

Grundgedanken Prävention

Defintionen

Prävention wird nach gängigen wissenschaftlichen Definitionen als Krankheitsverhütung verstanden. Prävention im Sinne einer generellen Vermeidung eines schlechteren Zustandes umfasst daher alle zielgerichteten Massnahmen und Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern. Die Übersetzung des lateinischen *praevenire*, das die Grundform des Wortes Prävention darstellt, lautet *zuvorkommen*. Fachrichtungsübergreifend werden mit Prävention die Massnahmen bezeichnet, „die notwendig sind und ergriffen werden, um mögliche Abweichungen von der gesellschaftlichen Norm zu verhindern bzw. die Risiken für eine solche Abweichung zu vermindern“ (Sandrieser & Schneider 2002, 113).

Abgrenzung Gesundheitsförderung

Während Prävention eine gezielte Vermeidung von Krankheiten und Gesundheitsstörungen durch eine Reduktion von Belastungen und Risiken anstrebt, setzt Gesundheitsförderung vor allem ressourcenorientiert und weniger spezifisch bezüglich Zielgruppen und Massnahmen an. Die Prävention betont die Seite der Krankheit, die ihre Massnahmen verhindern sollen; die Gesundheitsförderung konzentriert sich auf die Gesundheit, die sie fördern will, und ist somit grundsätzlich ressourcenorientiert. Hafen (vgl. Hafen 2001a) kritisiert, dass immer mehr Präventivmassnahmen unter dem Label ‚Gesundheitsförderung‘ angeboten werden. Er bemängelt, dass die Vermischung der beiden Begriffe vor allem darauf gründet, dass die Funktion der Prävention (Verhinderung von Unerwünschtem) mit der Methode (Förderung von Ressourcen) gleichgesetzt wird (vgl. Hafen 2001a).

Hurrelmann, Klotz und Haisch (2004, 12) grenzen wie folgt ab: „Bei der Prävention besteht das Eingreifen (Intervenieren) in dem Verhindern und Abwenden von Ausgangsbedingungen und Risiken von Krankheiten; Voraussetzung ist eine Kenntnis pathogenetischer Dynamiken, also der Entwicklungs- und Verlaufsstadien des individuellen und kollektiven Krankheitsgeschehen.

Bei der Gesundheitsförderung besteht das Intervenieren in dem Verbessern von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung und dem Fördern der ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmässigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung von Bevölkerungsgruppen; Voraussetzung ist eine Kenntnis salutogenetischer Dynamiken, also der Entstehung und Aufrechterhaltung von individuellen und kollektiven Gesundheitsstadien“.

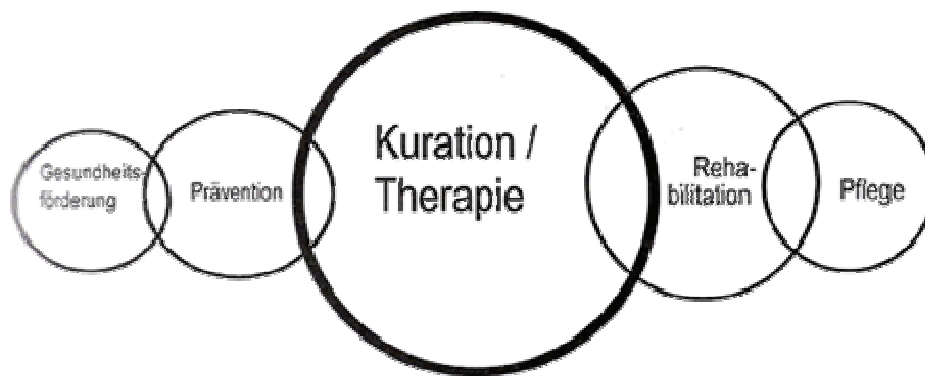
Es gibt in der neueren Zeit etliche Autoren, die Gesundheitsförderung als eine Ergänzung und nicht als eine Konkurrenz sehen: So formulierte

Bleschner dass die Prävention unabdingbar und unverzichtbar eine Ergänzung braucht, nämlich die Gesundheitsförderung (vgl. Bleschner 1994).

„Sowohl die krankheitsorientierte Herangehensweise der Prävention als auch der salutogene Ansatz der Gesundheitsförderung zielen letztendlich – wenn auch aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien – auf die Gesundheit der Bevölkerung und sollten als einander ergänzend betrachtet werden.“ (Walter et al. 2001, 23)

Diese Bestrebungen lösen die Dichotomie gesund – krank zugunsten eines Kontinuums auf, in dem die Übergänge zwischen Krankheit und Gesundheit fließend sind.

Folgende Darstellung stellt vereinfacht den Ist-Zustand der Gewichte der einzelnen Versorgungssegmente nach Hurrelmann, Klotz und Haisch (2004, 15) dar:



Resilienz

In diesem Zusammenhang erfährt ein altbekannter Begriff eine Renaissance:

Resilienz. Mit Resilienz wird die Fähigkeit beschrieben, mit Veränderungen und Herausforderungen zurechtzukommen und / oder sich nach schwierigen Zeiten wieder erholen zu können. Masten formuliert Resilienz als „Prozess, die Fähigkeit oder das Ergebnis erfolgreicher Adaption angesichts herausfordernder oder bedrohender Umstände, im Sinne inneren Wohlbefindens und / oder effektiver Austauschbeziehungen mit der Umwelt“ (Masten 1999, 16). Somit wird die Fähigkeit beschrieben, sich von negativen Erfahrungen bzw. Einflüssen schnell zu erholen oder belastende Lebensumstände ohne nachhaltige Schädigung wie z.B. einer Entwicklungsverzögerung zu bewältigen. In der Literatur werden diverse positive Faktoren zur Stärkung der Resilienz beschrieben (vgl. Ladwig, Gisbert & Wörz 2001): Problemlösefähigkeiten, hoher Selbstwert, konstante, positiv besetzte Bezugsperson, gute Kommunikations- und Selbsthilfefertigkeit. Gerade Ladwig et al. betonen in ihrem Artikel die Bedeutung der kommunikativen Vorbildfunktion: „Seien Sie sich über Ihre

unmittelbare Funktion als Vorbild bewusst. Dies kann sich besonders deutlich in Ihrer Sprache vermitteln. (...) Achten Sie des Weiteren darauf, in der Kommunikation mit dem Kind eine verursacherspezifische Sprache zu verwenden. (...) Hören Sie zudem den Kindern so oft wie möglich aktiv zu, denn diese Form aufmerksamer Zuwendung kann für das Kind eine verursacherspezifische Erfahrung (...) sein. (...) Diese für viele so selbstverständliche Vorgehensweise hilft dem Kind beim Aufbau seiner emotionalen Selbstregulation und ist damit ein wesentlicher Pfeiler resilienten Verhaltens.“ (Ladwig et al. 2001, 47). Der ressourcenorientierte Ansatz entspricht dem aktuellen logopädischen Therapieverständnis und unter diesem Gesichtspunkt kann die Förderung der Resilienz ein nahe liegender Ansatzpunkt für präventive Massnahmen bezüglich Sensibilisierung des Interaktionsverhaltens und Bestärkung von intuitiv richtigem Kommunikationsverhalten im Rahmen des logopädischen Tätigkeitsfeldes darstellen.

In eine ähnliche Stossrichtung zielt Hüsler (vgl. Hüsler 2003), wenn er Gesundheit nicht als statischen Zustand beschreibt. „Aus entwicklungspsychologischem Standpunkt 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“ (Hüsler 2003, 19). Um diese Dynamik des Gesundheitsverlaufes zu erfassen, stellt er ein Anforderungs-Ressourcenmodell mit verschiedenen Ebenen (persönlich, sozial, kulturell) vor. Dieses Modell würde sowohl die defizit- als auch die ressourcenorientierten gesundheitsfördernden Bemühungen berücksichtigen. Hierbei wäre die erfolgreiche Nutzung internaler und externaler Ressourcen im Sinne der Resilienz als Gegengewicht zu den Risikofaktoren zu verstehen (vgl. Hüsler 2003).

Klassische Unterteilung

Die WHO (vgl. Die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert 1997, Genf) unterteilt Prävention in drei klassische Ebenen: Primärprävention bezeichnet die generelle Vermeidung, Erkennung und Beeinflussung auslösender oder vorhandener Risikofaktoren bestimmter Gesundheitsstörungen. Sie setzt vor dem eigentlichen Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung ein. „Gesundheitspolitisches Ziel der Primärprävention ist die Senkung der Inzidenzrate oder der Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum bzw. einer (Teil-) Population.“ (Walter et al. 2001, 22)

Sekundärprävention bezieht sich demgegenüber auf die Entdeckung eines eindeutigen (auch symptomlosen) Frühstadiums einer Krankheit und deren erfolgreiche Frühtherapie. Der Aufbau eines ‚Frühwarnsystems‘ soll die Entwicklung von Sekundärsymptomen vermeiden und letztendlich der Senkung von Therapiekosten dienen.

Tertiärprävention entspricht dann eher dem Rehabilitationsgedanken. Die Behandlung manifester Erkrankungen soll ihre Verschlimmerung verhüten

und die Leistungsfähigkeit des Einzelnen soweit als möglich wiederherstellen.

Zusammenfassend die definierte Unterteilung des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit (1999, zitiert nach Hafen, 2001a, 3):

„Die Primärprävention setzt möglichst früh an und will der Entstehung von Risikoverhalten bzw. Symptomen zuvorkommen. Die Sekundärprävention zielt auf eine möglichst frühe Erfassung von beobachteten Risiken bzw. Symptomen. Tertiärprävention bezieht sich auf die Linderung und Rehabilitation nach erfolgter Krankheit“.

Diese Aufteilung wird oftmals die klassische Präventionstriade genannt. Auch in der logopädischen Diskussion wird diese Einteilung konsequent übernommen.

Kritik an Unterteilung

Diese Definitionen vermitteln den Eindruck, dass sich die einzelnen Präventionsmassnahmen nach dem Zeitpunkt der Intervention unterteilen lassen. In der Praxis erlebten wir immer wieder Situationen und Projektstadien, in denen solch eine klare Unterteilung nicht mehr möglich war. Die Übergänge gestalten sich fließend und die Begrifflichkeit wirkt unscharf. So formuliert auch Hafen, dass „in Bezug auf den Begriff Tertiärprävention man sich fragen kann, ob nicht jede Behandlung oder Therapie von Krankheit auch präventiven Charakter hat. (...) Ist das Problem schon vorhanden, entsprechen die Interventionen nicht mehr Prävention, sondern Behandlung“ (Hafen 2001a, 2)

Angesichts der mangelnden Trennschärfe fordert Hafen (2001a, 3) eine „neue Differenzierung des Präventionsbegriffes – eine Differenzierung, die theoretisch begründbar ist.“

Demzufolge plädiert er mangels Unterscheidungskraft für eine Aufhebung der „gebräuchlichen Begriffskette Gesundheitsförderung – Primärprävention – Sekundärprävention – Tertiärprävention“ und fordert auf, Prävention „als Teil einer gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsförderung zu verstehen“ (Hafen 2001a, 4). In seinen weiteren Ausführungen regt er als Diskussionsgrundlage folgende Differenzierungen an (vgl. Hafen 2001a):

- Prävention versucht, zukünftige Probleme bei unbestimmten Personen zu verhindern.

- Früherfassung versucht, Anzeichen für zukünftige Probleme bei bestimmten Personen zu erkennen und geeignete Massnahmen zur Behandlung in die Wege zu leiten.

- Behandlung versucht, bestehende Probleme zu beheben.

- Schadensverminderung versucht, Folgeprobleme von bestehenden Problemen einer definierten Zielgruppe zu verhindern.

„Der Präventionsaspekt ‚Früherfassung‘ markiert in diesem Sinne eine Übergangszone, ein Bindeglied zwischen Prävention und Behandlung.“ (Hafen 2001a, 5).

Interaktive Ebenen der Prävention

Prävention ist ein sehr komplexes Unterfangen und der Wunsch nach Übersichtlichkeit, Transparenz und Ordnungsprinzipien ist nachvollziehbar. Eine Möglichkeit ist die Klassifizierung nach verschiedenen Ebenen, die sich interaktiv ergänzen. Hafen (vgl. Hafen 2001b) bietet folgende Ebenenunterscheidung an:

Die Interventionsebene

Unterschieden werden Massnahmen, die sich an Einzelpersonen oder an soziale Systeme richten – es wird zwischen personen-orientierter und sozialsystem-orientierter Prävention unterschieden.

Die Ebene der Zielgruppen

Präventionsmassnahmen richten sich oft an bestimmte Zielgruppen, die nach Risikogruppen, Altersstrukturen, Berufszugehörigkeit bestimmt werden.

Die Ebene der Methoden

Prävention stehen verschiedene Methoden zur Verfügung: Informationsvermittlung, Ressourcenförderung, Vernetzung...

Die Ebene der Medien

Prävention bedient sich verschiedener Medien: Neben Sprache, Bild und Schrift sind hierbei auch Peer-Leaders und Massenmedien (Internet) als Multiplikatoren zu erwähnen.

Prävention – Beratung in Bezug auf zukünftige Probleme

Sehr spannend ist der Aspekt, dass Prävention eine spezielle Form der Beratung ist und sich auch ähnlichen Kommunikationsschemas bedient. So verstanden ist Prävention eine Beratungskommunikation, die sich an Einzelpersonen oder soziale Systeme richtet.

„Präventionsfachleute sind demnach (...) Beratungsfachleute, mit dem Unterschied, dass sie nicht in Bezug auf bestehende Probleme beraten, sondern auf solche, die es zu verhindern gilt.“ (Hafen 2001a, 6). Mit diesem Verständnis orientiert sich die Problembezeichnung bei der Prävention in Richtung Zukunft. Daher arbeitet Prävention auch unter anderen Voraussetzungen: Anders als bei einer Behandlung und einem konkreten Beratungsangebot bei einer bestehenden Krankheit ist die Problemsicht des zu Beratenden weit gehend unbestimmt. Die präventive Beratung zielt demnach auf ein bestimmtes Problem – jedoch auch auf eine Zielgruppe, die dieses Problem noch gar nicht hat. Diese Tatsache stellt bei der Durchführung von Präventionsprojekten eine echte Herausforderung dar (Wie hoch ist die Wirksamkeit der spezifischen Zugangswege?).

Abschliessend noch ein zusammenfassendes Zitat von Hafen (2001a, 9):
"Wenn man Prävention als spezielle Form beratender Kommunikation versteht, so wird deutlich, dass sich Prävention nicht in der Verbreitung massenmedialer Botschaften und der Veranstaltung einmaliger Anlässe erschöpfen kann. Prävention ist der Versuch, auf operativ geschlossene psychische und soziale Systeme einzuwirken – ein Versuch, der dadurch erschwert wird, dass die Prävention nicht wie therapeutische oder Organisationsberatung auf einem Problemdruck der beratenen Systeme aufbauen kann."

Literatur

- Bleschner, W. (1994). Gesundheitsförderung – eine notwendige Ergänzung der Prävention. Unveröffentlichtes Manuskript IVS-Tagung Darmstadt
- Bundesamt für Gesundheit (1999) Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen - Ziele, Strategien, Programme und Projekte. Bern.
- Hafen, M. (2001a). Was ist Prävention?. Z. Prävention&Prophylaxe, 2, 1-10
- Hafen, M. (2001b). Prävention als Begleitung von Veränderungsprozessen. Z. SuchtReport,6, 29-36
- Hüsler, G. (2003). Braucht es eine ‚Hypertheorie‘ als Präventionstheorie?. Z. SuchtMagazin, 1, 18-22.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2004). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, Verlag Hans Huber
- Ladwig, A., Gisbert K. & Wörz, T. (2001). Kleine Kinder – starke Kämpfer! Resilienzförderung im Kindergarten. Z. Theorie und Praxis der Sozialpädagogik, 4, 43 – 48
- Masten, A.S. (1999). Was Kinder stärkt. In Opp, G., Fingerle, M. & Freytag, A. (Hrsg), Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhard Verlag
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2002). Stottern im Kindesalter. Stuttgart, Thieme

Walter, U., Schwartz, F. & Hoepner-Stamos, F, (2001). Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: BZgA (Hrsg), Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)