**Zeitschrift:** SuchtMagazin
**Herausgeber:** Infodrog
**Band:** 27 (2001)
**Heft:** 5

**Artikel:** Prävention und Gesundheitsförderung : Gemeinsamkeiten und Unterschiede

**Autor:** Hafen, Martin

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-800003

**Nutzungsbedingungen**
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 11.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

# Prävention und Gesundheitsförderung – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Anders als in den USA, wo sich die Gesundheitsförderung ab Mitte des 20. Jahrhunderts kontinuierlich zur interdisziplinären Profession «Public Health» entwickelte, etablierte sie sich in der Schweiz in relativ kurzer Zeit vornehmlich im Tätigkeitsfeld der (Sucht-)Prävention. Die Frage ist, ob die immer wieder postulierten Unterschiede zwischen den beiden Disziplinen wirklich so gross sind.

MARTIN HAFEN *

Im letzten Teil der Präventionsgeschichte[1] in dieser Rubrik wurde ein Aspekt angetönt, der wegen seiner Bedeutung für die Entwicklung der Prävention hier ausführlicher behandelt werden soll: die Karriere der Gesundheitsförderung. Ausgehend von den historischen Wurzeln der Disziplin in den USA wird beschrieben, wie sich die Gesundheitsförderung in der «Präventionslandschaft» des deutschsprachigen Europa so schnell und nachhaltig etablieren konnte. Dann wird es darum gehen zu schauen, inwiefern sich die Konzepte, Vorstellungen und Methoden der Gesundheitsförderung von jenen der Prävention unterscheiden; und schliesslich soll der Frage nachgegangen werden, ob diese Unterschiede – so sie denn bestehen – die gebräuchliche, die Gegensätze der beiden Disziplinen unterstreichende Verwendung der Begriffe «Prävention» und «Gesundheitsförderung» rechtfertigen.

## Die Zeit bis zur Ottawa-Charta

Wenn es ein Ereignis gibt, an welchem die «Geburt» der Gesundheitsförderung zumindest im deutschsprachigen Europa gerne festgemacht wird, dann ist es die Publikation der Ottawa-Charta[2], die 1986 anlässlich der Ersten Internationalen Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Ottawa verabschiedet wurde. Dieses Dokument wird immer wieder herangezogen, wenn es darum geht, die Grundlagen für Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung zu beschreiben. Die Gefahr solcher zeitlicher Festlegungen besteht darin, dass die Geschichtlichkeit der beschriebenen Ereignisse zu wenig mitbeachtet wird. Die Erkenntnisse und Forderungen der Ottawa-Charta waren – das ist leicht nachzuvollziehen – nicht einfach Ergebnis einer mehrtägigen Konferenz, sondern hatten sich aus einer langfristigen Entwicklung ergeben.

Da historische Beschreibungen nicht anders erfolgen können als über die (hoch kontingente[3]) Auswahl von Ereignissen, soll ein weiterer Markstein der Gesundheitsförderungsgeschichte herangezogen werden: die Gesundheitsdefinition der WHO von 1948. Gesundheit wurde bei dieser Gelegenheit – durchaus in Anlehnung an in der Antike begründete Konzepte[4], aber in Widerspruch zum naturwissenschaftlichen Gesundheitsbegriff der Medizin im 19. und 20. Jahrhundert – nicht auf das körperliche Wohlbefinden limitiert, sondern als «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens» definiert.

## Von Gesundheitserziehung zu Gesundheitsförderung

In der Praxis und der Theorie führte dieses «neue», umfassende Gesundheitsverständnis zu einem Wandel des Selbstverständnisses der bis dahin gebräuchlichen «Gesundheitserziehung», wobei sich dieser Wandel nach Haug vorerst weniger in einem Wandel der Begrifflichkeit[5] als in inhaltlichen Veränderungen manifestierte. Diese Veränderungen können insofern als Folge der (Wieder-)Einführung eines umfassenden Gesundheitsbegriffs angesehen werden, als sie bewirkten, dass zahlreiche Professionen in die Gesundheitsförderung drängten. Insbesondere die humanistische Psychologie übte eine beträchtlichen Einfluss auf die Entwicklung von Gesundheitserziehung/Gesundheitsförderung aus. Folgende Aspekte, welche die Veränderung des Selbstverständnisses der Gesundheitsförderung dokumentieren, lassen sich auf der Basis der Ausführungen von Haug herausheben:

- der Trend weg von einem statischen hin zu prozessualen Verständnis
- die Erweiterung der möglichen Interventionsbereiche vom Individuum über die Familie bis hin zu grösseren sozialen Systemen wie die Firmen, Gemeinden oder dem Staat
- die zunehmende Beachtung der Differenz von Gesundheitswissen und Gesundheitshandeln mit der entsprechenden Kompetenzförderung durch die Gesundheitsförderung

* 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, CH-4059 Basel, Tel. 061/312 49 00, Fax. –02, email: martin.hafen@balcab.ch.

- die Etablierung der Dimension der Freiwilligkeit
- die Ausweitung der Gesundheitsförderung zu einer interdisziplinären Profession

Haug[6] fasst den Stand der Entwicklung für die Mitte der 80er-Jahren folgendermassen zusammen:
*«Nach diesen neueren Definitionen genügt es also nicht mehr, individuelle und organisatorische Veränderungen zum Gegenstand gesundheitserzieherischer Aktivitäten zu machen, sondern wesentlich ist es, im Konsens und unter Mitwirkung der Betroffenen, individuelle und kollektive Handlungskompetenzen zu entwickeln und Interventionsstrategien gemeinsam durchzuführen.»*
Aus der ursprünglichen Vorstellung, Individuen durch Vorgabe und Vermittlung von gesundheitsbezogenem medizinischem Detailwissen beeinflussen zu wollen, hat sich nach Haug eine Konzeption entwickelt, die nicht expertenhaft über die Köpfe hinweg, sondern gemeinsam mit den Betroffenen die Möglichkeiten und Grenzen einer auf Gesundheit ausgerichteten Lebensstilgestaltung zu erreichen sucht. Diese Entwicklung drückte sich auch dadurch aus, dass sich der Begriff der Gesundheitsförderung mit der Zeit gegen jenen der Gesundheitserziehung durchzusetzen begann.

## Public Health als übergeordneter Ausbildungsgang

Die Vielfalt an Interventionsfeldern spiegelt sich in den Inhalten der Public Health-Ausbildung. Nach Haug[7] zeichnen sich die Pflichtveranstaltungen im Studiengang «Health Education and Health Promotion» John Hopkins University, der grössten School of Public Health der Welt, durch exemplarische Interdisziplinarität aus. Pädagogisches, psychologisches, anthropoligisches, soziologisches und politisches Wissen wird dabei genau so verlangt, wie fundierte Kenntnisse in sozialwissenschaftlichen und epidemiologischen Erhebungs-, Forschung- und Evaluationsmethoden.
Dieser Vielfalt an Inhalten gegenüber steht ein Theoriedefizit, welches nach Haug[8] auch anfangs der 90er-Jahre noch nicht behoben war. Infolge ihrer «Feuerwehr-Funktion» sei es der US-amerikanischen Health Promotion nicht gelungen, eine eigenständige Theorie zu entwickeln oder die PraktikerInnen für die Notwendigkeit einer solchen zu sensibilisieren.

## Die Ottawa-Charta als auslösendes Moment für die Etablierung der Gesundheitsförderung im deutschen Sprachraum

Anders als in den USA etablierten sich die Ausbildungsgänge im Bereich Public Health (als Nachdiplom-Studiengänge an Universitäten) und Gesundheitsförderung (als Nachdiplomstudien resp. -kurse[9]) im deutschsprachigen Europa erst später und weniger umfassend. Unbesehen davon bezeichneten sich auf der operativen Ebene im Anschluss an die Publikation der Ottawa-Charta immer mehr Projekte und Aktivitäten als «Gesundheitsförderung». Die Bereitschaft zur Übernahme des Begriffes der Gesundheitsförderung war so gross, dass einige AutorInnen einen eigentlichen «Paradigmenwechsel» ausmachen. Franzowiak/Sabo schreiben dazu[10]:
*«Die allgemeine Verbreitung und Verankerung des Begriffes ‹Gesundheitsförderung› im Sprachgebrauch der organisierten Prävention hat weniger als zwei Jahrzehnte benötigt. ... Der Aufstieg der Gesundheitsförderung ging so schnell und umwälzend vonstatten, dass viele Beteiligte und Beobachter von einem regelrechten Paradigmenwandel in der Prävention sprechen.»*
Die Gesundheitsförderung hat sich also im deutschsprachigen Europa nicht langsam und in Bezug auf zahlreiche Themen etabliert, sondern in erster Linie über die Abgrenzung von der bestehenden (Sucht-)Prävention, resp. über deren Umdefinierung. Wenn man die Frage zu beantworten versucht, was sich paradigmatisch verändert hat, dann sieht man, dass der Begriff der Gesundheitsförderung für diejenigen Interventionsversuche bei Individuen und/oder sozialen Systemen verwendet wurde, die sich nicht auf Informationsvermittlung (etwa über die Wirkungen und Nebenwirkungen bestimmter Substanzen) oder auf Abschreckung beschränkten. Gesundheitsfördernde Interventionsversuche hatten viel mehr zum Ziel, an den Settings, den strukturellen Gegebenheiten zu arbeiten und dabei die Ressourcen der begleiteten Systeme aufzunehmen und zu fördern. Dabei setzte sich gemeinhin die Ansicht durch, dass die Gesundheitsförderung etwas anderes mache als die Prävention und nicht nur: dass sie es *anders* mache.

## Eine Frage der Semantik

Die These hier ist, dass der «Paradigmenwechsel» von Prävention zu Gesundheitsförderung weniger die Funktion oder die Methoden betraf, sondern vor allem die verwendete Semantik: Es ging zwar immer noch darum, Suchtmittelkonsum, falsche Ernährungsgewohnheiten oder Gewalt zu verhindern (und dadurch die Gesundheit zu fördern!), doch wurde die Betonung auf die Gesundheitsseite der Unterscheidung krank/gesund gelegt. In andern Worten: Die Gesundheitsförderung stellte die zu verhindernden Probleme nicht mehr in den Vordergrund wie die Prävention, sondern verschleierte sie mit dem Gesundheitsbegriff – einem Begriff, der selbst jedoch nur über die Abwesenheit von Defiziten, Krankheiten, Problemen näher zu definieren ist. Die Funktion von Gesundheitsförderung und Prävention blieb also die Gleiche: die Verhinderung von sozialen, medizinischen, rechtlichen etc. Problemen, resp. die Förderung der Gesundheit, die mit dieser Verhinderung einher ging.
Weiter versuchten die Fachleute der Gesundheitsförderung den (scheinbaren) Unterschied zur Prävention dadurch zu betonen, dass sie die Methoden der Gesundheitsförderung – insbesondere die Ressourcenförderung[11] und die Arbeit an «Settings» – mit der Funktion der Förderung der Gesundheit vermengten. Es ging dann um die Förderung von etwas «Positivem» und nicht um die Verhinderung von etwas «Negativem». Dabei wurde nicht gesehen, dass auch auf der Ebene Methodik nicht einfach alles «neu» war, was die Gesundheitsförderung im Anschluss an die Ottawa-Charta ins deutschsprachige Europa brachte.

## Die Notwendigkeit von strukturellen Veränderungen

Auch in der Prävention hatte sich Mitte der 80er-Jahre zumindest ansatzmässig die Erkenntnis durchgesetzt, dass ein so hoch komplexes Phänomen wie Drogensucht nicht einfach mit Aufklärungs- und Abschreckungsmassnah-

men verhindert werden konnte. So wurde Prävention in einem populären Schweizer Buch zu «Suchtprophylaxe in Theorie und Praxis»[12] von 1985 in dem Sinn als «ursachen-orientiert» verstanden, als sich die Massnahmen nicht nur an Individuen richten sollten, sondern auch an alle gesellschaftlichen Bereiche mit Relevanz für die Gesundheit: die Wirtschaft, die Bildung, die Stadtplanung, die Medizin, die Familie, die Freizeit etc. Auf allen diesen Ebenen sollte die Prävention politische Anstrengungen initiieren und unterstützen, die zum Ziel hatten, eine Sucht verhindernde und damit gesundheitsfördernde Lebenswelt für die Individuen zu garantieren.
Die Unterschiede zu den Inhalten der Gesundheitsförderung waren in dieser Hinsicht allenfalls semantischer Natur. So weisen die AutorInnen des besagten Buches im Vorwort zur zweiten Auflage im Jahr 1988 denn auch erfreut auf die Popularisierung der Gesundheitsförderung in der Schweiz nach 1986 hin.
*«Gesundheitsförderung hat ... Verbreitung und Zustimmung gefunden. Inhaltlich entspricht dies den in unserem Buch skizzierten unspezifischen Prophylaxemassnahmen. Das heisst, dass die strukturellen, politischen und massenmedialen Massnahmen – im Vergleich zur pädagogischen Arbeit – an Bedeutung zunehmen. ... Suchtprophylaxe wird so zu einem Teil eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses.»*
Weiter wurden – wie bei der Gesundheitsförderung – auch Partizipation, Förderung vorhandener Stärken und lustvolles Arbeiten als Voraussetzungen für erfolgreiche Präventionsarbeit verstanden.

## Lediglich teilweise Umsetzung der Ottawa-Charta

So ähnlich die Prävention und Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum in Bezug auf die inhaltliche Ausrichtung und die Methodik waren, so ähnlich war auch die Art und Weise, in der die beiden Disziplinen gewisse Aspekte aus der umfassenden US-amerikanischen Health Promotion zur Umsetzung auswählten und andere beiseite liessen. Um diese These zu bekräftigen soll der Blick noch einmal auf die Ottawa-Charta von 1986 gelenkt werden.
Basierend auf ihrem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung und den oben beschriebenen Entwicklungen in den USA, die ab den 50er-Jahren zu einer umfassenden, interdisziplinären Konzeption von Health Promotion geführt hatte, formulierte die WHO in der Ottawa-Charta von 1986 fünf zentrale Elemente der Gesundheitsförderung, die auch heute noch regelmässig aus der Ottawa-Charta zitiert werden:

- die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- die Schaffung gesunder Lebenswelten
- die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- die Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- die Neuorientierung der Gesundheitsdienste

An diesen Elementen zeigt sich, welch breites Feld an Massnahmen sich eröffnet, wenn man Gesundheitsförderung auf einen Gesundheitsbegriff stützt, der sämtliche Faktoren menschlichen Wohlbefindens umfasst. Eine derart breite Gesundheitsdefinition impliziert ein Spektrum von gesundheitsfördernden Massnahmen, welche Entwicklungshilfe, Friedenspolitik, Bildungspolitik, Familienplanung, Umweltschutz und Stadtplanung genau so umfassen wie alle Projekte, die sich heute als Prävention oder Gesundheitsförderung verkaufen.

## Die unterschiedlichen Felder der Gesundheitsförderung

Um deutlicher zu erkennen, welche Aspekte der WHO-Forderungen durch die Prävention und die Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum umgesetzt wurden und welche nicht, lohnt es sich, die Systemreferenzen der oben erwähnten Punkte genauer anzuschauen[13]:

- die Forderung nach einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik richtet sich an das politische System, dass sich bemühen soll, gesundheitsförderliche Entscheidungen in allen Lebensbereichen zu fällen
- die «Schaffung gesunder Lebenswelten» zielt auf die sozialen Systeme, in denen sich die Menschen in ihrem Alltag aufhalten: die Schule, die Firma, die Familie, das Quartier, der Sportverein etc.
- die «Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen» bezieht sich auf mehr oder weniger punktuelle Anlässe (Konzerte, sportliche Aktivitäten, Feste, Quartieraktionen etc.), welche das Element der Gemeinsamkeit beim Streben nach Gesundheit betonen
- die «Entwicklung persönlicher Kompetenzen» hat die gesundheitsfördernde Entwicklung der einzelnen Individuen zum Ziel
- die «Neuorientierung der Gesundheitsdienste» ist eine Aufforderung an das Medizinsystem, nicht immer nur krankheitsbezogen zu operieren, sondern die Gesundheit der behandelten Menschen zu stärken

Damit lässt sich eine erste Differenzierung der unermesslichen Vielfalt von möglichen Massnahmen erreichen: Die Forderungen «einheitliche Gesundheitspolitik» und «Neuorientierung der Gesundheitsdienste» richten sich an Organisationen, die gesellschaftsweit operierenden Funktionssystemen (der Politik und der Medizin) angehören. Die andern drei Punkte beziehen sich viel direkter auf die Individuen: Es geht entweder um sie selbst (Förderung der Kompetenzen), um ihre direkte, alltägliche Lebenswelt oder um gesundheitsförderliche Erlebnisse mit andern Individuen.
Die These aufgrund dieser Beobachtungen ist, dass praktisch alle Projekte, die heute im deutschen Sprachraum unter den Bezeichnung «Gesundheitsförderung» und «Prävention» laufen, in den Bereichen anzusiedeln sind, welche konkrete Individuen in konkreten Lebenssituation im Fokus haben. Die Beeinflussung der grundlegenden Entscheidungsprozesse in den Funktionssystemen Politik und Medizin wird in der Praxis weit gehend unterlassen.[14]

## Die strukturierende Macht der Bezeichnungen

Wir haben bis dahin gesehen, dass zwischen den Disziplinen «Prävention» und «Gesundheitsförderung» im deutschen Sprachraum zahlreiche Gemeinsamkeiten bestehen: Die beiden Disziplinen haben die gleiche Funktion, sie arbeiten mit identischen Methoden und sie beschränken sich beide auf Interventionen, die das Individuum und seine unmittelbare Umwelt in ihrem Sinn zu beeinflussen versuchen. Wie kann es sein, dass die

beiden Begriffe bei so vielen Gemeinsamkeiten noch immer kontrovers verwendet werden? Um diese Frage zu beantworten, sollen einige Bemerkungen zu Bezeichnungen und ihre strukturellen Folgen gemacht werden.
Professionen «sind» nicht einfach Professionen; sie werden als solche bezeichnet. Sie haben – zumindest aus der Sicht der Systemtheorie – kein «Wesen», das Ihnen durch Gott, die Natur oder die Vernunft gegeben wurde. In diesem Sinn stellen Professionen soziale Konstruktionen dar, die sich über kürzere oder längere Zeit entwickelt haben: Die Profession ‹Lehrkraft› «war» vor 100 Jahren eine ganz andere als heute, und sie wird in 100 Jahren wieder eine andere sein. Die Ansprüche an eine Profession und ihre Beurteilung sind also einem laufenden Wandel unterworfen, der sich wieder auf die Entwicklung der Profession selbst auswirkt. Doch nicht genug damit: Selbst ohne Berücksichtigung der Zeitkomponente variiert die Konstruktion der Profession Lehrkraft je nach Region oder Kultur, und sie unterscheidet sich auch dadurch, ob sie von der Profession selbst oder durch ihre Umwelt vorgenommen wurde.
Bei Disziplinen wie der Prävention und der Gesundheitsförderung, die sich erst ganz zaghaft zu einer Profession entwickeln[15], sind diese Konstruktionen noch um einiges labiler. Wenn es in dieser Situation darum geht, sich eine eigene Identität zu geben, liegt es nahe «Wesenszüge», «Eigenheiten», «Spezialitäten» zu suchen – gerade auch, wenn angestrebt wird, sich auf einem Markt gegen andere Professionen zu behaupten. Das ändert nichts daran, dass diese Zuordnung von «Eigenheiten» kontingent ist, d.h. das sie auch anders ausfallen könnte resp. andere Professionen die gleichen «Wesenszüge» für sich beanspruchen.

## Verständlicher, aber unfruchtbarer Streit

Exakt dies ist im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung geschehen: Um sich zu profilieren und um damit den Organisationen Aufträge und den Individuen Karriereschritte zu ermöglichen, wurde diese Zuordnung von Eigenschaften mit grosser Hartnäckigkeit betrieben. Mit Vehemenz wurde und wird darüber gestritten, was die Prävention resp. die Gesundheitsförderung «ist» oder «nicht ist». Und weil die Orientierungspunkte in Bezug auf die eigene Identität nicht immer so klar sind wie erwünscht, gleitet der Definierungswettkampf immer wieder auf die Ebene der Definition der anderen Seite; dann sagt die Prävention, was die Gesundheitsförderung ist oder nicht ist und umgekehrt.
Da wir heute in einer polykontexturalen Welt, in einer Welt mit unzähligen verschiedenen Beobachtungsperspektiven leben und nicht mehr wie bis zum ausgehenden Mittelalter mit einem Gott rechnen können (oder müssen), dessen Sicht der Dinge als unfehlbar und daher als Mass aller Dinge angesehen wird, bleibt uns nichts anderes übrig, als – zusätzlich zu den bestehenden, etablierten Sichtweisen – nach weiteren Beobachtungsmöglichkeiten zu suchen. Eine solche Perspektive kann die wissenschaftliche sein, die mit theoretischen Überlegungen oder empirischen Beobachtungen ihre Version der «Wahrheit» entwickeln kann – etwas das im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bekanntlich erst ansatzweise geschieht. Eine weitere Möglichkeit ist, auf die Praxis zu schauen und die Methoden, Instrumente und auch die Zieldefinitionen der beiden Bereiche zu analysieren. Bereits ein oberflächlicher Blick[16] weist darauf hin, dass sich die heutigen präventiven resp. gesundheitsfördernden Tätigkeiten in Bezug auf die Methoden, die Interventionsebenen, die Zielgruppen, die verwendeten Medien, die Zielsetzungen etc. durch nichts unterscheiden – ausser durch ihre Bezeichnung als Prävention oder Gesundheitsförderung.

## Nur ein Etikettenschwindel?

Natürlich können GesundheitsförderInnen dahin gehend argumentieren, dass Projekte wie «Schulteam», die am Setting arbeiten und versuchen, die Ressourcen der begleiteten Schulen zu fördern, «Gesundheitsförderungsprojekte» seien und nicht Präventionsprojekte, wie sie sich selbst nennen. Natürlich kann man sagen, dass alle Projekte, die nicht ausschliesslich mit Aufklärung und Abschreckung operierten, ihre Methoden von Gesundheitsförderung übernommen hätten und daher als «Gesundheitsförderung» zu bezeichnen seien. Das Problem ist, dass (zumindest zur Zeit) keine Kriterien erkennbar sind, die eine klare Trennung von Prävention und Gesundheitsförderung erlauben würden. Sicher ist die Prävention durch die aufkommende Gesundheitsförderung beeinflusst worden ist. Man muss aufgrund der Präventionsliteratur der frühen 80er-Jahre aber auch anerkennen, dass zahlreiche der inhaltlichen und methodischen Forderungen der Gesundheitsförderung der Prävention auch vor der Etablierung der Gesundheitsförderung nicht verborgen geblieben sind.

## Zwischenprobleme

Will man einen Unterschied zwischen den beiden Disziplinen festlegen, dann kann man sagen, dass sie mit ihrer Bezeichnung – und nur mit ihrer Bezeichnung – eine Perspektive deklarieren, die im Falle der Prävention auf der Seite der zu verhindernden Probleme und im Falle der Gesundheitsförderung auf der Seite der zu fördernden Gesundheit ansetzt. Im ersten Fall werden die Probleme verhindert und damit die Gesundheit gefördert; im zweiten Fall wird die Gesundheit gefördert, indem Probleme verhindert werden. Kein Gesundheitsförderungsprojekt kann dabei vermeiden zu deklarieren, welche Verhaltensweisen oder Zustände durch die Interventionsversuche verbessert, verhindert oder sonst positiv beeinflusst werden sollen. Auf der andern Seite rücken die zu verhindernden Probleme auch bei der Prävention in der Regel sofort in den Hintergrund und dienen allenfalls noch als Motivationshilfe für die Systeme und/oder Individuen, sich an einem Präventionsprojekt beteiligen oder sich durch präventive Inhalte beeinflussen lassen. Beide Disziplinen arbeiten daher normalerweise nicht direkt an der Drogensucht, der Gewalt, den Herzkrankheiten etc., sondern formulieren «Zwischenprobleme» – z.B. mangelnde Abgrenzungskompetenz oder ungenügende Information, fehlende Streitkultur, zuviel Stress – an denen sie dann konkret arbeiten.

## Die «höhere» Ebene der Gesundheitsförderung

Auch wenn es einfach zu verstehen ist, dass die Begriffe «Prävention» und «Gesundheitsförderung» aus pragmatischen Gründen in Abgrenzung zu einander verwendet werden, so soll im

folgenden für eine Neudefinierung der Begriffe argumentiert werden. Zu diesem Zweck wird ein Widerspruch aufgenommen, der oben kurz erwähnt wurde: Sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Prävention sind sich mindestens seit den 80er-Jahren bewusst, dass eine wirkliche Ursachenbehandlung auf einer übergeordneten Ebene ansetzen müsste und nicht «nur» bei den Individuen resp. bei den Systemen in ihrer Umwelt. Trotzdem wird diese Ebene von beiden Disziplinen in der Praxis weit gehend ausgeblendet.

Wie könnte vermehrt bei den Ursachen angesetzt werden, die zu Verhaltensweisen und Zuständen führen, welche die Gesundheit beeinträchtigen – Ursachen, die das Individuum wohl beeinflussen, die aber ausserhalb der Reichweite üblicher Interventionsversuche liegen? Wie könnten die Entscheidungsträger in den Funktionssystemen der Politik, der Wirtschaft, der Medizin, der Bildung[17] dahin gehend beeinflusst werden, Gesundheitsaspekte regelmässig in ihre Entscheidungsprozesse zu integrieren? In andern Worten: Wie kann man bewirken, dass die Beachtung von möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit beim Fällen von Entscheidungen weitläufig statt nur punktuell integriert wird[18]? Diese Fragen werden sowohl von der Prävention als auch von Gesundheitsförderung aufgeworfen, aber nicht beantwortet.

Schaut man sich die Professionen im Gesundheitsbereich an, so scheint die Public Health-Ausbildung – mit all ihren theoretischen Defiziten – am ehesten darauf ausgerichtet zu sein, die Beantwortung dieser Fragen anzugehen. Public Health bildet in der Regel Personen aus, die selbst in solche Entscheidungsprozesse eingebunden sind, die also – zumindest ansatzmässig – das gesundheitsförderliche/-schädigende Potenzial von Entscheidungen von innen her (mit)bewirken können[19].

## Ein Spiegelbild der Ottawa-Charta

Die Ordnung der Disziplinen im Professionsbereich «Gesundheitsförderung» im deutschsprachigen Raum spiegelt damit die oben erwähnten zentralen Aspekte der Ottawa-Charta wieder: Die Public Health-Ausbildung ist – auch von der Zertifizierung Master of Public Health her – eine Ausbildung, die ist in erster Linie auf die strategische Ebene und damit auf die Punkte «gesundheitsförderliche Gesamtpolitik» und «gesundheitsförderliches Medizinsystem» ausgerichtet ist. Prävention und Gesundheitsförderung hingegen haben in ihrer heutigen Ausformung im deutschsprachigen Europa ihre Schwerpunkte näher beim Individuum, indem sie seine Ressourcen fördern, seine unmittelbare Lebenswelt gesundheitsförderlicher machen und seine soziale Vernetzung verbessern. Anders ausgedrückt: Während Public Health-Fachleute vor allem auf der übergeordnete Ebene der Funktionssysteme gesundheitsförderliche Entscheidungen zu bewirken versuchen und dabei strategische Überlegungen in den Vordergund stellen, sind die Fachleute der Prävention und der Gesundheitsförderung darum bemüht, solche Entscheidungen beim Individuum und bei den Systemen in seiner unmittelbaren Umwelt zu bewirken.

Diese Differenzierung auf der Ebene der Professionen spiegelt sich auch in der Terminologie der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) wider, die mit dem Begriff der Gesundheitsförderung zum einen eine «gesundheitsförderliche Gesamtpolitik» und zum andern die «Gesundheitsförderungsprojekte» bezeichnet[20]. Bei der gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik geht es – wie bei der Ottawa-Charta – um politische Entscheidungen, welche eine gesundheitsförderliche Entwicklung aller Bereiche der Gesellschaft garantieren sollen. Interessanterweise werden auf dieser Ebene kaum methodische Anregungen gemacht, wie denn solche Entscheidungen günstig beeinflusst werden können. Dafür steht die Methodik bei den Gesundheitsförderungsprojekten im Vordergrund, wobei wie in der Ottawa-Charta die Ressourcenförderung und die Arbeit im «Setting» besonders betont werden.

## Trennung der beiden Ebenen der Gesundheitsförderung

Zusammenfassend kann man feststellen, dass heute mit dem Begriff der Gesundheitsförderung im deutschen Sprachraum zwei grundsätzlich unterschiedliche Bereiche bezeichnet werden:

- eine politische Gesamtstrategie, der gesundheitsförderliche Entscheidungen in allen Lebensbereichen bewirken soll
- ein Bündel von methodischen Überlegungen, die sich auf konkrete Projekte beziehen

Dabei wird der Eindruck erweckt, dass der zweite Bereich, die praktische Umsetzung des ersten bezwecke. Dem ist aber nur ansatzweise so. Zwar wird die «Philosophie» der ersten Ebene – die Unterstützung von gesundheitsförderlichen Entscheidungen aufgenommen – aber sie bezieht sich nicht auf die Makroebene der grundlegenden politischen Entscheidungen, sondern auf die Mikroebene des individuellen Verhaltens und auf die Mesoebene der unmittelbaren Umwelt der Individuen. Es wird kaum ein Zweifel darüber bestehen, dass sich die praktischen Massnahmen auf den beiden Ebenen grundsätzlich unterscheiden: Eine gesundheitsförderliche Verkehrspolitik, politische Chancengleichheit, Frieden, menschenfreundlichen Städtebau oder ein Gesundheitssystem zu erreichen, das weniger auf die Heilung von Krankheit als auf den Schutz vor Krankheit ausgerichtet ist, das ist eine grundlegend andere Aufgabe, als in einer Schule oder einem Betrieb gesundheitsförderliche Strukturen einzurichten, resp. Individuen zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu bewegen.

## Ein Vorschlag zur Neuordnung der Begrifflichkeit

Bis hierhin wurde zu zeigen versucht, dass sich Prävention und Gesundheitsförderung auf der operativen Ebene weder in Bezug auf die Funktion noch in Bezug auf die Methodik grundlegend unterscheiden und dass der Begriff der Gesundheitsförderung zwei grundsätzlich verschiedene Ebenen bezeichnet. Aus diesen Gründen haben ich an anderer Stelle[21] im Sinne einer Neuordnung der Begrifflichkeit vorgeschlagen, den Begriff «Gesundheitsförderung» ausschliesslich für die übergeordnete Ebene der «gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik» zu verwenden und darunter alle Bereiche von der Bildungs- über die Verkehrs bis hin zur Gesundheits- oder Sozialpolitik zu subsumieren.

Für die Bezeichnung des operativen Bereiches könnte dann aus folgenden

Gründen der Begriff der Prävention jenem der Gesundheitsförderung vorgezogen werden:

- Es wird vermieden, dass Unterschiedliches (die beiden beschriebenen Ebenen der «Gesundheitsförderung») mit dem gleichen Begriff bezeichnet wird
- Mit dem Begriff der Prävention lässt sich exakt definieren, was mit den zur Diskussion stehenden Massnahmen verhindert werden soll; das macht Massnahmen konkreter planbar und den Begriff anschlussfähig zu etablierten Begriffen wie Präventivmedizin und Kriminalprävention[22]
- Wenn man den Begriff am Problem oder an der Krankheit orientiert, lässt sich auch der Übergangsbereich von präventiven zu behandelnden Massnahmen exakter erfassen, der gemeinhin mit Früherfassung (in Bezug auf Verhaltensweisen) und mit Diagnostik (in Bezug auf körperliche Symptome) umschrieben wird
- Schliesslich ist der Gesundheitsbegriff immer nur über seine Gegenseite – eine Krankheit, ein Problem oder ein Defizit – zu definieren. Diese Gegenseite muss spätestens beim Festlegen der eigentlichen Massnahmen angesteuert werden, indem «Zwischenprobleme» definiert werden, die dann behandelt werden können.
- Ohne diese Definition von Zwischenproblemen, die dem gegenwärtigen, als verbesserungswürdig empfundenen einen zukünftigen, verbesserten Zustand gegenüber stellen, lassen sich die präventiven/gesundheitsfördernden Massnahmen nicht evaluieren

Um es noch einmal zu betonen: Alle diese Punkte beziehen sich auf die Begrifflichkeit resp. auf die Wahl der Perspektive und nicht auf die Methoden «Ressourcenförderung» und «Setting-Orientierung», die auch bei der «problemorientierten» Prävention unbestritten sind.

## Abschliessende Bemerkungen

So sehr eine Neuordnung der Begrifflichkeit im Sinne von mehr Klarheit auch wünschbar wäre: die Ausführungen weiter oben haben gezeigt, dass Begriffe nicht nur die Funktion einer möglichst realitätsnahen Bezeichnung von Massnahmen und Dingen haben. Begriffe setzen sich fest; sie werden zur Gewohnheit und sie werden an Organisationen, Karrieren und persönliche Identitäten gebunden. Dieser Umstand macht es unwahrscheinlich, dass die derzeitige, verwirrende Bezeichnung des Gleichen mit zwei Begriffen in nächster Zeit aufgehoben wird. Das ist verständlich und auch nicht schlimm. Wichtiger ist, dass es weniger dieser Abgrenzungsdiskussionen gibt, welche keine Klärung des Verhältnisses von Prävention und Gesundheitsförderung bringen und gleichzeitig die Koordination der betreffenden Aktivitäten erschweren.

Zudem gilt wie immer: Auch die hier vorgestellte Perspektive ist nicht die einzig mögliche. Wenn sie dazu führt, dass andere Perspektiven ausformuliert und sachlich begründet werden, dann ist schon sehr viel erreicht – nämlich eine fundierte, von pragmatischen Interessen so weit wie möglich losgelöste Diskussion über die sich ausdifferenzierenden Professionen im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung. ■

**Literatur**


- **Bengel, Jürgen; Stittmatter, Regine; Willmann, Gerhard, 1999:** Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutonegese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln
- **Franzowiak, Peter; Sabo, Peter (Hrsg.), 1993:** Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz
- **Gassmann, Benno; Jost, Kathrin; Rohner, Hansjürg; Sager, Silvia, 1988:** Suchtprophylaxe in Theorie und Praxis. Lausanne
- **Hafen, Martin, 2001:** Präventionsgeschichte – Teil 3: Neuere Entwicklungen in der Prävention. In: SuchtMagazin 4/01
- **Hafen, Martin, 2001a:** Die Geschichte von Prävention und Gesundheitsförderung – Teil 1: frühe Konzepte. In: SuchtMagazin 2/01: 34-38
- **Hafen, Martin, 2001b:** Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf allen Ebenen. In: Abhängigkeiten 1/01: 33-49
- **Haug, Christoph V., 1991:** Gesundheitsbildung im Wandel. Bad Heilbrunn
- **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
- **World Health Organization WHO, 1986:** Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa.


1 Hafen, 2001b: 36

2 Im Originaltext: World Health Organization WHO, 1986. Der Volltext ist auf dem Internet zugänglich unter Adresse: http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html

3 Mit dem Begriff der Kontingenz wird bezeichnet, dass jede Wahl auch anders ausfallen könnte.

4 Für eine Übersicht über frühe Konzepte der Gesundheitsbildung siehe Hafen (2001a)

5 Haug (1991: 177) weist darauf hin, dass die beiden Begriffe «Gesundheitserziehung» (health education) und Gesundheitsförderung (health promotion) bald nebeneinander verwendet wurden und dabei eine so grosse Anzahl von Massnahmen umfassten, dass sie kaum noch Unterscheidungskraft besassen.

6 1991: 179f.

7 1991: 211

8 1991: 210

9 In der Schweiz bietet die Fachhochschule Aargau seit 2000 einen Nachdiplomkurs «Gesundheitsförderung» an und die Hochschule für Soziale Arbeit Luzern ein Nachdiplomstudium «Prävention und Gesundheitsförderung».

10 1993: 11

11 Auch der Ressourcenbegriff ist – wie alle Begriffe – ein Zwei-Seiten-Begriff. Er ist wie die Gesundheit kein Status, sondern ein Kontinuum von weniger zu mehr, ohne dass die andere Seite je wegfallen würde.

12 Gassmann et. al., 1988 (1. Auflage: 1985)

13 Der Umstand, dass so unterschiedliche Interventionsbereiche und methodische Ansätze, in lokkerer Form vermischt, als «zentrale Elemente der Gesundheitsförderung» präsentiert werden, mag mit dem bereits erwähnten Theoriedefizit zusammenhängen. Wenn man sich bewusst ist, wie immens unterschiedlich die methodischen und strategischen Anforderungen in Bezug auf die Umsetzung der einzelnen Punkte sind, wirkt das ungeordnete Auflisten dieser Punkte störend.

14 Hier muss fairerweise angefügt werden, dass die Veränderung grundlegender gesellschaftlicher Strukturen durch die Health Promotion wohl auch in den USA wohl eher die Ausnahme als die Regel ist.

15 Anzeichen dafür sind die sich ausdifferenzierende Weiterbildung in diesem Bereich oder die Selbstorganisation in Fachverbänden.

16 Anhand der Durchsicht von rund zwei Dutzend grösseren Projekten, die sich als Prävention resp. als Gesundheitsförderung bezeichnen.

17 Zweifellos ist das Bildungssystem ein Hauptinterventionsort für präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen. Diese setzen aber immer nur in Organisationen, in Schulen, in Ausbildungsstätten an und nicht an grundlegenden Strukturen wie den Lehrplänen.

18 Die Annahme liegt nahe, dass bei solchen Entscheidungsprozessen andere Aspekte eher Beachtung finden als gesundheitliche: etwa die bevorstehende Wahl der PolitikerInnen oder das knapp bemessene Budget.

19 Das schliesst natürlich nicht aus, dass Public Health-Fachleute die Leitung von Projekten oder Organisationen in der praktischen Prävention und Gesundheitsförderung übernehmen; sie sind sicher gut für solche Stellen qualifiziert. Andererseits handelt es sich bei Public Health um ein Studium, das auf einer akademischen Ausbildung aufbaut, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die AbsolventInnen nach Führungspositionen in der Verwaltung oder in Unternehmen streben.

20 Vgl. dazu SGPG, 2000

21 Hafen, 2001b

22 Es fällt auf, dass präventive Massnahmen zum allergrössten Teil in Systemen vorkommen, welche für die Gesellschaft eine Art «Reparaturfunktion» erfüllen: das Justizsystem, welches Gesetzesüberschreitungen sanktioniert; das Medizinsystem, welches körperliche und psychische Krankheit behandelt und das Sozialhilfesystem, welches sich Menschen in sozialen Notlagen annimmt.