

Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Prävention und Gesundheitsförderung aus systemischer Sicht

Seit der Ottawa-Konferenz von 1986 (WHO, 1986) hat sich der Begriff „Gesundheitsförderung“ im Sprachgebrauch der organisierten Prävention so nachhaltig durchgesetzt, dass „viele Beteiligte und Beobachter von einem regelrechten Paradigmenwandel in der Prävention sprechen“ (Franzkowiak/Sabo, S.11). Da sich der Präventionsbegriff im gleichen Zeitraum nicht hat verdrängen lassen, trifft man in der professionellen Praxis auf eine Reihe von Maßnahmen, die sich entweder als „Prävention“ oder als „Gesundheitsförderung“ bezeichnen, sich aber zumindest auf den ersten Blick nicht ohne weiteres voneinander unterscheiden lassen (Hafen, 2004).

Das führt dazu, dass zwischen Präventions- und Gesundheitsförderungsfachleuten immer wieder engagierte Abgrenzungsdiskussionen geführt werden, ohne dass die Kriterien für die Bestimmung der Grenzen zwischen den beiden Disziplinen sauber herausgearbeitet würden. Diese Beobachtung der Gemeinsamkeiten und Differenzen von Prävention und Gesundheitsförderung soll nachfolgend auf der Basis einer systemischen Theorie von Prävention und Gesundheitsförderung geschärft werden (Hafen 2005). Dabei wird der vielleicht etwas überraschende Weg gewählt, zuerst die Prävention von der Behandlung zu unterscheiden und auf der Basis dieser Unterscheidung Prävention und Gesundheitsförderung zueinander in Bezug zu setzen.

Prävention, Behandlung und Früherkennung

Will man die Form der Prävention untersuchen (also schauen was Prävention „ist“), bietet sich (wie immer) an zu schauen, wovon sie sich unterscheidet. Richtet man den Blick dabei auf das eigentliche Gegenteil von Prävention, die Behandlung, dann stellt man fest, dass die beiden Zugänge so unterschiedlich gar nicht sind (Hafen 2003). Prävention und Behandlung können analog zu Gesundheit und Krankheit als zwei Seiten einer Unterscheidung und demnach als sich wechselseitig ergänzend gesehen werden. So wie es keine Krankheit ohne Gesundheit (absolute Krankheit) und keine absolute Gesundheit gibt (sondern die beiden Aspekte ein Kontinuum bilden, das sich im Laufe des Lebens laufend verändert), so gibt es – das ist die These – auch keine Behandlung ohne präventive Aspekte und keine Prävention, die nicht gleichzeitig behandelnd operiert. Der erste Teil dieser These lässt sich relativ einfach plausibel machen: Selbst eine eindeutig

behandelnde Massnahme wie die operative Entfernung eines Lungentumors hat eine präventive Funktion – sei es die Verhinderung von Metastasenbildung, sei es die Vermeidung des Krebsstodes des Patienten oder der Patientin.

Betrachten wir die Form der Behandlung, so können wir feststellen, dass die Behandlung bestrebt ist, einen gegenwärtigen unerwünschten Zustand (eine Krankheit, Sucht, Gewalt etc.) durch ihre Maßnahmen so zu bearbeiten, dass er verschwindet oder sich zumindest nicht verschlimmert. Einer negativ bewerteten Gegenwart wird also eine positiv(er) bewertete Zukunft gegenüber gestellt, die es durch die Maßnahmen zu erreichen gilt. Bei der Prävention sieht diese Ausgangslage komplexer aus: Da die Gegenwart hier positiv beurteilt wird (noch keine Sucht, Krankheit, Gewalt etc. vorhanden), ergibt sich die paradoxe Situation, dass die Prävention mit ihren Maßnahmen einen gegenwärtigen Zustand so verändert, dass er so bleibt wie er ist, dass die Probleme also auch in Zukunft nicht auftreten.

Forscht man nach, wie die Prävention ihre grundlegende Paradoxie auflöst, trifft man auf die behandelnden Aspekte der Prävention: Da die Prävention immer nur gegenwärtig operieren und nicht in die Zukunft ausgreifen kann, hat sie keine andere Möglichkeit, als Einflussfaktoren (Mitursachen) für die zu verhindernden Probleme zu definieren und zu versuchen, diese Einflussfaktoren zu beeinflussen. So rücken Risiko- (z.B. zu niedrige Zigarettenpreise oder ein hoher Gruppendruck zu rauchen) und Schutzfaktoren (z.B. die Selbstwirksamkeitserwartung oder das Kohärenzgefühl), die es zu minimieren bzw. zu fördern gilt, in den Fokus der Prävention. Mit anderen Worten: Prävention ist – immer! – Ursachenbehandlung, und die Vielfalt der Einflussfaktoren bei Problemen wie Sucht oder Gewalt ist es, die Prävention zu einer so komplexen Aufgabe macht, deren Wirkung (die Verhinderung eines bestimmten Problems) vor allem langfristig kaum gemessen werden kann.

Um bei allen Gemeinsamkeiten noch sinnvoll zwischen Prävention und Behandlung unterscheiden zu können, muss das zur Diskussion stehende Problem in Augenschein genommen werden. Ist das Problem (Sucht, Krankheit, Gewalt etc.) bei den Zielpersonen manifest vorhanden, wäre von Behandlung zu sprechen, wobei die präventiven Aspekte der Behandlung immer zu berücksichtigen sind. Sind die Probleme bei den Zielpersonen noch nicht aufge-

treten, ändert sich die Ausgangslage grundlegend, denn es besteht kein individueller Bezug zu diesen Problemen, die in der Zukunft mit einer gewissen statistischen Wahrscheinlichkeit auftreten werden. Bei wem die Probleme sich manifestieren werden ist zumindest unsicher; selbst eine Definition von Risikogruppen bringt nur eine sehr ungenaue, statistisch gesicherte Vorstellung davon, wer eher gefährdet ist und wer weniger. Da die präventiven Maßnahmen keinen direkten Problembezug herstellen können, sind sie (wie erwähnt) auf die Bearbeitung von Einflussfaktoren eingeschränkt. Die systematische Beobachtung von Anzeichen der zu verhindernden Probleme und die Einleitung von Behandlungsmaßnahmen schliesslich wird durch die Früherkennung gewährleistet – ein Zugang, der von der Form her der übrigen Diagnostik entspricht, durch das frühe Einsetzen der Behandlung aber zur Verhinderung einer Chronifizierung des Problems beitragen kann.

Die herkömmliche Begrifflichkeit der Prävention

Setzt man die viel genutzte Unterscheidungskette von Caplan (1964) – Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention – in Bezug zu diesem Kontinuum von Prävention, Früherkennung und Behandlung, dann lässt sich die Tertiärprävention einfach der Behandlung zuordnen – eine Behandlung, die sich an Personen mit einem konkreten Problembezug richtet und dabei die präventiven Aspekte der Behandlung (die Verhinderung von Folgeproblemen) betont. Der Begriff Sekundärprävention wird dann auf die Bedeutung der Früherkennung/Frühbehandlung reduziert, da der bisweilen auch mit „Sekundärprävention“ in Verbindung gebrachte Aspekt der Risikogruppen-Orientierung den gleichen Problemen unterworfen ist, wie die Prävention selbst: Bei den Zielpersonen ist das Problem noch nicht aufgetreten, und es gibt nur sehr unpräzise, statistisch genährte Vorstellungen darüber, wer von den Risikogruppen-Mitgliedern nun ein Problem entwickeln wird und wer nicht. Wenn die Begriffe Tertiärprävention und Sekundärprävention durch Behandlung und Früherkennung ersetzt werden, gibt es keinen Anlass mehr dafür, von Primärprävention zu sprechen, da es ausschliesslich um Maßnahmen geht, die soziale und individuelle Einflussfaktoren für ein noch nicht bestehendes Problem zu beeinflussen versuchen (vgl. dazu auch Hafén 2001).

Ebenfalls in die Unterscheidung von Prävention, Früherkennung und Behandlung integriert werden kann die Unterscheidung in universelle, selektive und indizierte Prävention von Gordon (1987). Während die „indizierte Prävention“ nach unserem Modell eine Form

von Frühbehandlung darstellt, beziehen sich die beiden andern Begriffe auf den Grad der Zielgruppenbestimmung: Universelle Prävention richtet sich an die ganze Bevölkerung bzw. sehr grosse Zielgruppensegmente; die selektive Prävention auf der andern Seite visiert klar definierte Zielgruppen an – etwa die oben erwähnten Risikogruppen, Bevölkerungsgruppen mit einem spezifischen Migrationshintergrund oder Gruppen aus benachteiligten Stadtteilen.

Was ist Gesundheit?

Bevor wir uns auf der Basis der bisherigen Ausführungen dem Vergleich von Prävention und Gesundheitsförderung widmen, sollten wir jedoch eine Vorstellung davon haben, was wir unter der Gesundheit verstehen, die gefördert werden soll. Wir lassen uns dabei durch die soziologische Systemtheorie leiten, die in den letzten Jahren immer mehr auch als eine Theorie der Beobachtung konzipiert worden ist. Beobachtung wird von Luhmann (1997, S.69) als Bezeichnung im Kontext einer Unterscheidung konzipiert. Das bedeutet, dass sich kein Phänomen (kein Ding) bezeichnen lässt, wenn es nicht in Differenz zu etwas anderem (und sei es nur dem „Nicht-Ding“) gesetzt werden kann. Alle Wörter und Begriffe konstituieren sich demnach über die andere Seite der Unterscheidung, die ihnen zugrunde liegt. Was wäre links ohne rechts, was oben ohne unten, was ein Tisch, wenn er sich nicht von andern Dingen unterscheiden ließe?

Lässt man sich bei der Beobachtung der professionellen Praxis durch diese unterscheidungstheoretischen Vorgaben leiten, fällt auf, dass die andere Seite der Unterscheidung bei vielen gebräuchlichen Praxisbegriffen systematisch außer Acht gelassen wird. Exemplarisch ist dies beim Gesundheitsbegriff: Zumindest seit der WHO-Definition von 1946 wird immer wieder versucht, die andere Seite des Gesundheitsbegriffs konsequent auszublenden. Unterscheidungstheoretisch gesehen ist dieses Unterfangen aussichtslos: Es ist nicht möglich, Gesundheit zu definieren, ohne anzugeben, wodurch sich Nicht-Gesundheit auszeichnet. Natürlich kann man versuchen, Gesundheit mit einem äquivalenten Begriff zu umschreiben, so wie die WHO dies mit „umfassendem Wohlbefinden“ tut. Doch damit verschiebt sich das eigentliche Definitionsproblem nur, denn man wird angeben müssen, wovon sich „Wohlbefinden“ unterscheidet. Wir könnten „Wohlbefinden“ gar nicht erkennen, wenn es nicht etwas gäbe (z.B. Unwohlsein), von dem sich dieses Wohlbefinden unterscheiden ließe.

Drei Definitionen von Gesundheit

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ WHO, 1948 (zit. in WHO 1998).

„Within the context of health promotion, health has been considered less as an abstract state and more as a means to an end which can be expressed in functional terms as a resource which permits people to lead an individually, socially and economically productive life. Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities“ WHO, 1998.

„Gesundheit ist ein „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“ Hurrelmann, 1990.

Auch die Beschreibung der Gesundheit als „Ressource“ (WHO 1998, 1) hilft da nur wenig weiter, denn es bleibt ungeklärt, wovon sich diese Ressource „Gesundheit“ unterscheidet. Der Ressourcenbegriff selbst beschreibt nur, was die Gesundheit ermöglicht: „to lead an individually, socially and economically productive life“ und nicht was Gesundheit auszeichnet. Das gilt auch für Hurrelmanns Definition, bei der sich neben der Bestimmung von „subjektivem Befinden“ vor allem auch das Problem ergibt zu definieren, was denn „objektives Befinden“ sein könnte.

Wenn wir nach der andern Seite der Gesundheit suchen, stoßen wir unweigerlich auf Begriffe, die Phänomene der „Ungesundheit“ und deren Ursachen bezeichnen: psychische oder körperliche Krankheiten, körperliche Verletzungen, soziale Pathologien oder ökologische Probleme. Wir widersprechen damit der (in Anlehnung an die frühe WHO-Definition) immer wieder geäußerten These, dass sich Gesundheit anders als über die Abwesenheit von Krankheit bestimmen ließe. Es gibt kein positives Merkmal für die Definition von Gesundheit (Simon 1993: 275), aber eine unabschließbare Liste mit Merkmalen von „Nicht-Gesundheit“ auf der andern Seite der Unterscheidung.

Wenn wir diese Überlegungen weiter führen, können wir formulieren, dass der Gesundheitsbegriff insofern ein „ganzheitlicher“ Begriff ist, als er die praktisch unerfassbare Menge von Phänomenen und Ursachen dieser Phänomene ausblendet, über die er sich mangels positiver

Bestimmungsmerkmale definiert. Das bedeutet, dass die Rede von „Gesundheit“ nur beschränkten Informationswert hat, was sich z.B. am Begriff „Gesundheitssystem“ zeigt, geht es doch im Medizinsystem (so die Terminologie der Systemtheorie) immer um die Behandlung und die Prävention von Krankheiten. Der Gesundheitsbegriff selbst ist nicht operationalisierbar; er ist – um es mit der Systemtheorie zu formulieren – nicht der Designationswert der Unterscheidung gesund/krank, sondern der Reflexionswert, der Wert also, der es erlaubt, das Entstehen und Verschwinden von Krankheit zu erkennen.

Prävention und Gesundheitsförderung

Lenkt man den Blick nach diesen Ausführungen zum Gesundheitsbegriff auf die Gesundheitsförderung, dann stellt sich die Frage, ob diese Disziplin wirklich grundsätzlich anders operiert als die Prävention oder ob sie ebenfalls darauf limitiert ist, Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu bearbeiten. In der Praxis wird bisweilen argumentiert, dass die Prävention immer bestimmte Probleme zu verhindern trachte, während die Gesundheitsförderung in erster Linie die Ressourcen der Zielpersonen fördere und ihre unmittelbare Lebenswelt zu Veränderungen anrege, welche die Gesundheit der einzelnen Menschen fördern. Meist wird nicht berücksichtigt, dass bei dieser Argumentation zwei ganz unterschiedliche Aspekte vermengt werden: Aspekte der Funktion und Aspekte der Methodik.

Auf der Ebene der Funktion lässt sich sagen, dass die Gesundheitsförderung die Förderung der Gesundheit nur dadurch erreichen kann, dass sie Faktoren beseitigt, welche die Gesundheit vermindern: Krankheiten, Sucht, soziale Probleme wie Gewalt, Armut etc. Die Verminderung dieser Aspekte kann einerseits direkt (als Behandlung) oder über die Bearbeitung von Einflussfaktoren geschehen wie bei der Prävention. Da die Gesundheitsförderung einem nicht empirisch bestimmbar Gesundheitsbegriff folgt, kann sie sich erlauben, die gesundheitsmindernden Faktoren, die sie beseitigen oder verhindern will, in ihrer Argumentation in den Hintergrund zu stellen (ganz ähnlich wie die so genannte „unspezifische Prävention“). Ein Projekt wie „Bewegung im Park“, das sich an im Büro arbeitende Personen richtet, blendet seine funktionalen Aspekte in der Regel aus. Natürlich wissen die Initiatoren/innen des Projekts, dass Bewegungsarmut Folgen wie Haltungsschäden oder Herz-Kreislaufkrankungen mit sich bringt, welche die Gesundheit beeinträchtigen; doch es ist methodisch sinnvoll, das Gesundheitsförderungsprojekt nicht als Herz-Kreislaufkrankheits-Präventionspro-

jekt zu anzubieten, denn wer wollte an einem solchen Projekt schon teilnehmen.

Wenn es auf der funktionalen Ebene zwischen der Prävention und der Gesundheitsförderung kaum Unterschiede gibt, wie steht es dann mit der Methodik? Kann sich die Prävention erlauben, darauf zu verzichten, die Ressourcen ihrer Zielpersonen zu aktivieren und eine Semantik zu pflegen, die dem Publikum nicht auf Anhieb die Lust am Mitmachen vergällt? Ein Blick auf die Vielfalt präventiver Aktivitäten zeigt, dass dem (natürlich) nicht so ist. Man kann sogar argumentieren, dass nicht einmal vornehmlich behandelnde Fachpersonen wie Sozialarbeiter/innen oder Psychotherapeuten/innen darauf verzichten können, immer auch die Ressourcen ihrer Zielpersonen und andere salutogenetische Faktoren (Schutzfaktoren) zu aktivieren und den Blick dabei nicht nur auf das halbleere, sondern auch auf das halbvolle Glas zu richten.

Wie wichtig gesundheits-generierende Aspekte und sozialstrukturelle Ansätze sind, hat die Gesundheitsförderung im Zuge der Ottawa Charta immer wieder gezeigt, und es hat die Kooperation mit der Prävention enorm erleichtert, dass die Suchtprävention und andere Präventionsformen seit Jahrzehnten mit vergleichbaren Konzepten (Schutzfaktorenkonzepte, Verhältnisprävention) operieren.

Ein Fazit

Was lässt sich nun für die professionelle Praxis aus diesen Ausführungen ableiten? Vorerst kann man sagen, dass es nahe liegt, sich den Fachleuten anzuschließen, welche die Begriffe „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ integrativ und nicht trennend verwenden. Von der hier eingeführten Theorie her gesehen gibt es keine Argumente dafür, Prävention und Gesundheitsförderung grundsätzlich zu unterscheiden. Beide Disziplinen machen von der formalen Ausrichtung her dasselbe (Behebung von individuellen und sozialen Risikofaktoren bzw. Förderung von individuellen oder sozialen Schutzfaktoren), und auch methodisch lassen sich bestenfalls punktuell Unterschiede erkennen. Versucht man wie Faltermaier (1999), eine grundsätzliche Unterscheidung von Prävention und Gesundheitsförderung zu belegen, dann gelingt dies nur, wenn man einerseits diese Differenz von Funktion und Methode vernachlässigt und wenn man andererseits Begriffe wie Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsförderung und Prävention, Schutzfaktoren und Risikofaktoren nicht als zwei Seiten einer Unterscheidung, sondern isoliert betrachtet.

Aber: Auch wenn man davon ausgeht, dass den Abgrenzungsdiskussionen zwischen den Disziplinen aus theoretischer Sicht jede Grund-

lage fehlt, so muss man anerkennen, dass die Begriffe auf der semantischen Ebene eine Tradition haben, die berücksichtigt werden muss. Die immense Promovierung des Gesundheitsförderungsbegriffs durch die WHO seit nunmehr fast zwanzig Jahren hat strukturelle Auswirkungen – auch wenn die Gesundheitsförderung inhaltlich von der Prävention nicht zu unterscheiden ist. Mit den hier verhandelten Begriffen sind Organisationsbildungen und persönliche Karrieren verbunden, und es ist davon auszugehen, dass die ermüdenden Abgrenzungsdiskussionen in der professionellen Praxis maßgeblich mit diesen strukturellen Begebenheiten zusammenhängen. Daher spricht wenig dagegen, die Begriffe synonym zu verwenden oder „Gesundheitsförderung“ als (die Prävention umfassenden) Überbegriff einzusetzen. Ergänzend zu dieser pragmatischen Verwendung dieser Begriffe in der Praxis lohnt es sich aber doch, sich im Sinne einer weiteren Professionalisierung der Handlungsfelder im fachlichen Diskurs um theoretisch abgestützte, klar definierte Begriffe zu bemühen.

Literatur

- Caplan, Gerald (1964): Principles of preventive psychiatry. New York/London.
- Faltermaier, Toni (1999): Subjektorientierte Gesundheitsförderung: Zur Konzeption einer salutogenetischen Praxis. In: Röhrle, B./Sommer, G. (Hg.) (1999): Prävention und Gesundheitsförderung – Fortschritte in der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band 4. Tübingen, S. 27-52.
- Franzkowiak, Peter/Sabo, Peter (Hg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz.
- Gordon, Robert (1987): An Operational Classification of Disease Prevention. In: Sternbert, Jane A./Silverman, Morton M. (Hg.) (1987): Preventing Mental Disorders: A Research Perspective. Washington, DC, S. 20-26.
- Hafen, Martin (2001): Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf allen Ebenen. In: Abhängigkeiten – Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung 1/01: S. 33-49.
- Hafen, Martin (2003): Was unterscheidet Prävention von Behandlung? In: Abhängigkeiten – Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung 2/03: S. 21-33.
- Hafen, Martin (2004): Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? In: Prävention 1/2004: S. 8-11 (Rubrik Theorien und Konzepte).

- Hafen, Martin (2005): Systemische Prävention – Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen. Heidelberg.
- Hurrelmann, Klaus (1990): Sozialisation und Gesundheit. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch. Göttingen, S. 93-101.
- Simon, Fritz B. (1993): Die andere Seite der Krankheit. In: Baecker, Dirk (Hg.) (1993): Probleme der Form. Frankfurt am Main: S. 266-289.
- World Health Organization WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa.
- World Health Organization WHO (1998): Health Promotion Glossary. Geneva.

Kontakt:

Dr. Martin Hafen
Dozent an der HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern (Fachbereich Prävention)
Werftstr. 1
Postfach 3252
CH-6002 Luzern
Telefon: 0041 +61 367 48 81
E-Mail: mhafen@hsa.fhz.ch.