

# Das weite Feld von Prävention und Gesundheitsförderung

Die etablierte Begrifflichkeit erschwert es, einen ordnenden Überblick über die grosse Menge an Faktoren zu gewinnen, die für Prävention und Gesundheitsförderung eine Rolle spielen. Im folgenden sollen die gängigen Begriffe neu geordnet und zu einem Modell weiterentwickelt werden, mit welchem die vielen Aspekte präventiver/gesundheitsfördernder Arbeit schematisiert dargestellt werden können.

MARTIN HAFEN\*

In der letzten Folge<sup>1</sup> dieser Rubrik wurde angedeutet, wie gross die Vielfalt an Massnahmen ist, die mit Begriffen wie «Prävention», «Gesundheitsförderung» und «Prophylaxe» umschrieben werden. Präventive, zuvor-kommende Interventionsversuche werden im Rechtssystem, im Medizinsystem und

im System der Sozialen Hilfe eingesetzt und unterscheiden sich vorerst einmal darin, ob sie kommunikativ oder physisch (Impfungen etc.) erfolgen. Die kommunikative Prävention wurde als Beratungskommunikation<sup>2</sup> charakterisiert, und es wurde aufgezeigt, dass die Formen dieser Beratung sich durch eine beeindruckende Vielgestaltigkeit auszeichnen: von der Plakatkampagne über den Theaterabend bis hin zu mehrjährigen Projekten.

## Unschärfen und Widersprüche bei der gängigen Begrifflichkeit

Im Rahmen der schnellen Popularisierung von präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen seit den 70er-Jahren<sup>3</sup> etablierte sich eine Begrifflichkeit, die breite Verwendung gefunden hat. Da jedoch Prävention und Gesundheitsförderung weit gehend «organisch wachsen» und aus zahlreichen, sich bisweilen widersprechenden Denkmodellen gespeist werden, konnte sich bis heute kein Begriffsinstrumentarium entwickeln, in welchem die einzelnen Begriffe in einem klar definierten inhaltlichen Zusammenhang zueinander stehen. Das Resultat dieser Entwicklung ist, dass die Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung mit den gebräuchlichen Begriffen nur unzureichend beschrieben werden kann bzw. dass bei vielen gängigen Begriffen (zum Beispiel «Ressourcenförderung», «strukturelle Prävention») ein grosser Interpretationsspielraum besteht. Die Entwicklung einer kohärenten, in sich schlüssigen Begrifflichkeit ist ein wichtiges Element aller Theoriearbeit.<sup>4</sup> Die Systemtheorie wurde nicht zuletzt darum als Grundlage für in dieser Rubrik eingeführte Präventionstheorie gewählt, weil sie über ein sehr sorgfältig erarbeitetes Begriffsinstrumentarium<sup>5</sup> verfügt, welches es erlaubt, nicht nur soziale, sondern

auch physische und psychische Prozesse zu beschreiben.

In diesem Beitrag wird es darum gehen, die gebräuchliche Begriffskette ‚Gesundheitsförderung – Primärprävention – Sekundärprävention – Tertiärprävention‘ zu analysieren und neu zu ordnen (schematisch dargestellt in Graphik 1, S. 36). Auf der Basis dieser Neuordnung soll ein Modell vorgestellt werden, mit welchem die vielfältigen Aspekte präventiver/gesundheitsfördernder Massnahmen eingeordnet und zueinander in Beziehung gesetzt werden können (siehe Graphik 2, S. 39)<sup>6</sup>.

## Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Als sich die Suchtprävention in den 70er-Jahren zu institutionalisieren begann, brauchte man Begriffe, mit denen man das präventive Handeln beschreiben und klassifizieren konnte. Fündig wurde man vornehmlich in der Medizin, woher auch die Begriffskette ‚Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention‘ stammt. Eingeführt wurde sie durch den Psychiater Caplan<sup>7</sup>, der damit vorbeugende Massnahmen in Bezug auf psychische Krankheiten hinsichtlich des Interventionszeitpunktes ordnete. Von *Primärprävention* ist nach dieser Klassifizierung die Rede, wenn die zu verhindernde Krankheit noch nicht aufgetreten ist und Anstrengungen dahin gehend unternommen werden, dass dies so bleibt; *Sekundärprävention* wird gemacht, wenn die Krankheit ansatzweise aufgetreten ist und eine Chronifizierung dieser Anzeichen, resp. das Ausbrechen der Krankheit verhindert werden soll, und von *Tertiärprävention* spricht Caplan, wenn die Krankheit voll ausgebrochen ist und verhindert werden soll, dass sich durch sie Folgeprobleme ergeben. In der Suchtprävention hatte es der Begriff der Tertiärprävention am schwer-

\* Martin Hafen, Sozialarbeiter HFS und Soziologe lic. phil. I. Der Autor ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Institut WDF, Fachbereich Prävention und leitender Redaktor des SuchtMagazins, Ramsteinerstr. 20, 4059 Basel, Tel. 061/312 49 00, Fax. -02, email: martin.hafen@balcab.ch.

sten, sich nachhaltig durchzusetzen; ab Mitte der 80er-Jahre wurde er immer konsequenter durch die Begriffe «Überlebenshilfe» und «Schadensverminderung» ersetzt – Begriffe, die deutlicher zum Ausdruck bringen, dass das Problem bereits massiv aufgetreten ist, und anderen Problemen vorgebeugt werden soll. Dem Begriff «Sekundärprävention» wurden (und werden) in der Suchtprävention vor allem zwei Interventionsbereiche zugeordnet: die Prävention für Risikogruppen und die Früherfassung. Beim ersten Bereich handelt es sich um präventive Massnahmen, die sich explizit an eine Zielgruppe richten, welche besonders gefährdet ist, die zu verhindernden Verhaltensweisen oder Zustände zu entwickeln; beim zweiten geht es darum, in sozialen Systemen Strukturen zu entwickeln, welche sicherstellen, dass Anzeichen für das zu verhindernde Problem früher erkannt und die entsprechenden Massnahmen in die Wege geleitet werden.

### Die analytische Trennung von Prävention und Behandlung

Der Begriff «Tertiärprävention» wirft eine erste Frage auf, die für die angestrebte Neuordnung der Begrifflichkeit von Bedeutung ist: Wie kann die Prävention von der Behandlung unterschieden werden? Wenn man Gesundheit und Krankheit nicht als absolute Begriffe versteht, sondern als Kontinuum, dann heisst das zwangsläufig, dass die beiden Begriffe untrennbar miteinander verbunden sind. Für unsere Fragestellung bedeutet dies, dass jede Behandlung (z.B. das Einsetzen eines Herzschrittmachers) auch präventive Aspekte (in diesem Beispiel: die Verhinderung eines weiteren Infarktes) beinhaltet, während jede präventive Massnahme auch behandelnde Elemente umfasst.<sup>8</sup>

Wenn man nun eine klare analytische Trennung von Prävention und Behandlung anstrebt, ist man gezwungen, Parameter (Bestimmungsgrössen) festzulegen, anhand derer man Prävention von Behandlung trennen kann. Der Parameter, der die deutlichste Trennung ermöglicht, ist für uns das (Nicht-)Vorhanden-Sein des zu verhindernden Problems. In andern Worten: In der Folge werden alle Massnahmen als «Prävention» (oder Gesundheitsförderung) bezeichnet, welche die Verhinderung eines Problems zum Ziel ha-

ben, das noch nicht manifest geworden ist; alle andern Massnahmen – und damit auch die Tertiärprävention – werden der Behandlung zugeordnet.

### Bestehende und noch nicht bestehende Probleme

Diese Differenz von bestehenden und zukünftigen Problemen, die beide gegenwärtige Ziele von Interventionsversuchen sind, wird damit zur tragenden Differenz von Behandlung und Prävention.<sup>9</sup> Diese Trennung von Prävention und Behandlung macht insofern Sinn, als sie die grundsätzlich verschiedene Ausgangslage der beiden Disziplinen unterstreicht. Anders als eine Ärztin oder ein Organisationsberater sieht sich der Präventionsfachmensch nicht mit Individuen oder Organisationen konfrontiert, die ein bestimmtes Problem haben, sondern mit solchen, bei denen dieses Problem verhindert werden soll. Das heisst, dass er sich nicht auf eine Problemgeschichte beziehen kann und auch nicht in der Lage ist, einen expliziten Bezug zwischen der beratenen Person und dem zu verhindernden Problem auszumachen. An einem Beispiel: Eine Psychologin die einen alkoholabhängigen Patienten vor sich hat, berät ganz anders als ein Präventionsfachmensch, der verhindern soll, dass Jugendliche Drogen konsumieren oder gewalttätig werden.

Die Prävention sieht sich zudem mit der paradox anmutenden Situation konfrontiert, dass zu verhindernden Probleme (noch) nicht bestehen und trotzdem präsent sind: einerseits im öffentlichen Bewusstsein, das durch die Massenmedien laufend mit neuen Problemlagen versorgt wird, denen mit präventiven Massnahmen vorgebeugt werden soll; andererseits in der individuellen Geschichte von Organisationen, die mit Hilfe der Prävention verhindern wollen, dass Probleme entstehen oder dass sich aufgetretene und behandelte Probleme erneut oder verstärkt manifestieren.

### Die Sekundärprävention

Bis hierhin haben wir – mit dem (Nicht-)Vorhanden-Sein von Problemen – eine klare Grenze zwischen Prävention und Behandlung gezogen und die Tertiärprävention als problembehandelnd eingestuft, obwohl sie, wie jede Behandlung, auch präventive Aspekte

umfasst. Wenn nun in der Folge die Differenz von Primär- und Sekundärprävention untersucht werden soll, dann geschieht dies in erster Linie aus zwei Gründen: Erstens ist es schwer nachvollziehbar, dass unter dem Begriff der Sekundärprävention lediglich zwei Massnahmenbereiche – nämlich die Prävention mit Risikogruppen und die Früherfassung – zusammengefasst werden, während das riesige übrige Spektrum von präventiven/gesundheitsfördernden Massnahmen unter «Primärprävention» subsumiert wird; zweitens fällt auf, dass die Unterscheidung von Primärprävention und Sekundärprävention zur Beschreibung der praktischen Massnahmen nur bedingt tauglich ist. Sieht man sich die Präventionsprogramme an, die durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützt werden, so zeigt sich, dass mit «Sekundärprävention» betitelte Programme wie «*Fil rouge* – Prävention in Kinder- und Jugendheimen» oder «*supra-f* – Suchtpräventions-Forschungsprogramm für gefährdete Kinder und Jugendliche» in der Praxis zu einem massgeblichen Teil Massnahmen durchführen, die eindeutig der Primärprävention zuzuordnen sind. Bei den genannten Programmen ist dieser Widerspruch dadurch begründet, dass sie sich an Risikogruppen richten (Aspekt der Sekundärprävention), die einzelnen Aktivitäten jedoch nicht von jenen der Primärprävention zu unterscheiden sind.<sup>10</sup>

Auf der Basis dieser Beobachtung lässt sich die These aufstellen, dass es Sekundärprävention ohne primärpräventive Massnahmen gar nicht gibt und dass die Ausrichtung auf Risikogruppen und die Früherfassung zwei Aspekte von Prävention neben zahlreichen andern Aspekten sind. Daraus wiederum kann man schliessen, dass der Begriff «Sekundärprävention» – zumindest so wie er in der nicht-medizinischen Prävention verwendet wird – mehr Verwirrung als Klärung bringt und demnach zu Gunsten eines umfassenden Präventionsbegriffes aufgeben werden kann, der den Risikogruppen- und den Früherfassungsaspekt beinhaltet.

### Früherfassung als Schnittstelle von Prävention und Behandlung

In Bezug auf die Differenz von Prävention und Behandlung sind die beiden

sekundärpräventive Aspekte «Ausrichtung auf Risikogruppen» und «Früherfassung» nicht ganz identisch zuzuordnen. Bei den präventiven Massnahmen, die sich an Risikogruppen richten, ist das zu verhindernde Problem (z.B. Drogenkonsum) noch nicht aufgetreten; die Mitglieder der anvisierten Gruppe (z.B. Kinder und Jugendliche, die in einem Heim aufgewachsen sind) haben lediglich eine höhere statistische Wahrscheinlichkeit, die zu verhindernde Problematik zu entwickeln als eine Vergleichsgruppe (in diesem Fall: Kinder und Jugendliche, die zu Hause aufwachsen).<sup>11</sup>

Bei der Früherfassung hingegen stehen Anzeichen für das zu verhindernde Problem oder gar ansatzweise Manifestationen von problematisierten Verhaltensweisen oder Zuständen im Zentrum des Interesses. Ein Früherfassungsprojekt im Sozialbereich versucht demnach, in einem sozialen System wie einer Schule Strukturen anzuregen, welche die Chance erhöhen, dass die Beobachtung von solchen Anzeichen (z.B. innerhalb des Lehrkörpers) ausgetauscht und die notwendigen Schritte – etwa ein Gespräch mit der Familie oder die Vermittlung eines Termins bei einer Jugendberatungsstelle – eingeleitet werden. Damit bildet die Früherfassung eine Schnittstelle zwischen der Prävention und der Behandlung, und es ist – angesichts der wenigen Früherfassungsprojekte in der Schweiz – nicht erstaunlich, dass gerade auf der Behandlungsseite (z.B. durch die Alkoholberatungsstellen) immer wieder beklagt wird, dass die Alkoholkranken viel zu spät zu Ihnen kommen.<sup>12</sup> Das wiederum heisst, dass Früherfassungsprojekte durchaus auch von der Behandlungsseite oder von Prävention und Behandlung gemeinsam konzipiert und durchgeführt werden könnten.

### Die Etablierung der Gesundheitsförderung

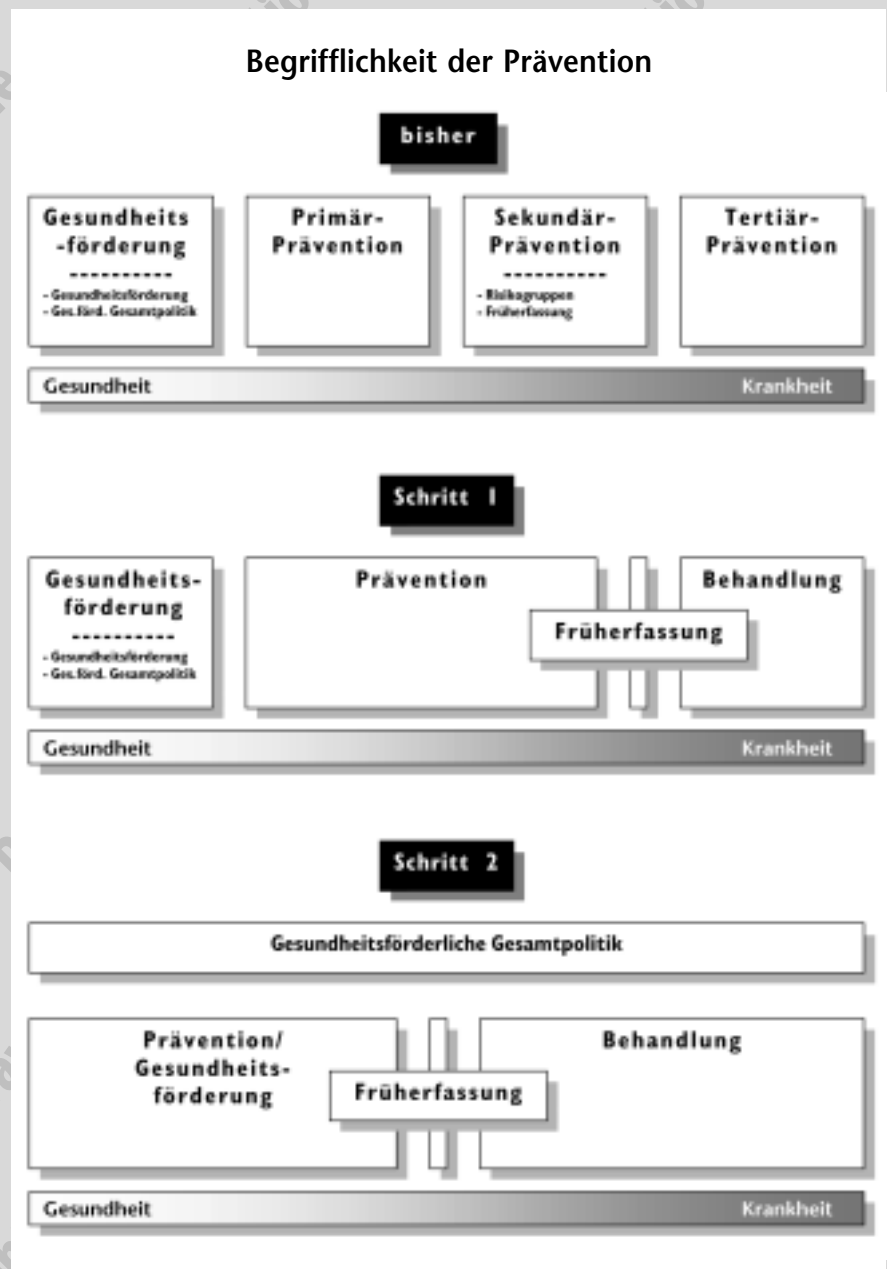
Wir haben nun in einem ersten Schritt (siehe Graphik 1) die Begriffskette ‚Primärprävention – Sekundärprävention – Tertiärprävention‘ aufgelöst. Dabei wurde die Tertiärprävention der Behandlung und der Sekundärpräventionsaspekt «Risikogruppen-Ausrichtung» der Prävention zugeordnet, während die Früherfassung als Schnittstelle zwischen diesen beiden Bereichen definiert wurde. In einem zweiten

Schritt geht es nun darum, das Verhältnis der Begriffe «Gesundheitsförderung» und «Prävention» zu klären. Wie an anderer Stelle<sup>13</sup> ausführlich aufgezeigt, etablierte sich die Gesundheitsförderung in der Schweiz im Feld der Suchtprävention und zwar im Nachhall der «First International Conference on Health Promotion», die 1986 durch die Weltgesundheitsorganisation WHO in Ottawa durchgeführt und mit der viel zitierten «Ottawa Charter for Health Promotion»<sup>14</sup> dokumentiert wurde. Fasst man die Forderungen der Ottawa-Charta zusammen, so lassen sich zwei Schwerpunktbereiche unterscheiden. Auf der einen (übergeordneten) Ebene sollen in allen Lebensbereichen gesundheitsförderliche

Entscheidungen zu bewirkt werden, welche die Bevölkerung beim Führen eines gesunden Lebens unterstützen (healthy public policy resp. health policy<sup>15</sup>); auf der anderen Ebene geht es um Massnahmen, welche das Individuum stärken, seine sozialen Beziehungen verbessern und seine soziale unmittelbare Umwelt gesundheitsförderlicher gestalten.

### Die Trennung der beiden Ebenen der Gesundheitsförderung

Aus der Ottawa-Charta wird zumindest auf den ersten Blick nicht ersichtlich, dass die Massnahmen zur Realisierung einer healthy public policy sich grundsätzlich von den Bemühungen



Graphik 1

unterscheiden, die das Verhalten des Individuums und die gesundheitsförderliche Gestaltung seiner Lebenswelt im Visier hat. Dabei ist es – um ein Beispiel zu nehmen – etwas grundsätzlich anderes, auf der politischen Ebene eine grundsätzliche Reformulierung der Lehrpläne zu erreichen, als die Abgrenzungsfähigkeiten von Jugendlichen zu fördern oder in einer Schule ein Partizipationsmodell einzuführen. Wenn man die Gesundheitsförderungsprojekte in der Schweiz anschaut, so sieht man, dass sie fast ausschliesslich auf der zweiten, nicht-politischen Ebene angesiedelt sind.

Will man analysieren, was Gesundheitsförderung «ist», welche Massnahmen Gesundheitsförderungsfachleute durchführen und welche Kompetenzen sie dafür mitbringen sollen, dann lohnt es sich diese beiden Ebenen der health promotion zu trennen. Wir tun dies teilweise in Anschluss an die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen SGPG<sup>16</sup>, die für die «healthy public policy» den Begriff «gesundheitsförderliche Gesamtpolitik» verwendet, die nicht-politischen Massnahmen jedoch mit dem Überbegriff «Gesundheitsförderung» bezeichnet. Damit ergibt sich die sonderbare terminologische Gleichung «Gesundheitsförderung (health promotion) = gesundheitsförderliche Gesamtpolitik + Gesundheitsförderung», die darum Verwirrung stiftet, weil ein Teil des Ganzen mit dem gleichen Begriff bezeichnet wird wie das Ganze selbst. Diese begriffliche Unschärfe hat in der Schweiz dazu geführt, dass sich eine Profession «Gesundheitsförderung» zu etablieren beginnt, die nur ganz spezifische Aspekte der health promotion umfasst – eben die nicht-politischen. Die WHO ist in der Wahl ihrer Begrifflichkeit insofern differenzierter, als sie den Begriff «health promotion» ausschliesslich zur Bezeichnung des Ganzen verwendet. Nachteilig bei der WHO-Terminologie ist, dass sie keinen einheitlichen Begriff für die nicht-politischen Massnahmen zur Verfügung stellt, sondern lediglich die verschiedenen Ziele dieser Massnahmen aufzählt: das Schaffen einer gesundheitsfördernden Lebenswelt, die Förderung von gesundheitsbegünstigenden Gemeinschaftsaktivitäten und die Unterstützung bei der Entwicklung von persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen.

## Gesundheitsförderung und Prävention als Perspektiven

Bei unseren Bemühungen um begriffliche Klarheit stehen wir also vor der Situation, dass der Begriff der Gesundheitsförderung (health promotion) als übergeordneter Begriff für alle Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit Verwendung findet, der gleiche Begriff in der Schweiz jedoch (zusätzlich) zur Bezeichnung eines Teilbereiches der Gesundheitsförderung eingesetzt wird. Komplizierend kommt dazu, dass dieser Teilbereich auf der operativen Ebene nahezu identisch ist, mit dem was hierzulande als «Prävention» bezeichnet wird. Die einzelnen Massnahmen unterscheiden sich so wenig, dass die Bezeichnung als «Prävention» oder «Gesundheitsförderung» willkürlich oder an pragmatische Überlegungen (zum Beispiel in Hinsicht auf die Geldbeschaffung für Projekte) geknüpft erscheint.

Was bleibt, ist ein Unterschied in der Perspektive, der die Massnahmen untergeordnet sind. Die Gesundheitsförderung stellt die Gesundheitsseite der Unterscheidung krank/gesund in den Mittelpunkt, während die Prävention die Krankheitsseite, die einzelnen Problemlagen anvisiert. Da Gesundheit und Krankheit – weiter oben war die Rede davon – keine absoluten Zustände sind, sondern ein Kontinuum bilden, kann nicht vermieden werden, dass sowohl die Prävention als auch die Gesundheitsförderung immer wieder auf die andere Seite der Unterscheidung wechseln. Bei der Gesundheitsförderung drückt sich das dadurch aus, dass sie auf der Ebene der «gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik» immer wieder für die Gesundheit problematische Zustände oder Entwicklungen zu definieren und zu beheben versuchen muss und dass sie auch auf der Ebene der nicht-politischen Massnahmen nicht umhin kommt, Probleme, Schwächen und Defizite zu definieren, die mit den entsprechenden Massnahmen behoben werden sollen. Andererseits hat natürlich auch die Prävention immer die Gesundheit im Blickfeld, die durch Ihre Aktivitäten bewahrt oder verbessert werden soll, und die Aufnahme und Förderung der individuellen und sozialen Ressourcen ist für sie heute genau so selbstverständlich wie für die Gesundheitsförderung.

## Die Schwierigkeit, «Gesundheit» zu definieren

Die Schwierigkeit, Gesundheitsförderung analytisch deutlich von Prävention abzugrenzen liegt in der semiotischen Struktur des Gesundheitsbegriffes, der gar nicht positiv definiert werden kann, sondern nur negativ: über die Abwesenheit von Krankheit, Unwohlsein, sozialen Problemlagen etc.<sup>17</sup>

Die WHO bemüht sich in ihrer Definition von 1948<sup>18</sup> zwar, Gesundheit «nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung» zu verstehen, sondern auch als «Zustand vollständigen physischen, sozialen und mentalen Wohlbefindens» und als Ressource, welche den Menschen ein «individuell, sozial und ökonomisch produktives Leben» ermögliche. Diese Definition hat aber eine starke politische Komponente – sie soll dabei helfen, Gesundheit als allgemein anerkanntes Menschenrecht durchzusetzen; zur Klärung der Frage, was unter Gesundheit gemeinhin verstanden wird, trägt die Definition jedoch wenig Neues bei. Gesundheit sei eine Ressource – klar, aber durch was zeichnet sich diese Ressource aus, als durch die Abwesenheit von Krankheit? Die nach der WHO nahe liegende Antwort lautet: durch einen Zustand vollständigen physischen, sozialen und mentalen Wohlbefindens. Und wie ist dieses umfassende Wohlbefinden zu erreichen? Eine Antwort: Indem sämtliche Faktoren behoben (oder verhindert!) werden, welche dem Wohlbefinden abträglich sind. Eine andere Antwort: Indem das Individuum lernt, diese Faktoren nicht mehr als störend wahrzunehmen.

Der Versuch, den Gesundheitsbegriff an die individuelle Wahrnehmung (Wohlbefinden) zu binden, ist insofern nachvollziehbar, als es Menschen immer wieder gelingt, unter Umständen gesund zu bleiben, die andere Menschen unweigerlich krank machen oder krank machen würden, wenn sie sich diesen Bedingungen ausgesetzt sähen. Diese Perspektive erlaubt, nach den Ressourcen zu fragen, welche Menschen gesund halten<sup>19</sup>, sie verleitet aber auch dazu, die Faktoren auszublenden, welche die durchschnittliche Gesundheit der Menschen verschlechtern.

Gerade die umfassenden Bemühungen der WHO im Bereich der «gesund-

heitsförderlichen Gesamtpolitik» dokumentieren, dass es nicht nur darum gehen kann, die individuellen Ressourcen zu stärken, sondern dass auch bei den gesundheitsgefährdenden Faktoren angesetzt werden muss. Und schliesslich ist die in der Gesundheitsförderung weit verbreitete «settingorientierte Gesundheitsförderung» (das Pendant der so genannten Verhältnisprävention) immer daran interessiert, die sozialen Systeme, in denen sich die Menschen bewegen, so zu verbessern, dass sie die Gesundheit weniger schädigen resp. sie fördern.

### Synonyme Verwendung der Begriffe «Prävention» und «Gesundheitsförderung»

Will man ein Fazit aus diesen Überlegungen ziehen, so besteht dieses darin, dass es die «reine» Gesundheitsförderung genau so wenig gibt wie Gesundheit ohne Krankheit. Für unser Thema (immer noch: die Klärung der Begrifflichkeit) heisst das, dass die in den Begriffen «Prävention» und «Gesundheitsförderung» enthaltenen Perspektiven und damit die Differenzen zwischen den beiden Disziplinen nicht so eindeutig sind, wie gerne angenommen wird: Risiken und Chancen, Stärken und Schwächen, Gesundheit und Krankheit – das sind sich wechselseitig bedingende Begriffspaare, die immer die Mitbeobachtung der andern Seite erfordern.

Mit dem zweiten Schritt in unserer Reformulierung der Begrifflichkeit (siehe Graphik 1) spalten wir zum einen den Bereich der «gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik» vom Begriff «Gesundheitsförderung» ab – nicht zuletzt weil sich diese Ebene nicht nur auf die Prävention, sondern auch auf die Behandlung erstreckt; zum andern verwenden wir die Begriffe «Prävention» und «Gesundheitsförderung» insofern synonym, als wir darunter beratende Massnahmen verstehen, welche – je nach Perspektive – die Verhinderung von Problemen und damit die Förderung der Gesundheit von Individuen zum Ziel haben, wobei diese Massnahmen von der Methodik gesehen entweder beim Individuum direkt oder bei den sozialen Systemen in seiner Umwelt ansetzen.

Die Entscheidung, die beiden Begriffe synonym zu verwenden, ist pragmatisch und nicht inhaltlich bedingt: Sie

stützt sich auf die oben angeführte Feststellung, dass sich der Begriff der Gesundheitsförderung (anders als bei der WHO-Definition) in der Schweiz für einen ganz spezifischen Bereich der umfassenden health promotion durchgesetzt hat. Inhaltlich gesehen scheint sich der Begriff «Prävention» besser zur Beschreibung der Diskussion stehenden Massnahmen zu eignen – nicht nur weil mit «Gesundheitsförderung»

gleichzeitig das Ganze und ein Teil bezeichnet wird, sondern auch weil sich die Massnahmen und Organisationen im Bereich Prävention/Gesundheitsförderung nur so umfassend etablieren konnten, weil die Gesellschaft (und darin insbesondere die Politik) ganz bestimmte Probleme *verhindert* und nicht generell die schwierig zu definierende Gesundheit gefördert wissen wollen.<sup>20</sup>

#### DIE DEFINITION VON ZWISCHENPROBLEMEN – EIN BEISPIEL

Stellen wir uns vor, eine Schule will ein Projekt durchführen, welches die nach ihrer Beobachtung zunehmende Gewalt eindämmen soll, die SchülerInnen (und darunter insbesondere die Mädchen) im Pausenhof und auf dem Nachhauseweg zu erleiden haben. Eine Gruppe von Wiederholungstätern wurde im Vorfeld des Projektes durch die Polizei der Jugendanwaltschaft zugeführt, welche erzieherische Massnahmen (Arbeitsleistungen) gekoppelt mit einer ambulanten Beratung verfügte. Weitere Täter erhielten eine Verwarnung, verbunden mit Meldung an die Eltern und der Androhung einer Verzeigung bei der Polizei im Wiederholungsfall. Das manifeste Problem wurde also behandelt, und das Gewaltpräventionsprojekt soll nun dazu beitragen, dass sich solche Fälle von übermässiger Gewalt nicht wiederholen.

Die Projektverantwortlichen machen zusammen mit der Schulleitung, ausgewählten Lehrkräften und einer Vertreterin der Schulbehörde eine Situationsanalyse, in deren Rahmen einerseits das Auftreten von Gewalt zu erfassen versucht wird und andererseits nach Gründen für die Zunahme von Bedrohungen und physischen Gewaltakten gesucht wird. In Bezug auf das Auftreten zeigt sich, dass sich Mädchen zwar deutlich mehr Bedrohungen und physischer Gewalt von Jungen ausgesetzt sehen als umgekehrt; andererseits wird aber auch deutlich, dass verbale, psychische Übergriffe von Mädchen auf Jungen (Runtermachen, Blossstellen) viel häufiger sind als von Jungen auf Mädchen. Zudem wird eine geschlechtsunabhängige Tendenz von Gewalt von Älteren gegen jüngere und ein überprozentualer Anteil an AusländerInnen bei der Täterschaft festgestellt. Auf der Ebene der Ursachen wird eine ganze Reihe von Punkten aufgelistet, die für die Gewalt ausschlaggebend sein könnten. Einige davon sind:

- das mangelnde Rollen(selbst)bewusstsein beider Geschlechter
- die fehlende Akzeptanz von SchülerInnen mit anderer Nationalität
- mangelnde Artikulationsfähigkeit bei den Jungen
- mangelnde Durchsetzungs-/Abgrenzungsfähigkeit bei den Mädchen
- ein Schulhof, der ausser einem Basketballkorb keine Betätigungsmöglichkeiten bietet und nur über wenige Nischen zum Sich-Zurückziehen verfügt.
- nur eine einzige überdachte Fläche (vor dem Eingang), wo sich die SchülerInnen zurückziehen können, wenn es regnet.
- keine Trennung des Schulhofes zum Hof der angrenzenden Grundschule.
- keine Pausenaufsicht.

Mit dieser Erarbeitung von möglichen Ursachen für die zunehmende Gewalt an der Schule formuliert die Projektgruppe also eine Reihe von (Zwischen-)Problemen, die im Rahmen des Präventionsprojektes behandelt werden sollen. Das eigentliche Problem (die Gewalt) rückt in den Hintergrund, und zur Behandlung der Zwischenprobleme werden eine Reihe von Massnahmen verfügt: auf struktureller Ebene die Umgestaltung des Schulhofes (Erschaffung von Pallisaden-Nischen mit Bänken, ein grosses Zeltdach gegen Regen und Sonne, ein riesiger quergelegter Baum zum Sitzen und Klettern), die Abgrenzung der Schulhöfe der beiden Schulhäuser, die Einrichtung eines gemeinsamen Spiel-/Sporttages von Grund- und Realschule mit gemischten Teams, «Kulturwochen» mit Anlässen zum Kennenlernen der Heimatländer ausländischer SchülerInnen und die Ausbildung von SchülerInnen der obersten Klassen zu «peacemakern», die bei sich anbahnenden Konflikten beigezogen werden können; auf individueller Ebene eine Projektwoche zur Geschlechtsidentität (geschlechtergetrennt), und eine Unterrichtseinheit zum Thema «Gewalt in den Medien – Gewalt im Alltag».

## Behandelnde Aspekte von Prävention/ Gesundheitsförderung

Weiter oben war die Rede davon, dass es unmöglich ist, Prävention und Behandlung vollständig zu trennen. Dies wurde dadurch begründet, dass Gesundheit und Krankheit keine absoluten Größen sind, sondern ein Kontinuum darstellen. Aus der Vorstellung von Gesundheit und Krankheit als Kontinuum lässt sich schliessen, dass jede Behandlung präventive und jede Prävention behandelnde Aspekte beinhaltet.

Dass das Herausschneiden eines Basistumors im Hinblick auf die Ausbreitung einer Krebserkrankung präventiv wirkt, ist einfach nachzuvollziehen; wo aber liegen die behandelnden Aspekte von Prävention/Gesundheitsförderung? Oder anders gefragt: Welche Probleme behandelt die Prävention, wenn die Probleme doch noch gar nicht manifest geworden sind? Die Antwort lautet: Prävention/Gesundheitsförderung definieren *Zwischenprobleme*, die sie behandeln können (siehe Kasten). Was «Problem» ist und was «Ursache/Zwischenproblem»<sup>21</sup> hängt von der Definition des jeweiligen Beobachters ab. «Mobbing» kann ein Problem sein, das über die Behandlung der Zwischenprobleme «unklare Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen», «schlechtes Betriebsklima» etc. verhindert werden kann; es kann in Hinsicht auf das zu verhindernde Problem «Selbstmord» aber auch ein Zwischenproblem sein, das im Rahmen eines Projektes zur Suizidprävention angegangen wird.

Mit dieser durch Beobachter festgelegten Unterscheidung von «Problemen», die verhindert und «Zwischenproblemen», die behandelt werden sollen, um diese Verhinderung zu erreichen, löst sich das Paradox auf, dass Prävention immer auch Behandlung ist. Diesem Paradox kann sich – wenig überraschend – auch die Gesundheitsförderung nicht entziehen. Was sie von der Prävention unterscheidet ist, dass sie in ihrem Bemühen um den Blick auf die Gesundheitsseite der Unterscheidung krank/gesund, die zu verhindernden «Probleme» ausblendet und direkt bei den Zwischenproblemen ansetzt. Alle Massnahmen aus unserem Beispiel (s. Kasten) könnten demnach auch aus einem Projekt zur allgemeinen Gesund-



Graphik 2

heitsförderung stammen; es bleibt dann dem Beobachter überlassen, die Probleme zu bezeichnen, die durch die Förderung der Gesundheit verhindert werden: Sucht, Gewalt, Rassismus, Isolation – was auch immer. Diese Bezeichnung der andern Seite zur Spezifizierung der Gesundheit ist nicht notwendig – entscheidend ist, dass Massnahmen ergriffen werden, welche Defizite (die Zwischenprobleme) beheben und damit zur Förderung der Gesundheit resp. zur Verhinderung von gesundheitsverringenden Problemen beitragen.

### Das weite Feld von Prävention/ Gesundheitsförderung

Nach dieser Neuordnung der Begrifflichkeit (s. Graphik 1, S. 36) haben wir an Stelle der Begriffskette, Gesundheitsförderung – Primärprävention – Sekundärprävention – Tertiärprävention eine klare Trennung von Prävention von noch nicht manifesten Problemen und der Behandlung von manifesten Problemen, wobei die beiden Bereiche einerseits durch die Früherfassung verbunden sind und andererseits jede Behandlung auch präventive und jede Prävention auch behandelnde Aspekte hat. Mit der Straffung des Präventionsbegriffes allein kann es jedoch nicht getan sein – vielmehr ermöglicht das klar umrissene Verständnis von Prävention als Beratungstätigkeit<sup>22</sup> zur Verhinderung von Problemen, die unterschiedlichen Aspekte anzuschauen, welche

die Prävention intern strukturieren (Graphik 2; die weissen Felder) und von aussen beeinflussen (die schwarzen Felder).

### Externe Faktoren

Prävention/Gesundheitsförderung finden nicht isoliert statt; sie sind eingebunden in das vielfältige Spiel gesellschaftlicher Kommunikation und müssen bei der Planung und Realisierung zahlreiche externe Faktoren in ihre Überlegungen mit einbeziehen. Wie bedeutend diese externen Faktoren für die Gestaltung der Prävention/Gesundheitsförderung sind, lässt sich anhand der wenigen Stichworte, auf die wir uns hier beschränken wollen, nur erahnen.

- **Das politische System:** erlässt gesetzliche Grundlagen; richtet Präventions-/Gesundheitsförderungsfachstellen ein; bewilligt Gelder für Projekte; trifft gesundheitsfördernde und –gefährdende Entscheidungen etc.
- **Das Rechts-/Justizsystem:** sichert die Erwartbarkeit der Durchsetzung der durch die Politik erlassenen Präventionsgesetze; ist selbst ein System, in welchem Prävention gemacht wird (Kriminalprävention); hat durch die Funktion der Rechts-sicherung eine präventive Wirkung etc.
- **Das Wirtschaftssystem:** ermöglicht die Zahlungen im Zusammenhang mit Prävention/Gesundheitsförde-

rung; beeinflusst die Geldmittel, die der Prävention durch die Politik zugesprochen werden (in der Rezession weniger); hat Einfluss auf zahlreiche Problembereiche der Prävention (Tabakwerbung, Bedeutung von Marken für Jugendliche etc.)

- **Die Wissenschaft:** beeinflusst die Problemkonstruktionen (z.B. durch die Epidemiologie oder durch die

Produktion von empirischen Ursache-Wirkungsbeziehungen); beobachtet die Prävention/Gesundheitsförderung und ihre Wirkung<sup>23</sup> mit den Mitteln der Theorie und der Empirie etc.

- **Das Bildungssystem:** ist ein wichtiger Interventionsort für präventive/gesundheitsfördernde Massnahmen; sorgt für die Ausbildung von

Präventions-/Gesundheitsförderungsfachleuten etc.

- **Benachbarte Professionen:** beeinflussen die Prävention/Gesundheitsförderung insofern, als deren Aus-/Weiterbildungsangebote ausschliesslich im Nachdiplombereich angesiedelt sind und die Präventionsfachleute stark von ihren Grundausbildungen beeinflusst sind.

Tab. 1: Faktoren der Projekte «Rauchen schadet» und «Fil rouge»

	«Rauchen schadet»	«Fil rouge»
<b>Problem(e)</b>	<b>Nikotinmissbrauch</b> mit Folgeproblemen wie <b>plötzlichem Kindstod, Impotenz, Herzinfarkt, Passivrauchen, Krebs</b>	Bei Projektbeginn war das zentrale Problem der <b>Konsum von illegalen Drogen</b> . in den einzelnen Teilprojekten wurde der Fokus schnell erweitert auf <b>legale Suchtmittel, Gewalt, Essstörungen, nicht substanzengebundene Suchtformen</b> etc.
<b>Zwischenproblem(e)</b>	Es ist zu vermuten, dass die in erster Linie auf Informationsvermittlung basierende Kampagne <b>mangelnde Information</b> bei der Bevölkerung vermutet resp. das bestehende Wissen aktualisieren oder in Erinnerung rufen möchte. Gleichzeitig wird im Rahmen der Kampagne auch versucht, zur Verbesserung der <b>ungenügenden Gesetzeslage</b> zum Schutz vor Nikotinmissbrauch beizutragen.	Die Reihe der Zwischenprobleme ist angesichts der zahlreichen zu verhindernden Probleme sehr umfassend. Wichtige Zwischenprobleme in den Heimen sind <b>unklare Regeln, mangelnde Möglichkeiten zu eine gesundheitsförderlichen Gestaltung der Freizeit, unzureichende Ressourcen für ein gesundes Leben, verbesserungswürdiges Heimklima</b> etc.
<b>Systemreferenz</b>	Die Kampagne richtet sich direkt an <b>Individuen</b> , deren Verhalten geändert werden soll (bei den Rauchenden) resp. deren Bewusstsein so beeinflusst werden soll, dass das unerwünschte Verhalten (Rauchen) nicht auftritt.	«Fil rouge» richtet sich an das <b>soziale System Heim</b> , dessen Strukturen so verändert werden sollen, dass es den Jugendlichen eine gesundheitsförderliche Umwelt bietet, die das Auftreten der zu verhindernden Probleme unwahrscheinlicher macht.
<b>Zielgruppenfaktoren</b>	Die Zielgruppe von «Rauchen schadet» ist die <b>allgemeine Bevölkerung</b> ab ca. 8 Jahren. Bei einzelnen Spots zeichnet sich eine exaktere Definierung der Zielgruppe ab: <b>werdende Mütter</b> (Kindstod), <b>Männer</b> (Impotenz). Die Massnahmen zur Verbesserung der Gesetzeslage haben eine, healthy public policy'-Komponente und richten sich an die <b>politischen Entscheidungsträger</b> .	Die Zielgruppe von «Fil rouge» sind <b>Kinder und Jugendliche, die in Heimen aufwachsen</b> . Anlass zu diesem Projekt waren zwei Studien, die nachgewiesen hatten, dass Heimjugendliche häufiger drogensüchtig werden als solche, die in der eigenen Familie aufwachsen. Diese Ausrichtung auf eine Risikogruppe führte denn auch dazu, dass sich das Projekt als «sekundärpräventiv» definiert, obwohl die Arbeit an den Heimstrukturen im eigentlichen Sinn «primärpräventiv» ist. <sup>26</sup>
<b>Medien</b>	Im Zentrum stehen <b>TV-Spots</b> und <b>Inserate (Plakate)</b> zu den Gefahren des Rauchens. Eine interaktive Komponente wird durch das <b>Internetportal</b> www.rauchenschadet.ch eingeführt; zudem werden <b>Events</b> veranstaltet, um der Kampagne zu grösserer Beachtung zu verhelfen.	Wie meistens bei einer langfristigen Projektarbeit wird in erster Linie mit den Medien <b>Sprache und Schrift</b> gearbeitet. Die MitarbeiterInnen der Heime üben bisweilen auch eine <b>MultiplikatorInnen-/ MediatorInnenfunktion</b> aus.
<b>Methoden</b>	Die zentrale Methode ist die <b>Informationsvermittlung mit deutlich abschreckenden Elementen</b> . <sup>27</sup> Die Einbettung der Kampagne in das Nationale Programm 2001-2005 zur Tabakprävention des BAG und die Zusammenarbeit mit dem auf Ausstiegshilfen spezialisierten internetbasierten Projekt www.letitbe.ch weist auf die grosse Bedeutung hin, die der <b>Koordination</b> zugemessen wird.	Die Grösse des Projektes mit mehreren Dutzend involvierten Heimen, die das Projekt in einem vorgegebenen Rahmen individuell umsetzen, führt zu einer grossen Bandbreite von methodischen Ansätzen. Die <b>Projektarbeit</b> ist sicher zentral, doch auch <b>Informationsvermittlung, Vernetzung</b> (intern und gegen aussen), <b>Partizipation</b> und bisweilen <b>Erlebnispädagogik</b> werden immer wieder angewendet. In der Regel ergibt sich ein <b>Methoden-Mix</b> , was angesichts der Komplexität des Unterfangens auch angemessen ist.

- **Der Markt:** strukturiert das Angebot der Anbieter im Bereich Prävention/Gesundheitsförderung, indem er sie den Prinzipien der Konkurrenz und Angebot/Nachfrage aussetzt.
- **Die Auftraggeber/Motivatoren:** beeinflussen das Angebot durch ihre Interessen und die Ressourcen, die sie zur Verfügung stellen.
- **Die Massenmedien und die durch sie strukturierte öffentliche Meinung:** wirken entscheidend an der gesellschaftlichen Konstruktion der Probleme mit, die durch die Prävention verhindert werden sollen; beobachten die präventiven/gesundheitsfördernden Massnahmen und das Ausmass ihrer Wirkung
- **Moral, Ethik, Werte, Normen:** beeinflussen die Problemkonstruktionen und die Massnahmen zur Verhinderung dieser Probleme

### Interne Faktoren von Prävention/Gesundheitsförderung

Neben den zahlreichen externen Einflussfaktoren werden die einzelnen präventiven/gesundheitsfördernden Massnahmen durch die Vielfalt ihrer Gestaltungsmöglichkeiten beeinflusst. Folgende Ebenen können hauptsächlich unterschieden werden:

- **die Ebene der Probleme,** die verhindert werden sollen: Sucht, Gewalt, Mobbing, Suizid etc.
- **die Ebene der Zwischenprobleme,** die behandelt werden, um die eigentlichen Probleme zu verhindern.
- **die Ebene der Systemreferenz,** die festlegt, ob sich die Massnahmen direkt an die Individuen richtet, bei denen ein bestimmtes Verhalten verhindert werden soll (Verhaltensprävention) oder an die sozialen Systeme in ihrer Umwelt (Verhältnisprävention), also die Schule, die Familie, die Firma etc.
- **die Ebene der Zielgruppenfaktoren:** bestimmte Risiko- oder Schutzfaktoren, das Alter, das Geschlecht, die ethnische Zugehörigkeit, die sexuelle Ausrichtung etc.
- **die Ebene der Medien,** die eingesetzt werden: Sprache/Schrift, Bilder, Töne, Massenmedien, MediatorInnen, MultiplikatorInnen, Events etc.
- **die Ebene der Methoden,** wie Informationsvermittlung, Verhaltenstraining (zum Beispiel durch Rollenspiele), Koordination, Vernetzung, Projektarbeit, Partizipation etc.

### Analyse von präventiven/gesundheitsfördernden Massnahmen

Das in Graphik 2 dargestellte Schema ist als Hilfsmittel zur systematischen Analyse von Massnahmen im Bereich Prävention/Gesundheitsförderung zu verstehen. Wichtig ist, dass die einzelnen Felder sich gegenseitig nicht ausschliessen, sondern ergänzen. Angewendet auf zwei Beispiele – die TV-Spot-Kampagne «Rauchen schadet» des Bundesamtes für Gesundheit<sup>24</sup> und das Projekt «*Fil rouge* – Prävention in Kinder- und Jugendheimen»<sup>25</sup> (s. Tab. 1), können den einzelnen Faktoren Inhalte zugeordnet werden:

Wie bei jeder Schematisierung und Klassifikation muss man sich auch bei der Anwendung dieses Schemas bewusst sein, dass Präventionsprojekte genau so wenig statische Gebilde sind wie die Individuen und sozialen Systeme, an die sie sich richten. Das zeigt sich zum Beispiel bei der Prävention von Tabakmissbrauch, wo immer wieder deutlich wird, wie fließend die Grenze von Prävention und Behandlung ist. Die Kampagne versteht sich eindeutig als Präventionskampagne; sie hat aber auch eine ganz deutliche Behandlungsabsicht, da RaucherInnen durch die Informationsvermittlung dabei unterstützt werden sollen, das Rauchen aufzugeben. Bezeichnet man jedoch die in der Tabelle als «Folgeprobleme» bezeichneten medizinischen Schädigungen (Kindstod, Herzinfarkt, Lungenkrebs, Impotenz) als die zu verhindernden Probleme, wird das Rauchen zum Zwischenproblem, das behandelt wird, um das Auftreten dieser Schädigungen zu verhindern.

### Abschliessende Bemerkungen

Wenn man nur die Stichworte aufnimmt, welche diese Kurzanalyse zu den einzelnen Feldern ergibt, dann wird deutlich, wie komplex präventive/gesundheitsfördernde Massnahmen sind und welche Fülle von Faktoren und Aspekten eine Rolle spielen. Es wird auch klar, welches immenses Forschungsfeld sich hier auftut: Zu jedem einzelnen Faktor können umfassende theoretische Überlegungen angestellt und empirische Studien durchgeführt werden, und die Fragestellungen multiplizieren sich noch, wenn die Faktoren zu einander in Beziehung gesetzt

werden. In einigen Bereichen besteht zwar ein gewisses Mass vor allem an empirischer Forschung; insgesamt gesehen muss aber konstatiert werden, dass die Praxis von Prävention/Gesundheitsförderung kaum von wissenschaftlichen Erkenntnissen profitieren kann, weil der Forschungsstand – was angesichts des geringen Alters von Prävention/Gesundheitsförderung wenig überrascht – (noch) weit tiefer ist als in anderen Wissenschaftsbereichen. Dieser Umstand trägt zur grossen, oft konzeptlosen Vielfalt von präventiven/gesundheitsfördernden Massnahmen bei; er trägt auch dazu bei, dass viele Konzepte (Früherfassung, Ressourcenförderung, Vernetzung, Partizipation etc.) rege verwendet werden, ohne dass Gewähr dafür geboten werden kann, dass unter diesen Begriffen alle nur einigermaßen das Gleiche verstehen. Die Forschungstätigkeit – gerade die theoretische – hat denn auch das primäre Ziel, zu dieser Vereinheitlichung des Verständnisses der in der Praxis verwendeten Begriffe beizutragen. Artikel wie dieser sind eine Form für solche Beiträge – die direkte Diskussion an Tagungen, in Fachgremien, im Internet (siehe Kasten) und im direkten Gespräch eine andere. Suchen wir diese Diskussion, denn sie unterstützt uns in unserem Bestreben um mehr Professionalisierung von Prävention und Gesundheitsförderung. ■

#### DISKUTIEREN SIE MIT!

Der Autor hat auf seiner privaten Homepage [www.fen.ch](http://www.fen.ch) ein Diskussionsforum eingerichtet. Dort können Sie – ohne spezielle technische Kenntnisse – Fragen/Kritik/eigene Beiträge zu diesem Artikel oder zum Themenbereich «Präventionstheorie» im allgemeinen leisten.

#### Literatur

- **Antonovsky, Aaron, 1997:** Salutogenese. Tübingen
- **Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena, 1997:** GLU – Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. Frankfurt am Main
- **Caplan, Gerald, 1964:** Principles of preventive psychiatry. New York
- **Kern, Walter, 2001:** Nicht das Gleiche und doch dasselbe? In: laut&leise – Magazin der Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich. Nr. 3, Oktober 2001: 9-11
- **Luhmann, Niklas, 1994a:** Die Wissenschaft der Gesellschaft. 2. Aufl. Frankfurt am Main
- **Hafen, Martin, 2001a:** Prävention als Beratung. In: SuchtMagazin 6/01: 32-37 →



- **Hafen, Martin, 2001b:** Präventionsgeschichte – Teil 3: Neuere Entwicklungen in der Prävention. In: SuchtMagazin 4/01: 34-37
- **Hafen, Martin, 2001c:** Prävention und Gesundheitsförderung – Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: SuchtMagazin 5/01: 34-39
- **Hafen, Martin, 2001d:** Die Begrifflichkeit im Präventionsbereich – Verwirrung auf allen Ebenen. Manuskript, Veröffentlichung schriftlich zugesichert in: Abhängigkeiten. Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung 1/2001: 33-49
- **Hafen, Martin, 2001e:** Prävention als Begleitung von Veränderungsprozessen. In: SuchtReport 6/01: 29-36
- **Hafen, Martin, 2001f:** *Fil rouge* – ein Projekt der Sekundärprävention? In: SuchtMagazin 6/01: 44-45
- **Hafen, Martin, 2001g:** Die Funktion der Prävention. In: Prävention und Prophylaxe 1/01: 28-32
- **Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen SGPG (Hrsg.), 2000:** «Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik» – Leitlinien. Broschüre. Bern. Die Broschüre ist zu beziehen beim Sekretariat der SGPG, spgp@swisscancer.ch
- **Simon, Fritz B., 1993:** Die andere Seite der Krankheit. In: Baecker, Dirk (Hrsg.), 1993: Probleme der Form. Frankfurt a.M.: 266-289
- **World Health Organization WHO, 1986:** Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa
- **World Health Organization WHO, 1998:** Health Promotion Glossary. Geneva

#### Fussnoten

- <sup>1</sup> Hafen, 2001a
- <sup>2</sup> Beratung wird dabei NICHT als die Übertragung von Wissen von ExpertInnen auf Laien verstanden, sondern als das Zur-Verfügung-Stellen von zusätzlichen Beobachtungsmöglichkeiten, welche die beratene Person nach ihren eigenen Kriterien auswählt (oder nicht auswählt) und verarbeitet. Wegen der Autonomie von sozialen und psychischen Systemen im Umgang mit Information wird im übrigen auch nie von «Interventionen», sondern nur von «Interventionsversuchen» gesprochen.
- <sup>3</sup> Zur neueren Präventionsgeschichte siehe Hafen (2001b), und zur Etablierung der Gesundheitsförderung siehe Hafen (2001c)
- <sup>4</sup> Zur Bedeutung der Begrifflichkeit im Rahmen der Theoriebildung vgl. Luhmann, 1994: 387ff.
- <sup>5</sup> Als Einführung in die systemtheoretische Begrifflichkeit eignet sich etwa Baraldi et. al., 1997
- <sup>6</sup> Dieses Modell ist die Weiterentwicklung des Arbeitsmodells, welches in Hafen, 2001d.: 44 vorgestellt wurde.
- <sup>7</sup> Caplan 1964
- <sup>8</sup> Auf die behandelnden Aspekte der Prävention wird weiter unten gesondert eingegangen.
- <sup>9</sup> Vgl. dazu Hafen, 2001e: 31
- <sup>10</sup> In Bezug auf das Projekt *Fil rouge* wird dieser Widerspruch detailliert aufgezeichnet in Hafen 2001f.
- <sup>11</sup> Beim gewählten Beispiel haben zwei Studien die höhere Gefährdung von Heimjugendlichen für Drogenkonsum belegt. Dies hat zur Lancierung des Projektes *Fil rouge* geführt. Vgl. dazu Hafen, 2001f. Wichtig ist zu erkennen, dass die Kinder und Jugendlichen diese erhöhte Gefährdung als Mitglieder der Zielgruppe, also als Kollektiv aufweisen und nicht als Individuen. Es soll nicht

- vergessen werden, dass auch bei den (ehemaligen) Heimjugendlichen nur eine deutliche Minderheit Drogen konsumiert – es sind einfach mehr als bei der Kontrollgruppe.
- <sup>12</sup> Parallelen zwischen der Früherfassung und der Diagnostik in der Medizin sind offensichtlich, denn auch hier geht es in der Regel darum, gefährliche Krankheiten wie Krebs in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen.
  - <sup>13</sup> Vor allem Hafen 2001c und 2001d
  - <sup>14</sup> WHO, 1986
  - <sup>15</sup> Der Begriff «healthy public policy» ist eine neuere Erweiterung von «health policy», welche die Verantwortung der Regierungen gegenüber der Bevölkerung in allen Aspekten betont, die die Gesundheit betreffen. Mit «Health policy» wären dann die Programme zu bezeichnen, mit welchen eine Regierung oder Behörde diese Verantwortung umsetzt. Vgl. dazu WHO 1998: 13f.
  - <sup>16</sup> SGPG 2000
  - <sup>17</sup> Vgl. dazu Simon, 1993: 275
  - <sup>18</sup> Zitiert in WHO 1998: 1
  - <sup>19</sup> Exakt dies ist der Ansatzpunkt des Salutogenese-Konzeptes von Aaron Antonovsky (vgl. dazu u.a. Antonovsky, 1997), welches in der Gesundheitsförderung eine zentrale Stellung hat. Antonovsky stellte in einer empirischen Untersuchung fest, dass das Gesundheitsempfinden von Frauen, die den Aufenthalt in nationalsozialistischen Konzentrationslagern überlebt hatten, sehr unterschiedlich war. Er folgerte daraus, dass die Menschen unterschiedliche Widerstandsressourcen gegen Stressbelastungen aller Art hätten und dass es diese Ressourcen zu fördern gälte. Die ganze Terminologie (Widerstandsressourcen gegen Stressbelastungen) zeigt, dass es auch bei diesem Urmodell von Gesundheitsförderung nicht gelingen kann, die Krankheitsseite auszublenden. Weiter wird deutlich, dass die Förderung der Ressourcen und des für ihre Mobilisierung notwendigen Kohärenzgefühls immer auf eine Defizit, einen Mangel hinweist, der behoben werden soll.
  - <sup>20</sup> Vgl. zur Funktion der Prävention in der Gesellschaft: Hafen 2001g. Der Umstand, dass die Prävention ein Produkt der gesteigerten Risikowahrnehmung in der modernen Gesellschaft ist, mag auch ein Grund dafür sein, dass (zumindest zur Zeit) schwieriger ist, für Projekte der Gesundheits-

- förderung Geld zu erhalten, als für Präventionsprojekte (vgl. dazu Kern, 2001: 11).
- <sup>21</sup> Der Begriff «Zwischenproblem» wird jenem der «Ursache» vorgezogen, weil jeder Ursache weitere Ursachen zugeordnet werden können und weil der Begriff eine Ursache-Wirkungsbeziehung voraussetzt, die immer nur vermutet, aber nicht beobachtet werden kann – nicht zuletzt, weil weitere Ursachen vermutet werden müssen. Beim Problembegriff kommt der Aspekt, dass Probleme nicht einfach «da sind», sondern durch Beobachter konstruiert werden, deutlicher zum Ausdruck.
  - <sup>22</sup> Es sei daran erinnert, dass es zudem eine Prävention gibt, deren Interventionsversuche auf Körper gerichtet sind: Impfungen im Medizinsystem, Haft- und Todesstrafe im Justizsystem.
  - <sup>23</sup> Die empirische Wirkungsforschung sieht sich – es wurde in dieser Rubrik wiederholt darauf hingewiesen – mit immensen methodischen Problemen konfrontiert, da Phänomene wie Sucht oder Gewalt von so vielen Einflussfaktoren abhängen, dass die Wirkung von präventiven Interventionsversuchen auf die Entwicklung dieser Phänomene kaum nachgewiesen werden kann. Und wenn sie doch nachgewiesen werden könnte, wüsste man nicht, wie die Entwicklung ohne die Interventionsversuche ausgesehen hätte.
  - <sup>24</sup> Hintergrundinformationen und die einzelnen TV-Spots als «Quicktime Movies» sind erhältlich auf der Internetseite [www.rauchenschadet.ch](http://www.rauchenschadet.ch).
  - <sup>25</sup> *Fil rouge* war in den letzten beiden Jahren mit einer eigenen Rubrik im SuchtMagazin präsent. Die Rubrik ist vorderhand sistiert, bis die dritte Projektphase voll angelaufen ist. Im Laufe dieses Jahres wird aller Voraussicht nach eine Schwerpunktnummer zu diesem Projekt erscheinen. Informationen zum Projekt finden sich auf der Internet-Seite [www.infoset.ch/inst/filrouge](http://www.infoset.ch/inst/filrouge).
  - <sup>26</sup> Vgl. dazu Hafen 2001f.
  - <sup>27</sup> Abschreckung erfolgt hier durch die Auflistung von Erkenntnissen der epidemiologischen Forschung («Säuglinge von rauchenden Müttern sterben 3-mal häufiger an plötzlichem Kindstod»); auf die Abschreckung durch wissenschaftlich nicht nachgewiesene «Erkenntnisse», wie sie in der Drogenprävention lange an der Tagesordnung waren, wird verzichtet.

Inserat



**Die Schweizer Suchtarbeit  
auf dem Internet**  
<http://www.infoset.ch>