

Michael T. Wright
Herausgeber

Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention



Wright
**Partizipative Qualitätsentwicklung
in der Gesundheitsförderung und
Prävention**

Verlag Hans Huber
Programmbereich Gesundheit

Wissenschaftlicher Beirat:
Felix Gutzwiller, Zürich
Manfred Haubrock, Osnabrück
Klaus Hurrelmann, Berlin
Petra Kolip, Bielefeld
Doris Schaeffer, Bielefeld

HUBER



Bücher aus verwandten Sachgebieten

Kolip / Müller (Hrsg.)

**Qualität von Gesundheitsförderung
und Prävention**

2009. ISBN 978-3-456-84766-5

Hurrelmann / Klotz / Haisch (Hrsg.)

**Lehrbuch Prävention und
Gesundheitsförderung**

3. Aufl. 2010. ISBN 978-3-456-84866-2

Faller (Hrsg.)

**Lehrbuch Betriebliche Gesundheits-
förderung**

2010. ISBN 978-3-456-84799-3

Schneider

**Gesundheitsförderung am Arbeits-
platz. Nebenwirkung Gesundheit**

2010. ISBN 978-3-456-84892-1

Hoffmann / Müller (Hrsg.)

**Gesundheitsmarketing: Gesundheits-
psychologie und Prävention**

2010. ISBN 978-3-456-84801-3

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter
www.verlag-hanshuber.com.

Michael T. Wright
(Herausgeber)

Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention

Verlag Hans Huber

Anschrift des Herausgebers:

Dr. Michael T. Wright, LICSW, MS
Forschungsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
wright@wzb.eu

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Marina Sokcevic
Umschlag: Claude Borer, Basel
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2010
© 2010 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
ISBN 978-3-456-84867-9

Inhalt

Teil I: Einführung

Vorwort: Partizipative Qualitätsentwicklung – um was es geht.....	9
<i>Rolf Rosenbrock</i>	
1 Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung	13
<i>Michael T. Wright, Martina Block, Hella von Unger, Holger Kilian</i>	
2 Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention	35
<i>Michael T. Wright, Hella von Unger, Martina Block</i>	

Teil II: Methoden und Konzepte der Partizipativen Qualitätsentwicklung

3 Lokales Wissen, lokale Theorie und lokale Evidenz für die Prävention und Gesundheitsförderung	53
<i>Michael T. Wright, Hella von Unger, Martina Block</i>	
4 Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber/in	75
<i>Michael T. Wright, Martina Block, Hella von Unger</i>	
5 Good-Practice-Kriterien als partizipatives Instrument der Qualitätsentwicklung	93
<i>Holger Kilian, Carola Gold, Frank Lehmann</i>	

Teil III: Kompetenzbildung in der Partizipativen Qualitätsentwicklung

6 Partizipative Workshops	109
<i>Martina Block, Mario Bach, Michael T. Wright</i>	
7 Interaktiv und Online: Internet-Ressourcen zur Partizipativen Qualitätsentwicklung	125
<i>Hella von Unger, Corinna Gekeler, Marco Ziesemer, Martina Block, Holger Kilian, Karl Lemmen, Michael T. Wright</i>	
8 Wissenschaftliche Beratung vor Ort	141
<i>Michael T. Wright, Martina Block, Hella von Unger</i>	
9 Das Qualitätskolloquium.....	171
<i>Michael T. Wright, Karl Lemmen</i>	

10	Das Netzwerk für partizipative Gesundheitsforschung: Für einen Neubeginn der Aktionsforschung in Deutschland.....	191
	<i>Hella von Unger, Michael T. Wright</i>	
11	Zur Erhebung und Deutung epidemiologischer Zahlen für Angebote der HIV-Prävention	201
	<i>Michael T. Wright, Ulrich Marcus, Armin Schafberger</i>	

Teil IV: Partizipative Qualitätsentwicklung: Perspektiven für die Zukunft

12	Zur Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Fundierung der Partizipativen Gesundheitsforschung	221
	<i>Michael T. Wright, Brenda Roche, Hella von Unger, Martina Block, Bob Gardner</i>	
13	Auf dem Weg zu einem Zertifizierungsverfahren in der Partizipativen Qualitätsentwicklung	233
	<i>Karl Lemmen</i>	

Anhang

Forschungshintergrund	245
<i>Michael T. Wright, Martina Block, Hella von Unger</i>	
Literatur	281

Teil I: Einführung

Vorwort: Partizipative Qualitätsentwicklung – um was es geht

Rolf Rosenbrock

Seit über 20 Jahren beobachten wir in der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), dass das gegenwärtige gesellschaftliche Management von Gesundheitsrisiken – sowohl in der Prävention als auch in der Versorgung – nicht den Kriterien von Wirksamkeit (*efficiency*) und Chancengleichheit (*equity*) entspricht.

Die Lebenserwartung in reichen Ländern wie Deutschland steigt pro Dekade um ca. zwei Jahre und die Lebensjahre ohne ernsthafte Erkrankungen nehmen zu. Damit ist ein zentrales Ziel der Gesundheitspolitik erreicht: mehr gesunde Jahre in einem längeren Leben. Diese Gesundheitsgewinne sind jedoch ungleich verteilt. Wer in Deutschland das Pech hat, mit Einkommen, Stellung im Beruf, Elternhaus und Bildung zum untersten Fünftel der Bevölkerung zu gehören, hat auch gesundheitlich schlechte Karten. Menschen aus dem untersten Fünftel tragen in jedem Lebensalter – von der Wiege bis zur Bahre – ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, wie Menschen aus dem obersten Fünftel. D. h. in Zahlen: Männer aus dem untersten Fünftel leben in Deutschland im Schnitt mehr als zehn Jahre kürzer als Männer aus dem obersten Fünftel, bei Frauen beträgt die Differenz über fünf Jahre. Hinzukommt, dass bei Männern und Frauen aus dem untersten Fünftel der Beginn der multimorbiden Lebensphase im Durchschnitt mehr als vier Jahre früher einsetzt als bei Menschen aus dem obersten Fünftel. Wir haben leider keinen Grund anzunehmen, dass diese Schere sich derzeit schließt. Im Gegenteil, alle Indikatoren deuten darauf hin, dass sie sich weiter spreizt. Diese gewaltige und oft verdrängte Differenz zwischen oben und unten erklärt sich überwiegend dadurch, dass die chronisch degenerativen Erkrankungen bei Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen im Durchschnitt deutlich früher auftreten, einen schwereren Verlauf nehmen sowie öfter und früher zum Tode führen. Diese Erkrankungen sind aber zu einem sehr großen Teil durch Prävention zu verhüten. D. h. mit anderen Worten und im Umkehrschluss: Die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen kann durch geeignete Prävention und Gesundheitsförderung in relevantem Ausmaß vermindert werden.

Das ist der Hintergrund, vor dem die Forschungsarbeiten, die diesem Buch zugrunde liegen, konzipiert und durchgeführt wurden. Wenn die Perspektive „mehr gesunde Jahre in einem längeren Leben“ auch für sozial Benachteiligte wahr werden soll, dann brauchen wir eine Prävention, die diese Gruppen nicht nur erreicht, sondern auch in ihnen wirkt.

Prävention und Gesundheitsförderung sind heute weit mehr als Ermahnung, Abschreckung und Erziehung. Seit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 haben sich als *state of the art* Interventionen entwickelt, die sich durch fünf Merkmale auszeichnen.

1. Die Interventionen zielen sowohl auf die Senkung von Gesundheitsbelastungen als auch auf die Förderung von Gesundheitsressourcen. Dabei sind Belastungen und Ressourcen weit zu verstehen: Sie schließen physische, psychische und soziale Faktoren mit ein.
2. Die Interventionen beziehen sich sowohl auf krankheitsspezifische als auch auf krankheitsunspezifische Belastungen und Ressourcen.
3. Sie berücksichtigen die gesundheitsrelevanten Kontexte – die Verhaltensbedingungen – und versuchen, diese positiv zu beeinflussen und zu verändern.
4. Die Interventionen beziehen in größtmöglichem Ausmaß die Zielgruppen der jeweiligen Intervention ein, und zwar auf allen Stufen der Problembearbeitung.
5. Bei allen Interventionen wird die Qualität mit angemessenen Methoden gesichert, zumal sie weithin aus öffentlichen Mitteln finanziert werden.

Diesem *state of the art* entsprechen partizipativ gestaltete und in ihrer Qualität gesicherte Interventionen in Settings (Lebenswelten), bei denen die Akteure und Akteurinnen vor Ort selbst definieren, wie die Lebensbedingungen der Zielgruppen umgestaltet werden können und sollen, um die Gesundheitsbelastungen zu senken und die Gesundheitsressourcen zu vermehren. Das Setting ist also nicht etwa die Einflugschneise oder der Ablageort für Gesundheitsbotschaften, sondern selbst Gegenstand der Gestaltung und Veränderung. Die Wirksamkeit partizipativer Organisationsentwicklung als Beispiel settingbezogener Prävention wurde durch Forschungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland und international belegt: In der Folge senkt sich die krankheitsbedingte Abwesenheit zeitstabil um ca. 30 %, verbunden mit höherer Arbeitszufriedenheit und höherer Lebensqualität. Allerdings finden die Interventionen eben im Betrieb statt, und dieser ist nicht nur ein Sozial-, sondern auch ein Herrschaftszusammenhang. Er ist also ein hierarchisch und professionell geführtes Setting, in dem alle Akteure und Akteurinnen schon einige Erfahrungen mit Organisationsentwicklung und Partizipation haben und in dem Rollen und Funktionen zugewiesen werden können.

Diese Voraussetzungen sind nun in aller Regel **nicht** gegeben, wenn der gleiche Ansatz in einem anderen Setting angewendet wird, z. B. im Stadtteil, im Wohnquartier oder in einer Freizeiteinrichtung. Die dort engagierten sozialen Projekte sind teils selbst-, teils fremdorganisiert. Sie arbeiten schwerpunktmäßig mit sozial Benachteiligten und haben häufig einen impliziten oder expliziten Gesundheitsbezug. Wir finden in diesen Projekten eine unglaublich hohe Problemsensibilität, eine große Vertrautheit mit der Lebenslage und den Problemen der Zielgruppen. Wir finden auch jede Menge guten Willen und Engagement. Was wir nur selten finden, ist fassbare Qualität oder auch nur die Frage nach Qualität und Wirksamkeit. Wegen des besonderen Charakters solcher Projekte, der durch einen hohen Grad an Idealismus,

ein durch gemeinsame Werte bestimmtes Arbeiten, eine Vision für eine bessere Zukunft und durch Nicht-Standardisierbarkeit geprägt ist, sind die aus der Wirtschaft stammenden herkömmlichen Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation kaum geeignet. Viele Projekte lehnen mit gutem Grund diese Methoden ab, weil sie darin eine Gefährdung ihrer Grundprinzipien und -strukturen erkennen.

D. h. im Ergebnis: Wirkungsbestimmung und Qualitätssicherung sind bei der Mehrheit der Präventionsprojekte für sozial Benachteiligte derzeit in Theorie und Praxis offene Flanken. Dafür brauchen wir neue Formen der partizipativen Einbeziehung der Zielgruppen (und der Projektmitarbeiter/innen). Das dürfen nicht nur symbolische Formen der Partizipation sein, sondern erlebte Partizipation, die es erst ermöglicht, Interventionen zielgenau zu konzipieren und umzusetzen. Dabei ist zugleich das *empowerment* (Befähigung, Stärkung) der Beteiligten unentbehrlich. Alle bisherigen gesundheitswissenschaftlichen Befunde deuten darauf hin, dass Interventionen desto zielgenauer, zeitstabiler und wirksamer sind, je mehr Partizipation es gibt, und zwar auf allen Stufen: der der Problemdefinition, der Programmformulierung, der Durchführung und der Qualitätssicherung bzw. der Evaluation.

Durch Partizipation soll aber nicht nur die Intention einer guten Qualität der Intervention verfolgt werden, vielmehr geht es darum, diese Qualität zu sichern, zu steigern und zu messen. Gerade die Messung von Qualität und Wirksamkeit ist in der gegenwärtigen präventionspolitischen Situation von besonderer Bedeutung. Wir haben in der Prävention immer wieder das Paradox: Einfachere Interventionen sind schwach wirksam, aber gut zu evaluieren, komplexere Interventionen können hochwirksam sein, sind aber schwierig zu evaluieren. Deshalb tendiert die präventionspolitische Praxis dazu, dieses Dilemma in Richtung des geringeren Risikos, also in Richtung auf das einfach zu organisierende und einfach zu evaluierende Programm hin aufzulösen. Dann bleibt es meistens bei der „guten alten Verhaltensprävention“. Auf diese Weise werden aber sowohl die aussichtsreichsten Entwicklungen als auch der emanzipatorische Gehalt der Prävention und Gesundheitsförderung abgeschnitten. Wir können und wollen aber dem auch aus der Politik stammenden Druck in Richtung auf Rechenschaft sowie nachvollziehbare Methoden der Qualitätssicherung und Ergebnisbestimmung auf Dauer nicht ausweichen. Im Augenblick ist es noch so, dass die Gesundheitspolitik uns Spielraum gewährt. Im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR, 2007), das ich und meine Ratskolleg/inn/en Anfang Juli 2007 der Gesundheitsministerin und der Öffentlichkeit übergeben haben, wurde ausdrücklich anerkannt, dass für komplexe Interventionen der Prävention – also für Interventionen in Settings analog zur partizipativen Organisationsentwicklung – ein Nachweis der gesundheitlichen Wirksamkeit nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin i. d. R. nicht verlangt werden kann.

Stattdessen wird hilfsweise unterschieden zwischen wissenschaftlich nachgewiesenen und vielversprechenden Interventionen (*proven interventions* vs. *promising interventions*). Die nachgewiesenen Interventionen richten sich i. d. R. auf ein klar umrissenes Gesundheitsrisiko mit quantifizierbaren Messpunkten und Messgrößen. Jedoch sollen nicht nur nachgewiesene, sondern auch vielversprechende Interventionen öffentlich gefördert und unterstützt werden. Bei Letzteren ist der Wirkungsme-

chanismus wissenschaftlich fundiert, plausibel und, zumindest bei Teilen des Wirkungsmodells, auch empirisch verifiziert. In diesem Korridor werden wir uns die nächste Zeit zu bewegen haben; denn auch der (vorerst) letzte Entwurf des (vorerst) gescheiterten Bundespräventionsgesetzes (2008) sah die Unterscheidung zwischen nachgewiesenen und vielversprechenden Interventionen vor, ohne Letztere in der Förderung und Finanzierung zu benachteiligen. Wir haben nun die starke Vermutung und die große Hoffnung, dass uns vor allem die Erfahrungen und Methoden der Partizipativen Gesundheitsforschung weiterhelfen können. In anderen Ländern gehört Partizipative Gesundheitsforschung (*participatory action research, community-based participatory research, community-driven research*) längst zum etablierten Handwerkszeug der Prävention und Gesundheitsförderung. In unserer Forschungsgruppe untersuchten wir mit diesem Forschungsansatz geeignete Möglichkeiten der Qualitätssicherung in der lebensweltorientierten Prävention und Gesundheitsförderung im Setting. Erste Ergebnisse unserer Arbeit werden in diesem Buch vorgestellt.

Das Buch soll dazu beitragen, dass sozialwissenschaftliche Theorie und Praxis einen realen Beitrag zur Bewältigung einer der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen leistet – der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Dazu ist es erforderlich, *community-based participatory action research* sowohl in der Qualitätssicherung und Evaluation, als auch in der Forschung und Intervention im Kanon der akademischen Sozialwissenschaften zu verankern.

Berlin, im Juni 2010

Rolf Rosenbrock

1 Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung

Michael T. Wright, Martina Block, Hella von Unger, Holger Kilian

1.1 Hintergrund

„Qualitätssicherung“ ist in der Auseinandersetzung über die Zukunft sozialstaatlicher Strukturen zum Schlagwort geworden. Es steht für das Anliegen, die Angemessenheit bestehender und geplanter Leistungen besser beurteilen zu können. So soll eine höhere „Effizienz“ erreicht und dadurch eine Senkung oder zumindest Stabilisierung staatlicher Ausgaben realisiert werden. Einige sehen in der Übertragung dieses betriebswirtschaftlichen Konzepts auf das Sozial- und Gesundheitswesen ein weiteres Anzeichen dafür, dass Neoliberalismus Grundprinzipien der Solidarität und Fürsorge verdrängt und einer Abkehr vom Sozialstaat den Weg bereitet (vgl. Gerlinger/Stegmüller, 2009). Unbestreitbar steht die Anwendung des Begriffs für eine Ökonomisierung des Diskurses um soziale und gesundheitliche Leistungen, die bisher wenig beachtete Aspekte der Gestaltung und Durchführung von Angeboten in den Mittelpunkt stellt. Hierzu gehören insbesondere Kosteneffektivität, Wirksamkeit und die Zufriedenheit der Hilfeempfänger/innen („Kundenzufriedenheit“). Diese Ökonomisierung der Sprache und damit auch der Betrachtungsweise hängt ohne Zweifel mit der in den Industriestaaten beobachteten Entwicklung zur Dominanz volkswirtschaftlicher Erklärungsmuster für gesellschaftliche Phänomene zusammen (vgl. Ahrens, 2007; Gerlinger/Stegmüller, 2009). Aus unserer Sicht steht jedoch Qualitätssicherung nicht zwangsläufig für einen Abschied von den Grundwerten, die die Arbeit sozialer und gesundheitsbezogener Einrichtungen prägen. Es ist eine Frage, wie Qualität und Qualitätssicherung verstanden und operationalisiert werden. Hier gibt es mehrere Alternativen. Eine davon ist der von uns entwickelte Ansatz der Partizipativen Qualitätsentwicklung, der in diesem Buch vorgestellt wird.

Der Ansatz der Partizipativen Qualitätsentwicklung entstand aus zwei Forschungsprojekten, die mit der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) als Wissenschaftspartner durchgeführt wurden. Das erste Projekt wurde gemeinsam mit der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH) (dem Dach- und Fachverband der Aidshilfen in Deutschland) durch Förderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit realisiert.¹ Das zweite Projekt, eine Kooperation

1 „Strukturen zur Stärkung der Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention der AIDS-Hilfen“, Förderkennzeichen: GZ Z2/25.5X/2006, Zeitraum: Mai 2006 bis August 2008.

zwischen der Forschungsgruppe und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., wurde mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführt.² In diesen beiden Projekten wurde eine theoretische und methodische Grundlage für die Steigerung der Qualität der geleisteten Arbeit im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung³ entwickelt und erprobt. Im Fall der Deutschen AIDS-Hilfe handelte es sich um die Prävention von HIV/Aids, die von Aidshilfe-Organisationen geleistet wird. Bei Gesundheit Berlin-Brandenburg ging es um ein breites Spektrum von Angeboten und Trägern, die Prävention und Gesundheitsförderung betreiben. In beiden Projekten lag der Schwerpunkt auf lebensweltorientierten Maßnahmen für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen.⁴

Die lebensweltorientierte Gesundheitsförderung und Prävention (*Setting-Ansatz, community-based prevention*) steht im Mittelpunkt internationaler Bestrebungen, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen durch Angebote des Gesundheitswesens besser zu erreichen. Im Sinne der Ottawa-Charta (World Health Organization, 1986a) sollen diese Maßnahmen Bürger und Bürgerinnen befähigen, positive und negative Einflüsse auf ihr Wohlbefinden und ihren gesundheitlichen Zustand zu erkennen und entsprechende Verbesserungen zu bewirken (*empowerment*). Maßnahmen dieser Art können nicht „von oben“ verordnet werden, sondern sind notwendigerweise lokal situiert und von den Interessen der Menschen vor Ort bestimmt (*community-driven*), sodass deren Beteiligung an der Gestaltung und Ausrichtung der Maßnahmen maximiert wird (Greenwood et al., 1993; Minkler/Wallerstein, 2003). Ein hoher Grad an Teilnahme und Teilhabe (*participation*) trägt zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit lebensweltorientierter Maßnahmen bei (US Department of Health and Human Services, 2003; Israel et al., 1998; 2006). Um lebensweltorientierte Maßnahmen vor allem bei sozial Benachteiligten zu realisieren, ist es i. d. R. notwendig, die Kompetenzen der zu erreichenden Menschen (Zielgruppen) zu stärken (*capacity building*) und Strukturen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, die Ursachen für ihre gesundheitlichen Probleme zu benennen und angemessene Lösungsstrategien (mit) zu entwickeln (Israel et al., 2006; Viswanathan et al., 2004; US

-
- 2 „Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern. Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, Förderkennzeichen: GFEL01050773/01EL0406 [WZB], GFEL01050768/01EL0416 [GBB], Zeitraum: Mai 2005 bis Dezember 2008.
 - 3 Unter Prävention und Gesundheitsförderung verstehen wir organisierte Anstrengungen, die entweder durch die Minderung von Belastungen (Risiken) oder durch die Stärkung von Ressourcen die Gesundheit von Menschen sichern sollen. Prävention bedeutet hier ausschließlich Primärprävention, d. h. Vorbeugung einer neuen Krankheit. Sekundärprävention (Früherkennung und Behandlung einer Krankheit) und Tertiärprävention (Kuration und Rehabilitation) sind nicht gemeint. In diesem Buch stehen Prävention und Gesundheitsförderung – wenn nicht anders bezeichnet – für Leistungen, die vorrangig die psychischen und sozialen Ursachen von Krankheiten berücksichtigen und i. d. R. von sozialen Einrichtungen erbracht werden. Bestimmte biomedizinische Maßnahmen (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen etc.), die i. d. R. von Ärzt/inn/en durchgeführt werden und einen wichtigen Bestandteil der Prävention darstellen, sind nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Ausnahmen sind biomedizinische Leistungen, die im Rahmen der lebensweltorientierten Arbeit angeboten werden, z. B. mobile Gesundheitsteams für Obdachlose oder ärztliche Sprechstunden in Anlaufstellen für Menschen in der Straßenprostitution.
 - 4 Einzelheiten zu den Forschungsprojekten (Design, Datenerhebung und Auswertung) s. Anhang.