

Noweski, Michael

Working Paper

Policy Learning im Politikfeld Primärprävention

WZB Discussion Paper, No. SP I 2009-302

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Noweski, Michael (2009) : Policy Learning im Politikfeld Primärprävention, WZB Discussion Paper, No. SP I 2009-302, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:
<http://hdl.handle.net/10419/47435>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Michael Noweski

**Policy Learning
im Politikfeld Primärprävention**

November 2009

Bestell-Nr. SP I 2009-302

ISSN 1866-3842

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
Reichpietschufer 50, 10785 Berlin
Tel: 030/25491-577
www.wzb.eu

Zusammenfassung

Die nichtmedizinische Primärprävention gilt heute als zentrales Aufgabengebiet der Gesundheitsressorts auf allen Verwaltungsebenen. Zunehmend mehr Programme sollen die Gesundheit der Bevölkerung fördern und es bildet sich ein Netzwerk spezifischer Finanzierungs- und Projektträger. Wachstum und Konsolidierung dieser Strukturen können als die Reifung eines Politikfeldes angesehen werden.

Die gegenwärtigen Präventionsprogramme des Staates sind eine Momentaufnahme dieses Prozesses auf der inhaltlichen Ebene. Sie sind ein Konglomerat mehrerer gesundheitswissenschaftlicher Innovationen. Eine Inhaltsanalyse der Dokumente zeigt auf, dass sich einige Empfehlungen der Wissenschaft in der staatlichen Programmformulierung wiederfinden. Es kann angenommen werden, dass sich im Politikfeld Lernprozesse vollziehen.

Abstract

Today, non-medical primary prevention is a central part of the responsibility of health departments at all levels of government. An increasing number of programs is promoting the health of the population. The network of specific sponsors and implementing organizations is expanding. The growth and the consolidation of these structures can be viewed as the maturing of a policy subsystem.

The current programs of health promotion are a snapshot of the state of this process on the level of content. They are a conglomerate of several scientific innovations in public health. A content analysis of documents shows that some of these recommendations are reflected in the government's policy formulation. This fact speaks for an ongoing process of political learning.

Inhaltsverzeichnis

1.	Problemstellung.....	7
2.	Wie die Praxis der Wissenschaft vorauseilt	7
3.	Wie Praxis und Wissenschaft dem Staat vorauseilen	12
4.	Neuere Programme.....	14
4.1	„Bewegung und Gesundheit“	16
4.2	Nationaler Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“	17
4.3	„Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“	19
4.4	„Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“	19
4.5	„IN FORM“ – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung.....	20
4.6	„Erkennen – Bewerten – Handeln“	22
4.7	„Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention“ in Mecklenburg-Vorpommern.....	23
5.	Policy Learning als gleichzeitiges Mehrebenengeschehen	24
6.	Fazit	26
7.	Literatur.....	27

1. Problemstellung

Die nichtmedizinische Primärprävention gilt heute als eines der zentralen Aufgabengebiete der Gesundheitsressorts auf allen Verwaltungsebenen. Dies ist erst seit einigen Jahren der Fall. Zunächst fand sie diese Anerkennung lediglich in der Forschungsförderung des Bundesforschungsministeriums.¹ Seit den achtziger Jahren werden Nutzen und Einsatzmöglichkeiten der Primärprävention immer intensiver beforscht und zunehmend mehr Interventionsprojekte durch die Krankenkassen und die öffentliche Verwaltung finanziert. Neben diesen und weiteren Finanzierungsträgern etablierten sich zahlreiche Projektträger und mittlerweile existiert in der „Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung“ ein eigener Verband. Die Ausbildung eines spezifischen Akteursnetzwerkes weist auf die Reifung des Politikfeldes hin.² Diese ist nicht nur an der Bildung neuer Organisationen, sondern auch an einer programmatischen Konsensbildung abzulesen. Mittlerweile ist Primärprävention als die vierte Säule der Gesundheitsversorgung unumstritten. Konflikte um Begriffe und Prioritäten verlagern sich vom Grundsätzlichen zu den Detailfragen der Umsetzung.³ Die präventionspolitischen Programme des Staates spiegeln diese Entwicklung zu einem zunehmend differenzierten, aber auch konsolidierten Wissensbestand über Notwendigkeit und Angemessenheit primärpräventiver Maßnahmen.

Die Konsolidierung von Wissensbeständen ist ein Prozess, der sich im Verlauf von Jahrzehnten vollzieht, aus der Etablierung mehrerer Innovationen besteht und auf mehreren Akteursebenen stattfindet. Die gegenwärtigen Programme des Staates sind eine Momentaufnahme eines Jahrzehnte währenden Diskurses. Sie sind ein Konglomerat mehrerer Innovationen und repräsentieren lediglich die Programmatik des Staates, die nicht mit der Auffassung der Versorgungspraxis und Wissenschaft übereinstimmen muss bzw. kann. Bevor eine Inhaltsanalyse der Programme erfolgt, ist es also hilfreich, den ideengeschichtlich Kontext zu beschreiben und die Position des Staates im Politikfeld zu klären.

2. Wie die Praxis der Wissenschaft vorseilt

Gesellschaftliche Problemlagen werden zunächst „vor Ort“ von den Betroffenen und ihrem nächsten Umgang wahrgenommen und bearbeitet. Im Fall des Gesundheitsschut-

1 Maschewsky-Schneider 2005.

2 Vgl. Noweski 2008a.

3 Vgl. zur Entwicklung durch die Jahrzehnte: König 1962; Rüter 1972; Schwartz 1988/1989; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2008; Kirch et al. 2008.

zes sind es die Kranken, ihre Familien und die unmittelbare Nachbarschaft. Zu diesem Zeitpunkt ist das Problem noch kein Öffentliches. Die Betroffenen suchen es durch Selbst- und Nachbarschaftshilfe zu bewältigen. Spezialisierte Helfer treten zunächst als Individuen auf (Schamanen, Kräuterfrauen, Kurfuscher), später als organisierte Gruppen (Ordensschwwestern, Armenhäuser). Teile dieser privaten Hilfsstrukturen professionalisieren sich. Insoweit diese Infrastruktur insuffizient bleibt, versucht der Staat zu intervenieren, zunächst dezentral auf der Ebene der Kommune und durch bereits vorhandene Instrumentarien. So waren die ersten bevölkerungsmedizinischen Maßnahmen, also jene zur Seuchenbekämpfung, Angelegenheit der allgemeinen polizeilichen Ordnungspflege,⁴ und erst im 17. Jahrhundert wurden Mediziner zu Stadtphysici verbeamtet.⁵ Diese Medizinische Polizei soll als erste bevölkerungsorientierte Medizin bzw. Sozialmedizin gelten.⁶ Diese vollzog eine erste Verwissenschaftlichung durch die Ausbildung der Medizinalstatistik⁷ und der Sozialepidemiologie (Abbildung 1).⁸ Die Sozialepidemiologie soll als erste wissenschaftliche Bevölkerungsmedizin gelten, die sich von den klinischen Fächern an den Hochschulen darin unterscheidet, dass sie statt Individuen Gruppen zum Untersuchungsgegenstand hat.⁹

Die Medizinalbehörden nutzten die neuen Daten für gezielte Aufklärungskampagnen bei besonders prekären Bevölkerungsgruppen, also vor allem den Armen und hier besonders dem Großstadtproletariat.¹⁰ Die Hauptrisikogruppe war identifiziert und wurde adressiert. Die Interventionsstrategien bedurften jedoch noch der Anpassung an die spezifischen psycho-sozialen Voraussetzungen. Die Schwerpunktverlagerung von der Eindämmung der Schäden (Quarantäne und Pflege, Abtransport der Leichen, Kräftigung der Anfälligen durch Armenspeisung während der Epidemien) zur Prävention selbiger (Hygiene, Diätetik, Gymnastik) erforderte eine den Lebenskontexten angepasste Intervention. Diese wurde durch die zweite Verwissenschaftlichung der Sozialmedizin ermöglicht. Unter Zuhilfenahme der neuen Wissenschaftsdisziplinen Psychologie und Pädagogik ist die Psychosomatische Medizin¹¹ entwickelt worden.¹² Die Ätio-

4 Grumbach 2006, 3-20, 41-54; Labisch/Woelk 2006, 57; Grundmann 1934, 14-19.

5 Grumbach 2006, 67, 234; Grundmann 1934, 20.

6 Labisch/Woelk 2006, 57.

7 Labisch/Woelk 2006, 60; Hartmann/Klauke 1980; Klauke 1980.

8 Casper 1835, 172; siehe die verstreuten Bemerkungen zu den „niedereren Ständen“ in Wollheim 1844; Klauke 1980, 160, 162f.; Günther 1866, 99f., 106.

9 Murakami 1993.

10 Helm 1979.

11 Domrich 1849.

12 Meyer/Lamparter 1994. Kantorowicz (1931) verwendet nicht den Terminus Psychosomatik, sondern soziale Hygiene, wodurch er die Unterscheidung von praktischer und wissenschaftlicher Sozialmedizin begrifflich verwischt. Gleichwohl konstatiert er richtig, dass die neue Disziplin der Medizin „Forschungsmethoden liefert, die sonst der medizinischen Wissenschaft fremdartig, ihr aber unentbehrlich sind“ (254). Unter dem Begriff soziale Hygiene gleichzeitig Wissenschaft und Praxis zu subsumieren, entspricht der zeitgenössischen Terminologie; Grotjahn (1923, 9): „Die soziale Hygiene hat eine deskriptive und eine nor-

logie berücksichtigte nun eine Palette gesellschaftlicher Faktoren (Sozialpathologie)¹³ insbesondere die Ernährungs-¹⁴ und Wohnsituation¹⁵. Die Gesundheitserziehung wurde didaktischer.¹⁶

Das stark erweiterte Blickfeld auf Krankheitsursachen hatte eine Ausdifferenzierung der Interventionsstrategien zur Folge und den entscheidenden Durchbruch der Bevölkerungsmedizin in Form der Sozialhygiene.¹⁷ Sozialhygiene bedeutete auch Kompensation sozialer Ungleichheit angesichts des Pauperismus der fortgeschrittenen Industrialisierung und Urbanisierung.¹⁸ Daher waren die politischen Forderungen der Sozialmediziner in weiten Teilen deckungsgleich mit jenen der Arbeiterbewegung und bestanden personelle Verflechtungen.¹⁹

Die Verwissenschaftlichung der Sozialhygiene erfolgte durch Zuhilfenahme der Soziologie, die sich seit Beginn des 20. Jahrhunderts etablierte.²⁰ Von Medizinsoziologie kann im Gegensatz zur Psychosomatik und Sozialhygiene erst dann gesprochen werden, wenn das Erkenntnisinteresse nicht der Konzeptualisierung der Therapie untergeordnet ist, indem pathogene Gesellschaftsbedingungen identifiziert werden (Sozialpathologie), sondern das Forschungsziel im Verständnis sozialer Beziehungen selbst begründet ist. Eine Verwendung der Erkenntnisse im Rahmen der Krankenversorgung oder Prävention ist damit gar nicht ausgeschlossen.²¹ Die Forschungsergebnisse beziehen jedoch zunächst ihre Legitimation aus der Aufklärung von Sozialbeziehungen. Die Beteiligung von Nichtmediznern (Soziologen) und die Anwendung nichtmedizinischer Relevanzkriterien sind legitim. Bis zum zweiten Weltkrieg blieb die Zahl der Stu-

mative Seite. Als deskriptive Wissenschaft ist es ihre Aufgabe, den jeweiligen Status praesens hygienischer Kultur zu schildern, als normative bezweckt sie die Verallgemeinerung der hygienischen Maßnahmen, die zunächst in der Regel nur einer bevorzugten Minderheit zugute kommen, auf die Gesundheit und somit eine fortschreitende Verbesserung des jeweiligen Status praesens.“

13 Grotjahn 1898, 240-307; Mosse/Tugendreich 1913.

14 Fischer 1909.

15 Haase 1905.

16 Vogel 1925; Bode 1890; Fischer 1931.

17 Hermann 1878; Fischer 1925; Honigmann 1926, 20.

18 Rosen 1947.

19 Milles 2005.

20 Käsler 1984.

21 Straus (1957, 203) und später Badura et al. (1991) unterscheiden eine „Soziologie der Medizin“ und eine „Soziologie innerhalb der Medizin“, konstatieren jedoch eine Verwischung dieser Forschungslinien (Badura et al. 1991, 39). Trotz der wissenschaftspraktischen Verflechtungen bleibt die Unterscheidung wissenschaftshistorisch relevant, weil die „Soziologie innerhalb der Medizin“ im 19. Jahrhundert bereits hoch entwickelt und ausdifferenziert war und sich die „Soziologie der Medizin“ erst im 20. Jahrhundert entwickelte. Wissenschaftspolitisch ist die Unterscheidung von Objekt und Subjekt zu beachten. Innerhalb der „Soziologie in der Medizin“ (Sozialepidemiologie, Psychosomatik) ist die Medizin Forschungsobjekt und innerhalb der „Soziologie der Medizin“ (Medizinsoziologie) ist sie Forschungsobjekt.

dien gering.²² Erst nach dem zweiten Weltkrieg wurden sozialwissenschaftliche Methoden diskutiert und integriert.²³ Ein Beispiel ist die Nutzung der Sprachwissenschaften bei der Analyse der Arzt-Patient-Beziehung.²⁴ Obgleich die bedeutenden Lehrstühle bei den medizinischen Fakultäten angesiedelt blieben und die finanzielle Abhängigkeit von der Medizin andauerte²⁵, setzten sich immer mehr sozialwissenschaftliche Autoren durch.²⁶ Die medizinische Soziologie markiert die letzte Verwissenschaftlichung der Sozialmedizin, in der nunmehr auch Nichtapprobierte Platz genommen haben.

Die Interventionskonzepte der Sozialhygiene und die Forschungsinteressen der Medizinsoziologie weisen so weit über den Aktionsradius der biomedizinischen Klinik hinaus, dass neue Berufsgruppen Kompetenzansprüche stellen und verteidigen. Ermöglicht und legitimiert wurde die Emanzipation der Nichtapprobierten durch die Medizinkritik der 1970er Jahre²⁷ und die Gesundheitsbewegung der frühen 1980er Jahre.²⁸ Seit den 1990ern ist die Deutungsmacht der Medizin überdies durch den kulturellen Einbruch der Ökonomie im Gefolge betriebswirtschaftlicher Rationalisierung erschüttert. Neben den anderen wissenschaftlichen Disziplinen beanspruchen nunmehr auch Praktiker aus der Pflege, an der Problemanalyse und Problembewältigung mitzuwirken. Die Verwissenschaftlichung der Pflege²⁹ befähigt diese neuen Mitspieler kompetenziell zur Teilnahme an den Entscheidungsprozessen in der Bevölkerungsmedizin, die inzwischen „Public Health“ genannt wird. Sowohl die Forschung als auch die Praxis von Public Health weisen transdisziplinäre Kooperationen aus Medizinern, Sozialwissenschaftlern und teilweise akademisierten nichtmedizinischen Heilberufen auf. Die Netzwerke sind in ihren Zusammensetzungen so vielfältig und fluide, dass Public Health zu einem globalen Sammelbegriff wurde und eine begriffliche Differenzierung notwendig wurde. Demnach sind Sektionen der Gesundheitswissenschaften, Gesundheitspsychologie, Gesundheitspädagogik, Gesundheitssoziologie, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik zu unterscheiden.

Die Schwierigkeiten von Public Health, einen eigenen Theoriebestand zu entwickeln³⁰ und grundständige Studiengänge zu etablieren, sind auf die Heterogenität dieses Netzwerkes zurückzuführen, das mit jeder Welle der Verwissenschaftlichung komplexer wurde, jedoch nicht stabiler, da die Konsolidierungsbemühungen der Sozialepidemiologie, Psychosomatik und Medizinsoziologie ihrerseits von Rückschlägen ge-

22 Sigerist 1929; Bally 1942; Hecker 1912.

23 Nippert/Runde 1975.

24 Löning 1985.

25 Ferber 1989.

26 Parsons 1964/1951; Rohde 1962; Luhmann 1990.

27 Kisker 1975.

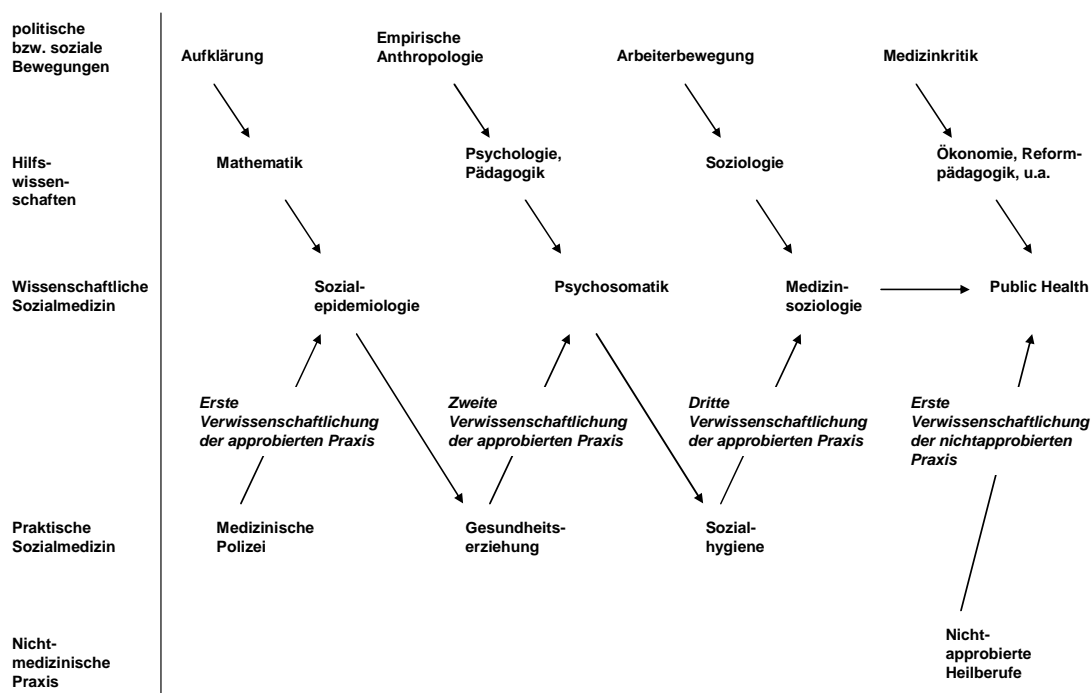
28 Vgl. Alternative Liste Berlin 1981.

29 Weidner/Moers 1998; Stemmer/Dorschner 2007.

30 McQueen 2007.

kennzeichnet sind und unvollständig geblieben sind.³¹ Hinzu tritt eine anhaltend starke Anwendungsorientierung und Theorieskepsis der Beteiligten. So eklektisch-instrumentell wie der Gesundheitswissenschaftler mit seinen Hilfswissenschaften umgeht, so zehrt er von seinem eigenen kleinen Theoriebestand, statt diesen auszubauen. Wie der Mediziner es gewohnt ist, neue Therapie- und Diagnoseverfahren umgehend nach seinem persönlichen Gebrauchsnutzen zu bewerten, so kalkulierend und ungeduldig tritt auch der Praktiker von Public Health seinem Theoretiker gegenüber. Forschung und Wissensvermittlung in Public Health bedeuteten also eiliges Hinterherlaufen, hinter Problemen, die die Praxis definiert.³²

Abbildung 1: Vier Wellen der Verwissenschaftlichung der Sozialmedizin



Quelle: Eigene Darstellung

31 Vgl. Ferber 1989.

32 Beispielhaft sei auf das Auftreten ständig neuer Zielgruppen hingewiesen, die insbesondere von Sozialarbeitern aufgespürt werden und von Wissenschaftlern alsdann erforscht werden müssen (Wright/Noweski 2006).

3. Wie Praxis und Wissenschaft dem Staat vorausziehen

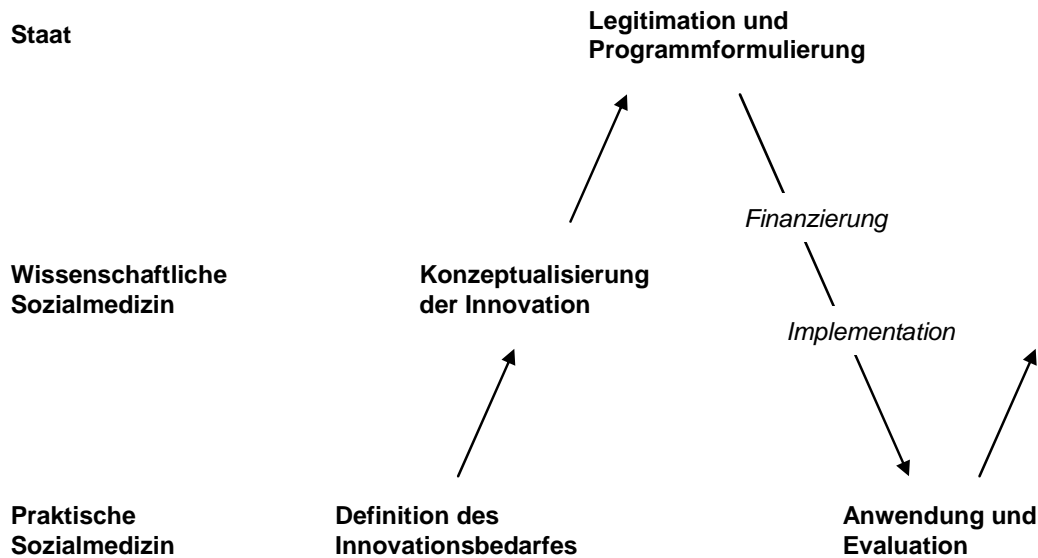
In den spannungsreichen Diskurs zwischen Praxis und Wissenschaft ist der Staat nicht integriert. Wenn neue Instrumente von der Praxis gefordert, von der Wissenschaft entwickelt und dann wiederum von der Praxis eingesetzt werden, finanziert und reguliert der Staat. Die inhaltlichen Fragen über Notwendiges und Angemessenes diskutieren jedoch Praktiker und Forscher.

Der Staat war an der Entwicklung der Sozialmedizin lediglich mittelbar beteiligt. Er finanzierte auf der praktischen Ebene die Interventionen und auf der akademischen Ebene Forschung und Lehre. Die kreativen Anstöße zu den Innovationen kamen von den Sozialmedizinerinnen,³³ die mit staatlichem Geld auch selbst die Institutionalisierung der jeweils neuen Strukturen realisierten. Dabei existierte kein Masterplan, keine Forschungsförderung und auch kein Investitionsprogramm. Antrieb war vielmehr eine Anpassung der Interventionsstrategien durch die Praktiker im Feld, die einige Mediziner in den Hochschulen retrospektiv konzeptualisierten und kommunizierten, mithin legitimierten und zur Nachahmung empfohlen, woraufhin diese neue Praxis besser finanziert wurde, praktiziert und weiterentwickelt wurde, bis sie in neuer Form in den Hochschulen zur Diskussion gestellt wurde. Diese Entwicklungszyklen beginnen mit der Phase des Experimentierens durch die Praxis, setzen sich fort mit dem Konzeptualisieren durch die Wissenschaft und schließen mit der durch den Staat finanzierten Anwendung in einer neuen Infrastruktur, in der neue Suchprozesse nach besseren Interventionsstrategien initiiert werden (Abbildung 2).³⁴

33 Vgl. Prinzing 1920, 6: „Der Ausbau der sozialen Hygiene und die großen Fortschritte, die in der Gesundheitsstatistik zu verzeichnen sind, lassen es wünschenswert erscheinen, daß die amtliche Statistik sich hierauf einstellt. Die privaten Statistiker haben es längst getan, sie sind aber in ihren Arbeiten im allgemeinen auf das amtliche Material angewiesen. Es dürfen nicht immer in althergebrachter Weise die Zahlen für die Verwaltungsbezirke mitgeteilt werden, sondern es sind Gruppen von solchen Bezirken zu bilden, die gleichartige berufliche und wirtschaftliche Verhältnisse aufweisen, Ortsgrößenklassen, Stadt und Land und ähnliche Dinge.“

34 Zur Chronologie von Praxis, Wissenschaft und Staat im Innovationszyklus vgl. Heinzelmann (2009, 243f.) zum Sozialhygieniker Alfons Fischer: „Nach eigenem Bekunden gelangte Fischer durch die Erfahrungen in der Praxis auf den Weg zur sozialen Hygiene. Aufgestört durch die in der Praxis erlebte hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit, analysierte er das Problem sozialhygienisch in mehreren Arbeiten. Die wirtschaftliche Lage hatte sich noch lange nicht so gebessert, dass sie die sozialen Rahmenbedingungen dafür hätte abgeben können, allen Müttern das Stillen zu ermöglichen; der Rückgang der Säuglingssterblichkeit stagnierte dementsprechend oder zeigte wieder ansteigende Tendenz. Das war für Fischer das Startzeichen für gezielte sozialhygienische Aktivitäten. Mit einem Kreis Karlsruher Bürger, die verschiedensten Richtungen angehörten, initiierte er 1907 die ‚Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung‘ und gründete 1909 die genossenschaftlich organisierte ‚Mutterschaftskasse‘ auch zur Unterstützung unehelicher Mütter (der damaligen weiblichen ‚Alleinerziehenden‘). 1915 wurden durch Bundesratsverordnungen alle auf die perinatale Unterstützung gerichteten Forderungen für den Zeitraum des Krieges erfüllt. 1919 bestätigte ein Reichsgesetz einen Großteil der Bestimmungen auch für die Nachkriegszeit.“

Abbildung 2: Innovationszyklus im Politikfeld Sozialmedizin



Quelle: Eigene Darstellung

Bemerkenswert ist die langfristige Veränderung der Rolle des Staates. Er wurde als Förderer umso wichtiger, je mehr sich die Sozialmedizin von der auf den einzelnen Patienten orientierten Klinik entfernte. Jede der hier beschriebenen Verwissenschaftlichungsbewegungen markiert einen Entgrenzungsversuch durch die Einbeziehung neuer Hilfswissenschaften, der von neuen Qualifikationsanforderungen begleitet war und die Kompetenzen der etablierten Mediziner in Frage stellte. Der Kontrollverlust für die Medizin wog umso schwerer, je mehr Kooperation oder gar Arbeitsteilung mit Nichtapprobieren eingefordert wurde. War die Epidemiologie noch ganz überwiegend von Medizinern erledigt worden, traten bei der Psychosomatik bereits Psychologen auf, bei der Medizinsoziologie Sozialwissenschaftler und bei Public Health sogar Nichtakademiker. Jede der Verwissenschaftlichungsbewegungen bedeutete einen Autonomie- bzw. Dominanzverlust für die Medizin sowie eine Bedrohung der Finanzausstattung, nicht nur weil neuartige Lehrstühle eingerichtet wurden, sondern auch in der Interventionspraxis andere Berufsgruppen an den Mitteln partizipierten. Die Bereitschaft der Medizin, diese Entwicklung zu unterstützen oder auch nur zu tolerieren, musste abnehmen, wodurch die Abhängigkeit der neuen Strukturen vom Staat immer größer wurde. Dieser konnte zu ihrer Konzeptualisierung inhaltlich nichts beitragen, wohl aber finanziell. Die Wiederaufnahme der bevölkerungsmedizinischen Forschung nach dem zweiten Weltkrieg erfolgte dementsprechend primär durch das Bundesforschungsministerium, nicht durch die gesundheitspolitischen Fachressorts, also das Arbeits- und das Gesundheitsministerium. Offizielle Legitimationsfigur war weniger die Modernisierung der Krankenversorgung und des Gesundheitsschutzes, als die Wiederansiedelung ei-

nes Forschungsprogramms, das von der rassistisch-eugenischen Auslegung der Nationalsozialisten verdrängt worden war³⁵ und von der Medizin der Bundesrepublik bis in die achtziger Jahre hinein aus oben genannten Gründen ignoriert worden war, in anderen Ländern jedoch prosperierte. Die nachholende Modernisierung nach ausländischem Vorbild zielte somit zunächst auf das deutsche Wissenschaftssystem und weniger auf das Versorgungssystem.

Seit den 1980er Jahren ist die Rolle des bundesrepublikanischen Staates jene eines außen stehenden Förderers, der immer wieder in das relativ autonome Gesellschaftssystem der Krankenversorgung interveniert, um das von Marginalisierung bedrohte Subsystem der Bevölkerungsmedizin zu erhalten. Dies aber über den Umweg der Forschungsförderung und weniger durch gesetzgeberische Eingriffe ins Krankenversorgungssystem.³⁶ Erst seit der (holprigen) Einführung des § 20 SGB V ist die Finanzierungsbasis nichtmedizinischer Primärprävention außerhalb des Medizinsystems gesetzlich abgesichert.

4. Neuere Programme

Die wissenschaftliche Kritik staatlicher Präventionsprogramme sollte in ihrer Analyse alle Innovationen von Public Health berücksichtigen. Es addieren sich die Relevanzkriterien der klinischen Medizin, der Sozialepidemiologie, der Psychosomatik und der Medizinsoziologie. Die intensivere Einbeziehung der bereits aufgeführten oder weiterer Hilfswissenschaften ist dem Analysten anheim gestellt. Die folgenden Fragen sind zu stellen:

- Sind die epidemiologischen Probleme, die das Programm adressieren soll, hinreichend geklärt und benannt?
- Sind die Ziele expliziert?
- Ist die Beschreibung der Maßnahmen konkret und folgerichtig?
- Sind die Mittel erläutert?
- Initiiert das Programm neue Maßnahmen?

35 Schneck 1994.

36 Das Gegenmodell war das Gesundheitssystem der DDR. Die Bevölkerungsmedizin („Sozialhygiene“) war das strukturbildende Konzept der Versorgungspraxis, die herrschende Lehre in der Wissenschaft und explizite Staatsdoktrin. Die vier Verwissenschaftlichungen wurden hier im Rahmen einer umfassenden Revision der Versorgungsstrukturen zeitlich komprimiert und autokratisch-kompromisslos durchgesetzt. Die Entwicklung vollzog sich nicht von der Praxis über die Wissenschaft zur Politik, sondern aufgrund der politisch durchgesetzten Einheit von Praxis, Wissenschaft und Politik unchronologisch-gleichzeitig. Innerhalb des technokratischen Systems gehörte die Kooperationspflicht zur offiziellen Berufsauffassung des Mediziners und war die Arbeitsteilung zwischen Medizin, Arbeitsmedizin, Psychiatrie, Pflege, Psychologie, Sozialwissenschaft etc. weder Suchprozess noch Ergebnis von Machtkämpfen, sondern geplant und durch Aufträge definiert.

- Werden neue Gelder bereitgestellt?
- Werden neue Institutionen etabliert?
- Sind die Zielgruppen angegeben und definiert?
- Ist soziale Ungleichheit thematisiert?
- Sind die Rolle des Setting-Ansatzes und der Verhältnisprävention geklärt?
- Zielt das Programm auf eine breite Palette von Prädiktoren von Gesundheit und ist der unspezifischen Gesundheitsförderung Raum gegeben?
- Sind neben der biomedizinischen auch die psychische und soziale Dimension von Gesundheit adressiert?
- Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind enthalten?
- Ist eine Evaluation vorgesehen?
- Ist gewährleistet, dass die Erfahrungen dokumentiert und kommuniziert werden, so dass die Beteiligten wie auch weitere Präventionsakteure aus diesen lernen können?
- Werden die Potenziale kooperativer Vernetzung mit relevanten Ressourcenträgern genutzt?
- Sind die Zielgruppen und übrigen Mitwirkenden an der Konzeptualisierung und den operativen Entscheidungen beteiligt?
- Nimmt das Programm Bezug auf eventuell bestehende Defizite in der öffentlichen Daseinsvorsorge?

Zwei Kategorien von Präventionsprogrammen lassen sich unterscheiden. Erstens sind dies Programme, die politische Prioritäten und Ziele definieren, entsprechende Maßnahmen ankündigen, jedoch keine größeren Summen für die Intervention vor Ort bereitstellen. Diese Programme sind mit dem Begriff „Strategiepapier“ am besten beschrieben. Daneben gibt es Programme, deren Zweck darin besteht, zusätzliche Gelder für die Interventionen zur Verfügung zu stellen. Hier kann von „Förderprogrammen“ gesprochen werden. Der Unterschied zwischen Strategiepapieren und Förderprogrammen ist erst nach genauerem Hinsehen erkennbar, weil in Strategiepapieren oft Maßnahmen angeführt werden, die bereits durch Förderprogramme eingeleitet und finanziert wurden. Im Folgenden wird eine Auswahl staatlicher Dokumente vorgestellt, die als Wegmarken der Programmentwicklung gelten können (Tabelle 1). Die hier behandelten Initiativen repräsentieren lediglich eine kleine Auswahl der inzwischen zahlreichen Präventionsprogramme in Deutschland (siehe Anhang). Über deren Zahl und Reichweite besteht aufgrund fehlender Daten leider noch keine Klarheit. Der hier gemachte Versuch einer kritischen Betrachtung kann daher nur Auftakt einer wissenschaftlichen Durchleuchtung sein.

Tabelle 1: Staatliche Präventionsprogramme (Auswahl)

Jahr	Träger und Titel	Funktion
2005	BMG: „Bewegung und Gesundheit“	Förderprogramm
	Bundesregierung: Nationaler Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“	Strategiepapier
2006	BMFSFJ: "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme"	Förderprogramm
2008	Bundesregierung: „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“	Strategiepapier
	BMG, BMELV: „IN FORM“	Förderprogramm
	RKI, BZgA: „Erkennen – Bewerten – Handeln“	Strategiepapier
	Sozialministerium von Mecklenburg-Vorpommern: „Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention“	Strategiepapier

Quelle: Eigene Recherchen

4.1 „Bewegung und Gesundheit“

Das Bundesministerium für Gesundheit führt seit 2005 die Kampagne „Bewegung und Gesundheit“ durch, um die Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu animieren.³⁷ Hierfür sind 2,14 Mio. € bereitgestellt worden. Die genutzten Instrumente sind eine Homepage im Internet, öffentliche Auftritte von Prominenten und Informationsbroschüren. Gesundheitswissenschaftler kritisierten die Aktion als Intervention alten Stils. Sie zielt fast nur auf Verhaltensänderung und trägt wenig zur Verhältnisprävention, also zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten bei. Dabei hat sie einseitig appellativen Charakter und nutzt kaum die Möglichkeiten der Organisationsentwicklung und der dialogischen Kommunikation mit der Zielgruppe. Mittlerweile ist klar, dass derlei Kampagnen allenfalls eine flankierende Funktion im Rahmen einer komplexeren Problemlösungsstrategie übernehmen können.

³⁷ Bundesministerium für Gesundheit 2007; Bundesministerium für Gesundheit 2009.

4.2 Nationaler Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“

Der Nationale Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“ der Bundesregierung ist nicht als präventionspolitisches Programm konzipiert worden, berührt jedoch indirekt und auch direkt viele gesundheitsrelevante Prädiktoren. In einigen Details ist der Aktionsplan durchaus progressiv. Bemerkenswert ist auch die Breite des Themenspektrums, das hierin behandelt wird.

Das Dokument geht auf eine Verpflichtung der Bundesregierung auf dem Weltkindergipfel der Vereinten Nationen im Jahr 2002 zurück, einen Nationalen Aktionsplan für mehr Kinderfreundlichkeit vorzulegen.³⁸ Das Papier stellt ein jugendpolitisches Rahmenprogramm mit der Laufzeit von 2005 bis 2010 dar, mit einer synoptischen Darstellung der verschiedenen Programme und Projekte der Bundesregierung in sechs Handlungsfeldern: Bildung, Gewaltprävention, Gesundheit, Beteiligung, Lebensstandard und internationale Verpflichtungen.³⁹ Übergeordnetes Ziel ist ein „kindergerechtes Deutschland“. Darunter versteht das Dokument eine Politik, die die Bedürfnisse der Kinder berücksichtigt, ihre Entwicklung fördert und Chancengleichheit unabhängig von der sozialen Herkunft ermöglicht.

Zielgruppe des Aktionsplanes sind alle Kinder in Deutschland. Der Aktionsplan betont an vielen Stellen, dass die Maßnahmen zielgruppengerecht zu gestalten sind. Punktuell werden Gruppen mit besonderen Bedarfen hervorgehoben. Beispielsweise heißt es im Handlungsfeld Gewaltprävention: „Besondere Beachtung brauchen Kinder und Jugendliche aus solchen Migrationsfamilien, die in materieller Armut und ohne ausreichende soziale Ressourcen aufwachsen.“ Obgleich soziale Ungleichheit als Begriff kaum vorkommt und als Ursache vieler Probleme nicht eingehend thematisiert wird, nimmt der Aktionsplan eine sozialkritische Perspektive ein. Zum einen im Bereich der Bildungspolitik, wo bemängelt wird, dass das Bildungssystem bislang keine „Chancengerechtigkeit“ gewährleiste. Zum anderen an zahlreichen Stellen, an denen Armut bzw. Kinderarmut problematisiert werden. Ungleichheit wird auf diese Weise zwar auf die Armutsproblematik reduziert, diese wird aber zumindest explizit benannt. An drei Stellen weist der Aktionsplan auf Mängel in der öffentlichen Daseinsvorsorge hin. Einmal konstatiert er in allen Bereichen der öffentlichen Kinderbetreuung Versorgungslücken und stellt fest: „Ungezählten Kindern werden Fördermöglichkeiten vorenthalten.“ An anderer Stelle wird bemängelt, dass lediglich 13 % der Schüler und Schülerinnen mit Lernbeeinträchtigungen und anderen Behinderungen integrativ, also in Allgemein- oder Integrationsschulen beschult werden. Kritikwürdig erscheint dem Aktionsplan außerdem, dass 40 % der Kinder und Jugendlichen bei Krankenhausaufenthalten auf Erwachsenenstationen versorgt werden und die Mitaufnahme eines Elternteils nicht immer sichergestellt ist.

38 United Nations 2002; Koalitionsvertrag 2005, 111ff.

39 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006a; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2008.

Das Thema Gesundheitsförderung wird relativ ausführlich und differenziert im Gesundheitskapitel behandelt. Im Sinne der Belastungssenkung und Ressourcenstärkung sind auch viele andere Abschnitte relevant. Der Setting-Ansatz spielt begrifflich keine Rolle, die Verhältnisprävention ist jedoch in den umwelt-, bildungs- und armuts-politischen Teilzielen enthalten. Auch an die psychische Gesundheit ist gedacht worden. Leider geht der Text nicht auf das Problem der Qualitätssicherung gesundheits-orientierter Prävention ein. Hier wäre eine ähnlich ambitionierte Zielformulierung, wie sie in Bezug auf die Qualität der Bildungseinrichtungen und Beteiligungsprozesse von Kindern und Jugendlichen gemacht wurde, wünschenswert gewesen.

Das Thema Partizipation genießt einen hohen Stellenwert. Eines der sechs im Dokument aufgeführten Handlungsfelder widmet sich der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an Entscheidungsprozessen in ihren Lebenswelten. Die Bundesregie-rung plädiert hierin für eine intensivere Nutzung der bereits vorhandenen Beteiligungs-formen, beispielsweise in Schulen und Gemeinden, sowie deren Weiterentwicklung bis hin zur Formulierung verbindlicher Standards. Die aufgeführten Maßnahmen bleiben gleichwohl unverbindlich. Sie lassen die intendierte Richtung der Entwicklung erken-nen, bieten jedoch keinen Aufschluss über Intensität und Geschwindigkeit. Während der Entwicklung des Textes konnten Kinder und Jugendliche in eigenen Arbeitsgrup-pen jugendpolitische Themen beraten und Empfehlungen formulieren. Die Ergebnisse sind dem Plan als Appendix angefügt und auszugsweise in die Kapitel eingefügt. Dar-über hinaus ist aus diesen Erörterungen ein „Kinder- und Jugendreport“ hervorgegan-gen.⁴⁰ Das zweiteilige Dokument beinhaltet ein jugendpolitisches Manifest der Ziel-gruppe selbst sowie Projektberichte, die Erfahrungen verbreiten und zur Nachahmung anregen sollen.

Wie bei Strategiepapieren üblich, beruhen viele der angeführten Maßnahmen auf Beschlüssen, die ganz unabhängig von diesem Plan gefasst wurden (z. B. Kinder-zuschlag für einkommensschwache Eltern). Viele Angaben zu den Maßnahmen sind unspezifisch (z. B.: „Die Bundesregierung wirkt an der Information von Eltern, Kindern und Jugendlichen über gesundheitsförderndes Verhalten und einen gesunden Lebens-stil mit und führt entsprechende Aufklärungskampagnen durch.“). Auch die Ankündi-gungen bleiben vage (z. B.: „Die Bundesregierung wird sich in Zusammenarbeit mit den Ländern und den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe für eine konsequente de-zentrale sozialraumbezogene Vernetzung der verschiedenen Vorhaben und Maßnah-men zur individuellen Förderung von Kindern und Jugendlichen einsetzen.“). Neu an-gestoßene Maßnahmen sind nicht erkennbar. Neue Mechanismen, beispielsweise zur Koordinierung von Bund und Ländern oder verschiedener Ressorts, werden nicht ins Leben gerufen. Gleichwohl ist der Aktionsplan in drei Punkten beispielgebend: Er nimmt den Zusammenhang zwischen sozialer Situation und Gesundheit zur Kenntnis,

40 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006b.

er plädiert für soziale Teilhabe und er versucht die Zielgruppen bei der Konzeptualisierung von Interventionen einzubinden.

4.3 „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“

Das Programm "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" des Bundesfamilienministeriums fördert von 2006 bis 2010 mit rund 10 Mio. € zehn Modellprojekte gegen Vernachlässigung und Misshandlung von Klein- und Vorschulkindern.⁴¹ Ziel ist es, diese Projekte zu evaluieren und die Erfahrungen zu kommunizieren. Vergleichbares war 2006 schon einmal durch das Deutsche Jugendinstitut mit 19 Projekten zu diesem Themenkreis gemacht worden.⁴² Als Kommunikationsplattform dient das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)", das 2007 gegründet wurde.⁴³ Der präventionspolitische Fortschritt, der mit diesem Programm vollzogen wird, besteht darin, dass nunmehr die Qualitätssicherung der Projekte eingefordert wird und entsprechende Bemühungen finanziell unterstützt werden. Das NZFH soll Lernprozesse im Sinne der Qualitätsentwicklung institutionalisieren.

4.4 „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“

Die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit ist im Mai 2008 vom Bundeskabinett beschlossen worden.⁴⁴ Hierin formuliert die Bundesregierung das Ziel, die Gesundheit der Kinder in Deutschland zu fördern. Dabei definiert sie vier Handlungsfelder: Ausbau der Gesundheitsförderung, Förderung der Chancengleichheit, Minderung der gesundheitlichen Risiken und Gesundheitsforschung. Innerhalb dieser Felder werden Maßnahmen aus den verschiedenen Ressorts aufgeführt. Als eigene Mittel stehen für den Zeitraum von 2009 bis 2012 rund 4,1 Mio. € zur Verfügung. Erkennbar neu sind lediglich die Ankündigung, einen nationalen Präventionsrat einzurichten und Präventionsziele zu beschließen sowie die Ankündigung, ein Informationssystem für die Bevölkerung zum Thema ADHS zu errichten. Die Ressorts sollen sich mit Hilfe einer interministeriellen Arbeitsgruppe beim BMG besser abstimmen.

Der Problemaufriss des Papiers basiert auf dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts und ist sozialepidemiologisch fundiert. Auffällig ist, wie prominent das Thema psychische Gesundheit ist. Es wird deutlich, dass sozial benachteiligte Familien und jene mit Migrationshintergrund höhere Bedarfe

41 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008a.

42 Helming et al. 2006.

43 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008b; Sann/Schäfer 2008.

44 Bundesministerium für Gesundheit 2008.

aufweisen, jedoch Angebote seltener in Anspruch nehmen. Gesundheitliche Chancengleichheit ist als Ziel ausdrücklich formuliert, die Probleme Armut und soziale Ungleichheit werden gleichwohl nicht vertieft. Der Setting-Ansatz wird nicht erwähnt, ist jedoch implizit enthalten, z. B. unter dem Stichwort familiengerechte Stadtentwicklung. Die spezifischeren Herausforderungen der Primärprävention, Qualitätssicherung und partizipative Methoden, sind nicht enthalten. Obgleich das Dokument also einige gesundheitswissenschaftlich relevante Aspekte vermissen lässt, signalisiert es, dass die Gesundheitsförderung von Kindern hohe Priorität für die Bundesregierung genießt und die Institutionenbildung vorangetrieben werden soll.

4.5 „IN FORM“ – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung

Das Programm „IN FORM“ von BMG und BMELV hat eine Laufzeit von 2008 bis 2020 und verfügt für den Zeitraum bis 2010 über ein Budget von 30 Mio. €. Diese eigene Finanzausstattung unterscheidet IN FORM von den Strategiepapieren und kennzeichnet ein echtes Förderprogramm. Ziel ist es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Bevölkerung zu verbessern.⁴⁵ Der Problemaufriss stützt sich zwar auf wissenschaftliche Studien, wie das Bundesgesundheitsurvey 1998, das Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2006 (KiGGS) und die Nationale Verzehrsstudie II von 2007, nicht mehr zeitgemäß ist jedoch, dass Stressbewältigung im Konzept vernachlässigt wird und die Trias aus Ernährung, Bewegung und Stress lediglich in Projektberichten vorkommt, die zur Illustration eingestreut sind. Psychische Gesundheit kommt nur als Prädiktor von Ernährungs- und Bewegungsverhalten, nicht aber als Interventionsziel vor.

Der Setting-Ansatz wird als Konzept lediglich gestreift („Anreize in den Lebenswelten“). So sei bei infrastrukturellen Vorhaben „eine bewegungsfreundliche Gestaltung und die Schaffung von attraktiven Bewegungsanreizen anzustreben“ („leicht zugängliche, helle Treppenhäuser oder spielförderliche Elemente in den Lebenswelten von Kindern“). Verhältnisprävention wird zweimal erwähnt: zum einen sollen die Ziele durch ein „Zusammenspiel“ aus Verhältnis- und Verhaltensprävention erreicht werden, zum anderen seien sowohl bei der Verhältnis- als auch der Verhaltensprävention substantielle Veränderungen notwendig. Organisationsentwicklung kommt als Begriff nur einmal vor. So fordert das Programm, dass betriebliche Gesundheitsförderung Be-

45 Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz 2008a; Bundestagsdrucksache 16/9914 vom 27.06.2008; Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz 2008b; Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz 2008c; Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz 2007.

standteil der Personal- und Organisationsentwicklung im öffentlichen Dienst sein soll. Im gesamten Text überwiegt die Verhaltensprävention.

Das Problem der sozialen Ungleichheit findet wenig Beachtung. Defizite in der Daseinsvorsorge, z. B. im Bildungssystem, werden nicht angesprochen. Armut kommt weder als Begriff noch als Thema vor. Das Papier konstatiert, dass Adipositas bei geringerem Einkommen und niedriger Bildung häufiger auftritt, dass sozial benachteiligte Gruppen Angebote (beispielsweise organisiert über Vereine und kommerzielle Anbieter), teilweise auch aufgrund eingeschränkter finanzieller Möglichkeiten, seltener wahrnehmen und dass das Wohnumfeld sozial Benachteiligter oft schlechter ist und in entsprechenden Wohnquartieren bauliche Veränderungen erfolgen müssen. Sozial Benachteiligte und Migranten werden erwähnt, wenn es darum geht, die Projekte zielgruppengerecht zu gestalten. Sie werden jedoch nicht als eigenständige Zielgruppen betrachtet, schon gar nicht als prioritäre Zielgruppen oder als Schwerpunkt des Programms. Gleichzeitig zeigen jedoch die illustrativ eingefügten Projektbeispiele („soziale Stadt“, Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“), dass dieser Schwerpunkt in der Praxis existiert. Das Konzept des Programms bleibt insoweit hinter dem erreichten Niveau der Praxis zurück. Ein Hinweis zu den Vorteilen partizipativer Methoden bei den Interventionen fehlt.

Die Aussagen zur Qualität der Primärprävention sind ausweichend und verlagern das Problem in die Zukunft. Der Plan stellt fest, dass sich die Projekte auf sehr unterschiedlichem Niveau bewegen und wissenschaftlich fundierte Qualitätssicherung und Evaluation notwendig seien. Darauf folgt jedoch lediglich die Ankündigung, die Entwicklung von Standards sowie Begleitforschung und Gesundheitsmonitoring zu fördern. Damit bleibt das Thema der Forschung und der Selbstverpflichtung der Träger überantwortet. Weiterführend wäre es gewesen, Evaluationen für alle vom Bund geförderten Projekte obligatorisch zu machen, die Veröffentlichung der Ergebnisse und den Transfer selbiger in die Präventionsforschung einzufordern und eine Empfehlung auszusprechen, die Evaluationen von Wissenschaftlern durchführen zu lassen, die qualifiziert und ohne Interessenkonflikte sind.

Die von BMG und BMELV angeführten Maßnahmen dienen vor allem der Vernetzung der Akteure, der Weiterentwicklung bereits vorhandener Initiativen, der Entwicklung von Qualitätsstandards und der Förderung von neuen Modellvorhaben. In allen Bereichen stützt sich das Programm wesentlich auf nichtstaatliche Akteure. Beispielsweise sollen die Qualitätsstandards für Gemeinschaftsverpflegung von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entwickelt werden, wie schon die Standards für Schulpflegung. Augenfällig sind die Feststellung, dass in vielen Fragen noch Forschungsbedarf bestehe, und die Ankündigung, dass diese Forschung gefördert werde. Insgesamt treten die Ministerien und ihre Behörden als Geldgeber und Moderatoren in Erscheinung, jedoch nicht in ihrer Funktion als Regulierungsträger. Das gesamte Programm ist von einem „weichen“ Politikstil gekennzeichnet.

IN FORM knüpft überwiegend an bereits vorhandene Entwicklungsprozesse an und stützt sich auf bereits aktive Akteure, fördert diese Strukturen jedoch mit einem eigenen Budget. Bereits laufende Initiativen, wie das Programm „Tut mir gut“ von der BZgA, können mit dem „frischen“ Geld fortgesetzt werden. Daneben gibt es auch das neue Teilprogramm „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“, mit dem lokale Bündnisse für Prävention gefördert werden. Einige Institutionen werden neu entstehen; innerhalb des Programms eine Steuerungsgruppe und themenspezifische Arbeitsgruppen, außerhalb Vernetzungsstellen für Schulverpflegung und Zentren für Bewegungsförderung. Bei letzteren ist jedoch nicht klar, welchen Anteil BMG und BMELV an der Finanzierung übernehmen, weil die Länder und weitere Akteure beteiligt sind. Vernetzung und Kooperation genießen insgesamt einen hohen Stellenwert. Möglichst viele „gesellschaftliche Kräfte“, darunter die Bürgerinnen und Bürger, sollen „sektorenübergreifende Allianzen“ bilden.

Angesichts der hier angeführten konzeptionellen Schwachpunkte in den zugrundeliegenden Dokumenten ist zu hoffen, dass die beteiligten Projektträger ihre gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationen und praktischen Erfahrungen zum Tragen bringen, um die wirklich bedürftigen Adressaten zu identifizieren und in angemessener Weise anzusprechen. Zumindest bieten die lange Projektlaufzeit und das relativ üppige Budget hierfür gute Voraussetzungen.

4.6 „Erkennen – Bewerten – Handeln“

Das Gutachten „Erkennen – Bewerten – Handeln“ von RKI und BZgA aus dem Jahr 2008 ist formal gesehen weder ein Strategiepapier noch ein Förderprogramm, sondern eine Stellungnahme zum Thema Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive mit zahlreichen Empfehlungen.⁴⁶ Es ist im Zusammenhang mit der staatlichen Programmentwicklung als relevantes Dokument anzusehen, weil es vom BMG mit der Maßgabe in Auftrag gegeben wurde, die epidemiologischen Daten der KiGGS-Studie zu interpretieren und Empfehlungen für den Gesetzgeber abzuleiten. Daher ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Inhalte Eingang in die Programmentwicklung des Ministeriums finden.

Besonders informativ sind die Ausführungen der Studie bezüglich des Zusammenhangs von sozioökonomischem Status und gesundheitlichen Bedarfen. Es wird deutlich, dass Interventionen bzw. Investitionen bei sozial Benachteiligten und Migranten vordringlich sind. Hinsichtlich der Prozess- und Strukturqualität umreißt die Studie deutlicher und vollständiger als die Papiere aus den Ministerien Defizite und Handlungsbedarfe. Dies betrifft die Anwendung des Setting-Ansatzes (bzw. „Lebensweltansatzes“) und partizipativer Methoden, die Initiierung von Lernprozessen bei den prä-

46 Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008.

ventionspolitischen Akteuren sowie die Institutionalisierung von Qualitätssicherung und Koordinierung.

4.7 „Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention“ in Mecklenburg-Vorpommern

Der präventionspolitische Aktionsplan des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern wurde im Jahr 2008 vom Sozialministerium veröffentlicht.⁴⁷ Er legt einen umfassenden und positiven Gesundheitsbegriff zugrunde, der die biomedizinische, psychologische und soziale Dimension umfasst. Der Begriff Lebensqualität ist sehr prominent. Neben der Belastungssenkung wird die Ressourcenstärkung hervorgehoben („salutogener Ansatz“, „Empowerment“). Die Handlungsleitlinien beziehen sich explizit auf den Setting-Ansatz, die zielgruppengerechte Individualisierung der Interventionen, die Beteiligung der Zielgruppen („Partizipation“) und sogar die „Kontinuität und Nachhaltigkeit“ der Maßnahmen. Vulnerable Gruppen, die besonderer Unterstützung und vorzugsweise aufsuchender und niedrigschwelliger Hilfe bedürfen, werden explizit und ausführlich angesprochen („Menschen mit Armutsrisiko, Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, suchtbelastete Menschen, ältere Alleinlebende, Menschen mit Migrationshintergrund“). In einem spezifischen Abschnitt zum Problem der Steuerung erläutert der Plan die Aufgaben der interministeriellen Arbeitsgruppe für Prävention und betont die Bedeutung des Aktionsbündnisses für Gesundheit, dessen Geschäftsführung dem Sozialministerium und der LVG obliegt. Die Ausführungen vermitteln den Eindruck, dass die Landesverwaltung eine verantwortliche Rolle als Koordinator eingenommen hat. Zu begrüßen ist außerdem, dass Evaluationen für öffentliche Projekte verpflichtend sein und deren Ergebnisse der Präventionsforschung zur Verfügung gestellt werden sollen. Verbindliche Qualitätskriterien werden angestrebt, ohne jedoch einzelne vielversprechende Vorhaben ohne vollständigen Wirksamkeitsnachweis auszuschließen. Sinnvoll ist die Absicht, eine Präventionsberichterstattung zu etablieren. Hinsichtlich der Prävention bei Kindern und Jugendlichen existieren diesbezüglich Ansätze in Form von Gesundheitszielen⁴⁸ und einem Kinder- und Jugendbericht⁴⁹. Leider sind hierin weder epidemiologische Daten noch eine Ausgabenstatistik zur präventiven Gesundheitsversorgung enthalten. In welchem Verhältnis Bedarf und Versorgung stehen, ist daher noch unklar. Der Bericht zur Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche könnte aber zu einem „Landesgesundheitsbericht / Prävention / Kinder und Jugendliche“ ausgebaut werden.

47 Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern 2008.

48 Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern/Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern 2004; Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern 2006a.

49 Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern 2006b.

In der bisherigen Form vermitteln die präventionspolitischen Dokumente den Eindruck, dass die Infrastruktur (Institutionen und Leitlinien) in Mecklenburg-Vorpommern gut entwickelt ist. Im vorliegenden Vergleich staatlicher Dokumente verdient der Landesaktionsplan im Sinne der Gesundheitswissenschaften als fortschrittlichstes Programm gewürdigt zu werden.

5. Policy Learning als ungleichzeitiges Mehrebenengeschehen

Die kursorische Durchsicht jüngerer präventionspolitischer Dokumente zeigt, dass die Empfehlungen der Gesundheitswissenschaften peu à peu Eingang in die staatliche Programmformulierung finden. Die sozialen Ursachen von Krankheit, z. B. Armut und mangelnde Integration, werden deutlicher benannt. Immer mehr wird die Vulnerabilität von Zielgruppen als Priorisierungskriterium angelegt und spezifische Interventionsstrategien eingefordert. Die Partizipation der Zielgruppen bei der Entwicklung der Projekte ist auf dem Wege, zum Standard zu werden. Qualitätssicherung gilt als unverzichtbar und die Entwicklung entsprechender Methoden wird finanziell stärker gefördert. Psychische Gesundheit wird als Präventionsziel immer prominenter.

Der Wandel in der präventionspolitischen Programmatik des Staates ist das Resultat von Lernprozessen, die ganz überwiegend außerhalb des administrativen Systems stattfinden.⁵⁰ Zu bedenken ist, dass es sich beim Reformsujet (Bundeskabinett, Bundestag, Bundesrat) um einen politikfeldübergreifenden Akteur handelt, der zwar mit den Akteuren der Präventionspolitik kommuniziert, gleichzeitig jedoch auch mit zahlreichen anderen gesellschaftlichen Subsystemen. Tiefergehende Einsichten in die Wirkungsbedingungen des Feldes gewinnen prinzipiell nur die politikfeldspezifischen Akteure. Sollen die Strukturbildung, die Ausreifung und mithin die Performanz der vierten Säule der Gesundheitsversorgung befördert werden, geraten daher Lern- und Kommunikationsprozesse auf und zwischen verschiedenen Ebenen in den Blickpunkt (Tabelle 2).

50 Grin/Loeber 2007.

Tabelle 2: Ebenen von Policy Learning

	Lernziel	Akteur
Intersystemisches Lernen	Koordinierung des gesellschaftlichen Subsystems mit anderen	Reformsubjekt, politikfeldübergreifende Forschung
Systemisches Lernen	Funktionserfüllung des Subsystems	Regulierungsträger, politikfeldspezifische Forschung, Finanzierungsträger, Projektträger
Individuelles Lernen	Erfolg der Intervention	Mitglieder der Gesundheitsberufe, Mitglieder der Zielgruppen

Quelle: Eigene Darstellung

Ausgangspunkt der Lernprozesse ist die Ebene des individuellen Lernens der Mitglieder der Zielgruppen und der unmittelbar an der Intervention Beteiligten. Die von Gesundheitsdefiziten Betroffenen und ihre Helfer sind Merkmalsträger und unmittelbare Datenerheber und definieren als erste die Problemlage. Die Daten dieser individuellen Ebene werden auf der systemischen Ebene gesammelt, verglichen, typologisiert und verallgemeinert. Bedarfe werden lokalisiert und die Wirkung von Präventionsangeboten bilanziert. Auf der Basis dieser Informationen entwickeln die Projektträger ihre Interventionsstrategien weiter. Die Finanzierungsträger identifizieren die dringlichsten und effektivsten Projekte und fördern entsprechend. Die zuständigen Fachministerien modifizieren den Rechtsrahmen und sanktionieren diesen durch ihre Behörden. Diese Verrechtlichung berücksichtigt auch die Ansprüche anderer Ressorts, z.B. des Finanzministeriums oder des Wirtschaftsministeriums. Zu den wichtigsten Themen nimmt das gesamte Bundeskabinett Stellung („Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“) oder auch das Bundeskanzleramt („Nationaler Integrationsplan“). Es wird deutlich, dass die Informationen „bottom up“ fließen, bzw. aus dem Politikfeld auf eine übergreifende Ebene („Policy Feedback“)⁵¹.

Die Präventionspolitik zeigt sehr deutlich, dass für Policy Learning zwei Voraussetzungen erfüllt sein müssen:

1. Auf jeder Ebene muss ein eigenständiger und kontinuierlicher Lernprozess stattfinden. Weder dürfen Ergebnisse von höherer Ebene präjudiziert, noch dürfen Gruppen marginalisiert werden.⁵² Erkenntnisse dürfen nicht verlorengehen,

51 Noweski 2008b, 111-114.

52 Wright et al. 2009; Werner/McNutt 2009.

weil Forschungslinien vorzeitig abgebrochen werden, oder die gewonnenen Ergebnisse unzulänglich dokumentiert und kommuniziert werden.

2. Die Kommunikation zwischen den Ebenen muss sehr intensiv sein. Weder darf das von unten nach oben verlaufende Policy Feedback zu viele Informationsverluste aufweisen. Noch dürfen die von oben nach unten verlaufenden Hinweise und Regelsetzungen ignoriert werden. Letztere bedeuten zwar einen Autonomieverlust für die Adressaten, dienen jedoch der wissenschaftlichen Evidenzbasierung, der Koordinierung der Systemelemente und der Koordinierung des Gesundheitssystems mit den anderen gesellschaftlichen Teilsystemen.⁵³

Hilfreich beim Lernen sind vergleichende Methoden. Diese können sich zum einen auf andere Politikfelder beziehen. Beispielsweise sind die fortgeschrittenen Methoden der Qualitätssicherung der Jugendhilfe⁵⁴ auf die Prävention bei Kindern und Jugendlichen übertragbar. Hier findet ein „Spill Over“ aus einem älteren Politikfeld in ein jüngeres statt. Die Vergleiche können sich zum anderen auch auf Erfahrungen beziehen, die in anderen Ländern gemacht wurden. So ist beispielsweise die HIV-Prävention in China auf einen Import der Kompetenz von UNAIDS zurückzuführen,⁵⁵ ist ein Politikfeld also nach ausländischem Vorbild dupliziert worden.

6. Fazit

Die Strategiepapiere und Förderprogramme des Staates greifen die Empfehlungen der Gesundheitswissenschaften auf. Sie sind hinsichtlich der Problemanalyse und Strategieformulierung zunehmend differenzierter und wissenschaftlich fundierter. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass im Feld Lernprozesse stattfinden die neue Wissensbestände generieren, die vom administrativen System im Sinne einer Programmformulieren verwertet werden können. Dieser Befund stimmt optimistisch, dass die Ausreifung des Politikfeldes nichtmedizinischer Primärprävention vorankommt und die Leistungsfähigkeit des Systems steigt. Das Scheitern des Präventionsgesetzes zeigt gleichwohl, dass die wissenschaftliche Evidenz noch zu wenig konsolidiert ist, um auf politische Entscheidungen „unwiderstehlich“ zu wirken, dass der Konsens im Feld über Notwendiges und Angemessenes taktisch agierende Politiker noch nicht eingeführt. Trotzdem: So wie sich mittlerweile ausnahmslos alle Akteure das „WHO-Sprech“ aneigneten und sich auf die Ottawa-Charta berufen, werden in einigen Jahren viele der hier genannten Merkmale fortschrittlicher Primärprävention (z.B. partizipative Qualitätsentwicklung und -sicherung) zur Selbstverständlichkeit geworden sein.

53 Vgl. das kybernetische Konzept von Gesundheitspolitik in der DDR (Renker/Groh 1969), das in seiner Funktionalität immer noch wegweisend ist.

54 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000.

55 Wu et al. 2007; Xue 2005.

7. Literatur

Alternative Liste Berlin (1981): Widerstand oder Resignation im Krankenhaus, in: Christl Burkhart/Angelika Mindel (Hrsg.): Versuche gegen die Hilflosigkeit. Ansätze einer neuen Praxis für die helfenden Berufe. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.

Badura, Bernhard/Thomas Schott/Alf Trojan (1991): Medizinsoziologie und Public Health, in: Friedrich W. Schwartz/Bernhard Badura/Josef G. Brecht/Werner Hofmann/Karl-Heinz Jöckel/Alf Trojan (Hrsg.): Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung. Berlin: Springer.

Bally, Gustav (1942): Versicherung und Gesundheitsmoral. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie, 1/1-2, 22-36.

Bode, Wilhelm (1890): Die Heilung der Trunksucht. Eine Belehrung für Trinker und deren Angehörige. Bremerhaven: Tienken.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000): Qualitätsentwicklung in der ambulanten Kinder- und Jugendhilfe. QS Nr. 30. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin: BMFSFJ.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006a): Nationaler Aktionsplan. Für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010. Berlin: BMFSFJ.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006b): Ein Kinder- und Jugendreport zum Nationalen Aktionsplan (NAP) „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010“. Berlin: BMFSFJ.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008): Nationaler Aktionsplan. Für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010. Zwischenbilanz. Berlin: BMFSFJ.

Bundesministerium für Gesundheit (2007): Bewegung und Gesundheit. Berlin: BMG.

Bundesministerium für Gesundheit (2008): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin: BMG.

Bundesministerium für Gesundheit (2009): Zahlen und Fakten zur Kampagne „Bewegung und Gesundheit“. Berlin: BMG.

Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2007): Gesunde Ernährung und Bewegung – Schlüssel für mehr Lebensqualität. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2008a): IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Juni 2008. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2008b): IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Dezember 2008. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2008c): Förderung von gesunder Ernährung und mehr Bewegung. Projekte von Bund, Ländern und Kommunen. Berlin.

Bundestagsdrucksache 16/9914 vom 27.06.2008: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008a): Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern. Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008b): Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Aufgaben und Ziele. Köln: BZgA.

Casper, Johann L. (1835): Die wahrscheinliche Lebensdauer des Menschen, in den verschiedenen bürgerlichen und geselligen Verhältnissen, nach ihren Bedingungen und Hemmnissen untersucht. Berlin: Dümmler.

Domrich, Ottomar (1849): Die psychischen Zustände, ihre organische Vermittelung und ihre Wirkung in Erzeugung körperlicher Krankheiten. Jena: Mauke.

Ferber, Christian von (1989): Hat die Medizinsoziologie eine Chance? Soziale Welt, 40/1-2, 269-282.

Fischer, Alfons (1909): Ueber Volksernährung. Gautzsch: Dietrich.

Fischer, Alfons (1925): Grundriss der sozialen Hygiene. Karlsruhe: Müller.

Fischer, Alfons (1931): Theorie und Methodik der hygienischen Volksbelehrung im 19. Jahrhundert (bis zur Gründung des Reichsgesundheitsamtes). Hygienischer Wegweiser, 6/5, 130-136.

Grin, John/Anne Loeber (2007): Theories of Policy Learning. Agency, Structure and Change, in: Frank Fischer/Gerald J. Miller/Mara S. Sidney (eds.): Handbook of Public Policy Analysis. Theory, Politics, and Methods. Boca Raton, FL: CRC.

Grotjahn, Alfred (1898): Der Alkoholismus nach Wesen, Wirkung und Verbreitung. Leipzig: Wigand.

Grotjahn, Alfred (1923): Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene. Berlin: Springer.

Grumbach, Torsten (2006): Kurmainzer Medicinalpolicy, 1650-1803. Eine Darstellung entlang der landesherrlichen Verordnungen. Frankfurt/Main: Klostermann.

Grundmann, Heinz (1934): Der Begriff der Medizinalpolizei und die geltenden medizinalpolizeilichen Bestimmungen des Reichs und der Länder unter Berücksichtigung ihrer Entwicklung. Leipzig: Noske.

Günther, Rudolf (1866): Die indische Cholera in Sachsen im Jahre 1865. Leipzig: Brockhaus.

Haase, Hugo (1905): Gesundheitswidrige Wohnungen und deren Begutachtung vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege und mit Berücksichtigung der deutschen Reichs- und preußischen Landesgesetzgebung. Berlin: Springer.

Hartmann, Fritz/Hans-Joachim Klauke (1980): Anfänge, Formen und Wirkungen der Medizinalstatistik, in: Mohammed Rassem/Justin Stagl (Hrsg.): Statistik und Staatsbeschreibung in der Neuzeit. Paderborn: Schöningh.

Hecker, Hermann (1912): Die Überarbeitung der Kranken-Pflegerin. Strassburg: Beust.

Heinzelmann, Wilfried (2009): Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft. Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Bielefeld: transcript.

Helm, Dietrich (1979): Die Cholera in Lübeck. Epidemieprophylaxe und -bekämpfung im 19. Jahrhundert. Neumünster: Wachholtz.

Helming, Elisabeth/Gunda Sandmeir/Alexandra Sann/Michael Walter (2006): Abschlussbericht. Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. München: DJI.

Hermann, Josef (1878): Gesundheitslehre des physischen, geistigen und socialen Lebens. Berlin: Grieben.

Honigmann, Georg (1926): Zur Vorgeschichte der sozialen Hygiene. Archiv für Soziale Hygiene und Demographie, 2/1, 1-20.

Kantorowicz, M. (1931): Die Begründung der Sozialen Hygiene als Wissenschaft. Archiv für Soziale Hygiene und Demographie, 6/4, 249-255.

Käsler, Dirk (1984): Die frühe deutsche Soziologie 1909 bis 1934 und ihre Entstehungs-Milieus. Eine wissenschaftssoziologische Untersuchung. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Kirch, Wilhelm/Bernhard Badura/Holger Pfaff (Hrsg.) (2008): Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, Dresden 24. bis 27. Oktober 2007. Heidelberg: Springer.

Kisker, Karl Peter (1975): Mediziner in der Kritik. Allmacht und Ohnmacht einer Heilswissenschaft. Stuttgart: Enke.

Klauke, Hans-Joachim (1980): Ideen- und Anwendungsgeschichte der frühen Medizinalstatistik. Die Anfänge der medizinischen Epidemiologie im Zusammenhang mit der Entwicklung statistischer Methoden und mit gesundheitspolitischen Interessen. Hannover: Medizinische Hochschule.

Koalitionsvertrag (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD.

König, Gerhard (1962): Soziologische Medizin und Prävention. *Ärztliche Mitteilungen*, 47/42, 2147-2151.

Labisch, Alfons/Wolfgang Woelk (2006): Geschichte der Gesundheitswissenschaften, in: Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser/Oliver Razum (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa.

Löning, Petra (1985): *Das Arzt-Patienten-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps*. Bern: Lang.

Luhmann, Niklas (1990): Der medizinische Code, in: Niklas Luhmann: *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Maschewsky-Schneider, Ulrike (2005): Zur Situation von Public Health in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 48/10, 1138-1144.

McQueen, David V. (2007): Critical Issues in Theory for Health Promotion, in: David V. McQueen/Ilona Kickbusch (eds.): *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*. New York, NY: Springer.

Meyer, Adolf-Ernst/Ulrich Lamparter (Hrsg.) (1994): *Pioniere der Psychosomatik. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte ganzheitlicher Medizin*. Heidelberg: Asanger.

Milles, Dietrich (2005): Sozialhygiene, Soziale Medizin und deutsche Arbeiterbewegung, in: Udo Schagen/Sabine Schleiermacher (Hrsg.): *100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland*. Berlin.

Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2006a): *Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche in Mecklenburg-Vorpommern*. Schwerin: SM-MV.

Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2006b): *Vierter Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern*. Schwerin: SM-MV.

Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2008): *Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention*. Schwerin: SM-MV.

Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern/Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern (2004): *Gesundheitsziele. Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern*. Schwerin: SM-MV.

Mosse, Max/Gustav Tugendreich (1913): *Krankheit und Soziale Lage*. München: Lehmann.

Murakami, Yoichiro (1993): The Introduction of Statistical Methods into Epidemiology. An Aspect of the „Scientization“ of Medicine, in: Yosio Kawakita/Shizu Sakai/Yasuo Otsuka (eds.): *History of Epidemiology. Proceedings of the 13th International Symposium on the Comparative History of Medicine - East and West*. Tokyo: Ishiyaku.

Nippert, R./P. Runde (1975): Soziologische Methoden, in: Maria Blohmke/Christian v. Ferber/Karl P. Kisker/Hans Schaefer (Hrsg.): Grundlagen und Methoden der Sozialmedizin. Stuttgart: Enke.

Noweski, Michael (2008a): Ausreifung von Politikfeldern. Metapher oder Theorie? Discussion-Paper SP I 2008-304 der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Noweski, Michael (2008b): Der Gesundheitsmarkt. Liberalisierung und Reregulierung als Resultat politischer Koalitionen. Berlin: Köster.

Parsons, Talcott (1964/1951): Social Structure and Dynamic Process. The Case of Modern Medical Practice, in: Talcott Parsons. The Social System. New York, NY: Free Press.

Prinzing, F. (1920): Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik. Karlsruhe: Müllersche Hofbuchhandlung.

Renker, Karlheinz/Friedrich Groh (1969): Das Gesundheitswesen der DDR als Teilsystem des entwickelten gesellschaftlichen Systems des Sozialismus. Wissenschaftliche Zeitschrift der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Gesellschafts- und Sprachwissenschaftliche Reihe, 18/3, 95-107.

Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Köln: RKI.

Rohde, Johann J. (1962): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart: Enke.

Rosen, George (1947): What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept. Bulletin of the History of Medicine 21, 674-733.

Rüther, Bernhard (1972): Zu den Prioritäten bei der Planung in der Gesundheitspolitik. Sozialer Fortschritt, 21/9, 211-214.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Band II. Kapitel 6. Baden-Baden: Nomos.

Sann, Alexandra/Reinhild Schäfer (2008): Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – eine Plattform zur Unterstützung der Praxis, in: Pascal Bastian et al. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster: Waxmann.

Schneck, Peter (1994): Sozialhygiene und Rassenhygiene in Berlin. Die Schüler Alfred Grotjahns und ihr Schicksal unter dem NS-Regime, in: Wolfram Fischer/Klaus Hierholzer/Michael Hubenstorf/Peter Walther/Rolf Winau (Hrsg.): Exodus von Wissenschaften aus Berlin. Berlin: de Gruyter.

Schwartz, Friedrich Wilhelm (1988/1989): Prävention als ärztliche und nichtärztliche Aufgabe. Arbeit und Sozialpolitik, 42-43/12-1, 416-421.

Sigerist, Henry E. (1929): Die Sonderstellung des Kranken. Kyklos 2, 11-20.

Stemmer, Renate/Stephan Dorschner (2007): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zu ausgewählten Aspekten der Umstrukturierung von pflegebezogenen Studiengängen zu Bachelor- und Masterstudienangeboten aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Pflege & Gesellschaft*, 12/2, 160-164.

Straus, Robert (1957): The Nature and Status of Medical Sociology. *American Sociological Review*, 22/2, 200-204.

United Nations (2002): A World Fit for Children. General Assembly Resolution. A/RES/S-27/2.

Vogel, Martin (1925): *Hygienische Volksbildung*. Berlin: Springer.

Weidner, Frank/Martin Moers (1998): Akademisierung und Professionalisierung der Pflege in Deutschland. *Prävention*, 21/4, 99-105.

Werner, Rachel M./Robert McNutt (2009): A New Strategy to Improve Quality. Rewarding Actions Rather Than Measures. *Journal of the American Medical Association*, 301/13, 1375-1377.

Wollheim, H. (1844): *Versuch einer medicinischen Topographie und Statistik von Berlin*. Berlin: Hirschwald.

Wright, Michael T./Michael Noweski (2006): Internetstricher. Eine Bestandsaufnahme der mann-männlichen Prostitution im Internet. Discussion-Paper SP I 2006-312 der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Wright, Michael T./Martina Block/Hella von Unger (2009): Partizipative Qualitätsentwicklung, in: Petra Kolip/Veronika Müller (Hrsg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber.

Wu, Zunyou/Sheena G. Sullivan/Yu Wang/Mary Rotheram-Borus/Roger Detels (2007): Evolution of China's Response to HIV/AIDS. *The Lancet*, 369/9562, 679-690.

Xue, Bin (2005): HIV/AIDS Policy and Policy Evolution in China. *International Journal of STD & AIDS*, 16/7, 459-464.

Forschungsgruppe Public Health

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health untersucht und beeinflusst epidemiologisch fassbare Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Interventionen sind sowohl vor als auch nach Eintritt von Erkrankungen bzw. Behinderungen von gesundheitlichem Nutzen. Insofern erstreckt sich der Gegenstandsbereich von Public Health sowohl auf Prävention als auch auf Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die daraus herleitbaren Wahrnehmungsmuster, Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in nahezu alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche und Politikfelder integriert werden. Im Vergleich zum dominanten Umgang des Medizinsystems mit gesundheitlichen Risiken und Problemen beinhaltet Public Health tiefgreifende Veränderungen der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Steuerungslogik für die daran beteiligten Professionen und Institutionen. Die Forschungsgruppe untersucht fördernde und hemmende Bedingungen für Entstehung, Entwicklung und Wirkungen der mit Public Health intendierten sozialen Innovation.

Unter diesem Gesichtswinkel konzentrieren sich die überwiegend qualitativ ansetzenden und zum Teil international vergleichenden Arbeiten der Gruppe gegenwärtig auf Prävention und Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Organisationslernen (z. B. in Betrieben Stadtteilen und Institutionen) sowie durch zielgruppenspezifische Kampagnen (v. a. HIV/Aids) und auf Veränderungen im Bereich der Krankenversorgung (an den Beispielen Integrierte Versorgung und Krankenhaussteuerung).

Homepage: <http://www.wzb.eu>

Wissenschaftliche Mitglieder der Forschungsgruppe:

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Leiter)

Dr. Michael Bochow

Dr. Anja Dieterich

Katrin Falk, M. A.

Meggi Khan-Zvorničanin

Dr. Sebastian Klinke

Dr. Susanne Kümpers MPH

Dr. Michael Noweski

Dr. Hella von Unger

Dr. Holger Wellmann

Dr. Michael T. Wright LICSW, MS

Papers der Forschungsgruppe Public Health

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
Tel: 030 25491-577 Fax: 030 25491-556

WZB Public Health Homepage: <http://www.wzb.eu/bal/ph/publikationen.de.htm>
auf der Homepage sind Abstracts für die Papers ab 1995 einzusehen

2009

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2009-301	Michael Bochow/Axel J. Schmidt/Stefanie Grote	„Das schnelle Date“ – Internetgestützte Sexualekontakte und HIV-Infektionsrisiko. Ergebnisse einer 2006 durchgeführten Internetbefragung
SP I 2009-302	Michael Noweski	Policy Learning im Politikfeld Primärprävention

2008

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2008-301	Susanne Kümpers	Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Prävention
SP I 2008-302	Fabian Engelmann/ Anja Halkow	Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung
SP I 2008-303	Rolf Rosenbrock	Primärprävention – Was ist das und was soll das?
SP I 2008-304	Michael Noweski	Ausreifung von Politikfeldern – Metapher oder Theorie?
SP I 2008-305	Jens Holst	Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Überarbeitete und aktualisierte Fassung des WZB Discussion Papers SP I 2007-304
SP I 2008-306	Lars E. Kroll/Thomas Lampert/Cornelia Lange/Thomas Ziese	Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung
SP I 2008-307	Hella von Unger/Michael T. Wright (Hg.)	„An der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis“ – Dokumentation einer Tagung zu partizipativer Forschung in Public Health

2007

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2007-301	Sebastian Klinke	Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern, Teil II

SP I 2007-302	Marc Suhrcke/Dieter Urban/Kim Moesgaard Iburg/David Schwappach/Till Boluarte/Martin McKee	The economic benefits of health and prevention in a high-income country: the example of Germany
SP I 2007-303	Hella von Unger/ Martina Block/ Michael T. Wright	Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht
SP I 2007-304	Jens Holst	Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz!
SP I 2007-305	Susanne Kümpers	Nationale und lokale Pfadabhängigkeit: Die Steuerung integrierter Versorgung. Institutionenorientierte Studien in England und den Niederlanden am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Demenz
SP I 2007-306	Edward Velasco	Behavioural surveillance and HIV prevention in men who have sex with men. Reports from Australia, Belgium, Canada, France, Germany, Switzerland, the United Kingdom, and the United States

2006

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2006-301	Martina Block	Qualitätssicherung der Primärprävention im Fokus. Eine Untersuchung zu Erfahrungen und Wünschen der Aids-Hilfen in Deutschland
SP I 2006-302	James I. Martin	Jenseits der Homosexualität? Zur Zukunft der HIV-Prävention für schwule Männer Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock und einer Replik von Michael T. Wright
SP I 2006-303	Hagen Kühn	Der Ethikbetrieb in der Medizin Korrektur oder Schmiermittelder Kommerzialisierung
SP I 2006-304	Werner Maschewsky	„Healthy public policy“ – am Beispiel der Politik zu Umweltgerechtigkeit in Schottland
SP I 2006-305	Hartmut Reiners	Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen
SP I 2006-306	Eva Barlösius/ Regine Rehaag (Hg.)	Skandal oder Kontinuität - Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock
SP I 2006-307	Michael Noweski/ Fabian Engelmann	Was ist Gesundheitspolitologie? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen Beitrages zur Gesundheitssystemforschung
SP I 2006-308	Zsafia Nemeth	HIV-Primärprävention in Osteuropa. Ein Vergleich der HIV-Primärpräventionsstrategien von Estland, Polen und Ungarn. Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock
SP I 2006-309	Sebastian Klinke/ Hagen Kühn	Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004

SP I 2006-310	Anja Dieterich	Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll ... Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht
SP I 2006-311	Petra Buhr/ Sebastian Klinke	Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortge- setzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien
SP I 2006-312	Michael T. Wright/ Michael Noweski	Internetstricher. Eine Bestandsaufnahme der mann-männlichen Prostitution im Internet
SP I 2006-313	Michael Noweski/ Michael T. Wright	Aids-Forschung im Internet. Erfahrungen aus einer Studie zur mann-männlichen Prostitution.

2005

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2005-301	Hildegard Theobald	Social exclusion and social care for the elderly. Theoretical con- cepts and changing realities in European welfare states
SP I 2005-302	Verena Mörath	Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewe- gungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994 – "So ein Wurf wie der Trimmy gelingt nur einmal im Leben"
SP I 2005-303	Sebastian Klinke	Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischem Wandel im Gesundheitswesen – Auswir- kungen der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten von Chefärzten im Bundesland Bremen
SP I 2005-304	Michael T. Wright Martina Block	Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evalua- tion und Qualitätssicherung in der Primärprävention
SP I 2005-305	Jens-Uwe Niehoff	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zwischen Korporatismus und Wettbewerb

2004

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2004-301	Werner Maschewsky	Umweltgerechtigkeit. Gesundheitsrelevanz und empirische Erfassung
SP I 2004-302	Hildegard Theobald	Care services for the elderly in Germany. Infrastructure, access and utilisation from the perspective of different user groups
SP I 204-303	Klaus Priester	Aktuelle und künftige Dimensionen demenzieller Erkrankungen in Deutschland – Anforderungen an die Pflegeversicherung
SP I 204-304	Michael Noweski	Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerungsfähig- keit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens

2003

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2003-301	Thomas Gerlinger	Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996

SP I 2003-302	David Klemperer	Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen – Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation
SP I 2003-303	Hans-Jürgen Urban	Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System

2002

Nr.	Verfasser	Titel
P02-201	Nicola Wolf	Krankheitsursachen Gene. Neue Genetik und Public Health
P02-202	Christa Brunswicker	Information und Dokumentation für New Public Health. Informationsströme, Akteure und Institutionen am Beispiel BSE (Bovine Spongiforme Enzephalopathie) und vCJK (Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit)
P02-203	David Klemperer	„Die Öffentlichkeit schützen und den Berufsstand anleiten“ – Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada
P02-204	Thomas Gerlinger	Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel

2001

Nr.	Verfasser	Titel
P01-208	Uwe Lenhardt	Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege? Dokumentation eines Workshops am 5.4.01 in Magdeburg
P01-207	Susanne Jordan	Violence and Adolescence in Urban Settings: A Public Health Approach Based on the MLIVEA Framework
P01-206	Hans-Jürgen Urban	Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit – Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende
P01-205	Michael Simon	Die Ökonomisierung des Krankenhauses – Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen
P01-204	Hagen Kühn	Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung
P01-203	Uwe Lenhardt	Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit
P01-202	Hagen Kühn	Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive: Dimension und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses
P01-201	John Harrington	A contingent Value? The Changing Role of Autonomy in Law on AIDS

2000

Nr.	Verfasser	Titel
P00-202	Uwe Lenhardt	Betriebliche Prävention im Umbruch –Stand und Perspektiven des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom WZB und dem MAFGS Sachsen-Anhalt am 11. Februar 2000 in Magdeburg
P00-201	Michael Simon	Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem

1999

Nr.	Verfasser	Titel
P99-205	Rolf Rosenbrock	Neue Wege zu alten Zielen? Anforderungen an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung
P99-204	Birgit Lampe	Die Bedeutung von ‚Gender‘ in latein-amerikanischen HIV/Aids-Programmen – eine Befragung von Nicht-Regierungsorganisationen -
P99-203	Rainer Herrn	„Vereinigung ist nicht Vereinheitlichung“. Aids-Prävention für schwule Männer in den neuen Ländern: Befunde, Erfordernisse, Vorschläge
P99-202	Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Francoise Dubois-Arber, Martin Moers, Patrick Pinell, Michel Setbon with Assistance by Norbert Brömme, Anne Gröger	The Aids Policy Cycle in Western Europe - From Exceptionalism to Normalization
P99-201	Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Martin Moers, Francoise Dubois-Arber, Patrice Pinell, Michel Setbon unter Mitarbeit von Norbert Brömme und Anne Gröger	Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit

1998

Nr.	Verfasser	Titel
P98-206	Rolf Rosenbrock (ed.)	Politics behind Aids Policies. Case Studies from India, Russia and South Africa
P98-205	Rolf Rosenbrock Werner Maschewsky	Präventionspolitische Bewertungskontroversen im Bereich ‚Umwelt und Gesundheit‘
P98-204	Lisa Luger	HIV/AIDS prevention and ‚class‘ and socio-economic related factors of risk of HIV infection
P98-203	Rolf Rosenbrock	Gesundheitspolitik – Einführung und Überblick

P98-202	Andreas Mielck Kathrin Backett-Milburn Stephean Pavis	Perception in Health Inequalities in Different Social Inequalities, by Health Professionals and Health Policy Makers in Germany and in the United Kingdom
P98-201	Rolf Rosenbrock	Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit

1997

Nr.	Verfasser	Titel
P97-205	Joyce Dreezens-Fuhrke	Soziokulturelle und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für ein frauenspezifisches HIV/Aids-Präventionsprogramm in Indonesien
P97-204	Michael Simon	Das Krankenhaus im Umbruch – Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem
P97-203	Rolf Rosenbrock	Gemeindenaher Pflege aus Sicht von Public Health
P97-202	Hagen Kühn	Managed Care- Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA
P97-201	Uwe Lenhardt	Zehn Jahre "Betriebliche Gesundheitsförderung" – Eine Bilanz