

# abhängkeiten

Schweizerische Fachstelle für Alkohol-  
und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne

Alkohol- und Suchtfachleute (A+S),  
Schweizerischer Fachverband, Oberkirch (LU)

## Redaktion

Regina Burri, M.A., Psychologin, Herracherweg 74,  
CH-8610 Uster, e-mail: regburri@smile.ch  
Dr. phil. Hermann Fahrenkrug, Soziologe, SFA, Postfach 870,  
CH-1001 Lausanne, e-mail: hfahrenkrug@sfa-isp.ch

## Layout und Abonnements- verwaltung

Fleur Delafontaine, Tel. 021 321 29 76, e-mail: fdelafontaine@sfa-isp.ch

## GutachterInnen

Prof. Dr. med. Theodor Abelin, Direktor,  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern  
Jean-Daniel Barman, Directeur, Ligue valaisanne contre les  
toxicomanies, Sion  
Dr. iur. Margrith Bigler-Eggenberger, a. Bundesrichterin, Lausanne  
Daniele Intraina, Direttore, Società ticinese  
contro l'alcolismo e per l'igiene sociale, Lugano  
Prof. Dr. rer. pol. Harald Klingemann, Institut für Sozialplanung und  
Sozialmanagement (ISS), Berner Fachhochschule – Hochschule  
für Sozialarbeit HSA, Bern  
Prof. Dr. rer. pol. Robert Leu, Bern  
Dr. phil. Richard Müller, Direktor, Schweizerische Fachstelle  
für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne  
Prof. Dr. phil. Jürgen Rehm, Direktor, Institut für Suchtforschung, Zürich  
Lic. phil. Martin Rüther, Psychologe FSP, Alkohol- und Suchtfachleute  
– Schweizerischer Fachverband, Oberkirch LU  
Prof. Dr. med. Ambros Uchtenhagen, Institut für Suchtforschung,  
Zürich  
Dr. rer. pol. Peter Wüthrich, Direktor, Schweizerische  
Unfallversicherungsanstalt, Luzern  
Lore Zablonier, Dipl. Sozialarbeiterin HFS, Alkohol- und Suchtfachleute  
– Schweizerischer Fachverband, Oberkirch LU

## Anschrift

Redaktion und Administration  
Abhängigkeiten, Postfach 870, CH-1001 Lausanne  
Tel. 021 321 29 76 – Telefax 021 321 29 40  
e-mail: fdelafontaine@sfa-isp.ch  
Internet: <http://www.sfa-isp.ch>

## Erscheinungsweise Bezugspreis

3mal jährlich  
Jahresabonnement:

	Schweiz	In Euro
Einzelpersonen	CHF 53.–	€ 40.–
Institutionen	CHF 78.–	€ 57.–
Einzelexemplar	CHF 25.–	€ 20.–

Kündigungsfrist: 30. November

## Verlag

ISPA Press Lausanne

## Druck

Presses Centrales Lausanne SA

ISSN 1420-2999

## Was unterscheidet Prävention von Behandlung?

---

Martin HAFEN\*

### Zusammenfassung

Prävention ist ein vielfältiges Tätigkeitsfeld. Um die Komplexität dieser Vielfalt zu reduzieren, lohnt es sich, exakt zu definieren, in welchem Verhältnis die Prävention zu den angrenzenden Disziplinen steht. Selbst zur Behandlung, die eher das eigentliche Gegenteil von Prävention repräsentiert, ist die Abgrenzung nicht so einfach, wie es auf den ersten Blick erscheint. Die nachfolgende theoretische Analyse versteht Prävention und Behandlung wie Gesundheit und Krankheit als Kontinuum. Jede Behandlung beinhaltet präventive Aspekte und jede Prävention wirkt immer behandelnd. Die professionelle Praxis reagiert auf diesen Umstand mit Begriffen wie Tertiärprävention, welche die Differenz von Prävention und Behandlung verdeutlichen und deshalb gelegentlich für Verwirrung sorgen.

Um solche Begriffsunklarheiten zu vermeiden, müssen klare Kriterien für eine in der Praxis anschlussfähige Unterscheidung formuliert werden. Wir schlagen daher vor, von Prävention immer dann zu sprechen, wenn das im Zentrum des Interesses stehende Problem (Sucht, Gewalt, Krankheit etc.) noch nicht aufgetreten ist. Behandlung hingegen setzt ein, wenn das Problem manifest ist. Behandlung hat es mit konkreten Personen zu tun, die eine Problemgeschichte erzählen können, während sich die Prävention an nicht näher bestimmte Personen richtet, die kein Problem haben oder kein Problem mehr haben. Diese Differenz ändert nichts am Umstand, dass die Prävention nicht anders als behandelnd operieren kann. Sie kann ihre grundlegende Paradoxie – etwas noch nicht Bestehendes zu verhindern – nämlich nur dadurch auflösen, dass sie (vermutete) Ursachen für das zu verhindernde Problem bestimmt und diese zu beseitigen versucht. Dabei hängt es vom Beobachter ab, ob das Problem (z.B. Rauchen) als manifestes Problem bezeichnet oder ob es als Ursache für ein weiteres Problem (z.B. Lungenkrebs) angesehen wird. Je nach Standpunkt sind die entsprechenden Massnahmen als Prävention oder als Behandlung zu definieren, was zeigt, wie gering die Differenzen der beiden Disziplinen auf der operativen Ebene sind.

Kann man noch von Prävention sprechen, wenn einige der SchülerInnen in einer Schwerpunktwoche zur Tabakprävention bereits rauchen und die Präventionsfachperson mit ihnen Wege zu erarbeiten versucht, wie sie den Konsum minimieren oder auf dem gleichen Stand halten könnten? Und ist es

\* Sozialarbeiter und Soziologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Hochschule für Soziale Arbeit in Luzern, Fachbereich Prävention,

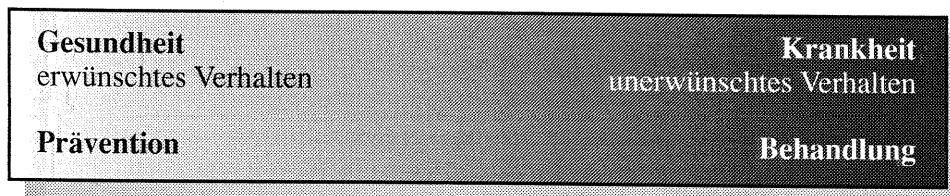
noch Prävention, wenn in der Gewaltprävention die Mobbing-strukturen in einer Schulklasse bearbeitet werden, denn Mobbing ist doch auch eine Art von Gewalt?

## **Prävention und Behandlung als Kontinuum**

Um sich der Beantwortung dieser Fragen anzunähern, sollen Prävention und Behandlung nicht als sich wechselseitig ausschliessende, sondern als sich gegenseitig bedingende Tätigkeiten verstanden werden. Dies ermöglicht, die beiden Begriffe ähnlich wie «Gesundheit» und «Krankheit» als Kontinuum zu beschreiben. So wie alle Kranken in vielerlei Hinsicht immer auch gesund sind, und so wie sich Gesundheit nicht anders definieren lässt, als über Krankheit und andere gesundheitsschädigende Phänomene, wollen wir in der Folge von der These ausgehen, dass jede Behandlung präventive und jede Prävention behandelnde Aspekte umfasst. Wir schliessen damit an Gallaways (1991: 128) Bemerkung an: «All prevention activities are in fact interventions, and all interventions are designed to prevent some future distress». Fasst man dann (WHO, 1998) unter den Begriff der Gesundheit nicht nur die physische, sondern auch die psychische und die soziale Gesundheit, dann lassen sich auf dem Kontinuum Prävention/Behandlung nicht nur Krankheiten wie Sucht, sondern auch sozial unerwünschte Verhaltensweisen wie Gewalt und Rechtsbrüche beschreiben (vgl. Grafik 1).

*Abbildung 1*

### **Prävention und Behandlung als Kontinuum**



### **Jede Behandlung hat präventive Aspekte und jede Prävention behandelnde**

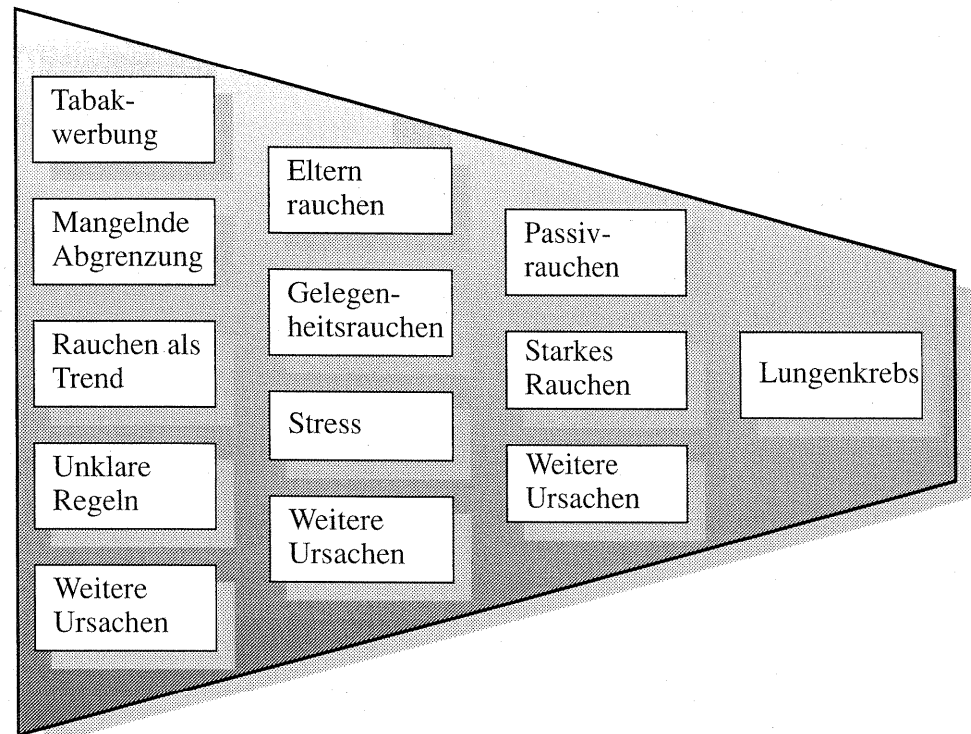
Nehmen wir ein Beispiel, um die eben aufgestellte These zu untermauern: Die Ärztin, die bei einem Patienten ein Lungenkarzinom herauschneidet, handelt mit ihrem behandelnden chirurgischen Eingriff insofern präventiv, als sie der Metastasenbildung und damit der Verschlimmerung der Krankheit bis hin zum Tod vorbeugt. Auch die Behandlung eines Allgemeinpraktikers, der seine Patientin (etwa durch Beratung und die Verschreibung eines Medikamentes) dabei unterstützt, mit Rauchen aufzuhören, wirkt präventiv – in Hinsicht auf die Verhinderung des Lungenkrebses.

In dem einleitend erwähnten Beispiel der Reduktion des Tabakkonsums bei Jugendlichen geht es darum, eine Nikotinabhängigkeit zu verhindern. Auch hier wird ein manifestes Problem (abhängiges Rauchen) behandelt und reduziert auf ein zukünftiges Problem – (geringes Rauchen). Diese «Problemkette» (vgl. Grafik 2) kann insofern weiter geführt werden, als sich eine

Reihe von Problemen formulieren lässt, die als ursächlich für den frühen Rauchbeginn beschrieben werden können: Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit und Widerstand gegen Gruppendruck; die Entwicklung des Zigarettenkonsums zu einem regelrechten Trend in einer bestimmten Altersgruppe; unklare Regelungen in Bezug auf das Rauchen in einem Schulhaus; die Tabakwerbung usw.

Abbildung 2

### Zu verhindernde Probleme und ihre Ursachen



Das in Grafik 2 schematisierte Beispiel deutet an, dass man die Suche nach dem «Wesen» der Prävention (oder der Behandlung) aufgeben muss, wenn man seiner Beobachtung das Schema des Kontinuums zu Grunde legt. Nicht nur umfasst jede Behandlung präventive Aspekte; Prävention ist immer auch Behandlung. Sie definiert und behandelt immer (immer!) Phänomene, die sie als ursächlich für das zu verhindernde Problem (den Krebs, das Kettenrauchen, das Leichtrauchen etc.) sieht.

### Was unterscheidet Prävention von Behandlung?

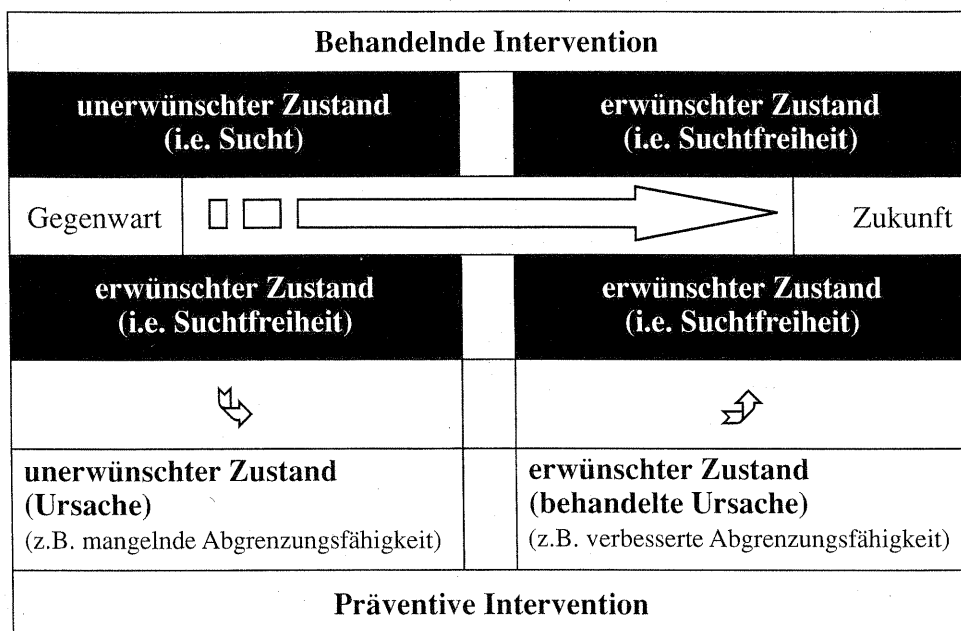
Ausgehend von der obigen These, fragt es sich, wie man dann noch sinnvoll zwischen professionellen Tätigkeiten unterscheiden kann, die zwar Ähnlichkeiten aufweisen, sich in der Praxis jedoch durch mindestens ebenso grosse Differenzen voneinander abheben. Wo können wir eine Grenze zwischen Prävention und Behandlung ziehen, die ein anschlussfähiges praktisches Arbeiten mit den Begriff ermöglicht?

Unser Vorschlag ist, von Prävention immer dann zu sprechen, wenn nicht das zu behandelnde, sondern das zu verhindernde Problem im ursprünglichen

Zentrum des Interesses steht – wenn es also darum geht, Probleme wie Sucht, Gewalt, Depression, Lungenkrebs etc. zu verhindern, bevor sie auftreten. Von Behandlung hingegen soll die Rede sein, wenn das Problem bereits aufgetreten ist und es mit der Intervention zum Verschwinden gebracht oder zumindest stabil gehalten werden soll. Während bei der Behandlung der gegenwärtige Zustand unerwünscht ist und durch die Intervention in einen zukünftigen positiven Zustand überführt werden soll, wird der gegenwärtige Zustand bei der Prävention als positiv wahrgenommen (die Sucht oder die Gewalt sind ja noch nicht aufgetreten) und die Interventionen sollen den Status quo erhalten (vgl. Grafik 3).

Abbildung 3

### Die unterschiedliche Ausgangslage von Prävention und Behandlung



### Die Paradoxie der Prävention

Wenn man die gegenwärtigen und die (erhofften) zukünftigen Zustände in Beziehung zu den präventiven Massnahmen setzt, dann wird deutlich, wie paradox die Aufgabe der Prävention letztlich ist: Durch die Interventionsversuche soll ein gegenwärtiger, als positiv beurteilter Zustand so beeinflusst werden, dass er auch positiv bleibt. Oder anders formuliert: Präventive Aktivitäten versuchen, einen als «gesund» oder «erwünscht» wahrgenommenen Zustand so zu verändern, dass dieser Zustand erhalten bleibt.

Am obigen Beispiel der Problemkette kann man deutlich machen, wie die Prävention diese Paradoxie entfaltet: durch die Bestimmung von Ursachen für die zu verhindernden Probleme. Diese Ursachen stellen für die Prävention unerwünschte gegenwärtige Zustände dar, die sie durch ihre Interventionsversuche behandeln kann – (wie zu tiefe Tabakpreise, mangelnde Abgrenzungsfähigkeit oder unklare Regelungen zum Tabakgebrauch im Schulhaus). Ziel ist es, sie in erwünschte zukünftige Zustände zu überführen.

Die Form von Prävention ist demnach immer identisch mit der Form der Behandlung – mit dem Unterschied der ursprünglichen Fokussierung auf die

jenigen Probleme, die es mittels der präventiven Massnahmen zu verhindern gilt. Schaut man sich die heutige Prävention an, dann stehen die zu verhindernden Probleme nur bei wenigen präventiven Massnahmen im Zentrum der Bemühungen – etwa bei der Prävention durch Abschreckung und durch Informationsvermittlung. Bei der Grosszahl der Massnahmen geht es nicht mehr um Sucht oder Drogen, sondern beispielsweise darum, «Kinder stark zu machen», ihre Konfliktfähigkeit zu fördern, die Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten etc.

### **Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung**

Am obigen Beispiel lässt sich auch erkennen, wie nahe die Prävention der Gesundheitsförderung ist (vgl. auch Hafen, 2001a). Auch die Gesundheitsförderung behandelt (sic!) als unzureichend wahrgenommene Zustände. Wenn sie etwas von der Prävention unterscheidet, dann ist es allein der Umstand, konsequent die andere Seite der Unterscheidung (die durch die Massnahmen zu verhindernden Probleme) aus dem Blickfeld zu bekommen. Anders formuliert: Obwohl die Gesundheitsförderung immer nur behandelnd interveniert (intervenieren kann), liegt ihr Fokus auf der Gesundheit, die sie dadurch fördert und nicht auf der Verhinderung von Problemen, welche die Gesundheit schmälern könnten.

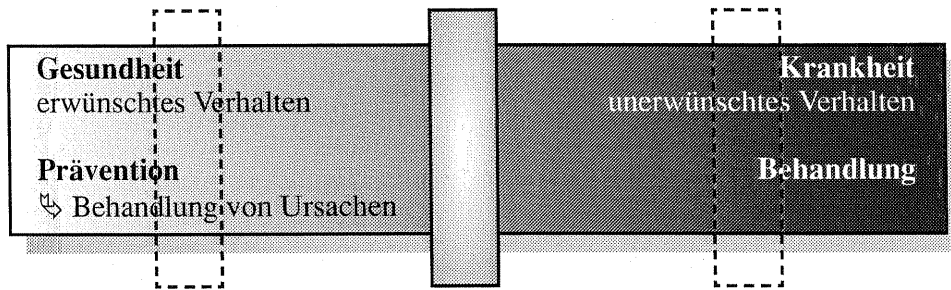
Neben den geringen Differenzen in Hinblick auf die funktionalen Aspekte von Prävention und Gesundheitsförderung (Verhinderung von Krankheit, Förderung von Gesundheit) ergeben sich auch auf der methodischen Ebene kaum Unterschiede: Gesundheitsförderung und Prävention arbeiten bei ihrer Behandlung von vorgelagerten Problemen ressourcen-orientiert. Bei beiden Disziplinen gewinnen zudem der «Setting-Ansatz» (die Arbeit an Systemstrukturen) und damit verbundene Aspekte wie Vernetzung oder Koordination an Bedeutung. Auch die Gesundheitsförderung kann nicht auf die Informationsvermittlung – bisweilen auch in abschreckender Form – verzichten, da die andere Seite der Gesundheit, die Krankheit, das Unerwünschte immer wieder ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückt. Letztlich unterscheidet sich die Behandlung von manifesten Problemen (z.B. eine Psychotherapie) nicht einmal grundsätzlich von Prävention/Gesundheitsförderung. Auch bei der Behandlung werden die Stärken der Betroffenen für den Behandlungsprozess genutzt; auch sie arbeitet vermehrt mit den sozialen Systemen in der Umwelt der Behandelten (z.B. der Familie) zusammen, und auch sie ortet Ursachen für das diagnostizierte Problem und versucht diese zu beseitigen.

### **Die Entscheidung eines Beobachters**

Die bisherigen Ausführungen argumentieren in die Richtung, dass es keine eindeutig zu definierende Grenze zwischen Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung gibt. Vielmehr ist das Setzen der Grenze die Entscheidung eines Beobachters, der die Perspektive definiert, auf die es ihm ankommt. Ein Onkologe (Krebspezialist) würde bei einem Rauchstopp-Programm wohl eher von «Prävention» sprechen als die Leiterin dieses Programms, welche die behandelnden Aspekte ins Zentrum ihrer Überlegungen stellen dürfte. Die Grenze kann also – je nach Beobachterperspektive – im Kontinuum weiter hinten oder weiter vorne platziert werden (vgl. Grafik 4).

Abbildung 4

### Prävention oder Behandlung? – eine Frage des Standpunktes



Interessanterweise werden in der professionellen Praxis selbst bei der Behandlung von akuten Problemen (wie in der Chirurgie oder in einem Frauenhaus) gerne die präventiven Aspekte hervorgehoben, während der behandelnde Aspekt der Prävention in der Regel unbeachtet bleibt. Der Begriff der Tertiärprävention zeigt, wie weit auf der Behandlungsseite noch von Prävention gesprochen wird, wie wichtig die präventiven Aspekte also zu sein scheinen. Eine einheitliche Verwendung der Begriffe ist aber auch hier nicht zu erwarten. So wurde dem Begriff der Tertiärprävention in der Drogenarbeit nicht die gleiche Bedeutung zuteil wie in der Medizin, so dass an seiner Stelle heute in der Regel die Bezeichnung Schadensminderung (harm reduction) verwendet wird. Der Begriff Schadensminderung unterstreicht, wie stark die Begrifflichkeit vom Beobachter gesteuert wird. Während Tertiärprävention die Verhinderung von künftigen Problemen in den Mittelpunkt stellt, fokussiert die Schadensminderung das bestehende Problem (also die Gegenwart) und richtet den Blick von ihm aus nach vorne - auf mögliche Folgeprobleme, die durch die Behandlung verhindert werden sollen.

### Immer noch keine deutliche Unterscheidung

Bei unserem Versuch, wenn auch keine absolute, so dann doch eine anschlussfähige Unterscheidung zwischen den Begriffen Prävention und Behandlung zu erhalten, führen uns diese Überlegungen nicht entscheidend weiter. Wir haben zwar Prävention als ein noch nicht manifestes und demnach zu verhinderndes Problem definiert, und sprechen von Behandlung, wenn der Fokus des Interesses auf einem gegenwärtigen Problem liegt, welches durch die Intervention beseitigt werden soll. Doch diese Definition verhindert nicht, dass die Grenze zwischen Prävention und Behandlung immer noch ganz weit auf der Behandlungsseite gesetzt werden kann.

Eine solche formal korrekte Grenzziehung, die bisweilen (etwa bei der Tertiärprävention) auch realisiert wird, widerspricht jedoch dem gängigen Verständnis von Prävention und torpediert unsere Bemühung um die Formulierung eines nicht nur klaren, sondern auch anschlussfähigen Präventionsbegriffes. Prävention soll doch früh einsetzen; sie soll Probleme rechtzeitig verhindern. Das Einsetzen eines Herzschrittmachers nach einer Herzkranzgefäßverengung als Prävention zu bezeichnen, löst eher Widerstände aus, obwohl eine solche Bezeichnung formal korrekt ist, da durch den Herzschrittmacher durchaus noch nicht bestehenden Problemen (wie einem Herzinfarkt) vorgebeugt werden kann.

## **Unterschiedliche Adressabilität – ein entscheidendes Kriterium**

Ein zusätzliches Kriterium zur Unterscheidung von Prävention und Behandlung bietet sich an, wenn man die Personen in die Beobachtung mit einbezieht, an welche sich die präventiven resp. die behandelnden Massnahmen richten. Behandlung richtet sich an Personen (oder soziale Systeme wie Familien oder Organisationen), die ein Problem schon «haben». Sie sind namentlich bekannt (also: adressabel); es gibt also eine Problemgeschichte, die erzählt werden kann. Anders bei der Prävention: Da Prävention durch ihre Interventionen noch nicht bestehende Probleme verhindern will, richten sich ihre Massnahmen an mehr (allgemeine Bevölkerung) oder weniger (Zielgruppen) unbestimmte Personen, von denen man nicht oder höchstens in der Form statistischer Wahrscheinlichkeiten sagen kann, ob sie das zu verhindernde Problem einmal bekommen werden. Adressabel werden diese Personen und sozialen Systeme erst, wenn die Prävention nicht massenmedial, sondern direkt, in der Form von Interaktion und über die Bearbeitung von Systemstrukturen erfolgt. Doch ist dies eine Adressabilität nicht in Hinblick auf die zu verhindernden, sondern hinsichtlich der vorgelagerten Probleme, welche durch die Prävention behandelt werden.

Das Kriterium der Adressabilität kann uns helfen, eine theoretisch vertretbare und praktisch anschlussfähige Unterscheidung von Prävention und Behandlung zu erreichen. Je mehr man auf die Behandlungsseite kommt, desto enger wird die Beziehung zwischen dem zu behandelnden Problem und den zu verhindernden Folgeproblemen. Der Mann mit den Herzrhythmusstörungen und dem durch den Herzschrittmacher zu verhindernden Problem des Infarktes, ist eine konkrete Person mit einer sozialen Adresse. Ähnlich ist es bei der Behandlung einer Kettenraucherin; auch bei ihr steht die Behandlung des bestehenden Problems im Vordergrund – eines Problems, welches der Verhinderung von Folgeproblemen dient.

Wiederum geht es um die Perspektive der Beobachtung. Wenn das manifeste Problem im Zentrum der Aufmerksamkeit steht, ist die Frage der Adressabilität geklärt; wenn jedoch auf das künftige, zu verhindernde Problem fokussiert oder die Gesundheit gefördert werden soll, dann werden die Adressaten unklar. Daraus ergibt sich folgende Frage: Welches sind die Motive, bei gewissen Problemen die Behandlung in den Vordergrund zu stellen und bei andern die Prävention?

## **Die gesellschaftliche Relevanz von Problemen**

Wenn man die Funktion der Prävention in der Beruhigung unserer – nicht zuletzt durch die Massenmedien – äusserst risiko-sensibilisierten Gesellschaft sieht (vgl. dazu Hafén, 2001b), dann liegt die These nahe, dass es systematische Massnahmen zur Verhinderung eines Problems nicht geben würde, wenn dieses Problem nicht die öffentliche Aufmerksamkeit erregen würde und nicht bereits zu einer Reihe von Behandlungsmassnahmen geführt hätte. Anders ausgedrückt: Ohne die gesellschaftliche Proklamation und intensive Behandlung von Problemen wie Sucht, Herzinfarkt, Lungenkrebs, Selbstmord, Mobbing, Verbrechen etc. gäbe es keine präventiven Massnahmen zur Verhinderung dieser Probleme.



In den letzten Jahrzehnten sind im öffentlichen Diskurs immer mehr Sachverhalte zu Problemen definiert worden, für die nicht nur professionelle Behandlung als unabdingbar betrachtet wird, sondern zudem auch Massnahmen zu ihrer vorzeitigen Verhinderung. Dadurch verliert der Umstand an Bedeutung, dass die Prävention ja ebenfalls nichts anderes macht, als Probleme zu behandeln, denn diese Probleme gewinnen ihre Bedeutung immer erst durch die als dringlicher erachteten Probleme, die verhindert werden sollen. Da zwischen diesen dringlichen Problemen bisweilen selber ein kausaler Zusammenhang ausgemacht wird – etwa zwischen Mobbing, Depression und Selbstmord – können einzelne dieser Probleme selbst als Ursachen bezeichnet und zur Interventionsebene für Prävention werden. Deshalb können Phänomene wie Depression zur gleichen Zeit im Zentrum von Behandlung als auch von Prävention (Suizidprävention) stehen.

### **Der empirische Bezug**

Dieser Übergangsbereich der Behandlung von schwer wiegenden Problemen (wie Depression) zur Verhinderung von noch schwerer wiegenden Problemen (wie Selbstmord) weist auf einen Faktor hin, der ebenfalls einen Einfluss auf die Betonung der Behandlungsaspekte von Massnahmen haben könnte: der Grad der empirischen Belegbarkeit der Ursächlichkeit eines Problems für das zu verhindernde Problem. Die These wäre hier, dass die Ursache-Wirkungsbeziehung besser belegt ist, je weiter man auf die Krankheitsseite des Kontinuums gesund/krank kommt, gerade auch weil diesen Beziehungen aufgrund der kommunizierten Bedeutung dieser Probleme durch die Forschung mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. So sind die Beziehungen zwischen dem Auftreten einer längeren Depression und Selbstmord oder zwischen Kettenrauchen und Lungenkrebs besser untersucht als der Zusammenhang von mangelnder Abgrenzungsfähigkeit eines Jugendlichen und seinem Zigarettenkonsum.

Die durch die Prävention behandelten (ursächlichen) Probleme sind oft unklar und selten wissenschaftlich definiert; vielmehr handelt es sich mehrheitlich um heuristische Konzepte, wie jenes, das besagt, dass ein Kind, das im Laufe seiner Sozialisation Nein zu sagen gelernt hat, auch Nein sagen kann, wenn ihm Drogen angeboten werden. Ernsthaftige Bemühungen, die Beliebigkeit der Beziehung von (vermuteten) Ursachen zu den zu verhindernden Problemen zu verringern, sind vor allem im Medizinsystem zu verzeichnen. So sind z.B. das Konzept des Kohärenzgefühls von Antonovsky (1997) oder das Selbstwirksamkeitskonzept von Bandura (1997) weit besser erforscht als die vielen der in der Prävention gebräuchlichen Ansätze, da sie von wissenschaftlich erprobten Parametern ausgehen, welche den Erfolg oder Misserfolg der Interventionsversuche besser messbar machen.

### **Fazit 1: Entmystifizierung der Prävention**

Welche Auswirkungen haben die vorherigen Überlegungen nun auf die professionelle Praxis? Zu erwarten ist mit der Klärung der Begriffe eine Entmystifizierung der Prävention? Von Fachleuten der Prävention wurde und wird gerne der Eindruck einer völligen Andersartigkeit ihrer Tätigkeit im Vergleich zu behandelnden Fachpersonen erweckt. Die Prävention hat ja Perso-

nen im Fokus, welche die zur Frage stehenden Probleme noch nicht haben oder soziale Systeme, welche die Probleme schon gehabt (und behandelt haben) und sich von der Prävention erhoffen, dass sie eine Wiederholung oder Verstärkung dieser Probleme verhindert.

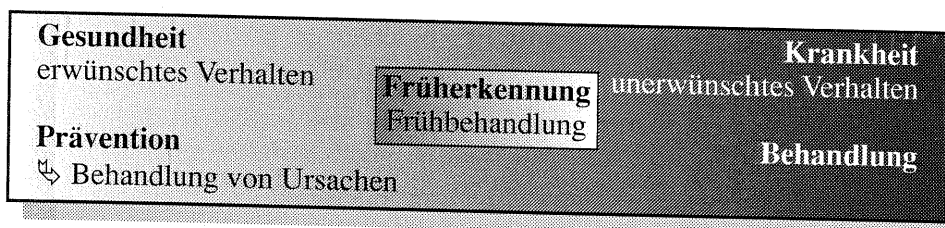
Dabei wird in der Regel ausser Acht gelassen, dass die Form der Prävention meistens die der behandelnden Beratung ist (Vgl. dazu Hafén, 2001c), da etwas nicht Vorhandenes ja schwerlich bearbeitet werden kann. Selbst wenn, wie bei der Gesundheitsförderung üblich, die positive Seite des zu behandelnden Problems hervorgehoben wird (z.B. die Förderung diverser «Ressourcen»), geht es sowohl bei der Prävention als auch bei der Gesundheitsförderung immer um die Behebung von Defiziten, also um die Überführung eines gegenwärtigen unerwünschten in einen zukünftig erwünschten Zustand. Genau das wird aber heute nicht nur in der Prävention und in der Gesundheitsförderung gefordert, sondern auch in vielen «rein» behandelnden Tätigkeiten wie Psychotherapien oder Kriseninterventionen.

## Fazit 2: Annäherung an die Behandlung über Früherkennung

Die Vorstellung, dass Prävention und Behandlung ein Kontinuum bilden und sich damit gegenseitig ergänzen, mag die Offenheit der beiden professionellen Domänen gegenüber der jeweilig andern Seite fördern. Ein Resultat einer solchen Annäherung könnte die vermehrte Etablierung von Strukturen der Früherkennung in sozialen Systemen wie Schule, Verein oder Arbeitsplatz sein. Dies ist eine Aufgabe, die von Prävention und Gesundheitsförderung nicht gerne angenommen wird, weil sie sich für Anzeichen von Problemen nicht zuständig fühlt. Doch auch die Behandlungsseite fühlt sich nicht zuständig, weil sie einen weniger guten Zugang zu diesen Systemen hat als die Prävention.

Abbildung 5

### Früherkennung/Frühbehandlung als Übergangsbereich zwischen Prävention und Behandlung



Früherkennung würde in dieser Hinsicht bedeuten, das betreffende soziale System durch die Präventionsfachleute dabei zu unterstützen, nicht nur die Beobachtung von problematischen Entwicklungen zu systematisieren, sondern auch Möglichkeiten zu installieren, um diese Beobachtungen auszutauschen. Funktionierende Früherkennung bedingt weiter die verbindliche Vereinbarung von Regeln, wie mit bestimmten Beobachtungen umgegangen wird und welche Stellen für eine Frühbehandlung beigezogen werden. Da Früherkennung und Frühbehandlung den Übergangsbereich zwischen Prävention und Behandlung markieren (vgl. Grafik 5), können sich durchaus

beide Bereiche für die Etablierung einer umfassenden Früherkennung einsetzen. Entsprechende Koordinierungs- und Vernetzungsbemühungen wären in diesem Sinne sicher zu begrüssen.

### **Fazit 3: Neukonzeption der Wirkungsforschung**

Die Behandlung hat gegenüber der Prävention in der Regel den Vorteil, dass sich die Wirkung ihrer Massnahmen – wenn auch nicht sicher so doch exakter – messen lässt als die Wirkung von Prävention. Wenn eine körperliche Krankheit, eine Depression oder eine Alkoholabhängigkeit behandelt wird, kann man den Zustand nach Abschluss der Behandlung mit dem Zustand vor der Behandlung vergleichen und Erfolg resp. Misserfolg der Behandlung feststellen sowie den Behandelnden, den Patienten und Patientinnen oder deren Umfeld zurechnen. Da die Prävention einen erwünschten gegenwärtigen Zustand (ohne Krankheit, Sucht oder Gewalt) unverändert zu erhalten versucht, wird diese Messung enorm schwierig, vor allem wenn die Zahl der möglichen Einflussfaktoren (Ursachen) so hoch ist wie bei den Phänomenen Sucht und Gewalt. Wenn dann noch die Forderung aufgestellt wird, präventive Massnahmen möglichst früh anzusetzen, um günstige Entwicklungen vorzuspüren, dann wird die Herstellung eines kausalen Bezugs von einer präventiven Massnahme zum Ausbleiben oder Auftreten des zu verhindernden Problems noch viel schwieriger.

Die Prävention sieht sich damit in der schwierigen Situation, die hohen Erwartungen der Gesellschaft und insbesondere der Politik hinsichtlich ihrer Wirkung aufgrund der Vielzahl von Einflussfaktoren und methodologischen Problemen der Nachweisbarkeit nicht erfüllen zu können. Wenn sich Prävention und Gesundheitsförderung jedoch vermehrt als behandelnde Professionen verstehen, ergibt sich auch ein anderer Zugang zur Erforschung ihrer Wirkung. In erster Linie könnte vermehrt versucht werden, die Wirkung auf die Behandlung der vorgelagerten Probleme zu erfassen. Dazu wäre es unabdingbar, mit wissenschaftlicher Unterstützung Parameter für die Messbarkeit der Probleme zu entwickeln, die durch die Behandlung (im Rahmen von Prävention) zu verbessern versucht werden. Ein Beispiel: Wenn man «mangelnde Abgrenzungsfähigkeit» als Ursache für jugendlichen Alkohol-, Tabak- oder Cannabiskonsum bezeichnet, muss man Bestimmungsgrössen festlegen können, mit denen sich das Ausmass der Abgrenzungsfähigkeit vor und nach den erfolgten Präventionsmassnahmen messen lässt.

Neben der Messung der kleinräumigen Wirkung der Ursachenbehandlung durch die Prävention sind vermehrt Forschungsprojekte notwendig, welche zu erfassen versuchen, ob und in welchem Masse diese vermuteten Ursachen im Zusammenhang mit dem Auftreten resp. Nicht-Auftreten der «eigentlichen» Probleme (der Sucht, der Gewalt) stehen, die mit der Prävention zu verhindern versucht werden. Erst wenn ein solcher Bezug wissenschaftlich erwiesen ist, kann eine allfällige positive Wirkung der präventiven Massnahmen (dieser Ursachenbehandlungen) auf die zu verhindernden Probleme gemessen werden. Da die Wirkungsforschung mit einer Vielzahl von Einflussfaktoren zu tun hat, kann sie aus statistischen Gründen nur als gross angelegtes Forschungsprojekt konzipiert werden. Obwohl es einzelne Forschungsprojekte wie das Schweizer Forschungsprogramm Supra-f (vgl. Hüsler et. al., 2001; Fahrenkrug, 2002) gibt, welche der Komplexität der Wirkungsforschung im Präventionsbereich auch methodisch gerecht zu werden

den versuchen, mangelt es – nicht nur im deutschsprachigen Europa – an Strategien, die sich mit einer koordinierten wissenschaftlichen Planung und Durchführung der Wirkungsforschung von Prävention befassen.

### **Zusammenfassende Bemerkungen**

Die Behandlung von Problemen wie Sucht und Gewalt und die Prävention dieser Probleme werden in der Praxis gerne als vollkommen unterschiedliche Tätigkeiten angesehen. Im Rahmen des vorliegenden Versuches, die beiden Begriffe im Verhältnis zueinander exakter zu definieren, hat sich gezeigt, dass jede Behandlung präventive Aspekte umfasst und jede Prävention immer auch als Behandlung (von Ursachen dieser Probleme) konzipiert ist. Was Prävention und Behandlung «ist», hängt damit vom Beobachter ab, der entweder (als Behandelnder) das manifeste Problem oder (als Präventionsfachperson) vorgelagerte Problemlagen im Fokus hat, die als ursächlich für das zu verhindernde Problem angesehen werden.

Wenn das zu behandelnde Problem oder Anzeichen dafür im Zentrum des Interesses steht (also bei der Behandlung und bei der Früherkennung), dann hat man es mit konkreten (adressablen) Individuen oder sozialen Systemen zu tun. Anders liegt der Fall bei der Prävention, wo nicht klar ist, welche Systeme die zu verhindernden Probleme einmal bekommen werden. Hier werden die Systeme erst adressabel, wenn der Umweg über die Behandlung von vorgelagerten Problemen gewählt wird, die von der Prävention als ursächlich für das zu verhindernde Problem angesehen werden.

Da die Wirkung einer Behandlung einfacher erfasst werden kann als die Wirkung von Prävention, sollte die Prävention nicht in erster Linie «direkte Wirkungsforschung» zu betreiben versuchen, sondern kleinräumigere Wirkungsräume beobachten. Die Frage «Hat eine präventive Massnahme das Auftreten von Sucht bei der Zielgruppe verringert?» sollte also zugunsten der wissenschaftlichen Erforschung des Zusammenhangs von (vermuteten) Ursachen und ihrem Einfluss auf die zu verhindernden Probleme zurückgestellt werden. Liegen die entsprechenden Ergebnisse vor, wäre die Wirkung der entsprechenden Massnahmen zur Behandlung dieser Ursachen zu klären. Diese Schritte sind methodisch bereits so komplex, dass sie einen deutlichen Ausbau der Präventionsforschung bedingen. Der Ausbau zu einer eigentlichen Wirkungsforschung ist dann ein weiteres Ziel, welches mit den gegenwärtigen Forschungskonzepten und Geldmitteln nicht zu erreichen ist.

Als weiteres Resultat und Ziel dieser präventionstheoretischen Überlegungen könnte eine Annäherung der Prävention an die Behandlung und eine Koordination der jeweiligen Massnahmen innerhalb einer effizienz-orientierten Prävention sein. Dies schliesst einen Ausbau der Früherkennung ein, denn wenn Anzeichen für die zu verhindernden Probleme beobachtet werden können, ist erstens der empirische Bezug zwischen Problemanzeichen und Problem besser nachweisbar und zweitens hat man es in diesem Fall mit konkreten Personen und/oder sozialen Systemen zu tun, die spezifischer beraten werden können.

Durch die Anerkennung der eigenen behandelnden Aspekte und durch die Annäherung an die Behandlung auf der operativen Ebene könnten Prävention und Gesundheitsförderung der Beliebigkeit entgegenwirken, die ihnen bisweilen vorgeworfen wird.

## Summary

---

### *What is the difference between prevention and treatment?*

Prevention is a very diversified field of intervention. In order to reduce the complexity ensuing from this diversity, it is worth defining accurately the relationship between prevention and the adjoining disciplines. But this delimitation is not as simple as it could seem at first glance, even in relation to treatment – which is located nevertheless rather at the opposite of prevention. The theoretical analysis developed here conceives prevention and treatment, as well as health and sickness, as a continuum. Any treatment bears preventive elements and any prevention always has therapeutic outcomes. The professional practice accounts for this with notions such as tertiary prevention, which overshadow the difference between prevention and treatment, thus contributing sometimes to the confusion.

To avoid such terminological confusions, it is necessary to formulate accurate criteria to establish a differentiation allowing easy connection in practice. We therefore suggest speaking of prevention only when the problem at the heart of the preoccupations (dependency, violence, illness etc.) has not occurred yet. Treatment intervenes, on the other hand, only when the problem has arisen. It is aimed at people with a singular problem, whereas the prevention addresses persons who do not have or have anymore a particular problem. This distinction doesn't alter the fact that the prevention cannot resolve its fundamental paradox – i.e. avoiding something that doesn't exist yet – by determining the causes (supposed) of the problem to be avoided by endeavouring to eliminate them. To know if a given problem (tobacco addiction for example) must be considered as a problem as such or as the trigger to a problem to come (i.e. lung cancer) depends of the observer. According to the chosen point of view, the corresponding measures will be defined as depending from prevention or from the treatment.

## Résumé

---

### *En quoi la prévention diffère-t-elle du traitement?*

La prévention est un champ d'intervention très diversifié. Pour tenter de réduire la complexité découlant de cette diversité, il vaut la peine de définir précisément les relations entre la prévention et les disciplines avoisinantes. Or, cette délimitation n'est pas aussi simple qu'il pourrait y paraître de prime abord, même par rapport au traitement – qui se situe pourtant plutôt à l'opposé de la prévention. L'analyse théorique développée ici conçoit la prévention et le traitement, de même que la santé et la maladie, comme un continuum. Tout traitement comporte des éléments préventifs et toute prévention a toujours des effets thérapeutiques. La pratique professionnelle en rend compte avec des notions telles que la prévention tertiaire, qui occultent la différence entre prévention et traitement, contribuant ainsi parfois à la confusion.

Pour éviter de telles confusions de termes, il convient de formuler des critères précis en vue d'établir une différenciation permettant de s'y retrouver dans la pratique. Nous proposons donc de parler de prévention uniquement lorsque le problème qui se trouve au cœur des préoccupations (dépendance, violence, maladie, etc.) ne s'est pas encore réalisé. Le traitement intervient en revanche lorsque le problème est avéré. Le traitement s'adresse à des individus qui sont porteurs d'une histoire et d'un problème singuliers, tandis que la prévention s'adresse à des personnes qui n'ont pas ou plus de problème particulier. Cette distinction ne change rien au fait que la prévention ne peut pas intervenir autrement que de manière thérapeutique. Elle ne peut en effet résoudre son paradoxe fondamental – à savoir éviter quelque chose qui n'existe pas encore – qu'en déterminant les causes (supposées) du problème à éviter et en s'efforçant de les éliminer. Savoir si un problème donné (le tabagisme par exemple) doit être considéré comme un problème en soi ou comme la cause d'un problème à venir (cancer des poumons par exemple) dépend de l'observateur. Suivant le point de vue adopté, les mesures correspondantes seront définies comme relevant de la prévention ou du traitement. On voit ainsi que la différence entre les deux manières d'aborder un problème sur le terrain est infime.

## Literaturverzeichnis

---

- Antonovsky, Aaron, 1997: Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. hrsg. von Alexa Franke. Tübingen.
- Bandura, Albert, 1997: Self-efficacy. New York.
- Fahrenkrug, Hermann, 2002: Von supra-f zu superiara f(orte) - Ergebnisse nach drei Jahren. In: SuchtMagazin 6/02: 50-51.
- Galloway, Burt, 1991: Moving beyond the Prevention-Intervention Dichotomy in Social Work. In: Albrecht, Günter; Otto, Hans-Uwe, 1991: Social Prevention and Social Sciences. Berlin/New York: 1991: 121-128.
- Hafen, Martin, 2001a: Prävention und Gesundheitsförderung - Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: SuchtMagazin 5/01: 34-39.
- Hafen, Martin, 2001b: Die Funktion der Prävention für die Gesellschaft. In: Prävention & Prophylaxe 2/2001: 28-32.
- Hafen, Martin, 2001: Was «ist» Prävention? In: Prävention&Prophylaxe 2/2001: 30-34.
- Hüsler, Gebhard; Michaud, Pierre-André; Rehm, Jürgen, 2001: Zwei Jahre supra-f – eine vorläufige Bilanz mit positiven Trends. In: SuchtMagazin 6/01: 38-41.
- World Health Organization WHO, 1998: Health Promotion Glossary. Geneva.

## Korrespondenzadresse

Martin Hafen, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachbereich Prävention, Werftstr. 1, Postfach, 6002 Luzern, E-mail: mhafen@hsa.fhz.ch, Homepage: www.fen.ch