

Michael T. Wright

## Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings

### 1 *Soziale Benachteiligung, Gesundheit und die Notwendigkeit der Partizipation*

Im Jahre 1986 wurden im Rahmen der WHO Ottawa-Charta zum ersten Mal auf höchster internationaler Ebene die sozialen und politischen Dimensionen von Gesundheit explizit thematisiert. Dadurch wurde die herkömmliche biomedizinische Auffassung durch ein umfangreiches Verständnis von Krankheitsursachen und -bekämpfungsmöglichkeiten erweitert. Während sich die Medizin auf biologisch erklärbares, klinisch messbare Kriterien für die Bestimmung des Gesundheitszustandes beschränkt, wird in der Ottawa-Charta darauf hingewiesen, dass pathogene Prozesse unter dem Einfluss von Faktoren wie Wohlstand, Bildungsniveau, politischer Teilhabe und sozialer Integration verhindert oder begünstigt werden. Daher bedeutet Gesundheit aus Sicht der Weltgesundheitsorganisation ein körperliches und psychisches Wohlbefinden, das sich nur bedingt von klinischen Indikatoren abbilden lässt. Aus dieser Definition heraus wird konsequent geschlossen, dass medizinische Maßnahmen durch sozial und politisch gerichtete Aktivitäten ergänzt werden sollen, um die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten bzw. herzustellen. Dabei wird ein Schwerpunkt auf Bürgerengagement gelegt, vor allem durch die Eigenbeteiligung sozial schwacher Bevölkerungsgruppen, um krankmachende Lebensumstände zu beseitigen und dadurch die Gesundheitschancen für alle zu erhöhen. Auf diese Weise wurde das Konzept der Partizipation unwiderruflich mit der Praxis der Gesundheitsförderung (und damit auch mit der Primärprävention)<sup>1</sup> in Verbindung gebracht.

Der Ansatz der Partizipation steht im Widerspruch zum ursprünglichen Konzept der Gesundheitserziehung. Die Gesundheitserziehung ging von der Position aus, dass ausschließlich Fachleute – in erster Linie Ärzte<sup>2</sup> – über das nötige Wissen verfügen, um festzustellen, was gesundheitsfördernd und gesundheitsschädlich ist und aus diesem Grund alleine die Verantwortung tragen, dieses Wissen an die Bevölkerung zu vermitteln. Demzufolge war das vorrangige Ziel der Gesundheitserziehung Adressaten zu informieren und an nächster Stelle sie dazu zu motivieren,

Expertenempfehlungen in ihrem Leben umzusetzen. Hingegen vertritt der partizipative Ansatz den Standpunkt, dass Wohlbefinden und daher auch Gesundheit letztendlich nur subjektiv definiert werden können. Die Rolle der Fachleute im Gesundheitswesen, über Krankheitsprozesse sowie über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, wird dadurch nicht negiert. Diese Informationsvermittlung sollte jedoch die Adressaten dazu befähigen, selbstbewusst über ihre Gesundheitsverhalten zu bestimmen sowie aktiv gegen die sozialen und politischen Faktoren vorzugehen, die ihre Gesundheitschancen beeinträchtigen. Dadurch können Interventionen entwickelt werden, die sich stärker an den Lebensrealitäten der Bürger orientieren und deswegen auch einen wirksameren und nachhaltigen Einfluss sowohl auf das Gesundheitsverhalten als auch auf das Lebensumfeld der Beteiligten ermöglichen. Diese Befähigung der Bürger, sich an der Gestaltung gesundheitsfördernder Maßnahmen mitzuwirken, die international auch unter dem Begriff *empowerment* diskutiert wird, ist ein wesentlicher Aspekt der Primärprävention. Es ist eine Befähigung nicht nur im Sinne einer Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten der Einzelperson, sondern auch eine Ermächtigung der von Krankheit bedrohten oder betroffenen Gruppen, sich kollektiv zu engagieren. Partizipation ist ein offensichtlich politisches Konzept und entspricht dadurch der Aufforderung der Ottawa-Charta, Bürgerinitiativen als Instrument der Primärprävention vor allem auf Gemeinde-Ebene zu fördern.

So hat sich in den zwanzig Jahren seit Bestehen der Ottawa-Charta eine breit gefächerte Diskussion über soziale und politische Aspekte der Entstehung von Gesundheitsproblemen sowie über deren Bekämpfung durch Partizipation in der Primärprävention entfaltet. Die sozialen Determinanten von Gesundheit rücken in Deutschland und international immer stärker in den Mittelpunkt der Debatte über die Zukunft des Gesundheitswesens. Umfangreiche Analysen zeigen eindeutig, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen überproportional von Krankheit betroffen sind und deshalb auch den größten Bedarf an Leistungen des jeweiligen Gesundheitssystems aufweisen (vgl. Wilkinson/Marmot 2003; Mielck/Bloomfield 2001). Die negativen Effekte einer niedrigen sozialen Schichtzugehörigkeit wurden für eine große Anzahl an Krankheiten in vielen unterschiedlichen Kulturen empirisch belegt, so dass soziale Benachteiligung als fundamentale Ursache von Krankheiten bezeichnet werden kann (Link/Phelan 1995). Die Gründe hierfür – obwohl vielfältig und komplex – lassen sich auf zwei wesentliche Auslöser zurückführen: Armut und soziale Ungleichheit. Dementsprechend wird eine erfolgreiche Gesundheitspolitik dadurch gekennzeichnet, dass nicht

nur Gesundheitsprobleme im engeren Sinne, sondern auch die Ursachen und die Konsequenzen von Armut und sozialer Ungleichheit bekämpft werden (Mackenbach/Bakker 2002; Rosenbrock/Geene 2000). In diesem Zusammenhang unterscheidet Rosenbrock (2004) zwischen einer expliziten und einer impliziten Gesundheitspolitik. Während sich die explizite Gesundheitspolitik im Rahmen der Strukturen des Gesundheitswesens mit der Bekämpfung unmittelbarer Krankheitsursachen z.B. durch Impfungen gegen bestimmte Erreger oder durch Kampagnen gegen gesundheitssschädliche Verhaltensweisen beschäftigt, umfasst die implizite Gesundheitspolitik die Aspekte der Arbeits-, Bildungs- und Sozialpolitik, die mittelbare Krankheitsursachen durch Armutsbekämpfung und die Minimierung sozialer Ungleichheit entgegenwirken. In Übereinstimmung mit der Weltgesundheitsorganisation argumentiert Rosenbrock, dass nicht nur die explizite sondern auch die implizite Gesundheitspolitik gelingen muss, um eine nachweisbare und nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu erreichen.

Zunehmend schlägt sich das neue Bewusstsein über den Einfluss sozialer Determinanten auf Gesundheit in neuen Strukturen und breit angelegten Strategien nieder, die sich bisher allerdings in erster Linie im Bereich der expliziten Gesundheitspolitik abspielen. Auf internationaler Ebene wurde beispielsweise im Jahre 2005 von der Weltgesundheitsorganisation eine neue Kommission »Soziale Determinanten von Gesundheit« ins Leben gerufen, um sowohl wissenschaftliche Befunde zur Wirkung sozialer Determinanten als auch konkrete Erfahrungen aus deren Berücksichtigung in der Entwicklung nationaler Maßnahmen zusammenzutragen und auszuwerten. In Deutschland treffen sich seit 1995 Fachleute aus der ganzen Bundesrepublik auf dem alljährlichen Kongress »Armut und Gesundheit«, um Ergebnisse aus Forschung und Praxis auf diesem Gebiet auszuwerten – inzwischen einer der größten nationalen Kongresse zum Thema Gesundheit. Im Rahmen der Gesetzgebung zu Festigung und Ausbau der Primärprävention (die Bestimmung zur Primärprävention als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen unter § 20 SGB V und im Entwurf des vorerst gescheiterten Präventionsgesetzes) sollen an erster Stelle sozial Benachteiligte durch lebensweltorientierte Interventionen angesprochen werden. Eine bundesweite Koordinierungsstruktur zur Realisierung dieses Ansatzes wird zurzeit aufgebaut (Kilian et al. 2004). Auch das im Jahre 2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz setzt einen besonderen Schwerpunkt auf Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten und Tuberkulose bei besonders benachteiligten Bevölkerungsgruppen – und dies vor allem durch aufsuchende Angebote (s. § 19 SGB V).

Parallel zur politischen und wissenschaftlichen Diskussion über soziale Determinanten von Gesundheit läuft in Praxiskreisen die theoretische und methodische Auseinandersetzung über die Gestaltung von Strukturen und Angeboten des Gesundheitswesens, um sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen besser erreichen zu können. Diese Auseinandersetzung hat ihren Ursprung in den Bestrebungen der 1960er Jahre, deren Ziel es war, die Position der Bürger gegenüber den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens zu stärken. Vormundschaft und Bürokratie sollten durch Selbstbestimmung und eine stärkere Bürgerbeteiligung abgelöst werden. In der sozialen Arbeit wurden in vielen Ländern neue Arbeitsweisen erprobt, die die Lebenswelt der Hilfebedürftigen in den Mittelpunkt stellen. Dadurch wurden die ersten Schritte von »Kommstrukturen« in Richtung »Gehstrukturen« für die am stärksten von der Gesellschaft ausgegrenzten Gruppen getan. Gemeinwesenarbeit und diverse Formen der aufsuchenden Arbeit wurden entwickelt (vgl. Hering/Münchmeier 2000).

Aus diesem politischen, wissenschaftlichen und praxisbezogenen Diskurs haben sich hierzulande wie auch international eine fast unüberschaubare Anzahl an Projekten entwickelt, die in spezifischen Settings (Schulen, Betrieben, Stadtteilen und an »subkulturellen« Treffpunkten bestimmter Zielgruppen) lebensweltorientierte Interventionen durchführen. Eine von Gesundheit Berlin e.V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführte Recherche zum Stand der Präventionsarbeit für sozial Benachteiligte in Deutschland hat über 2 600 solcher Projekte erfasst ([www.datenbank-gesundheitsprojekte.de](http://www.datenbank-gesundheitsprojekte.de)). Beispiele hierfür sind Kochgruppen für Migrantinnen in einem Nachbarschaftszentrum, bei denen Rezepte ausprobiert und Informationen zur gesunden Ernährung ausgetauscht werden, Internetzugänge in Kiezläden mit Einführung in den Gebrauch des Internets für die Suche nach Gesundheitsinformationen, Projekte für Kinder und Jugendliche zum Ausfindigmachen und Beseitigen von Gesundheitsbelastungen in ihrer Umgebung, Straßensozialarbeit in Prostitutionsszenen, um Prostituierte darüber zu informieren, wie sie sich und ihre Kunden vor sexuell übertragbaren Krankheiten besser schützen können.

## 2 *Theorie, Evidenz, Qualität und die Herausforderung der lebensweltorientierten Primärprävention*

Ein wesentliches Aufgabenfeld der Gesundheitswissenschaften ist die Interventionsforschung. Hier liegt der Schwerpunkt bei der Überprüfung der Wirksamkeit diverser Maßnahmen, die Krankheiten verhindern

oder lindern bzw. die Gesundheit stärken sollen. Ausgehend von der in der klinischen Medizin lancierten Diskussion, sollen alle Handlungen im Gesundheitswesen – ob im Bereich der Primärprävention, Versorgung, Pflege oder Rehabilitation – theoriegeleitet, evidenzbasiert und qualitätsgesichert sein. In dieser Hinsicht stellt die lebensweltorientierte Primärprävention eine große Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften dar, weil der partizipative Ansatz in der Gestaltung und Durchführung dieser Arbeit den üblichen erkenntnistheoretischen und methodischen Rahmen der Qualitätssicherung und Evaluation sprengt.

Die theoretische Grundlage der Medizin basiert auf einem naturwissenschaftlichen Verständnis des menschlichen Daseins, bei dem die Disziplinen Biologie und Chemie im Vordergrund stehen. Dementsprechend bedeutet theoriegeleitet im medizinischen Sinne, dass jeder Intervention eine biologische Plausibilität zugrunde liegt, was heißt, dass die intendierte Wirkungsweise durch wissenschaftlich akzeptierte Erklärungen bestimmter biologischer Mechanismen begründet werden kann. Mit Bezug auf die Primärprävention wird von der großen Mehrheit der Gesundheitswissenschaftler analog argumentiert, dass auch primärpräventive Maßnahmen eine deutlich formulierte, sozialwissenschaftlich vertretbare theoretische Basis aufweisen müssen. Im Gegensatz zur Medizin sind die Sozialwissenschaften jedoch durch eine Vielfalt an erkenntnistheoretischen und methodischen Positionen gekennzeichnet. In der Medizin herrscht ein im Grunde positivistischer Ansatz, der, aller Bemühungen seit Auguste Comte zum Trotz, bis heute keinen Konsens unter Sozialwissenschaftlern gefunden hat. Was überhaupt »das Soziale« ist, wie es zu untersuchen und beschreiben ist oder wie gesellschaftliche Probleme angegangen werden sollen, wird je nach theoretischem Ansatz sehr unterschiedlich betrachtet. Neben der Arbeit von Comte wurden zur gleichen Zeit Grundlagen für andere, gegen den Positivismus gerichtete Traditionen der Sozialwissenschaft gelegt, vor allem für die verstehende oder interpretative Tradition (z.B. nach Max Weber oder Wilhelm Dilthey) und die kritische Tradition (z.B. nach Karl Marx oder später Theodor Adorno). Mit unterschiedlichen Schwerpunkten und methodischen Herangehensweisen lehnen diese Traditionen Objektivität, die Quantifizierung der sozialen Realität sowie die Beschränkung auf experimentelle Verfahren in der Empirie ab. Stattdessen werden das Subjektive und das Situative sowie die Notwendigkeit des menschlichen Handelns zur Beseitigung gesellschaftlicher Missstände betont. Aus diesen Traditionen heraus ist eine unüberschaubare Vielfalt der heute existierenden Erklärungsmuster und Handlungsansätze entstanden. Demzufolge ist es nicht selbstverständlich, welche Theorien gemeint sind,

wenn von einer theoriegeleiteten Intervention in der Primärprävention die Rede ist.

Im internationalen gesundheitswissenschaftlichen Diskurs sind drei Positionen zum Problem der Theorienvielfalt erkennbar. Nach wie vor gibt es Verfechter spezifischer Theorien oder Modelle (z.B. die Diffusionstheorie, das Transtheoretische Modell, das Health-Belief-Modell), die ihre Herangehensweise auf eines oder mehrere Gebiete der Primärprävention übertragen. Diese Theorien werden von der Wissenschaft entwickelt und für die Praxis »aufbereitet«, um sie in konkrete Interventionen vor Ort umsetzen zu können. Die zweite Position lautet, dass jede Intervention einer expliziten Theorie folgen muss, aber keine bestimmte Theorie oder kein bestimmtes Modell privilegiert werden sollte, sondern der Ansatz muss je nach Gegebenheiten vor Ort (Zielgruppe, Setting, vorhandenen Ressourcen) angemessen ausgewählt und angepasst werden. Hier wird jedoch weiterhin angenommen, dass Theorien von der Wissenschaft generiert und von der Praxis konsumiert werden. Die dritte Position, die vor allem im Bereich der qualitativen Forschung lebensweltorientierter Projekte vertreten wird, ist die Entwicklung einer lokalen Theorie auf Grund der in der Zielgruppe und deren Umgebung vorhandener Erklärungsmuster. Von manchen dieser Autoren wird der Begriff lokale Theorie mit dem methodischen Ansatz der Grounded Theory nach Strauss und Corbin gleichgesetzt. Andere verstehen unter lokaler Theorie jenes Vorgehen, welches die Wahrnehmungen und Bestrebungen der Zielgruppe bei der Beschreibung eines Gesundheitsproblems in den Vordergrund stellt. Demnach vertritt diese dritte Position die Entwicklung lokaler, situationsspezifischer Erklärungen und stellt dadurch die Rolle allgemeiner, »von außen« konstruierter Erklärungsmustern in Frage. Das Entscheidende an den drei Positionen ist das unterschiedliche Ausmaß, in dem sie die Validität einer bestimmten Theorie angesichts deren Anwendung in einem spezifischen Setting befürworten. Die Vertreter der ersten Position haben eher einen deutlich erkennbaren, wenn nicht immer explizit formulierten erkenntnistheoretischen Ansatz und argumentieren konsequent für eine einzelne theoretische Perspektive für alle Settings. Die Vertreter der zweiten Position distanzieren sich von einer Identifikation mit spezifischen theoretischen Ansätzen und relativieren dadurch je nach Setting die Wahrheitsansprüche der wissenschaftlichen Theorienbildung, gleichwohl verteidigen sie de facto die Bestimmungsmacht der Wissenschaft über die Theorie. Die dritte Position stellt grundsätzlich die Bestimmungsmacht der Wissenschaft in Frage und postuliert das Setting als Ort der Theorienbildung; hier ist die Rolle der Wissenschaft eine begleitende, keine bestimmende.

Das Verständnis des Begriffes theoriegeleitet und der damit verbundene erkenntnistheoretische Unterbau ist Ausgangspunkt für divergierende Definitionen und Ansprüche mit Bezug auf den Begriff evidenzbasiert.

Im Allgemeinen bedeutet in den Gesundheitswissenschaften die Forderung nach einer evidenzbasierten Praxis, dass ausreichende Nachweise für eine Intervention wissenschaftlich erbracht werden, bevor diese für die Praxis freigegeben wird. Das am meisten angeführte – und in bestimmten Kreisen für vorbildlich gehaltene – Beispiel eines solchen Vorgehens ist die Zulassung von Medikamenten. Durch kontrollierte, randomisierte Versuche wird jedes Präparat danach geprüft, ob es eine quantifizierbare, statistisch signifikante positive oder negative Wirkung hinsichtlich des Gesundheitsproblems hat, auch das Ausmaß dieser Wirkung wird eingeschätzt. Über eine Grundsicherheit hinaus sollen diese Informationen dazu dienen, nicht nur effektive von wirkungslosen Verfahren zu trennen. Sie sollen auch in Form von Wahrscheinlichkeitsaussagen eine Grundlage für praktizierende Ärzte liefern, die in einem spezifischen Fall entscheiden müssen, ob eine bestimmte Behandlung geeignet ist. Diese Aussagen beziehen sich typischerweise auf die Wirkung des Präparats an sich, auf den Vergleich dieser Wirkung mit der anderer Behandlungsmöglichkeiten, sowie auf die zu erwartende Wirkung bei bestimmten Patienten je nach Merkmal (z.B. Geschlecht oder Alter). Bekanntlich ist der Vorteil des Experiments der, dass durch strenge Beachtung des Zufallsprinzips im Rahmen des Studiendesigns und dessen Durchführung nicht nur für alle bekannten sondern auch für alle unbekannt Störfaktoren kontrolliert wird, damit die beobachteten Änderungen ausschließlich auf die Intervention selbst zurückzuführen sind. Je komplexer und vielfältiger die möglichen Störfaktoren, desto nützlicher das experimentelle Verfahren, so die Verfechter. Auf Grund dieser Logik argumentieren z.B. Fullerton et al. (1995: 92), dass vor allem im Bereich der Primärprävention ein solches Vorgehen die beste Art und Weise sei, um die Wirkung von Angeboten dokumentieren zu können: »It is the very complexity and multiplicity of factors influencing health attitudes and behaviours that strengthens the case for properly designed randomized control trials (RCT) with sufficiently large numbers as the only reliable way of establishing the effectiveness of different types of intervention.«

Die Kritiker eines experimentellen Vorgehens in der Überprüfung der Wirksamkeit von primärpräventiven Interventionen argumentieren, dass diese Methode nicht dem Gegenstand entspricht und plädieren stattdessen für die Triangulation diverser Methoden der Datenerfassung und -analyse – je nach Interventionstypus und Fragestellung. Wie Keith Tones

(2000: 228) kommentiert: »Prior to questioning this view, it is important to state at the outset that the RCT is a peculiarly elegant, powerful and emotionally satisfying tool. It cannot be reasonably challenged when, under conditions of uncertainty, we wish to know whether intervention 'A' has a greater effect than intervention 'B' – provided only that the interventions in question are relatively simple and clearly definable. Unfortunately, health promotion interventions differ substantially from the administration of a new drug or a well-defined surgical procedure; as we will note below, they are usually intrinsically complex and multifactorial.«

Die Kritik am klinischen Versuch als Maßstab für die Wirksamkeit der (lebensweltorientierten) Primärprävention kann unter folgenden Stichworten zusammengefasst werden: die Wirkungsweise dieser Arbeit wird nicht adäquat berücksichtigt, die Übertragbarkeit (externe Validität) jenes Interventionsversuches wird überschätzt, die zum Teil erheblichen Unterschiede innerhalb der Zielgruppe werden nicht beachtet, die Möglichkeit, Kausalität festzustellen, wird überbewertet und der Aufwand, den solche Versuche verlangen, steht in keinem Verhältnis zum Ergebnis.

*Wirkungsweise:* Das Ziel des klinischen Experiments ist die Isolierung und Erprobung eines spezifischen Wirkstoffes bzw. eines deutlich beschreibbaren (chirurgischen) Verfahrens. Durch die Trennung dieses Wirkstoffes oder Verfahrens von den möglichen Einflüssen der Situation, in der er oder es verwendet wird, will man feststellen, ob der Wirkstoff oder das Verfahren an sich eine Wirkung aufweist. Das Forschungsinteresse liegt darin, Wirkstoffe und Verfahren zu identifizieren, die in einer standardisierten Form – zeitstabil und unabhängig von den Eigenarten jedes Arztes und jedes Patienten – eingesetzt werden können. In der lebensweltorientierten Primärprävention gibt es keinen isolierbaren »Wirkstoff«. Die bekannten Interventionsformen (Beratung, Werbekampagnen, Aufklärungsbroschüren etc.) stehen nicht für scharf definierbare Handlungen. Beratungsgespräche können beispielsweise sehr unterschiedlich sein, u.a. davon abhängig, nach welchem theoretischen Ansatz, von welcher Berufsgruppe, in welchem Setting, unter welchen strukturellen Bedingungen und mit welchem Auftrag sie geleistet werden. Im Gegensatz zu einem Arzneimittel ist es demzufolge nicht möglich den »aktiven Kern« der Intervention genau zu definieren, weil die Varianz zu groß ist. Ein weiterer Aspekt, der die Forschungsinteressen klinischer Untersuchungen von Interventionsforschung im Bereich der lebensweltorientierten Primärprävention unterscheidet, ist die notwendige Berücksichtigung



der charakteristischen situativen Faktoren bei der Entwicklung einer Intervention in einem bestimmten Setting. Es ist die Spezifik der Intervention, die deren Qualität ausmacht, weil diese für die unmittelbare Einbindung der Zielgruppe und anderer Akteure vor Ort steht. Die Frage ist nicht, ob die Intervention im Allgemeinen effektiv ist, sondern ob sie zu diesem Zeitpunkt in der Entwicklung eines Gesundheitsproblems, in diesem Setting, unter Berücksichtigung der Interessen dieser Akteure die richtige ist. Mit anderen Worten: die historischen und sozialen Aspekte, die in der klinischen Forschung kontrolliert werden, sind die Faktoren, die im Mittelpunkt eines gelungenen partizipativen Prozesses stehen.

*Übertragbarkeit:* Die bereits angesprochene inhärente und auch unkontrollierbare Variabilität primärpräventiver Interventionen stellt die Übertragbarkeit der Ergebnisse aus experimentellen Studien auf andere Situationen in Frage. Was kann daraus abgeleitet werden, dass unter experimentellen Umständen ein sexualpädagogisches Video mit einer Einstellungsveränderung bei einer Gruppe von Jugendlichen in Berlin zusammenhängt? Man kann nicht davon ausgehen, dass »solche Videos« an sich effektiv sind. Woran würde man »solche Videos« erkennen? Es kann auch nicht geschlussfolgert werden, dass das Video als Medium effektiv ist, da Videos sich nach zahlreichen Merkmalen unterscheiden können. Historische und lokale, sozial bedingte Einflussfaktoren können auch nicht ausgeschlossen werden: Es kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden, dass das erprobte Video den gleichen Effekt für die Altersgenossen an einem anderen Ort zu einem anderen Zeitpunkt haben wird. Die Atmosphäre der Einrichtung, in der das Video gezeigt wird, deren Verhältnis zu der Zielgruppe, die Bindungen zwischen den einzelnen Zuschauern etc. sind Faktoren, die nicht ausreichend berücksichtigt werden können.

*Unterschiede innerhalb der Zielgruppe:* Das experimentelle Verfahren geht davon aus, dass die nach einem Zufallsprinzip ausgewählten Probanden eine größere Population in allen wesentlichen Merkmalen abbilden. In klinischen Untersuchungen basiert diese Annahme auf dem Prinzip der grundsätzlichen biologischen Vergleichbarkeit aller Menschen. In der Interventionsforschung im primärpräventiven Bereich ist das Auswahlkriterium für Probanden typischerweise eine bestimmte Identität oder Zugehörigkeit oder ein bestimmtes soziodemographisches Merkmal (allein erziehende Mütter, Kinder in der zweiten Klasse, junge Türkinnen, schwule Männer). Die Annahme lautet, dass dieses Kriterium eine größere (im Wesentlichen homogene) Zielgruppe kennzeichnet,

sodass eine Intervention, die z.B. bei jungen Türkinnen in Berlin eine Wirkung zeigt, eine ähnliche Wirkung bei jungen Türkinnen anderswo in Deutschland haben wird. Hierbei wird jedoch die erhebliche Varianz innerhalb einer Zielgruppe je nach historischem, geographischem und sozialem Kontext nicht berücksichtigt. Junge Türkinnen, die in einem innenstädtischen Berliner Bezirk wohnen, sind nicht unbedingt direkt vergleichbar mit Ihresgleichen, die in einem kleineren, ländlich geprägten Ort in Süddeutschland leben. Ethnische Identität, familiäre Struktur und vorhandene Vorbilder und Ressourcen können mit der Stellung türkischer Einwanderer in der jeweiligen Kommune sowie mit den jeweiligen Integrationsmöglichkeiten sehr stark zusammenhängen. Diese Faktoren ändern sich auch mit der Zeit: Die Bedarfe, Einstellungen sowie das Selbstverständnis junger Türkinnen waren sicherlich vor zwanzig Jahren anders als sie sich heute darstellen und werden sich in den nächsten Jahren den gesellschaftlichen Entwicklungen folgend weiter ändern.

*Kausalität:* Das experimentelle Verfahren will Assoziationen zwischen einer klar definierten, quantifizierbaren Intervention und einem quantifizierbaren Ergebnis belegen und möglichst die Stärke dieser Assoziationen messen. Um dies zu ermöglichen, müssen Interventionen standardisiert und vereinfacht werden, was die Herstellung einer künstlichen, praxisfremden Situation erfordert («Experiment») und dadurch die Validität der Aussage über die Effektivität der realen Interventionen stark beeinträchtigt. Der Praxisalltag der lebensweltorientierten Primärprävention ist dadurch charakterisiert, dass die Zielgruppe nicht nur von einem Projekt, sondern auch von ihren Familien, den Medien und anderen Anbietern gesundheitsrelevante Inputs zu den gleichen Themen erhält. Hinzu kommt die Tatsache, dass Projekte üblicherweise multimedial arbeiten, d.h. nicht nur eine Methode (wie eine Informationsbroschüre) sondern ein Interventionspaket (Broschüre, Beratung, Selbsthilfegruppe) anbietet, je nach Bedarf und Möglichkeit der Inanspruchnahme. Ein weiterer Aspekt, der die Relevanz kausaler Aussagen aus der experimentellen Situation in Frage stellt, ist die Tendenz, die gleiche Intervention anders anzubieten, um diese an die Bedürfnisse des einzelnen Hilfesuchenden anzupassen. Das heißt, nicht Standardisierung sondern Flexibilität in der Durchführung kann die Wirksamkeit eines Angebots ausmachen.

*Aufwand:* Experimentelle Verfahren, vor allem wenn die Probanden nicht Einzelpersonen sondern ganze Settings oder Gemeinden sind, erfordern

einen großen zeitlichen, personellen und finanziellen Aufwand. Unter Berücksichtigung der bisher genannten Unzulänglichkeiten dieser Herangehensweise hinsichtlich der lebensweltorientierten Primärprävention steht der Erkenntnisgewinn dazu in keinem günstigen Verhältnis. Darüber hinaus ist man mit dem Problem konfrontiert, dass die Praxis der Wissenschaft vorausgeht: Geldgeber und Praktiker können (und wollen) nicht auf die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen warten, sondern müssen unter dem Druck knapper Ressourcen handeln. Auch aus diesem Grund ist es sinnvoll, vorhandene Mittel für Qualitätsentwicklung in andere Formen der Überprüfung zu investieren, die Entscheidungsträgern eine unmittelbare Hilfe leisten können.

Die Frage, woran man qualitätsgesicherte Interventionen erkennt und wie man deren Entwicklung und Durchführung unterstützen kann, ergibt sich aus der Diskussion über die theoriegeleiteten und evidenzbasierten Prinzipien. Es lassen sich drei Standpunkte unterscheiden, die mit verschiedenen Positionen begründet werden. Der erste Standpunkt, der von einer Minderheit lautstarker, publizistisch gut verteilter Wissenschaftler verfochten wird, will das klinisch-medizinische Verständnis auf alle Bereiche der Primärprävention direkt übertragen. Aus dieser Sicht bedeutet Qualität eindeutige, erprobte, konsequent angewandte Theorien, die sich in standardisierbare Interventionen umsetzen und durch experimentelle Untersuchungen testen lassen; alle Bestrebungen der Qualitätssicherung und Evaluation sollen sich auf dieses Ziel richten. Der zweite Standpunkt, der wie der erste die Entwicklung von Qualitätskonzepten bei der Wissenschaft verortet, wird in zwei Varianten von der Mehrheit der Gesundheitswissenschaftler befürwortet. Die erste Variante stimmt dem ersten Standpunkt zu, dass die Ergebnisse experimenteller Verfahren die besten Nachweise für die Wirkung primärpräventiver Maßnahmen erbringen und zeigt hierdurch ihre Akzeptanz der Evidenzklassen der Medizin. Vor allem aus (forschungs-)pragmatischen Gründen argumentieren diese Vertreter, dass klinische Versuche in diesem Bereich kaum möglich sind, daher müssten sich Wissenschaftler für das bestmögliche Design entscheiden, d.h. für ein solches Design, das die meisten Elemente eines Experiments zu realisieren vermag. Die zweite Variante lehnt aus erkenntnistheoretischen Gründen den privilegierten Status des experimentellen Verfahrens ab und negiert dadurch die Relevanz der medizinischen Evidenzklassen für die Primärprävention. Es wird stattdessen für eine Pluralität an Methoden plädiert, die nicht nur wissenschaftliche Untersuchungen sondern auch diverse Formen des Qualitätsmanagements berücksichtigen. Der dritte Standpunkt, der im

Gegensatz zu den Verfechtern des ersten Standpunkts von einer vergleichsweise weniger öffentlich sichtbaren, praxisnahen Minderheit von Wissenschaftlern vertreten wird, sieht wissenschaftliche Untersuchungen und Qualitätskonzepte als nützliche Hilfen für die Qualitätsentwicklung vor Ort, betont jedoch den lokal bedingten Charakter der Qualitätsdiskussion, die mit den Interessen der Zielgruppe, der Geldgeber und der Praktiker stark zusammenhängt.

### 3 *Theorie, Evidenz und Qualität im Zeichen der Partizipation*

Der oben geschilderte Konflikt zwischen den Qualitätsansprüchen der Wissenschaft und den Praxisrealitäten der lebensweltorientierten Primärprävention löst sich auf, wenn das Prinzip der Partizipation nicht nur auf die Gestaltung und Durchführung der Interventionsmaßnahmen selbst, sondern auch auf deren Qualitätssicherung und Evaluation konsequent übertragen wird.

Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation beruht auf Methoden der Aktionsforschung (auch Handlungsforschung genannt), die den Grundgedanken vertritt, eine möglichst starke Teilnahme und Teilhabe der Projektmitarbeiter und vor allem der Zielgruppen an allen Aspekten der Planung, Durchführung, Steuerung und Auswertung einer präventiven Maßnahme zu gewährleisten. Dieser Ansatz – der auf die Arbeit des Deutsch-Amerikaners Kurt Lewin in den 1930er Jahren zurückgeht – wird im Gesundheitsbereich vor allem im angloamerikanischen Raum, in Skandinavien sowie in der Entwicklungsarbeit explizit thematisiert und erfolgreich umgesetzt. In der internationalen Literatur firmiert diese Diskussion hauptsächlich unter dem Begriff *participatory action research*. Ziel der partizipativen Qualitätssicherung und Evaluation ist es, Projekte zu befähigen, in einer gleichberechtigten Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Geldgeber und Wissenschaft kontinuierlich relevante Daten über ihre eigene Arbeit zu erheben und als Grundlage für die ständige Verbesserung der geleisteten Maßnahmen einzusetzen. Die folgende Darstellung in Anlehnung an die Arbeit von Springett (2003) verdeutlicht einige wichtige Unterschiede zwischen dem üblichen expertengeleiteten Ansatz und einem partizipativen Ansatz in der Evaluation (siehe Übersicht):

Politisch gesehen stimmt der Ansatz der Aktionsforschung im Bereich der lebensweltorientierten Primärprävention mit den Aufforderungen der WHO Ottawa-Charta überein. Das explizite Ziel der Aktionsforschung, die Handlungsfähigkeiten sowohl sozial benachteiligter Menschen als auch der in ihrem Lebensumfeld arbeitenden Projekte zu stärken, entspricht dem Grundsatz der Gesundheitsförderung.

Übersicht: Die Unterschiede zwischen einer konventionellen und einer partizipativen Evaluation

	konventionelle Evaluation	partizipative Evaluation
Veranstalter	externe Experten	Vertreter aus der Zielgruppe, Projektmitarbeiter
Erfolgskriterien	im Voraus festgelegte Maßstäbe der Effizienz und des erzielten Gesundheitseffekts	durch Zusammenarbeit ausgehandelte Kriterien, die einen direkten Bezug auf selbstdefinierte Bedürfnisse der Zielgruppe nehmen
Methode	im Voraus festgelegte Methoden, die nur durch wissenschaftlich ausgebildete Mitarbeiter angewendet werden können; wissenschaftliche Kriterien der Datenqualität stehen im Vordergrund	durch Zusammenarbeit ausgehandelte Methoden, die auch von Praktikern bzw. Zielgruppenmitgliedern angewendet werden können; Handhabbarkeit und Praxisrelevanz der Methoden stehen im Vordergrund
Berichterstattung	Ergebnisse werden erst nach dem Abschluss der Evaluation bekannt; Analyse wird allein vom Wissenschaftler durchgeführt; eingeschränkter Zugang zu Daten	Ergebnisse werden kontinuierlich allen Kooperationspartnern mitgeteilt; Analyse wird in Kooperation mit allen Partnern durchgeführt; offener Zugang zu Daten für alle Kooperationspartner
Zeitraum	punktuell, üblicherweise nach der Durchführung der Intervention	fortdauernd im Sinne des Monitoring
Ziel	Wirksamkeit einer Intervention zu überprüfen, üblicherweise im Rahmen einer Entscheidung zur weiteren Finanzierung	Projektmitarbeiter und Zielgruppen zu ermöglichen, Gesundheitsprobleme längerfristig zu beobachten und angemessene Interventionen zu entwickeln und zu verbessern (Empowerment)

*In Anlehnung an Springett (2003)*

Wissenschaftlich gesehen liegt jedoch die große Schwäche der Aktionsforschung in ihrer theoretischen Armut und in den damit verbundenen Gefahren. Wenn nicht wissenschaftliche Schemata, sondern Deutungsmuster aus der lokalen Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projektmitarbeitern und Geldgeber im Vordergrund stehen – nach welchen Kriterien wird die Qualität der Arbeit an einem Ort mit der Qualität der Arbeit an anderen Orten verglichen? Können keine allgemeinen Aussagen über die Qualität der Arbeit getroffen werden? Ist alles dem Lokalen

überlassen? Gibt es keinen Platz mehr für Stimmen »von außen«? Ist »Qualität« in der lebensweltorientierten Primärprävention letztendlich nur relativ je nach der Wahrnehmung der beteiligten Menschen? Wo liegt der Unterschied zwischen Beliebbarkeit und Selbstgefälligkeit auf der einen und Transparenz und Überprüfbarkeit auf der anderen Seite? Es droht also der Abgrund eines postmodernen Relativismus, dem wir jedoch entkommen können, wenn wir den Weg bestreiten, der zugleich einen deutlich erkennbaren Rahmen für die Gestaltung und Überprüfung der lebensweltorientierten Primärprävention bietet und dennoch die Souveränität des Lokalen anerkennt. Dadurch verlieren die Grundprinzipien theoriegeleitet, evidenzbasiert und qualitätsgesichert nicht an Aussagekraft, im Gegenteil – sie gewinnen eine neue Relevanz für alle Beteiligten. Die Wegweiser in diese neue Richtung sind: lokale Theorie, lokale Evidenz und »maßgeschneiderte« Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung.

### 3.1 Lokale Theorie

Hinter dem Begriff »lokale Theorie« steht die bereits oben erwähnte Position, dass die Feststellung eines Gesundheitsproblems und dessen Ursachen nur vor Ort stattfinden kann. Der bisherige ungenaue Gebrauch dieses Begriffs könnte jedoch den Eindruck erwecken, dass jede lokale Erklärung – egal welche Form sie annimmt – die Kriterien einer Theorie erfülle. Hauptsache es handelt sich um eine »authentische« Aussage von jemandem vor Ort. Wenn »lokale Theorie« jedoch zu einem handlungsleitenden Begriff für die theoriegeleitete Praxis werden soll, so ist die Formulierung einer Definition notwendig, die die Ansprüche an eine solchen Theorie verdeutlicht, ohne den diskursiven Raum der Agierenden vor Ort unnötig einzuschränken. Hierfür werden folgende Kriterien vorgeschlagen:

Eine lokale Theorie ist eine durch einen partizipativen Prozess konsensuell formulierte Erklärung eines lokalen Gesundheitsproblems, die

- die Merkmale des Problems vor Ort konkret beschreibt,
- lokale Ursachen des Problems erläutert und
- die Grundzüge für eine Bekämpfungsstrategie umfasst, die einen unmittelbaren Bezug zum Problem und zu dessen Ursachen herstellt.

Dies bedeutet, dass eine lokale Theorie im Gegensatz zu einer »allgemeinen« wissenschaftlichen Theorie keinen Anspruch darauf hat, größere gesellschaftliche Dynamiken oder Prozesse zu erklären. Dementsprechend müssen lokale Theorien Abstraktionen möglichst klein halten. Das Ziel einer lokalen Theorie ist es, eine plausible Erklärung eines Gesundheitsproblems zu liefern, die konkrete, direkt erfahrbare

Ausprägungen des Problems und dessen determinierende Handlungen und Missstände beschreibt, die dann durch konkrete Maßnahmen eingeschränkt oder beseitigt werden können.

Die Arbeit des deutschen Philosophen, Politikers und Pädagogen Leonard Nelson (1882-1927) und seines Schülers Gustav Heckmann (1898-1996) bietet nicht nur eine breite erkenntnistheoretische Grundlage, sondern auch methodische Anregungen für den Aufbau einer lokalen Theorienbildung. Nelson und Heckmann entwickelten die sokratische Methode der Gesprächsführung. Ausgehend von den sokratischen Dialogen nach Platon ist die Grundannahme der Methode, dass man sich der Wahrheit einer Sache nur annähern kann, indem man sich durch »den Weg des Selbstdenkens« mittels der Vernunft mit der Sache auseinandersetzt. Es wird argumentiert, dass die wesentlichen Erkenntnisse im Leben nicht »von außen« angeeignet werden, sondern durch die Reflexion der eigenen Erfahrung entstehen. Der Prozess des Erkenntnisgewinns kann jedoch durch eine entsprechende Gesprächsführung »von außen« gefördert werden, die mit der Metapher der »Hebammenkunst« beschrieben wird: Der Gesprächsleiter versucht, den Gesprächsteilnehmern zu helfen »... noch verborgene Gedanken ans Licht zu holen und gemeinsam kritisch zu untersuchen« (Raupach-Strey 1997: 21) – also die durch Erfahrung gewonnen Erkenntnisse auf die Welt zu bringen. Dies geschieht durch die regressive Methode der Abstraktion. Das heißt, die Gesprächsteilnehmer fangen mit einem konkreten Beispiel aus ihrer eigenen Erfahrung an und anhand dieses Beispiels formulieren sie Prinzipien, die sich nicht nur auf das konkrete Beispiel beziehen, sondern in ihrer abstrakten Form etwas über die Eigenschaften aller solcher Beispiele aussagen. Es entsteht in der Gruppe der Gesprächsteilnehmer eine Art »Denk-Gemeinschaft« (Raupach-Strey), die über die Wege der Argumentation (kritische Fragestellungen, Positionen und Gegenpositionen) zu einem Konsens über die aus dem Beispiel zu lernenden (neuen) Erkenntnisse gelangt. Auf diese Weise wird das verborgene oder implizite Wissen (implizite Theorien) deutlich bzw. explizit gemacht sowie durch die Zusammenarbeit der Gruppe reflektiert und formuliert.

In der Arbeit von Jos Kessels (2001), einem niederländischem Unternehmensberater, wird deutlich, wie diese bisher hauptsächlich in pädagogischen Kreisen angewandte Methode zu Prozessen der Qualitätsentwicklung beitragen kann. Praktiker werden durch die Methode in die Lage versetzt, ihre Arbeitserfahrung und die damit verbundenen impliziten Theorien explizit zu machen und auf Grund dieser Reflexion Leitprinzipien für die Verbesserung der Praxis zu formulieren. All dies läuft im Rahmen einer Diskussion über konkrete Handlungen. Dennoch

entstehen Aussagen, die über den konkreten Fall hinausgehen, die dann zu Grundprinzipien oder Leitsätzen für den Umgang mit einem Problem definiert werden können. Die Ergebnisse eines ersten Versuchs, lokale Theorien durch diese Methode in Zusammenarbeit mit Einrichtungen in der HIV/Aidsprävention zu generieren, werden von Wright/Block (2005: 61ff) berichtet.

### 3.2 Lokale Evidenz

Der Begriff der »Lokalen Evidenz« soll alle Nachweise des Erfolgs einer Intervention bezeichnen, die die Erfüllung der Ziele der Intervention angemessen belegen. Im Gegensatz zu der üblichen Anwendung des Begriffs »Evidenz« in der oben umrissenen Diskussion um die evidenzbasierte Medizin geht es hier nicht darum, »absolute« oder »allgemeine« Nachweise für ein bestimmtes Verfahren zu liefern, sondern um die Feststellung, ob die vor Ort konzipierten Interventionen dazu dienen, dem spezifischem lokalem Gesundheitsproblem entgegenzuwirken.

So wie beim Konzept der lokalen Theorie liegt hier die Bestimmungsmacht über die Angemessenheit der erbrachten Nachweise im konsensuellen Verfahren auf lokaler Ebene. Es erhebt sich jedoch der wissenschaftliche Einwand, dass die lokalen Entscheidungsprozesse einer gewissen Beliebigkeit ausgesetzt sind, da keine systematisch angewandten Kriterien, sondern ausschließlich lokale Interessen einzelner Akteure diesen Prozessen unterliegen.

Um dieser Kritik zu begegnen, bietet das Konzept des *judicial review* (wörtlich: juristische Überprüfung) von Keith Tones (1997) einen interessanten Ansatz. Dieses Konzept sieht vor, dass Aussagen über die Angemessenheit und Wirksamkeit einer Intervention analog zu einem Gerichtsurteil getroffen werden. Richter arbeiten nicht nach wissenschaftlichen Maßstäben des Beweises, sondern treffen Urteile in einem vorgegebenen Rahmen nach festgelegten Plausibilitätskriterien. Verschiedene Informationsquellen werden dabei berücksichtigt, und die Verlässlichkeit jeder Quelle wird überprüft, um komplexe Sachverhalte zu klären. Die wissenschaftliche und praktische Herausforderung bei der Umsetzung dieses Konzepts im Sinne der lokalen Evidenz ist es, einen Rahmen zu schaffen, in dem Nachweise systematisch überprüft werden können, ohne dass dieser Rahmen die Beteiligten vor Ort überfordert. Dabei ist das Ziel, eine Grundsicherheit für die Aussagekraft von Nachweisen zu bieten und dadurch lokale Entscheidungsprozesse zu unterstützen. Eine Möglichkeit zur Realisierung einer Überprüfung lokal entwickelter und umgesetzter Gesundheitsmaßnahmen – ein *Peer-review-Verfahren* – wird im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen



dem Autor und der Deutschen AIDS-Hilfe, dem Dach- und Fachverband der AIDS-Hilfen in Deutschland, entwickelt und erprobt (Wright/Block 2005). Projekte werden sich in das Verfahren begeben, in dem nach festgelegten Plausibilitätskriterien die Angemessenheit und Wirksamkeit der lokalen Strategie beurteilt wird. Das Ziel dieses Verfahrens soll die Setzung von Maßstäben für lokal entwickelte und gesteuerte Strategien sein. Demnach hat das Verfahren eine »diagnostische« Funktion, die darin besteht, Rückmeldungen zu Stärken und Schwächen der vorgestellten Präventionsarbeit zu geben, um daraufhin Empfehlungen für die Verbesserung von Maßnahmen auszusprechen.

### 3.3 »Maßgeschneiderte« Qualitätsentwicklungsmaßnahmen

Die Vielfalt an Interventionen, die durch den lokal bedingten Charakter der lebensweltorientierten Primärprävention erzeugt wird, sowie die unterschiedlichen Verläufe der Verhandlungen zwischen Geldgeber, Projektmitarbeitern und Zielgruppe erfordern Qualitätsmaßnahmen, die an die Situation vor Ort angepasst sind. Alle Versuche, die Arbeit lebensweltorientierter Projekte zentral zu strukturieren und zu zertifizieren, können zwecks Qualitätssteigerung nur beschränkt wirksam sein, da bei solchen (standardisierten) Modellen die ortsspezifischen Problemmerkmale und -lösungsmöglichkeiten nicht ausreichend berücksichtigt werden können. Eine realisierbare Alternative ist der Aufbau überregionaler Strukturen, die die Entwicklung »maßgeschneiderter« Qualitätsentwicklungsmaßnahmen fördern. Ein Beispiel hierfür ist das »Baukastensystem«, das in der bereits genannten Zusammenarbeit mit den AIDS-Hilfen erstellt wird. Workshops bieten die Möglichkeit, Kenntnisse über spezifische Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation in einem bestimmten Arbeitsfeld zu vertiefen. Ein »interaktives Handbuch«, das über das Internet zur Verfügung gestellt wird, soll einen Überblick über Qualitätssicherung und Evaluation für die verschiedenen Arbeitsfelder der Primärprävention geben. Außerdem sollen Beispiele von bewährten Instrumenten und Verfahren zum Herunterladen bereitgestellt werden. Über eine individuelle Beratung soll durch eine intensive Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern und Projektmitarbeitern die Entwicklung einer Qualitäts- und Evaluationsstrategie für jede einzelne AIDS-Hilfe ermöglicht werden (ausführliche Darstellung dieses Vorhabens s. Wright/Block 2005).

## 4 Ausblick

Der Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings ist nicht leicht zu gehen. Viele Steine

und Stolperfallen begegnen uns auf diesem Weg, die angesichts der konturenreichen Landschaft unabdingbar vorhanden sind. Wir machen uns den Aufstieg jedoch schwerer, wenn wir in der Wissenschaft unangemessene erkenntnistheoretische und methodische Konzepte anwenden, die nicht – wie gehofft – den Weg ebnen, sondern ihn eher beschwerlicher machen. Durch eine stringente Anpassung von Theorie und Praxis der Qualitätssicherung und Evaluation an die Anforderungen der Partizipation erlernen wir einen geschickteren Umgang mit den Gefahren. Am Ende können wir nicht die ersehnte »Wahrheit«, wohl aber einen klaren, weit reichenden Blick über das neue, unbekanntes Feld der Primärprävention in Settings erreichen und dadurch auch neue, praktisch umsetzbare Erkenntnisse für die konkrete Verbesserung der Gesundheit der bedürftigsten Menschen unserer Gesellschaft.

Korrespondenzadresse:

Michael T. Wright

Forschungsgruppe Public Health

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Reichpietschufer 50

10785 Berlin

wright@wz-berlin.de

### *Anmerkungen*

- 1 Hier wird Primärprävention im Sinne von Rosenbrock (2001) als Überbegriff für die Verhinderung von Krankheiten verstanden. Dazu gehört sowohl Krankheitsvermeidung durch die Senkung gesundheitsschädlicher Belastungen als auch Gesundheitsförderung durch den Aufbau gesundheitsstärkender Ressourcen.
- 2 Im Interesse der Lesbarkeit wird in diesem Text ausschließlich die männliche Form verwendet. Gemeint sind männliche und weibliche Personen.

### *Literatur*

- Fullerton, D.; Holland, J.; Oakley, A. (1995): Towards effective intervention: Evaluating HIV prevention and sexual health education interventions. In: P. Aggleton; P. Davies (Eds.): AIDS: Safety, sexuality and risk. Social aspects of AIDS. London: Taylor & Francis, 90-108.
- Hering, S.; Münchemeier, R. (2000): Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Kessels, J. (2001): Die Macht der Argumente. Die sokratische Methode der Gesprächsführung in der Unternehmenspraxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Kilian, H.; Geene, R.; Philippi, T.; Walter, D. (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting. In: R. Rosenbrock; M. Bellwinkel; A. Schröder (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Bremerhaven: NW-Verlag, 151-230.

- Link, B.G.; Phelan, J. (1995): Social conditions as fundamental causes of diseases. *Journal of Health and Social Behavior*, extra issue: 80-94.
- Mackenbach, J.P.; Bakker, M. (Ed.) (2002): Reducing inequalities in health: An European perspective. London: Routledge.
- Mielck, A.; Bloomfield, K. (Hg.): Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Raupach-Strey, G. (1997): Das sokratische Gespräch. Vernunftgebrauch in der Tradition von Leonard Nelson und Gustav Heckmann. *Ethik und Unterricht*, Heft 2.
- Rosenbrock, R.; Geene, R. (2000): Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik. In: R. Geene; C. Gold (Hg.): *Gesundheit für alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden?* Berlin: b\_books: 10-26.
- Rosenbrock, R. (2001): Was ist New Public Health? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 43, 9: 753-762.
- Rosenbrock, R. (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: R. Rosenbrock; M. Bellwinkel; A. Schröer (Hg.): *Primprävention im Kontext sozialer Ungleichheit*. Bremerhaven: NW-Verlag: 7-149.
- Springett, J. (2003): Issues in participatory evaluation. In: M. Minkler; N. Wallerstein (Eds.): *Community-based participatory research for health*. San Francisco: Jossey-Bass: 263-288.
- Tones, K. (1997): Beyond the randomized control trial: a case for »judicial review«. *Health Education Research* 12, 2: i-iii.
- Tones, K. (2000): Evaluating health promotion: Beyond the RCT. In: *Best Practices: A selection of papers on quality and effectiveness in health promotion presented at the 4th European IUHPE conference on Effectiveness and Quality of Health Promotion*. Helsinki, Finland: Finnish Center for Health Promotion.
- Wilkinson R.; Marmot M. (Ed.) (2003): *Social determinants of health. The solid facts*. Kopenhagen: WHO Europe.
- Wright, M.T.; Block, M. (2005): Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. In der Reihe »Discussion Papers«. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.