

Gesundheitsförderung und Prävention

– ein Beitrag zur Klärung des oft diskutierten Verhältnisses unter besonderer Berücksichtigung der Suchtthematik

Felix WETTSTEIN*

Zusammenfassung

Gesundheitsförderung und Prävention werden oft in einem Atemzug genannt. Sowohl für die theoretische Klärung wie für die praktische Verwendung empfiehlt es sich jedoch, Gesundheitsförderung und gesundheitsrelevante Prävention als zwei Formen der sozialen Intervention zu identifizieren, die auf gleicher Augenhöhe liegen. Sie überlappen sich und haben Gemeinsamkeiten, aber sie unterscheiden sich auch eindeutig. Die hauptsächliche Unterscheidung liegt in der Zielsetzung: Gesundheitsförderung verfolgt Entwicklungsziele, während Prävention Vermeidungsziele setzt. Diese deutliche Unterscheidung ist dann angebracht, wenn Gesundheit (Wohlbefinden, gesundheitliche Lebensqualität) und Krankheit (Beeinträchtigung, Gefährdung, z.B. Sucht) als voneinander unabhängig verstanden werden. Eine Zunahme an Ressourcen ist nicht gleichbedeutend mit einer Abnahme der Vulnerabilitäten und umgekehrt. Für den Vergleich von Gesundheitsförderung und Suchtprävention gilt entsprechend: Die universelle oder primäre Suchtprävention ist mit Gesundheitsförderung nicht identisch, da sich die beiden Strategien auf unterschiedliche Ziele ausrichten und darum verschiedene Erfolgsmessung zu erbringen haben.

Das Verhältnis der beiden Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention wird in der Praxis uneinheitlich dargestellt und ist theoretisch-analytisch noch selten geklärt worden. In der Regel werden die beiden Begriffe zwar nicht gleichgesetzt, aber die Präzisierungen bleiben vage.

Zu finden sind sowohl Quellen, welche die beiden Konstrukte ganz identisch verstanden haben wollen (z.B. Hafén 2005: 281), als auch solche, die sie als vollständig unabhängig deklarieren (z.B. Altgeld, Kolip 2004: 42). Bisweilen wird Prävention, zumindest Primärprävention, als Teil der Gesundheitsförderung bezeichnet (Naidoo und Wills 2003: 61). Andere Betrachtungen kommen genau zur gegenteiligen Erklärung: Prävention als umfassendere Bezeichnung, in der die Gesundheitsförderung enthalten ist (EKDF 2006: 45). Praktikerinnen und Praktiker behelfen sich angesichts des unscharfen Verhält-

* Prof., lic. phil. Pädagoge, Dozent, FH Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Olten, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit. Leiter des MAS-Studiums Gesundheitsförderung und Prävention.

nisses oft damit, Prävention und Gesundheitsförderung in einem Atemzug zu nennen und allenfalls einleitend darauf hinzuweisen, dass sie fast synonym zu gebrauchen seien (vgl. die diesbezüglichen Hinweise bei Trojan, Legewie 2001: 36 und Franzkowiak 2006: 20).

Gesundheitsförderung und Prävention: Abgrenzung und Überschneidungen

Eine fachliche Reflexion zur Präzisierung des Verhältnisses ist notwendig. Die nachfolgenden Ausführungen zeigen, dass die beiden Konstrukte Prävention (präziser: gesundheitsrelevante Primärprävention) und Gesundheitsförderung als nicht identisch zu verstehen sind. Das eine ist nicht im anderen enthalten, sondern sie stehen nebeneinander. Sie überlappen sich wohl, aber sie unterscheiden sich auch.

Die Position des Autors lautet, zusammengefasst:

- Gesundheitsförderung und Prävention haben einige Gemeinsamkeiten. Es gibt aber auch bedeutsame Unterschiede.
- Es ist sowohl für die Theorie wie für die Praxis möglich zu zeigen, was die Gemeinsamkeiten und was die Unterschiede sind. Präzision ist erwünscht und notwendig.

Im Folgenden werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Gesundheitsförderung und Prävention anhand unterschiedlicher Positionen beleuchtet. Anschliessend erfolgt eine Konkretisierung dieser Unterscheidung in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention im Suchtbereich.

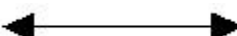
Kontinuum oder Unabhängigkeit?

Position 1: Prävention und Gesundheitsförderung sind eigentlich dasselbe. Wenn Krankheit zunimmt, nimmt Gesundheit ab und umgekehrt. Krankheits-Verringerung (-Vermeidung) und Gesundheits-Vermehrung sind identisch.

Position 2: Gesundheit ist nicht das Gegenteil von Krankheit. Wenn das eine zunimmt, nimmt das andere nicht automatisch ab. Gesundheit und Krankheit müssen wir unabhängig voneinander betrachten. Darum sind Prävention und Gesundheitsförderung verschiedene Dinge.

Die Beantwortung der Frage, ob beide Konzepte letztlich identisch seien, hat viel zu tun mit der Vorstellung eines Kontinuums zwischen gesund und krank oder aber einer unabhängigen Betrachtung.

Bei der Position 1 wird in Anlehnung an das so genannte *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* aus dem Modell «Salutogenese» (von Aaron Antonovsky entwickelt) der Schluss gezogen, dass eine Bewegung *weg von* einer Belastung (Gefährdung, Krankheit) zugleich eine Bewegung *hin zu* mehr Gesundheit sei.

vollständig gesund  lebensbedrohlich krank

Diese Erklärung ist nur tauglich, wenn Krankheit und Gesundheit tatsächlich als Endpunkte auf *einer* Geraden gedacht werden. Ein solches Modell stimmt überein mit einer Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit.

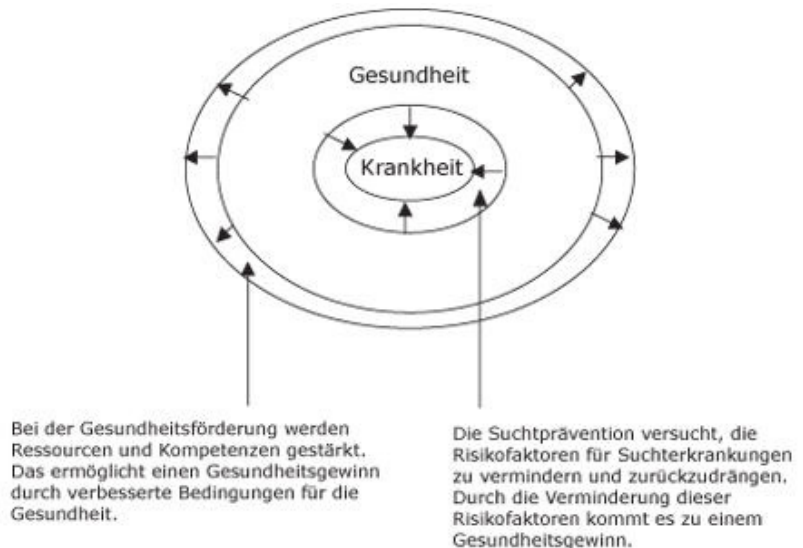
Zur Kritik an diesem Erklärungsmodell folgendes Zitat von Schiffer (2001: 148):

«Gesundheit ist etwas anderes als Nicht-Krankheit. Antonovsky sieht Gesundheit und Krankheit als Pole eines mehrdimensionalen Kontinuums. (...) Kritikwürdig ist meines Erachtens an diesem Modell die Links-rechts-Verschiebemechanik zur Gesundheit oder zur Krankheit hin. Günstiger wären zwei voneinander unabhängige Darstellungsweisen von Gesundheits- und Krankheitsmomenten im Menschen. (...) Antonovskys Modell suggeriert hingegen eher einen linearen Zusammenhang zwischen der Abnahme von gesunden und der Zunahme von kranken Anteilen: Je weniger gesunde Anteile eine Person hat, desto mehr kranke Anteile muss sie zwangsläufig haben.»

Gesundheit und Krankheit lassen sich unabhängig voneinander betrachten. Ein Ausbau an Gesundheit lässt sich auch bei gleich bleibender Belastung erreichen. Die Vermehrung von Gesundheit kann auch dann ein erstrebenswertes Ziel sein, wenn gar keine Gefährdung oder Belastung vorliegt. Umgekehrt ist eine Reduktion von Gefährdung für sich gesehen eine lohnende Perspektive, auch wenn dabei keine gesund erhaltenden Faktoren ausgebaut werden.

Abbildung 1

Graphische Darstellung des Unabhängigkeitsmodells (SFA 2008)



Nach Hurrelman, 2000

Was in der Legende von Abb. 1 rechts als «Suchtprävention» bezeichnet wird, kann genereller als «Prävention» bzw. «Krankheits- und Belastungsprävention» bezeichnet werden. Analog dem Zurückdrängen von suchtfördernden Komponenten geht es bei der Prävention bezüglich anderer Verhaltensweisen (z.B. Gewalt, Belastungsstress) oder bei der Verhütung von Krankheiten um eine Verminderung von Risikofaktoren. Zumindest ein Teil dieser Risikofaktoren ist belastungsspezifisch.

Der *Kreisring* ist als *Ausmass an Gesundheit* eines Menschen zu deuten (anwendbar auch für eine Gruppe von Menschen oder eine ganze Bevölkerung). Wenn die Fläche dieses Kreisrings zunimmt, nimmt die Gesundheit zu.

Ein Kreisring kann seine Fläche auf zwei Arten vergrössern: Einerseits nach innen, d.h. das Loch in der Mitte wird zurückgedrängt, der äussere Umfang des Gebildes bleibt jedoch gleich. Andererseits: Der Aussenrand des Ringes wird ausgeweitet, der innere Rand bleibt gleich.

Dieses «Loch in der Mitte» steht bildhaft für Krankheit und Belastung. *Prävention* kann mit der Ausdehnung des Kreisrings nach innen erklärt werden: Sie will Belastungen vermeiden oder zumindest verringern. Die Fläche des Kreisrings (= Summe der Gesundheit) wächst, ohne dass aussen herum «ausgeweitet» wird. Suchtprävention hat demnach die Aufgabe, die spezifischen suchtfördernden Faktoren zurückzudrängen, zum Beispiel die Verfügbarkeit von Substanzen mit Suchtpotenzial, die Ächtung des Konsums oder die Korrektur von Fehlmeinungen über Schädlichkeit und Gefährdungen.

Gesundheitsförderung kann mit der Ausdehnung des Kreisrings nach aussen erklärt werden: Sie will Stärken, Potenziale, Ressourcen und Kompetenzen ausweiten. Die Kreisringfläche (= Summe der Gesundheit) wächst, obwohl dabei die Belastung (z.B. Krankheit oder Krankheitsdisposition, Behinderung etc.) im Innern nicht abnimmt.

Andere bildhafte Modelle gehen von einer orthogonalen Darstellung aus. Beispielsweise veranschaulicht Willutzki (2003: 93) damit die Unabhängigkeitsvorstellung von Vulnerabilitäten (auf der Links-rechts-Position) und Ressourcen (auf der Oben-unten-Position).

Spezifischer oder unspezifischer Ansatz?

Position 1: Prävention und Gesundheitsförderung unterscheiden sich. Prävention ist ein spezifischer, Gesundheitsförderung ein unspezifischer Ansatz.

Position 2: Gesundheitsförderung kann durchaus sehr spezifisch auf einen thematischen Aspekt, Prävention kann unspezifisch ausgerichtet sein. Darin liegt nicht die Unterscheidung.

Die Praxis widerlegt Position 1. Gesundheitsfördernde Vorhaben können sehr spezifisch sein, zum Beispiel die Botschaft und Aktion «5 am Tag», eine Kampagne zur Förderung des Konsums von Früchten und Gemüse (www.5amtag.ch). Umgekehrt kann Prävention sehr generalistisch sein, zum Beispiel die Vermittlung der Fähigkeit, nein zu sagen. Eine solche Fähigkeit wirkt verschiedenen denkbaren Gefährdungen entgegen.

Es dürfte allerdings zutreffen, dass aktuelle Präventionsprogramme und -projekte häufiger themen- bzw. belastungsspezifisch begründet sind (z.B. Mobbing, Gewalt, Tabak, Alkohol, Aids).

Gleiche oder unterschiedliche Themen?

Position 1: Die Themen der Prävention sind dieselben wie diejenigen der Gesundheitsförderung.

Position 2: Gesundheitsförderung und Prävention habe je spezifische thematische Schwerpunkte.

Auf einer generellen Ebene betrachtet sind die Themen sowohl von Prävention wie von Gesundheitsförderung an ähnlichen Gegenständen orientiert und betreffen Aspekte von körperlicher, psychischer oder sozialer Gesundheit. Wenn sich Gesundheitsförderung und Prävention also mit denselben Themen beschäftigen, scheint auch dies ein Beleg für ihre grundsätzliche Parallelität zu sein.

Allerdings ist bei näherer Betrachtung die thematische Ausrichtung der Prävention (Vermeidung von unerwünschten Entwicklungen) typischerweise eine andere als jene der Gesundheitsförderung (Ausbau von erwünschten Entwicklungen):

Abbildung 2

Typische Themen der Prävention	Typische Themen der Gesundheitsförderung
Stress	Selbstwertgefühl
Sucht	Genuss
Aids	Freundschaften, Liebe
Gewalt	soziale Beziehungen
Übergewicht, Untergewicht	ein gutes Verhältnis zum Körper
Schwangerschaftsverhütung	ein gutes Verhältnis zu den Gefühlen
Burnout	sinnvolle Arbeit
Unfallverhütung	gesunde Arbeitsbedingungen
Lärm, Luftbelastung, Strahlen	gesunde Wohnbedingungen
Misshandlung	sinnvolle Gegenwart
Suizid	lebenswerte Zukunft

(Aufzählung in Anlehnung an Göpel 2002, ergänzt)

Es gibt Themenfelder, zu denen durchaus präventive *und* gesundheitsförderliche Perspektiven entwickelt werden können.

Beispiel *Bewegungsförderung*: Sie kann begründet sein mit einem Ausbau an Agilität, Ausdauer, Kraft oder Geschicklichkeit (ebenso mit einem Ausbau an psychischen Ressourcen oder sozialer Vernetzung). Sie kann aber auch begründet sein mit der Vermeidung von Übergewicht und chronischen Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen usw. Beispiel *Ernährung* (Beeinflussung des Verhaltens und/oder Bereitstellung der Auswahl): Interventionen können begründet sein mit dem Ausbau von Genuss, Sinneswahrnehmung, Vitalität etc., oder aber mit der Vermeidung von Mangelerscheinungen, Übergewicht oder Krankheiten.

Gleiche oder unterschiedliche Methoden und Handlungsweisen?

Position 1: Prävention und Gesundheitsförderung unterscheiden sich. Prävention richtet sich auf Personen aus, Gesundheitsförderung auf Strukturen.

Position 2: Gesundheitsförderung kann sich auf Personen oder auf Strukturen/Lebensumstände ausrichten, Prävention ebenso. Darin liegt nicht die Unterscheidung.

Das Spektrum des methodischen Handelns ist in der Praxis der Gesundheitsförderung und der Primärprävention sehr ähnlich. Beide Strategien setzen sowohl auf Interventionen, welche auf die Strukturen oder Verhältnisse abzielen (z.B. Rechtsprechung, materielle Rahmenbedingungen, Umwelteinflüsse) wie auch auf solche, die auf Personen wirken (sei es medial, mit Massenkommunikation, oder im direkten personalen Kontakt, also Bildung, Beratung, partizipative Anlässe, gemeinsame Erlebnisse etc.).

Eine mögliche Erklärung für Position 1: Mit der «salutogenetischen Wende» wurde nicht nur die bisherige Risikofixierung, sondern auch die allein verhaltensbezogene Ausrichtung der früheren Gesundheitsaufklärung und -erziehung kritisiert. Es wäre jedoch (heute) unzutreffend, Prävention mit Verhaltensorientierung und Gesundheitsförderung mit Verhältnisorientierung gleichzusetzen. Im Gegenteil, es ist inzwischen weitgehend unbestritten, dass sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention erfolgreicher agieren, wenn sie auf einen Mix von verhaltens- und verhältnisorientierten Interventionen setzen.

Ist die Zielorientierung identisch oder unterschiedlich?

Position 1: Prävention verfolgt andere Ziele als Gesundheitsförderung.

Position 2: Gesundheitsförderung und Prävention formulieren die gleichen Ziele.

Auf einer generellen Ebene wollen beide eine Vermehrung von Gesundheit (vgl. Abbildung 1). Bei der *konkreten* Formulierung von Zielen unterscheiden sich Gesundheitsförderung und Prävention jedoch deutlich. Die *Zielformulierungen* sind andere, wenn der Erhalt und der Ausbau von erwünschten Situationen verfolgt werden (= Gesundheitsförderung) oder wenn die Vermeidung beziehungsweise Verminderung von unerwünschten Situationen und Entwicklungen anzustreben sind. Position 1 ist offensichtlich vorzuziehen.

Abbildung 3

Prävention verfolgt Vermeidungsziele	Gesundheitsförderung verfolgt Ausbau- und Entwicklungsziele
Prävention identifiziert als Referenzpunkte: Krankheiten, Leiden, Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gefährdungen, Belastungen.	Gesundheitsförderung beschäftigt sich nicht mit Krankheit, um ihre Ziele zu erreichen. Sie identifiziert als Referenzpunkte: Wohlbefinden, Genuss, Ideale, persönliche Fähigkeiten, wohlthuende Umgebungseinflüsse.
Prävention heisst Vermeidung, Verminderung oder Hinausschieben von Entwicklungen in Richtung dieser Belastungen.	Gesundheitsförderung heisst Ausbau dieser Referenzpunkte: Ausbau von Chancen und Ressourcen, Erhöhung von Lebensqualität.

Prävention hat zum Ziel, Menschen von Handlungsweisen abzuhalten, die sie oder andere gesundheitlich beeinträchtigen können. Sie verfolgt ausserdem das Ziel, Merkmale der Person und Bedingungen der Umwelt derart zu beeinflussen, dass diese nicht zu gesundheitlichen Störungen, Behinderungen oder Schäden bei Menschen führen. Prävention umfasst somit alle Anstrengungen zur *Verhinderung* von Krankheiten, Beeinträchtigungen und Unfällen (sowie deren Folgen) oder zumindest zur *Verminderung* der Belastung.

Gesundheitsförderung rückt demgegenüber die *Erhaltung* und *Verbesserung* von Stärken, Potenzialen, Kompetenzen und Ressourcen ins Zentrum, und zwar sowohl Ressourcen der Individuen, der Umwelt wie auch der Mensch-Umwelt-Interaktion. Sie hat also insbesondere zum Ziel, Merkmale der Person und Bedingungen der Umwelt derart zu beeinflussen, dass diese zu einer *Erweiterung des Wohlbefindens* (körperlich, seelisch-geistig, sozial) und zu einer *Erhöhung von Lebensqualität* führen.

Die Gegenüberstellung zeigt: Sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention sind mit normativen Zielen verknüpft. Darin unterscheiden sie sich nicht. Das Erwünschte ist allerdings nicht bloss das Unerwünschte mit umgekehrten Vorzeichen.

Überprüfung der Zielerreichung

Position 1: Wenn ich belegen will, dass eine präventive Massnahme erfolgreich war, muss ich andere Fragen stellen als beim Erfolgsnachweis von Gesundheitsförderung.

Position 2: Mit denselben Evaluationsfragen kann ich den Erfolg von Prävention und von Gesundheitsförderung überprüfen und nachweisen.

Wenn sich Primärprävention und Gesundheitsförderung auf unterschiedliche Ziele ausrichten, unterscheiden sie sich auch in der Überprüfung der Zielausrichtung bzw. in den Inhalten der Evaluation. Die Fragestellung ist eine andere, wenn belegt werden soll, ob eine präventive oder ob eine gesundheitsfördernde Intervention erfolgreich war.

Im ersten Fall heisst die Frage: Ist das sozial Unerwünschte nicht eingetreten, oder jedenfalls nicht so schlimm?

Im zweiten Fall lautet sie: Ist das sozial Erwünschte ausgeweitet worden?

Zum Verhältnis von Suchtprävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wird oft auch als Beitrag zur Suchtprävention oder präziser als Beitrag zur Prävention von Substanzkonsum postuliert. Die Wirkungshypothese ist eine indirekte: Wer erfolgreich gesundheitliche Ressourcen ausbaut, zum Beispiel psychische Ressourcen wie Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. Schwarzer, Jerusalem 2002) oder soziale Ressourcen wie Stärkung der sozialen Netze (vgl. Otto, Bauer 2005), konsumiert tendenziell weniger Suchtmittel, jedenfalls nicht übermässig oder exzessiv, und ist in der Folge weniger suchtfährdet.

Der Zusammenhang scheint plausibel, und dennoch kann er nicht kausal belegt werden. Es gibt im Gegenteil Befunde, die sogar – zumindest vordergründig – auf umgekehrte Wirkungen schliessen lassen. So hat etwa der deutsche Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS (Erhart et al. 2007: 808) festgestellt, dass jene Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren, die über ein gutes soziales Kontaktnetz verfügen, überdurchschnittlich häufig Alkohol und Zigaretten konsumieren. In aller Regel wird aus dieser Beobachtung der Schluss einer höheren Suchtfährdung gezogen.

An diesem Beispiel ist zu erkennen, wie entscheidend die Zielbestimmung in der Prävention von Substanzkonsum ist. Das Ziel «Abstinenz» ist anders zu bewerten als beispielsweise das Ziel «Förderung von massvollem Konsum» oder das Ziel «Vermeidung von Exzessen». Wenn bessere soziale Kontakte in jungen Jahren mit überdurchschnittlichem Konsum von Substanzen korrelieren, wird das Präventionsziel «Abstinenz» zweifellos verfehlt. Es könnte aber durchaus sein, dass junge Menschen mit einer (aus gesundheitsförderlicher Sicht) wünschenswerten sozialen Vernetzung die Fähigkeit zu massvollem Konsum und die Vermeidung von Risikokonsum häufiger entwickeln als ihre Alterskolleginnen und -kollegen mit geringer sozialer Vernetzung. Bei künftigen Erhebungen zu Substanzkonsum, auch bereits bei Kindern und Jugendlichen, muss darum die Schwelle zum Risikokonsum definiert werden, damit Korrelationen zwischen psychischen bzw. sozialen Gesundheitsindikatoren einerseits und dem als Gefährdung einzustufenden Substanzkonsum andererseits gebildet werden können.

Oft scheint es, dass die Aussicht auf Suchtprävention als Argument eingesetzt wird, um Programme zu lancieren und finanzieren zu können, welche «nur» auf die Förderung von Gesundheit ausgerichtet sind. Anlässlich der Nationalen Fachmesse für Suchtprävention 2001 hat Frei (2001: 23f.) kritisch zu dieser Praxis Stellung bezogen:

«Ich möchte an dieser Stelle auf meine Behauptung (...) zurückkommen, Wendo-Kurse hätten nichts mit Suchtprävention zu tun. Und gleich noch beifügen: Spielzeugfreie Kindergärten übrigens auch nicht. Und das sind nur zwei Beispiele. Sie werden an dieser Fachmesse zahlreiche weitere Angebote finden, die auf eine Stärkung der Selbst- und Sozialkompetenz abzielen und in denen dann irgendwann mit einem konzeptionellen Looping der Bezug zum Symptom Sucht gemacht wird oder werden muss, beispielsweise

um das Projekt dem Geldgeber als Suchtprävention verkaufen zu können. Mit solchen Loopings macht sich die Prävention von der Sucht abhängig!»

Hinzuzufügen ist: die Gesundheitsförderung auch. Frei (2005: 24) führt aus, dass es das Ziel von Wendo-Kursen ist, bei Mädchen und jungen Frauen das gesunde Selbstvertrauen zu fördern, und dass dies Ziel genug sei, um sich zu engagieren, auch ohne Warnung vor einer drohenden Abgleitung in eine Sucht. Auch der spielzeugfreie Kindergarten kann Ressourcen fördern, z.B. im Bereich Kreativität, Kontrollüberzeugungen oder Empathie. Darum ist es fachlich korrekt, diese Ansätze als Gesundheitsförderung zu bezeichnen und nicht als (Sucht-)Prävention.

Suchtspezifische Präventionsstrategien sind folglich von Gesundheitsförderung zu unterscheiden. Sowohl Konsumreduktion wie Problemreduktion (Uhl, 2007: 7) lassen sich eindeutig auf die Thematik des Substanzkonsums beziehen; die Problemreduktion meint hier gezielt die Verringerung der mit dem Suchtmittelkonsum zusammenhängenden Probleme. Entsprechend ist die dreistufige Klassifikation in universelle, selektive und indizierte Prävention von Nutzen, wie sie beispielsweise das amerikanische National Institute on Drug Abuse NIDA verwendet (vgl. Uhl, 2007: 6). Universelle Prävention richtet sich an die Allgemeinbevölkerung, selektive an Risikogruppen, indizierte an Personen mit manifesten Problemen. Dabei wäre es allerdings fachlich falsch, die universelle Suchtprävention mit Gesundheitsförderung gleichzusetzen beziehungsweise Gesundheitsförderung als Teil von universeller Prävention zu betrachten. Vielmehr bezieht sich auch die universelle Suchtprävention eindeutig auf die Vermeidung oder Verminderung von Problemen rund um die konkrete Substanz. Deshalb sind Strategien wie Werbebeschränkungen, Preiserhöhung bzw. Besteuerung, erschwerte Zugänglichkeit oder gesellschaftliche Ächtung des belastenden Substanzkonsums Beiträge zur universellen Prävention. Mit Gesundheitsförderung haben sie jedoch höchstens indirekt zu tun.

Summary

Prevention and health promotion – a contribution towards clarification of this much discussed relationship with a focus on the subject of addiction

Prevention and health promotion are often mentioned in the same breath. However, for reasons of both theoretical clarification and of practical use it is advisable to identify health promotion and health-relevant prevention as two equally ranked forms of social intervention. They overlap and share common features, but they also differ clearly. The main difference is their objective: health promotion aims at development while the target of prevention is avoidance. This clear difference is called for when health (wellbeing, healthy quality of life) and illness (impairment, danger, e.g. addiction) are interpreted as being independent of one another. An increase in resources is not the same as a decrease in vulnerability and vice versa. Accordingly, the following applies to the comparison of health promotion and the prevention of addiction: universal or primary prevention of addiction is not the same as health promotion because the two strategies have different objectives and therefore must furnish different proof of success.

Résumé

Promotion de la santé et prévention, une contribution à la clarification de liens souvent discutés, en considérant notamment la dépendance

Promotion de la santé et prévention sont souvent mentionnées dans la foulée. Aussi bien pour la clarification théorique que pour l'utilisation pratique, il est recommandé d'identifier la promotion de la santé et la prévention ayant un effet sur la santé comme deux formes d'intervention sociale d'égale importance. Elles se chevauchent et présentent des points communs mais se distinguent aussi nettement. La différence principale réside dans le but visé: La promotion de la santé poursuit des buts de développement alors que la prévention fixe des buts d'évitement. Cette distinction claire se justifie quand la santé (bien-être, qualité de la santé) et la maladie (perturbation, mise en danger, p. ex. dépendance) sont perçues comme indépendantes l'une de l'autre. Une augmentation des ressources n'est pas équivalente à une diminution des vulnérabilités et inversement. Pour comparer promotion de la santé et prévention de la dépendance, il convient de se souvenir que la prévention universelle ou primaire de la dépendance n'est pas identique à la promotion de la santé, car les deux stratégies visent des objectifs différents et doivent fournir des preuves différentes de leurs succès.

Literaturverzeichnis

Altgeld, Thomas; Kolip, Petra (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, 41-51.

EKDF Eidg. Kommission für Drogenfragen (2006). Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Bern: Huber.

Erhart, Michael; Hölling, Heike; Bettge, Susanne; Ravens-Sieberer, Ulrike; Schlack, Robert (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6-2007, 800-809.

Frankowiak, Peter (2006). Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Frei, Rainer (2001). Erwartungen an die Prävention – Vom Surfen zwischen Intuition und Stakeholderstrategie. In: SuchtMagazin, 27. Jg. Nr. 2 (Sondernummer «Nationale Fachmesse für Suchtprävention 2001»), 21-26.

Göpel, Eberhard (2002) Gesundheitsförderung durch bürgerschaftliches Engagement. In: Röhrle, Bernd (Hrsg): Prävention und Gesundheitsförderung Bd. II. Tübingen: dgvt-Verlag, 31-74.

Hafen, Martin (2005). Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Massnahmen. Heidelberg: Carl Auer.

Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Deutsche Ausgabe, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Otto, Ulrich; Bauer, Petra (Hrsg.) (2005). Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band I: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive. Tübingen: dgvt-Verlag.

Schiffer, Eckhard (2001). Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Wie Gesundheit entsteht. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. Zeitschrift für Pädagogik, 44, Beiheft: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsstrukturen, 28-53.

SFA (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme) 2008. www.sfa-isp.ch/index.php?IDtheme=153&IDcat49visible=1&langue=D

Trojan, Alf; Legewie, Heiner (2001). Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt/M.: Verlag für Akademische Schriften VAS.

Uhl, Alfred (2007). Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. In: SuchtMagazin, 33. Jg. Nr. 4/2007, 3-11.

Willutzki, Ulrike (2003). Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In: Schemmel, Heike & Schaller, Johannes (Hrsg.). Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt-Verlag.

Korrespondenzadresse

Felix Wettstein, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit,
Riggenbachstr. 16, 4600 Olten, E-Mail: felix.wettstein@fhnw.ch