Braucht es eine "Hypotheorie" als Präventionstheorie?

Autor(en): **Hüsler, Gebhard**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **29 (2003)**

Heft 1

PDF erstellt am: **27.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800867

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Braucht es eine «Hypertheorie» als Präventionstheorie?

Der Anlass für diesen Beitrag fand sich bei der Lektüre des von Martin Hafen in dieser Rubrik publizierten Artikels zur Prävention und der darin geäusserten Idee, eine umfassende Präventionstheorie basierend auf der Luhmannschen Gesellschaftstheorie zu entwerfen. Meine Ausführungen nehmen nicht direkt darauf Bezug, sollen aber zeigen, dass angesichts der Komplexität des Themas, bereichsspezifische Theorien und die systematische Aufarbeitung des bereits vorhandenen Wissens ausreichen, um wissenschaftlich vertretbare Prävention zu betreiben.

GEBHARD HÜSLER*

Prävention ist keine Erfindung unserer Zeit. Da der Mensch zur Antizipation von Ereignissen fähig ist, sind seine Vorstellungen über mögliche Gefahren, denen er sich ausgesetzt sieht, und von der sich schützen will, unbegrenzt. Gefahrenabwendung ist im Verhaltensrepertoire des Menschen fest verankert. Zu allen Zeiten wurden auch Methoden gesucht und gefunden, wie Gefahren abgewendet werden können. Es besteht ein Alltagswissen bzw. ein durch Tradition vermitteltes Wissen darüber, wie gewissen Gefahren begegnet werden kann bzw. wie Risiken vermindert werden können, um nicht Schaden zu nehmen. Da der Mensch, bedingt durch technischen Fortschritt und soziale Veränderungen selbst Gefahren setzt, wachsen mit den Optionen auch die Risiken und rufen wiederum mögliche Schutzmechanismen auf den Plan. So gesehen ist Prävention – im Sinne der möglichen Schadensabwendung – eine Geschichte ohne Ende. Es hängt also von der Gesellschaft ab, welche Prioritäten sie setzt.

Wechselnde Präferenzen

Nun ist es nicht gleichgültig, vor was man sich schützt. Es gibt Präferenzen. So ist die chinesische Mauer ein sichtbares und gigantisches Zeichen aus der Geschichte, sich vor Feinden zu schützen. In heutiger Zeit vielleicht vergleichbar mit dem Raketenschutzschild mit dem sich die USA versehen wollen. Das trifft die Frage der Mittel. Ist ein Mittel tauglich oder untauglich, um das Ziel, Schutz zu erreichen? Für die chinesische Mauer verneinen die Historiker einen solchen Effekt. Ein Mittel ist also so lange tauglich, wie es nicht bessere technische oder andere Mittel gibt, sich zu schützen.

Bereits an diesem Beispiel lässt sich zeigen, dass Schutz bzw. Prävention immer nur vorläufig sein kann. Erfahrungsgemäss ändern sich die Dinge und damit auch die Voraussetzungen dafür, wie und vor was man sich schützen will. Demnach braucht es jeweils Anpassungen des Schutzverhaltens an die sich verändernden Bedingungen, und damit hängt Schutzverhalten mit den internen und externen Gegebenheiten der Menschen zusammen. Hier kommen die individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen ins Spiel. Eine verunsicherte und ängstliche Gesellschaft wird vermutlich – mit Rücksicht auf die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel – mehr in die Absicherung von Risiken stecken als eine Gesellschaft, die Gefahren anders einschätzt.

Wie präsentiert sich Prävention?

Die derzeitige präventive Landschaft ist sehr offen, «anything goes». Gesellschaftlich durchdachte Konzepte oder fein gesponnene theoretische Überlegungen, die ihren Niederschlag in der Praxis finden, haben wenig Raum. Die Rechtfertigung für jedwelche Form präventiven Handelns findet sich allemal in der unwiderlegbaren Behauptung, wenn nichts unternommen worden wäre, so wäre die Situation ja noch viel schlimmer. Also verhindert Prävention menschliches Leid und spart auch noch Kosten. Dies ist bei ausufernden Ausgaben im Gesundheitswesen, wo wir nach den USA den stolzen zweiten Platz einnehmen, eine willkommene Botschaft.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob wir hier nicht den falschen Propheten folgen. Es ist vermutlich so – wie bereits kurz skizziert – dass Prävention immer da einsetzt, wo ein Problem wahrgenommen wird und mehr oder weniger Konsens besteht, dass da etwas gemacht werden muss. Ein nach-

* Dr. phil. Gebhard Hüsler, Forschungsleitung des Präventionsprogramms *Supra-f*, Universität Fribourg, Rehabilitations- und Gesundheitswissenschaft, Route de Faucigny 2, CH-1701 Fribourg, Tel.: 026/300 76 54 oder Fax: 026/300 97 12, E-Mail Gebhard.Huesler@unifr.ch. Für kritische Durchsicht und hilfreiche Hinweise möchte ich Prof. Jürgen Rehm, Suchtforschungsinstitut Zürich herzlich danken.

haltiger Kosteneffekt ist vermutlich oft nicht zu erwarten. Hier stellt sich doch die Frage, ob das Kostenargument das allein gültige ist. Nehmen wir als Beispiel *supra-f*, ein Präventionsprogramm für gefährdete Jugendliche. Möglicherweise kann mit diesem Programm eine kostenträchtige Suchtkarriere verhindert werden. Viel wesentlicher ist doch, dass diesen Jugendlichen Entwicklungschancen geöffnet werden, die sie möglicherweise ohne dieses Programm nicht gehabt hätten. Was allerdings belegt werden sollte.

Professionalisierung der Prävention

Lange Zeit wurde Prävention in den verschiedensten Bereichen betrieben, ohne dass Fragen nach Aufwand und Ertrag gestellt wurden. Vermutlich als Folge der knapper werdender Mittel, aber auch bedingt durch die zunehmende Vereinnahmung der Prävention durch verschiedene wissenschaftliche Disziplinen (Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Ökonomie, Recht) begannen sich in den letzten Jahren für alle Disziplinen minimale Standards durchzusetzen, die Eckwerte einbeziehen – Eckwerte, die es erlauben, grob abzuschätzen, ob gewünschte Parameter sich verändern oder eben nicht. Es haben sich a) allgemein akzeptiere Regeln des richtigen Tuns herauskristallisiert, die sich am gegenwärtigen Wissen orientieren, und es gibt b) Hinweise wie Präventionsprogramme gestaltet sein müssen, damit sie einen minimalen Erfolg garantieren. Dies wird in der englischsprachigen Literatur als «evidence based oder science based» beschrieben.
Dieser Schritt hin zu einer zunehmenden Professionalisierung musste erfolgen, angesichts der Tatsache, dass Prävention nun ebenfalls mit unausgesprochenen Heilsbotschaften verknüpft wird, wie sie zuvor von der Medizin vorgetragen wurden und die neuerdings durch die Genforschung und ihre Anwendung in der Medizin wieder Aufwind bekommen. Es gibt keinen vorstellbaren menschlichen Bereich, in welchem präventive Aktivitäten nicht sinnvoll sein könnten. Am augenfälligsten ist dies gegenwärtig im Gesundheitsbereich. Die Gesundheitskosten steigen überproportional, gleichzeitig wurde aber noch nie soviel Prävention betrieben wie heute.

Was ist eigentlich Prävention?

Eine weite Definition betrifft, wie eingangs beschrieben, die Schadensabwendung. Umwelten oder Individuen werden mit dem Ziel manipuliert, mögliche Bedrohungen, denen Einzelne, Gruppen oder Gesellschaften ausgesetzt sind, abzuwenden oder gar nicht aufkommen zu lassen. Es handelt sich also um mehr oder weniger erfolgreiche Techniken, die Individuen oder Gesellschaften dazu bewegen sollen, etwas zu tun oder zu unterlassen – immer mit der Ziel Gefahr zu reduzieren. Der Effekt bestimmt sich durch den Erfolg der Manipulation. Wenn mit einer Massnahme (Geschwindigkeitsreduktion auf Strassen) weniger Tote pro Jahr zu verzeichnen sind, so ist diese Technik erfolgreich. Gleichzeitig zeigt sich gerade an diesem Beispiel, dass diese Techniken oft durch politisches Aushandeln erzielt werden. Wie viele Verkehrstote will sich eine Gesellschaft leisten? Danach bestimmt sich die Massnahme.
Wenn Mobilität und Geschwindigkeit ein hoher Wert in einer Gesellschaft zukommt, ist sie weniger bereit, effektive Techniken einzusetzen, damit tatsächlich weniger Verkehrstote zu beklagen sind. Diese Techniken beruhen auf vorhandenem handlungs- und interventionsbezogenem (technologischem) Wissen. Das technologische Wissen gehorcht dem Effektivitätskriterium[1] und nicht dem Wahrheitskriterium. Es stellt sich hier lediglich die Frage der erfolgreichen Anwendung. Es ist im wesentlichen eine Güterabwägung, welche Güter der Gesellschaft oder ihren bestimmenden Teilen wichtiger sind.

Bedingungen erfolgreicher Prävention

Die AdressatInnen, die manipuliert werden sollen, sollten bekannt sein. Präventionsbemühungen richten sich an jemanden. Je weiter der AdressatInnenkreis, desto schwieriger wird es in der Regel, Effekte nachzuweisen. Ein nächster Schritt besteht darin, bestimmte Gruppen mit bestimmten Merkmalen zu suchen. Das bedingt diagnostische Massnahmen, was heisst, dass je nach AdressatIn und Gruppe unterschiedliches technologisches Wissen verlangt wird. Wenn der Adressat «alle» sind, so kommen nur massenmediale Techniken in Frage. Die Wirkung dieser Techniken ist wiederum von Randbedingungen abhängig. Die Nichtkenntnis der AdressatInnen ist hier ein grosser Nachteil, und Botschaften müssen dementsprechend breit sein mit dem Risiko, dass sich kaum jemand angesprochen fühlt. Will man gezielt Prävention betreiben, so müssen die Gewohnheiten des AdressatInnenkreises bekannt sein. So sprechen beispielsweise Männer und Frauen aus unterschiedlichen sozialen Schichten auf unterschiedliche Dinge an.
Hier ist die Unterscheidung von Verhaltens- und Verhältnisprävention wichtig. Vermutlich ist – je nach gesellschaftlicher Schichtung und dem Präventionsziel – bedeutend wirksamer, mittels Verhältnisprävention Einfluss auf das individuelle Verhalten zu nehmen[2]. Wenn durch eine Gesetzesänderung bewirkt wird, dass alle langsamer fahren, oder beispielsweise gesundheitsschädigende Nachtarbeit reduziert wird, so muss nur noch überwacht werden, ob die Vorschrift eingehalten wird. Ganz anders bei der Verhaltensprävention, die eher am Individuum ansetzt. Hier wird es bedeutend schwieriger, in kurzer Zeit erwünschte Effekte zu erzielen. Dieses Beispiel soll zeigen, dass es in der Prävention auf bereichsspezifisches Wissen ankommt.

Das Verhältnis von Präventionstheorie zur Präventionspraxis

Kühn und Rosenbrock[3] schreiben: *«Wir sollten also von der landläufigen Meinung Abstand nehmen, derzufolge sich Prävention auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Vorstellungen über Krankheitsursachen und deren Verteilung gründet. Es lassen sich vielmehr Regelmässigkeiten einer gesellschaftlichen Zuchtwahl von Präventionskonzepten erkennen. Die soziale Umwelt selektioniert und mutiert präventive Ideen, Ansätze oder Konzepte in einer Weise, in der nur die Angepasstesten überleben. Die Überlebensbedingungen eines Konzeptes sind primär von der Verträglichkeit der je spezifischen praktischen Handlungskonsequenzen und dem status quo des jeweiligen Feldes abhängig.»* Diese Ansicht läuft allerdings der zuvor geäusserten Behauptung über die evidenz- oder wissensbasierten Prävention zuwider, muss ihr aber nicht widersprechen. Ein Beispiel: DARE ein, in

den USA sehr beliebtes und sehr teures (1-2 Milliarden Dollar jährlich, Expertenschätzung) Suchtpräventionsprogramm für Jugendliche hat sich in mehreren Evaluationen als erfolglos erwiesen. Dennoch wird es weiter geführt. Man kann hier davon ausgehen, dass möglicherweise andere Ziele verfolgt werden, als die intendierten.
Bereichsspezifische Präventionstheorien gibt es zuhauf, vor allem jene Theorien, die versuchen das individuelle menschliche Verhalten zu verändern, werden auch regelmässig in empirischen Studien angewendet. Hier zeigt sich gegenwärtig eine Lücke zwischen «wissenschaftlich legitimierter Prävention» und der Praxis.
Die Schwierigkeiten im Theoretischen und im Praktischen sollen nun für den Bereich der Gesundheitsförderung bzw. Prävention explizit gemacht werden.

Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheit und Gesundheitsförderung sind unklare Begriffe. Die breite und unpräzise Begrifflichkeit der WHO wurde schon von vielen Autoren kritisiert[4]. Frühe Gesundheitsdefinitionen setzen Gesundheit ab von Krankheit. Gesundheit ist das Fehlen von Krankheit. Damit wird Gesundheit nicht als eigenständiger Zustand bestimmt. Gesundheitsförderliche Massnahmen würden sich auf die Krankheitsvermeidung beschränken, kämen also der Prävention nahe. Der Gesundheitsbegriff der WHO als *«Zustand des vollkommenen körperlichen. seelischen und sozialen Wohlbefindens»* ist statisch angelegt und betont den Zustand der Gesundheit. Von einem entwicklungspsychologischen Standpunkt aus gesehen ist aber die Dynamik der Gesundheit von Bedeutung. Im Laufe der lebenslangen Entwicklung kann es zu mehr oder weniger starker Annäherung an den Idealzustand kommen.
Wichtig sind aber die Abweichungen für die persönliche Weiterentwicklung also der Aufbau von Strategien im Umgang mit Phasen des Missbefindens – diese Aspekte haben keinen Platz in dieser Definition. Die Definition betont ausserdem die subjektiven Aspekte der Gesundheit und vernachlässigt objektivierbare Daten. Die Betonung des Zustandes vollkommenen Wohlbefindens schränkt den Geltungsbereich der Definition ein. Eine weitere Kritik setzt an der mangelnden Operationalisierbarkeit der Definition an – es bleibt unklar, wie der Zustand des vollkommenen Wohlbefindens aussieht, welcher Grad der Annäherung als kompatibel gelten kann und wie dies operational gemessen werden soll.

Die Notwendigkeit einer Definitionserweiterung

Nach Lohaus[5] zeigt die Kritik die Notwendigkeit einer Definitionserweiterung, um die Dynamik des Gesundheitsgeschehens zu erfassen, und objektivierte Daten einbeziehen zu können und um des subjektiven Wohlbefindens vor dem Hintergrund der eigenen persönlichen Möglichkeiten zu relativieren[6]. Mit einem Anforderungs-Ressourcenmodell lassen sich verschiedene Ebenen (persönlich, sozial, kulturell) unterscheiden. Bronfenbrenners Entwicklungsmodell von 1977 unterscheidet eine Mikro-, eine Meso-, eine Exo- und eine Makro-Ebene, in denen sich ein Individuum befindet. Die Mikroebene umfasst die sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen, Familie und Lehrpersonen, die Mesoebene die Verbindungen des Mikrosystems, die Exoebene Institutionen im weiteren Sinne und die Makroebene die gesellschaftlichen Verhältnisse. Dieses «Funktionieren» in einer bestimmten Lebenswelt kann nicht nur aus dem Blickwinkel blosser Abwesenheit von pathologischen Verhaltens- und Erlebensweisen, sondern auch in Hinblick auf subjektives Wohlbefinden, Lern-, Leistungs- und Genussfähigkeit, physische und psychische Gesundheit sowie Freude an familiärer und institutioneller Einbettung beschrieben werden (positive Gesundheit).

Die Bestimmung der Funktionsfähigkeit: Risiko-...

Bei der Entwicklung von Systemen sind Faktoren (innere, äussere), die auf ein System stabilisierend oder destabilisierend wirken, zu beachten. Die Entwicklungspsychopathologie konzentriert sich dabei auf die Vergangenheit bzw. auf die individuellen Entwicklungsbedingungen. Die Klinische Psychologie interessiert sich für Faktoren, die im Laufe der Intervention auf ein System stabilisierend bzw. destabilisierend wirken. Die Entwicklungspsychopathologie benennt als stabilisierende Faktoren Schutzfaktoren und Resilienz sowie als destabilisierende Bedingungen Risikofaktoren und Vulnerabilität. Beide Begriffe sind nicht klar umgrenzt und methodisch schwer zu fassen[7].
Risikofaktoren setzen sich aus sehr heterogenen Variablen zusammen. Unter Risikofaktoren versteht man *distale* Rahmenbedingungen wie Armut, ungünstige Wohnbedingungen und/oder Zugehörigkeit zu einer Randgruppe. Dann werden als Risikofaktoren Beziehungen und Eigenschaften von Bezugspersonen untersucht. Untersuchungsfelder sind Aggressionen und Gewalt in der Familie. Zu den Risikofaktoren zählen aber auch *proximale* Faktoren – beispielsweise internale Bedingungen wie Temperament, biologische Faktoren, Lebensstil, Problemlöse- und Bewältigungsstrategien. Der Stellenwert dieser Faktoren ist verschieden.
Vulnerabilität ist ein Begriff, der am Individuum ansetzt. Sie bezieht sich auf das Ausmass der Wirksamkeit von Risikofaktoren. Je ausgeprägter die Vulnerabilität, desto eher können Risikofaktoren wirksam werden. Bei der Vulnerabilität lassen sich zwischen biologischen und psychologischen Bedingungen unterscheiden. Die biologischen Bedingungen sind Temperament und körperliche Gesundheit, die psychologischen Bedingungen sind mit den bisherigen Entwicklungserfahrungen und der Einflussnahme bzw. dem Gestaltungswillen um die eigene Entwicklung bedingt.

... und Schutzfaktoren

Das Gegenstück zu den Risikofaktoren – die protektiven Faktoren – lassen sich ebenfalls in distale Randbedingungen, proximale Beziehungseinflüsse und internale Schutzfaktoren aufschlüsseln. In Längsschnittstudien hat sich immer wieder gezeigt, dass Kinder und Jugendliche trotz hoher Risikofaktoren eine günstige Entwicklung nehmen[8]. Diese Beobachtung wird als Widerstandsfähigkeit (Resilienz) interpretiert und definiert als Fähigkeit, internale und externale Ressourcen erfolgreich zu nutzen[9]. Resilienz wird aber nicht als stabiles Persönlichkeitsmerkmal, sondern als variierend über Zeit und Situationen verstanden[10]. Noam[11] hat deshalb die Unterscheidung zwischen konstitutioneller Resilienz und Resili-

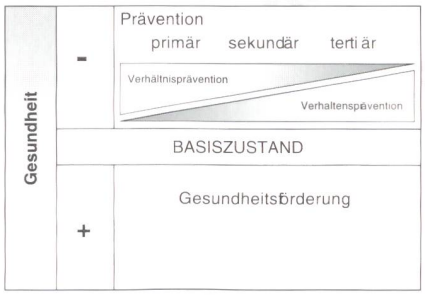
enzentwicklung eingeführt. Resilienz kann deshalb auch als bereichsspezifisch angesehen werden. Resilienz würde sich unter dieser Perspektive analog zur Vulnerabilität aus biologischen und psychologischen Bedingungen zusammensetzen. Die Resilienzforschung bemüht sich daher um die Isolierung von Umweltfaktoren, die zum Phänomen der Resilienz beitragen. Diese Risiko- und Resilienzfaktoren sagen aber nicht vorher, welcher Weg ein Jugendlicher einschlägt.
Viele Bedingungen und viele Entwicklungswege können zum gleichen Erscheinungsbild führen – was mit Äquifinalität gemeint ist[12]. Umgekehrt können ein und derselbe Entwicklungsweg bzw. die dabei auftretenden Kombinationen von Bedingungen zu unterschiedlichen Krankheitsbildern oder Störungen führen – je nachdem, wie das System die Bedingungen verarbeitet. Hierfür steht der Begriff der Multifinalität. Es ist die Aufgabe der Entwicklungspsychopathologie, die Fragestellungen zu einer normalen bzw. abweichenden Entwicklungen genauer zu untersuchen.

Entwicklungspathologie als neue Wissenschaft

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Entwicklungspsychopathologie als Folge der Integration verschiedener, bisher getrennter Disziplinen zu einer neuen Wissenschaft entwickelt. In ihrem 1984 erschienenen Artikel «The domain of developmental psychopathology» definieren Sroufe und Rutter die Entwicklungspsychopathologie als *«die Untersuchung vom Ursprung und Verlauf individueller Muster fehlangepassten Verhaltens, welcher Art auch immer die Umformung in die Verhaltensmanifestation sein mag und ganz gleich, wie komplex das psychologische Entwicklungsmuster ist»*. Die Entwicklungspsychopathologie konzentriert ihr Interesse hauptsächlich auf die Untersuchung von Risikogruppen oder psychopathologisch auffälligen Bevölkerungskreisen. Ein verwandter Aspekt ist das Interesse an den Mechanismen und Prozessen, die die möglichen Folgen von Risikofaktoren mildern[13].
Der Ansatz, den ein entwicklungspathologischer Zugang erfordert, verlangt nach einer umfassenden Beurteilung der psychischen Funktionsfähigkeit unter Einbezug multidisziplinärer, multikontextueller und bereichsspezifischer Erfassungsstrategien. Diese Ausführungen sollen veranschaulichen, dass uns a) viel bereichsspezifisches Wissen fehlt, um gezielt und erfolgreich Prävention betreiben zu können und dass b), sobald Prävention mit speziellen Gruppen durchgeführt wird, Screenings notwendig sind, die zeigen, dass gerade diese Gruppe und keine andere Prävention erhalten soll.

Re-Definierung von Prävention und Gesundheitsförderung

Mit Lohaus[14] liesse sich deshalb ein Vorgehen in Teilschritten denken, um eine Annäherung an eine Operationalisierung zur Erreichung des Zielzustandes des physischen und psychischen Wohlbefindens. Zunächst ist ein Basiszustand von Gesundheit als Grundlage für die individuelle gesundheitliche Weiterentwicklung festzuhalten. Der Basiszustand könnte beschrieben werden als ein weit gehendes Freisein von Erkrankungen (subjektiv und objektiv). Unter dem Aspekt der Teilzielhierarchie lassen sich alle Präventionsarten (primär, sekundär, tertiär) dem Teilziel Herstellung der gesundheitlichen Basis unterordnen, von der aus eine Weiterentwicklung in Richtung eines optimalen Wohlbefindens angestrebt werden kann. Die drei Präventionsarten beschreiben je nach dem bestehenden Gesundheitszustand der Zielpopulation unterschiedliche Wege, um einen gesundheitlichen Basiszustand (definiert als Abwesenheit von Erkrankungen bzw. weiterreichenden Erkrankungsfolgen) zu erreichen. *Präventionsformen können also als Handlungsstrategie verstanden werden, um einen gesundheitlichen Basiszustand (wieder-)herzustellen.* Diese Handlungsstrategien können als unterschiedliche Formen von Techniken verstanden werden (gesetzgeberische Massnahmen, massenmediale Beeinflussungsformen, Individual- oder auf Gruppen anwendbare Programme). Für die weitere Begriffsverwendung lässt sich damit gleichzeitig festhalten, dass der Begriff Prävention sich im wesentlichen auf Strategien zur Vermeidung von Störungen bezieht, während der Begriff der Gesundheitsförderung darüber hinausgeht und alle Strategien zur Verbesserung des Gesundheitszustandes umfasst. Für die Wahl von Gesundheitsförderungsmassnahmen von Bedeutung ist weiter die Unterscheidung, ob eine physische oder psychische Gesundheitsperspektive im Vordergrund steht.



Welche Theorien eignen sich am besten?

Bei der Zielgruppe stellt sich die Frage, ob die Gesundheitsförderung unspezifisch (sich an alle richtet) oder spezifisch ist (für eine bestimmte Gruppe). Spezifische Programme setzen ein Bedingungs- und Behandlungsmodell voraus – ein Bedingungsmodell, das die Frage klärt, *«wie kommt es, dass eine bestimmte Risikokonstellation entsteht»* und ein Behandlungsmodell, das darüber Auskunft gibt, welche Interventionen (Strategien oder Techniken) dazu führen, dass sich diese Risikokonstellationen nicht als weiteres Hemmnis für eine förderliche Entwicklung des Jugendlichen auswirken. Zur Erklärung der Ätiologie und Aufrechterhaltung von Verhaltenskonstellationen wie bspw. risikoreichen Substanzkonsums bieten sich dann Theorien an. So teilen Liettieri & Welz[15] nach psychologischen, sozialpsychologischen, soziologischen und physiologischen, genetischen und biochemischen Theorien ein. Theorien sollten ebenfalls nach ihrer Reichweite unterschieden werden. Übergreifende Gesellschaftstheorien können dabei für das Verständnis dieser Zusammenhänge lediglich als Rahmen dienen. *Vorzuziehen sind bereichsspezifische Theorien, die operationalisierbar sind.*
Es sollten Theorien bzw. Modelle herangezogen werden, die Multifinalität und Äquifinalität berücksichtigen bzw. die Entwicklung über die Zeit mit einbeziehen wie sie in Entwicklungsstufenprogrammen vorzufinden sind. Ein Modell, das alle diese Aspekte berücksichtigt, kann es jedoch nicht geben, da es so breit angelegt sein muss, dass jede Operationalisierbarkeit bzw.

Umsetzung in die Praxis scheitern muss. Es dient höchstens einem vagen Verständnis des eigenen Handelns. Für präventive Aktivitäten jedenfalls muss die Sinnhaftigkeit angezweifelt werden.

Wissenschaftliche Programme sind Mangelware

Es ist sicher hilfreicher Programme, die sich als erfolgreich herausgestellt haben, zu sammeln und an diesen zu lernen. Wer jetzt aber glaubt, solche Programme, die nur einigermassen wissenschaftlichen Kriterien genügen (detaillierte Programmbeschreibung, Interventionen entweder theoretisch, oder durch dokumentierte Erfahrung abgestützt, eine Vergleichs- oder Kontrollgruppe), seien zu Hauf verfügbar, irrt. So gibt es beispielsweise im Bereich der Sekundärprävention mit Jugendlichen kaum Arbeiten, die diesen Kriterien genügen. Allerdings finden sich isolierte Programmeinheiten, die auf ihre Wirksamkeit überprüft wurden und durchaus erstaunliche Resultate zeigen. Ein Beispiel dafür ist die Metaanalyse von Durlach und Wells von 1998 oder die Arbeit von Greenberg, Domitrovich und Bumbarger (2001). Als Regel lässt sich formulieren: Je breiter ein Programm angelegt ist, desto schwieriger ist es, eine Evaluation so anzulegen, dass sie den oben genannten Kriterien genügt und desto grösser ist die Gefahr mit Beschreibungen möglicher effektiver Faktoren aufzuwarten, ohne aber die Wirksamkeit des Programms nachgewiesen zu haben.

Fazit

Was in der Prävention fehlt, ist nicht eine «Hypertheorie» sondern Programme, die wissenschaftlichen Kriterien (theoretischen Fundierung, detaillierte Programmbeschreibung, Nachprüfbarkeit) genügen. Voraussetzung dafür ist die systematische Sichtung der bereits durchgeführten präventiven Aktivitäten in Formen von Übersichten und vor allem quantitativen Metaanalysen. Darüber hinaus ist die Überprüfung der verschiedenen Techniken hinsichtlich Wirksamkeit und Reichweite zu fördern. Weiter sollte eine systematische Aufarbeitung der bereits bestehenden Theorien zur Verhaltensänderung erfolgen.

Wenn präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten aus der Beliebigkeit «anything goes» heraus kommen wollen, dann ist den präventiven Aktivitäten vorgelagert, die Herstellung einer Wissensbasis hinsichtlich der Variation individueller Verhaltensweisen und die Beschreibung der Eckwerte für eine mögliche pathologische Entwicklung. Dies verlangt aber den Aufbau einer Kohorte (Jugend, Erwachsene), die bis anhin für die Schweiz nicht realisiert ist. ■

Literatur

- **Bronfenbrenner, U., 1977:** Toward an experimental ecology of human development. American Psychologist, 32: 513-531.
- **Caritas, 2003:** Sozialalmanach. Gesundheit – Eine soziale Frage. Luzern: Caritas Verlag.
- **Cicchetti, D.; Cohen, D. (Eds.), 1995:** Developmental Psychopathology: Theory and Methods, Vol.1. New York: Wiley.
- **Cicchetti, D.; Lynch, M., 1993:** Toward an ecological/transactional model o community violence and child maltreatment: Consequences of children's development. Psychiatry, 56: 96-118.
- **Egle, T.; Hoffmann, S.; Stelffens, M., 1997:** Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: T. Egle; S. Hoffmann; P. Joraschky (Hrsg.), 1997: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früherer Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer.
- **Greeenberg; M.T. Domittrovich, C.; Bumbarger, B.(2001):** The Prevention of Mental Disorders in School-Aged childen: Current State of the Field. Prevention and Treatment,(4), 1
- **Hurrelmann, K., 1990a:** Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Weinheim. Beltz.
- **Kusch, M.; Petermann, F., 1998:** Konzepte und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In: Petermann, F. (Hrsg.), 1998: Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie, Göttingen: Hogrefe: 53-93
- **Lohaus, A., 1994:** Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter.Göttingen, Hogrefe.
- **Masten, A.; Best, K.; Garmezy, N., 1990:** Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology, 2: 425-444.
- **Oerter, R.; von Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G., 1999:** Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim: PVU.
- **Lettieri, D.J.; Welz, R. (Hrsg.), 1983:** Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen. Ein Handbuch. Weinheim-Basel: Beltz.
- **Noam, G., 1997:** Clinical-Developmental Psychology: toward developmentally differentiated interventions (585-634). In: Damon, W.; Siegel, I.; Renninger, K. (Hrsg.), 1997: Handbook of Child Psychology. New York: Wiley.
- **Perrez, M., 1998:** Wissenschaftliche Grundlagen der klinisch-psychologischen Intervention. In: Baumann, U.; Perrez, M. (Hrsg), 1998: Lehrbuch Klinische Psychologie- Psychotherapie. Bern. Huber.
- **Rosenbrock, R.; Kühn, H.; Köhler, B.A., 1994:** Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. In: Rosenbrock, R.:Kühn, H., 1994: Präventionspolitik. Berlin. Sigma.
- **Rutter, M., 1988:** Epidemiological approaches to developmental psychopathology. In: Archives of General Psychiatry, 45: 486-495.
- **Rutter, M., 1990:** Prosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf, J.;Masten, A.; Chicchetti, D.; Nuechterlein, K.; Weintraub, S. (Hrsg.), 1990: Risk and protective factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press.
- **Sieber, M., 1993:** Drogenkonsum: Einstieg und Konsequenzen. Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen und deren Bedeutung für die Prävention. Bern: Huber.
- **Sroufe, A.; Rutter, M., 1984:** The domain of developmental psychopathology. Child Development, 55: 17-29
- **Waters, E.; Sroufe, A., 1983:** Social competence as a developmental construct. Developmetal Review, 3: 79-97.
- **Werner, E., 1990:** Protective factors and individual resistance. In: Meisels, S.; Shonkoff, J. (Hrsg.), 1990: Handbook of Early Childhood Intervention: 97-116
- **Werner, E.; Smith, R., 1982:** Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw Hill.

Fussnoten

1 Vgl. dazu Perrez, 1998
2 Vgl. Caritas, 2003
3 1994, 38ff.
4 Vgl. dazu Lohaus, 1994
5 1994
6 Hurrelmann, 1990a
7 Oerter et al., 1999
8 Werner; Smith, 1982; Werner, 1990; Egle; Hoffmann; Stelffens, 1997
9 Waters; Sroufe, 1983
10 Masten; Best; Garmezy, 1990; Rutter, 1990
11 1997
12 Cicchetti; Cohen, 1995; Kusch; Petermann, 1998
13 Cicchetti; Lynch, 1993; Rutter, 1988
14 1994
15 1983