

Von der Drogenprophylaxe zur Gesundheitsförderung

Autor(en): **Gassmann, Benno**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen**

Band (Jahr): **15 (1988)**

Heft 4

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-799778>

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.

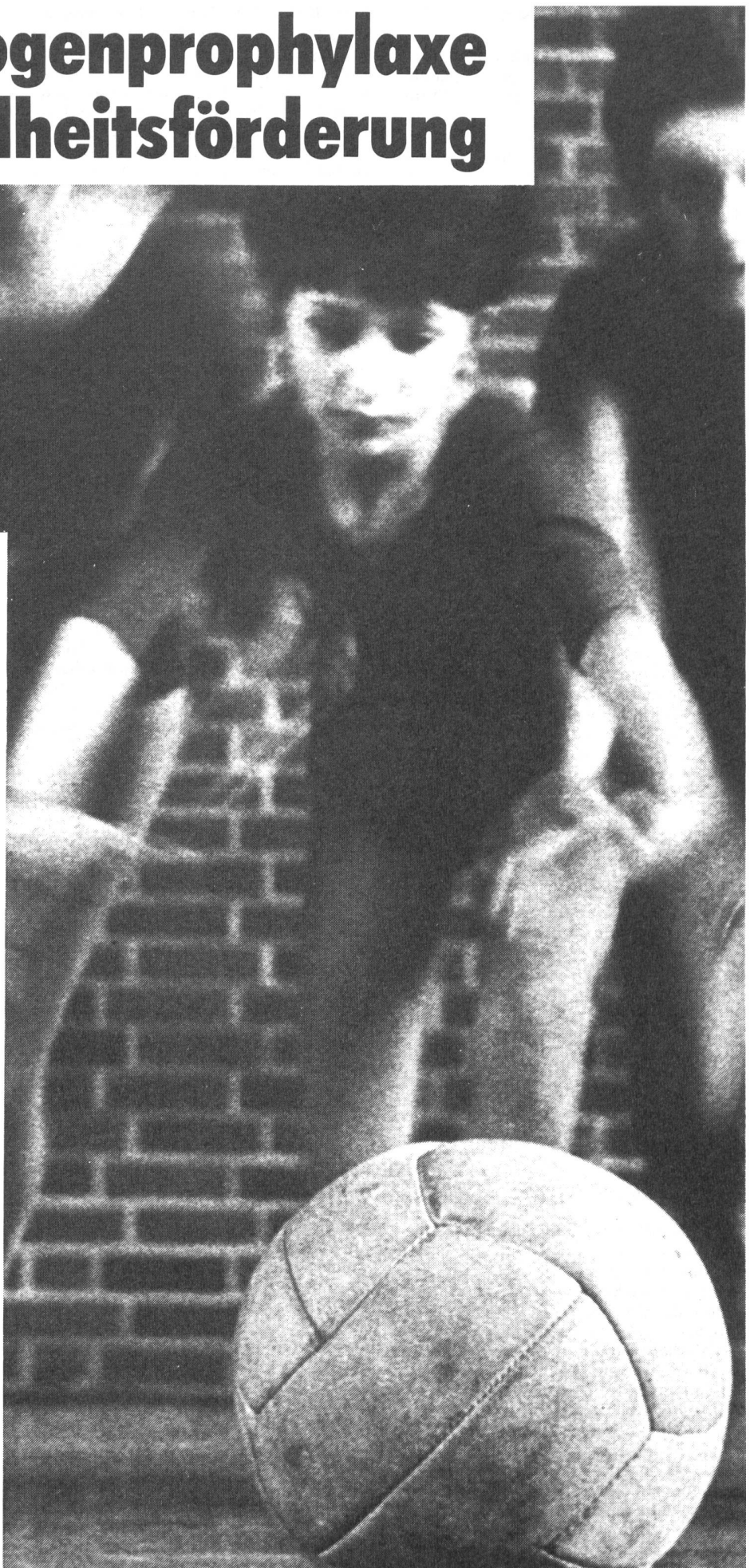
Von der Drogenprophylaxe zur Gesundheitsförderung

von Benno Gassmann

Wie können die Angebote der Prophylaxe möglichst allen Bevölkerungskreisen zugute kommen? Mit dieser Frage befassen sich Fachleute der Suchtprophylaxe seit geraumer Zeit. Stichworte wie „Gemeindeorientierte Prophylaxe“ oder „Gesunde-Städte-Programme“ gehören in diesen Zusammenhang.

Im letzten August führte die Fachgruppe Prophylaxe des VSD (Verein Schweizerischer Drogenfachleute) eine Tagung zu diesem Thema durch unter dem halbwegs ironisch gemeinten Titel: „VSD-Gesundheitstag“. Ein Schwerpunkt der Tagung waren die Auseinandersetzung mit (präventiv-)medizinischen Prophylaxe-Ansätzen sowie die Möglichkeiten konkreter Mitarbeit bei interdisziplinären Projekten.

Die folgenden zwei Beiträge reflektieren diese Auseinandersetzung. Einerseits in Form eines geschichtlichen Rückblicks auf die Entwicklung der „Suchtprophylaxe“ in den letzten ca. 15 Jahren, andererseits in Form einer Erzähl-Geschichte, die berichtet, was sein könnte.....



Ein Konzept entwickelt sich

Am Anfang waren die Schülerkurse oder Schülergesprächsgruppen zum Thema „Drogen“. Zeitpunkt: Beginn bis Mitte der Siebzigerjahre. Ein oder meist mehrere „Drogenberater/innen“ besuchten Schulklassen, um einerseits über Drogen zu informieren, vor allem aber um über die Hintergründe des Missbrauchs und der Abhängigkeit von Drogen zu diskutieren. Ziel war, die Jugendlichen oder Kinder anzuregen, über ihren eigenen Umgang mit Problemen und Spannungen nachzudenken. Dies war sozusagen die Geburtsstunde der „ursachenorientierten“ Prophylaxe. Diese Prophylaxe wollte sich abheben von blossen Aufklärungs- und Abschreckungs-Kampagnen. Dabei ging sie von der Erkenntnis aus, dass Lernen nicht nur eine Sache des Kopfes (Stichwort: „Aufklärung“) ist, und dass Angst (Stichwort: „Abschreckung“) ein schlechter Lehrmeister ist.

Diese Drogenprophylaxe, welche sich selbstverständlich stets auch auf die legalen Drogen Alkohol, Tabak, Medikamente etc. bezog, war eigentlich genau genommen eine *Suchtprophylaxe*, und die „Drogenberater“ waren nicht Drogen-Berater, sondern Suchtprophylaktiker/innen oder Prophylaxe-Fachleute, denn nicht die Drogen galt es zu verhüten, sondern den missbräuchlichen, vor allem den süchtigen Umgang mit Drogen. Uns Prophylaxe-Fachleuten war von Anfang an wichtig, dass die Botschaft nicht etwas Negatives beinhaltete, im Sinne von „Du sollst nicht, Du darfst nicht!“. Nicht der Mahn- oder gar Drohfinger sollte Kennzeichen von uns Prophylaktiker/innen sein. Denn wir wussten: Der Blick auf das Negative, auf Leidenssymptome, wirkt lähmend. Dagegen vermag die Ausrichtung auf das Positive anzuspornen. Denn damit wird die Sehnsucht nach Gesundheit, nach Qualität und Leben-Wollen angesprochen. So lautete denn von Anfang an die Prophylaxe-Botschaft: Wenn wir lernen, mit unseren Krisen und Konflikten so umzugehen, dass sie uns weiterbringen, statt blockieren, dann sind wir weniger suchtfährdet. Und wenn wir Lebensumstände fördern, die solches erleichtern (oder überhaupt erst ermöglichen), gibt es weniger Süchtige. Zusammenfassendes Stichwort für diese inhaltliche Konzept:

Suchtprophylaxe als Konflikterziehung.

Wenn Konflikterziehung gelingt, ist sie allerdings mehr als Suchtprophylaxe. Konflikterziehung kann nicht nur das Entstehen von Sucht verhindern, sondern ebenso das Entstehen von Depressionen, Psychosomatischen Krankheiten, asozialem Verhalten u.a.m. Der Ansatz bei der Konflikterziehung beinhaltet demnach ein generelles Konzept von *psychosozialer Prophylaxe*. Dieser „drogenunspezifische“, Aspekt war von Anfang an Bestandteil des ursachenorientierten Prophylaxe-Konzepts. Freilich begann er erst im Laufe der Zeit praktische Auswirkungen zu zeitigen, indem wir Prophylaxe-Fachleute anfangen, über den „Gartenhag“ der Suchtprophylaxe hinauszuguk-

ken. Konkret bedeutete dies, dass wir Kontakte knüpften zu Vertretern anderer Prophylaxe-Bestrebungen im psychosozialen Bereich und uns für deren Themen interessierten: Depressions-Prophylaxe, Gewalt-Prophylaxe, Stress-Prophylaxe, Prophylaxe im psychiatrischen und heilpädagogischen Bereich (Ende Siebziger-/Anfangs Achtziger-Jahre). Da und dort wagten wir uns sogar mit Kurs-Angeboten in solche Bereiche vor.

Der Blick auf das weite und vielfältige Feld möglicher psychisch-sozialer Krankheiten könnte zunächst wieder das Negative, das Kranke in den Vordergrund rücken. Doch auch hier konnte (und kann) es nicht darum gehen, sich darauf zu fixieren. Gerade die Vielfalt der Symptome, die Ausdruck vielfältiger Blockierungen in der Lebensbewältigung sind, konnte deutlich machen, dass es in der Prophylaxe immer um das eine geht: Leben zu ermöglichen, und zwar ganzheitliches Leben, Wohlergehen und Gesundheit im umfassenden Sinne. Prophylaxe ist, wie in einem Arbeitsblatt für Lehrer/Innen definiert wurde, „Ermöglichung von Wachstum, von Lebensfreude und von Lebenssinn durch Selbstakzeptanz, Fremdakzeptanz und wachstumsfördernden Strukturen.“

Wir sprechen hier von Prophylaxe. Prophylaxe aber heisst „Verhüten“. Dieser Begriff ist — im Gegensatz zum inhaltlichen Konzept — auf etwas zu Verhütendes, etwas zu Vermeidendes, also auf etwas Negatives gerichtet. Dasselbe gilt für die Begriffe „Prävention“ (= Zuvorkommen) und „Vorbeugen“. Ist es nicht angebracht, statt dieser Begriffe das Wort „*Gesundheitsförderung*“ zu verwenden, wie dies mehr und mehr Brauch zu werden scheint.

An wen sich wenden?

Blicken wir nochmals zurück: Wer ist eigentlich Adressat von Prophylaxe oder Gesundheitsförderung? Anfänglich waren es vorwiegend Schulklassen, Lehrlingsgruppen, Konfirmandenklassen. Hier lag seit je ein Stachel des Ungnügens. So stolz waren wir auf unser inhaltliches Konzept waren, so wenig befriedigten die Formen der Umsetzung.

Was konnten wir denn in ein paar Stunden, selbst in ein bis zwei Kurstagen, erreichen? Wirkliche Konflikterziehung kann nur in langen Lernprozessen und sicher nicht durch externe Fachleute geschehen, die keine Beziehung zu den Schülern haben. Soziales Lernen ist nicht nur eine Frage von Kopf, Herz und Hand, sondern ebenso des sozialen Umfeldes.

Darum die Versuche, entweder *Langzeitprogramme* durchzuführen, beispielsweise Gruppenarbeit mit regelmässigen Treffen über mehrere Wochen oder Monate hinweg; oder die Versuche, mit „*Multiplikatoren*“ zu arbeiten, die in Beziehung stehen mit den Schülern; Seien dies Lehrer/innen oder Eltern, seien es Klassenkameraden („*Opinion-Leaders*“).

Zum sozialen Umfeld von Kindern und Jugendlichen, welches deren Verhalten, auch das Konfliktverhalten, beeinflusst, gehören nicht nur Eltern, Kameraden und Lehrer; Jedermann und Jede(r) ist

Teil davon und trägt ihr Teil bei. Darum waren und sind auch Lehrmeister, Gesundheitspersonal, Ärzte, Politiker, Arbeitnehmer/innen und Vorgesetzte in Betrieben und Verwaltungen, u.a.m. Adressaten von Gesundheitsförderung. Einziges Kriterium: das *Interesse* der betreffenden Personen oder der sie vertretenden Institution/Organisation.

Hier stellten sich schon früh einige Fragen: Ist es nicht reiner Zufall, wer sich für Prophylaxe interessiert? Lässt sich diese Zufälligkeit vereinbaren mit dem vorsorgenden Anspruch von Prophylaxe/Gesundheitsförderung? Kann diese es sich leisten, nur jene zu bedienen, die zufällig etwas erfahren haben von unserem Angebot? Lässt sich wenigstens dieser „Zufall“ etwas beeinflussen? Muss Prophylaxe nicht gezielt *Öffentlichkeitsarbeit* machen, um möglichst breite Kreise auf die Notwendigkeit von Prophylaxe und auf unsere Angebote aufmerksam zu machen? Ein wichtiges Thema seit Jahren für Prophylaxefachleute. Allerdings verbunden mit der Frage: Mit welchen Mitteln? Dann die meisten Stellen verfügen über nur spärliche finanzielle Mittel und die Prophylaxefachleute besitzen in der Regel weder Ausbildung noch grosse Erfahrung in diesem wichtigen Arbeitsgebiet.

Ein weiterer fragwürdiger Punkt: Solange wir nur tröpfchenweise da und dort einen Einsatz machen, bleibt Prophylaxearbeit sehr *alibihaft*. Verhalten lässt sich kaum auf die Dauer beeinflussen, solange die Beeinflussten in der Minderheit sind, und sogar riskieren, mit ihrem neuen Verhalten unangenehm aufzufallen. Sollte also Verhalten in Richtung Gesundheit und Wohlergehen nachhaltig beeinflusst werden, müssten eigentlich *ganze Gemeinwesen* gemeinsam sich etwas Neues erarbeiten können. Einzelnen von uns Prophylaxefachleuten gelang es schon früh, bei Anfragen von kleineren Gemeinden, die Behörden zu bewegen, etwas für das Gemeinwesen und mit diesem zusammen zu unternehmen. Es entstanden Projekte, welche sich spezialisierten auf die Beratung von Gemeinden in diesem Sinne (z.B. Radix). Wie aber konnte dieser Ansatz auch in grösseren Agglomerationen zur Geltung gebracht werden?

Gemeindeorientiert arbeiten kann nur, wer Einflussmöglichkeiten hat auf dieser Ebene. Je grösser und damit komplexer ein Gemeinwesen, desto schwieriger ist der Zugang zu solchen Einflussmöglichkeiten. Dies insbesondere für die doch mit einem Randgruppen-Image behaftete Suchtprophylaxe.

Wir sind gar nicht die einzigen...

Nun gibt es seit einigen Jahren Prophylaxebemühungen auf *medizinischer* Seite, welche ebenfalls gemeindeorientiert zu arbeiten bestrebt sind. Hier spielt die *Herz-Kreislauf-Prophylaxe* eine herausragende Rolle. Entsprechend dem gesellschaftlichen Status der Mediziner verfügen diese auch über grössere Einflussmöglichkeiten, über Finanzquellen und Forschungsmöglichkeiten von Universitäten.

Interessant ist zu sehen, dass die medizi-

nische Prophylaxe eine Entwicklung in ähnlicher Richtung gemacht hat wie die Suchtprophylaxe, wenn auch von einem anderen Ausgangspunkt her. Sie hatte früher mit der sogenannten Risikostrategie gearbeitet. Das bedeutet, dass sie Personen mit erhöhtem Risiko (für Herzinfarkt) identifizierte und einer Behandlung zuführte: dies z.B. mittels Blutdruck- oder Antirauchkampagnen. Seit einigen Jahren aber versucht die Präventivmedizin mit der sogenannten *Bevölkerungsstrategie* ganze Gemeinwesen mit möglichst allen Bevölkerungskreisen zu erreichen. Bekannte Beispiele hierfür: „Aarau — Eusi gsund Stadt“ oder „Gsunds Steffisburg“.

Die Herz-Kreislauf-Prophylaxe basiert auf der Erkenntnis, dass in unseren Gesellschaften Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste *Todesursache* darstellen und dass — medizinisch gesehen — ein Grossteil dieser Tode vermeidbar wären. Denn diese Erkrankungen lassen sich im wesentlichen zurückführen auf bestimmte, identifizierbare Risikoverhalten. Es sind dies: Bewegungsarmut, falsche Ernährung, Rauchen und Stress. An diesem Punkt werden Berührungspunkte zur Suchtprophylaxe sichtbar. Sehr deutlich beim Thema „Rauchen“, aber auch beim Thema „Ernährung“, zu dem auch das Problem „Alkohol“ gehört. Vor allem aber beim Thema „Stress“. Denn Stress ist ja häufig auslöserverursachender Faktor für Drogenmissbrauch und für Drogenabhängigkeit. Womit wir schon mitten in der ursachenorientierten Suchtprophylaxe stecken.

Zwei Prophylaxebewegungen treffen aufeinander

Berührungspunkte zwischen medizinischer und sozial-psychologischer Prophylaxe sind nicht nur Theorie, sondern ansatzweise bereits Praxis. Dies so sehr, dass wir Suchtprophylaktiker uns genötigt sehen, uns intensiv mit der medizinischen Prophylaxe zu befassen und uns mit ihr auseinanderzusetzen.

Es gibt einiges, was uns fasziniert und beeindruckt kann an diesen Ansätzen: Nebst den schon erwähnten Einflussmöglichkeiten und finanziellen Ressourcen vor allem ihre Attraktivität. Sie kommen offensichtlich bei sehr vielen Menschen an und bringen einiges in Bewegung. Sie verfügen über klare Zielsetzungen, welche auch überprüft werden können.

Sie lassen aber bei vielen ein Unbehagen zurück. Vieles wirkt penetrant „gesündelnd“; gesund im Sinne von abstinenz, asketisch, verzichtend. Sie stellen einzelne Symptome (Risikofaktoren) also etwas Negatives in den Vordergrund und vernachlässigen die Ganzheit des Menschen. Sie haben sehr stark die Tendenz, die Probleme zu individualisieren und die Umwelteinflüsse für ungesundes Verhalten zu vernachlässigen. Durch die Symptomorientierung laufen sie Gefahr, neue Sündenböcke zu stempeln: Wer nicht mitläuft, ziviel Fettiges isst oder gar noch raucht, wird scheel angesehen.

Dahinter stecken unterschiedliche *Zielsetzungen* der Präventivmedizin und der Suchtprophylaxe. Der Medizin geht es in

den erwähnten Projekten um Verringerung von Sterberisiko, während es der Suchtprophylaxe um die Förderung von Lebensqualität geht. Kommt hinzu, dass die medizinische Prophylaxe aus dem universitären Bereich kommt mit naturwissenschaftlich orientierten Ansprüchen im Sinne empirischer Messbarkeit. Dagegen stammen die Ansätze der Suchtprophylaxe eher aus philosophischen und pädagogisch-psychologischen Konzepten.

Zu den Gesundheitsprogrammen medizinischer Herkunft gehören denn auch allerlei Arten von Tests und Messungen: Blutdruck, Puls, Gewicht usw. Solcherlei Tests sind offensichtlich in der Bevölkerung recht beliebt. Sie vermitteln dem Einzelnen scheinbar klare Informationen über sich selbst. Denjenigen, der sich innerhalb der gegebenen Normen befindet,

bensbedingungen und Lebensweisen. Dieser Ansatz, auch *ökologischer Ansatz* genannt, geht von folgender Definition einer „gesunden Stadt“ aus: „Eine gesunde Stadt verbessert kontinuierlich die physischen und sozialen Lebensbedingungen und fördert die Entfaltung gemeinschaftlicher Aktions- und Unterstützungsformen; beides mit dem Ziel, die Menschen zur wechselseitigen Unterstützung in allen Lebenslagen zu befähigen und ihnen damit die maximale Entfaltung ihrer Anlagen zu ermöglichen“ (in Helmut Hildebrandt und Alf Trojan: *Gesündere Städte — Kommunale Gesundheitsförderung*, Hamburg 1987, S. 23).

Es ist offensichtlich, dass diese Definition den Zielerklärungen unserer ursachenorientierten Suchtprophylaxe sehr nahe kommt. Einer Mitarbeit in einem solchen



vermag der Test zu beruhigen, den anderen mag er motivieren, Massnahmen zu seiner „Normalisierung“ zu ergreifen. Problematisch an solcherlei Tests ist, dass „gesund sein“ an einer äusserlichen, scheinbar objektiven Norm orientiert wird, und nicht am subjektiven Gespür des Einzelnen. Das Bewusstsein für die eigene Gesundheit wird äusseren Kriterien ausgeliefert.

Gibt es gemeinsame Wege?

In der Auseinandersetzung mit präventivmedizinischen Programmen und Theorien lernten wir andere Ansätze kennen, die über die Modelle vom Typ „Aarau, Eusi gsund Stadt“ hinausgehen. Es sind dies Projekte, welche der Initiative des europäischen Büros der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entspringen und welche medizinischer Ansätze mit soziologischen und psychologischen verbinden. Ein besonderer Schwerpunkt dieser *Gesunde Städte-Programme* liegt auf der Förderung gesunder Umwelt- und Le-

Programme stünde inhaltlich nichts im Wege. Bloss — wer und wie kann ein solches Programm auf die Beine stellen?

Das bedeutet nicht, dass eine Mitarbeit oder Zusammenarbeit mit *herkömmlichen* „Gesunde-Städte-Programmen“ keinen Sinn hätte. Einerseits bestehen vielleicht Chancen, unsere Anliegen und unsere Erfahrungen schon bei der Planung einzubringen. Andererseits sollte auch der Ansatz bei Risikofaktoren kein Hindernis darstellen. Die für unsere Arbeit bedeutsame Frage ist die nach der *Funktion* eines bestimmten Verhaltens: *Warum* isst er oder sie zuviel oder das Falsche, Was steckt hinter einer Bewegungsarmut? Was bedeutet das Rauchen für eine Person? Was sind die Gründe für den Stress eines Menschen? Und was lässt sich, nebst dem problematischen Verhalten selber, an dessen Hintergründen ändern oder bearbeiten? Oder vorbeugend: wessen bedürfen Menschen, damit sie nicht in solchen Verhalten festfahren und wie können sie sich dies „holen“?

Voraussetzung für eine Zusammenarbeit

mit der „Präventivmedizin“ ist, dass wir Suchtprophylaktiker/innen unsere Anliegen zur Geltung bringen, ihnen Gehör verschaffen können. Der erste Schritt hierzu ist, dass wir es überhaupt wollen. Der Zeitpunkt für ein Zusammengehen — und dies nicht nur im Rahmen von ‚Gesunden-Städte-Programmen‘ — scheint nicht ungünstig. Auch auf der Seite der Präventivmedizin ertönt der Ruf nach „Multidisziplinarität des öffentlichen Gesundheitswesens“, (vgl. Th. Abelin, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventiv-Medizin, in: „Sozial- und Präventivmedizin“ 6/87, S. 279).

Könnte es sein, dass eine nächste Phase von Prophylaxe Gesundheitsförderung durch systematische Zusammenarbeit gekennzeichnet sein wird, in der beide Seiten voneinander profitieren? Wir z.B. vom wissenschaftlichen und finanziellen Hintergrund der ärztlichen Seite? Jene von unseren pädagogisch-didaktischen Erfahrungen und unseren z.T. „ganzheitlicheren“ Ansätzen? Könnte eine solche Entwicklung sich auch institutionell ausdrücken in der Schaffung von „Zentren für Prävention“, in denen die psychosoziale Gesundheitsförderung gleichberechtigt mit der somatischen arbeitete? Gesundheitsförderung/Prophylaxe ist ei-

ne junge „Disziplin“. Sie hat viele Möglichkeiten vor sich. Wenn die Gesundheit der Bevölkerung, im Sinne ganzheitlichen Wohlbefindens, gefördert werden soll, bedarf es zweifellos des Zusammengehens und der Zusammenfassung der verschiedenen Kräfte, die dieses Ziel im Auge haben.

Hanna und die gesunde Stadt

Ein Bericht aus Schweizikon

Hanna P. arbeitet seit einigen Jahren auf der Suchtprophylaxestelle in Schweizikon, einer Schweizer Universitätsstadt. Durch Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe hat sie den Leiter des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin, Herrn Prof. Meier, kennengelernt. Eines Tages erhält Hanna von Prof. Meier eine Einladung zu einer „Aussprache über die Koordination präventiver Aktivitäten in X“. Es ist ein vervielfältigtes Schreiben, das sich an Personen richtet, die sich „schon viele Gedanken über die Notwendigkeit von Prävention“ gemacht haben. Ziel sei es, „uns gegenseitig über unsere Aktivitäten, unsere Pläne und unsere Wunschvorstellungen zu koordinieren“. Hanna ist neugierig, was da auf sie zukommt und geht an diese Sitzung.

Koordination

Am besagten Termin befindet sich Hanna in einer Gruppe von Ärzten (Herzspezialisten, Präventivmediziner, Psychiater), einem Adjunkten des Gesundheitsamtes und zwei Gemeindeschwestern. Sie erfährt, dass das Anliegen des Einladenden ist, ein Konzept für ein „Gesundes Schweizikon“ zu entwerfen. Es solle ein Gesamtkonzept werden, das alle Aspekte der Gesundheit und der Prävention einbezieht und zum Ziel hat, Gesundheit und gesundheitliches Verhalten „zur Modewelle“ zu machen. Um dieses Konzept zu erarbeiten, in Koordination mit allen, die an solchen präventiven Aktivitäten interessiert sind, wird die Durchführung einer Tagung beschlossen, zu der unter anderem auch PR-Leute beigezogen werden sollen.

Es wird in Erinnerung gerufen, dass die Prävention zweier sich ergänzender Strategien bedürfe: 1. der Risikostrategie (Personen mit Risiko werden identifiziert und einer Behandlung zugeführt) und 2. der Bevölkerungsstrategie, bei welcher versucht wird, die allgemeine Bevölkerung zu gesundheitsförderndem Verhalten anzuregen.

An der erwähnten Sitzung, an der jeder Teilnehmer seine Gedanken zum erwähnten Anliegen vorbringt, versucht

Hanna, Aspekte der psychosozialen und soziokulturellen Prävention einzubringen. Sie erhält aber den Eindruck, kaum verstanden zu werden. Sie fragt sich, ob sie etwas verloren hat in diesem Gremium. Andererseits sieht sie – wenn auch vage – gewisse Möglichkeiten, mit ihrem Anliegen einer ursachenorientierten, psychosozialen Prophylaxe an eine grössere Öffentlichkeit zu gelangen. Hört sie doch aus professoralen Mündern, Geldbeschaffung sei kein Problem, wenn ein gutes Konzept vorliege.

Stressbewältigung

Hanna entschliesst sich, am Projekt „Gesundes Schweizikon“, d.h. zunächst an dem angekündigten Konzeptseminar, zu dem sie formell eingeladen wurde, mitzumachen. Dem Einladungsschreiben lag ein Grundlagenpapier bei, dem sie entnahm, dass eine Vorbereitungsgruppe sich auf vier Themen eines Aktivitätsprogrammes geeinigt habe, nämlich: Rauchen, Bewegung, Ernährung, Stress. Hanna wird eingeladen, in der Arbeitsgruppe „Stressbewältigung“ mitzumachen. Ihr Anliegen und ihre Erfahrungen bezüglich ursachenorientierter, psychosozialer Prävention sollen, so die Vorstellung von Prof. Meier, in diesem Thema zur Geltung kommen.

Im Seminar, das auf Schloss Wohlgenut stattfindet, werden zunächst einige Grundsätze sowie Beispiele von „Gesunden-Städte-Programmen“ aus der Schweiz präsentiert. Es stelle sich heute nicht mehr die Frage, so wird festgestellt, ob Prävention wirksam sei; die Frage stelle sich eher, ob es überhaupt noch vertretbar sei, Gesundheitsförderung nicht aktiv an die Hand zu nehmen. Nach dieser Einleitung werden in vier Arbeitsgruppen zu den erwähnten Themen (Rauchen, Ernährung, Bewegung, Stress) Ziele und Aktionsvorschläge kurzfristiger und langfristiger Art diskutiert.

In der Arbeitsgruppe „Stressbewältigung“, der Hanna zugeteilt ist, sind vertreten: ein Herzspezialist (Gruppenleiter), zwei Psychiater (ein Stressspezialist und ein Suchtspezialist), ein klinischer

Psychologe (die bisher Erwähnten alles Hochschullehrer), eine Psychotherapeutin/Erwachsenenbildnerin (mit Spezialgebiet Stressbewältigung), der Gesundheitsplaner von Schweizikon, ein Kreativ-Manager aus der Industrie, ein Werbefachmann und Hanna.

Hanna ist nicht Fachfrau für das Thema „Stress“. Sie erkennt aber, dass ihre Kompetenz in dieser Zusammensetzung vor allem beim Organisieren von Lernprozessen liegt. Sie macht den Vorschlag, die Arbeit zu beginnen mit der Frage: Was bedeutet für mich persönlich Stress, wo und wie erfahre ich ihn, wie bewältige ich ihn? Dieser Vorschlag wird angenommen und in die Tat umgesetzt.

Kommunikationsformen

Bei der Diskussion um mögliche Formen der Realisierung und Umsetzung fällt Hanna auf, dass von einigen Teilnehmern nur in Kategorien der Einwegkommunikation und Werbung gedacht wird. In Absprache mit der Erwachsenenbildnerin und dem Kreativ-Manager erarbeitet sie einen Konzeptentwurf, welcher die verschiedenen Ebenen einer Intervention klar unterscheidet:

- Die Ebene der Einwegkommunikation, die die breite Bevölkerung aufs Thema aufmerksam machen soll (Massenkommunikation)
- Die Ebene der kognitiven Auseinandersetzung, in der Einstellungen beeinflusst werden sollen (Diskussions- und Gesprächsgruppen) u.ä.)
- Die Ebene der emotionalen und handlungsorientierten Auseinandersetzung, mit dem Ziel, Verhalten zu ändern (Seminar „Stressbewältigung“, Selbsterfahrungsgruppen u.ä.)

Aufgrund dieses Entwurfs entsteht in der Arbeitsgruppe ein Konzept, das Hanna und ihre Teamkollegen und -kolleginnen sehr befriedigt.

Stadtprophylaxe

Aus den Ergebnissen der Arbeitsgruppen Ernährung, Bewegung, Rauchen, Stress schuf eine Koordinationsgruppe ein Ge-