

Staatliche Programmformulierung zur nichtmedizinischen Primärprävention – eine Zwischenbilanz*

Die Gesundheitswissenschaften fordern seit Jahren, die nichtmedizinische Primärprävention neben der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege zu einer „vierten Säule“ des Gesundheitssicherungssystems auszubauen. Eine wachsende Zahl staatlicher Programme zu dieser Interventionsform deutet nunmehr darauf hin, dass die öffentliche Verwaltung mehr Verantwortung übernimmt. Wenig Klarheit besteht jedoch über die Qualität dieser Förderung. Eine explorative Durchsicht wesentlicher Programmpapiere zeigt, dass die Ministerien viele Empfehlungen der Gesundheitswissenschaften aufgreifen. Auch wenn die Dokumente sehr unterschiedlich ausfallen, sind Lernprozesse und ein zunehmendes Verständnis für die Spezifik der vierten Säule der Gesundheitssicherung zu konstatieren

■ Michael Noweski, Rolf Rosenbrock

1. Problemwahrnehmung in Wissenschaft und Politik

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 beforcht 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

Dr. Michael Noweski, Jg. 1978, Politikwissenschaftler, ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Jg. 1945, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, leitet die Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und ist u. a. Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G)

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.

2. Programme

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 Maß-

nierte 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 Bundesregierung plädiert hierin für eine intensivere Nutzung der bereits vorhandenen Beteiligungsformen, 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 erkennen, bieten jedoch keinen Aufschluss über Intensität und Geschwindigkeit. Während der Entwicklung des Textes konnten Kinder und Jugendliche in eigenen Arbeitsgruppen jugendpolitische Themen beraten und Empfehlungen formulieren. Die Ergebnisse sind dem Plan als Appendix angefügt und auszugsweise in die Kapitel eingefügt. Darüber hinaus ist aus diesen Erörterungen ein „Kinder- und Jugendreport“ hervorgegangen.⁷ Das zweiteilige Dokument beinhaltet ein jugendpolitisches Manifest der Zielgruppe 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. Kinderzuschlag 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 Lebensstil mit und führt entsprechende Aufklärungskampagnen durch.“). Auch die Ankündigungen bleiben vage (z. B.: „Die Bundesregierung wird sich in Zusammenarbeit mit den Ländern und den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe für eine konsequente dezentrale sozialraumbezogene Vernetzung der verschiedenen Vorhaben und Maßnahmen zur individuellen Förderung von Kindern und Jugendlichen einsetzen.“). Neu angestoßene 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, er plädiert für soziale Teilhabe und er versucht die Zielgruppen bei der Konzeptualisierung von Interventionen einzubinden.

2.3 „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.⁸ 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.⁹ Als Kommunikationsplattform dient das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)“, das 2007 gegründet wurde.¹⁰ 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.

2.4 „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“

Die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit ist im Mai 2008 vom Bundeskabinett beschlossen worden.¹¹ 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 Jugendgesundheitsurvey (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 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.

2.5 „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.¹² 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 Bestandteil 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 Schulverpflegung. 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.

2.6 „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.¹³ 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. „Lebensweltansatz“) und partizipativer Methoden, die Initiierung von Lernprozessen bei den präventionspolitischen Akteuren sowie die Institutionalisierung von Qualitätssicherung und Koordinierung.

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

Der präventionspolitische Aktionsplan des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern wurde im Jahr 2008 vom Sozialministerium veröffentlicht.¹⁴ 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, suchtblastete 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 Gesundheitszielen¹⁵ und einem Kinder- und Jugendbericht¹⁶. 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.

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.

3. Policy Learning

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.¹⁷ Zu bedenken ist, dass es sich beim Reformsubjekt (Bundeskabinett, Bundestag, Bundesrat) um einen politikfeldübergreifenden Akteur handelt, der zwar mit den Akteuren der Präventionspolitik kommuniziert, gleichzeitig jedoch auch mit zahlreichen anderen gesellschaftlichen Subsystemen. Tiefere 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).

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“)¹⁸.

Tabelle 2: Ebenen von Policy Learning

	Lernziel	Akteur
Intersystemisches Lernen	Koordinierung des gesellschaftlichen Subsystems mit anderen	Reformsujet, 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

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.¹⁹ Erkenntnisse dürfen nicht verlorengehen, 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 Systeme-

mente und der Koordinierung des Gesundheitssystems mit den anderen gesellschaftlichen Teilsystemen.²⁰

Hilfreich beim Lernen sind vergleichende Methoden. Diese können sich zum einen auf andere Politikfelder beziehen. Beispielsweise sind die fortgeschrittenen Methoden der Qualitätssicherung der Jugendhilfe auf die Prävention bei Kindern und Jugendlichen übertragbar.²¹ 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,²² ist ein Politikfeld also nach ausländischem Vorbild dupliziert worden.

4. 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.

Fußnoten:

- * Dieser Aufsatz stützt sich auf Ausarbeitungen für das Sondergutachten 2009 ‚Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens‘ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G)
- 1 Maschewsky-Schneider, Ulrike (2005): Zur Situation von Public Health in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 48/10, 1138-1144.
- 2 Noweski, Michael (2008): Ausreifung von Politikfeldern. Metapher oder Theorie? Discussion-Paper SP I 2008-304 der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin: WZB.
- 3 Vgl. zur Entwicklung durch die Jahrzehnte: König, Gerhard (1962): Soziologische Medizin und Prävention. Ärztliche Mitteilungen, 47/42, 2147-2151; Rütger, Bernhard (1972): Zu den Prioritäten bei der Planung in der Gesundheitspolitik. Sozialer Fortschritt, 21/9, 211-214; Schwartz, Friedrich Wilhelm (1988/1989): Prävention als ärztliche und nichtärztliche Aufgabe. Arbeit und Sozialpolitik, 42-43/12-1, 416-421; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Band II. Kapitel 6. Baden-Baden: Nomos; 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.
- 4 Bundesministerium für Gesundheit (2007): *Bewegung und Gesundheit*. Berlin: BMG; Bundesministerium für Gesundheit (2009): *Zahlen und Fakten zur Kampagne „Bewegung und Gesundheit“*. Berlin: BMG.
 - 5 United Nations (2002): *A World Fit for Children*. General Assembly Resolution. A/RES/S-27/2.; Koalitionsvertrag (2005): *Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit*. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, Seiten 111ff.
 - 6 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): *Nationaler Aktionsplan. 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.
 - 7 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): *Ein Kinder- und Jugendreport zum Nationalen Aktionsplan (NAP) „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010“*. Berlin: BMFSFJ.
 - 8 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): *Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern*. Köln: BZgA.
 - 9 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.
 - 10 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): *Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Aufgaben und Ziele*. Köln: BZgA; 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.
 - 11 Bundesministerium für Gesundheit (2008): *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit*. Berlin: BMG.
 - 12 Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2008): *IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung*. Juni 2008. Bonn; 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; Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2008): *IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung*. Dezember 2008. Bonn; Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2008): *Förderung von gesunder Ernährung und mehr Bewegung. Projekte von Bund, Ländern und Kommunen*. Berlin; Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2007): *Gesunde Ernährung und Bewegung – Schlüssel für mehr Lebensqualität*. Berlin.
 - 13 Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): *Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Köln: RKI.
 - 14 Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2008): *Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention*. Schwerin: SM-MV.
 - 15 Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern (2004): *Gesundheitsziele. Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern*. Schwerin: SM-MV; Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2006): *Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche in Mecklenburg-Vorpommern*. Schwerin: SM-MV.
 - 16 Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2006): *Vierter Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern*. Schwerin: SM-MV.
 - 17 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.
 - 18 Noweski, Michael (2008): *Der Gesundheitsmarkt. Liberalisierung und Regulierung als Resultat politischer Koalitionen*. Berlin: Köster, Seiten 111-114.
 - 19 Wright, Michael T./Martina Block/Hella von Unger (2009): *Partizipative Qualitätsentwicklung*, in: Petra Kolip/Veronika Müller (Hrsg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber; 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.
 - 20 Vgl. das kybernetische Konzept von Gesundheitspolitik in der DDR, das in der angegebenen Quelle trotz penetranter Gesinnungsbekanntnisse klar erkennbar wird und in seiner Funktionalität immer noch wegweisend ist: 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.
 - 21 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: BFSFJ.
 - 22 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.



Die Kinderarzneimittelverordnung der Europäischen Gemeinschaft

Eine rechtsvergleichende Untersuchung unter Berücksichtigung des US-amerikanischen ‚carrot-and-stick system‘ zur Erforschung und Zulassung pädiatrischer Arzneimittel

Von Dr. Caroline Buck

2008, 323 S., brosch., 68,- €, ISBN 978-3-8329-3994-6

(Nomos Universitätschriften – Recht, Bd. 596)

Wird die Kinderarzneimittelverordnung erreichen, dass pharmazeutische Unternehmer „pädiatrisch denken“ und europäische Kinder den Status als Arzneimittelwaisen ablegen? Eine Bewertung der Mittel von Anreiz und Zwang anhand eines Vergleichs zur zehnjährigen Erfahrungsgeschichte mit den US-amerikanischen Regelungen zur Intensivierung der Forschung an Kindern.



Nomos