department of Health (1999): Kinder >15 aus unqualifizierten Familien haben ein 5fach höheres tödliches Unfallrisiko als jene aus gebildeten Familien (S. 1).

Tab. 7: Fortsetzung

Autor(en)	Beschreibung der Studie
Department of Transport (2009)	a) Berichterstattung und Sekundäranalyse von Polizeidaten und Krankenhausstatistiken; b) – c) – d) „There is a disproportionately high level of pedestrian and cyclist casualties in deprived areas“ (S. 5).
THOMSON, TOLMIE, MAMOON (2001)	a) Literaturumschau mit Berichterstattung der Ergebnisse der gesichteten Studien; b) – c) 36 Veröffentlichungen; d) Es wurde bestätigt, dass ethnische Unterschiede bzgl. der Kinderunfallrate bestehen; Ethnische Minderheiten haben ein höheres Unfallrisiko als Kinder der „Majority Culture“; Sozioökonomische Faktoren spielen eine große Rolle, da ethnische Minderheiten typischerweise einen niedrigeren Sozialstatus besitzen (S. 29).
MALHOTRA, HUTCHINGS, EDWARDS (2009)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse; b) STATS 19 (Daten der London Road Safety Unit) London 2001-2006; Kinder unter 14 Jahren und Erwachsene ab 15 Jahre; c) – d) Opferzahl bei Verkehrsunfällen sinkt in London jährlich durchschnittlich um 8,8 %; davon profitieren Asiaten am wenigsten (10,9 % Rückgang, im Vergleich zu weißen Erwachsenen: 14,4 %). Fußgängerunfälle sinken unter Schwarzen um 7,4 % und unter Weißen um 9,3 %; verunfallte Pkw-Insassen (Rückgang: Schwarze: 13,2 %; Weiße 14,4 %).
CHRISTIE et al. (2010a)	a) Eigene Befragung (face-to-face-Interview); b) Befragung in fünf Distrikten, welche die ärmsten 15 % der Distrikte in England und Wales repräsentieren (hohe Unfallraten). Teilnehmer sind älter als 16 Jahre und leben in benachteiligten Gebieten. Zeitraum 2005-2007. c) 800 Personen pro Distrikt; 4.102 Interviews/Untersuchungsfälle; d) In sozial benachteiligten Wohngebieten ist die Unfallrate als Pkw-Insasse der BME Gruppe (= Black and Minority Ethnic) im Vergleich zur Mehrheit der Bevölkerung höher (S.102).
DUNBAR, HOLLAND, MAYLOR (2004)	a) Literaturumschau; b) – c) – d) Ältere Menschen haben ein erhöhtes Unfallrisiko; Daten aus GB (1998) zeigen, dass Personen über 60 Jahre (= 20,5 % der Bevölkerung) 14,6 % der Fußgängerunfälle mit körperlichen Verletzungen ausmachen, aber 46,6 % der tödlichen Fußgängerunfälle (S. 166); erhöhtes Risikoexposition (S. 168).
WARD et al. (2007a)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse, unter anderem von CHRISTIE (1995), TOWNER et al. (2004), EDWARDS et al. (2006); b) Alle Verunfallten 2001-2004 in England und Wales; Soziale Klassen durch Socio-economic Classification Codes (NS-SEC) (S.19); c) – d) „The disadvantaged in society have a higher fatality rate as vehicle occupants than the more affluent“ (S. 43). Sterberate NS-SEC 1 und 2 (hohes Einkommen, Autobesitz) bei 11; bei NS-SEC 3-7 hingegen doppelt so hoch (S. 40).
WARD et al. (2007b)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse, unter anderem von CHRISTIE (1995), TOWNER et al. (2004), EDWARDS et al. (2006); b) – c) – d) „The disadvantaged in society have a higher fatality rate as vehicle occupants than the more affluent“ (S. 23). Sterberate NS-SEC 1 und 2 bei 11; bei 3-7 hingegen doppelt so hoch (S. 21 f.).
CLARKE et al. (2009)	a) Eigene Untersuchung (Daten von Polizei und Index of Multiple Deprivation = IMD); b) – c) 893 (fatal vehicle occupant cases) Untersuchungseinheiten; 1994-2005, von 10 UK-Polizeistationen d) Deskriptive Ergebnisse nach IMD-Quantilen (1 = am stärksten sozial benachteiligt). (Geschwindigkeitsbezogene Unfälle, Riskantes Fahren, Beeinträchtigung, Sitzgurt, Mitfahrer, ...) (S. 4 ff.)
CHRISTIE, WHITFIELD (2011)	a) Berichterstattung/Literaturumschau; b) – c) – d) Auch Verweise in Bezug auf ethnische Minderheiten, z. B. auf THOMSON, TOLMIE, MAMOON (2001)

Tab. 7: Fortsetzung

Autor(en)	Beschreibung der Studie
CHRISTIE et al. (2010b)	a) Evaluation der Neighbourhood Road Safety Initiative (NRSI); b) 15 Local Authorities in England; c) – d) Rückgang der Verletzten (ohne Alterskategorisierung), der verletzten Kinder (1 bis 15 Jahre), jungen Erwachsenen (16 bis 24 Jahre) und Erwachsenen bis 59 Jahre; Rückgang der verletzten Fußgänger (insgesamt) und in der Gruppe der Kinder (1 bis 15 Jahre); Rückgang der verletzten Auto(mit)fahrer (insgesamt), unter Kindern (1 bis 15 Jahre), jungen Erwachsenen (16 bis 24 Jahre) und Erwachsenen bis 59 Jahre (S. 51; vgl. auch S. 64)
ABDALLA et al. (1997)	a) Eigene Untersuchung; b) Zensusdaten der früheren Lothian Region in Schottland; c) – d) Unfallopferdaten in den sozial benachteiligten Wohngebieten liegen signifikant höher als in wohlhabenderen Gebieten (vgl. Tabelle S. 589/590).
EDWARDS et al. (2006a)	a) Sekundäranalyse der Daten der London Road Safety Unit und Berichterstattung unter anderem über EDWARDS (2006b) und GRAYLING et al. (2003); b) Alle Verkehrsunfälle in London zwischen 1994 und 2004 (London Road Safety Unit); Index of Multiple Deprivation (IMD); c) n = 478.945; d) Die Verletzungsrate von Fußgängern der Gruppe der am stärksten Benachteiligten ist dreimal höher als in der Gruppe der am wenigsten von Benachteiligung betroffenen Erwachsenen und Kinder (S. 17 ff.). Die Verletzungsrate erwachsener Fahrradfahrer ist für sozial am stärksten Benachteiligte 2,1-mal höher (S. 20).
GERVAIS, CONCHA (2008)	a) Evaluation bestehender Projekte von EDWARDS et al. (2006), STEINBACH et al. (2007); b) – c) 7 ausgewählte Projekte; d) Es handelt sich um Maßnahmen, die bereits auf ethnische Minderheiten bzw. sozial Benachteiligte ausgerichtet sind.
HAYES et al. (2008)	a) Guide für Praxisansätze Verkehrssicherheit in benachteiligten Gebieten, basierend unter anderem auf ROBERTS, POWER (1996), EDWARDS et al. (2006); b) Neighbourhood Road Safety Initiative (NRSI); c) – d) –
WOOD, BELLIS, WATKINS (2010)	a) Berichterstattung von Befunden anderer Autoren; b) – c) – d) –
LOWE et al. (2011a)	a) Eigene Untersuchung und Literaturschau von TOWNER et al. (2005); b) Unfalldaten von STATS19 sowie qualitative Interviews; c) 5 Case Study Areas; d) Keine speziellen Daten zur Verkehrsverunfallung in Verbindung mit sozialer Lage. Deskriptive Ergebnisse über den Einfluss unterschiedlicher Einflussfaktoren (Fahrverhalten, Umweltfaktoren, Lifestylefaktoren) auf das Unfallrisiko von Bewohnern sozial benachteiligter Wohngebiete
GRAHAM (2002a, b)	a) Eigene Untersuchung (Entwicklung eines „Good Practice Guide“); b) – c) 30 Projekte; 10 Case Studies wurden detaillierter untersucht; d) „The research evidence is that the poorer the person is, or if one is a member of a socially excluded group, i.e. one which does not have the same access to employment, education, good housing, transport and amenities, the more likely one is to be involved in some form of road accident“ (S. 1).
Social Exclusion Unit (2003)	a) Endbericht einer Literatur- und Forschungsumschau; b) – c) – d) „The effects of road traffic also disproportionately impact on socially excluded areas and individuals through pedestrian accidents, air pollution, noise and the effect on local communities of busy roads cutting through residential areas“ (S. 1); Fußgängerunfälle: „Children from social class V are five times more likely to die in a road accident than those from social class I. Social deprivation is also a key determinant of child road injuries“ (S. 18).
Neighbourhood Road Safety Initiative (2006)	a) Bericht der Neighbourhood Road Safety Initiative; b) – c) – d) –

Tab. 7: Fortsetzung

Autor(en)	Beschreibung der Studie
GRAHAM, GLAISER (2003)	a) Erstellung eines Modells zur örtlichen Variation von Fußgängerunfällen und Sekundäranalyse; b) Fußgängerunfälle in den Jahren 1999 und 2000 in England (STATS 19-Daten, S. 1592); c) 73.526 Fußgängerunfälle; davon 23 % „Killed or Seriously Injured“ (KSI); d) Eine 10%ige Erhöhung sozialer Benachteiligung in England geht mit einem 2,6%igem Anstieg der Unfälle einher. Die Wahrscheinlichkeit eines Fußgängerunfalls im sozial benachteiligten Gebiet ist 2,7-mal höher als im wenigsten benachteiligten Gebiet, für KSI: 2,6-mal höher.
DISSANAYAKE, ARYAJA, WEDAGAMA (2009)	a) Eigene Untersuchung; b) 10 von 11 Stadtbezirken von New Castle; Daten von der Tyne and Waer Traffic Accident and Data Unit (TADU); c) – d) Die Modelle sagen voraus, dass zwischen „Secondary Retail“ (Einzelhandel)/hoher Bebauungsdichte/vielen Siedlungsstätten und Kinderunfällen ein positiver Zusammenhang besteht (S. 1021; S. 1023); negativer Zusammenhang zwischen „High Density Land Use“/hoher Dichte von Kreuzungen und Kinderunfällen (als Fußgänger).

Tab. 7: Fortsetzung

Nach CHRISTIE et al. (2010b:33 f.) ist die Wahrscheinlichkeit, als Fußgänger (unabhängig vom Alter) in den als am meisten depriviert eingestuften Wohngebieten zu verunfallen, 3,3-mal so hoch wie in den am wenigsten deprivierten Quartieren. Für Kinder beträgt dieses Verhältnis sogar 3,9 :1. Ähnliche Befunde werden auch aus einzelnen Landesteilen berichtet (vgl. für England: GRAHAM, GLAISTER, ANDERSON 2005; GRAHAM, STEPHENS 2008; für Schottland: WHITE, REASIDE, BARKER 1999). WOOD, CHRISTIE, TOWNER (2011:4.1) berichten für Kinder aus den am stärksten benachteiligten Wohngebieten in Nord-Irland eine fünffach höhere Wahrscheinlichkeit, als Fußgänger oder Radfahrer zu verunfallen, als für Kinder aus den am wenigsten benachteiligten Wohngebieten.

Auch BUCHANAN und PARTNERS (2010:62) stellen fest, dass Kinder in den am stärksten benachteiligten Wohngebieten 4,8-mal wahrscheinlicher in einem Fußgängerunfall verletzt werden als Gleichaltrige aus den wohlhabendsten Wohngebieten. Dieses Verhältnis schwankt stark, je nach Geschlecht und Alter der betrachteten Kinder, und ist am extremsten für fünf- bis siebenjährige Mädchen aus den am meisten benachteiligten Wohngebieten: Diese verunfallen 14,7-mal wahrscheinlicher als Fußgänger als ihre Pendanten aus den wohlhabendsten Wohngebieten (vgl. BUCHANAN and Partners 2010:62).

In den Modell-Stadtteilen der Neighbourhood Road Safety Initiative (NRSI) konnten die Verletztenzahlen im Straßenverkehr signifikant um etwa 9 % – im Vergleich zur Situation ohne NRSI – gesenkt werden. Für bis zu 15-jährige Kinder und Jugendliche

werden eine Absenkung aller Unfallverletzten um 15 %, ein Rückgang der verletzten Fußgänger um 13,5 % und ein Rückgang der verletzten Pkw-Mitfahrer um 20 % geschätzt. Junge Erwachsene haben mit einem Rückgang der Verunfallten um 11 % von der NRSI profitiert. 25- bis 59-jährige Erwachsene wurden um 5 % seltener im Straßenverkehr verletzt (vgl. CHRISTIE et al. 2010b:64). Die Autoren führen diesen Erfolg auf einen Mix aus Verkehrserziehung, Öffentlichkeitsarbeit und Engineering-Maßnahmen zurück. Allerdings machen sie auch darauf aufmerksam, dass gerade die Verkehrserziehung- und Öffentlichkeitsarbeit erst mittel- und langfristig Erfolge abwerfen dürfte. Die Ergebnisse für Kinder werden als ungewöhnlich bezeichnet und vor dem Hintergrund geringer Unfallzahlen in den Modell-Stadtteilen interpretiert (vgl. CHRISTIE et al. 2010b:64 f.).

### 3.1.4 Verkehrssicherheit von sozial Schwachen in weiteren europäischen Ländern

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die aus anderen europäischen Ländern nachgewiesenen Publikationen zum Thema. Die französischen und spanischen Studien zu Zusammenhängen zwischen der sozialen Lage von Verkehrsteilnehmern und ihrer Unfallverwicklung werden in Tabelle 9 erläutert. Aus Frankreich liegt insbesondere eine Reihe von Publikationen zu Untersuchungen mit Daten aus dem Département Rhône vor, die eine stärkere Unfallverwicklung von Bewohnern sog. ZUS-Gebiete (Zone Urbaine Sensible) belegen. Auch die Befunde von FERRANDO et al. (2005) und GOTSSENS et al. (2011) aus Spanien decken sich mit der in an-

Autor(en)	Jahr	Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Unfallrisiko im Straßenverkehr	Risikogruppe
<b>Frankreich</b>			
LICAJ, HADDAK	o. J.	Ja	Junge Leute (unter 25 Jahre)
Club Innovations Transports des Collectivites	2008	Ja	Junge arme Menschen
HADDAK et al.	2010	Ja	Jugendliche
LICAJ et al.	2011	Ja	Junge Leute (unter 25 Jahre)
Club Innovations Transports des Collectivites	2002	Ja	Arme Menschen
FLEURY et al.	2010	Ja	Verkehrsteilnehmer
LENGUERRAND et al.	2008	Ja	Bevölkerung
<b>Spanien</b>			
BORRELL et al.	2002	Ja	Bevölkerung
FERRANDO et al.	2005	Ja	Bevölkerung
GOTSENS et al.	2011	Ja	Bevölkerung
BORRELL et al.	2005	Ja	über 30 Jahre alte Bevölkerung
<b>Skandinavien</b>			
REIMERS, LAFLAMME	2005	Ja	Kinder
LAFLAMME, DIDERICHSEN	2000	Ja	Kinder, Jugendliche
HASSELBERG, LAFLAMME, RINGBÄCK WEITTOFT	2001	Ja	Kinder, Jugendliche
LAFLAMME, ENGSTRÖM	2002	Ja	Kinder, Jugendliche
GULDBRANDSSON, BREMBERG	2004	Ja	Kinder, Jugendliche
LAFLAMME et al.	2009a	Ja	Kinder, Jugendliche
HASSELBERG, LAFLAMME	2005	Ja	Junge Fahrer
HASSELBERG, VAEZ, LAFLAMME	2005	Ja	Junge Fahrer
LAFLAMME et al.	2005	Ja	Junge Fahrer
LAFLAMME, VAEZ	2007	Ja	Junge Fahrer
ZAMBON, HASSELBERG	2006	Ja	Motorradfahrer
LAFLAMME, EILERT-PETERSSON	2001	Nein	Personen im erwerbsfähigen Alter
Ohne Autor	o. J.	Ja	Bevölkerung
LI, SUNDQUIST, JOHANSSON	2008	Ja	Bevölkerung
LAFLAMME et al.	2009b	Ja	Bevölkerung
KRISTENSEN et al.	2011	Ja	Jugendliche
<b>Andere</b>			
European Transport Safety Council	2007	Ja	Verkehrsteilnehmer
KÖRMER, SMOLKA	2008	Ja	Verkehrsteilnehmer
RACIOPPI et al.	2004	Ja	Verkehrsteilnehmer
HARMS	2007	Ja	Ethnische Minoritäten
KAIL, IRSCHIK	2007	Nein	Benachteiligte Menschen

**Tab. 8:** Übersicht über weitere europäische Studien, in denen Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheits- bzw. Unfallrisiken thematisiert werden

Autor(en)	Beschreibung der Studie
<b>Frankreich</b>	
LICAJ, HADDAK (o. J.)	a) Eigene Untersuchung; b) Jugendliche unter 25 Jahren in einem Register des Département Rhône von 1996-2006; 30 ZUS (Zone Urbaine Sensible) aus 25 Gemeinden; c) nicht bekannt; d) Logistische Regression: Odds-Ratio, einen Verkehrsunfall in seinem Wohngebiet zu haben (ZUS-Wohngebiet vs. Kein ZUS): 0 b. u. 5 J.: 2,84; 5 b. u. 10 J.: 2,85; 10 b. u. 15 J.: 2,86; 15 b. u. 20 J.: 1,34; 20 b. u. 25 J.: Referenzkategorie; Fußgänger: 2,66; Rollerfahrer: 1,24; Fahrradfahrer: 1,72; Auto: Referenzkategorie (S. 11)
Club Innovations Transports des Collectivités (2002)	a) Eigene Untersuchung; b) 6 sensible Quartiere („quartiers sensibles“) in Grenoble und Lyon; c) 80 Personen mit schwachem Einkommen, die öffentliche Verkehrsmittel nutzen, und 120 Personen mit schwachem Einkommen, die im Besitz eines Fahrzeuges sind; d) Keine signifikanten Ergebnisse im Text aufgeführt
Club Innovations Transports des Collectivités (2008)	a) Eigene Befragung; b) Schüler der seconde première (ohne Altersbeschränkung) im Département Rhône; c) Nicht bekannt; d) Keine signifikanten Ergebnisse im Text aufgeführt
LENGUERRAND et al. (2008)	a) Sekundäranalyse; b) Französische GAZEL Kohortenstudie; c) n = 15.237; d) Manager haben im Vergleich zu Arbeitern ein höheres Unfallrisiko (Road Crash Involvement – RCI) (Männer: 1.30; Frauen: 1.44), für die Autoren ist dies ein Hinweis auf die Beachtung der Expositionsbedingungen (Fahrleistung und Risikoverhalten im Straßenverkehr) bei der Analyse von Unfällen.
FLEURY et al. (2010)	a) Eigene Untersuchung; b) An einem Unfall beteiligte Personen in einem bestimmten Gebiet (ZUS sowie „normale Viertel“ als Kontrollgruppe); c) 1.863 Personen, die an insgesamt 1.519 Unfällen beteiligt waren; d) Das relative Unfallrisiko für ZUS-Bewohner liegt im Vergleich zu anderen Wohngebieten bei 1,366.
HADDAK et al. (2010)	a) Eigene Untersuchung; b) Jugendliche unter 25 Jahren (mit und ohne ZUS Département Rhône Road Trauma Register 1996-2007); c) Nicht bekannt; d) Signifikant höheres relatives Verletzungsrisiko für ZUS-Bewohner (Männer: 1.23; Frauen: 1.28) im Vergleich zu Nicht-ZUS-Bewohnern (S. 7)
LICAJ et al. (2011)	a) Eigene Untersuchung; b) Jugendliche unter 25 Jahren (mit und ohne ZUS Département Rhône Road Trauma Register 2004-2007); c) n = 13.589; d) „For the main types of road users except motorized two-wheeler users, the incidences were higher in the deprived municipalities“ (S. 171).
<b>Spanien</b>	
BORRELL et al. (2002)	a) Eigene Untersuchung/Sekundäranalyse; b) Barcelona 1992-1998; alle verletzungsbedingten Todesfälle bei Personen > 19 J. im Zeitraum 1992-1998, darunter auch Verkehrsunfälle; c) n = 4.393; d) Obwohl soziale Ungleichheiten bei Verkehrsunfällen festzustellen sind, lassen sich keine entsprechenden Kontexteffekte nachweisen (S. 300); die Daten geben keine Auskunft darüber, ob die festgestellten Ungleichheiten Unterschiede in der Exposition, dem genutzten Fahrzeugtyp, der Verletzungsschwere oder dem Gebrauch von Schutzvorrichtungen widerspiegeln (S. 300).
a) eigene Untersuchung/Primärerhebung oder Sekundäranalyse oder Berichterstattung von Ergebnissen b) falls a): Stichprobenbeschreibung c) falls a): Stichprobenumfang d) falls a): signifikante Ergebnisse	

**Tab. 9:** Übersicht über Studien aus Frankreich und Spanien, in denen Zusammenhänge zwischen sozialer Lage von Verkehrsteilnehmern und Unfallrisiken thematisiert werden

Autor(en)	Beschreibung der Studie
<b>Spanien</b>	
FERRANDO et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Eigene Untersuchung/Sekundäranalyse;</li> <li>b) Alle Personen über 19 Jahre, die sich im Zeitraum von 1990-1991 in der Notaufnahme in einem der sechs Hauptkrankenhäuser in Barcelona befanden;</li> <li>c) Nicht bekannt;</li> <li>d) Das Verletzungsrisiko für Personen mit niedrigerem Bildungsniveau ist vergleichsweise höher. Dies gilt auch separat für Verkehrsverletzungen (Abstract).</li> </ul>
GOTSENS et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Eigene Untersuchung/Sekundäranalyse;</li> <li>b) Zensusdaten von 10 spanischen Städten 1996-2003;</li> <li>c) Nicht bekannt;</li> <li>d) Zusammenhang zwischen verletzungsbedingtem Tod und einem Index der Deprivation. Von allen Verletzungsarten gehen Verkehrsunfälle und Drogen-Überdosierungen am häufigsten mit sozialer Benachteiligung einher (Abstract).</li> </ul>
BORRELL et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse der sog. SEdHA-Studie;</li> <li>b) Bevölkerung aus neun EU-Ländern über 30 Jahre;</li> <li>c) –</li> <li>d) Finnland weist die größten Divergenzen im Hinblick auf Bildungsniveau und tödliche Unfallrate auf (Low Educational Level: 31.1 – High Educational Level: 16.5) (vgl. Abb. 1, S. 138). In Norwegen gegenteilige Ergebnisse, Personen mit höherer Bildung haben höhere Todesrate bei Unfällen (S. 140).</li> </ul>

Tab. 9: Fortsetzung

Autor(en)	Beschreibung der Studie
<b>Skandinavien</b>	
REIMERS, LAFLAMME (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse;</li> <li>b) Kinder von 0-15 J. aus dem Stockholm County im Zeitraum 1999-2001;</li> <li>c) –</li> <li>d) Höhere Konzentration der Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status zeigte keinen Einfluss auf das verkehrsbedingte Verletzungsrisiko (S. 1488); wohl aber das Niveau sozialer Benachteiligung und sozialer Integration (S. 1491); Gemeinden mit niedrigerer sozialer Integration hatten signifikant höhere Raten von fahrrad- und motorradbedingten Verletzungen.</li> </ul>
LAFLAMME, DIDERICHSEN (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Literaturumschau;</li> <li>b) –</li> <li>c) –</li> <li>d) Fazit: Für die meisten Unfallarten sind die Mortalität und Morbidität für Kinder aus einer niedrigen Sozialklasse sowie in sozialökonomisch benachteiligten Gebieten höher. Unklar ist, ob dies an der Wohngegend selbst oder an bestimmten Mustern der sozioökonomisch schwachen Gruppe liegt.</li> </ul>
HASSELBERG, LAFLAMME, RINGBÄCK-WEITTOFT (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Eigene Untersuchung;</li> <li>b) Swedish Population and Housing Census 1985; Sweden's National Hospital Discharge Register (1987-1994) – alle Kinder von 0 bis 15 Jahren im Jahr 1985;</li> <li>c) –</li> <li>d) Das Verletzungsrisiko von Kindern von „Manual Workers“ als Fußgänger und Fahrradfahrer ist 20-30 % höher als bei „intermediate and high level salaried employees“ (S. 858); Sozioökonomische Unterschiede bei verkehrsbedingten Verletzungen sind maßgeblich für Jungen und Mädchen, Verletzungsrisiken steigen, wenn junge Menschen motorisierte Fahrzeuge benutzen (vgl. S. 861 Key Points).</li> </ul>
LAFLAMME, ENGSTRÖM (2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse;</li> <li>b) Zusammenführung der Daten von 13 schwedischen Registern (1990-1994);</li> <li>c) 2.2 Mio. Kinder und Jugendliche (0 bis 19 Jahre);</li> <li>d) Das relative Risiko, in einem Verkehrsunfall verletzt zu werden, ist für 5- bis 19-Jährige, die zu einer niedrigen Sozialklasse gehören, höher (S. 397).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) eigene Untersuchung/Primärerhebung oder Sekundäranalyse oder Berichterstattung von Ergebnissen</li> <li>b) falls a): Stichprobenbeschreibung</li> <li>c) falls a): Stichprobenumfang</li> <li>d) falls a): signifikante Ergebnisse</li> </ul>	

Tab. 10: Übersicht über Studien aus weiteren europäischen Ländern, in denen Zusammenhänge zwischen sozialer Lage von Verkehrsteilnehmern und Unfallrisiken thematisiert werden

Autor(en)	Beschreibung der Studie
<b>Skandinavien</b>	
GULDBRANDSSON, BREMBERG (2004)	a) Eigene Befragung; b) 15 Gemeinden im Stockholm County; c) 40.000 Einwohner; d) Nur vier Gemeinden hatten mehr als 10 % ihrer Straßen mit einem Geschwindigkeitslimit von 30 km/h belegt sowie nur fünf Gemeinden > 10 % mit Geschwindigkeitsbeschränkern (z. B. Speed humps)
LAFLAMME et al. (2009a)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse; b) Alle Personen im Alter von 7 bis 16 Jahren, die im Januar 1998 im Stockholm County lebten; c) n = 184.545; d) Zwischen ökonomisch Benachteiligten, sozialer Fragmentierung, Sozialhilfe-Empfängerschaft, Immigranten und Kraftfahrzeugunfällen bestehen Zusammenhänge (nicht alle signifikant) (vgl. Tabelle 3-5, S. 1830 f)
HASSELBERG, LAFLAMME (2005)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse; b) Kohortenstudie Schweden, 18- bis 26-Jährige; c) – d) Die Unfallrisiko-Verteilung der Autofahrer mit wiederholten Unfällen zeigt keine Unterschiede bzgl. Geschlecht, Bildung oder dem sozioökonomischen Status
HASSELBERG; VAEZ, LAFLAMME (2005)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalysen unter anderem von HASSELBERG et al. (2001); b) Swedish Population and Housing Census 1985, Road traffic data 1988-2000; c) – d) Fahrer mit geringerer Bildung haben für bestimmte Verletzungen ein größeres Risiko und zeigen für alle Unfälle ein höheres Risiko; das Unfallrisiko junger Fahrer aus sozial benachteiligten Gruppen ist über alle Unfallarten hinweg konstant höher; aber ausgeprägter bei schweren Unfällen sowie „front-on and overtaking collisions“ und für Unfälle bei denen nur ein Fahrzeug beteiligt ist (S. 7)
LAFLAMME et al. (2005)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse; b) Schwedischer Zensus 1985, Geborene 1970-1972; Unfalldaten 1988-2000; c) 334.070 (Zensus), 4.875 (Unfälle mit Schwerverletzten oder Getöteten); d) Keine wesentlichen Unterschiede für Fahrer verschiedener sozioökonomischer Gruppen, außer für Unfälle mit Autos, die deutlich sicherer als der Durchschnitt sind; Risikounterschiede über alle Auto-sicherheitskategorien in Bezug auf das Bildungsniveau (Abstract).
LAFLAMME, VAEZ (2007)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse von LAFLAMME, ENGSTRÖM (2002), LAFLAMME et al. (2005, 2006), HASSELBERG et al. (2005) (S. 8); b) Swedish Population and Housing Census 1985; Unfalldaten 1988-2000; c) Zensus: 334.070; Unfalldaten: 4.875; d) Niedrigere Bildung und sozioökonomische Gruppenzugehörigkeit haben Einfluss auf Unfälle (tödliche und nicht-tödliche). Arbeiter (34,3 %); Angestellte, Selbstständige (11,8 %/10,4 %) (S. 7 f).
ZAMBON, HASSELBERG (2006)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse; b) 16- bis 25-jährige Motorradfahrer; geboren 1970-1972; Swedish Population and Housing Census 1985; police reported data; hospital-based data; c) n = 334.070; d) Die größten Unterschiede im Verletzungsrisiko zwischen sozioökonomischen Gruppen treten auf, wenn die Mitglieder 17 bis 19 Jahre alt sind. 18-Jährige mit niedriger sozialökonomischer Position haben ein 2,5-mal höheres Verletzungsrisiko als jene mit dem höchsten sozioökonomischen Status (Abstract).
Ohne Autor (o. J.)	a) Eigene Untersuchung (noch nicht abgeschlossen, Untersuchungsplan wird erläutert); b) 11- bis 19-Jährige; c) – d) Erwartete Ergebnisse: Besseres Wissen über die zu erklärenden Faktoren und Ungleichheiten bei Verkehrsunfällen; präventive Maßnahmen entwickeln
LI, SUNDQUIST, JOHANSSON (2008)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse; b) – c) – d) Niedrigere soziale Integration steht in signifikantem Zusammenhang mit höheren fahrrad- und moped-verursachten Verletzungen für Kinder (S. 201)

Tab. 10: Fortsetzung

Autor(en)	Beschreibung der Studie
<b>Skandinavien</b>	
LAFLAMME et al. (2009b)	a) Policy Briefing (Bericht, Empfehlungsguide) auf Basis von EDWARDS et al. (2006a), BORRELL et al. (2002) (S. 2); b) – c) – d) –
KRISTENSEN et al. (2011)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse; b) Norweger/Innen welche im Zeitraum 1967-1976 geboren wurden, ab dem 16. Lebensjahr für fünf Jahre in der Studie; c) n = 611.654; d) Multivariate Analysen: Tödliche Autounfälle steigen mit städtischer Ungleichheit sowie mit sinkendem Bildungsniveau der Eltern
<b>Andere Länder/Internationale Vergleiche</b>	
European Transport Safety Council (2007)	a) Literaturumschau und Zusammenfassung der Befunde aus diversen europäischen Ländern; Empfehlungen für Forschung und Politik, u. a. zu „social disparities in road accident risk“; b) – c) – d) „Social disparities in road accident risk are also not very well known. However, most studies show that individuals who have a low social status are more frequently involved in road accidents than individuals who have a high social status. This tendency applies to all groups of road users“ (S. 7)
KÖRMER, SMOLKA (2008)	a) Unfalldatenbericht Europa, eigene Untersuchung und Sekundäranalyse; b) – c) – d) Mortalitätsraten sowie Morbidität der EU Länder im Vergleich (S. 32 ff) (Bezug auf Vulnerable Road Users (VRU) = Fußgänger, Fahrradfahrer, Zweiradfahrer)
RACIOPPI et al. (2004)	a) Berichterstattung von Ergebnissen aus 52 Ländern der WHO-Region Europa; b) – c) – d) Abstrakter Bezug auf Länder mit unterschiedlichem Einkommensniveau und der Verunfallung im Straßenverkehr (S. 16)
HARMS (2007)	a) Berichterstattung; b) Studie „Lebenssituation ausländischer Städter“ von 2004/2005 in den Niederlanden; c) Rund 4.000 Personen; d) Signifikante Unterschiede bzgl. der Anzahl von Ausflügen, der Reisezeit sowie der gefahrenen Kilometer zwischen Türken und Einheimischen (vgl. Tabelle 2, S. 4); Benutzung von Verkehrsmitteln in % nach ethnischen Minderheiten (S. 4); Unterschiede in Aktivitäten außer Haus (Tabelle S. 7); Unterschiede Autonutzung (Abb. 2, S. 8); Nutzung Öffentlicher Verkehrsmittel (Abb. 3, S. 9); Fahrradnutzung (Abb. 4, S. 10)

Tab. 10: Fortsetzung

deren Ländern festgestellten stärkeren Unfallbeteiligung sozial Benachteiligter.

Tabelle 10 informiert über weitere europäische Studien zum Thema, die vor allem aus Skandinavien stammen. Auch hier verweisen die Ergebnisse meist auf sozioökonomische Unterschiede (soziale oder ökonomische Benachteiligung, niedrige Sozialklasse, geringe Bildung, geringe soziale Integration) beim Verletzungsrisiko im Straßenverkehr. Unter den betrachteten Zielgruppen finden sich Kinder als Fußgänger und Fahrradfahrer, aber auch junge Pkw- und Motorradfahrer sowie Verkehrsteilnehmer allgemein.

### 3.1.5 Verkehrssicherheit von sozial Schwachen in außereuropäischen Ländern

Tabelle 11 dokumentiert außereuropäische bzw. weltweit vergleichende Studien zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheits- oder Unfallrisiken. Jene mit Bezug zum Straßenverkehr werden in Tabelle 12 ausführlicher beschrieben. Dabei verstärkt sich das bereits aus den europäischen Studien bekannte Bild eines Zusammenhangs zwischen Verkehrsunfallrisiko und niedrigem sozioökonomischem Status (geringer Bildung, geringem Einkommen), Benachteiligung oder Armut.

Autor(en)	Jahr	Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Unfallrisiko im Straßenverkehr	Risikogruppe
FACTOR, MAHALEL, YAIR	2007	Ja	Kfz-Fahrer
FACTOR, MAHALEL, YAIR	2008	Ja	Verkehrsteilnehmer
FACTOR, YAIR, MAHALEL	2010	Ja	Verkehrsteilnehmer
FACTOR, YAIR, MAHALEL	2011	Ja	Verkehrsteilnehmer
DOWSWELL, TOWNER	2002	Ja	Kinder
CHEN et al.	2009	Ja	Junge Fahrer
BLANK	2005	Nein	Kinder
ABDALLA	2002	Nein	Ältere Menschen, Migranten
FAELKER, PICKETT, BRISON	2000	Nein	Kinder
DESAPRIYA et al.	2011	Ja	Kinder
HONG et al.	2010	Ja	Kinder
WINSTON, ASCH	2007	Nein	Kinder
WINSTON, ERKOBONI, XIE	2007	Ja	Kinder als Beifahrer
SMITH	2006	Nein	Jugendliche
MUELLER et al.	1990	Ja	Kinder als Fußgänger
COTTRILL, THAKURIAH	2010	Ja	Fußgänger
SUTHERS	2008	Nein	Migranten
FACTOR, KAWACHI, WILLIAMS	2011	Nein	Minoritäten
CUBBIN, LECLERE, SMITH	2000	Ja	Bevölkerung
DIEZ ROUX	2004	Nein	Bevölkerung
LIMBOURG	1998	Nein	Kinder, Jugendliche
Cerepri Apollo WP3 Partners	2007	Nein	Bevölkerung (Verkehrsteilnehmer)
PEDEN et al.	2004	Ja	Bevölkerung (internationaler Vergleich)
LAFLAMME, BURROWS, HASSELBERG	2009	Ja	Bevölkerung
LU, CHIANG, LYNCH	2005	Nein	Bevölkerung (internationaler Vergleich)
Word Health Organization	2009	Nein	Bevölkerung
Word Health Organization	2010	Nein	Bevölkerung

**Tab. 11:** Übersicht über außereuropäische Studien, in denen Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheits- bzw. Unfallrisiken thematisiert werden

Autor(en)	Beschreibung der Studie
FACTOR, MAHALEL, YAIR (2007)	a) Modellentwicklung; b) – c) – d) Entwicklung eines theoretischen Modells „Social Accidents“
FACTOR, MAHALEL, YAIR (2008)	a) Eigene Untersuchung; b) Israel Road Accidents Records 1996-2004; Israelischer Zensus; c) n = 409.051; d) In Unfälle verwickelte Fahrer sind im Durchschnitt jünger, jüdische Fahrer sind weniger involviert; Muslime sind überproportional beteiligt (S. 2002); „non-skilled workers“ sind ebenfalls überproportional beteiligt (S. 2004, Abbildung). Je höher die Bildung und je höher der Sozialstatus, desto geringer die Wahrscheinlichkeit in einen Unfall verwickelt zu sein (S. 2006); „it seems that underprivileged groups are the most vulnerable when it comes to driving“ (S. 2006)
a) eigene Untersuchung/Primärerhebung oder Sekundäranalyse oder Berichterstattung von Ergebnissen b) falls a): Stichprobenbeschreibung c) falls a): Stichprobenumfang d) falls a): signifikante Ergebnisse	

**Tab. 12:** Übersicht über außereuropäische Studien, in denen Zusammenhänge zwischen sozialer Lage von Verkehrsteilnehmern und Unfallrisiken thematisiert werden

Autor(en)	Beschreibung der Studie
FACTOR, YAIR, MAHALEL (2010)	a) Eigene Untersuchung; b) Israel Road Accidents Records; Israelischer Zensus; c) – d) Fahrer mit niedriger Bildung und geringem Einkommen sind stärker von Unfällen betroffen.
FACTOR, YAIR, MAHALEL (2011)	a) Eigene Untersuchung und Sekundäranalyse; b) Israelische Unfalldaten 1983-2004; Zensusdaten 1983-1995; c) – d) „Homogenitäts-Hypothese“ (S. 12)
DOWSWELL, TOWNER (2002)	a) Literaturumschau; b) Systematische Zusammenschau der Weltliteratur von 1975 bis 2000 zum Thema Prävention von Kinderunfällen/-verletzungen mit Bezug zu sozialer Ungleichheit; c) 155 erfüllten die Anforderungen, davon 32 mit Bezug zu Sozialer Ungleichheit; d) „It is possible that socially deprived groups are less likely to be reached by some interventions“ (S. 236).
CHEN et al. (2009)	a) Eigene Untersuchung; b) Fahranfänger zwischen 17 und 24 Jahren; c) 20.822 Datensätze aus Online-Fragebogen; d) „The risk of having a crash-related hospitalisation for drivers of low SES was 80 % higher than that of drivers of high SES“ (S. 999).
DESAPRIYA et al. (2011)	a) Sekundäranalyse von Prozessdaten („Child Death Review Unit“); b) Fußgängerunfälle von unter 18-Jährigen in British Columbia in den Jahren 2003 bis 2008; c) 33 tödliche Fußgängerunfälle von Minderjährigen; d) Signifikant häufiger wurden minderjährige Ureinwohner und Minderjährige aus Familien mit niedrigem Einkommen als Fußgänger getötet (S. i4).
HONG et al. (2010)	a) Sekundäranalyse von Geburts- und Sterbeurkunden; b) Geburtsurkunden von 1995 und 1996, Sterbeurkunden von Kindern unter acht Jahren von 1995 bis 2004; c) 2.380 Kinder mit Unfalltod („unintentional injury deaths“) d) „The risk of childhood injury deaths from traffic accidents (...) were associated with the SES of the parents. Younger parents were associated with higher risks of injury deaths from traffic accidents“ (S. 313).
WINSTON, ERKOBONI, XIE (2007)	a) Eigene Untersuchung: Gruppendiskussionen zur Nutzung von Kindersitzen im Pkw; b) Eltern von (Klein-)Kindern; c) 117 und 171 Eltern; d) „Lack of education and fear of injury were the primary barriers to belt-positioning booster seat use“ (S. S29).
MUELLER et al. (1990)	a) Eigene Untersuchung; b) Alle Einwohner von King County; jünger als 15 Jahre; c) 123 Telefonnummern/Haushalte mit Kindern unter 15 Jahren; d) Kinder aus Mehrfamilienhäusern haben ein 5,5fach höheres Risiko für eine Verletzung als Kinder aus Einfamilienhäusern. (Kein deutlicher Bezug zu Straßenverkehr; es wird eher von Unfällen allgemein gesprochen.)
COTTRILL, THAKURIAH (2010)	a) Eigene Untersuchung; b) Unbekannt; c) Unbekannt; d) „Crash incidents in EJ areas are related to variables of exposure, crime rates ... general population demographics“ (Abstract).
CUBBIN, LECLERE, SMITH (2000)	a) Sekundäranalyse von Daten der National Household Income Study (NHIS) (S. 70); b) Jährliche repräsentative Befragung von Haushalten in den USA; c) – d) „Low SES predicted motor vehicle-related fatalities“ (S. 72).
PEDEN et al. (2004)	a) Berichterstattung über weltweite Bemühungen der Verkehrsunfallprävention; b) – c) – d) „Studies have found that individuals from disadvantaged socioeconomic groups or living in poorer areas are at greatest risk of being killed or injured as a result of a road traffic crash, even in high-income countries“ (S. 46).

Tab. 12: Fortsetzung

Autor(en)	Beschreibung der Studie
LAFLAMME, BURROWS, HASSELBERG (2009)	a) Literaturumschau; b) weltweite Publikationen zu sozioökonomischen Unterschieden im Unfallrisiko; c) Etwa 300 wissenschaftliche Publikationen; d) „Altogether, the findings show that low socioeconomic position at the area or individual levels seems to increase the risk of being injured in traffic“ (S. 11)

Tab. 12: Fortsetzung

### 3.2 - Determinanten der Verunfallung sozial Schwacher

Obwohl in Deutschland systematische Studien zu sozioökonomischen und soziokulturellen Einflüssen auf das Unfallgeschehen auch heute noch weitgehend fehlen und sich die entsprechenden Erkenntnisse mit wenigen Ausnahmen auf ausländische Forschungsergebnisse stützen müssen (vgl. DRAGANO, LAMPERT, SIEGRIST 2009:20; siehe auch: ABEL, RUHE 2007:14 f.), erscheinen die epidemiologischen Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Unfallgefährdung im Straßenverkehr insgesamt gesehen erdrückend: Sozial Schwache<sup>19</sup> sind in deutlich höherem Maße als besser Situierte Unfallrisiken ausgesetzt (vgl. LAFLAMME, BURROWS, HASSELBERG 2009: 12). Die Mechanismen, die hinter den Korrelationen zwischen sozialer Ungleichheit und Unfallrisiken stehen, müssen allerdings bisher als unerforscht gelten (vgl. LIMBOURG 1998:4;

LAFLAMME, DIDERICHSEN 2000:298; HASSELBERG, VAEZ, LAFLAMME 2005:295; TOWNER et al. 2005:15; 23; LAFLAMME, BURROWS, HASSELBERG 2009:3; CHRISTIE, WHITFIELD 2011:6).<sup>20</sup>

Zwar werden zur Erklärung je nach Forschungsinteresse und professioneller Ausrichtung der Autoren<sup>21</sup> vorwiegend Ursachen im individuellen Verhalten oder in den sozioökonomischen bzw. sozialräumlichen Rahmenbedingungen hervorgehoben. Wie FACTOR, KAWACHI, WILLIAMS (2011:7) ausführen, besteht dabei aber die Gefahr, dass die einen strukturelle Gegebenheiten, die anderen aber individuelle Merkmale vernachlässigen und dass Menschen als passive Individuen angesehen werden, die durch psychische Probleme oder Umgebungsfaktoren beeinflusst werden oder falsche Entscheidungen treffen. FACTOR, YAIR, MAHALEL (2010:1412) plädieren daher für eine soziologische Sichtweise, indem sie sich u. a. auf HUGUENIN berufen:

„It can be seen, that in the area of general prevention and intervention, the individually-focused approach must rightly and increasingly be abandoned and preference given to a social one“ (HUGUENIN 2005:7).

Den Vorstellungen dieser Autoren entsprechend sind bei der Analyse von Unfällen die involvierten Stakeholder, abgesehen von Umgebungsmerkmalen (Straßenverhältnisse, Wetter usw.), vor dem Hintergrund ihrer individuellen Merkmale und Lebensläufe sowie ihres kulturell und sozioökonomisch determinierten, verkehrsrelevanten Verhaltensrepertoires anzusehen (vgl. FACTOR, MAHALEL, YAIR 2007:916 f.). Insofern erscheint es wichtig, die grundlegenden sozialen Ursachen für riskantes Verhalten zu identifizieren: Nur so lassen sich die betreffenden Personengruppen erreichen, Widerstände überwinden und Verhaltensweisen positiv beeinflussen (vgl. FACTOR, KAWACHI, WILLIAMS 2011:7).

<sup>19</sup> Nach PEDEN et al. (2004:10) und FACTOR, YAIR, MAHALEL (2010:1421) sind das nicht zuletzt auch Personen, die wenig politische und ökonomische Macht und daher wenig Einfluss auf politische Entscheidungen haben.

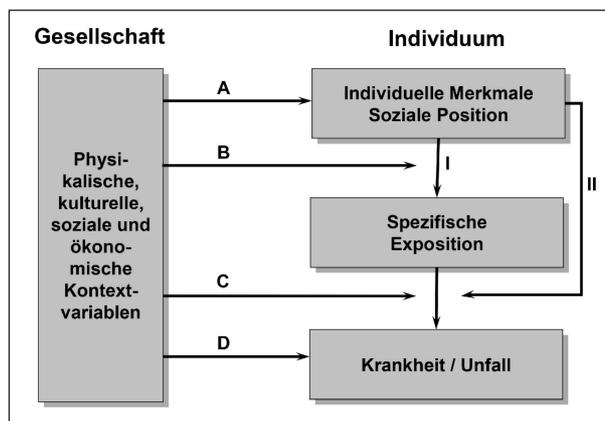
<sup>20</sup> Dies gilt in gleichem Maße für die Wirkmechanismen genereller Gesundheitsgefahren: Auch diese sind bis heute nicht-vollständig geklärt (vgl. ROSENBROCK 1998: 718).

<sup>21</sup> In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bisher (abgesehen von rein technisch ausgerichteten Konzepten) (verhaltens-)psychologische Paradigmen im Bereich der Straßenverkehrssicherheitsforschung dominieren, während sozialwissenschaftliche Ansätze eher vereinzelt zum Tragen kommen. Dies dürfte nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass hier weit überproportional häufig Psychologen professionell tätig sind, die sich eher individuumzentrierten Denksätzen verpflichtet fühlen (siehe dazu: HUGUENIN 2005). Im Übrigen kann sich dies auch im Zuge von Metaanalysen von Untersuchungen zur Wirksamkeit von unfallpräventiven Interventionen bemerkbar machen: Wenn etwa verhaltensorientierte Studien, die Education im Fokus haben, bei weitem gegenüber solchen, die sich auf Produktsicherheit und Engineering beziehen, überrepräsentiert sind, dann kann dies zu Fehlbeurteilungen von Effektivität und Effizienz der betreffenden Maßnahmen führen (vgl. TOWNER, DOWSWELL, JARVIS 2001b:251).

Unabhängig von sozialpsychologisch bzw. soziologisch orientierten Konzepten wird inzwischen weit- hin angenommen, dass das Unfallgeschehen nicht nur durch einzelne Faktoren erklärbar, sondern viel- mehr multifaktoriell determiniert ist: Nicht alle Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status oder aus deprivierten Wohngebieten verunfallen und nicht alle verletzten Kinder kommen aus sozial schwachen Familien oder einer ungünstigen Um- gebung (vgl. LAFLAMME, HASSELBERG, BURROWS 2009:36): Insofern sind nicht nur indivi- duelle Faktoren, sondern auch Kontextvariablen in die Analyse einzubeziehen, wenn es um die Erklä- rung der besonderen Unfallgefährdung sozial Schwacher geht (vgl. LAFLAMME, BURROWS, HASSELBERG 2009:3). Daher greifen LAFLAM- ME, DIDERICHSEN (2000:294) auf ein Modell zu- rück, das die sozioökonomisch determinierte spezi- fische Exposition der Verkehrsteilnehmer betont (vgl. Bild 8).

Diesem konzeptionellen Rahmen zufolge sind für die Krankheits- bzw. Verunfallungsgenese nicht nur die individuelle sowie die soziale Position einer Person kennzeichnenden Merkmale relevant. Viel- mehr sind als intervenierende Mechanismen die je- weils spezifische Exposition (Exposure) (Pfeil I) und Anfälligkeit (Susceptibility) des jeweiligen Betroffe- nen (Pfeil II) zu berücksichtigen. Dabei wird dieses Geschehen von physikalischen, kulturellen, sozia- len und ökonomischen Kontextvariablen beein- flusst:<sup>22</sup> Diese bestimmen die soziale Lage einer Person (Pfeil A), wirken sich auf ihre Exposition aus, also die konkreten (potenziell) riskanten Be- dingungen, denen sie im Straßenverkehr aus- gesetzt ist (Pfeil B), haben Einfluss auf ihre besonde- re Anfälligkeit für die betreffenden Risikofaktoren (Pfeil C) und beeinflussen schließlich auch direkt Gesundheit und Krankheit (Pfeil D). Erkennbar ist, dass sich diese Modellannahmen im Prinzip wenig von jenen unterscheiden, die im Bereich von Public Health gängig sind und die bereits eingangs skiz- ziert wurden (vgl. Kapitel 2.1.2).

Da das Unfallgeschehen multifaktoriell determiniert ist, modellieren THOMSON, TOLMIE, MAMOON (2001:21) die Unfallwahrscheinlichkeit von Kindern als eine Funktion der drei Variablen der auf der Straße verbrachten Zeit, der umgebungsbedingten Risiken sowie der individuellen Fähigkeit, ange- messen mit diesen Risiken umzugehen, und ord- nen diese Variablen in Form eines mathematischen Bruches (vgl. Bild 9).



**Bild 8:** Konzeptioneller Rahmen zur Analyse der Einflüsse von sozialer Position und sozialem Kontext auf das Unfallgeschehen (Quelle: LAFLAMME, DIDERICHSEN (2000:294))

$$\frac{\text{auf der Straße verbrachte Zeit} \times \text{umgebungsbedingte Risiken}}{\text{Fähigkeit, angemessen mit den Risiken umzugehen}}$$

**Bild 9:** Modell des Unfallrisikos von Kindern (Quelle: THOMSON, TOLMIE, MAMOON (2001:21))

Jede der in diesem Modell enthaltenen Variablen kann durch viele Faktoren beeinflusst werden. Das bedeutet, dass alle Einflüsse, die das Ausmaß der Variablen im „Zähler“ des Bruchs erhöhen oder den „Nenner“ vermindern, dazu führen, dass das Unfallrisiko steigt. Umgekehrt werden alle Einflüsse, die in die entgegengesetzte Richtung wirken, dieses Risiko vermindern (vgl. THOMSON, TOLMIE, MAMOON (2001:21)). Unter Berücksichtigung der Überlegungen von TOWNER et al. (2005:11) erscheint es schlüssig, bei Kindern und anderen Personen, die selbst nicht über die Fähigkeit verfügen, mit Risiken angemessen umzugehen, im „Nenner“ dieses Modells auch die Fähigkeit der verfügbaren Aufsichtspersonen zu berücksichtigen. Diese Betrachtung könnte noch ergänzt werden, indem man im „Zähler“ auch die im Straßenverkehr zurückgelegte Entfernung sowie das genutzte Verkehrsmittel berücksichtigte (vgl. EDWARDS et al. 2006b:34).

Verkehrssicherheitsrelevante individuelle Merkmale sozial Schwacher werden häufig im Zusammen-

<sup>22</sup> LU, CHIANG, LYNCH (2009:131) weisen darauf hin, dass Variablen der Makro-Ebene, wie politische Verhältnisse, Stadtplanung, Straßengestaltung, Verkehrsregeln, Bevölkerungsdichte, Verkehrsaufkommen usw., individuelles Verhalten und damit auch die Entscheidungen, die von Einzelnen getroffen werden, direkt beeinflussen.

hang mit Kindern und Jugendlichen, Eltern von Kindern und Jugendlichen sowie insbesondere jungen Auto- und Motorradfahrern thematisiert:

- - Kinder und Jugendliche, die in ungünstigen sozialen Verhältnissen leben, weisen überproportional häufig grobmotorische Koordinationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten im Sinne von Hyperkinetik (starker Bewegungsdrang, oft unruhig und zappelig; vgl. HÖLLING et al 2007: 788 f.; SCHLACK et al. 2007:830), Störungen von Visuomotorik bzw. visueller Wahrnehmung (vgl. MERSMANN 1998:70 ff.; STEINHAUSEN 2001:34) sowie motorische Defizite und Auffälligkeiten auf – mit zunehmender Tendenz – u. a. auch bei Migranten (vgl. DORDEL 1998:98 ff.; LAMPERT, KURTH 2007:A2956 ff.; LAMPERT et al. 2007:64; STARKER et al. 2007:782). Dass derartige Defizite verkehrssicherheitsrelevant sind, zeigte sich u. a. in der bereits oben ausführlicher vorgestellten Untersuchung von HOLTE (2010):Danach waren Kinder, deren psychischer Zustand als „grenzwertig“ oder „auffällig“ beschrieben wurde, überproportional unfallgefährdet. Dies gilt besonders auch für Kinder (insbesondere Jungen), die als hyperaktiv angesehen werden und ein viermal höheres Unfallrisiko haben als Kinder ohne Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Symptomatik (ADHS) (vgl. LALLOO, SHEIHAM, NAZROO 2003:665 f.; LIMBOURG et al. 2003:103 f.; SCHLACK et al. 2007:827; LIMBOURG, REITER 2010:210 f.).
- - Schichtspezifische Sozialisationsstile von Eltern werden nicht nur als Ursache gesundheitsschädigender Verhaltensweisen von Kindern angesehen (vgl. SIEGRIST 2002:12). Vielmehr wird zum einen darauf hingewiesen, dass sich defizitäres elterliches Vorbildverhalten (z. B. riskantes Fahrverhalten, alkoholisiertes Fahren, Verletzung von Verkehrsregeln) und unangemessene Erziehungsstile auf die Gefahrenwahrnehmung, das Präventionsverständnis und die Regelbefolgung im Straßenverkehr im Kindes- und Jugendalter auswirken können (vgl. LIMBOURG 1998:4). Zum anderen wird angemerkt, dass Eltern aus sozial schwachen Milieus aufgrund entsprechender Bildungsdefizite oder wegen ihrer sozialen Situation (z. B. Alleinerziehend, Abwesenheit aus beruflichen Gründen) nicht im angemessenen Umfang ihren Aufsichtspflichten nachkommen können

(vgl. CHLOND, OTTMANN 2007:60; MORRONGIELLO, SCHELL 2010:67).

THOMSON, TOLMIE, MAMOON identifizieren bei ihren Modellüberlegungen in der großen Breite möglicher (psycho-)sozialer Risikofaktoren für die Verunfallung von Kindern eine Beeinflussung durch drei Prozesse, die alle in der Familie gründen und zentral für das Ausmaß des kindlichen Unfallrisikos sind: „These are: supervision; opportunities to learn; socialisation“ (THOMSON, TOLMIE, MAMOON 2001:23). Die Autoren schlussfolgern, dass die vielen Indikatoren von Deprivation deshalb mit Kinderunfällen korrelieren, weil sie die Exposition im Straßenverkehr erhöhen, die Beaufsichtigung der Kinder verringern, eine erfolgreiche Sozialisation untergraben und Möglichkeiten zum Erlernen sicheren Verkehrsverhaltens reduzieren (vgl. THOMSON, TOLMIE, MAMOON 2001:23).

- - Riskantes Verhalten (insbesondere junger Männer) und rücksichtsloses Auto- und Kraftradfahren in prekären Wohnlagen sind verschiedentlich im Zusammenhang mit Verunfallungsrisiken thematisiert worden (vgl. CHRISTIE, WHITFIELD 2011:8; LOWE et al. 2011a:7). In diesem Zusammenhang wurden von HENNING, LANGE, CHASELON (1996:114 f.) die sog. „Problem Kids“ identifiziert, die häufig männlich sind, in problematischen Verhältnissen leben und einen Freundeskreis (Peergroup) haben, in dem motorisiertes Fahren „in“ ist, Alkohol bzw. Drogen konsumiert werden und riskant gefahren wird (vgl. LIMBOURG et al. 2003:103 f.; LIMBOURG, REITER 2010:217). Insbesondere marginalisierte (männliche) Jugendliche präsentieren sich in der Öffentlichkeit, Bezug nehmend auf Körperkraft und Dominanz, in extremer Weise als „männlich“ und „hart“ und drücken dies durch nach außen gerichtete Verhaltensweisen (z. B. riskantes Verkehrsverhalten, Alkohol-, Drogenkonsum) aus. Dies gilt besonders für den entsprechenden Personenkreis aus benachteiligten Sozialsituationen, der seine Geschlechtsidentität (auch) aus seinem Risikoverhalten und der Anwendung körperlicher Gewalt herleitet (vgl. RAITHEL 2003a:275; RAITHEL 2003b:22; RAITHEL 2011:6 f.). Dies wird verstärkt, wenn die Betroffenen infolge von Kompetenzdefiziten und mangelnder Sozialisation im Elternhaus Gefahren nicht so gut einschätzen können wie Kinder und Jugendliche aus

besser gestellten Milieus (vgl. LIMBOURG, REITER 2010:212).

Insbesondere im Zusammenhang mit der spezifischen Gefährdung sozial Schwacher im Straßenverkehr erscheint evident, dass Umgebungsvariablen erhebliche Bedeutung beizumessen ist, da sie für die Exposition der Verkehrsteilnehmer, vor allem aber für Kinder und Jugendliche, entscheidend sind (vgl. WHITE, RAESIDE, BARKER 1999:11 ff.; THOMSON, TOLMIE, MAMOON 2001:19; GRAHAM, GLAISTER 2003:1605 f.; TOWNER et al. 2005:15, 19 ff.; BECKMANN, BRACHER, HESSE 2007; CLARKE et al. 2007:27 f.; HESSE, SCHEINER 2007; STEINEBACH, RUMBERG 2007; WOODALL et al. 2007:39; LIMBOURG 2008:130 f.; CLARKE et al. 2009; HADDAK et al. 2010:4 ff.; HONG et al. 2010; CHRISTIE, WHITFIELD 2011:5 ff.; LOWE et al. 2011a:6):<sup>23</sup>

- - Sozial Deprivierte leben überdurchschnittlich häufig in (vor)städtischen Problemvierteln („sozialen Brennpunkten“) mit älterer Bausubstanz, hoher Bevölkerungsdichte, hohem Verkehrsaufkommen, langen geraden Straßen mit schnell fließendem Verkehr und vielen auf der Straße geparkten Fahrzeugen sowie wenig Möglichkeiten zur abgesicherten Straßenüberquerung („Zebrastrifen“, Ampelanlagen).
- - Sozial Deprivierte haben keinen oder weniger Zugang zu sicheren Örtlichkeiten und überwachten Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Gärten, Grünanlagen, öffentliche Spielplätze), sodass ihnen keine Alternativen zum Aufenthalt in einer unfallträchtigen Umgebung zur Verfügung stehen.
- - Sozial Schwache weisen – gezwungenermaßen – andere Lebensstile und -gewohnheiten als weniger Deprivierte auf, bei denen sie in höherem Maße umweltbedingten Risiken ausgesetzt

sind: So sind sie häufiger gezwungen, zu Fuß zu gehen, und können seltener ein Auto benutzen, Kinder müssen häufiger auf der Straße spielen oder längere Wege zu sicheren Spielplätzen oder Freizeiteinrichtungen zurücklegen, werden seltener von ihren berufstätigen oder alleinerziehenden Eltern im Auto zur Schule gebracht bzw. abgeholt oder begleitet. Insofern sind sie auch zeitlich einem höheren Risiko ausgesetzt, verletzt zu werden.

Auch die Zusammensetzung des Kreises der Personen aus prekären Verhältnissen und ihres sozialen Umfeldes ist als relevante Wirkgröße anzusehen:

- - Kinder, die in weniger privilegierten Wohnvierteln leben, kommen häufiger aus Haushalten, in denen
  - nur eine Person erziehungsberechtigt ist (Alleinerziehende; siehe dazu auch: CHLOND, OTTMANN 2007),
  - das Alter der Eltern und ihr Bildungsgrad als niedrig anzusehen sind und sie insofern (noch) nicht über die Fähigkeiten verfügen, ihren Aufsichts- und Erziehungspflichten angemessen zu entsprechen und sich über sicherheitsrelevante Themen und Angebote in Kenntnis zu setzen,
  - Elternteile chronisch krank oder behindert sind (einschließlich Alkohol- oder psychischer Krankheit),
  - aufgrund von Kinderreichtum ungünstige, beengte Wohnverhältnisse herrschen, sodass die Kinder gezwungen sind, sich hauptsächlich im Freien, d. h. auf der Straße, aufzuhalten.

Alles dies trägt dazu bei, dass Eltern bzw. Aufsichtspersonen in geringerem Umfang in der Lage sind, die Kinder zu beaufsichtigen und ihnen adäquates Verhalten im Straßenverkehr nahezubringen (vgl. TOWNER et al. 2005:15 ff.; LIMBOURG 2008:130 f.; CHRISTIE, WHITFIELD 2011:7; LOWE et al. 2011a:6).

- - (Insbesondere junge) Kraftfahrer aus prekären Verhältnissen bzw. Problemvierteln werden als in besonderem Maß von Unfallrisiken bedroht geschildert (vgl. WARD et al. 2007a:40 f., 2007b:21 f.; CHRISTIE, WHITFIELD 2011:7 f.).

<sup>23</sup> Allerdings haben KAIL, IRSCHIK (2007) darauf aufmerksam gemacht, dass Menschen auch in hochwertigen Stadtquartieren mit guter Erschließungsqualität in ihrer Mobilität benachteiligt sein können: Dabei handelt es sich um Kinder und Jugendliche, Eltern mit Kinderwagen und alte Menschen, die in ihrer Lebenswelt stark lokal orientiert und gezwungen sind, zu Fuß unterwegs zu sein. Auch sie treffen auf Qualitätsmängel im öffentlichen Wegenetz wie schmale Gehwege, Gehweg-Parker, Fehlen von Querungshilfen, schlechte Gehwegbeläge sowie die grundsätzliche Priorisierung des motorisierten Individualverkehrs.

- Wie Untersuchungen in England belegen, gingen tödliche Unfälle in unterprivilegierten Wohnvierteln signifikant am häufigsten einher mit überhöhter Geschwindigkeit, Nichtanlegen von Sicherheitsgurten, Fahren unter Alkoholeinfluss und/oder ohne Führerschein bzw. ohne Kfz-Versicherung. Hier waren auch am häufigsten mehrere Opfer gleichzeitig zu beklagen (vgl. CLARKE et al. 2009: 10 f.; LOWE et al. 2011a:6).
  - Von Anwohnern solcher Viertel wird die Ansicht geäußert, dass solche Fahrten vor allem auch Ausdruck asozialen Verhaltens seien: Die betreffenden Fahrer bedrohten mit ihrem aggressiven Herumfahren und ihren Wettfahrten die Sicherheit und die Lebensqualität der Bevölkerung (vgl. CHRISTIE, WHITFIELD 2011:8).
  - Personen, die in prekären sozioökonomischen Verhältnissen leben, wird zugeschrieben, in geringerem Maße als andere über die Risiken im Straßenverkehr sowie über sicherheitsrelevante Dienste und Einrichtungen informiert zu sein. Zu denken ist hier etwa an Eltern, die nicht wissen, wie ihre Kinder ihre Freizeit sicher und beaufsichtigt verbringen können. Dies wird nicht zuletzt darauf zurück geführt, dass verkehrssicherheitsrelevante Inhalte in den betreffenden Arealen nicht adressatengerecht platziert werden bzw. jene Gruppen, die den größten Risiken ausgesetzt sind, nicht erreichen bzw. nicht speziell für diese konzipiert sind (vgl. CHRISTIE, WHITFIELD 2011:6).<sup>24</sup>
- LOWE et al. (2011a:6) weisen allerdings darauf hin, dass es keine Hinweise darauf gibt, dass Personen, die in weniger privilegierten Gegenden leben, weniger Einsicht als andere in die Risiken im Straßenverkehr hätten oder nicht bereit wären, vor Ort Vorsichtsmaßnahmen zu treffen. Vielmehr hätten sie durchaus genaue Kenntnisse über die betreffenden Gefahren. Allerdings müssten sie häufig andere, mit Sicherheitsinteressen konkurrierende Dinge berücksichtigen, etwa dass die Umgebung ihrer Häu-
- ser vandalisiert ist, hohe Kriminalität herrscht oder Freizeitanlagen unzugänglich oder für die Zielgruppen ungeeignet sind.
- - Schlüssig erscheint, dass ältere Menschen aus weniger privilegierten Gegenden größeren Verunfallungsrisiken im Straßenverkehr ausgesetzt sind. Begründet wird dies damit, dass diese Menschen häufiger zu Fuß gehen müssen, weil sie über kein Kraftfahrzeug verfügen oder weil ihnen die Kompetenz fehlt, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Letzteres wird insbesondere älteren Menschen zugeschrieben, die vom Lande kommen (vgl. CHRISTIE, WHITFIELD 2011: 10). In einer südkoreanischen Studie erwiesen sich ältere Männer mit niedrigem Bildungsstand, die in deprivierten Wohngegenden lebten, sogar als die Gruppe, die als am verletzlichsten eingeschätzt wurde (vgl. PARK et al. 2010:329).
  - - Im Hinblick auf Migranten bzw. ethnische Minoritäten wird darauf hingewiesen, dass die jeweilige Kultur als Variable an sich kaum geeignet ist, spezifische Risiken im Straßenverkehr zu erklären. Ihr kommt jedoch kontributiver Charakter zu. So weit die betreffenden Personen in deprivierten Verhältnissen bzw. Wohngegenden leben, sind auch für sie viele der bereits angesprochenen Risikofaktoren relevant (vgl. KENNEWEG (1996) zitiert nach LIMBOURG 1998: 3). Im Übrigen können – zumindest für die erste Einwanderergeneration – Sprachprobleme, unvertraute Verkehrsverhältnisse, Unkenntnis von Verkehrsregeln, inadäquate Risikoeinschätzungen, (kulturspezifische) Erziehungsvorstellungen sowie fehlende Kompetenzen, sicherheitsrelevante Informationen einzuholen und Angebote zu nutzen, bei diesem Personenkreis in besonderem Maße zu einer Gefährdung im Straßenverkehr beitragen (vgl. SCHLACK 1998:56; SPIECKERMANN, SCHUBERT, ZIPPEL 1999: 7; THOMSON, TOLMIE, MAMOON 2001:23 ff.; TOWNER et al 2005:17 ff.; HARMS 2007; CHRISTIE, WHITFIELD 2011:9 f.). Befunden aus verschiedenen Ländern zufolge sind Angehörige von Minoritäten aus deprivierten Verhältnissen häufiger als die Mehrheitsbevölkerung als Fußgänger im Straßenverkehr exponiert (vgl. EDWARDS et al 2006a:5; KASPER, REUTTER, SCHUBERT 2007:67), haben in England öfter (vgl. CHRISTIE et al. 2010a: 100), in Deutschland seltener (KASPER,

<sup>24</sup> Anzumerken ist, dass diese Hinweise auf Studien aus Großbritannien zurückgehen, ohne dass an dieser Stelle entschieden werden kann, ob die betreffenden Probleme auch in Deutschland gegeben sind.

REUTTER, SCHUBERT 2007:67) Zugang zu Kraftfahrzeugen, besitzen jedoch seltener Fahrräder (vgl. HARMS 2007:82 f.; KASPER, REUTTER, SCHUBERT 2007:67; CHRISTIE et al. 2011) und sind öfter in Verkehrsunfälle verwickelt (vgl. LIMBOURG 1998:3; JUAREZ et al. 2006:i50; FACTOR, MAHALEL, YAIR 2008:2006; CHRISTIE et al. 2010a:98). Zudem sind bei ihnen häufiger verkehrsdeviante Verhaltensweisen zu beobachten (z. B. selteneres Angurten; häufigeres Nichtbeachten von Signalanlagen, Fahren unter Alkoholeinfluss und mit überhöhter Geschwindigkeit; vgl. CHRISTIE et al. 2010a: 100; FACTOR, YAIR, MAHALEL 2010:1413, 1419). Dem entsprechend stellen KASPER, REUTTER, SCHUBERT (2007:67) fest, dass Migranten nicht weniger, aber anders mobil seien. Allerdings können HASSELBERG et al. (2001:861) keinen Zusammenhang zwischendem Migrationshintergrund und dem Verkehrsunfallrisiko bei Kindern und Jugendlichen feststellen. Im Übrigen wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Unfallgefährdung zwischen den verschiedenen Ethnien variiert (vgl. THOMSON, TOLMIE, MA-MOON 2001:23 ff.; MALHOTRA, HUTCHINGS, EDWARDS 2008:334).

Definitionsgemäß verfügen sozial Schwache über weniger finanzielle Mittel als besser Situierte. Dies kann dazu führen (vgl. HENDRIE et al. 2004; TOWNER et al. 2002; TOWNER et al. 2005:17, 34; ZAMBON, HASSELBERG 2006; LAFLAMME, VAEZ 2007; SCHWEBEL, GAINES (2007) zit. nach: LAFLAMME, HASSELBERG, BURROWS 2010:19; CHRISTIE, WHITFIELD 2011:9), dass sie weniger Geld haben, um

- - für adäquate und u. U. teure Schutzausrüstung zu sorgen (z. B. zum Inlineskaten, Kinderrückhaltesysteme, Fahrradhelme, Schutzbrillen usw.),
- - dem neuesten Sicherheitsstandard gemäße Fahrzeuge zu beschaffen und zu nutzen (z. B. mit ABM, Fahrradstandlicht usw. ausgestattet),
- - die Fahrzeuge angemessen instand zu halten<sup>25</sup> oder
- - eine gute Fahrausbildung zu absolvieren.

Damit einhergehen können höhere Unfall- und Verletzungsrisiken der betreffenden Unterprivilegierten (vgl. WARD et al. 2007a:43).

Vor dem Hintergrund dieser Befunde erscheint es bedenklich, dass – wie zumindest Daten aus Schweden belegen – sozioökonomische und demografische Merkmale eines Wohnquartiers nicht immer mit verkehrssicherheitsrelevanten Maßnahmen (z. B. Verkehrsberuhigung, Geschwindigkeitsbegrenzung) und Aktivitäten (z. B. Verkehrserziehung in Vorschulen) korrelieren. Vor allem in wachsenden Gemeinden wurde weniger für die Verkehrssicherheit getan als in Kommunen mit konstanter Bevölkerung (vgl. GULDBRANDSSON, BREMBERG 2004:221 ff.; FLEURY et al. 2010:1659). In ähnlichem Zusammenhang weisen LOWE et al. (2011a:7) darauf hin, dass das deviante Verhalten von Pkw-Fahrern nicht zuletzt darauf zurückzuführen sei, dass es in Problemvierteln an sichtbarer Überwachung der Verkehrsregeln mangle und somit eine negative Verstärkerwirkung auf das Fahrverhalten ausgeübt werde. Als Beispiele werden das folgenlose Parken auf Gehwegen oder in der Nähe von Straßenkreuzungen, das Überfahren von Stopp-Schildern oder das Telefonieren während der Fahrt angeführt.

### 3.3 - Verkehrssicherheitsprobleme schwer erreichbarer Personen (-gruppen)

Wie in Kapitel 2.2 bereits eingehender dargestellt wurde, handelt es sich bei schwer erreichbaren Personen(-gruppen) um

- - Personen, die aufgrund demografischer Merkmale, ihres soziokulturellen Hintergrundes und/oder ihrer Überzeugungen und Einstellungen nicht (mit Informationen, Dienstleistungen usw.) zu erreichen sind;
- - verborgene („hidden“) Populationen, die nicht gefunden bzw. nicht kontaktiert werden wollen;
- - Personen, die nicht in der Lage bzw. nicht bereit sind, Dienstleistungen/Angebote in Anspruch zu nehmen;
- - mit Dienstleistungen unterversorgte Gruppen.

<sup>25</sup> Für Großbritannien gibt es allerdings für die Annahme keine abgesicherten Erkenntnisse, dass Personen, die in weniger privilegierten Gegenden wohnen, ältere oder weniger sichere Fahrzeuge nutzen (vgl. CHRISTIE, WHITFIELD 2011:9).

Wer muss nunmehr im Zusammenhang mit Straßenverkehrssicherheitsfragen als schwer erreichbar angesehen werden?

Sichtet man die Fachliteratur, so werden die nachgehend enumerierten Gruppen als tendenziell „Hard to Reach“ diskutiert. Dabei ist zu beachten, dass diese nicht in ihrer Gesamtheit, sondern nur in u. U. mehr oder weniger kleinen Anteilen als organisatorisch schwer erreichbar gelten können. Problematisch sind diese Personengruppen häufiger, weil sie Informationen oder Normen zu verkehrssicherem Verhalten nicht akzeptieren (kognitive Ebene) bzw. sich nicht regelkonform verhalten (Compliance, Verhaltensebene) (vgl. Bild 2).

Kinder und Jugendliche sind eine besonders stark von Verkehrsunfällen bedrohte Personengruppe. Gleichwohl sollten sie nicht in ihrer Gesamtheit als schwer erreichbar angesehen werden, da sie in unserer Gesellschaft relativ lange – von der Kindergartenzeit bis hin zum Besuch von Gymnasium und Berufsschule – in ein institutionelles Bildungssystem eingebunden sind, in dem sie von Verkehrssicherheitsmaßnahmen grundsätzlich als gut ansprechbar gelten können. Dies findet beispielsweise seinen Niederschlag in Rechtsnormen zur Verkehrserziehung in Schulen.

### 3.3.1 Junge (männliche) im Straßenverkehr deviante Personen

Seit langem ist bekannt, dass männliche Personen in allen Altersklassen ein signifikant risikoreicheres Verhalten (insbesondere unangepasste Geschwindigkeit, Fahren unter Alkohol- bzw. Drogeneinfluss, „Frisieren“ von Kraftfahrzeugen) aufweisen als weibliche und dass dieses sich insbesondere auch im Verkehrsunfallgeschehen negativ niederschlägt. Allerdings nimmt die männliche Risikobereitschaft mit zunehmendem Alter ab (siehe dazu den Übersichtsartikel von LIMBOURG, REITER 2010: 207 ff.). Geht man davon aus, dass

- hohe Risikobereitschaft im Straßenverkehr eng assoziiert ist mit geringem sozialem Interesse und einem hohen Maß an Egozentrik (vgl. MOE 1996:130; LIMBOURG et al. 2003:101),
- die (genannten) devianten Verhaltensweisen weniger rational begründet als emotional besetzt sind und in der (Geschlechts-)Identität

(Selbstkonzept, Selbstwertgefühl) wurzeln (vgl. BLIERSBACH et al. 2002:40 ff.),

- - jungendliches Risikoverhalten in starkem Maße von der Anerkennung durch Gleichaltrige (Peergroups) geprägt ist, die zum Aufbau eines positiven Selbstbildes beiträgt (vgl. LIMBOURG et al. 2003:101),

so wird erkennbar, dass erhebliche Schwierigkeiten bestehen, die betreffenden Personen auf kognitivem Wege (z. B. Vernunftappelle) im Sinne der erwünschten Verhaltensweisen zu beeinflussen. Dies gilt etwa auch dort, wo versucht wird, die besondere Unfallgefährdung von motorisierten Disco-Besuchern zu beheben (vgl. LIMBOURG, REITER 2010: 213). Evaluationen haben ergeben, dass reine Informationsstrategien relativ wirkungslos sind. Vielmehr wird ihnen in Kombination mit anderen Konzepten (z. B. Operieren mit Angst und Abschreckung) sogar eine in unerwünschter Richtung verstärkende Wirkung zugeschrieben (vgl. STING 2009:807).

Aus diesen Gründen konzentrieren sich viele Vorschläge im Bereich der Straßenverkehrssicherheitsarbeit auf diese Zielgruppe (siehe etwa: APOLLO WP3 TEAM 2006:40 ff.; CEREPRI, APOLLO WP3 PARTNERS 2007:42 ff.; FREDERSDORF, HECKMANN 2010:83 ff.).

### 3.3.2 Personen, die ohne Helm Fahrrad fahren

Als auf der kognitiven und der Verhaltensebene schwer erreichbar sind Personen einzuordnen, die aus ästhetischen oder hedonistischen Gründen darauf verzichten, beim Fahrradfahren einen Helm zu tragen. Die jüngsten Vorschläge zur Einführung einer Helmpflicht und die dadurch ausgelöste Diskussion in der Öffentlichkeit (siehe etwa SKORNA et al. 2010; „Spiegel Online“ 2011; BREITINGER 2011; DAMBECK 2011; KASTILAN 2011; zur internationalen wissenschaftlichen Debatte siehe: Bicycle Helmet Research Foundation 2011) haben eindrucksvoll gezeigt, dass – ähnlich wie in anderen Ländern<sup>26</sup> – hierzulande bei vielen Menschen

<sup>26</sup> Während Radfahrer vor allem in den Niederlanden, aber auch in Großbritannien und – zumindest was ältere Leute vom Lande anbelangt – in Ungarn dem Helmtreten so kritisch gegenüberstehen, dass Education-Kampagnen als wenig aussichtsreich eingeschätzt werden, ist dies in Schweden in geringerem Maße der Fall (vgl. VLACHANTONI et al. o. J.:82 ff).

(z. B. aus Bequemlichkeit, aus ästhetischen oder hedonistischen Gründen) erhebliche Vorbehalte gegen ein grundsätzliches Helmtragen vorhanden sind. Da diese insofern als schwer erreichbar angesehen werden können, sind sie international gesehen verstärkt Adressaten von Verkehrssicherheitsmaßnahmen (vgl. TOWNER, DOWSWELL, JARVIS 2001a; TOWNER et al. 2002; PEDEN et al. 2004:90 ff., 135 ff.; BC Injury Research and Prevention Unit 2007:32 ff.; WOOD et al. 2010:9; WOOD, BELLIS, WATKINS 2010:8 f.).

### 3.3.3 Erwachsene (Eltern), die keine (geeigneten) Rückhaltesysteme für Kinder nutzen

Die gesetzlich vorgeschriebenen Systeme zur Sicherung von Kindern in Kraftfahrzeugen werden von Erwachsenen oft unzureichend oder falsch verwendet. Vor allem bei Kindern über sechs Jahren wird häufig (in 28 % der Fälle) anstatt eines adäquaten Kinderrückhaltesystems nur der Erwachsenengurt verwendet. Dieser reicht als Schutz bei Kindern unter 12 Jahren aber nicht aus (vgl. Deutsche Verkehrswacht 2011). Die Anschlagnquote ist bei sozial Schwachen niedriger als bei Wohlhabenderen bzw. Gebildeteren (vgl. ZAZA et al. 2001:32; WINSTON, ERKOBONI, XIE 2007:S29). Begründet wird diese unsachgemäße Verwendung („Misuse“) damit, dass Kinder das Anlegen von Gurten verweigern und Eltern die Gefährlichkeit ihrer Versäumnisse nicht bewusst ist oder dass Platzgründe im Auto gegen die Nutzung von Kindersitzen sprechen (vgl. SALVISBERG, BISCHOF 2004:18 f.; WINSTON, ERKOBONI, XIE 2007: S35). Die hohe „Misuse“-Quote ist demnach ein Indikator dafür, dass die Zielgruppen der Rechtsnormen trotz Strafbewehrung nicht in dem hohen Maße erreicht werden wie die Eltern kleinerer Kinder (bis sechs Jahre), die diese im Querschnitt aller Straßen zu 90 % vorschriftsgemäß sichern (vgl. Deutsche Verkehrswacht 2011). In der internationalen Literatur wird deshalb elternorientierten Programmen zum Gebrauch von Sicherheitsausrüstungen erhebliche Bedeutung beigemessen (vgl. PEDEN et al. 2004: 91 ff., 132 ff.; WOOD et al. 2010:10).

### 3.3.4 Alkohol- und Drogenkonsumenten

Konsumenten von Suchtmitteln sind erfahrungsgemäß insbesondere dann als schwer erreichbar einzuschätzen, wenn sie das Stadium erreicht haben,

in dem man vom Vorliegen einer Suchtkrankheit sprechen kann. Insofern sind sie eine der zentralen Zielgruppen von unfallpräventiven Maßnahmen (siehe z. B. VLACHANTONI et al. o. J.:131 ff.; Deutscher Verkehrssicherheitsrat 2002: 242; 113 ff.; PEDEN et al. 2004:80 f, 228 ff.; APOLLO WP3 TEAM 2006:22 ff.; CEREPRI, APOLLO WP3 PARTNERS 2007:17 ff.; WARD et al. 2007a:28 ff.; HOPKIN et al. 2010).

### 3.3.5 (Ältere) Menschen mit Behinderungen und (chronisch) Kranke

Ältere Menschen sind nicht per se, sondern (mit zunehmendem Alter) verstärkt unfallgefährdet, wenn sie Behinderungen aufweisen, die nicht ausreichend kompensiert sind oder werden können. Allerdings fehlt ihnen häufig das Bewusstsein (vgl. HOLLAND 2001:4 f.; DUNBAR, HOLLAND, MAYLOR 2004:122 ff.), dass mit zunehmendem Alter aufgrund von physiologischen Abbauprozessen (z. B. Abnahme von Seh-, Hör-, Konzentrations-, Reaktionsvermögen, Mobilitätseinschränkungen, psychische Veränderungen), Medikamenteneinflüssen (wie Tranquilizer, Sedativa, Hypnotika, Antidepressiva, Neuroleptika usw.), Alkohol-Medikamenten-Wechselwirkungen und des Bestehens mehrerer Krankheiten nebeneinander (Komborbidität) situations- und zeitbezogene Fähigkeiten zum Lenken von Kraftfahrzeugen abnehmen können (vgl. HOLLAND 2001:8 ff.; DUNBAR, HOLLAND, MAYLOR 2004:29 ff.; KOPEINIG-KNEISSL et al. 2004; Deutscher Verkehrssicherheitsrat 2009:9 ff.). Insofern kann kaum erstaunen, dass „... die Gruppe der über 65-Jährigen im Vergleich zur Gesamtgruppe der Autofahrer trotz geringerer Fahrleistung, mit Ausnahme der Gruppe der unter 24-Jährigen, die höchste Unfallrate, die höchste Sterblichkeitsrate und ein höheres Verletzungsrisiko im Straßenverkehr aufweist“ (KOPEINIG-KNEISSL et al. 2004: 26 f.). Auch als Fußgänger sind ältere Menschen in höherem Maße unfallgefährdet (vgl. DUNBAR, HOLLAND, MAYLOR 2004:21 ff.). Vor diesem Hintergrund sind jene uneinsichtigen Älteren, die ihre eigenen Fähigkeiten unkritisch einschätzen und der Möglichkeit altersspezifischer Veränderungen nicht durch Vorsorgeuntersuchungen (z. B. der Sehfähigkeit) Rechnung tragen, als schwer erreichbar einzuschätzen (vgl. DÄUMER-SCHMIDT, GALONSKA, PREUSSER 1997:103 f.). LIS et al. (2011:7) merken allerdings an, dass ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen oft selbst davon ausgehen, dass sie

nicht zur „Zielgruppe“ für Präventionsangebote gehören bzw. daran nicht teilnehmen dürfen. Trifft dies zu, so lassen sich hier Ansatzpunkte für zielgruppenadäquate Interventionen erkennen.

Ähnliches gilt für Personen, die wegen (chronischer) Krankheiten Medikamente einnehmen müssen, die die Verkehrstüchtigkeit einschränken. Diese sind zwar grundsätzlich vom die Arzneimittel verordnenden Arzt sowie dem Apotheker ansprechbar und können zudem anhand des Beipackzettels über psycho-physische Beeinträchtigungen durch die Medikamenteneinnahme aufgeklärt werden (vgl. VANDREVELA et al. 2010:25 f.). Gleichwohl ist anzunehmen, dass eine Reihe von Patienten trotz dieser Handicaps am Straßenverkehr teilnimmt und so sich und andere gefährdet (vgl. Deutscher Verkehrssicherheitsrat 2002:242; 113 ff.). Darüber hinaus wird vermutet, dass manche Medikamente die Wahrnehmung des Konsumenten einschränken, verkehrsunfähig zu sein (vgl. HOLLAND 2001:48 ff.; VANDREVELA et al. 2010:56). Auch diese Gruppen müssen als schwer erreichbar angesehen werden.

Lernbehinderte (vgl. TOWNER et al. 2011:6) sowie Personen mit geistigen und psychischen Behinderungen können zum einen als besonders unfallgefährdet und zum anderen u. U. als „Hard to Reach“ betrachtet werden, wenn sie aufgrund ihrer kognitiven Defizite oder ihrer psychischen Disposition nicht in der Lage sind, verkehrsrelevante Informationen aufzunehmen und umzusetzen. Allerdings wurden auch für diesen Personenkreis verschiedentlich geeignete Verkehrserziehungskonzepte entwickelt, sodass sie organisatorisch nicht grundsätzlich als schwer erreichbar anzusehen sind (siehe etwa Deutsches Institut für Urbanistik 2008; STÖPPLER 1999; HIELSCHER, STÖPPLER 2008).

### 3.3.6 Migranten

Migranten sind nicht per se schwer erreichbar (vgl. SACHER 2011b:9). Sie werden jedoch im Hinblick auf Informationen, die die Straßenverkehrssicherheit betreffen, vor allem dann als „Hard to Reach“ eingeschätzt, wenn ihnen die betreffenden Sprachkenntnisse fehlen (vgl. SPIECKERMANN, SCHUBERT, ZIPPEL 1999:7). Im Übrigen können sie kulturell bedingt Hemmungen haben, verkehrssicherheitsrelevante Angebote wahrzunehmen. FACTOR, KAWACHI, WILLIAMS (2011) gehen davon aus, dass bei Minoritäten keineswegs stets Kenntnismängel vorhanden sind, sondern dass solche Gruppen Widerstände („Social Resistance“) gegen-

über der Mehrheitsgesellschaft entwickeln können, die sie u. a. dazu veranlassen, unsichere Gewohnheiten bei der Teilnahme am Straßenverkehr zu entwickeln. So lange dies der Fall ist, werden sie nicht mit konventionellen Präventionsaktivitäten, sondern nur mit einem speziell auf sie zugeschnittenen Konzept erreichbar sein (vgl. FUNK, WIEDEMANN, REHM 2002; PETRIDOU et al. 2007:38 f.; FACTOR, YAIR, MAHALEL, 2010:1421; CHRISTIE et al. 2010a:102; FACTOR, MAHALEL, YAIR 2008:2006; FACTOR, KAWACHI, WILLIAMS 2011:7), in dessen Rahmen minderheitenzentrierte Schuldzuschreibungen vermieden werden (vgl. MALHOTRA, HUTCHINGS, EDWARDS 2008:336).

### 3.3.7 Fahrer verkehrsunsicherer Fahrzeuge

Verschiedentlich wurde darauf hingewiesen, dass in prekären Verhältnissen lebende Personen häufiger alte und/oder verkehrsunsichere Fahrzeuge besitzen (vgl. LAFLAMME et al. 2005; LAFLAMME, VAEZ 2007; Club Innovations Transports des Collectivités 2002:2; 2008:2; HADDAK et al. 2010:9 ff.) und somit in besonderem Maße unfallgefährdet sind.<sup>27</sup> Trifft dies zu, dann können Personen, die auf diese Fortbewegungsmittel angewiesen sind, weil Alternativen (z. B. öffentliche Transportmöglichkeiten) nicht vorhanden sind oder aus ökonomischen Gründen nicht infrage kommen, als schwer erreichbar betrachtet werden.

## 3.4 Zwischenergebnis

Aus den oben geschilderten Forschungsergebnissen lässt sich erkennen, dass die Gruppen der sozial Schwachen und der schwer Erreichbaren nur zum Teil deckungsgleich sind. Generell sind Personen, die in prekären Verhältnissen leben, in einem hoch entwickelten Land wie Deutschland nicht grundsätzlich, sondern eher ausnahmsweise als schwer erreichbar einzuschätzen. Die Bevölkerung ist hierzulande in eine Vielzahl von Institutionen, wie z. B. Schulen oder Einrichtungen der Daseinsvorsorge, eingebunden, über die sich – soweit dies gewünscht ist – die meisten der im Fokus von Verkehrssicherheitsmaßnahmen stehenden Risiko-

<sup>27</sup> Eine Studie von WARD et al (2007a: 43) ergab, dass das Risiko, bei einer Kollision von Kraftfahrzeugen getötet zu werden, für Fahrer neuerer Autos halb so groß wie für Lenker älterer Autos war. Fahrer der kleinsten in die Analyse einbezogenen Autos waren viermal so gefährdet wie jene, die über die größten Kraftfahrzeuge verfügten.

gruppen (insbesondere Kinder und Jugendliche) erreichen lassen. Umgekehrt erscheint plausibel, dass Personen, die als für Verkehrssicherheitsmaßnahmen „Hard to Reach“ angesehen werden müssen, nicht notwendigerweise als sozial schwach oder gar bildungsfern anzusehen sind. Das wird deutlich, wenn man sich einige, sicherlich plakative, Beispiele vor Augen führt:

- - der auf dem Motorrad rasende Yuppie,
- - die chronisch kranke, medikalisierte Pkw-Fahrerin,
- - der gut situierte, halb blinde 90-Jährige, der in einem Fahrzeug der Oberklasse unterwegs ist, weil er kaum noch zu Fuß laufen kann,
- - der Vater, der auf der kurzen Fahrt zur Schule keinen Kindersitz benutzt, weil er mit dem Fahrzeug anschließend mit Kollegen dienstlich unterwegs ist,
- - der alkoholisierte Manager, der sein Auto nach Hause fährt,
- - das Mädchen, das wegen seiner Frisur keinen Helm benutzt,
- - der Hedonist, der auf einem teuren Rad ohne Radhelm im Stadtverkehr unterwegs ist, usw.

Vor diesem Hintergrund ist nun zu prüfen, mit welcher Strategie die Verkehrssicherheitsarbeit dem Problem der „Hard to Reach“ gerecht werden kann.

## 4 Parallelen und Kooperationsmöglichkeiten zwischen Verkehrssicherheitsarbeit und Gesundheitsförderung

Die Verkehrssicherheitsarbeit verfügt bisher über keine konsistente Strategie zur Ansprache schwer erreichbarer Zielgruppen. Bei der Suche nach möglichen Vorbildern oder Kooperationspartnern für eine Verkehrssicherheitsarbeit für schwer Erreichbare/sozial Benachteiligte stößt man schnell auf die parallelen Bemühungen im inhaltlichen Kontext der Gesundheitsförderung. Nachfolgend werden deshalb die Voraussetzungen und Potenziale einer Adaption der in der Gesundheitsförderung praktizierten Strategie der Ansprache schwer Erreichbarer/sozial Benachteiligter durch die Verkehrssicherheitsarbeit diskutiert.

### 4.1 Strategien der Gesundheitsförderung

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit als „... 'Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Behinderung'“ (BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:14). Mit Gesundheitsförderung wird ein nachhaltiger Prozess zur Verbesserung der Lebensbedingungen und Verhaltensweisen bezeichnet. Ansatzpunkt sind dabei die Gesundheitsressourcen von Menschen und die gesundheitsfördernden Bedingungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Gesundheitsförderung nimmt eine explizit gesundheitserhaltende und -fördernde (salutogenetische) Perspektive ein (vgl. FRANKE 2011). Dabei gilt es, Potenziale zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu identifizieren und zu stärken (vgl. KABA-SCHÖNSTEIN 2011). Gesundheitsförderung wurde in der sog. „Ottawa-Charta“ der WHO<sup>28</sup> mit dem Anspruch der Selbstbestimmung und Partizipation der Bürger und dem Schaffen gesunder Lebensbedingungen verknüpft (vgl. BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:14). Die Autoren verweisen auf den Prozesscharakter von Gesundheitsförderung mit dem Fokus auf der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen einerseits und der Senkung von Gesundheitsbelastungen andererseits (vgl. BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:14).<sup>29</sup>

KABA-SCHÖNSTEIN (2011) unterscheidet – in Anlehnung an andere Autoren wie z. B. HURRELMANN (2000a) – explizit Gesundheitsförderung von Krankheitsprävention. Gesundheitsförderung sieht die Autorin ausgerichtet auf einen „Gesundheitsgewinn“, ausgedrückt durch die Verbesserung der Bedingungen für Gesundheit. Prävention lässt sich dagegen definieren als „... alle Maßnahmen und Strategien, um Krankheiten vor dem Eintreten von Beschwerden zu vermeiden und um Folgen sowie das Wiederauftreten von Krankheiten zu verhindern“ (BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:14). Hier

<sup>28</sup> Vgl. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf), aufgerufen am 11.11.2011.

<sup>29</sup> Als Beispiel für die Stärkung gesundheitsfördernder Ressourcen werden das Selbstbewusstsein, Kompetenzen, Handlungswissen, Partizipation, Unterstützung durch soziale Netzwerke und Bildung genannt. Als Belastungen, die gesenkt werden sollen, werden eine schlechte Ernährung, wenig Bewegung, soziale Isolierung und seelische Überlastung aufgezählt (vgl. BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:14).

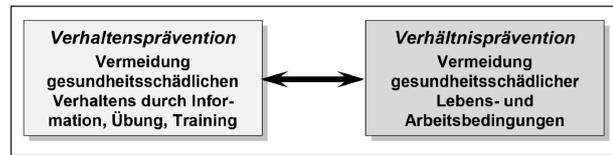
steht also das „... Zurückdrängen von Risikofaktoren für Krankheiten“ (KABA-SCHÖNSTEIN 2011) im Mittelpunkt.

Die folgenden Erfolgsfaktoren für Angebote der Gesundheitsförderung – am Beispiel von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien – lassen sich benennen (vgl. GOLD et al. 2012:21 f.):

- - Kinder, Jugendliche und Familien sollen in allen Phasen beteiligt werden.
- - Ehrenamtliche sollen qualifiziert werden.
- - Der Einstieg soll mittels niedrigschwelliger Angebote im Stadtteil, in Kindertagesstätten und Schulen erfolgen.
- - Empowerment-Ansätze stärken die Elternkompetenz.
- - Ein Setting-Ansatz, der verhaltens- und verhältnispräventive Angebote kombiniert, wirkt besonders nachhaltig (vgl. Kapitel 4.5).
- - Kommunen sollen die Angebote unterschiedlicher Ressorts systematisch bündeln und weiterentwickeln (vgl. Kapitel 4.6).
- - Zur Ansprache von Menschen mit Migrationshintergrund sollen Multiplikatoren mit Migrationshintergrund eingesetzt werden.

Gesundheitsförderung zielt nicht nur auf individuelle Verhaltensweisen, sondern schließt auch die Einflussnahme auf die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (strukturelle Aspekte) mit ein (vgl. KABA-SCHÖNSTEIN 2011). Die Autorin beschreibt in diesem Kontext ein sog. „Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung“ mit den folgenden Zielgruppen und Zielen (vgl. KABA-SCHÖNSTEIN 2011, Abbildung 3):

- - Individuen (persönliche Kompetenzen entwickeln),
- - Gruppen (gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen),
- - Institutionen (Gesundheitsdienste neu orientieren),
- - Gemeinwesen (gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen) und
- - Politik (gesundheitsfördernde Gesamtpolitik betreiben).



**Bild 10:** Präventionsansatz im Bereich der Gesundheitsförderung

Idealtypisch lassen sich dabei analytisch die beiden Strategien der Verhaltens- und der Verhältnisprävention unterscheiden (vgl. WALTER, SCHWARTZ 2003:191, WALLER 1995:162 ff., 169 ff. sowie Bild 10):

- - Die sog. „Verhaltensprävention“ umfasst Interventionen, die auf das gesundheitsrelevante Verhalten von Individuen abzielen. BÄR, BÖHME, REIMANN (2009:15) enumerieren die Informationsvermittlung, die Förderung von Lebens- und Sozialkompetenzen, Beratung, erzieherische Maßnahmen oder die Frühintervention als verhaltenspräventive Maßnahmen.
- - Die sog. „Verhältnisprävention“ hat dagegen die gesundheitsschädlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen im Blick und umfasst Interventionen, die auf die Veränderung der Umwelt, des konkreten Handlungsumfeldes bzw. Settings abzielen (vgl. BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:15; Sachverständigenrat 2005:102). Typische Beispiele hierfür sind die Schulwegsicherung oder der Lärmschutz.<sup>30</sup>

Für eine erfolgreiche Praxis hat sich jedoch die Verknüpfung beider Ansätze durchgesetzt, da ein Fokus auf das Verhalten ohne Berücksichtigung der Lebensumstände defizitär bleibt (vgl. HARTUNG, KLUWE, SAHRAI 2011:613; BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:15). Dabei lässt sich ein Kontinuum zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention mit diversen Formen einer „kontextorientierten“ oder „verhältnisgestützten Verhaltensprävention“ aufspannen (vgl. Sachverständigenrat 2005:103).

In der Gesundheitspolitik wird die Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit von Akteuren aus unterschiedlichen Lebens- und Politikbereichen für den Erfolg der Primärprävention klar benannt (vgl. Sachverständigenrat 2005:24). Analog der sog. „soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ (GOLD, LEHMANN 2012:10) bietet sich im inhaltlichen Kon-

<sup>30</sup> Im Sachverständigenrat (2005:102) wird sogar die Verkehrsicherheit pauschal als Verhältnisprävention bezeichnet.

text des Straßenverkehrs eine „soziallagenbezogene Verkehrssicherheitsarbeit“ in Kooperation mit anderen, parallel die Zielgruppe der schwer Erreichbaren/sozial Benachteiligten ansprechenden Akteuren aus der Gesundheitsförderung an.

## 4.2 - Ansprache von sozial Benachteiligten in der Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung stehen in einem engen konzeptionellen Zusammenhang“ (KABA-SCHÖNSTEIN, GOLD 2011). Im vorliegenden Bericht wurde dies bereits bei der Beschäftigung mit dem inhaltlichen Hintergrund und bei der Klärung der Begriffe deutlich (vgl. Kapitel 2). Bereits seit den 1970er Jahren werden die Probleme

- - des Missverhältnisses zwischen relevanten Gesundheitsproblemen und der Problematik des Zugangs zu „schwer erreichbaren Zielgruppen“,
- - der Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit (vgl. Kapitel 2.1.2) und
- - der Gefahr der Stigmatisierung und Diskriminierung sozial benachteiligter Zielgruppen

diskutiert (vgl. KABA-SCHÖNSTEIN, GOLD 2011). Auch in der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte hat sich ein Mehrebenenansatz etabliert, der zum einen Individuen, zum anderen Gemeinden oder Gemeinschaften stärken, dabei den Zugang zu wichtigen Einrichtungen und Diensten verbessern und makroökonomische sowie kulturelle Veränderungen anstoßen will (vgl. KABA-SCHÖNSTEIN, GOLD 2011).

Damit wird in der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte klar auf verhältnispräventive Maßnahmen, insbesondere mittels des Setting-Ansatzes, abgestellt statt auf individuelles Verhalten (vgl. GOLD, LEHMANN 2012:10; KABA-SCHÖNSTEIN, GOLD 2011 sowie Kapitel 4.1). GEENE, ROSENBROCK (2012:48) sind skeptisch hinsichtlich eines Präventionserfolges in Form einer Verhaltensänderung, die über das kognitive Lernen von Botschaften erreicht werden soll.<sup>31</sup> Die Autoren präferieren eindeutig verhältnispräventive Maßnahmen, die – im soziologischen Verständnis – über die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen des Handelns bestimmte Opportunitäten eröffnen oder Zwänge setzen und so entsprechende

Handlungsmöglichkeiten nahelegen bzw. bestimmte andere Handlungsmöglichkeiten erschweren (vgl. hierzu BÜSCHGES, ABRAHAM, FUNK 1998:225).

Ein solches Vorgehen hat eine Reihe von Vorteilen:

- - Die Setzung von Rahmenbedingungen, z. B. durch Engineering-Maßnahmen mit den Zielen der Optimierung der Verkehrsinfrastruktur und der Verbesserung der Verkehrssicherheit, produziert im volkswirtschaftlichen Sinn Verkehrssicherheit als öffentliches/kollektives Gut. Damit verbunden sind die Kriterien
  - der Nichtausschließbarkeit (kein Verkehrsteilnehmer kann von der Nutzung des Gutes ausgeschlossen werden),
  - der Nichtrivalität (die Nutzung durch einen Verkehrsteilnehmer schränkt die (gleichzeitige) Nutzung durch weitere Verkehrsteilnehmer nicht ein) und
  - der positiven externen Effekte für alle Bevölkerungsgruppen (nicht nur sozial Schwache/schwer Erreichbare profitieren von der Maßnahme, sondern alle Verkehrsteilnehmer).
- GEENE, ROSENBROCK (2012:46 f.) sehen so auch die Gefahr einer Diskriminierung oder Stigmatisierung der Zielgruppe vermieden.

Seit dem Jahr 2001 gibt es in Deutschland einen Kooperationsverbund zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (vgl. Kapitel 4.6). Für die konkrete Arbeitspraxis vor Ort hat dieser Verbund zwölf Kriterien guter Praxis zusammengestellt (vgl. LEHMANN et al. 2007).<sup>32</sup>

<sup>31</sup> Hiermit wird ein breites Feld von Einflussnahmen angesprochen, das von der Vermittlung von Informationen/Wissen bis zur persuasiven Kommunikation reicht und stets versucht, über die Änderung von Einstellungen zu einer Verhaltensänderung zu gelangen.

<sup>32</sup> Diese Kriterien sind: Konzeption, Selbstverständnis mit klarem Gesundheitsbezug; deutlicher Zielgruppenbezug; Innovation und Nachhaltigkeit, Nutzung des Multiplikatorenkonzeptes; niedrighschwellige Arbeitsweise; Partizipation der Zielgruppe; Befähigung der Zielgruppe (Empowerment); Nutzung des Setting-Ansatzes; Nutzung eines integrierten Handlungskonzeptes bzw. Vernetzung mit Partnern außerhalb des Gesundheitsbereichs; Qualitätsmanagement und -entwicklung; Dokumentation und Evaluation der Konzepte und Instrumente; Beachtung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses (vgl. LEHMANN et al. 2007 sowie KABA-SCHÖNSTEIN, GOLD 2011).

### 4.3 - Kooperation Verkehrssicherheitsarbeit und Gesundheitsförderung

Nach wie vor verfolgt die Verkehrssicherheitsarbeit vor allem vier Strategien zur Unfallprävention (vgl. Bild 11):

- - die Education im Sinne der Information, Aufklärung und Ausbildung der Verkehrsteilnehmer (vgl. BÖCHER 1995),
- - das Engineering (vgl. MEEWES, MAIER 1995) als Ausgestaltung von Verkehrsinfrastruktur und Verkehrsmitteln,
- - das Enforcement (vgl. HILSE 1995) sowohl im Sinne der Ausgestaltung verhaltensleitender Normen (Ge- und Verbote) als auch als deren Überwachung und
- - das Encouragement (oder die Economy) als das Setzen von Anreizsystemen zur Lenkung von Entscheidungen und Handlungen mittels des Kosten-Nutzen-Kalküls der Verkehrsteilnehmer (vgl. SCHLAG, RICHTER 2005:187).

Die Verkehrssicherheitsarbeit zielt in erster Linie auf die Verhinderung von Unfällen im Straßenverkehr. Damit betreibt sie Primärprävention im Sinne der Senkung der Unfallinzidenz (vgl. Sachverständigenrat 2005:99).<sup>33</sup> Zwischen den beiden Konzepten der Verkehrssicherheit und der Gesundheit lässt sich inhaltlich unschwer eine große Schnittmenge feststellen.

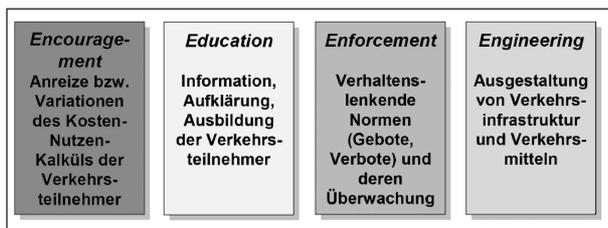


Bild 11: Verbundstrategie zur Unfallprävention

<sup>33</sup> Weitere Präventionsstrategien (vgl. Sachverständigenrat 2005:99) betreffen Interventionen im möglichst frühen Krankheitsstadium (Sekundärprävention, z. B. bei Verkehrsteilnehmern mit Alkoholproblemen) sowie die Prävention zur Vermeidung der Verschlimmerung von Krankheits- oder Unfallfolgen (Tertiärprävention oder Rehabilitation, z. B. bei „punktebelasteten“ Verkehrsteilnehmern).

<sup>34</sup> Z. B. wenn die Einrichtung einer Tempo-30-Zone sowohl den einzelnen Verkehrsteilnehmer zum langsameren Fahren verpflichtet als auch zu weniger Lärm, Abgasen und einem verringerten Unfallrisiko führt.

Im englischsprachigen Ausland wird die Verkehrssicherheitsarbeit seit langem als Teil des Public Health aufgefasst (vgl. PEDEN et al. 2004; RACIOPPI et al. 2004; APHA o. J. oder bereits NHTSA 1993). Dies macht Verkehrssicherheitsarbeit anschlussfähig zum breiten Feld der Gesundheitsförderung.

Bei der Ansprache sozial schwacher bzw. schwer erreichbarer Zielgruppen deutet sich eine weitere Parallele im Bestreben auf Chancenausgleich an und bei der Nutzbarmachung des Setting-Ansatzes im Stadtteil ergibt sich ein paralleler Bezug auf die lokale Identifikation und die Verbesserung des Wohlbefindens im unmittelbaren Nahraum (vgl. GEENE, ROSENBROCK 2012:62). Akteure im Feld der Gesundheitsförderung bieten sich deshalb geradezu in prototypischer Weise als Kooperationspartner für die Verkehrssicherheitsarbeit mit schwer erreichbaren Zielgruppen an.

### 4.4 - Verkehrssicherheitsarbeit als Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention

Der Präventionsansatz im Bereich der Gesundheitsförderung (vgl. Bild 10), und die Verbundstrategie zur Verkehrsunfallprävention (vgl. Bild 11) lassen sich problemlos aufeinander beziehen (vgl. Bild 12).

Das Setzen von Anreizsystemen (Encouragement) und die Vermittlung von Information usw. (Education) zielen direkt auf das individuelle Verhalten der Zielpersonen. Die Ausgestaltung der Verkehrsinfrastruktur (Engineering) zielt auf die strukturellen Verhältnisse und das Enforcement kann sowohl das individuelle Verhalten als auch die übergeordnete Struktur beeinflussen.<sup>34</sup>

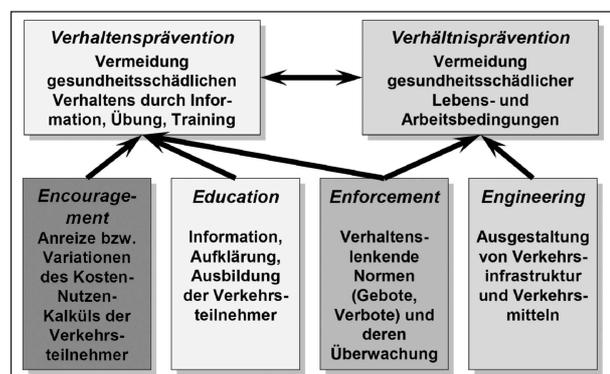


Bild 12: Verknüpfung der Präventionskonzepte aus Verkehrssicherheitsarbeit und Gesundheitsförderung

Letztlich wollen Verkehrserziehung und -aufklärung das Verhalten von Verkehrsteilnehmern in Richtung einer stärkeren Sicherheitsaffinität beeinflussen (Verhaltensprävention). Bei der Konzeption entsprechender Maßnahmen kann auf die verhältnispräventiven Erfahrungen der Gesundheitsförderung zurückgegriffen werden:

„Die Effektivität zielgruppen- und kontextunabhängiger sowie auf Risikoinformation fokussierender Interventionen ist in der Regel jedoch gering. Als richtungsweisend (sic!) erscheint eine kontextorientierte, auf Zielgruppen und Lebenslagen zugeschnittene Primärprävention. Sie lässt sich am besten im Rahmen des ‚Setting‘-Ansatzes (‚Prävention in Lebenswelten‘) umsetzen“ (Sachverständigenrat 2005:24).

Auch die Verkehrspsychologie sieht die Fruchtbarkeit verhältnispräventiver Interventionen: „Verhaltensprävention muss der Verhältnisprävention Priorität einräumen“ (HUGUENIN 2007:67). So verweisen SCHLAG, RICHTER (2010:7) und HUGUENIN (2007, 2005) auf eine zukünftig verstärkte Bedeutung der Verhältnisprävention bzw. eines dezidiert sozialen Präventions- und Interventionsvorgehens in der Verkehrssicherheitsarbeit.

#### 4.5 - Setting-Ansatz/Sozialräumlicher Ansatz/Lebenswelt-Ansatz

Interventionen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen des täglichen Lebens werden vor allem im Setting-Ansatz gesehen (vgl. Sachverständigenrat 2005:103).

„Ein Setting ist ein durch formale Organisation, regionale Situation und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter und den beteiligten Personen subjektiv bewusster sowie dauerhafter Sozialzusammenhang“ (Sachverständigenrat 2005:103).

Seit längerem haben sich in der Gesundheitsförderung lebensweltorientierte Ansätze durchgesetzt<sup>35</sup>, wobei sich der Setting-Ansatz besonders bewährt hat (vgl. GOLD, LEHMANN 2012:11 sowie HURRELMANN 2000b:59; LAASER, HURRELMANN 1998) und mittlerweile sogar als „Kernstrategie“ (KABA-SCHÖNSTEIN 2011) oder „... ‚Standard‘ der Gesundheitsförderung und Primärprävention“

(GEENE, ROSENBROCK 2012:71) bezeichnet wird. Diese „Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung“ (GROSSMANN, SCALA 1999:100) ist auch zentral für die Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft mehr Sicherheit für Kinder 2007). Sie ist nicht auf Individuen und ihr Verhalten ausgerichtet, sondern will die Rahmenbedingungen der Lebenssituation von Menschen durch Interventionen positiv beeinflussen. Hinter dieser Strategie steht die Prämisse, „... daß in der örtlichen Umgebung eines Menschen seine wesentlichen Belastungs-, aber auch die wichtigsten Unterstützungsfaktoren zu finden sind“ (TROJAN 1999:23).

GEENE, ROSENBROCK arbeiten die hohen Ansprüche in der konzeptionellen Ausgestaltung des Setting-Ansatzes heraus,<sup>36</sup> indem sie ihn als „systemisch ansetzende Organisationsentwicklung“ (2012:49) auffassen und ihn von einer rein funktionalen Nutzung des Settings<sup>37</sup> ebenso abgrenzen wie von seiner Instrumentalisierung als bloßer sozialer Zusammenhang<sup>38</sup> (vgl. GEENE, ROSENBROCK 2012:50). Charakteristisch für den Setting-Ansatz sei vielmehr „... der Lernprozess der Beteiligten hin zu mehr Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit“ (GEENE, ROSENBROCK 2012:50). Damit lässt sich der Setting-Ansatz zusammenfassend durch drei Aspekte charakterisieren (vgl. GEENE, ROSENBROCK 2012:50; BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:16 sowie Bild 13):

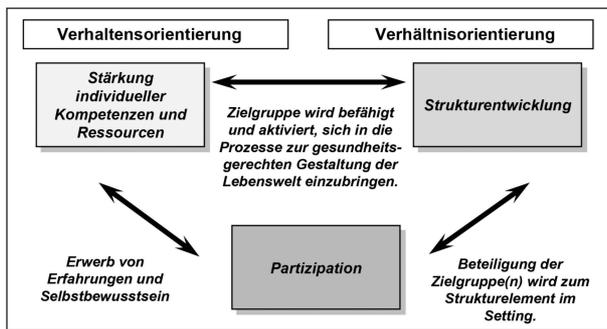
- - Auf der individuellen Ebene sollen die Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden Menschen gestärkt werden. Sie werden dazu angehalten, sich aktiv mit ihren Problemen und Belastungen auseinanderzusetzen und Lösungsansätze bzw. Bewältigungsstrategien zu formulieren und umzusetzen.

<sup>35</sup> Zu einer Differenzierung dieser lebensweltorientierten Ansätze in den sog. Community-Ansatz (Gemeinwesenarbeit), den Sozialraum- und den Setting-Ansatz vgl. VIENKEN (2010:22 ff).

<sup>36</sup> „Es ist ... zu berücksichtigen, dass eine Settingintervention eine hochkomplexe Maßnahme ist, die erheblicher Zeit- und Materialressourcen, einer qualifizierten Projektbegleitung und gut ausgewählter Steuerungsimpulse bedarf“ (GEENE, ROSENBROCK 2012:70).

<sup>37</sup> Z. B. als Ort, an dem eine bestimmte Zielgruppe gut mit Informationsmaterial erreichbar ist.

<sup>38</sup> Z. B. nur zur Ansprache bestimmter Milieugruppen.



**Bild 13:** Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente lebensweltorientierter Präventionsansätze (Quelle: KILIAN, BRANDES, KÖSTER (2008: 20))

- Auf der strukturellen Ebene sollen die Lebens- und Arbeitsbedingungen in Richtung einer Verbesserung der Lebenslage (z. B. hinsichtlich der gesundheitlichen Situation) entwickelt werden.
- In diesen Prozess sollen alle sog. „Stakeholder“, also nicht nur die agierenden Fachkräfte, sondern auch die Zielgruppen in deren Lebenswelt aktiv in Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse eingebunden werden (Partizipation; vgl. hierzu z. B. KILIAN, WRIGHT 2012).

Die enge Zusammenarbeit mit den Zielgruppenangehörigen erwies sich z. B. in der britischen Neighbourhood Road Safety Initiative als zentrales Erfolgskriterium (vgl. HAYES et al. 2008:7, 19). HAYES et al. (2008:19) unterscheiden drei Aspekte bei der Einbeziehung der Zielgruppe (im Setting „Gemeinde“):

- die Zielgruppe explizit nach ihren Verkehrssicherheitsproblemen fragen und die Antworten darauf ernst nehmen;
- Reaktionen und Vorschläge der Zielgruppe auf vorgeschlagene Interventionen aufgreifen;
- die Zielgruppe aktiv in die Entwicklung und Durchführung von Programmen einbinden, indem man die individuellen Fertigkeiten und das Wissen über die eigene Gemeinde aufgreift.

Der Setting-Ansatz zeichnet sich, über die Partizipation der Zielgruppen im Setting hinaus, auch durch den Anspruch aus, die Kompetenzen der beteiligten Personen zu stärken (Empowerment; vgl. hierzu z. B. ARMBRUSTER 2012) und Strukturen aufzubauen, die von den Zielgruppen im Setting selbst aufrechterhalten und weiter entwickelt werden können (Nachhaltigkeit) (vgl. GEENE, ROSENBRÖCK 2012:51).

Neben dem Bezug auf konkrete Lebenswelten (Settings) kennzeichnen nach VIENKEN (2010: 23 ff.) die lebenswelt-orientierten Ansätze zur Gesundheitsförderung auch

- der Zuschnitt auf bestimmte Lebensstufen (z. B. Kindheit, Jugend, Lebensabschnitte Erwachsener)<sup>39</sup>,
- der Fokus auf die unmittelbaren Lebenszusammenhänge spezifischer Zielgruppen, z. B. sozial Schwacher, Migranten usw.,
- die Verknüpfung von verhaltensorientiertem Individualansatz und verhältnisorientiertem Strukturansatz (Ganzheitlichkeit; vgl. Kapitel 4.4),
- die „... Vermehrung gesundheitsrelevanter Ressourcen (z. B. Kompetenzen, soziale Netzwerke)“ (Sachverständigenrat 2005:24),
- die Beteiligung und Mitarbeit aller Stakeholder (Partizipation; vgl. Bild 13),
- ein Projektmanagement, das prozessorientiert Gesundheitsförderung als Lernzyklus versteht, und
- die Berücksichtigung der Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern (Gender-Mainstreaming) (vgl. hierzu auch ALTGELD 2012).

Über Settings wie Kindertagesstätten, Schulen, Sportvereine, Freizeiteinrichtungen oder Einrichtungen der Familienbildung sind gerade sozial benachteiligte Eltern, Kinder und Jugendliche gut erreichbar.<sup>40</sup> Indem in der Gesundheitsförderung z. B. gezielt Stadtteile mit hohem Anteil sozial Benachteiligter für Interventionen ausgesucht werden,<sup>41</sup> trägt der Setting-Ansatz auch zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit bei (vgl. Sachverständigenrat 2005:24). Nicht der Einzelne und sein individuelles Gesundheits-/Risikoverhalten stehen beim Setting-Ansatz im Mittelpunkt, sondern das gesamte, als Setting abgegrenzte System und seine Netze (Sozialräume, Zielgrup-

<sup>39</sup> Vgl. GEENE, ROSENBRÖCK (2012).

<sup>40</sup> Vgl. zum Setting „Kindertagesstätte“ HARTUNG, KLUWE, SAHRAI (2011:608), GEENE, ROSENBRÖCK (2012:56 ff.); zum Setting „Schule“ GEENE, ROSENBRÖCK (2012:51 ff.); zum Setting „Familienhilfe“ HARTUNG, KLUWE, SAHRAI (2011:610); zum Setting „Elternbildung“ VIENKEN (2010: 40); zum Setting „Familie“ GEENE, ROSENBRÖCK (2012: 63 ff.).

<sup>41</sup> Vgl. hierzu das Programm „Soziale Stadt“ in Kapitel 4.6.

pen, potenzielle Akteure, Zugangswege, Ressourcen, vgl. VIENKEN 2010:23 ff.). Durch seinen breiten und niederschweligen Zugang zur Bevölkerung vermeidet dieser Ansatz die Stigmatisierung der Zielgruppe und weist eine hohe Treffsicherheit auf (vgl. GEENE, ROSENBROCK 2012 46; HARTUNG, KLUWE, SAHRAI 2011:600). Settings der tertiären Sozialisation, wie Kindertagesstätte oder Schule, ermöglichen darüber hinaus integrierte Strategien der abgestimmten Ansprache von Kindern und ihren Eltern (vgl. GEENE, ROSENBROCK 2012: 71).

Besonders in der Gesundheitsförderung rückt dabei das unmittelbare Lebensumfeld der Menschen in den Mittelpunkt. Neben Settings wie Kindergarten, Schule, Ausbildungs- oder Arbeitsplatz gerät damit das Wohnumfeld, das Quartier, der Stadtteil ins Blickfeld der Gesundheitsförderung. In den Lebenswelten, in denen sich die Menschen am häufigsten aufhalten, sollen gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen unter aktiver Beteiligung der Zielgruppen des präventiven Handelns geschaffen werden (vgl. BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:15).

Dazu bietet sich nicht nur die Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen an, sondern auch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen geraten in den Blick (vgl. BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:15):

#### **4.6 - Die Kommune/der Stadtteil als Setting für die Unfallprävention**

Kommunen obliegt – neben vielen weiteren Aufgaben – auch jene der Förderung von Gesundheit (vgl. BÖHME, STENDER 2011). Dies geschieht nicht nur explizit, durch das Wirken der kommunalen Gesundheitsämter, sondern häufig auch implizit in Stadtentwicklungs- oder Verkehrsplanungsprojekten, die Auswirkungen auf die Gesundheit der Anwohner haben (vgl. BÖHME, STENDER 2011). Damit sind Kommunen „... zentrale Akteure der Gesundheitsförderung“ (BÖHME, STENDER 2011).

In jüngerer Zeit treten die Relevanz der Kommune, als unmittelbarer Lebenszusammenhang der Bevölkerung, und konkret das Setting „Stadtteil“ oder „Quartier“ verstärkt in den Mittelpunkt der Gesundheitsförderung (vgl. BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:16 f.). Die Bundesarbeitsgemeinschaft mehr

Sicherheit für Kinder (2007:33) schlägt konkret die Ansprache sozial benachteiligter Familien oder Familien mit Migrationshintergrund in der Kinderunfallprävention in diesem Setting vor.

Die Wohn-/Lebensqualität im Stadtteil, der Wohngegend oder Gemeinde wird als wesentliche Gesundheitsdeterminante ebenso erkannt wie als alltagstaugliches Setting zur Sensibilisierung, Aktivierung und Einbindung der Bewohner in die Ausgestaltung einer gesundheitsgerechten Lebenswelt. Auch im Setting „Stadtteil“ sollen die Bewohner im Zuge eines Quartiermanagements aktiviert und befähigt werden, die Strukturen in der unmittelbaren Wohnumgebung zu beeinflussen (vgl. GEENE, ROSENBROCK 2012:60 f.). Institutionen wie Kindertagesstätten, Schulen, Sportvereine oder Betriebe können als Sub-Settings des Settings „Stadtteil“ aufgefasst werden (vgl. BÖHME, STENDER 2011).

Vor dem Hintergrund der Ausführungen zu einem ganzheitlichen Ansatz (vgl. Kapitel 4.2), der vorgeschlagenen Kooperation von Aktiven der Verkehrssicherheitsarbeit mit Akteuren der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 4.3), der Interpretation entsprechender Primärpräventionsmaßnahmen als Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention (vgl. Kapitel 4.4) und der Vorstellung des Setting-Ansatzes als Rahmen entsprechender Bemühungen (vgl. Kapitel 4.5) erscheint es nicht verwunderlich, dass die meisten der gesichteten Literaturquellen im Hinblick auf den Personenkreis sozial Schwacher/schwer Erreichbarer grundsätzlich lebensweltorientierte Ansätze auf der Gemeinde-/ Quartiersebene empfehlen (vgl. Tabelle 13), mit

- - der Einbindung präventiver Verkehrssicherheitsmaßnahmen in Programme zur Verbesserung der Lebenslage und Gesundheit sozial Schwacher,
- - der Kooperation von Gesundheitsexperten, Stadtplanern, Verkehrssicherheitsfachleuten, Polizei, Schulen, Verwaltung usw.,
- - der Einbindung der betroffenen Zielgruppen und
- - der Verschränkung von Education, Engineering und Enforcement in diesem Setting-Ansatz.

Die Nutzung des Setting-Ansatzes in Kommunen birgt besonders für die Verkehrsunfallprävention noch große ungenutzte Potenziale (vgl. Bundes-

arbeitsgemeinschaft mehr Sicherheit für Kinder 2007: 31 ff.). Im internationalen Kontext wird die lokale Zusammenarbeit vieler Akteure zur Verbesserung der Verkehrssicherheit („Local Community-Based Collaboration“) seit längerem propagiert (vgl. MOHAN et al. 2006:93). Für den Anschluss von Maßnahmen der Verkehrssicherheitsarbeit an gesundheitsfördernde Maßnahmen im engeren Sinn ist – analog der WHO – ein Verständnis als „integriertes Handeln“ sinnvoll, das die Kooperation von Akteuren aus dem Gesundheitssektor mit solchen aus anderen inhaltlichen Problemkontexten vorsieht, „... um gemeinsam gesundheitliche Wirkungen zu erzielen, die effektiver, effizienter oder nachhaltiger sind, als es ein Partner alleine hätte erreichen können“ (BÄR, BÖHME, REIMANN 2009:36). In einem breiten Verständnis eines integrierten Handlungskonzeptes lässt sich so das Handlungsfeld Gesundheit z. B. mit dem Handlungsfeld Verkehr verbinden und Verkehrssicherheitsarbeit im Setting Stadtteil/Quartier im Rahmen entsprechender Programme der stadtteilorientierten Gesundheitsförderung einbinden.

Ad hoc bieten sich vor allem drei Programme bzw. Maßnahmenansätze an, die Akteure der Verkehrssicherheitsarbeit hinsichtlich einer Vernetzung oder Kooperation mit anderen Aktiven zur Ansprache der Zielgruppe der schwer Erreichbaren nutzen könnten:

- - International Safe Community Network

Dieses internationale Netzwerk basiert auf einem Manifest, das auf der „First World Conference on Accident and Injury Prevention“ im Jahr 1989 in Stockholm verabschiedet wurde und ist dem Ziel der World Health Organisation (WHO) verpflichtet, dass alle Menschen das gleiche Recht auf Gesundheit und Sicherheit haben (vgl. WELANDER, SVANSTRÖM, EKMAN 2004). Netzwerkmitglieder sind sog. „Communities“. Im Verständnis dieses Konzepts sind das geografisch abgeschlossene Gebiete (ein Stadtteil, eine Gemeinde oder eine Region), Gruppen mit gemeinsamen Interessen, professionelle Vereinigungen oder Einzelpersonen, die an einem bestimmten Ort einschlägige Dienstleistungen zur Verfügung stellen.<sup>42</sup>

Am Stichtag 7. Februar 2012 dürfen sich 269 Gemeinwesen weltweit als „International Safe Community“ im Sinne des WHO-Konzepts be-

zeichnen.<sup>43</sup> Hierzu müssen sie sieben Indikatoren erfüllen:<sup>44</sup>

- Es gibt eine Infrastruktur die auf Partnerschaft und Zusammenarbeit baut und von einem sektorenübergreifenden Leitungsgremium verwaltet wird, das für die Förderung der Sicherheit im Gemeinwesen verantwortlich ist.
- Es gibt längerfristige, nachhaltige, geschlechts- und altersübergreifende, die Lebensverhältnisse und die spezifische Situation des Gemeinwesens beachtende Programme.
- Es gibt Programme, die sich an Hochrisikogruppen bzw. prekären Lebensverhältnissen ausrichten, und solche, die Sicherheit für besonders gefährdete Gruppen fördern.
- Die Programme sind evidenzbasiert.
- Sie dokumentieren die Häufigkeit und Gründe von Verletzungen.
- Es gibt Evaluationen der Programme, ihrer Prozesse und Ergebnisse.
- Das Gemeinwesen nimmt am nationalen und internationalen Netzwerk der „Safe Communities“ teil.

Zur Aufnahme in das Netzwerk müssen sich die interessierten Körperschaften bewerben und dabei die genannten Indikatoren erfüllen. Nach der Verleihung des Titels „International Safe Community“ und fünfjähriger Mitgliedschaft muss die Bewerbung wiederholt und die Mitgliedschaft erneuert werden.

Die konkrete Umsetzung von Programmen zur Verbesserung der Sicherheit der Einwohner der „Safe Community“ ist naturgemäß sehr vielfältig. Entsprechend unterschiedlich sind Evaluationen zum Erfolg dieses Präventionsansatzes. Eine Meta-Evaluation kommt zu dem Ergebnis, dass „... the overall results varied

<sup>42</sup> Vgl. [http://www.phs.ki.se/csp/who\\_introduction\\_en.htm](http://www.phs.ki.se/csp/who_introduction_en.htm), aufgerufen am 07.02.2012.

<sup>43</sup> Vgl. [http://www.phs.ki.se/csp/index\\_en.htm](http://www.phs.ki.se/csp/index_en.htm), aufgerufen am 07.02.2012. Vgl. auch die deutschen Teilnehmer im „Gesunde-Städte-Netzwerk“ (<http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de>, aufgerufen am 28.03.2012).

<sup>44</sup> Vgl. [http://www.phs.ki.se/csp/who\\_safe\\_communities\\_indicators\\_en.htm](http://www.phs.ki.se/csp/who_safe_communities_indicators_en.htm), aufgerufen am 07.02.2012.

substantially and overall do not provide a clear answer to the question of whether the adoption of the Safe Communities model leads to a significant reduction in injury“ (SPINKS et al. 2009:2). Dagegen weist eine neue Evaluation zum Sicherungsverhalten von Kindern in Pkw signifikant höhere Raten an verwendeten Kindersitzen und Sicherheitsgurten für Pkw-Fahrer in Safe Communities aus (vgl. ISTRE et al. 2011).

- - Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Initiiert im Jahr 2001 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung arbeiten in diesem Kooperationsverbund rund 50 Partnerorganisationen mit dem Ziel, die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und die Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen zu stärken. Für den Zugang zu den Zielgruppen der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen, Arbeitslosen und Älteren hat sich der lebensweltbezogene Ansatz (Setting-Ansatz) bewährt (vgl. LEHMANN 2009). Seit 2007 besteht eine Kooperation zwischen dem Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die zu einer verstärkten Integration des Themas „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ in das Programm „Soziale Stadt“ führte (vgl. LÖHR 2004:4). Die Gesundheitsförderung ist heute ein zentrales Handlungsfeld dieses Programms (vgl. Bundestransferstelle soziale Stadt 2008:55 ff.).

- - Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“

Dieses seit 1999 laufende Programm ist in seinem Kern „... ein Investitionsprogramm der Städtebauförderung“ (Bundestransferstelle soziale Stadt 2008:11), das mit seinen Maßnahmen und Projekten abzielt auf die Verbesserung der Wohnverhältnisse, der Beschäftigung auf lokaler Ebene, der sozialen Infrastruktur, der Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten, der Integration von Migranten, des ÖPNV, des Wohnumfeldes usw. (vgl. Bundestransferstelle soziale Stadt 2008:12).

Seit 2006 werden in diesem Rahmen auch nicht-bauliche Projekte und Maßnahmen gefördert. Hierzu wurden die Partnerprogramme

„Bildung, Wirtschaft, Arbeit im Quartier“ (BIWAQ) und „Lokales Kapital für soziale Zwecke“ (LOS) aufgelegt. Damit eröffnete sich eine „... große Spannweite an Handlungsfeldern im städtebaulichen, sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und ökologischen Bereich“ (Bundestransferstelle soziale Stadt 2008:15). Ressourcenbündelung, Aktivierung und Beteiligung der Bewohner, ein Quartiersmanagement, der ausdrückliche Gebietsbezug sowie ein prozessbegleitendes Monitoring und Evaluationen werden als die strategischen Handlungsansätze des Programms „Soziale Stadt“ hervorgehoben (vgl. Bundestransferstelle soziale Stadt 2008:21 ff.).

Das Programm „Soziale Stadt“ konzentriert sich also nicht nur auf die städtebauliche Sanierung, sondern zielt auch auf die Problemlagen der Bewohner von benachteiligten Quartieren sowie ihre Potenziale. Neben der städtebaulichen Erneuerung stehen die Handlungsfelder „Schule und Bildung“, „Integration von Zuwanderern“, „Gesundheitsförderung“ und „Lokale Ökonomie“ im Mittelpunkt (vgl. Bundestransferstelle soziale Stadt 2008:30 ff.). In dieser breiten Aufstellung soll in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf eine nachhaltige Entwicklung zum Besseren angestoßen werden, (vgl. LÖHR 2004 2).<sup>45</sup>

Hervorzuheben sind der explizit alle problemrelevanten Politikbereiche integrierende Ansatz dieses Programms, die anvisierte Ressourcenbündelung und gewünschte Kooperation der Stakeholder. In Anlehnung an den Ansatz der sog. „Ottawa-Charta“ zur Gesundheitsförderung soll Benachteiligungen durch die Schaffung förderlicher Lebenswelten und die Unterstützung entsprechender individueller Kompetenzen (Empowerment) begegnet werden (vgl. LÖHR 2004:2). Hierzu wird ein sog. Quartiersmanagement betrieben, das – durch die Koordination des entsprechenden Verwaltungshandelns, die Befähigung der betroffenen Bewohner und die Beförderung des Austauschs zwischen diesen beiden Akteursgruppen – die Bewohner der benachteiligten Stadtteile stärker in deren Entwicklung(splanung) einbeziehen und unterstützen soll (vgl. LÖHR 2004:3 f.).

<sup>45</sup> Vgl. zum Programmhintergrund <http://www.sozialestadt.de/programm/hintergrund>, aufgerufen am 09.11.2011.

In der dritten Befragung der Projekte/Maßnahmen im Programm „Soziale Stadt“ im Jahr 2005 wurde immerhin in 40 % der aktuell durchgeführten und 34 % der realisierten Maßnahmen/Projekte das Handlungsfeld „Verkehr“ genannt, das damit den zwölften Rang (von 20 Handlungsfeldern) einnahm (vgl. Bundestransferstelle soziale Stadt 2008:32).<sup>46</sup> Aus den 13 aktuellen inhaltlichen Handlungsfeldern des Programms<sup>47</sup> bieten sich „Umwelt und Verkehr“ und „Gesundheitsförderung“ als Anknüpfungspunkte für die Verkehrssicherheitsarbeit an.

## 5 - Handlungsempfehlungen für eine Verkehrssicherheitsarbeit für sozial benachteiligte/schwer erreichbare Zielgruppen

### 5.1 - Kooperation mit anderen Programmen oder Maßnahmen in einem Setting-Ansatz

Bei der Sichtung der Fachliteratur zur Ansprache sozial benachteiligter/schwer erreichbarer Zielgruppen in der Verkehrssicherheitsarbeit wurde deutlich, dass

- - eine höhere Verunfallung bestimmter Zielgruppen oft mit weiteren sozialen, gesundheitlichen oder ökonomischen Benachteiligungen einhergeht (vgl. HAYES et al. 2008:10 ff.),
- - zu denen bereits häufig etablierte Akteure in der Prävention oder Intervention aktiv sind (vgl. die Kapitel 4.2 und 4.5) und
- - Partnerschaften/Kooperationen mit Organisationen, die bereits in Kontakt zu solchen benachteiligten Zielgruppen stehen und deren Lebenswirklichkeit kennen, für den Zugang zur Zielgruppe und die Umsetzung von Interventionen von unschätzbarem Wert sind (vgl. GERVAIS, CONCHA 2008:17, 21 sowie generell LOWE et al. 2011b).

Die Neighbourhood Road Safety Initiative in Großbritannien kann für ein solches Kooperationsbemühen als Beispiel gelten (vgl. CHRISTIE et al. 2010b). In diesem Programm wurden Partnerschaften zwischen Akteuren der Verkehrssicherheitsarbeit und Organisationen, die sich in ihrer Ar-

beit inhaltlich dazu ergänzen, explizit gefördert. So sollte das Ziel der direkten oder indirekten Verbesserung der Sicherheit aller Verkehrsteilnehmer einer Gemeinde erreicht werden. Rückblickend waren diese Partnerschaften wichtig und erfolgreich. Allerdings benötigt ein solcher innovativer Zugang zur Zielgruppe bzw. zum Problemfeld auch die nötige politische Unterstützung und Flexibilität zum Einsatz der finanziellen Mittel (vgl. HAYES et al. 2008:7).

Aus der Verkehrssicherheitsarbeit mit Migrantengruppen berichten GERVAIS, CONCHA (2008:33) den Vorbehalt, dass das Engagement für eine kleine Zielgruppe evtl. keinen Niederschlag als Erfolg bei einer sehr speziellen Zielvariable, z. B. die Reduzierung tödlicher Unfälle, finden könnte. Die Autorinnen betonen in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Vernetzung der Verkehrssicherheitsinterventionen mit anderen strategischen Agenden auf der Gemeindeebene, die eine Erfolgsabschätzung einer Intervention (zusätzlich auch) nach weiteren Kriterien ermöglicht.

Für die Akteure/Umsetzerorganisationen der Verkehrssicherheitsarbeit gibt es deshalb gute Gründe, sich mit anderen Organisationen/Institutionen, welche die gleiche(n) Zielgruppe(n) im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes (Lebenswelt- oder Setting-Ansatz) evtl. bereits in anderen inhaltlichen Zusammenhängen ansprechen, zu vernetzen bzw. mit ihnen zu kooperieren:

<sup>46</sup> Bezogen auf ein Quartier mit besonderem Entwicklungsbedarf findet sich hier z. B. ein Projekt zur Verbesserung der Verkehrssicherheit von Kindern im Rahmen eines lokalen Netzwerks. Dabei werden sowohl Verhältnisprävention (Schulwegsicherung usw.) als auch Verhaltensprävention (z. B. Tragen von Helmen beim Fahrradfahren und Inlineskaten) betrieben (vgl. Bundestransferstelle soziale Stadt 2008:61). Ein solches Projekt entspricht dem Kern einer modernen, kommunal vernetzten Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder, wie sie schon länger wissenschaftlich propagiert (vgl. FUNK 2006, 2003) und vielfach praktisch umgesetzt wird, zuallererst im Netzwerk „Verkehrssichere Städte und Gemeinden im Rheinland“ (vgl. JANSEN 2009).

<sup>47</sup> Als inhaltliche Handlungsfelder werden enumeriert: Beschäftigung, Qualifizierung und Ausbildung, Wertschöpfung im Gebiet, Soziale Aktivitäten und soziale Infrastruktur, Schule und Bildung, Gesundheitsförderung, Umwelt und Verkehr, Stadtteilkultur, Sport und Freizeit, Zusammenleben unterschiedlicher sozialer und ethnischer Gruppen, Wohnungsmarkt und Wohnungsbewirtschaftung, Wohnumfeld und öffentlicher Raum sowie Imageverbesserung und Öffentlichkeitsarbeit (vgl. <http://www.sozialestadt.de/programm/handlungsfelder/index.phtml>, aufgerufen am 09.11. 2011).

- - Häufig besteht bereits ein Zugang zur Zielgruppe, der dann nicht mehr neu oder parallel zum Feldzugang anderer Interventionsagenten aufgebaut werden muss. Dies gilt explizit für schwer erreichbare Zielgruppen (vgl. HAYES et al. 2008:23).
  - - Kooperationspartner können sowohl gesetzlich vorgeschriebene Organisationen als auch freiwillige Zusammenschlüsse, wie Interventionsprogramme mit anderer inhaltlicher Zielsetzung, Vereine usw., sein (vgl. HAYES et al. 2008:7).
  - - Bereits im Feld aktive Akteure kennen die zentralen Personen die lokalen/regionalen Strukturen in der Zielgruppe und deren lokale Ressourcen (vgl. GERVAIS, CONCHA 2008:34).
  - - Im optimalen Fall ist die Beziehung zwischen Zielgruppenangehörigen und einer solchen intervenierenden Organisation aufgrund bereits erfolgreicher Kontakte oder Aktivitäten von gegenseitigem Vertrauen geprägt.
  - - Die Verkehrssicherheitsarbeit kann diese bestehende Vertrauensbeziehung zwischen der Zielgruppe und dem Vertreter eines anderen Programms/einer anderen Maßnahme bzw. die Reputation von bereits unter sozial Benachteiligten/schwer Erreichbaren aktiven Akteuren zur Ansprache ihrer Zielgruppe nutzen.
  - - Partnerschaften mit anderen Akteuren können auch die eigene Ressourcenbasis (Menschen, Fertigkeiten, Wissen, Geld usw.) verbreitern (vgl. HAYES et al. 2008:23).
  - - Durch eine Kooperation eröffnen sich gegebenenfalls ein neuer Zugang zum Problemkontext und eine andere Art des Denkens sowie der Zugang zu anderen politischen Handlungszusammenhängen (vgl. HAYES et al. 2008:23).
- de Einlassen auf diese neue Situation erforderlich.
- - Die Konzentration auf schwer Erreichbare oder sozial Schwache verabschiedet sich vom „Gießkannenprinzip“ der im ganzen Land gleichartig durchgeführten Verkehrssicherheitsmaßnahmen. Die Ressourcen der Verkehrssicherheitsarbeit werden dort konzentriert und eingesetzt, wo sie nachweisbar gebraucht werden.
  - - Zur Verbesserung der Verkehrssicherheit der anvisierten Zielgruppe ist ein Vorgehen im Sinne der „Positive Action“, also der Verbreitung von Information, der Ermutigung und gegebenenfalls der Schulung der Zielgruppe im Sinne des Empowerment, ein wirksames Vorgehen. Auch diese Methode ist in der Verkehrssicherheitsarbeit noch nicht weit verbreitet und erfordert gegebenenfalls eine Umorientierung der entsprechenden Akteure.
  - - Schließlich zeigt die Verkehrssicherheitsarbeit für sozial Schwache/schwer Erreichbare ihre größten Potenziale, wenn die Akteure sich mit Engagierten aus anderen inhaltlichen Kontexten vernetzen und ihre Aktivitäten auf einen abgegrenzten Raum (Gemeinde, Stadtteil, Nachbarschaft) als Setting ausrichten.
- Das Potenzial des Setting-Ansatzes drückt sich auch in den in der Literatur vorzufindenden Handlungsempfehlungen zur Ansprache sozial benachteiligter/schwer erreichbarer Zielgruppen in der Verkehrssicherheitsarbeit aus (vgl. Tabelle 13):
- - Zwar lassen sich in der gesichteten Literatur 26 Nachweise finden, die ausschließlich den Education-Ansatz und damit einen individuellen Zugang bei der Ansprache der Zielgruppe empfehlen.

In Anlehnung an GRAHAM (2002b:14) lassen sich die Änderungen und Neuerungen einer Verkehrssicherheitsarbeit, die mit der Nutzung des Setting-Ansatzes im Gemeindekontext neue Wege geht, folgendermaßen zusammenfassen:

- - Die Art der Partizipation der Zielgruppe (vgl. Kapitel 4.5) ist für die professionellen Akteure der Verkehrssicherheit neu. Hier sind gegebenenfalls ein Umdenken und das entsprechen-

Dabei werden jeweils vier Mal ältere Personen/Behinderte als schwer erreichbare/sozial schwache Zielgruppe angesprochen. Je drei Mal beziehen sich die Handlungsempfehlungen auf Eltern und ihre Kinder bzw. auf Eltern oder Jugendliche oder keine explizite Zielgruppe. Je zwei Mal werden für Migranten oder die Bevölkerung allgemein edukative Maßnahmen empfohlen. Die restlichen Kombinationen der Zielgruppen werden jeweils nur einmalig benannt.

- - Allerdings dominieren in der Summe jene Publikationen, welche die personale Ansprache mittels Education-Maßnahmen (Verhaltensprävention) im Kontext eines Setting-Ansatzes (Verhältnisprävention) empfehlen. Darunter finden sich
  - 19 Handlungsempfehlungen, in denen der Education-Ansatz im Verbund mit dem Engineering und dem Enforcement in einem sog. Setting (vgl. Kapitel 4.5) empfohlen wird,<sup>48</sup>
  - 14 weitere, in denen lediglich die Education-Strategie im Rahmen eines Setting-Ansatzes präferiert wird,<sup>49</sup> und
  - weitere 13 Publikationen, die Education-Maßnahmen zusammen mit Engineering-Maßnahmen in einem Setting empfehlen.<sup>50</sup>

## 5.2 - Verbesserung der Verkehrssicherheit für sozial Schwache/schwer Erreichbare

An konkreten Maßnahmevorschlägen zur Verbesserung der Verkehrssicherheit von sozial schwachen und schwer erreichbaren Zielgruppen mangelt es in der Literatur nicht (vgl. Tabelle 13). Genannt werden:

- - Engineering-Maßnahmen wie
  - Stadtteilsanierung (vgl. STEINEBACH, RUMBERG 2007),
  - Verkehrsberuhigung (vgl. Apollo WP3 Team 2006; CHRISTIE 1995; DOWSWELL et al.

1996; European Transport Safety Council 2007; LAFLAMME et al. 2009b; LI, SUNDQUIST, JOHANSSON 2008; MASHTA 2009; PLASÈNCIA, BORELL 2001),

- die Schaffung gefahrloser Querungsmöglichkeiten (vgl. ABDALLA 2002), oder
- sicherer Spiel- und Freizeitzonen (vgl. CHRISTIE 1995; CLARKE et al. 2009; LAFLAMME et al. 2005) sowie
- die Verbesserung der passiven Sicherheit (Kleidung, Fahrzeuge) (vgl. Apollo WP 3 Team 2006, Cerepri Apollo WP3 Partners 2007, LAFLAMME, HASSELBERG, BURROWS 2009).
- - Im Enforcement-Bereich werden angesprochen
  - Geschwindigkeitsbegrenzungen (vgl. CHRISTIE et al. 2011; TOWNER, WARD 1998; MASHTA 2009; TOWNER, DOWSWELL, JARVIS 2001b; EDWARDS et al. 2006b),
  - die Verpflichtung zum Helmtragen beim Fahrradfahren (vgl. TOWNER, WARD 1998; VLACHANTONI et al. o. J.; Apollo WP3 Team 2006; DOWSWELL et al. 1996; GERMENI et al. 2008; TOWNER, DOWSWELL, JARVIS 2001),
  - die verpflichtende Untersuchung zur Überprüfung der Fahrtüchtigkeit (vgl. Deutscher Verkehrssicherheitsrat 2009),
  - Alkoholkontrollen (vgl. Cerepri Apollo WP3 Partners 2007; WINSTON, ASCH 2007) oder
  - die Überwachung (Infrarot, Radar, polizeiliche Kontrollen) von Verkehrsvorschriften und konsequente Bestrafung von Übertretungen (vgl. ABDALLA 2002; Cerepri Apollo WP3 Partners 2007; LAFLAMME et al. 2009b; LIMBOURG, REITER 2010; THOMSON, TOLMIE; MAMOON 2001).

Als potenzielle Zielgruppen, auf die hin Präventionen zugeschnitten sein müssen, werden häufiger

- - Kinder,<sup>51</sup>
- - junge (männliche) Fahrer,<sup>52</sup>
- - Senioren (vgl. z. B. HOLLAND 2001; LIS et al. 2011; SOOM AMMANN, SALIS GROSS 2011;

<sup>48</sup> Diese Maßnahmen benennen fünf Mal keine Zielgruppe, je drei Mal Kinder, Kinder und Jugendliche oder Kinder und ihre Eltern und zwei Mal die Bevölkerung allgemein. Andere Zielgruppen(-kombinationen) lassen sich jeweils nur einmalig finden.

<sup>49</sup> Hierbei wird drei Mal auf die Bevölkerung allgemein abgezielt und je zwei Mal auf Kinder und Eltern, Migranten bzw. Migranten und die Bevölkerung allgemein. Weitere Zielgruppen werden lediglich ein Mal thematisiert.

<sup>50</sup> Auch in dieser Kombination wird drei Mal auf Kinder abgestellt und je zwei Mal auf Migranten und die Bevölkerung allgemein bzw. auf keine eingegrenzte Zielgruppe. Andere Zielgruppen werden nur einmal angesprochen.

<sup>51</sup> Vgl. hierzu die vielen Literaturnachweise in Tabelle 13.

<sup>52</sup> Vgl. auch hierzu die vielen Literaturnachweise in Tabelle 13.

MILLWARD, MORGAN, KELLY 2003; Deutscher Verkehrssicherheitsrat 2009) oder

- - Migranten<sup>53</sup> (vgl. SACHER 2011a, b; SUTHERS 2008; ABDALLA 2002; CHRISTIE et al. 2010a; FRIEDRICH 2008; KASPER, REUTTER, SCHUBERT 2007)

genannt. In Kombination eines verhaltens- mit einem verhältnispräventiven Zugang sind diese Zielgruppen besonders gut im Setting

- - Kindertagesstätte, Schule (Kinder; vgl. DRAGANO, LAMPERT, SIEGRIST 2009),
- - berufliche Schule (Junge Fahrer; vgl. Kapitel 5.4.1) und
- - Quartier oder altersspezifische Institution (Senioren; vgl. GOLD et al. 2010; KASPER, REUTTER, SCHUBERT 2007; VIENKEN 2010)

erreichbar.

Als verhaltensorientierte Aktivitäten in Kombination mit verhältnisorientierten Maßnahmen des Engineering und/oder Enforcement werden – im Kontext von Setting-Ansätzen – empfohlen:

- - Verkehrserziehung (meist in der Schule; vgl. ABDALLA 2002; Apollo WP3 partners 2007; DOWSWELL et al. 1996; HIELSCHER, STÖPLER 2008; LICAJ et al. 2011),
- - Elternaufklärung, -schulung (vgl. LIMBOURG 1998; THOMSON, TOLMIE 2001; WINSTON, ERKOBONI, XIE 2007; WOODALL et al. o. J.; CHRISTIE et al. 2011; HARRIS, GOODALL 2007),
- - Training der Aufmerksamkeitsverbesserung (vgl. Neighbourhood Road Safety Initiative 2006; Apollo WP3 team 2006, Cerepri Apollo WP3 Partners 2007),

- - fußgänger- bzw. radfahrerbezogene Verkehrserziehung (vgl. Apollo WP3 team 2006),
- - kindersicherheitsrelevante Beratung von Eltern (vgl. HARRIS, GOODALL 2007; LIMBOURG 1998),
- - (gesundheitssystemnahe) Aufklärungskampagnen (z. B. zur Senkung der Geschwindigkeit; Helmtragen; vgl. EDWARDS et al. 2006b; PLANITZER, KÖRNER 2009; REIMANN, BÖHME, BÄR 2010; TOWNER, DOWSWELL, JARVIS 2001; VLACHANTONI et al. o. J.),
- - soziales Brandmarken von Alkoholfahrten (vgl. CHRISTIE 1995),
- - Einbeziehung von Peers zur Vermeidung von Disco-Unfällen (vgl. FACTOR, MAHALEL, YAIR 2010; FREDERSDORF, HECKMANN 2010),
- - Entwicklung von leicht verständlichen, interessanten Informationen (vgl. KALAMPOKI et al. o. J.),
- - Nutzung von Massenmedien (vgl. LI, SUNDQUIST, JOHANSSON 2008) sowie
- - Multiplikatoren-schulung (vgl. LEHMANN 2009).

Auch im Kontext der Unfallprävention wird auf die nachgewiesene Effektivität von Engineering und Enforcement im Hinblick auf die Unfallverhütung hingewiesen (vgl. Apollo WP3 Team 2006) und auf die mangelhafte Evidenz, dass Erziehung, Training und Aufklärung alleine Unfallraten vermindern können (vgl. EDWARDS et al. 2006a sowie darüber hinaus PEDEN et al. 2004; LAFLAMME et al. 2009a; LAFLAMME, HASSELBERG, BURROWS 2010).

<sup>53</sup> Nach GERVAIS, CONCHA (2008:37) bietet die enge Zusammenarbeit mit ethnischen Minderheiten und benachteiligten Gemeinden zusammen mit der Expertise von Verkehrssicherheitsexperten auf der Basis gesicherten Wissens die besten Aussichten zur Reduzierung von Ungleichheiten in der Verunfallung.

Von erhöhten Unfallrisiken betroffene Zielgruppen								Art der Verkehrsbeteiligung						Handlungsempfehlungen					Quelle	
Kinder	Jugendliche	Eltern	Junge Männer	Personen im mittleren Alter	Ältere Personen / Behinderte	Migranten	Bevölkerung allgemein	Fußgänger	Radfahrer	Junge Fahrer	Kfz-Fahrer allgemein	Nutzer Öffentlicher Verkehrsmittel	Verkehrsteilnehmer allgemein	Sozial Benachteiligt	Schwer Erreichbar	Education, individuelle Zugänge	Enforcement	Engineering		Setting-Ansatz
X		X												X		X				BÖHM et al. (2000)
X		X						X						X		X				CLARKE et al. (2007)
		X								X	X			X		X				CLUB INNOVATIONS TRANSPORTS DES COLLECTIVITÉS (2008)
					X										X	X				DEUTSCHE FAHRLEHRERAKADEMIE (1997)
					X						X				X	X				DEUTSCHER VERKEHRSSICHERHEITSRAT (2002)
					X						X				X	X				DEUTSCHER VERKEHRSSICHERHEITSRAT (2009)
					X						X				X	X				DEUTSCHES INSTITUT FÜR URBANISTIK (2008)
										X					X	X				FREDERSDORF, HECKMANN (2010)
	X									X					X	X				GERMENI et al. (2008)
X	X				X										X	X				HIELSCHER, STÖPPLER (2008)
	X									X					X	X				KALAMPOKI et al. (o. J.)
	X					X							X	X	X	X				LABONTÉ-ROSET (2010)
										X				X		X				LAFLAMME, VAEZ (2007)
		X													X	X				AUGSBURG (2011)
X	X	X												X		X				LIMBOURG (1998)
							X									X				PETRIDOU et al. (2009)
X		X						X						(X)		X				PFEFFER, FRAGBEMI, STENNET (2010)
X	X	X	X					X	X	X	X		X		X	X				SMITH (2006)
X		X									X				X	X				WINSTON, ERKOBONI, XIE (2007)
X		X				X		X							X	X				WOODALL et al. (2007)
	X									X	X			X	X	X				ZAMBON, HASSELBERG (2006)
		X												X	X	X*				HARRIS, GOODALL (2007)
							X							0!		X*				LEGUERRAND et al. (2008)
						X							X	X		X***				FACTOR, MAHALEL, YAIR (2008)
						X							X	X		X***				FACTOR, MAHALEL, YAIR (2010)
										X			X	X		X***				FACTOR, YAIR, MAHALEL (2011)
										X				X				X		CHEN et al. (2009)
					X			X							X			X		DUNBAR, HOLLAND, MAYLOS (2004)
							X							X				X		LAFLAMME, BURROWS, HASSELBERG (2009)
X	X													X				X		LAFLAMME, DIDERICHSEN (2000)
				X										X				X		LAFLAMME, EILERT-PETERSSON (2001)
							X							X				X		HESSE, SCHEINER (2007)
							X							X				X		KAIL, IRSCHIK (2007)
X														X				X		LAFLAMME, HASSELBERG, BURROWS (2009)
										X				0!				X		LAFLAMME et al. (2005)
X														X				X		MASHTA (2009)
X														X				X		REIMERS, LAFLAMME (2005)
X														X				X		NEIGHBOURHOOD ROAD SAFETY INITIATIVE (2006)
X								X										X		MUELLER et al. (1990)
							X							X				X		STEINEBACH, RUMBERG (2007)
										X						X	X			ABDALLA (2002)
										X	X			X		X	X			CLARKE et al. (2009)
						X					X			X		X***	X			FACTOR, MAHALEL, YAIR (2007)
X	X		X	X	X					X	X			X		X	X			LIMBOURG, REITER (2010)
												X		X	X	X	X	X		CEREPRI APOLLO WP3 PARTNERS (2007)
							X							X		X	X	X		ELVIK (2003)
					X						X			X	X	X	X	X		HOLLAND (2001)
X								X	X			X		X		X	X	X		TOWNER, DOWSWELL, JARVIS (2001a, 2001b)
X								X	X		X					X	X	X		WILDNER, HEISSENHUBER, KUHN (2009)

\* Anpassung der Ansprachekonzepte an die Zielgruppe; \*\* Allgemeines Hinwirken auf eine Reduktion der sozialen Ungleichheit;  
\*\*\* Education-Programme auf soziokulturelle Gruppen zuschneiden

Tab. 13: Literaturquellen nach Handlungsempfehlungen, Zielgruppen und Art der Verkehrsbeteiligung

Von erhöhten Unfallrisiken betroffene Zielgruppen								Art der Verkehrsbeteiligung						Handlungsempfehlungen					Quelle	
Kinder	Jugendliche	Eltern	Junge Männer	Personen im mittleren Alter	Ältere Personen / Behinderte	Migranten	Bevölkerung allgemein	Fußgänger	Radfahrer	Junge Fahrer	Kfz-Fahrer allgemein	Nutzer Öffentlicher Verkehrsmittel	Verkehrsteilnehmer allgemein	Sozial Benachteiligt	Schwer Erreichbar	Education, individuelle Zugänge	Enforcement	Engineering		Setting-Ansatz
									X					X		X	X	X		MCGUIRE, SMITH (2000)
X		X						X						X		X	X	X		DESAPRIYA et al. (2011)
				X	X		X							X		X		X		BORRELL et al. (2005)
							X					X		X	X	X		X		DEPARTMENT FOR TRANSPORT (ohne Jahr b)
X	X	X						X	X	X		X		X		X		X		DEPARTMENT FOR TRANSPORT (2006)
										X	X			X	X	X		X		CLUB INNOVATIONS TRANSPORTS DES COLLECTIVITÉS (2002)
							X							X		X		X		DLUGOSCH, DAHL (2011)
	X							X	X	X	X			X		X		X		LICAJ, HADDAK (o. J.)
	X							X	X	X	X			X		X		X		LICAJ et al. (2011)
	X		X												X	X		X		WESTABY, LEE (2003)
X	X													X					X	BÄR, BÖHME, REIMANN (2009)
							X							X					X	BECKMANN, BRACHER, HESSE (2007)
X														X					X	BLANK (2005)
X	X													X					X	BÖHME, REIMANN (2010)
							X							X	X				X	BORRELL et al. (2002)
X														X					X	ALTGELD (2005)
												X		X					X	CHRISTIE et al. (2010b)
X	X				X		X							X					X	DEPARTMENT FOR TRANSPORT (o. J. a)
							X							X					X	FERRANDO et al. (2005)
						X								X					X	FRIEDRICH (2008)
												X		X					X	GERVAIS, CONCHA (2008)
X	X													X					X	GULDBRANDSSON, BREMBERG (2004)
X	X							X	X					X					X	HOLTE (2010)
								X	X		X			X					X	KÖRMER, SMOLKA (2008)
						X					X			X					X	MALHOTRA, HUTCHINGS, EDWARDS (2008)
X														X					X	NEUMANN, JANSEN (2005)
							X							X					X	REIMANN, BÖHME, BÄR (2010)
							X							X					X	LU, CHIANG, LYNCH (2005)
X														X					X	TOWNER, DOWSWELL (2002)
X	X							X	X		X			X					X**	LAFLAMME et al. (2009a)
							X									X	X	X	X	APOLLO WP3 TEAM (2006)
												X				X	X	X	X	CASBARD et al. (2003)
X		X						X						X		X	X	X	X	CHRISTIE (1995)
X		X												X		X	X	X	X	CHRISTIE et al. (2011)
X	X		X		X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	CHRISTIE, WHITFIELD (2011)
								X						X		X	X	X	X	COTTRILL, THAKURIAH (2010)
X								X	X					X		X	X	X	X	DOWSWELL et al. (1996)
X														X	X	X	X	X	X	DOWSWELL, TOWNER (2002)
							X					X		X		X	X	X	X	EDWARDS et al. (2006a)
X														X		X	X	X	X	FAELKER, PICKETT, BRISON (2000)
							X							X		X	X	X	X	GRAHAM (2002b)
X														X		X	X	X	X	LAFLAMME, BURROWS, HASSELBERG (2009)
X	X							X						X		X	X	X	X	LOWE et al. (2011a)
X					X						X			X		X	X	X	X	MILLWARD, MORGAN, KELLY (2003)
												X		X		X	X	X	X	RACIOPPI et al. (2004)
X	X	X												-		X	X	X	X	RICHTER, SCHLAG, GRUNER (2006)
X	X							X	X		X			X		X	X	X	X	TOWNER, CARTER, HAYES (1998)
X	X							X			X			X		X	X	X	X	TOWNER, WARD (1998)
								X			X		X	X		X	X	X	X	WOOD, BELLIS, WATKINS (2010)
					X									X	X	X			X	SOOM AMMANN, SALIS GROSS (2011)
						X				X				X	X	X			X	CHRISTIE et al. (2010a)
												X		X		X			X**	EUROPEAN TRANSPORT SAFETY COUNCIL (2007)

Tab. 13: Fortsetzung

Von erhöhten Unfallrisiken betroffene Zielgruppen							Art der Verkehrsbeteiligung						Handlungsempfehlungen					Quelle		
Kinder	Jugendliche	Eltern	Junge Männer	Personen im mittleren Alter	Ältere Personen / Behinderte	Migranten	Bevölkerung allgemein	Fußgänger	Radfahrer	Junge Fahrer	Kfz-Fahrer allgemein	Nutzer Öffentlicher Verkehrsmittel	Verkehrsteilnehmer allgemein	Sozial Benachteiligt	Schwer Erreichbar	Education, individuelle Zugänge	Enforcement		Engineering	Setting-Ansatz
						X							X		X	X***			X**	FACTOR, KAWACHI, WILLIAMS (2011)
		X													X	X			X	HARTUNG, KLUWE, SAHRAI (2009)
X		X												X		X*			X	HONG et al. (2010)
						X	X								X	X			X	KALATHIL (o. J.)
	X													X		X			X	KRISTENSEN et. al. (2011)
							X							X		X			X	LEHMANN et al. (2007)
					X	X	X							X		X			X	NEIGHBOURHOOD ROAD SAFETY INITIATIVE (2006)
							X									X			X	PETRIDOU, GERMENI (2008)
X		X				X		X	X					X		X			X	THOMSON, TOLMIE, MAMOON (2001)
X		X											X	X		X			X	WINSTON, ASCH (2007)
						X	X							X	X	X			X	WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT (2010)
								X	X			X		X		X		X	X	DEPARTMENT FOR TRANSPORT (2009)
						X	X							X		X		X	X	GOLD et al. (2010)
X	X													X		X		X	X	DRAGANO, LAMPERT, SIEGRIST (2009)
X														X		X		X	X	EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE (2010)
X		X				X	X	X	X		X			X		X		X	X	HAYES et al. (2008)
X														X		X		X	X	HORNBERG, PAULI (2007)
X							X							X		X		X	X	LALLOO, SHEIHAM, NAZROO (2003)
							X							X		X		X	X	LI, SUNDQUIST, JOHANNSSON (2008)
					X										X	X		X	X	LIS et al. (2011)
							X	X			X			X		X		X	X	SOCIAL EXCLUSION UNIT (2003)
X						X								X		X		X	X	SPIECKERMANN, SCHUBERT (1998)
X					X		X								X	X		X	X	STÖPPLER (1999)
						X	X							X		X		X	X	WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011)
							X							X			X	X		CUBBIN et al. (2000)
							X							X			X	X		WILKINSON, MARMOT (2004)
							X	X			X			(X)			X	X		PLANITZER, KÖRNER (2009)
												X		X				X	X	FLEURY et al. (2010)
						X								X				X	X	KASPER, REUTTER, SCHUBERT (2007)
X	X						X							X			X	X**		LAFLAMME et al. (2009b)
					X		X							X			X	X		PARK et al. (2010)
							X							-	-			X	X	PETRIDOU et al. (2007)
							X							X		X	X	X	X	GRAHAM (2002a)
X							X	X			X			X		X	X	X	X	PEDEN et al. (2004)
							X							X				X	X	PLASÈNCIA, BORELL (2001)
X																			X	KLICHE UND TEAM (2009)
					X										X		X			TOWNER et al. (2011)
X	X								X		X				X	X	X		X	VLACHANTONI et al. (o. J.)
							X							X			X		X	PLESS (2008)
					X	X		X						X		-	-	-	-	ABDALLA et al. (1997)
							X							X		-	-	-	-	BUNDESREGIERUNG (2008)
X						X								X		-	-	-	-	BÖHMANN, ELSÄßER (2004)
							X							X		-	-	-	-	GOTSENS et al. (2011)
X								X						X		-	-	-	-	GRAHAM, STEPHENS (2008)
X								X						X		-	-	-	-	GREEN, MUIR, MAHER (2011)
	X									X				X		-	-	-	-	HADDAK et al. (2010)
X	X									X				X		-	-	-	-	HASSELBERG, LAFLAMME, RINGBÄCK WEITOF (2001)
										X				X		-	-	-	-	HASSELBERG, LAFLAMME (2005)
										X				X		-	-	-	-	HASSELBERG, VAEZ, LAFLAMME (2005)
		X												X		-	-	-	-	CHLOND, OTTMANN (2007)
							X							X		-	-	-	-	HILLEMEIER et al. (2003)
X	X													X		-	-	-	-	LAFLAMME, ENGSTRÖM (2002)

Tab. 13: Fortsetzung

Von erhöhten Unfallrisiken betroffene Zielgruppen								Art der Verkehrsbeteiligung						Handlungsempfehlungen					Quelle	
Kinder	Jugendliche	Eltern	Junge Männer	Personen im mittleren Alter	Ältere Personen / Behinderte	Migranten	Bevölkerung allgemein	Fußgänger	Radfahrer	Junge Fahrer	Kfz-Fahrer allgemein	Nutzer Öffentlicher Verkehrsmittel	Verkehrsteilnehmer allgemein	Sozial Benachteiligt	Schwer Erreichbar	Education, individuelle Zugänge	Enforcement	Engineering		Setting-Ansatz
X	X						X							X		-	-	-	-	OHNE AUTOR (o. J.)
						X	X							X		-	-	-	-	RAZUM et al. (2008)
X							X	X	X					X		-	-	-	-	SPIECKERMANN, SCHUBERT, ZIPPEL (1999)
X						X								X		-	-	-	-	SCHENK et al. (2008)

Tab. 13: Fortsetzung

### 5.3 - Kooperation mit dem Programm „Soziale Stadt“

Nicht nur die Städtebau- oder die Gesundheitsförderung bedient sich lokaler Netzwerke zur Verbesserung der Effektivität ihrer Maßnahmen und Programme. Auch die Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder hat mit der lokalen Vernetzung gute Erfolge erzielt (vgl. JANSEN 2009, FUNK 2006, 2003). Diese Erfahrungen sollten die Akteure der Verkehrssicherheitsarbeit nutzen und die Kooperation mit den Aktiven im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ suchen. Im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ sind weitere Partnerprogramme ausdrücklich erwünscht (vgl. Bundestransferstelle Soziale Stadt 2008:97).

Das Programm „Soziale Stadt“ eignet sich deshalb besonders gut zum Anschluss von Verkehrssicherheitsmaßnahmen für schwer erreichbare Zielgruppen, weil in seinem Kontext bereits wichtige grundlegende Arbeiten für eine erfolgreiche sozialraumorientierte Prävention erfolgt sind (vgl. VIENKEN 2010:29):

- - So wurden in den teilnehmenden Stadtgebieten bereits kleinräumige Problemanalysen durchgeführt,
- - es bestehen bereits bewährte Arbeitsstrukturen,
- - auch Formen der Bürgerbeteiligung wurden üblicherweise bereits erprobt und
- - die Dokumentation und Evaluation des Programms sichern die Qualität der Präventionsmaßnahmen.

Für die gute Anknüpfungsmöglichkeit von Verkehrssicherheitsmaßnahmen an das Programm „Soziale Stadt“ spricht zudem, dass

- - die Federführung des Programms „Soziale Stadt“ beim Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung liegt,
- - die Vor-Ort-Problematik des Themas „Verkehr“ gegebenenfalls bereits in Diskussionszusammenhängen mit dem Wohnen oder der Stadtgestaltung diskutiert wird (vgl. z. B. VIENKEN 2010:32),
- - das Programm offen ist für weitere Partnerprogramme,
- - Verhältnis- und Verhaltensprävention im Kontext des Setting-Ansatzes besonders große Potenziale für die Verbesserung der Lebenslage sozial benachteiligter/schwer erreichbarer Zielgruppen zukommt,
- - das unmittelbare Wohnumfeld auch ein relevanter Verunfallungskontext für die Bewohner eines Settings darstellt und
- - städtebauliche Eingriffe häufig den Verkehrsraum ändern und dies unter Hinzuziehung entsprechender Experten explizit zur Verbesserung der Verkehrssicherheit genutzt werden kann.

Dabei ist – analog GEENE, ROSENBROCK (2012: 62) – zu prüfen, ob nicht bereits die nicht primär auf die Verkehrssicherheit abzielenden Maßnahmen im Kontext der Stadtteilentwicklung per se der Verbesserung der Verkehrssicherheit dienen und deshalb von den Trägern der Verkehrssicherheitsarbeit vor Ort unterstützt werden können oder ob Umsetzerorganisationen eigene Projekte für konkrete Stadtteil-Settings entwickeln und diese als Module an die sonstigen Aktivitäten im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ angedockt werden können.

## 5.4 Beispiel: Verkehrssicherheitsarbeit für sozial benachteiligte Kinder

Vor dem Hintergrund der häufigeren Verunfallung von Kindern aus sozial schwachen Familien und der priorisierten Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht entwirft die Bundesregierung ihre Strategie zur Gesundheitsförderung von Kindern (vgl. BMG 2008):

- Diese Strategie zur Förderung der Kindergesundheit stellt u. a. auf die mangelnde körperliche Aktivität, den Bewegungsmangel, ab (vgl. BMG 2008:9 f.).
- Sie setzt einen Schwerpunkt insbesondere bei der Gesundheit von Kindern aus sozial schwachen Familien und Familien mit Migrationshintergrund (vgl. BMG 2008:16).
- Zur Vorbeugung von Bewegungsmängeln spielt die Förderung eines sicheren Radfahrens – einschließlich städtebaulicher Maßnahmen vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen – eine explizite Rolle (vgl. BMG 2008:7 f., 10, 26).
- Die weitere Hebung der Verkehrssicherheit, z. B. mittels außerschulischer Verkehrserziehungsprogramme, wird in der Strategie zur Gesundheitsförderung von Kindern ausdrücklich benannt (vgl. BMG 2008:19, 33).

Die Verkehrssicherheitsarbeit für sozial benachteiligte Kinder und ihre Familien sieht sich den folgenden Ausgangsbedingungen gegenüber:

- Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte verzahnen sich explizit mit dem Programm „Soziale Stadt“ (vgl. Kapitel 4.6).
- Die Vorteile einer solchen Präventionsstrategie mittels eines Setting-Ansatzes können auch für die Verkehrssicherheitsarbeit unschwer benannt werden (vgl. Kapitel 5.2).
- Die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit stellt auf sozial Schwache ab und argumentiert in Richtung eines Setting-Ansatzes, z. B. in sozial benachteiligten Stadtteilen.
- Der Straßenverkehr ist ein gesundheitsrelevantes Politikfeld (vgl. GEENE, ROSENBROCK 2012:47) und Aspekte der Verkehrssicherheit bilden einen expliziten Bestandteil der Strategie

der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit.

Vor diesem Hintergrund sollten die Träger und Umsetzerorganisationen der Verkehrssicherheitsarbeit das im Setting-Ansatz angelegte Vorgehen aufgreifen und für ihre Arbeit z. B. in der schulischen Verkehrserziehung/Mobilitätsbildung (Setting „Schule“) nutzen.

Schulen sind gewissermaßen Sub-Settings im größeren Setting Stadtteil/Quartier. Der schulischen Verkehrssicherheitsarbeit kommt bei einer Öffnung von Schulen und der Zusammenarbeit mit schulexternen Akteuren im Rahmen eines Setting-Ansatzes, z. B. im Programm „Soziale Stadt“, eine wichtige Rolle zu:

- Mit der Ausdifferenzierung in eine Sicherheits-, Sozial-, Umwelt- und Gesundheitserziehung (vgl. KMK 1994) ist die schulische Verkehrserziehung bereits heute anschlussfähig zu einem schulexternen Setting-Ansatz.
- Im Verständnis der Mobilitätserziehung als umfassende Persönlichkeitsbildung mit einer Orientierung an der tatsächlichen Lebenswelt, der Einbeziehung des Ortsbezugs und der Betonung der Handlungsorientierung (Partizipation), (vgl. SPITTA 2001; Deutsche Verkehrswacht o. J.) zeigen sich viele Parallelen zum Setting-Ansatz im Programm „Soziale Stadt“.

### 5.4.1 Verhaltenspräventive Verkehrssicherheitsarbeit im Setting Schule

In der „Mobilitätsstudie Fahranfänger“ lassen sich Fahranfänger aus dem Berufsbereich „Bau-, Metall-, Elektroberufe“ charakterisieren durch

- die vergleichsweise größte Fahrleistung,
- die seltenste Artikulation von Unsicherheitsgefühlen im Straßenverkehr,
- eine besonders starke „Extramotivation“,
- die vergleichsweise stärkste Motorisierung ihrer Pkw,
- deutlich mehr Geschwindigkeitsverstöße als andere Fahranfänger,
- die häufigste Ahndung von Verkehrsverstößen mittels Bußgeldbescheiden und
- die häufigsten Unfallbeteiligungen (vgl. FUNK et al. 2012).

Dieses Verhaltens- und Einstellungsmuster soll hier so interpretiert werden, dass diese Zielgruppe bisher mit Kommunikationsinhalten zur Förderung eines verkehrssicherheitsförderlichen Verhaltens eher weniger erfolgreich erreicht wurde. Mit Inhalten der Verkehrssicherheit kann diese Klientel am besten im Setting der beruflichen Schule mittels Ansätzen der personalen Kommunikation angesprochen werden. Insofern ist diese Zielgruppe nicht auf der organisatorischen Ebene schwer erreichbar, wohl aber auf der kognitiven und der Verhaltens-ebene (vgl. Bild 2). Zur Ansprache junger Fahrer im Kontext der beruflichen Schule gibt es in mehreren Bundesländern einschlägige Maßnahmen:

- - „EVA – Ernst nehmende Verkehrssicherheitsarbeit“ (Bayern),
- - „sicher fahren“ (Sachsen),
- - „XpertTalks“ (NRW),
- - „RiSk – Risiken im Straßenverkehr kommunizieren“ (Hessen).

Vor dem Hintergrund des in Kapitel 4.5 ausdifferenzierten Setting-Ansatzes ist zu prüfen, inwieweit diese Maßnahmen die originären Charakteristika des Setting-Ansatzes (z. B. Empowerment, Partizipation, Nachhaltigkeit) bereits umsetzen. Prinzipiell scheinen Ansätze der personalen Kommunikation zur Risiko-Kommunikation mit jungen Fahrern geeignet zu sein, allerdings lassen sich Optimierungsansätze dieser anspruchsvollen Maßnahmen benennen (vgl. HOPPE, TEKAAT 2006, 2005). Auch die inhaltliche und methodische Lehreraus- und -fortbildung zur maßnahmeadäquaten Umsetzung tragen erste Früchte (vgl. NEUMANN-OPITZ, BARTZ 2011). Somit steht für die verhaltenspräventive Verkehrssicherheitsarbeit mit dieser schwer erreichbaren Zielgruppe ein Instrumentarium zur Verfügung, das im Kontext des Settings „berufliche Schule“ weiter ausgebaut und optimiert werden kann.

#### 5.4.2 Verhältnispräventive Verkehrssicherheitsarbeit im Setting Schule

Hilfreich ist in diesem Kontext ein Verständnis der schulischen Verkehrssicherheitsarbeit als schulisches Mobilitätsmanagement (vgl. UNGER-AZADI 2006:8 sowie Bild 14):

- - Neben die klassische Verkehrserziehung mit ihren Schwerpunkten der Unfallvermeidung und dem Erlernen bzw. Einüben von Verkehrsregeln

- - tritt die Mobilitätserziehung. Sie erweitert die klassische Verkehrssicherheitserziehung um die Aspekte der Umwelt-, Gesundheits- und Sozialerziehung. Sie weitet den Blick auf das Erkennen von Zusammenhängen, die Entwicklung von Werthaltungen und das Hinführen zu einer nachhaltigen Mobilität.
- - Schulisches Mobilitätsmanagement geht über die Ansprache von Kindern und evtl. ihren Eltern noch hinaus. Die Auseinandersetzung mit der Sicherheit auf dem Schulweg oder im räumlichen Umfeld der Schule wird aktiv geführt:
  - - Praktische Hilfe zur Erkundung des sichersten Schulweges bietet bereits die Erstellung eines Schulweg- oder Radschulwegplanes.
  - - Die Organisation eines sog. „Walking Bus“ oder eines „Fahrradbusses“ ist ein weiterer möglicher Baustein schulischen Mobilitätsmanagements.
  - - Und: Mobilitätsmanagement will die verkehrsräumlichen Voraussetzungen schaffen für die erfolgreiche Verbreitung einer sicheren, bewegungsintensiven und nachhaltigen Mobilität. Dabei erweitert sie ihre Methodik der Beschulung ihrer Zielpersonen (Education) um den Aspekt des Engineering in Form des Eingriffs oder der Umgestaltung der Straßen bzw. Schulwege.

Natürlich ist dieses Engagement nicht im Alleingang der Schule umsetzbar. Im Zuge der Diskussion der Ergebnisse der PISA-Studie wird auch über den Ausbau von Ganztagschulen bzw. die Öffnung von Schulen gegenüber ihrem lokalen Umfeld diskutiert. Beide Entwicklungen kommen einem Engagement von Schulen und schulexternen Akteuren im schulischen Mobilitätsmanagement entgegen.



Bild 14: Grundlagen des schulischen Mobilitätsmanagements (Quelle: UNGER-AZADI (2006:8))

### 5.4.3 Vorschlag für ein Pilotprojekt

Im nächsten Schritt erscheint in diesem Zusammenhang ein Pilotprojekt notwendig, in dem sich die schulische Verkehrserziehung/Mobilitätsbildung im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ einbringt. Thematisch wäre die Ansprache schwer erreichbarer Eltern ein naheliegendes Anliegen. Praktisch sollte für das Pilotprojekt eine Schule ausgewählt werden, die

- in einem Stadtteil mit besonderem Förderungsbedarf liegt,
- gegebenenfalls bereits ein schulisches Mobilitätsmanagement betreibt und
- gegebenenfalls in einer Kommune liegt, die bereits Erfahrung mit lokal vernetzter Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder (Kinderunfallkommission) gesammelt hat.

Mit diesem Zugang könnte ein Mix aus Verhaltens- und Verhältnisprävention unter Partizipation der Schülerinnen und Schüler in Kooperation mit den Akteuren im etablierten Setting-Ansatz versuchen, die Elternansprache zu optimieren. Ein solches Vorgehen könnte auf die komplexe Lebenssituation benachteiligter/schwer erreichbarer Familien zugeschnitten werden und dabei Maßnahmen in den Bereichen Schule, Familie und Freizeit sinnvoll miteinander vernetzen (vgl. Robert Koch-Institut, BZGA 2008).

### 5.5 Dokumentation vorhandener Maßnahmen in einer Online-Datenbank

Zur Sammlung und Dokumentation der bisher in Deutschland umgesetzten Projekte zur Ansprache schwer erreichbarer Zielgruppen mit Inhalten der Verkehrssicherheit wird die Einrichtung einer Online-Fachdatenbank vorgeschlagen. Zur beispielhaften Orientierung können dabei die Fachdatenbanken zur „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>) und zur „Prävention von Kinderunfällen“ (<http://www.bzga.de/kindersicherheit>) dienen. In einer solchen Datenbank können lokale/regionale Projekte aufgenommen und – z. B. analog zur Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ – nach Merkmalen wie Setting, Handlungsfeld, Angebotsart, Zielgruppe, Altersgruppe, Träger, Projektname, Bundes-

land oder Ort gesucht werden (vgl. LEHMANN 2009:447).

Diese Form der Dokumentation kann Interessierten einen leichten Überblick über bereits umgesetzte Zugänge zu schwer erreichbaren Zielgruppen vermitteln und Anregungen für die mögliche Adaptation im eigenen Problemfeld geben.

### 5.6 Ansprache sozial Benachteiligter/schwer Erreichbarer via Internet

Eine weitere Möglichkeit der Ansprache der in dieser Literaturumschau interessierenden Zielgruppe(n) bietet die Nutzung des Mediums Internet. Aktuelle Untersuchungen belegen, dass das Internet zunehmend von allen Bevölkerungsgruppen in hinreichend großen Anteilen genutzt wird, um als Kommunikationsmedium für Inhalte der Verkehrssicherheit in Betracht gezogen zu werden. Dazu gehören auch Teilgruppen der als sozial benachteiligt oder für die Verkehrssicherheitsarbeit schwer erreichbar eingeschätzten Bevölkerung.

- So kommt der (N)Onliner-Atlas 2011 zu dem Ergebnis, dass nicht nur 89,6 % der Bevölkerung mit abgeschlossenem Studium, 90,8 % der Personen mit Abitur oder (Fach-)Hochschulreife und 78,8 % der Personen mit dem Abschluss einer weiterführenden Schule (ohne Abitur) das Internet nutzen, sondern auch 63,8 % der Bevölkerung mit Volksschulabschluss und Lehre sowie 51,4 % der Bevölkerung mit Volksschulabschluss ohne Lehre (vgl. Initiative D21 2011: 16). Das Statistische Bundesamt kommt in seinen Wirtschaftsrechnungen zu dem Ergebnis, dass 77 % der Befragten mit niedrigem Bildungsabschluss<sup>54</sup> im letzten Vierteljahr (fast) täglich, weitere 15 % mindestens einmal pro Woche und 8 % mindestens einmal im Monat oder seltener das Internet genutzt haben (vgl. Desastis 2011c:39).
- Entlang dem Haushaltsnettoeinkommen zeigt sich, dass 92,3 % der Haushalte mit 3.000 Euro

<sup>54</sup> Darunter werden nach der International Standard Classification of Education der Abschluss der Grundschule und der Haupt- oder Realschule, des Gymnasiums bis Jahrgangsstufe 10, der Berufsaufbauschule oder des Berufsvorbereitungsjahres verstanden (vgl. DESTATIS 2011c:5).

und mehr, 83,1 % der Haushalte mit 2.000 bis unter 3.000 Euro, 65,7 % der Haushalte mit 1.000 bis unter 2.000 Euro und 53,0 % der Haushalte mit unter 1.000 Euro Einkommen das Internet nutzen (vgl. Initiative D21 2011:17).

- - Auch unter Menschen mit Migrationshintergrund ist die Internetnutzung weit verbreitet. So lassen sich für das Jahr 2008 unter Befragten des (N)Onliner-Atlas 66,8 % der Befragten mit eigener Migrationserfahrung und 75,3 % der Befragten mit Migrationserfahrung der Eltern als Online-Nutzer charakterisieren. Auch in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund sinkt die Internetnutzung mit zunehmendem Alter (vgl. Initiative D21 2008:10 f.).
- - Schließlich sind auch ältere Menschen zunehmend durch das Internet gut zu erreichen. So berichtet der (N)Onliner-Atlas 2011 von mehr als drei Vierteln (75,8 %) der 50- bis 59-Jährigen, mehr als der Hälfte (57,3 %) der 60- bis 69-Jährigen und etwa einem Viertel (24,6 %) der 70-Jährigen und Älteren, die online sind (vgl. Initiative D21 2011:14).

Auch zur Ansprache sozial Benachteiligter bzw. schwer Erreichbarer über das Internet gibt es im Bereich der Gesundheitsförderung erste Überlegungen. LUDWIGS (2011:37) sieht im Zuge der Gesundheitsförderung vor allem beim Medium Video – aufgrund seiner lebensnahen und emotionalen Darstellungsmöglichkeiten, der Intensität der Verarbeitung des Gesehenen und der Chancen für entsprechende Handlungsbereitschaften – Potenzial zur Ansprache breiterer Zielgruppen. So stellt der Autor die Bedeutung des Videoportals YouTube insbesondere zur Ansprache von Bildungsfernen und sozial Schwachen mit Inhalten der Gesundheitsförderung heraus (vgl. LUDWIGS 2011:53 f.). Viele Inhalte der Verkehrssicherheitsarbeit, wie z. B. die richtige Handhabung von Kinderrückhaltesystemen, bieten sich geradezu für die Visualisierung in Form sog. „How to“-Videos an. Auch sog. „Social News Sites“ sollten in ihrer Relevanz insbesondere für sozial Schwache nicht unterschätzt werden (vgl. LUDWIGS 2011 52).

SOOM AMMANN, SALIS GROSS (2011:98) haben bei der Möglichkeit der Einbindung von Internet und Handy in die Ansprache schwer erreichbarer Se-

nieren im Rahmen der Gesundheitsförderung vor allem jene Ältere im Blick, die ihre schwere Erreichbarkeit bewusst gewählt haben, oder jene, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Ein aktuelles Beispiel zur Ansprache von Senioren via Internet ist die E-Learning-Plattform „eLSe“.<sup>55</sup>

Auch wenn dieser Kommunikationsweg in der Verkehrssicherheitsarbeit zur Ansprache der „Hard to Reach“ bisher noch nicht in großem Ausmaß genutzt wird, so bietet das Medium Internet doch ein Potenzial, das für die Ansprache sozial benachteiligter oder für die Verkehrssicherheitsarbeit schwer erreichbarer Zielgruppen nicht aus den Augen verloren werden sollte.

## Literatur

- ABDALLA, I. M. (2002): Fatality risk assessment and modelling of drivers responsibility for causing traffic accidents in Dubai. In: Journal of Safety Research 33: 483-496
- ABDALLA, I. M.; RAESIDE, R.; BARKER, D.; MCGUIGAN, D. R. D. (1997): An Investigation Into The Relationships Between Area Social Characteristics And Road Accident Casualties. In: Accident Analysis and Prevention 29: 583-593
- ABEL, M. (2006): Kinderunfallprävention für sozial Benachteiligte – welche Angebote gibt es? Ergebnisse der aktuellen Bestandsaufnahme zu Aktionen, Medien und Maßnahmen in der Bundesrepublik, [<http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=download&fid=295>, aufgerufen am 13.04. 2011]
- ABEL, M. (2007): Kinderunfallprävention auf der politischen Agenda für ganz Europa. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin: Gesundheit Berlin, [[http://www.gesundheitberlin.de/download/Abel,\\_M.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Abel,_M.pdf), aufgerufen am 13.04.2011]
- ABEL, M.; RUHE, I. (2007): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland. Grundlagen und strategische Ziele. Bonn: Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V.
- ÁCS, A. Ü.; SZABÓ, C.; KEPPLER, M.; SEBASTIAN, K. (2008): Bildungsferne Gruppen in

<sup>55</sup> Vgl. <http://www.el-se.org/>, aufgerufen am 26.03.2012.

- Deutschland und Ungarn. Eine interkulturelle Studie zur Erwachsenenbildung. Jena: Friedrich Schiller-Universität, [[http://www.fachportal-paedagogik.de/fis\\_bildung/suche/fis\\_set.html?Fid=861206](http://www.fachportal-paedagogik.de/fis_bildung/suche/fis_set.html?Fid=861206), aufgerufen am 13.04.2011]
- ALTGELD, T. (2005): Nicht nur die leicht Erreichbaren ansprechen! Impulstagung vom 19.11.2005. Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen, [[http://www.gesunde-schulen.ch/data/data\\_202.pdf](http://www.gesunde-schulen.ch/data/data_202.pdf), aufgerufen am 12.04.2011]
- ALTGELD, T. (2012): Jungen sind anders! Mädchen auch! Gender Mainstreaming – Ein unterschätztes Qualitätskriterium? In: GOLD, C.; LEHMANN, F.: *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 145-154
- American Public Health Association [APHA] (o. J.): *At the Intersection of Public Health and Transportation: Promoting Healthy Transportation Policy*. Washington DC: APHA
- Apollo WP3 Team (Ed.) (2006): *Systematic literature review of good practices for four injury priorities: Alcohol-related injuries, road traffic injuries, occupational injuries and drowning*. Athens: University of Athens, [[http://www.euroipn.org/apollo/documents/Good%20Practices\\_SLR.pdf](http://www.euroipn.org/apollo/documents/Good%20Practices_SLR.pdf), aufgerufen am 15.11.2011]
- ARAH, O. A.; WESTERT, G. P.; HURST, J.; KLÄTZING, N. S. (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. In: *International Journal for Quality in Health Care*, September: 5-13
- ARMBRUSTER, M. M. (2012): Eltern-AG: Das Qualitätskriterium Empowerment in der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien. In: GOLD, C.; LEHMANN, F.: *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 84-91
- ATKINSON, R.; FLINT, J. (2001): Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies. In: *social research UPDATE*, Issue 33: 1-4
- AUGSBURG, R. (2011): *Potenziale der Elternarbeit an Ganztagschulen*. Bundesministerium für Bildung und Forschung, [<http://www.ganztagschulen.org/13262.php>, aufgerufen am 15.11.2011]
- BACHER, J. (1996): *Clusteranalyse. Anwendungsorientierte Einführung*. München, Wien: Oldenbourg
- BÄR, G.; BÖHME, Ch.; REIMANN, B. (2009): *Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Difu-Arbeitshilfe*. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik
- BC Injury Research and Prevention unit (2007): *Evidence Review: Unintentional Injury Prevention*. Victoria (British Columbia): BC Ministry of Health, [[http://www.phabc.org/pdf/core/Unintentional\\_Injury-Evidence\\_Review.pdf](http://www.phabc.org/pdf/core/Unintentional_Injury-Evidence_Review.pdf), aufgerufen am 20.12.2011]
- BECKMANN, K. J.; BRACHER, T.; HESSE, M. (2007): Mobilität und benachteiligte Stadtquartiere im Fokus integrierter Stadtentwicklungspolitik. In: *Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften*, Vol. 46: 9-21
- BEDER, H. W. (1980): Reaching the Hard-to-Reach Adult Through Effective Marketing. In: *New Directions for Continuing Education*, 8: 11-26
- Bicycle Helmet Research Foundation (2011): *Contradictory evidence about the effectiveness of cycle helmets*, [<http://cyclehelmets.org/1052.html#B>, aufgerufen am 23.12.2011]
- BITTLINGMAYER, U. H.; SAHRAI, D. (2010): Gesundheitliche Ungleichheit. Plädoyer für eine ethnologische Perspektive. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Nr. 25: 25-31
- BLANK, D. (2005): Injury control from the perspective of contextual pediatrics. In: *Jornal de Pediatria*, Vol. 81, No. 5: 23-36, [[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572005000700002&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572005000700002&script=sci_arttext&lng=en) aufgerufen am 15.11.2011]
- BLIERSBACH, G.; CULP, W.; GEILER, M.; HESS, M.; SCHLAG, B.; SCHUH, K.; PFAFFEROTT, I. (2002): *Gefühlswelten im Straßenverkehr. Emotionen, Motive, Einstellungen, Verhalten*. Bonn: Deutscher Verkehrssicherheitsrat e. V.
- BÖCHER, W. (1995): Verkehrsaufklärung und Verkehrserziehung („Education“). In: HILSE, H.-G.,

- SCHNEIDER, W. (Hrsg.): Verkehrssicherheit. Handbuch zur Entwicklung von Konzepten, Stuttgart u. a.: Boorberg, 248-299
- BÖHM, A.; BUMKE, Chr.; CARTHEUSER, Chr.; ELLSÄSSER, G.; KUHN, J.; LÜDECKE, MÜLLER-SENFTLEBEN, B.; PUST, G., RANFT, M.; ROJAS, G.; SOLF, H.; UNGETHÜM, TH. (2001): Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001 Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg
- BÖHM, A.; ELLSÄSSER, G. (2004): Einschüler – Gesundheit und soziale Lage. Wünsdorf: Landesgesundheitsamt Brandenburg im LASV, [[http://www.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/Gesundheit von Einschuelern.pdf](http://www.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/Gesundheit_von_Einschuelern.pdf), aufgerufen am 14.12.2011]
- BÖHM, A.; ELLSÄSSER, G.; KUHN, J.; LÜDECKE, K.; MÜLLER-SENFTLEBEN, B.; ROJAS, G. (2000): Soziale Ungleichheit bei Kindern. Ergebnisse und Folgerungen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. Beitrag auf dem 6. Kongress Armut und Gesundheit am 1. und 2. Dezember 2000, 1-8, [<http://www.gesundheit.berlin.de/index.php4?request=search&topic=764&type=infotext>, aufgerufen am 13.04.2011]
- BÖHMANN, J., ELLSÄSSER, G. (2004): Bevölkerungsbezogenes Unfallmonitoring in einer deutschen Stadt. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 152, Heft 3: 299-306
- BÖHME, Chr.; REIMANN, B. (2010): Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. In: Public Health Forum, Vol. 18, Issue 4 (November): 41.e1-41.e3, [<http://www.science.direct.com/science/article/pii/S0944558710000818> aufgerufen am 21.10. 2010]
- BÖHME, CHR.; STENDER, K.-P. (2011): Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt/ Kommunalpolitische Perspektive. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung A – Z, [[http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-123.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-123.html), aufgerufen am 16.12.2011]
- BÖHMER, M.; HEIMER, A. (2008): Dossier Armutsrisiken von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, [[http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschue\\_renstelle/Pdf-Anlagen/Dossier-Kinderarmut, pro](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschue_renstelle/Pdf-Anlagen/Dossier-Kinderarmut_pro) perty=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de, rwb=true.pdf, aufgerufen am 30.11.2011]
- BOLTE, G.; ELVERS, H.-D.; SCHAAF, B.; von BERG, A.; BORTE, M.; HEINRICH, J. (2004): Soziale Ungleichheit bei der Belastung mit verkehrsabhängigen Luftschadstoffen: Ergebnisse der Kinderkohortenstudie LISA. In: BOLTE, G.; MIELCK, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Weinheim und München: Juventa, 175-198
- BOLTE, G.; KOHLHUBER, M. (2009): Soziale Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit: Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive. In: RICHTER, M.; HURRELMANN, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 99-116
- BORDE, Th. (2010): Erreichbarkeit – eine Frage des Standpunkts. In: LABONTÉ-ROSET, Chr.; HOEFERT, H.-W.; CORNEL, H. (Hrsg.): Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der sozialen Arbeit. Berlin: Schibri, 250-259
- BORELL, C.; RODRIGUEZ, M.; FERRANDO, J.; BRUGAL, M. T.; PASARIN, M. I.; MARTINEZ, V.; PLASENCIA, A. (2002): Role of individual and contextual effects in injury mortality: new evidence from small area analysis. In: Injury Prevention 8: 297-302
- BORELL, C.; PLASENCIA, A.; HUISMAN, M.; COSTA, G.; KUNST, A.; ANDERSEN, O.; BOPP, M.; BORGAN, J.-K.; DEBOOSERE, P.; GLICKMAN, M.; GADEYNE, S.; MINDER, C.; REGIDOR, E.; SPADEA, T.; VALKONEN, T.; MACKENBACH, J. P. (2005): Education level inequalities and transportation injury mortality in the middle aged and elderly in European settings. In: Injury Prevention 11: 138-142
- BRACKERTZ, N. (2007): Who is hard to reach and why? ISR Working Paper, January 2007, [<http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf>, aufgerufen am 13.04.2011]
- BRACKERTZ, N.; MEREDYTH, D. (2007): Community Consultation and the ‚Hard to Reach‘. Hawthorn/Australia: Swinburne Institute for Social Research, [<http://www.sisr.net/Flagships/democracy/docs/nillumbik.pdf>, aufgerufen am 17.11.2011]

- BREITINGER, M. (2011): Helmpflicht allein reicht nicht. In: Zeit Online, 26.10.2011, [<http://www.zeit.de/auto/2011-10/fahrrad-helm-sicherheit/komplettansicht>, aufgerufen am 26.10. 2011]
- BREUSS, J. (2010): Förderung der Verkehrssicherheit für Verkehrsteilnehmer mit Migrationshintergrund. In: Zeitschrift für Verkehrsrecht, Heft 6 (Juni): 220-224
- BUCHANAN, Colin and Partners (2010): Deprivation and Child Pedestrian Road Casualties. Final Report. Belfast: Colin Buchanan
- BÜSCHGES, G.; ABRAHAM, M.; FUNK, W. (1998): Grundzüge der Soziologie. 3. Auflage. München und Wien: Oldenbourg
- Bundesarbeitsgemeinschaft mehr Sicherheit für Kinder e. V. (2007): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland. Grundlagen und strategische Ziele. Bonn: Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2009): Sozial Benachteiligte. In: Good Practice Center Förderung von Benachteiligten in der Berufsbildung. Glossar, [[http://www.good-practice.de/sozial\\_benachteiligte.pdf](http://www.good-practice.de/sozial_benachteiligte.pdf), aufgerufen am 30.11.2011]
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS] (2008): Lebenslagen in Deutschland – Dritter Armut- und Reichtumsbericht. Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/9915. Bonn: Deutscher Bundestag
- Bundesministerium für Gesundheit [BMG] (2008): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesregierung (2008): Lebenslagen in Deutschland. Dritter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/9915 vom 30.06.2008
- Bundestransferstelle Soziale Stadt (2008): Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt. Berlin: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
- BURZAN, N. (2007): Soziale Ungleichheit: Eine Einführung in die zentralen Theorien. 3. überarbeitete Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- CASBARD, T.; COYLE, T.; GREATER QPM, A.; LEWIS, M.; MORRISON ALLSOPP, L.; MURRAY, F. (2003): Strategic Guidance for Road Safety Professionals, [[http://www.rospa.com/roadsafety/info/strategic\\_guidance.pdf](http://www.rospa.com/roadsafety/info/strategic_guidance.pdf), aufgerufen am 15.11.2011]
- Cerepri Apollo WP3 Partners (2007): Results of a systematic literature review of effective policies. For alcohol related injuries, road traffic injuries, drowning prevention and occupational injuries. Athens: Center for Research and Prevention of Injuries (CE.RE.PR.I):
- CHEN, H. Y.; IVERS, R. Q.; MARTINIUK, A. L. C.; BOUFOUS, S.; SENSERRICK, T.; WOODWARD, M.; STEVENSON, M.; NORTON, R. (2009): Socioeconomic status and risk of car crash injury, independent of place of residence and driving exposure: results from the DRIVE Study. In: Journal of Epidemiology & Community Health, 64: 998-1003
- CHLOND, B.; OTTMANN, P. (2007): Das Mobilitätsverhalten Alleinerziehender und ihre Aktivitäten außer Haus. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften (46) 2007/II: 49-61
- CHRISTIE, N. (1995): The high risk child pedestrian: Socio-economic and environmental factors in their accidents. Crowthorne: Safety and Environment Resource Centre, Transport Research Laboratory
- CHRISTIE, N.; KIMBERLEE, R. H.; LYONS, R.; TOWNER, E.; WARD, H. (2010a): Ethnicity and injury risk in deprived areas: why a social marketing approach is needed. In: Department of Transport (Ed.): Behavioural Research in Road Safety 2008. Eighteenth Seminar. London: Department of Transport, 94-104
- CHRISTIE, N.; WARD, H.; KIMBERLEE, R.; LYONS, R.; TOWNER, E.; HAYES, M.; ROBERTSON, S.; RANA, S.; BRUSSONI, M. (2010b): Road Traffic Injury Risk in Disadvantaged Communities: Evaluation of the Neighbourhood Road Safety Initiative. Road Safety Web Publication No. 19. London: Department for Transport, [<http://www.assets.dft.gov.uk/publications/road-injury-risk-in-disa>]

- dvantage-areas/rswp109f.doc, aufgerufen am 16.11.2011]
- CHRISTIE, N.; KIMBERLEE, R.; TOWNER, E.; RODGERS, S.; WARD, H.; SLENEY, J.; LYONS, R. (2011): Children aged 9-14 living in disadvantaged areas in England: Opportunities and barriers for cycling. In: *Journal of Transport Geography*, Vol. 19, Issue 4: 943-949, [<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0966692310001961>, aufgerufen am 02.02.2011]
- CHRISTIE, N.; WHITFIELD, G. (2011): Road Safety Research Report No. 123: Road User Safety and Disadvantage – Appendix 2: Literature Review. London: Department for Transport
- CLARKE, D.; THOMPSON, R.; WARD, P.; TRUMAN, W.; BARTLE, C. (2007): Child Pedestrian Road Traffic Collisions in Disadvantaged Areas of Greater Manchester: A study of injured children and their families, [[http://www.nrssi.org.uk/nrssi/userimages/NOTT\\_FINAL\\_REPORT.pdf](http://www.nrssi.org.uk/nrssi/userimages/NOTT_FINAL_REPORT.pdf), aufgerufen am 20.07.2009]
- CLARKE, D.; WARD, P.; TRUMAN, W.; BARTLE, C. (2009): A poor way to die: social deprivation and road traffic fatalities. In: Department of transport (Ed.): *Behavioural Research in Road Safety 2008. Eighteenth Seminar*. London: Department of Transport
- Club Innovations Transports des Collectivités (2002): L'usage et l'accès à l'automobile: une liberté sous contraintes pour les personnes et ménages à faibles ressources, [<http://www.innovations-transport.fr/L-usage-et-l-acces-a-l-automobile?lang=fr>, aufgerufen am 15.11.2011]
- Club Innovations Transports des Collectivités (2008): Inégalités sociales et territoriales de mobilité et d'exposition aux risques routiers chez les jeunes. ISOMERR-Jeunes, [<http://www.innovations-transport.fr/Inegalites-sociales-et?lang=fr>, aufgerufen am 15.11.2011]
- Commission on Social Determinants of Health (2007): A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, [[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf), aufgerufen am 08.12.2011]
- COTTRILL, C. D.; THAKURIAH, P. V. (2010): Evaluating pedestrian crashes in areas with high low-income or minority populations. In: *Accident Analysis and Prevention* 42: 1718-1728
- CUBBIN, C.; LECLERE, F. B.; SMITH, G. S. (2000): Socioeconomic Status and the Occurrence of Fatal and Nonfatal Injury in the United States. In: *American Journal of Public Health*, Vol. 90, No. 1: 70-77
- DÄUMER-SCHMIDT, U.; GALONSKA, H.; PREUSER, W. (1997): Psychologische Aspekte. In: Deutsche Fahrlehrer-Akademie e. V. (Hrsg.): *Mobilitätsbehinderte und Kraftfahrzeug. Fahrer – Fahrzeug – Führerschein*. Filderstadt: Deutsche Fahrlehrer-Akademie e. V., 93-110
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. (2007): European strategies for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: World Health Organization, [[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf), aufgerufen am 08.12.2011]
- DAMBECK, H. (2011): Warum eine Helmpflicht Radfahrern wenig hilft. In: Spiegel Online vom 19.10.2011, [<http://www.spiegel.de/auto/aktuell/o,1518,792690,00.html>, aufgerufen am 20.10.2011]
- DARKENWALD, G. G. (1980): Continuing Education and the Hard-to-Reach Adult. In: *New Directions for Continuing Education*, 8: 1-10
- DARKENWALD, G. G.; LARSON, G. A. (1980): What We Know About Reaching Hard-to-Reach Adults. In: *New Directions for Continuing Education*, 8: 87-92
- DECKL, S. (2011): Armutsgefährdung und soziale Ausgrenzung. In: Statistisches Bundesamt [Destatis], Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung [WZB] (Hrsg.): *Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Band 1. Wiesbaden, Berlin: Destatis, WZB, 151-161
- Department for the Environment, Transport and the Regions [DETR] (2000): *Tomorrow's roads: safer for everyone*. London: DETR, [[http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft\\_rdsafety/documents/page/dft\\_rdsafety\\_504644.pdf](http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_rdsafety/documents/page/dft_rdsafety_504644.pdf), aufgerufen am 28.01.2005]
- Department of Transport (o. J. a): *Social exclusion and the provision of public transport –*

- Main report. London: DFT, [<http://www.liftshare.com/business/pdfs/dft-social%20exclusion.pdf> aufgerufen am 16.11.2011]
- Department for Transport (o. J. b): Tackling the road safety implications of disadvantage. London: DFT, [[www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft\\_rd\\_safety/documents/pdf/dft\\_rdsafety\\_pdf\\_507996.pdf](http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_rd_safety/documents/pdf/dft_rdsafety_pdf_507996.pdf), aufgerufen am 02.02.2005]
- Department for Transport [DFT] (2002): Child Road Safety. Achieving the 2010 Target. London: DFT, [[http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft\\_rdsafety/documents/page/dft\\_rdsafety\\_029679.pdf](http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_rdsafety/documents/page/dft_rdsafety_029679.pdf), aufgerufen am 28.01.2005]
- Department for Transport [DFT] (2004): Tomorrow's roads – safer for everyone: The first three year review. London: DFT, [[http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft\\_rdsafety/documents/page/dft\\_rdsafety\\_028165.pdf](http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_rdsafety/documents/page/dft_rdsafety_028165.pdf), aufgerufen am 28.01.2005]
- Department for Transport [DFT] (2006): Young people and transport: Their needs and requirements. London: DFT, [<http://www.dft.gov.uk/pgr/inclusion/childrenandyoungpeople/youngpeoplesneeds>, aufgerufen am 20.12.2011]
- Department for Transport [DFT] (2009): Improving road safety for pedestrians and cyclists in Great Britain. London: DFT, [<http://www.nao.org.uk/idoc.ashx?docId=57860320-1479-4ea1-9140-c8b00b8cc38c&version=-1>, aufgerufen am 01.07.2009]
- DESAPRIYA, E.; SONES, M.; RAMANZIN, T.; WEINSTEIN, S.; SCIME, G.; PIKE, I. (2011): Injury prevention in child death review: Child pedestrian fatalities. In: Injury Prevention, Vol. 17, Issue Suppl.: 14-19
- DESFORGES, Ch.; ABOUCHAAR, A. (2003): The Impact of Parental Involvement, Parental Support and Family Education on Pupil Achievement and Adjustment: A Literature Review. Research Report No. 433, Alberta: Queen's Printer
- Deutsche Fahrlehrerakademie (1997): Mobilitätsbehinderte und Kraftfahrzeug. Fahrer, Fahrzeug, Führerschein. Stuttgart: Deutsche Fahrlehrerakademie
- Deutscher Verkehrssicherheitsrat e. V. (2002): Drogen und Medikamente im Straßenverkehr. Faktensammlung. Bonn: Deutscher Verkehrssicherheitsrat, [[http://www.start-klaar.eu/serv/download/DVR\\_Faktensammlung\\_Drogen\\_und\\_Straassenverkehr.pdf](http://www.start-klaar.eu/serv/download/DVR_Faktensammlung_Drogen_und_Straassenverkehr.pdf), aufgerufen am 15.11.2011]
- Deutscher Verkehrssicherheitsrat e. V. (2009): Moderatoreninfo: Ältere Verkehrsteilnehmer. DVR-Informationen zu den Senioren-Programmen, Nr. 6: 1-12
- Deutsche Verkehrswacht (2011): Kindersitze im Auto besser gesichert als im Vorjahr, [<http://www.verkehrswacht-medien-service.de/index.php?id=890&type=88> aufgerufen am 21.12.2011]
- Deutsche Verkehrswacht (o. J.): Zur Neupositionierung der schulischen Verkehrserziehung. Bonn: Deutsche Verkehrswacht, [[www.lernwerkstatt.de/pic/article/experten/beitrag/Textmakra.pdf](http://www.lernwerkstatt.de/pic/article/experten/beitrag/Textmakra.pdf), aufgerufen am 01.03.2002]
- Deutsches Institut für Urbanistik (2008): Fahr- und Sicherheitstraining für geistig behinderte Schüler. Eine Förderschule wird mobil, [<http://www.nationaler-radverkehrsplan.de/praxisbeispiele/anzeige.phtml?id=2083>, aufgerufen am 13.09.2011]
- DIEZ ROUX, A. V. (2004): Estimating neighborhood health effects: the challenges of causal inference in a complex world. In: Social Science & Medicine 58: 1953-1960
- DISSANAYAKE, D.; ARYAIJA, J.; WEDAGAMA, P. (2009): Modelling the effects of land use and temporal factors on child pedestrian casualties. In: Accident Analysis and Prevention 41: 1016-1024
- DLUGOSCH, G. E.; DAHL, Chr. (2011): Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit bei der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter. In: Die BKK, Heft 06: 360-364
- DORDEL, S. (1998): Ätiologie und Symptomatik motorischer Defizite und Auffälligkeiten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen – Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 98-113
- DOSTAL, G.; DOSTAL, A. W. T. (1996): Verkehrssicherheitsprobleme infolge von Zuwanderung. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 66. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

- DOWSWELL, T.; TOWNER, E. (2002): Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood: a systematic review. In: Health Education Research, Vol. 17, No. 2: 221-237
- DOWSWELL, T.; TOWNER, E.; SIMPSON, G.; JARVIS, S. N. (1996): Preventing childhood unintended injuries – what works? A literature review. In: Injury Prevention, 2: 140-149
- DRÄGER, J. (2008): Neusprech: Sozial schwach und bildungsferne Schichten. Spiegel Online vom 08.04.2008, [<http://www.zeitgeistlos.de/zgblog/2008/neusprech-sozial-schwach-bildungsferne-schichten>, aufgerufen am 13.04.2011]
- DRAGANO, N.; LAMPERT, Th.; SIEGRIST, J. (2009): Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? In: Sacgverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Wiesbaden: VS Verlag, 13-50
- DUNBAR, G.; HOLLAND, C. A.; MAYLOR, E. A. (2004): Older Pedestrians: A Critical Review of the Literature. Road Safety Report No. 37. London: Department for Transport
- EDWARDS, P.; GREEN, J.; ROBERTS, I.; GRUNDY, C.; LACHOWYCZ, K. (2006a): Deprivation and Road Safety in London. A report to the London Safety Unit, [<http://www.tfl.gov.uk/assets/downloads/deprivation-and-road-safety.pdf>, aufgerufen am 10.08. 2009]
- EDWARDS, P.; GREEN, J.; ROBERTS, I.; LUTCHMUN, S. (2006b): Deaths from injury in children and employment status in family: analysis of trends in class specific death rates. In: BMJ, Vol. 333: 119-122
- ELLSÄSSER, G. (2010): Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- ELLSÄSSER, G.; BÖHM, A.; KUHN, J.; LÜDECKE, K.; ROJAS, G. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern – Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen, [[http://www.zit-bb.de/sixcms/media.php/4055/kipra\\_seu.pdf](http://www.zit-bb.de/sixcms/media.php/4055/kipra_seu.pdf), aufgerufen am 14.12.2011], Erschienen in: Kinderärztliche Praxis 73: 248-257
- ELVIK, R. (2003): How would setting policy priorities according to cost-benefit analyses affect the provision of road safety? In: Accident Analysis and Prevention, 35: 557-570
- ENGELS, D. (2006): Lebenslagen und soziale Exklusion. Thesen zur Reformulierung des Lebenslagenkonzepts für die Sozialberichterstattung. In: Sozialer Fortschritt, 55. Jg., Heft 5 (Mai): 109-117
- European Child Safety Alliance (2010): Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion: Addendum 2010. Amsterdam: Eurosafe
- European Transport Safety Council [ETSC] (2007): Social and economic consequences of road traffic injury in Europe. Brussels: ETSC, [<http://www.etsc.eu/documents/Social%20and%20economic%20consequences%20of%20road%20traffic%20injury%20in%20Europe.pdf> aufgerufen am 12.02.2008]
- EVANS, R. G.; STODDART, G. L. (1994): Producing health, consuming health care. In: EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, Th. R. (EDS.): The Determinants of Health of Populations. Hawthorne: Aldine de Gruyter, 28-63
- FACTOR, R.; KAWACHI, I.; WILLIAMS, D. R. (2011): Understanding high-risk behavior among non-dominant minorities: A social resistance framework. In: Social Science and Medicine, Vol. 73, No. 9: 1292-1301
- FACTOR, R.; MAHALEL, D.; YAIR, G. (2007): The social accident: A theoretical model and a research agenda for studying the influence of social and cultural characteristics on motor vehicle accidents. In: Accident Analysis and Prevention 39: 914-921
- FACTOR, R.; MAHALEL, D.; YAIR, G. (2008): Inter-group differences in road-traffic crash involvement. In: Accident Analysis and Prevention 40: 2000-2007
- FACTOR, R.; YAIR, G.; MAHALEL, D. (2010): Who by Accident? The Social Morphology of Car Accidents. In: Risk Analysis, Vol. 30, No. 9: 1411-1423

- FACTOR, R.; YAIR, G.; MAHALEL, D. (2011): Acciphilia on the Road: An Analysis of Severe Collisions. *Journal of Safety Research*, Vol. 42, Issue 5: 367-374
- FAELKER, T.; PICKETT, W.; BRISON, R. (2000): Socioeconomic differences in childhood injury: a population based epidemiologic study in Ontario, Canada. In: *Injury Prevention*, 6: 203-208
- FASTENMEIER, W.; LEHNIG, U. (2006): Fehlerhafte Nutzung von Kinderschutzsystemen in Pkw. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit*, Heft M 178, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- FERRANDO, J.; RODRIGUEZ-SANZ, M.; BORELL, C.; MARTINEZ, V.; PLASENCIA, A. (2005): Individual and contextual effects in injury morbidity in Barcelona (Spain). In: *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 37, Issue 1: 85-92
- FLANAGAN, S. M.; HANCOCK, B. (2010): 'Reaching the hard to reach' – lessons learned from the VCS (Voluntary and Community Sector). A qualitative study. In: *BMC Health Services Research*, 10: 92-100
- FLEURY, D.; PEYTAVIN, J. F.; ALAM, T.; BRENAC, T. (2010): Excess accident risk among residents of deprived areas. In: *Accident Analysis and Prevention* 42, 6: 1653-1660
- FRANKE, A. (2011): Salutogenetische Perspektive. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung A – Z, [[http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-164.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-164.html), aufgerufen am 16.12.2011]
- FREDERSDORF, F.; HECKMANN, W. (2010): *Der T-Faktor. Mäßigungskonzepte in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- FREIMUTH, V. S.; METTGER, W. (1990): 'Is there a hard-to-reach audience?' In: *Public Health Reports* 105, Nr. 3: 232-238
- FRIEDRICH, L. (2008): Wohnen und innerstädtische Segregation von Migranten in Deutschland. Working Paper 21 der Forschungsgruppe des Bundesamtes. Aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 4. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, [[http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp21-wohnen-innerstaedtische-segregati-on.pdf;jsessionid=AA8D6A17B3ED7266320C2DF741A0098F.2\\_cid111?\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp21-wohnen-innerstaedtische-segregati-on.pdf;jsessionid=AA8D6A17B3ED7266320C2DF741A0098F.2_cid111?_blob=publicationFile), aufgerufen am 01.09.2009]
- FUNK, W. (2006): In Schule, um Schule und um Schule herum. Impulse für eine kommunal vernetzte schulische Verkehrserziehung. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 1/2006. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie, [Download möglich unter [http://www.ifes.uni-erlangen.de/pub/pdf/m\\_1\\_2006.pdf](http://www.ifes.uni-erlangen.de/pub/pdf/m_1_2006.pdf)]
- FUNK, W. (2003): Die Potentiale kommunal vernetzter Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder. Überarbeiteter Vortrag auf dem Symposium „Vernetzte Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder im Erftkreis“, am Dienstag 10.12.2002, Rathaus Brühl. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 1/2003. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie [Download möglich unter [http://www.ifes.uni-erlangen.de/pub/pdf/m\\_1\\_2003.pdf](http://www.ifes.uni-erlangen.de/pub/pdf/m_1_2003.pdf)]
- FUNK, W.; SCHNEIDER, A. H.; ZIMMERMANN, R.; GRÜNINGER, M. (2012): Mobilitätsstudie Fahranfänger. Entwicklung der Fahrleistung und Autobenutzung am Anfang der Fahrkarriere. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit*, Heft M 220, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- FUNK, W.; WIEDEMANN, A.; REHM, B. (2002): Verkehrssicherheit von ausländischen Arbeitnehmern und ihren Familien. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit*, Heft M 136. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- GEE, G. C.; PAYNE-STURGES, D. C. (2004): Environmental Health Disparities: A Framework Integrating Psychosocial and Environmental Concepts. In: *Environmental Health Perspective*, Vo. 112, No. 17: 1645-1653
- GEENE, R.; ROSENBROCK, R. (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: GOLD, C.; LEHMANN, F.: *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 46-75

- GERMENI, E.; KALAMPOKI, V.; TERZIDIS, A.; PETRIDOU, E. (2008): Development, Implementation & Evaluation of a School-Based Helmet Promotion Program, [[http://www.euroipn.org/apollo/documents/APOLLO%20SWP5.6%20REPORT\\_final.pdf](http://www.euroipn.org/apollo/documents/APOLLO%20SWP5.6%20REPORT_final.pdf), aufgerufen am 16.11.2011]
- GERVAIS, M.-C.; CONCHA, N. (2008): Working with Communities to Reduce Road Traffic Injury Inequalities in London. Evaluation of Demonstration Projects, [<http://ethnos.co.uk/Generic-Final-Evaluation-Report-Ethnos-6-Nov-08.pdf>, aufgerufen am 11.11.2011]
- GEYER, S.; PETER, R. (1998): Unfallbedingte Krankenhausaufnahmen von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status – Befunde mit Daten einer nordrhein-westfälischen AOK. In: *Gesundheitswesen* 60: 493-499
- GOLD, C., BRÄUNLING, S., GEENE, R., KILIAN, H., SADOWSKI, U., WEBER, A. (2010): *Gesunde Lebenswelten schaffen. Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 2.* Berlin: Gesundheit Berlin
- GOLD, C.; KOESLING, St.; LEHMANN, F.; NIEDERBÜHL, K.; PLOGSTIESS, U.; STENDER, K.-P. (2012): Die Handlungsempfehlungen zur Stärkung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in belasteten Lebenslagen. In: GOLD, C.; LEHMANN, F.: *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 17-44
- GOLD, C.; LEHMANN, F. (2012): Einleitung. In: GOLD, C.; LEHMANN, F.: *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 10-15
- GOTSSENS, M.; MARI-DELL'OLMO, M.; MARTINEZ-BENEITO, M. A.; PEREZ, K.; PASARIN, M. I.; DAPONTE, A.; PUIGPINOS-RIERA, R.; RODRIGUEZ-SANZ, M.; AUDICANA, C.; NOLASCO, A.; GANDARILLAS, A.; SERRAL, G.; DOMINGUEZ-BERJON, F.; MARTOS, C.; BORELL, C. (2011): Socio-economic inequalities in mortality due to injuries in small areas of ten cities in Spain (MEDEA Project). In: *Accident Analysis and Prevention* 43: 1802-1810
- GRAHAM, D.; GLAISTER, S. (2003): Spatial Variation in Road Pedestrian Casualties: The Role of Urban Scale, Density and Land-use Mix. In: *Urban Studies*, Vol. 40, No. 8, 1591-1607
- GRAHAM, D.; GLAISTER, S.; ANDERSON, R. (2005): The effects of area deprivation on the incidence of child and adult pedestrian casualties in England. In: *Accident Analysis & Prevention* Vol. 37, Issue 1: 125-135
- GRAHAM, D. J. STEPHENS, D. A. (2008): Decomposing the impact of deprivation on child pedestrian casualties in England. In: *Accident Analysis and Prevention* 40: 1351-1364
- GRAHAM, H. (2004): Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. In: *The Milbank Quarterly*, Vol. 82, No. 1: 101-124
- GRAHAM, H.; KELLY, M. P. (2004): Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Briefing Paper. London: Health Development Agency [[http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoport/TextosCompleto/health\\_inequalities\\_concepts\\_framework\\_and\\_policy.pdf](http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoport/TextosCompleto/health_inequalities_concepts_framework_and_policy.pdf), aufgerufen am 08.12.2011]
- GRAHAM, T. (2002a): Road Safety and Social Inclusion. Development Department Research Programme. Research Findings No. 141. Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit
- GRAHAM, T. (2002b): Road Safety and Social Inclusion [<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/46951/0030610.pdf>, aufgerufen am 28.01.2005]
- GRAYLING, T.; HALLAM, K.; GRAHAM, D.; ANDERSON, R.; GLAISTER, St. (2002): *Streets ahead. Safe and liveable streets for children.* London: Institute for Public Policy Research
- GREEN, J.; MUIR, H.; MAHER, M. (2011): Child pedestrian casualties and deprivation. In: *Accident Analysis and Prevention* 43: 714-723

- GROENEMEYER, A. (1999): Armut. In: ALBRECHT, G.; GROENEMEYER, A.; STALLBERG, F. W. (Hrsg.): Handbuch Soziale Probleme. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 271-318
- GROSSMANN, R.; SCALA, K. (1999): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 2. Aufl., Schwabenheim a. d. Stelz: Verlag Peter Sabo, 100-101
- GULDBRANDSSON, K.; BREMBERG, S. (2004): A study of safety-promoting activities for children and adolescents in 25 Swedish municipalities. In: Health Promotion International, Vol. 19, No. 2: 215-226
- HABICH, R. (2011): Soziale Lagen und soziale Schichtung. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg.): Datenreport 2011, ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Band I. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 173-179
- HADDAK, M.; POCHE, P.; LICAJ, I.; VARI, J.; MIGNOT, D. (2010): Socio-spatial inequalities in road traffic risk and daily travel in adolescence. 12<sup>th</sup> World Conference Transport Research. Lisbon, Portugal, [<http://intranet.imet.gr/Portals/0/UsefulDocuments/documents/01688.pdf>, aufgerufen am 16.11. 2011]
- HAFENGER, B. (2007): Soziale Benachteiligung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl., Baden Baden: Nomos, 843
- HARMS, L. (2007): Mobilität ethnischer Minderheiten in den Stadtgebieten der Niederlande. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften, 2007/II: 78-94
- HARRIS, A.; GOODALL, J. (2007): Engaging Parents in Raising Achievement. Do Parents Know They Matter? Research Report DCSF-RW004. London: Department for Children, Schools and Families, [[http://wiki.ict-register.net/images/0/0a/July\\_07\\_Every\\_parent\\_matters.pdf](http://wiki.ict-register.net/images/0/0a/July_07_Every_parent_matters.pdf) aufgerufen am 16.11.2011]
- HARTUNG, S.; KLUWE, S.; SAHRAI, D. (2009): „Neue Wege in der Elternarbeit.“ Evaluation von Elternbildungsprogrammen und weiterführende Ergebnisse zur präventiven Elternarbeit. Kurzbericht Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, [[http://www.lionsquest.de/fileadmin/content/Lions-Quest/Evaluationen/Neue\\_Wege\\_in\\_der\\_Elternarbeit\\_2009.pdf](http://www.lionsquest.de/fileadmin/content/Lions-Quest/Evaluationen/Neue_Wege_in_der_Elternarbeit_2009.pdf), aufgerufen am 18.11. 2011]
- HARTUNG, S.; KLUWE, S.; SAHRAI, D. (2011): Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Elternarbeit in Kitas, Schule und Familienhilfe. In: SCHOTT, Th.; HORNBERG, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 599-617
- HASSELBERG, M.; LAFLAMME, L. (2005): The social patterning of injury repetitions among young car drivers in Sweden. In: Accident Analysis and Prevention 37: 163-168
- HASSELBERG, M.; LAFLAMME, L.; RINGBÄCK WEITOFT, G. (2001): Socioeconomic differences in road traffic injuries during childhood and youth: a closer look at different kinds of road user. In: Journal of Epidemiology & Community Health, 55: 858-862
- HASSELBERG, M.; VAEZ, M.; LAFLAMME, L. (2005): Socioeconomic aspects of the circumstances and consequences of car crashes among young adults. In: Social Science and Medicine, Vol. 60, Issue 2: 287-295
- HAUTZINGER, H., TASSAUX-BECKER, B., HAMACHER, R. (1996): Verkehrsunfallrisiko in Deutschland. Verkehrsmobilität in Deutschland zu Beginn der 90er Jahre. Band 5. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft M 58. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- HAYES, M.; TOWNER, E.; TOWNER, J.; PILKINGTON, P.; WARD, H. (2008): Widening the Reach of Road Safety – Emerging Practice in Road Safety in Disadvantaged Communities: Practitioners' Guide. Road Safety Report No. 97, [<http://www.dft.gov.uk/pgr/roadsafety/dpp/neighbourhoodroadsafety/wideningthereach.pdf>, aufgerufen am 16.11.2011]
- HBSC-TEAM Deutschland (2012): Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Verletzungen von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

- HELLMEIER, W.; BRAND, H.; LAASER, U.; HORT, A. (1998): Epidemiologische Verfahren in den Gesundheitswissenschaften. In: HURRELMANN, K.; LAASER, U. (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa, 231-257
- HENDRIE, D.; MILLER, T. R.; ORLANDO, M.; SPICER, R. S.; TAFT, C.; CONSUNJI, R.; ZALOSHNA, E. (2004): Child and family safety device affordability by country income level: a 18 country comparison. In: *Injury Prevention*, Vol. 10: 338-343
- HENNING, H.-J.; LANGE, C.; CHASELON, F. (1996): Verkehrsbiographische Entwicklungstypen junger Fahrer. In: Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.): *Junge Fahrer und Fahrerinnen. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit*, Heft M 52. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 104-118
- HESSE, M., SCHEINER, J. (2007): Suburbane Räume – Problemquartiere der Zukunft? In: *Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften* 46 (2): 35-48
- HIELSCHER, H.; STÖPPLER, R. (2008): Verkehrssicherheit für Menschen mit Behinderungen. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. 4. Aufl., Bonn: Deutscher Verkehrssicherheitsrat
- HILL, A. B. (1965): The Environment and Disease: Association or Causation? In: *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Vol. 58: 295-300
- HILL, D. W. (o. J.): Marketing community colleges: Reaching hard to reach populations. [<http://www.cihe.co.uk/wp-content/uploads/0802HillHardMarketing.pdf>, aufgerufen am 17.11.2011]
- HILLEMEIER, M. M.; LYNCH, J.; HARPER, S.; CASPER, M. (2003): Measuring contextual characteristics for community health – Measurement Issues in Social Determinants. In: *Health Services Research*, 38: 1645-1717
- HILLMANN, K.-H. (2007): *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Kröner
- HILSE, H.-G. (1995): Verkehrsüberwachung („Enforcement“). In: HILSE, H.-G., SCHNEIDER, W. (Hrsg.): *Verkehrssicherheit. Handbuch zur Entwicklung von Konzepten*, Stuttgart u. a.: Boorberg, 300-322
- HÖLLING, H.; ERHART, M.; RAVENS-SIEBERER, U.; SCHLACK, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 50, Heft 5/6, 784-793
- HOHENADEL, D.; PORSCHE, K. M.; SELIGER, A. (1985): *Ausländische Kinder im Straßenverkehr. Erfahrungen auf lokaler Ebene mit Verkehrserziehung und Verkehrsaufklärung für ausländische Familien in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Daimler-Benz AG
- HOLLAND, C. A. (2001): *Older drivers: a review. Road Safety Research Report No. 25*. London: Department for Transport, Local Government and the Regions (DTLR)
- HOLLEDERER, A. (2000): Fußgänger- und Radfahrerunfälle im Kleinkindalter. In: *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 46. Jg., Heft 3: 101-1108
- HOLTE, H. (2010): Profile im Straßenverkehr verunglückter Kinder und Jugendlicher. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit*, Heft M 206, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- HONG, J.; LEE, B.; HA, E. H.; PARK, H. (2010): Parental socioeconomic status and unintentional injury deaths in early childhood: Consideration of injury mechanisms, age at death, and gender. In: *Accident Analysis and Prevention*, 42: 313-319
- HOPKIN, J.; SYKES, W.; GROOM, C.; KELLY, J. (2010): *A Qualitative Study of Drinking and Driving: Report on the Literature Review. Road Safety Research, Report No. 113*, London: Department for Transport
- HOPPE, R.; TEKAAT, A. (2005): Förderung der Verkehrssicherheit durch differenzierte Ansprache junger Fahrerinnen und Fahrer. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit*, Heft M 165. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- HOPPE, R.; TEKAAT, A. (2006): Risiko-Kommunikation mit jungen Fahrern und Mitfahrern zur Verbesserung der Verkehrssicherheit. In: *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 52. Jg., Heft 4: 189-193

- HORNBERG, C.; PAULI, A. (2007): Die soziale und räumliche Ungleichverteilung von Umweltbelastungen im Kontext von Kinderarmut in Deutschland. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin. Gesundheit Berlin, [[http://www.gesundheitberlin.de/download/Hornberg\\_Pauli.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Hornberg_Pauli.pdf), aufgerufen am 13.04.2011]
- HRADIL, St. (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: RICHTER, M.; HURRELMANN, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 35-54
- HUGUENIN, R. D. (2005): Traffic psychology in a (new) social setting. In: UNDERWOOD, G. (Ed.): Traffic and Transport Psychology: Theory and Application. Amsterdam: Elsevier, 3-14
- HUGUENIN, R. D. (2007): Verkehrspsychologie heute – ein Blick zurück und in die Zukunft. In: Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 53. Jg., Heft 2: 64-68
- HURRELMANN, K. (2000a): Gesundheitssoziologie. Weinheim: Beltz
- HURRELMANN, K. (2000b): Primäre Prävention und Gesundheitsförderung. In: SCHLACK, H. G. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit, Krankheit, Lebenswelten. München und Jena: Urban & Fischer, 57-63
- Initiative D21 (2008): (N)ONLINER Atlas 2008. Internetnutzung und Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin: Initiative D21
- Initiative D21 (2011): (N)onliner Atlas 2011. Eine Topografie des digitalen Grabens durch Deutschland. Nutzung und Nichtnutzung des Internets, Strukturen und regionale Verteilung. Berlin: Initiative D21
- ISTRE, G. R.; STOWE, M.; McCOY, M. A.; MOORE, B. J.; CULINCA, D.; WOMACK, K. N.; ANDERSON, R. J. (2011): A controlled evaluation of the WHO Safe Communities model approach to injury prevention: increasing child restraint use in motor vehicles. In: Injury Prevention 17: 3-8
- JANSEN, Th. (2009): Netzwerk „Verkehrssichere Städte und Gemeinden im Rheinland“. Vortragsfolien, Radverkehrskongress Berlin, 08.05.2009, [<http://edoc.difu.de/edoc.php?id=E3WJTH67>, aufgerufen am 13.12.2011]
- JÖCKEL, K.-H.; BABITSCH, B.; BELLACH, B.-M.; BLOOMFIELD, K.; HOFFMEYER-ZLOTNIK, J.; WINKLER, J.; WOLF, C. (Red.) (1997): Messung und Quantifizierung soziografischer Merkmale in epidemiologischen Studien. Ohne Ort, [[http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/\\_media/Empfehlungen\\_Epidemiologische\\_Studien.pdf](http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Empfehlungen_Epidemiologische_Studien.pdf), aufgerufen am 04.12.2011]
- JUAREZ, P.; SCHLUNDT, D. G.; GOLDZWEIG, I.; STINSON, N. (2006): A conceptual framework for reducing risky teen driving behaviors among minority youth. In: Injury Prevention, Vol. 12, Supplement I: i49-i55
- JUNGBAUER-GANS, M.; GROSS, Chr. (2006): Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In: RICHTER, M.; HURRELMANN, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 73-89
- KABA-SCHÖNSTEIN, L. (2011): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung A – Z, [[http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-200.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-200.html), aufgerufen am 16.12.2011]
- KABA-SCHÖNSTEIN, L.; GOLD, C. (2011): Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung A – Z, [[http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-192.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-192.html), aufgerufen am 14.11.2011]
- KAHL, H.; DORTSCHY, R.; ELLSÄSSER, G. (2007): Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 50, Heft 5/6: 718-727
- KAIL, E.; IRSCHIK, E. (2007): Handlungsansätze einer quartiersbezogenen Mobilitätsgestaltung in Wien – Gender-Mainstreaming-Pilotbezirk Mariahilf. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften, Vol. 46: 95-110
- KALAMPOKI, V.; GERMENI, E.; SEGUI-GOMEZ, M.; NEGRI, E. (o. J.): How To Overcome The Barriers to Implement Recommendations for Youth Injury Prevention: The Case of Road Traffic Injuries, [<http://www.euroipn.org/apollo/>

- documents/D3.3\_How%20to%20overcome%20barriers%20to%20implement%20recommendations%20for%20youth\_FINAL.pdf, aufgerufen am 16.11. 2011]
- KALATHIL, J. (o. J.): "Hard to Reach"? Race, Minority Ethnic Communities and User Involvement in Mental Health, [[http://www.britisoc.co.uk/NR/rdonlyres/CD839C71-FA5F-4F34-8608-D9BF33870BF1/0/Jayasree\\_Kalathil\\_Hard\\_to\\_Reach\\_MHSS.doc](http://www.britisoc.co.uk/NR/rdonlyres/CD839C71-FA5F-4F34-8608-D9BF33870BF1/0/Jayasree_Kalathil_Hard_to_Reach_MHSS.doc) aufgerufen am 17.11.2011]
- KASPER, B.; REUTTER, U.; SCHUBERT, S. (2007): Verkehrsverhalten von Migrantinnen und Migranten – eine Gleichung mit vielen Unbekannten. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften, Vol. 46: 62-77
- KASTILAN, S. (2011): Fahrradhelm. In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Nr. 42 vom 23.02.2011: 63
- KENNEWEG, W. (1996): Kinderunfälle im Straßenverkehr. Hearing vom 28. Mai 1996, Stadt Dortmund: Straßenverkehrsamt
- KILIAN, H.; BRANDES, S.; KÖSTER, M. (2008): Die Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Handlungsfelder, Akteure und Qualitätssicherung. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 8, Heft 2: 17-26
- KILIAN, H.; WRIGHT, M. T. (2012): Partizipation in der Gesundheitsförderung. In: GOLD, C.; LEHMANN, F.: Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 76-83
- KLICHE, T. und Team (2009): Gesundheit in der Kita fördern! Sachgerechte Ansatzpunkte nach der BeGKi-Studie der BZgA. Präsentation auf der Fachtagung der HAG „Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung stärken – Herausforderungen für die Lebenswelten Stadtteil, Schule und Kita“, Hamburg, 30.03.2009, [<http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/411.pdf>, aufgerufen am 10.01.2012]
- KLOCKE, A.; LAMPERT, Th. (2005): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4, überarbeitete Neuauflage, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut
- KÖRMER, C.; SMOLKA, D. (2008): Injuries to Vulnerable Road Users Including Falls in Pedestrians in the EU. Injury Data Report. Wien: Kuratorium für Verkehrssicherheit
- Kompaktlexikon Medizin (2004): 3. Aufl., München: Urban & Fischer
- KOPEINIG-KNEISSL, M.; RAMSKOGLER, K.; FISCHER, P.; KASPER, S. (2004): Risikofaktor Alter im Straßenverkehr. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, Vol. 5, Nr. 1: 24-27
- KRISTENSEN, P.; KRISTIENSEN, T.; REHN, M.; GRAVSETH, H. M.; BJERKEDAL, T. (2011): Social inequalities in road traffic deaths at age 16-20 years among all 611 654 Norwegians born between 1967 and 1976: a multilevel analysis. In: Injury Prevention, Vol. 18, No. 1: 3-9
- KUHN, J.; BOLTE, G. (2011): Epidemiologie und Sozialepidemiologie. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung A – Z, [[http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-98.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-98.html), aufgerufen am 16.12.2011]
- KUHN, J.; HEISSENHUBER, A.; WILDNER, M. (2004): Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Begriffe, Methoden, Beispiele. Handlungshilfe: GBE-Praxis 2. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
- KUHR, D.; BLECHSCHMIDT, P. (2010): Profiling an Flughäfen – Justizministerin warnt vor „Stigmatisierung“ von Passagieren. In: Süddeutsche Zeitung vom 29.12.2010
- LAASER, U., HURRELMANN, K. (1998): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: HURRELMANN, K., LAASER, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Neuausgabe. Weinheim und München: Juventa, 395-424
- LABONTÉ-ROSET, C. (2010): Hard to reach? Zur Erreichbarkeit von sozialen und psychosozialen Einrichtungen durch Personen mit Migrationshintergrund. In: LABONTÉ-ROSET, C.; HOEFERT, H.-W.; CORNEL, H. (Hrsg.): Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der sozialen Arbeit. Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Sozialer Arbeit, Band 9. Berlin: Schibri, 12-23

- LAFLAMME, L.; BURROWS, S.; HASSELBERG, M. (2009): Socioeconomic differences in injury risks. A review of findings and a discussion of potential countermeasures. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- LAFLAMME, L.; DIDERICHSEN, F. (2000): Social differences in traffic injury risks in childhood and youth – a literature review and a research agenda. In: *Injury Prevention* 6: 293-298
- LAFLAMME, L.; EILERT-PETERSSON, E. (2001): Injury risks and socioeconomic groups in different settings. Differences in morbidity between men and between women at working ages. In: *European Journal of Public Health* 11: 309-313
- LAFLAMME, L.; ENGSTRÖM, K. (2002): Socioeconomic differences in Swedish children and adolescents injured in road traffic incidents: cross sectional study. In: *British Medical Journal* 324: 396-397
- LAFLAMME, L.; HASSELBERG, M.; BURROWS, S. (2010): 20 Years of Research on Socioeconomic Inequality and Children's – Unintentional Injuries Understanding the Cause-Specific Evidence at Hand. In: *International Journal of Pediatrics*. E-Publication, [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC20706660/?tool=pubmed>, aufgerufen am 17.12.2011]
- LAFLAMME, L.; HASSELBERG, M.; BURROWS, S. (2009): Social inequalities in health risks related to unintentional injuries among children. In: *World Health Organization Europe (Ed.): Environment and health risks: the influence and effects of social inequalities. Report of an expert group meeting. Bonn/Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 36-39*, [[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/115364/E93037.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/115364/E93037.pdf), aufgerufen am 17.11.2011]
- LAFLAMME, M.; HASSELBERG, M.; REIMERS, A.-M.; TRICAI CAVALINI, L.; PONCE de LEON, A. (2009a): Social determinants of child and adolescent traffic-related and intentional injuries: A multilevel study in Stockholm County. In: *Social Science and Medicine* 68: 1826-1843
- LAFLAMME, L., SETHI, D., BURROWS, S., HASSELBERG, M., RACIOPPI, F., APFEL, F. (2009b): Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing. Copenhagen: World Health Organization (WHO):
- LAFLAMME, L.; VAEZ, M. (2007): Car crash injury among young drivers: contribution of social, circumstantial and car attributes. In: *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, Vol. 14, No. 1: 5-10
- LAFLAMME, L.; VAEZ, M.; HASSELBERG, M.; KULLGREN, A. (2005): Car Safety and social differences in traffic injuries among young adult drivers: a study of two-car injury-generating crashes in Sweden. In: *Safety Science*, Vol. 43, Issue: 1: 1-10
- LALLOO, R.; SHEIHAM, A.; NAZROO, J. Y. (2003): Behavioral characteristics and accidents: findings from the Health Survey for England, 197. In: *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 35: 661-667
- LAMPERT, Th.; HAGEN, Chr.; HEIZMANN, B. (2010): *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut
- LAMPERT, Th.; KROLL, L. E. (2006): Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: RICHTER, M.; HURRELMANN, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 297-319
- LAMPERT, Th.; KROLL, L. E.; KUNTZ, B.; ZIESE, Th. (2011): *Gesundheitliche Ungleichheit*. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg.): *Datenreport 2011, Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Band II*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 247-258
- LAMPERT, Th.; KURTH, B.-M. (2007): Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 104, Heft 43: A2944-A2949
- LAMPERT, Th.; MENSINK, G. B. M.; ROMAHN, N.; WOLL, A. (2007): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 50, Heft 5/6: 634-642

- LAMPERT, Th.; MIELCK, A. (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit: Eine Herausforderung für Forschung und Politik. In: G+G Wissenschaft, Jg. 8, Heft 2: 7-16
- LAMPERT, Th.; RICHTER, M. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: RICHTER, M.; HURRELMANN, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 209-230
- LAMPERT, Th.; SASS, A.-C.; HÄFELINGER, M.; ZIESE, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, [[http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Ge\\_sundheitsberichterstattung/GBE\\_DownloadsB/Armut,templated=raw,property=publicationFile.pdf/Armut.pdf](http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Ge_sundheitsberichterstattung/GBE_DownloadsB/Armut,templated=raw,property=publicationFile.pdf/Armut.pdf), aufgerufen am 14.06.2011]
- LAMPERT, Th.; SCHENK, L.; STOLZENBERG, H. (2002): Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Gesundheitswesen, 64. Jg., Sonderheft 1: S48-S52
- LAMPERT, Th.; ZIESE, Th. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut, [[http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut\\_soziale\\_ungleichheit\\_und\\_gesundheit.pdf](http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut_soziale_ungleichheit_und_gesundheit.pdf), aufgerufen am 13.04.2011]
- Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e. V. (o. J.): Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil, [<http://www.lags.de/index.php?id=222>, aufgerufen am 16.11.2011]
- LEHMANN, F. (2009): Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland. In: RICHTER, M.; HURRELMANN, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 441-457
- LEHMANN, F.; GEENE, R.; KABA-SCHÖNSTEIN, L.; BRANDES, S.; KÖSTER, M.; KILIAN, H.; STEINKÜHLER, J.; BARTSCH, G.; LINDEN, S. (2007): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung konkret, Band 5, 3. erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- LENGUERRAND, E.; MARTIN, J.-L.; CHIRON, M.; LAGARDE, E.; LAUMON, B. (2008): Road Crash Involvement and Professional Status: A Prospective Study using the French GAZEL Cohort. In: Accident Analysis and Prevention 40: 126-136
- LI, X.; SUNDQUIST, S.; JOHANSSON, S.-E. (2008): Effects of neighbourhood and individual factors on injury risk in the entire Swedish population: a 12-month multilevel follow-up study. In: European Journal of Epidemiology, 23: 191-203
- LICAJ, I.; HADDAK, M. (o. J.): Mesure des disparités sociales et accidents corporels de la route chez les jeunes, [[http://afitl.ish-lyon.cnrs.fr/tl\\_files/documents/vie-association/journee-doctorale/presentations2009/ldir\\_Licaj.pdf](http://afitl.ish-lyon.cnrs.fr/tl_files/documents/vie-association/journee-doctorale/presentations2009/ldir_Licaj.pdf), aufgerufen am 16.11.2011]
- LICAJ, I.; HADDAK, M.; HOURS, M.; CHIRON, M. (2011): Deprived neighborhoods and risk of road trauma (incidence and severity) among under 25 year-olds in the Rhône Departement (France). Journal of Safety Research, Vol. 42, Issue 3: 171-176
- LIMBOURG, M. (1998): Die Bedeutung von Familie und Freunden für Sicherheit und Gefahr im Kindes- und Jugendalter, [<http://www.uni-due.de/~qpd402/alt/texte.ml/Familie.html>, aufgerufen am 12.04.2011]
- LIMBOURG, M. (2008): Kinder unterwegs im Straßenverkehr. Düsseldorf: Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
- LIMBOURG, M. ; RAITHEL, J.; NIEBAUM, I.; MAIFELD, S. (2003): Mutproben im Kindes- und Jugendalter. In: SCHWEER, M. (Hrsg.): Das Jugendalter. Perspektiven pädagogisch-psychologischer Forschung. Berlin: Peter Lang, 81-108
- LIMBOURG, M.; REITER, K. (2010): Verkehrspsychologie. Verkehrspsychologische Gender-Forschung. In: STEINS, G. (Hrsg.): Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung. Wiesbaden: VS Verlag, 203-228

- LIS, K.; OLBERMANN, E.; KOENEN, C. von; WISNIEWSKI, G. (2011): Praxishandbuch Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk. Ein Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen. Dortmund: Institut für Gerontologie
- LOB-CORZILIUS, T.; WERMUTH, I.; HELLMANN, J.; PETERSEN, E.; BÖSE-O'REILLY, S. (2008): Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin. Eine umweltmedizinische Weiterqualifikation für medizinische Assistenzberufe. In: *Umweltmedizin in Forschung und Praxis* 13 (6): 373-378
- LÖHR, R.-P. (2004): Gesundheit, Armut und Stadtentwicklung. Kurzfassung des Vortrags, gehalten auf der Veranstaltung der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. „Nachbarschaft leben! Strategien der Gesundheitsförderung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen“, 29.04.2004. [<http://edoc.difu.de/edoc.php?id=QTA5GWX0>, aufgerufen am 08.11.2011]
- LOWE, C.; WHITFIELD, G.; SUTTON, L.; HARDIN, J. (2011a): Road User Safety and Disadvantage. Road Safety Research Report No. 123. London: Department for Transport
- LOWE, C.; WHITFIELD, G.; SUTTON, L.; HARDIN, J. (2011b): RSRR 123 Road User Safety and Disadvantage – Appendix 4: Partnership Working. In: LOWE, C.; WHITFIELD, G.; SUTTON, L.; HARDIN, J.: Road User Safety and Disadvantage. Road Safety Research Report No. 123. London: Department for Transport
- LU, T. H.; CHIANG, T. L.; LYNCH, J. W. (2005): What can we learn from international comparisons of social inequalities in road traffic injury mortality? In: *Injury Prevention* 11: 131-133
- LUDWIGS, St. (2011): Potenziale von Web 2.0 und Social Media für die gesundheitliche Aufklärung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Web 2.0 und Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung. Werkstattgespräche der BZgA mit Hochschulen. Band 16 Gesundheitsförderung Konkret. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- MACKENBACH, J. P. (2006): Health Inequalities: Europe in Profile. Rotterdam: University Medical Center Rotterdam, [[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4121584.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121584.pdf), aufgerufen am 08.12.2011]
- MALHOTRA, N.; HUTCHINGS, A.; EDWARDS, P. (2008): Does the decline in road traffic injury in London vary by ethnicity? In: *Injury Prevention*, 14: 333-337
- MASHTA, O. (2009): Children in deprived areas at most risk of road injuries. In: *BMJ* 2009; 339: b4397
- McGUIRE, L.; SMITH, N. (2000): Cycling safety: injury prevention in Oxford cyclists. In: *Injury Prevention* 6: 285-287
- MEEWES, V.; MAIER, R. (1995): Verkehrssicherheit und Straßengestaltung („Engineering“). In: HILSE, H.-G., SCHNEIDER, W. (Hrsg.): Verkehrssicherheit. Handbuch zur Entwicklung von Konzepten, Stuttgart u. a.: Boorberg, 180-247
- MERSMANN, H. (1998): Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen – Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 60-78
- MIELCK, A. (2011): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Internetausgabe. Köln: BZgA, [<http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=595e766942e1f7f58bcbd56682f46691&id=angebote&idx=165>, aufgerufen am 05.12.2011]
- MILBOURNE, L. (2002): Unspoken Exclusion: experiences of continued marginalisation from education among ‚hard to reach‘ groups of adults and children in UK. In: *British Journal of Education*, Vol. 23, No. 2: 287-305
- MILLWARD, L.; MORGAN, A.; KELLY, M. (2003): Prevention and reduction of accidental injury in children and other people. London: Health Development Agency
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen [MASGF] (1999): Einschüler in Branden-

- burg: Soziale Lage und Gesundheit 1999. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauendes Landes Brandenburg
- MOE, D. (1996): Junge Fahrerinnen und Fahrer, Risikoverhalten und Unfälle. In: Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.): Junge Fahrer und Fahrerinnen. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 52. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 127-131
- MOHAN, D.; TIWARI, G.; KHAYESI, M.; MUYIA NAFUKHO, F. (2006): Road traffic injury prevention training manual. Geneva: World Health Organization (WHO)
- MORRONGIELLO, B. A.; SCHELL, St. L. (2010): Child injury: The role of supervision in Prevention. In: American Journal of Lifestyle Medicine, Vol. 4, No. 1: 65-74
- MÜLLER, A. (2012): Soziale Exklusion. In: ECKARDT, F. (Hrsg.): Handbuch Stadtsoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 427-447
- MUELLER, B. A.; RIVARA, F. P.; LII, S.-M.; WEISS, N. S. (1990): Environment Factors And The Risk For Childhood Pedestrian-Motor Vehicle Collision Occurrence. In: American Journal of Epidemiology, Vol. 123, No. 3: 550-560
- National Highway Traffic Safety Administration [NHTSA] (1993): Commitment, Communication, Cooperation: Traffic Safety and Public Health Working Together to Prevent Traffic Injury. Washington, DC: NHTSA
- Neighbourhood Road Safety Initiative (2006): Interim Report to Project Board 28/02/06, [[http://www.nrsi.org.uk/nrsi/userimages/Interim report Persönliche Budget V2 Fahrerlaubnisse 06 no pics.doc](http://www.nrsi.org.uk/nrsi/userimages/Interim%20report%20Persönliche%20Budget%20Fahrerlaubnisse%2006%20no%20pics.doc), aufgerufen am 16.11.2011]
- NEUMANN, A.; JANSEN, T. (2005): Handlungsempfehlungen für die Einrichtung einer vernetzten Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder und Jugendliche auf kommunaler Ebene. Koordinierungsstelle „Vernetzte Verkehrssicherheitsarbeit im VRS“. Köln: Verkehrsverbund Rhein-Sieg
- NEUMANN-OPITZ, N.; BARTZ, R. (2011): Verkehrserziehungsprogramme in der Lehreraus-/fortbildung und deren Umsetzung im Schulalltag. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 216. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- OBERMAYR, B. (o. J.): Recherche des Zukunftszentrums zum Thema „Bildungsferne Gruppen“. Impulspapier. Zukunftszentrum Tirol. Ohne Ort, [[http://www.tu-was.com/tuwas/bildungstirol/recherchen\\_zukunftszentrum/bildungsferne.pdf](http://www.tu-was.com/tuwas/bildungstirol/recherchen_zukunftszentrum/bildungsferne.pdf), aufgerufen am 09.12.2011]
- PARK, K.; HWANG, S.-S.; LEE, J.-S.; KIM, Y.; KWON, S. (2010): Individual and Areal Risk Factors for Road Traffic Injury Deaths: Nationwide Study in South Korea. In: Asia-Pacific Journal of Public Health, Vol. 22: 320-331
- PAULS, H. (2010): Hard-to-reach – Gedanken zur Aporie des Alleingangs. In: LABONTÉ-ROSET, Chr.; HOEFERT, H.-W.; CORNEL, H. (Hrsg.): Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit. Berlin: Schibri, 94-106
- PEDEN, M.; SCURFIELD, R.; SLEET, D.; MOHAN, D.; HYDER, A. A.; JARAWAN, E.; MATHERS, C. (Eds.) (2004): World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization (WHO):
- PETRIDOU, E.; BARROW, M.; KENDRICK, D.; KUHN, K.; NEGRI, E.; MASANOTTI, G.; SEGUI-GOMEZ, M. (2007): Success Factors and Barriers of Implemented Good Interventions for the Prevention of Injuries. Athens: Center for Research and Prevention of Injuries (CE.RE.PR.I)
- PETRIDOU, E. T.; GERMENI, E. (2008): The European Code Against Injuries (ECAI): translating evidence into practice. In: Injury Prevention, Vol. 14, No. 5: 282-283
- PETRIDOU, E.; GERMENI, E.; DINAPOGIAS, A.; MANTI, E.; TSIRIGOTI, A. (2009): EKVU – Europäischer Kode zur Vermeidung von Unfällen. Einfache Botschaften, um ihr tägliches Leben sicherer zu machen. Athens: Center for Research and Prevention of Injuries (CE.RE.PR.I)
- PFEFFER, K.; FAGBEMI, H. P.; STENNET, S. (2010): Adult Pedestrian behavior when accompanying children on the route to school. In: Traffic Injury Prevention, Vol. 11, Issue 2: 188-193
- PLANITZER, S.; KÖRNER, C. (2009): Good and Promising Interventions for the Prevention of Injuries to Pedestrians and Two-wheelers – Inventory and Guidebook for the Health Sector. Wien: Kuratorium für Verkehrssicherheit

- PLASÈNCIA, A.; BORELL, C. (2001): Reducing socioeconomic inequalities in road traffic injuries: time for a policy agenda. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 55: 853-854
- PLESS, B. (2008): Action on injury: setting the agenda for children and young people in the UK. In: *Injury Prevention* 4: 1-3
- PLÜMER, K. D. (2012): Stigmatisierung, Empathie, Leitbilder – Worauf kommt es an? In: GOLD, C.; LEHMANN, F.: *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 112-120
- POCHOBRADSKY, E.; HABL, C.; SCHLEICHER, B. (2002): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, [[http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Soziale\\_Ungleichheit.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Soziale_Ungleichheit.pdf), aufgerufen am 13.04.2011]
- RACIOPPI, F.; ERIKSSON, L.; TINGVALL, C.; VILLAVECES, A. (2004): *Preventing Road Traffic Injury: A Public Health Perspective for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- RAITHEL, J. (2003a): Dimensionen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen Jugendlicher. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*, 11. Jg., Heft 3: 263-279
- RAITHEL, J. (2003b): Risikobezogenes Verhalten und Geschlechtsrollenorientierung im Jugendalter. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11. Jg., Heft 1: 12-28
- RAITHEL, J. (2011): Die Bedeutung von Risikoverhalten im jugendlichen Entwicklungsprozess. In: *proJugend*, Heft 4: 4-7
- RAZUM, O.; ZEEB, H.; MEESMANN, U.; SCHENK, L.; BREDEHORST, M.; BRZOSKA, P.; DERCKS, T.; GLODNY, S.; MENKHAUS, B.; SALMAN, R.; SASS, A.-Chr.; ULRICH, R. (2008): *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut
- REIMANN, B.; BÖHME, C.; BÄR, G. (2010): *Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung*. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik
- REIMERS, A.; LAFLAMME, L. (2005): *Neighbourhood – social and socio-economic composition and injury risks*. In: *Acta Paediatrica*, 94: 1488-1494
- REUTTER, U.; SUHL, K. (2012): *Kinder mit Migrationshintergrund – Hinweise zu Mobilitätsverhalten und Verkehrssicherheit*. In: *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 58. Jg., Heft 1: 29-34
- RICHTER, S.; SCHLAG, B.; GRUNER, E.-M. (2006): *Prävention von Unfällen im Kindes- und Jugendalter*. In: SCHLAG, B.; ROESNER, D.; ZWIPP, H.; RICHTER, S. (Hrsg.): *Kinderunfälle. Ursachen und Prävention*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Robert Koch-Institut (2008): *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. [[http://edoc.rki.de/documents/rki\\_fv/ren4T3ccctjHcA/PDF/253bKE5YVJxo\\_28.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3ccctjHcA/PDF/253bKE5YVJxo_28.pdf), aufgerufen am 14.06.2011]
- Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (2008): *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut
- Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2006): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin, Wiesbaden: Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, [[http://www.rki.de/cln\\_116/nn\\_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht.pdf](http://www.rki.de/cln_116/nn_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht.pdf), aufgerufen am 14.06.2011]
- ROBERTS, I.; POWER, Chr. (1996): Does the decline in child injury mortality vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991. In: *BMJ*, Vol. 313: 784-786
- ROSENBROCK, R. (1998): *Gesundheitspolitik*. In: HURRELMANN, K.; LAASER, U. (Hrsg.): *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa, 707-751
- ROSENBROCK, R.; GERLINGER, T. (2004): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Verlag Hans Huber

- SACHER, W. (2010): Elternarbeit mit „schwer erreichbaren“ Eltern. Präsentation eines Vortrages im Rahmen des Clusterworkshops BIWAQ „Berufsorientierung“ am 16.06.2010, [[http://www.biwaq.de/nn\\_841554/DE/6Veranstaltungen/Themenwerkstaetten/WS\\_Berufsfruehorientierung/Vortrag\\_\\_Sacher,templateId=rawproperty=publicationFile.pdf/Vortrag\\_Sacher.pdf](http://www.biwaq.de/nn_841554/DE/6Veranstaltungen/Themenwerkstaetten/WS_Berufsfruehorientierung/Vortrag__Sacher,templateId=rawproperty=publicationFile.pdf/Vortrag_Sacher.pdf), aufgerufen am 07.12.2011]
- SACHER, W. (2011a): Elternarbeit mit „schwer erreichbaren“ Eltern. Präsentation eines Vortrages im Rahmen des Workshops beim Elternfachtag 2011 am 2. April 2011 im Gymnasium Kronshagen, [[http://www.schleswig-holstein.de/cae/servelet/contentblob/1001990/publicationFile/2011\\_SacherschwererreichbareEltern.pdf](http://www.schleswig-holstein.de/cae/servelet/contentblob/1001990/publicationFile/2011_SacherschwererreichbareEltern.pdf), aufgerufen am 07.12.2011]
- SACHER, W. (2011b): Interkulturelle Elternarbeit – Ziele, Aufgaben und Handlungsansätze. In: HONAL, W. H.; GRAF, D.; KNOLL, F. (Hrsg.): Handbuch der Schulberatung, 86. Ausgabe. München: Olzog, 1-19
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [Sachverständigenrat] (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Drucksache 15/5670. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- SALVISBERG, U.; BISCHOF, K. (2004): Benutzungsquote von Kinderrückhaltesystemen. Bern: Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung, [[http://www.bfu.ch/PDFLib/788\\_105.pdf](http://www.bfu.ch/PDFLib/788_105.pdf), aufgerufen am 21.12.2011]
- SCHENK, L.; BAU, A.-M.; BORDE, T.; BUTLER, J.; LAMPERT, T.; NEUHAUSER, H.; RAZUM, O.; WEILANDT, C. (2006): Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49, Heft 9: 856-860
- SCHENK, L.; NEUHAUSER, H.; ELLERT, U. (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut
- SCHLACK, H. G. (1998): Lebenswelten von Kindern als Determinanten von Gesundheit und Entwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 49-59
- SCHLACK, R.; HÖLLING, H.; KURTH, B.-M.; HUSS, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 50, Heft 5/6: 827-835
- SCHLAG, B.; RICHTER, S. (2005): Internationale Ansätze zur Prävention von Kinderverkehrsunfällen. In: Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 51. Jg., Heft 4: 182-188
- SCHLAG, B.; RICHTER, S. (2010): Entwicklungen der Verkehrspsychologie in Deutschland. In: Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 56. Jg., Heft 1: 3-9
- SCHMIDT, I.; PRÜMEL-PHILIPPSEN, U. (2001): Unfälle im Kindesalter. In: Robert Koch-Institut und Kinderumwelt GmbH der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (Hrsg.): Kinderumwelt und Gesundheit. Status – Defizite – Handlungsvorschläge. Symposium Potsdam, 2001. Berlin: Robert Koch-Institut, 45
- SCHOTT, Th.; KUNTZ, B. (2011): Sozialepidemiologie: Über die Wechselwirkungen von Gesundheit und Gesellschaft. In: SCHOTT, Th., HORNBERG, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 159-171
- SCHUBERT, I.; HORCH, K. (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: Robert Koch-Institut
- SCHULZ, A.; NORTHRIDGE, M. E. (2004): Social Determinants of Health: Implications for Environmental Health Promotion. In: Health Education & Behavior, Vol. 31, No. 4: 455-471
- SCHWEBEL, D. C.; GAINES, J. (2007): Pediatric unintentional injury: behavioural risk factors and implications for prevention, Journal of

- Developmental and Behavioural Pediatrics, Vol. 28, No. 3: 245-254
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland [KMK] (1994): Empfehlungen zur Verkehrserziehung in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 07.07.1972 i. d. F. vom 17.06.1994. Bonn: KMK
- SETTERTOBULETE, W. (2001): Soziale Lage, soziales Umfeld. In: Robert Koch-Institut und Kinderumwelt GmbH der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (Hrsg.): Kinderumwelt und Gesundheit. Status – Defizite – Handlungsvorschläge. Symposium Potsdam, 2001. Berlin: Robert Koch-Institut, 28-34
- SIEGRIST, J. (2002): Gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen: Was wissen wir, was können wir tun? E&C-Fachforum: „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“, 4. und 5. Juni 2002, [<http://www.eundc.de/pdf/07904.pdf> aufgerufen am 20.12.2011]
- SIEGRIST, J. (2005): Medizinische Soziologie. 6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München: Urban & Fischer
- SIEGRIST, J.; MÖLLER-LEIMKÜHLER, A. M. (2003): Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: SCHWARTZ, F. W.; BADURA, B.; BUSSE, R.; LEIDL, R.; RASOE, H.; SIEGRIST, J.; WALTER, U. (Hrsg.): Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl.; München: Urban & Fischer, 125-138
- SKORNA, A. C. H.; TREUTLEIN, D.; WESTMORELAND, S.; LOOCK, C.-M.; PAEFGEN, J. F.; WATZDORF, St. V.; ACKERMAN, L.; BEREUTER, A. (2010): Baloise-Group-Sicherheitsstudie 2010. Gefahren und Risikofaktoren beim Fahrradfahren in Österreich. Basel: Baloise Group, [[http://www.basler.at/dms/internet/basler-at/documents/Bike\\_April\\_2010.pdf](http://www.basler.at/dms/internet/basler-at/documents/Bike_April_2010.pdf), abgerufen am 22.12.2011]
- SMITH, W. A. (2006): Social marketing: an overview of approach and effects. In: Injury Prevention, 12: i38-i43
- Social Exclusion Unit (2003): Making the Connections: Final Report on Transport and Social Exclusion, [[http://www.carplus.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/2010/04/Making\\_the\\_Connections\\_Final\\_Report\\_on\\_Transport\\_and\\_Social\\_Exclusion.pdf](http://www.carplus.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/2010/04/Making_the_Connections_Final_Report_on_Transport_and_Social_Exclusion.pdf), aufgerufen am 17.11.2011]
- Social and spatial inequalities in terms of traffic safety, [<http://www.vti.se/7800.epibrw>, aufgerufen am 17.06.2011]
- SOOM AMMANN, E.; SALIS GROSS, C. (2011): Alt und schwer erreichbar. „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“ bei benachteiligten Gruppen. München AVM
- Spiegel Online (2011): Verkehrssicherheit: Ramsauer liebäugelt mit Helmpflicht für Radfahrer. In: SPIEGEL ONLINE vom 18.10.2011, [<http://www.spiegel.de/auto/aktuell/o,1518,792572,00.html> aufgerufen, am 19.10.2011]
- SPIEKERMANN, H.; SCHUBERT, H. (1998): Verkehrssicherheit von Kindern in Abhängigkeit vom sozialen Umfeld. In: MANSEL, J.; NEUBAUER, G. (Hrsg.): Armut und soziale Ungleichheit bei Kindern. Band 9 der Reihe Kindheitsforschung. Opladen: Leske + Budrich, 164-172
- SPIEKERMANN, H.; SCHUBERT, H.; ZIPPEL, K. (1999): Verkehrssicherheit von Kindern in Abhängigkeit vom sozialen Umfeld. Endbericht. Hannover: Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Universität Hannover
- SPINKS, A.; TURNER, C.; NIXON, J.; McCLURE, R. J. (2009): The “WHO Safe Communities” model for the prevention of injury in whole populations (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD004445
- SPITTA, Ph. (2001): Mobilität, Straßenverkehr und Partizipation – Schulische Verkehrsprojekte im Kontext der lokalen Agenda 21. In: GÄRTNER, H.; HELLBERG-RODE, G. (Hrsg.): Umweltbildung & nachhaltige Entwicklung. 2. Band: Praxisbeispiele. Hohengehren: Schneider Verlag, 109-126
- SPITZNER, M. (1999): Soziale Aspekte der Mobilität. Erstellt im Auftrag der Enquête-Kommission „Zukunft der Mobilität“ des Landtags Nordrhein-Westfalen, 12. Legislaturperiode. Wuppertal: Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie GmbH
- STANGE, G., WEIDNER, W. (1984): Mehr Verkehrssicherheit für ausländische Kinder. Braunschweig: Rot-Gelb-Grün-Lehrmittel

- STARK, K.; GUGGENMOOS-HOLZMANN, I. (2003): Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen. In: SCHWARTZ, F. W.; BADURA, B.; BUSSE, R.; LEIDL, R.; RASOE, H.; SIEGRIST, J.; WALTER, U. (Hrsg.): Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl.; München: Urban & Fischer, 393-417
- STARKER, A.; LAMPERT, T.; WORTH, A.; OBERGER, J.; KAHL, H.; BÖS, K. (2007): Motorische Leistungsfähigkeit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 50, Heft 5/6: 771-774
- Statistisches Bundesamt [Destatis] (2011a): Armutsgefährdung. Begriffserläuterungen für den Bereich Migration und Integration, [<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Begriffserlaeuterungen/Armutsgefaehrung.psml>, aufgerufen am 30.11.2011]
- Statistisches Bundesamt [Destatis] (2011b): Verkehr. Verkehrsunfälle. 2010. Fachserie 8 Reihe 7. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt [Destatis] (2011c): Wirtschaftsrechnungen. Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt [Destatis] (o. J.): Früheres Bundesgebiet. Bei Straßenverkehrsunfällen 1990 als Fußgänger oder Radfahrer verunglückte Kinder nach Nationalität und Altersgruppen. Einzelkopie. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- STEINEBACH, G.; RUMBERG, M. (2007): Sozialselektive Belastung von Quartieren durch Verkehr. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften, 2007/II: 23-34
- STEINHAUSEN (2001): Psychische Gesundheit und Störungen im Kindesalter. In: Robert Koch-Institut und Kinderumwelt GmbH der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (Hrsg.): Kinderumwelt und Gesundheit. Status – Defizite – Handlungsvorschläge. Symposium Potsdam 2001. Berlin: Robert Koch-Institut, 34-35
- STIEBING, G. (1999a): Gemeinsam Kinderunfälle verhindern! In: Streife 7-8: 14-15
- STIEBING, G. (1999b): Ordnungspartnerschaften, Teilprojekt „Kinderunfälle“, Unfallanalyse (1. Halbjahr 1999). Hagen: Polizeipräsidium Hagen
- STIEBING, G. (2001a): Senkung von Kinderunfällen im Rahmen von Ordnungspartnerschaften am Beispiel einer Kreispolizeibehörde (Kurzfassung). Hagen: Polizeipräsidium Hagen
- STIEBING, G. (2001b): Ordnungspartnerschaften, Teilprojekt „Kinderunfälle“, Unfallanalyse für das Jahr 2000. Hagen: Polizeipräsidium Hagen
- STING, St. (2009): Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter. In: Sachverständigenkommission dreizehnter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht, Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Wiesbaden: VS Verlag, [[http://www.dji.de/bibs/Expertisenband\\_Kap\\_4\\_3\\_Sting\\_AK\\_LK\\_P.pdf](http://www.dji.de/bibs/Expertisenband_Kap_4_3_Sting_AK_LK_P.pdf) aufgerufen am 20.12.2011]
- STÖPPLER, R. (1999): Verkehrserziehung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn/Obb.: Julius Klinkhardt
- STREICH, W. (2006): Vulnerable Gruppen: „Verwundbarkeit“ als politiksensibilisierende Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit. In: RICHTER, M.; HURRELMANN, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 289-295
- SUHL, K. (2008): Achtung, Kinder! Eine empirische Analyse der Unfallsituation von Kindern mit Migrationshintergrund am Beispiel der Dortmunder Nordstadt. Diplomarbeit vorgelegt am Geographischen Institut der Ruhr-Universität Bochum. Bochum: Ruhr-Universität
- SUTHERS, K. (2008): Evaluating the Economic Causes and Consequences of Racial and Ethnic Health Disparities. Issue Brief November 2008. Washington DC: American Public Health Association
- THOMSON, J. A.; TOLMIE, A. K.; MAMOON, T. P. (2001): Road accident involvement of children from ethnic minorities: a literature review. Road Safety Research Report No. 19. London:

- Department of the Environment, Transport and the Regions
- TOWNER, E.; CARTER, Y.; HAYES, M. (1998): Implementation of injury prevention for children and young people. In: *Injury Prevention* 4: 26-33
- TOWNER, E.; DOWSWELL, T. (2002): Community-based childhood injury prevention interventions: what works? In: *Health Promotion International*, Vol. 17, No. 3: 273-284
- TOWNER, E.; DOWSWELL, T.; BURKES, M.; DICKINSON, H.; TOWNER, J.; HAYES, M. (2002): Bicycle helmets – A critical review of their effectiveness. Road Safety Research Report No. 30, London: Department of Transport, [<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dft.gov.uk/print/pgr/roadsafety/research/rsrr/theme1/bicyclehelmetsreview/sect4726>, aufgerufen am 22.12.2011]
- TOWNER, E.; DOWSWELL, T.; JARVIS, S. (2001a): Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 1. In: *Injury Prevention* 7: 161-164
- TOWNER, E.; DOWSWELL, T.; JARVIS, S. (2001b): Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 2. In: *Injury Prevention* 7: 249-253
- TOWNER, E.; DOWSWELL, T.; ERRINGTON, G.; BURKES, M.; TOWNER, T. (2005): Injuries in children aged 0–14 years and inequalities. A report prepared for the Health Development Agency. London: Health Development Agency
- TOWNER, E.; EMOND, A.; MANSI, K.; BLAIR, P.; MYTTON, J.; NORTHSTONE, J. (2011): Avon Longitudinal Study of Parents and Children: Exposure to Injury Risk in the Road Environment and Reported Road Traffic Injuries in 13-14-year-olds. London: Department for Transport
- TOWNER, E.; ERRINGTON, G. (2004): How can injuries in children and older people be prevented? Copenhagen: World Health Organization Europe, [[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/74686/E84938.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74686/E84938.pdf), aufgerufen am 18.12. 2011]
- TOWNER, E.; WARD, H. (1998): Prevention of injuries to children and young people: the way ahead for the UK. In: *Injury Prevention* 4: 17-25
- TROJAN, A. (1999): Gemeindeorientierung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo, 23-24
- Umweltbundesamt (2010): *Gesundheit und Umwelthygiene*. Epidemiologie, [<http://www.umweltbundesamt.de/gesundheit/methoden/epidemiologie.htm>, aufgerufen am 05.12.2011]
- UNGER-AZADI, E. (2006): *Schulisches Mobilitätsmanagement für 15- bis 17-Jährige. Ein Handlungsleitfaden für die Praxis. Ergebnisse aus dem Forschungs- und Entwicklungsvorhaben im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen*. Dortmund: Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung und Bauwesen des Landes Nordrhein-Westfalen (ILS NRW)
- VANDREVALA, T.; HELMAN, S.; TURNER, C.; STONE, B. (2010): *Road Safety Report No. 116. Medication and Road Safety: A Scoping Study*. London: Department for Transport
- VIENKEN, E. (2010): *Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung. Erfolgversprechende Zugangswege zu Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen. Exposé*. Stuttgart: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
- VLACHANTONI, I.; MANTI, E.; NTINAPOGIAS, A.; PETRIDOU, E. (o. J.): *Implementation of Effective Injury Prevention Policies & Strategies: A Feasibility & Customization Study. A report based on expert's opinions*. Athens: University of Athens, [[http://www.euroipn.org/apollo/documents/APOLLOWP3\\_Feasibility%20and%20customization%20report\\_FINAL.pdf](http://www.euroipn.org/apollo/documents/APOLLOWP3_Feasibility%20and%20customization%20report_FINAL.pdf), aufgerufen am 17.11. 2011]
- VOGEL, B. (2008): *Prekarität und Prekariat – Signalwörter neuer sozialer Ungleichheiten*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Nr. 33-34: 12-18
- WALLER, H. (1995): *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in der Grundlagen und Praxis*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- WALTER, U.; SCHWARTZ, F. W. (2003): *Prävention*. In: SCHWARTZ, F. W.; BADURA, B.; BUSSE, R.; LEIDL, R.; RASPE, H.; SIEGRIST,

- J.; WALTER, U. (Hrsg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 189-214
- WARD; H.; CHRISTIE, N.; LYONS, R.; BROUGHTON, J.; CLARKE, D.; WARD, P. (2007a): Trends in Fatal Car-occupant Accidents. Road Safety Research Report No. 76, London: Department of Transport
- WARD; H.; LYONS, R.; CHRISTIE, N.; THOREAU, R.; MACEY, S. (2007b): Fatal Injuries to Car Occupants: Analysis of Health and Population Data. Road Safety Research Report No. 77, London: Department of Transport
- WEISSER, G. (1966): Einige Grundbegriffe der Sozialpolitiklehre. Unveröffentlichtes Manuskript für den Hörergebrauch. Köln
- WELANDER, G.; SVANSTRÖM, L.; EKMAN, R. (2004): Safety Promotion – an Introduction. 2<sup>nd</sup> revised edition. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, [[http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Books/SafetyPromotion an Introduction 2004 Book incl pictures.pdf](http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Books/SafetyPromotion%20an%20Introduction%202004%20Book%20incl%20pictures.pdf), aufgerufen am 07.02.2012]
- WESTABY, J. D.; LEE, B. C. (2003): Antecedents of injury among youth in agricultural settings: A longitudinal examination of safety consciousness, dangerous risk taking, and safety knowledge. In: Journal of Safety Research 34: 227-240
- WHITE, D.; REASIDE, R.; BARKER, D. (1999): Road accidents and children living in disadvantaged areas: A literature review. Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit 2000, [<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/156570/0042052.pdf>, aufgerufen am 15.12.2011]
- WILDNER, M., HEISSENHUBER, A., KUHN, J. (2009): Unfälle im Kindesalter. In: BITZER, E. M.; WALTER, U.; LINGNER, H.; SCHWARTZ, F.-W. (Hrsg.): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 210-219
- WILKONSON, R.; MARMOT, M. (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Zweite Ausgabe. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation WHO, [[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98441/e81384g.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf) aufgerufen am 17.11. 2011]
- WINSTON, F. K.; ASCH, A. (2007): An Interview with Flora Koplín Winston. In: The Joint Journal on Quality and Patient Safety 33 (12): 709-712
- WINSTON, F. K., ERKOBONI, D., XIE, D. (2007): Identifying Interventions That Promote Belt-Positioning Booster Seat Use For Parents With Low Educational Attainment. In: The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care Vol. 63, No. 3: S29-S38
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesminister für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2010): Sicherheit zuerst – Möglichkeiten zur Erhöhung der Straßenverkehrssicherheit in Deutschland, [[http://www.mobilitaet21.de/uploads/media/2010\\_07\\_Sicherheit\\_zuerst\\_M%C3%B6glichkeiten\\_zur\\_Erh%C3%B6hung\\_der\\_Stra%C3%9Fenverkehrssicherheit\\_in\\_Deutschland.pdf](http://www.mobilitaet21.de/uploads/media/2010_07_Sicherheit_zuerst_M%C3%B6glichkeiten_zur_Erh%C3%B6hung_der_Stra%C3%9Fenverkehrssicherheit_in_Deutschland.pdf), aufgerufen am 17.11.2011]
- WITHNELL, S. (2004): Successful interventions with hard to reach groups. Bootle: Health and Safety Executive, [<http://www.hse.gov.uk/research/misc/hardtoreach.pdf>, aufgerufen am 17.11.2011]
- WOOD, S.; BELLIS, M. A.; TOWNER, E.; HIGGINS, A. (2010): Childhood injuries. A review of evidence for prevention. Liverpool: Centre for Public Health
- WOOD, S.; CHRISTIE, N.; TOWNER, E. (2011): Child Road Safety and Poverty Research Project. Report for Department of the Environment Northern Ireland. London: MVA Consultancy
- WOOD, S.; BELLIS, M. A.; WATKINS, S. (2010): Road traffic accidents. A review of evidence for prevention. Liverpool: Centre for Public Health
- WOODALL, J.; GREEN, J.; NEWELL, C.; WOODWARD, J.; AYRTON, R. (2007): Keeping children safe on the roads – learning from communities, [[http://www.nrsi.org.uk/nrsi/userimages/Learning\\_from\\_communities\\_NRSI\\_Final\\_Version.pdf](http://www.nrsi.org.uk/nrsi/userimages/Learning_from_communities_NRSI_Final_Version.pdf), aufgerufen am 22.07.2009]
- World Health Organization (2009): Environment and health risks: the influence and effects of social inequalities. Report of an expert group

meeting. Bonn, Germany, 9.-10.09.2009. Copenhagen: WHO, [[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/115364/E93037.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/115364/E93037.pdf) aufgerufen am 08.12. 2011]

World Health Organization (2010): A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneva: WHO, [[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf), aufgerufen am 08.12. 2011]

World Health Organization (2011): Save Millions of Lives. Decade of Action for Road Safety 2011-2020, [[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/road\\_traffic/booklet\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/booklet_en.pdf), aufgerufen am 17.11.2011]

WRIGHT, M. T. (2010): Wer ist für wen schwer erreichbar? In: LABONTÉ-ROSET, Chr.; HOEFERT, H.-W.; CORNEL, H. (Hrsg.): Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit. Berlin: Schibri, 229-236

ZAMBON, F.; HASSELBERG, M. (2006): Socioeconomic differences and motorcycle injuries: Age at risk and injury severity among young drivers: A Swedish nationwide cohort study. In: Accident Analysis and Prevention, Vol. 38, Issue 6: 1183-1189

ZAZA, St.; SLEET, D. A.; THOMPSON, R. S.; SOSIN, D. M.; BOLEN, J. C., Task force on community preventive services (2001): Reviews of Evidence Regarding Interventions to Increase Use of Child Safety Seats. In: American Journal of Preventive Medicine, Vol. 21, No. 4: 31-47

## Schriftenreihe

Berichte der Bundesanstalt  
für Straßenwesen

## Unterreihe „Mensch und Sicherheit“

**2006**

M 175: **Untersuchungen zur Entdeckung der Drogenfahrt in Deutschland**  
Iwersen-Bergmann, Kauert € 18,50

M 176: **Lokale Kinderverkehrssicherheitsmaßnahmen und -programme im europäischen Ausland**  
Funk, Faßmann, Zimmermann, unter Mitarbeit von Wasilewski, Eilenberger € 15,00

M 177: **Mobile Verkehrserziehung junger Fahranfänger**  
Krampe, Großmann € 15,50

M 178: **Fehlerhafte Nutzung von Kinderschutzsystemen in Pkw**  
Fastenmeier, Lehnig € 15,00

M 179: **Geschlechtsspezifische Interventionen in der Unfallprävention**  
Kleinert, Hartmann-Tews, Combrink, Allmer, Jüngling, Lobinger € 17,50

M 180: **Wirksamkeit des Ausbildungspraktikums für Fahrlehrer-anfänger**  
Friedrich, Brünken, Debus, Leutner, Müller € 17,00

M 181: **Rennspiele am Computer: Implikationen für die Verkehrssicherheitsarbeit – Zum Einfluss von Computerspielen mit Fahrzeugbezug auf das Fahrverhalten junger Fahrer**  
Vorderer, Klimmt € 23,00

M 182: **Cannabis und Verkehrssicherheit – Mangelnde Fahreignung nach Cannabiskonsum: Leistungsdefizite, psychologische Indikatoren und analytischer Nachweis**  
Müller, Topic, Huston, Stroheck-Kühner, Lutz, Skopp, Aderjan € 23,50

M 183: **Hindernisse für grenzüberschreitende Rettungseinsätze**  
Pohl-Meuthen, Schäfer, Gerigk, Moecke, Schlechtriemen € 17,50

**2007**

M 184: **Verkehrssicherheitsbotschaften für Senioren – Nutzung der Kommunikationspotenziale im allgemeinmedizinischen Behandlungsalltag**  
Kocherscheid, Rietz, Poppelreuter, Riest, Müller, Rudinger, Engin € 18,50

M 185: **1<sup>st</sup> FERSI Scientific Road Safety Research-Conference**  
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann kostenpflichtig unter [www.nw-verlag.de](http://www.nw-verlag.de) heruntergeladen werden € 24,00

M 186: **Assessment of Road Safety Measures**  
Erstellt im Rahmen des EU-Projektes ROSEBUD (Road Safety and Environmental Benefit-Cost and Cost-Effectiveness Analysis for Use in Decision-Making) € 16,00

M 187: **Fahrerlaubnisbesitz in Deutschland**  
Kalinowska, Kloas, Kuhfeld € 15,50

M 188: **Leistungen des Rettungsdienstes 2004/05 – Analyse des Leistungsniveaus im Rettungsdienst für die Jahre 2004 und 2005**  
Schmiedel, Behrendt € 15,50

**2008**

M 189: **Verkehrssicherheitsberatung älterer Verkehrsteilnehmer – Handbuch für Ärzte**  
Henning € 15,00

M 190: **Potenziale zur Verringerung des Unfallgeschehens an Haltestellen des ÖPNV/ÖPSV**  
Baier, Benthaus, Klemps, Schäfer, Maier, Enke, Schüller € 16,00

M 191: **ADAC/BAST-Symposium "Sicher fahren in Europa" – Referate des Symposiums vom 13. Oktober 2006 in Baden-Baden**  
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann kostenpflichtig unter [www.nw-verlag.de](http://www.nw-verlag.de) heruntergeladen werden. € 24,00

M 192: **Kinderunfallatlas**  
Neumann-Opitz, Bartz, Leipnitz € 14,50

M 193: **Alterstypisches Verkehrsrisiko**  
Schade, Heinzmann € 14,50

M 194: **Wirkungsanalyse und Bewertung der neuen Regelungen im Rahmen der Fahrerlaubnis auf Probe**  
Debus, Leutner, Brünken, Skottke, Biermann € 14,50

M 195: **Kongressbericht 2007 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM e.V.) – zugleich 50-jähriges Jubiläum der Fachgesellschaft DGVM – 34. Jahrestag** € 28,00

M 196: **Psychologische Rehabilitations- und Therapiemaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer**  
Follmann, Heinrich, Corvo, Mühlensiep, Zimmermann, Klipp, Bornewasser, Glitsch, Dünkel € 18,50

M 197: **Aus- und Weiterbildung von Lkw- und Busfahrern zur Verbesserung der Verkehrssicherheit**  
Frühauf, Roth, Schyggulla € 15,50

M 198: **Fahreignung neurologischer Patienten – Untersuchung am Beispiel der hepatischen Enzephalopathie**  
Knoche € 15,00

**2009**

M 199: **Maßnahmen zur Verbesserung der visuellen Orientierungsleistung bei Fahranfängern**  
Müsseler, Debus, Huestegge, Anders, Skottke € 13,50

M 200: **Entwicklung der Anzahl Schwerstverletzter infolge von Straßenverkehrsunfällen in Deutschland**  
Lefering € 13,50

M 201: **Bedeutung der Fahrpraxis für den Kompetenzerwerb beim Fahrenlernen**  
Grattenthaler, Krüger, Schoch € 20,00

M 202: **Computergestützte Medien und Fahrsimulatoren in Fahrausbildung, Fahrerweiterbildung und Fahrerlaubnisprüfung**  
Weiß, Bannert, Petzoldt, Krems € 16,00

M 203: **Testverfahren zur psychometrischen Leistungsprüfung der Fahreignung**  
Poschadel, Falkenstein, Pappachan, Poll, Willmes von Hinckeldey € 16,50

M 204: **Auswirkungen von Belastungen und Stress auf das Verkehrsverhalten von Lkw-Fahrern**  
Evers € 21,00

M 205: **Das Verkehrsquiz – Evaluationsinstrumente zur Erreichung von Standards in der Verkehrs-/Mobilitätserziehung der Sekundarstufe**  
Heidemann, Hufgard, Sindern, Riek, Rudinger € 16,50

**2010**

M 206: **Profile im Straßenverkehr verunglückter Kinder und Jugendlicher**  
Holte € 18,50

- M 207: ADAC/BAST-Symposium "Sicher fahren in Europa"  
nur als CD erhältlich € 24,00
- M 208: Volkswirtschaftliche Kosten durch Straßenverkehrsunfälle  
in Deutschland € 18,00  
Baum, Kranz, Westerkamp
- M 209: Unfallgeschehen auf Landstraßen – Eine Auswertung der  
amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik € 17,50  
Heinrich, Pöppel-Decker, Schönebeck, Ulitzsch
- M 210: Entwicklung und Evaluation eines Screening-Tests zur  
Erfassung der Fahrkompetenz älterer Kraftfahrer (SCREEMO) € 20,50  
Engin, Kocherscheid, Feldmann, Rudinger
- M 211: Alkoholverbot für Fahranfänger € 14,50  
Holte, Assing, Pöppel-Decker, Schönebeck
- M 212: Verhaltensanweisungen bei Notsituationen in Straßen-  
tunneln € 19,00  
Färber, Färber
- M 213: Begleitetes Fahren ab 17 Jahre – Prozessevaluation des  
bundesweiten Modellversuchs € 33,00  
Funk, Grüninger, Dittrich, Goßler, Hornung, Kreßner,  
Libal, Limberger, Riedel, Schaller, Schilling, Svetlova

## 2011

- M 214: Evaluation der Freiwilligen Fortbildungsseminare für  
Fahranfänger (FSF) – Wirksamkeitsuntersuchung € 15,50  
Sindern, Rudinger
- M 215: Praktische Fahrerlaubnisprüfung – Grundlagen und  
Optimierungsmöglichkeiten – Methodische Grundlagen und  
Möglichkeiten der Weiterentwicklung € 23,50  
Sturzbecher, Bönninger, Rüdell et al.
- M 216: Verkehrserziehungsprogramme in der Lehreraus-/Fortbil-  
dung und deren Umsetzung im Schulalltag – Am Beispiel der Mo-  
deratorkurse "EVA", "XpertTalks", "sicherfahren" und "RiSk"  
Neumann-Opitz, Bartz (in Vorbereitung)
- M 217: Leistungen des Rettungsdienstes 2008/09 – Analyse des  
Leistungsniveaus im Rettungsdienst für die Jahre 2008 und 2009 € 16,50  
Schmiedel, Behrendt
- M 218: Sicherheitswirksamkeit des Begleiteten Fahrens ab  
17. Summative Evaluation € 20,00  
Schade, Heinzmann
- M 219: Unterstützung der Fahrausbildung durch Lernsoftware € 15,50  
Petzoldt, Weiß, Franke, Krems, Bannert

## 2012

- M 220: Mobilitätsstudie Fahranfänger – Entwicklung der Fahr-  
leistung und Autobenutzung am Anfang der Fahrkarriere € 30,00  
Funk, Schneider, Zimmermann, Grüninger
- M 221: Maßnahmen zur Erhöhung der Verkehrssicherheit von  
Kleintransportern € 15,00  
Roth
- M 222: Neue Aufgabenformate in der Theoretischen Fahrerlaub-  
nisprüfung € 15,00  
Malone, Biermann, Brünken, Buch
- M 223: Evaluation der bundesweiten Verkehrssicherheitskam-  
pagne "Runter vom Gas!" € 15,00  
Klimmt, Maurer
- M 224: Entwicklung der Verkehrssicherheit und ihrer Rahmenbe-  
dingungen bis 2015/2020 € 17,00  
Maier, Ahrens, Aurich, Bartz, Schiller, Winkler, Wittwer
- M 225: Ablenkung durch fahrfremde Tätigkeiten – Machbarkeits-  
studie € 17,50  
Huemer, Vollrath
- M 226: Rehabilitationsverlauf verkehrsauffälliger Kraftfahrer € 14,00  
Glitsch, Bornewasser, Dünkel

- M 227: Entwicklung eines methodischen Rahmenkonzeptes für  
Verhaltensbeobachtung im fließenden Verkehr € 16,00  
Hautzinger, Pfeiffer, Schmidt
- M 228: Profile von Senioren mit Autounfällen (PROSA) € 17,50  
Pottgießer, Kleinemas, Dohmes, Spiegel,  
Schädlich, Rudinger
- M 229: Einflussfaktoren auf das Fahrverhalten und das Unfall-  
risiko junger Fahrerinnen und Fahrer € 25,50  
Holte
- M 230: Entwicklung, Verbreitung und Anwendung von Schulweg-  
plänen € 21,00  
Gerlach, Leven, Leven, Neumann, Jansen
- M 231: Verkehrssicherheitsrelevante Leistungspotenziale, Defizite  
und Kompensationsmöglichkeiten älterer Kraftfahrer € 19,00  
Poschadel, Falkenstein, Rinkenauer, Mendzheritskiy,  
Fimm, Worringer, Engin, Kleinemas, Rudinger
- M 232: Kinderunfallatlas – Regionale Verteilung von Kinder-  
verkehrsunfällen in Deutschland € 18,00  
Neumann-Opitz, Bartz, Leipnitz

## 2013

- M 233: 8. ADAC/BAST-Symposium 2012 – Sicher fahren in Europa  
CD-ROM / kostenpflichtiger Download € 18,00
- M 234: Fahranfängervorbereitung im internationalen Vergleich € 23,00  
Genschow, Sturzbecher, Willmes-Lenz
- M 235: Ein Verfahren zur Messung der Fahrsicherheit im Real-  
verkehr entwickelt am Begleiteten Fahren € 15,50  
Glaser, Waschulewski, Glaser, Schmid
- M 236: Unfallbeteiligung von Wohnmobilen 2000 bis 2010  
Pöppel-Decker, Langner  
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter  
<http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.
- M 237: Schwer erreichbare Zielgruppen – Handlungsansätze für  
eine neue Verkehrssicherheitsarbeit in Deutschland € 18,00  
Funk, Faßmann

---

Alle Berichte sind zu beziehen durch:

Carl Schünemann Verlag GmbH  
Zweite Schlachtpforte 7  
D-28195 Bremen  
Telefon: (04 21) 3 69 03 - 53  
Telefax: (04 21) 3 69 03 - 48  
[www.schuenemann-verlag.de](http://www.schuenemann-verlag.de)

Dort ist auch ein Kompletverzeichnis erhältlich.