

abhängigkeiten

Schweizerische Fachstelle für Alkohol-
und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne

Alkohol- und Suchtfachleute (A+S),
Schweizerischer Fachverband, Oberkirch (LU)

- Redaktion Regina Burri, M.A., Psychologin, A+S, Burgmatte 23,
CH-6208 Oberkirch LU, e-mail: regburri@access.ch
Dr. phil. Hermann Fahrenkrug, Soziologe, SFA, Postfach 870,
CH-1001 Lausanne, e-mail: hfahrenkrug@sfa-isp.ch
- Layout Madeleine Gentil, Tel. (021) 321 29 76, e-mail: mgentil@sfa-isp.ch
- Abonnements-
verwaltung Elise Tricoteaux, Tel. (021) 321 29 41, e-mail: etricoteaux@sfa-isp.ch
- GutachterInnen Prof. Dr. med. Theodor Abelin, Direktor,
Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern
Jean-Daniel Barman, Directeur, Ligue valaisanne contre les
toxicomanies, Sion
Dr. iur. Margrith Bigler-Eggenberger, a. Bundesrichterin, Lausanne
Daniele Intraina, Direttore, Società ticinese
contro l'alcolismo e per l'igiene sociale, Lugano
Prof. Dr. rer. pol. Harald Klingemann, Institut für Sozialplanung und
Sozialmanagement (ISS), Berner Fachhochschule – Hochschule
für Sozialarbeit HSA, Bern
Prof. Dr. rer. pol. Robert Leu, Bern
Dr. phil. Richard Müller, Direktor, Schweizerische Fachstelle
für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne
Dr. phil. Jürgen Rehm, Direktor Institut für Suchtforschung, Zürich
Lic. phil. Martin Rüther, Psychologe FSP, Alkohol- und Suchtfachleute
– Schweizerischer Fachverband, Oberkirch LU
Prof. Dr. med. Ambros Uchtenhagen, Institut für Suchtforschung,
Zürich
Dr. rer. pol. Peter Wüthrich, Direktor, Schweizerische
Unfallversicherungsanstalt, Luzern
Lore Zablonier, Dipl. Sozialarbeiterin HFS, Alkohol- und Suchtfachleute
– Schweizerischer Fachverband, Oberkirch LU
- Anschrift Redaktion und Administration
Abhängigkeiten, Postfach 870, CH-1001 Lausanne
Tel. (021) 321 29 76 – Telefax (021) 321 29 40
e-mail: mgentil@sfa-isp.ch
Internet: <http://www.sfa-isp.ch>
- Erscheinungsweise 3mal jährlich
Bezugspreis Jahresabonnement:
- | | <i>Schweiz</i> | <i>Deutschland</i> | <i>sonstiges Ausland</i> |
|----------------|----------------|--------------------|--------------------------|
| Einzelpersonen | SFr. 45.– | DM 59.– | SFr. 50.– (Tageskurs) |
| Institutionen | SFr. 63.– | DM 83.– | SFr. 68.– (Tageskurs) |
| Einzelexemplar | SFr. 20.– | DM 30.– | SFr. 25.– (Tageskurs) |
- Kündigungsfrist: 30. November
- Verlag ISPA Press Lausanne
- Druck Imprimerie Ruckstuhl SA Renens
- ISSN 1420-2999

Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf allen Ebenen

Martin HAFEN*

Zusammenfassung

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Prävention im Bereich der Sozialen Arbeit, im Recht und in der Medizin zu einer ernstzunehmenden Disziplin entwickelt. Das kontinuierlich steigende Angebot an präventiven Aktivitäten zeichnet sich durch eine kreative, bisweilen chaotisch anmutende Vielfalt aus. Gründe für diese Heterogenität gibt es einige: die uneinheitliche Gesetzeslage, die mangelnde Koordination, die unzureichende Wirkungsforschung und Qualitätssicherung, die sich erst anbahnenden Weiterbildungsmöglichkeiten und die ungenügende theoretische Fundierung.

Im Zentrum des Artikels steht ein Aspekt, der eng im Zusammenhang mit diesem Theoriedefizit steht: die Begrifflichkeit, die im Präventionsbereich verwendet wird. Begriffe wie «Prävention», «Gesundheitsförderung», «Primär-», «Sekundär-» und «Tertiärprävention» werden teilweise synonym und teilweise in Differenz zueinander und zu angrenzenden Begriffen wie «Beratung» und «Behandlung» verwendet. Die These dieses Artikels ist, dass sich anhand einer durchdachten theoretischen Grundlage die herkömmliche Begrifflichkeit zuerst vereinfachen und dann neu ordnen lässt. Damit soll einerseits ein Instrumentarium von Begriffen geschaffen werden, welches der Komplexität des Präventionsbereiches besser gerecht wird als die heutigen, wenig reflektierten Bezeichnungen; andererseits ist dieser Artikel gedacht als Anstoss zu einer fruchtbaren wissenschaftlichen Diskussion über Form und Funktion der Prävention.

«Prävention» ist eines der Schlagwörter unserer Zeit. Mit präventiven Massnahmen sollen die negativen Begleiterscheinungen der gesellschaftlichen Entwicklung verhindert werden, die – präsentiert durch die Massenmedien – von der Öffentlichkeit wahrgenommen werden: Sucht, Gewalt, Krankheiten, Kriminalität, Mobbing, Essstörungen, sexueller Missbrauch etc. Die Prävention vermittelt das Gefühl, dass «etwas getan» wird gegen die Missstände in unserer Gesellschaft. Aus diesem Grund erfreut sich der Begriff einer durchaus verständlichen Beliebtheit – vor allem auch in der Politik. Die gerade in der Schweiz von polarisierten Standpunkten aus geführte Diskussion um die nationale Drogenpolitik hat immer wieder gezeigt, dass die teilweise sehr unterschiedlichen Meinungen der politischen Parteien in der Forderung nach präventiven Massnahmen regelmässig den kleinsten gemeinsamen Nenner finden.

* lic. phil. I, leitender Redaktor der Zeitschrift SuchtMagazin, Basel

Ein heterogenes Präventionsangebot

Auch wenn die zur Verfügung stehenden Mittel in keinem Verhältnis stehen zur ungewohnten politischen Einigkeit – im Suchtbereich wird für Prävention z.B. noch immer lediglich ein Bruchteil dessen aufgewendet, was für die Repression ausgegeben wird –, so hat sich in den letzten Jahrzehnten doch ein breites Spektrum von Aktivitäten entwickelt, die unter Begriffen wie «Prävention» oder «Gesundheitsförderung» laufen: der Theaterabend im Mütterzentrum ist damit genauso gemeint wie die Schul-Projektwoche zum Thema «Nikotin und Alkohol» oder ein wissenschaftlich evaluiertes Grossprojekt.

Diese Heterogenität der Massnahmen, die sich als «Prävention» beschreiben, wirkt nicht einfach nur «kreativ», sondern macht bisweilen einen ungeplanten, willkürlichen und unprofessionellen Eindruck. Das hat mehrere Gründe:

- **Die relativ kurze Geschichte der Prävention**

Obschon es schon seit langer Zeit medizinische Massnahmen zur Verhinderung von Krankheit gibt und schon seit Hunderten von Jahren Sucht verhindernde Massnahmen zur Durchsetzung politischer Entscheidungen vorgeschoben werden (Hafen, 1995), wird Prävention im heutigen Sinn der Verhinderung von gesellschaftlich unerwünschten Verhaltensweisen und Zuständen systematisch erst seit den 70er-Jahren betrieben.

- **Die uneinheitlichen gesetzlichen Grundlagen**

Da «der Versuch, ein eidgenössisches Präventionsgesetz zu erlassen, ... bereits vor Jahren [d.h. Ende der 80er-Jahre, mh] am Widerstand der Kantone gescheitert ist» (Fahrenkrug et al., 1995), regelt in der Schweiz jeder Kanton die präventiven Aktivitäten selbst, wobei diese Aufgabe in der Regel an die Gemeinden delegiert wird.

- **Die ungenügende Wirkungsforschung**

Obwohl die Präventionsforschung in den letzten Jahren unter der Führung der USA einige Fortschritte gemacht hat, werden nur die wenigsten Präventionsprojekte evaluiert, wobei bei diesen Auswertungen eine langfristige Wirkungsforschung die absolute Ausnahme ist (EMCDDA, 1998).

- **Die sich erst anbahnende Professionalisierung**

Obschon sich in der Schweiz das Bundesamt für Gesundheit (BAG) seit einigen Jahren um eine qualitative Verbesserung der Präventionsarbeit bemüht, befinden sich die Anstrengungen um eine Verbesserung der Vernetzung und Koordination sowie die Entwicklung einer spezifischen Weiterbildung erst im Anfangsstadium.

- **Die unzureichende theoretische Fundierung**

Falls ein Präventionsprojekt überhaupt über eine theoretische Basis verfügt, so besteht diese in der Regel aus psychologischen Ansätzen, deren beschränkte Reichweite der Komplexität des Wirkungsbereiches kaum angemessen ist.

Die inkohärente Begrifflichkeit 1: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Nach diesen einleitenden Einführungen zur Präventionspraxis soll speziell auf einen Faktor eingegangen werden, der eng mit der mangelnden Theoretisierung der Prävention verbunden ist und ihre Vereinheitlichung und Profes-

sionalisierung deutlich erschwert: die unklare, bisweilen widersprüchliche Begrifflichkeit. Neben den Begriffen «Prävention» und «Gesundheitsförderung», die später mit unterscheidungstheoretischen Mitteln beobachtet werden sollen, steht vor allem eine Differenzierung der Prävention zur Debatte, die sich seit den 70er-Jahren etabliert hat: die Unterscheidung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Stellvertretend für ähnliche Definitionen sei jene des BAG (1999) aufgeführt:

«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 Definitionen vermitteln den Eindruck, dass sich die Präventionsarbeit nach dem Interventionszeitpunkt gliedern liesse. Dabei fallen folgende zwei Punkte auf: erstens die fehlende Trennschärfe des Begriffes «Tertiärprävention» zu den Begriffen «Behandlung», «Therapie» und «Schadensverminderung» und zweitens die Beschränkung von «Sekundärprävention» auf die Funktion der Früherfassung (in anderen Definitionen ergänzt durch den zielgruppenspezifischen Aspekt der «Risikogruppenprävention»).

Tertiärprävention, Behandlung oder Schadensverminderung?

In Bezug auf den Begriff «Tertiärprävention» kann man sich fragen, ob nicht jede Behandlung oder Therapie von Krankheit auch präventiven Charakter hat. Geht es nicht immer auch darum, das Fortdauern eines Übels zu *verhindern* oder gar seiner Verschlimmerung *vorzubeugen*? Auch wenn die Übergänge fließend sind: Wenn man eine begriffliche Unterscheidung von Prävention und Behandlung anstrebt, dann scheint es unabdingbar, Kriterien zu formulieren, nach denen die Differenz zwischen den beiden Begriffen markiert werden kann.

Ein weiterer Punkt: Schaut man sich die konkreten Präventionsprojekte und -programme an, die durch das BAG unterstützt werden (BAG, 1999: 9ff.), so sucht man vergeblich nach einem Projekt im Bereich der Tertiärprävention. Solche Projekte – etwa die Abgabe von sterilem Spritzenmaterial zur Verhinderung von Infektionskrankheiten – werden denn auch in der Regel der «Schadensverminderung» (SFA, 1997: 177) zugeordnet, also einer der vier Säulen der bundesrätlichen Drogenpolitik neben Repression, Therapie und eben: Prävention.

«Früherfassung» als eigener Präventionsbereich?

Hinsichtlich des Begriffes «Sekundärprävention» fällt auf, dass die Funktion der Früherfassung nur einer von zahlreichen Aspekten präventiver Arbeit ist. Es ist schlicht nicht nachzuvollziehen, warum diesem spezifischen Aspekt der Präventionsarbeit in der Klassifizierung mit «Sekundärprävention» ein eigener Bereich zugemessen wird. Sogar bei klassischen Früherfassungsprojekten wie dem Luzerner Projekt «Früherfassung» und dem daraus hervorgegangenen Projekt «Schulteam», ist die Verbesserung der Früherfassung nur ein Ziel

neben andern; die eigentliche Arbeit zur Erreichung dieses Zieles ist die Arbeit an den Strukturen der Organisation Schule mit dem Bemühen um nachhaltige Veränderungen. Diese Veränderungen verbessern nicht nur die Früherfassung in einer Schule, sondern richten sich ganz generell gegen das Auftreten von unerwünschten Verhaltensweisen (Hafen, 1999), sind also präventiv im eigentlichen Sinn.

Vom zweiten Aspekt, welcher der Sekundärprävention bisweilen noch zugeordnet wird, der Risikogruppenprävention, kann am vorliegenden Beispiel angesichts der allgemeinen Schulpflicht ohnehin keine Rede sein. «Risikogruppen» sind eine Zielgruppe präventiver Arbeit neben zahlreichen anderen.

Legitimiert ihre breite Verwendung das Beibehalten von nutzlosen Begriffen?

Der Begriff «Prävention» wird also in einer Form ausdifferenziert, die vermuten lässt, man habe es mit drei in etwa gleichwertigen Klassen von präventiven Aktivitäten zu tun: primäre, sekundäre und tertiäre. Bei näherer Betrachtung zeigt sich aber einerseits, dass Projekte, die unter «Tertiärprävention» fallen müssten, in der Praxis einem vollständig anderen Bereich zugeordnet werden, nämlich dem der «Schadensverminderung» und dass sich der Begriff inhaltlich kaum von «Behandlung» und «Therapie» unterscheidet; andererseits umfasst der zweite Unterbegriff, jener der «Sekundärprävention», mit seiner Beschränkung auf «Früherfassung» und «Risikogruppenprävention» nur einen kleinen Teil aller Aspekte von Prävention. Dass es sich dabei um sehr unterschiedliche Aspekte handelt – einen des Interventionszeitpunktes und einen der Zielgruppe – soll uns später noch beschäftigen.

Welcher Schluss lässt sich aus diesen Erkenntnissen ziehen? Eine Möglichkeit ist, dass man es bei der traditionellen Begrifflichkeit belässt und argumentiert, dass die Begriffe Gewohnheit sind und die Leute «schon wissen, was damit gemeint ist». Eine andere Möglichkeit ist, den Nutzen dieser Begriffe trotz ihrer Gebräuchlichkeit in Frage zu stellen und damit Platz zu schaffen für eine neue Differenzierung des Präventionsbegriffes.

Die inkohärente Begrifflichkeit 2: Prävention und Gesundheitsförderung

Mit der hier vorgeschlagenen Ausrangierung der gebräuchlichen Dreiteilung von Prävention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sind die Möglichkeiten einer Begriffsklärung jedoch noch nicht ausgeschöpft. In Anschluss an die Neudefinierung des Gesundheitsbegriffes in der Ottawa-Charta (1986) durch die Weltgesundheitsorganisation WHO etablierten sich in der Schweiz neben der Prävention zunehmend auch Aktivitäten, die als «Gesundheitsförderung» bezeichnet wurden. Nach Franzkowiak und Sabo (1993) ging der Aufstieg der Gesundheitsförderung «so schnell und unwälzend vonstatten, dass viele Beteiligte und Beobachter von einem regelrechten Paradigmenwandel in der Prävention sprechen.»

Wie nachhaltig sich diese Unterscheidung von Prävention und Gesundheitsförderung festgesetzt hat, zeigt sich auch daran, dass die ersten beiden schweizerischen Weiterbildungen in diesem Bereich darauf aufbauen: Die

Fachhochschule Aargau, Direktionsbereich Soziale Arbeit bietet seit Herbst 2000 einen «Nachdiplomkurs Gesundheitsförderung» an (Borle, 2000), und an der Hochschule für Soziale Arbeit in Luzern kann man ebenfalls seit Herbst 2000 ein «Nachdiplomstudium Prävention und Gesundheitsförderung» besuchen (Gschwind, 2000). Es sieht also so aus, dass in der Schweiz in absehbarer Zukunft Fachleute tätig sein werden, deren Wissen durch ein Diplom in «Gesundheitsförderung» oder «Prävention und Gesundheitsförderung» dokumentiert wird.

Angesichts dieser strukturellen Verfestigung der Differenz der Begriffe «Prävention» und «Gesundheitsförderung» soll anhand von zwei Zitaten geprüft werden, ob wirklich ein inhaltlicher Unterschied zwischen den beiden Domänen besteht und, falls ja, wie dieser aussieht.

Prävention = Gesundheitsförderung ...

Im Präventionskonzept des Kantons Basel-Stadt (Justizdepartement Basel-Stadt, 1995) wird die Gesundheitsförderung im Kapitel «Begriffserklärung» nicht gesondert aufgeführt. Die Autoren/Autorinnen weisen einleitend darauf hin, dass Prävention «Vorbeugung» oder «Verhütung» bedeutet und dass sich der Begriff – wie der synonym verwendete griechische Begriff der «Prophylaxe» – auf alle möglichen Sachgebiete beziehen könne. Es handle sich immer um ein Ereignis, eine Entwicklung, ein Verhalten oder um einen Zustand, der verhindert werden solle. Der Bezug zur Gesundheitsförderung wird im folgenden Abschnitt hergestellt: *«In diesem Konzept wird der Begriff der Prävention im Sinne von Suchtprävention und psychosozialer Gesundheitsförderung verwendet. Psychosoziale Störungen sind selbst- oder fremdschädigende Verhaltensweisen, die es zu vermeiden gilt, wie z.B. Sucht, Gewalt.»*

Prävention wird hier also «im Sinne von ... psychosozialer Gesundheitsförderung» verwendet. Es wird impliziert, dass die «Verhütung» von «psychosozialen Störungen» mit der «Förderung» der «psychosozialen Gesundheit» gleichzusetzen sei.

... oder doch nicht?

Im Gegensatz dazu versucht das BAG (1999) eine Abgrenzung zwischen den Begriffen Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention wird folgendermassen umschrieben:

«Das Konzept der Prävention orientiert sich an den Symptomen und Krankheiten, die es zu verhüten gilt. Dazu werden Massnahmen umgesetzt, die bestehende Risikofaktoren vermindern und protektive Faktoren stärken. Dabei können personenorientierte und strukturorientierte Ansätze bzw. eine Kombination der beiden Ansätze zur Anwendung gelangen. Präventive Massnahmen richten sich an die ganze Bevölkerung, an ausgewählte Gruppen oder auch an einzelne Individuen mit erhöhtem Risiko.»

Gesundheitsförderung hingegen orientiert sich an einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit, die sie fördern will. Sie bezwecke die Stärkung der individuellen und kollektiven Ressourcen für das physische, psychische und soziale Wohlbefinden. Auch hier seien personen- und strukturorientierte Ansätze anzutreffen, wobei Gesundheitsförderung sowohl bei Gesunden wie

auch bei Kranken angewendet werden könne. Das BAG rundet seine Ausführungen mit einer Schlussfolgerung ab: *«Die zwei Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung widersprechen sich nicht, sie konvergieren letztlich in der gemeinsamen Perspektive, die Gesundheit zu schützen, zu erhalten und zu fördern. ... Die Kombination beider Ansätze kann interessante Synergien schaffen.»*

Die Ausführungen des BAG illustrieren, welchen Argumentationsschwierigkeiten man sich aussetzt, wenn man die Unterschiedlichkeit von Interventionen begründen will, die auf je einer Seite der gleichen Unterscheidung (Krankheit/Gesundheit) ansetzen.

Unterscheidungstheoretische Grundlagen

Die (Nicht-)Unterscheidung Prävention/Gesundheitsförderung ist ein gutes Beispiel dafür, wie sich Begriffe innerhalb eines Berufsfeldes entwickeln und zu massgeblichen strukturellen Konsequenzen (etwa in der Form von unterschiedlich bezeichneten Weiterbildungen) führen können, ohne dass sie wirklich theoretisch begründet werden könnten.

Nachfolgend soll mit unterscheidungstheoretischen Mitteln geprüft werden, ob diese Unterscheidung wirklich so wenig Unterscheidungskraft hat, wie es denn Anschein macht. In der Folge kann geprüft werden, ob man die Unterscheidung beibehalten, ob man sie ersetzen oder ob man die beiden Begriffe im Verhältnis zueinander neu anordnen will.

Beobachtung als Bezeichnung von Unterschiedenem

Die Systemtheorie in der Tradition des deutschen Soziologen Niklas Luhmann und andere, verwandte Theorierichtungen wie der radikale Konstruktivismus verwenden für das Wahrnehmen und die Beschreibung der Welt den Begriff der Beobachtung. George Spencer Brown (1996), ein Mathematiker, auf den sich Luhmann bei seinen unterscheidungstheoretischen Überlegungen immer wieder bezieht, umschreibt die Grundoperation der Beobachtung mit der Anweisung: *«Draw a distinction»* – *«Triff eine Unterscheidung»*.

In Bezug auf unser Thema wäre eine solche Unterscheidung *«Prävention/alles andere»* oder auch *«Prävention/Gesundheitsförderung»*. Wir können über Prävention also sprechen, ohne sie von etwas Bestimmtem zu unterscheiden; es ist aber auch möglich, Prävention in Differenz zu Gesundheitsförderung (oder Therapie oder Behandlung etc.) zu thematisieren.

Die beiden Verben *«sprechen»* oder *«thematisieren»* weisen darauf hin, dass ein zweiter Schritt benötigt wird, um die Beobachtung vollständig zu machen: Nach dem *«Treffen der Unterscheidung»* muss eine der beiden Seiten bezeichnet werden – in unserem Fall: Prävention.

Die *«bezeichnete»* Seite unterscheidet sich dann von der andern, *«unmarkierten»* Seite. Wenn diese unmarkierte Seite nicht *«alles andere»* umfasst, sondern etwas bestimmtes anderes (hier: Gesundheitsförderung), kann dieses andere im Rahmen einer neuen Operation (Beobachtung) selber bezeichnet werden, was die vorher bezeichnete Seite zur unbezeichneten werden lässt.

Beobachtung 1. Ordnung und 2. Ordnung

Die genannten Theorien unterscheiden zwei Beobachtungsebenen: eine Ebene der Beobachtung 1. Ordnung und eine der Beobachtung 2. Ordnung. Nach Bardmann, Lamprecht (1999) zeichnet sich die Beobachtung 1. Ordnung durch die Beantwortung der Fragen «Was beobachte ich?» oder «Was ist der Fall?» aus. Die Antwort (in unserem Fall: Prävention) entspricht der Bezeichnung der einen Seite der Unterscheidung, wobei die nicht bezeichnete Seite als blinder Fleck des Beobachters erscheint. Mit dem Begriff des «blinden Flecks» bezeichnet Heinz von Foerster (Bardmann, 1999) den Umstand, dass der Beobachter beim Beobachten die Unterscheidung nicht im Auge hat, die seiner Beobachtung zugrunde liegt. Er kann also nur sehen, was er sieht, und nicht, was er dabei nicht sieht.

Dieser «blinde Fleck» kann nur durch eine weitere Beobachtung, eine Beobachtung 2. Ordnung erhellt werden. Es handelt sich dabei um eine Beobachtung, welche die Unterscheidung beobachtet, welche durch den Beobachter 1. Ordnung verwendet worden ist – in unserem Fall die Unterscheidung Prävention/Gesundheitsförderung. Die geschieht «... mit Hilfe anderer Unterscheidungen (zum Beispiel der von wahr und unwahr)» (Luhmann, 1994: 515).

Die Beobachtung 2. Ordnung sieht also nicht mehr nur die eine Seite der vorher gewählten Unterscheidung, sondern beide, also auch das, was der Beobachter 1. Ordnung nicht gesehen hat. Die Vorzugsfragen lauten jetzt: «Wie, d.h. mit welchen Unterscheidungen, beobachtet der Beobachter?» oder «Warum so und nicht anders?» (Bardmann, Lamprecht, 1999: Beobachtung).

Beobachtungen als Basis wissenschaftlicher Diskussion

Dieser Artikel ist ein typisches Beispiel von Beobachtung 2. Ordnung: In ihm wird beobachtet, mit welchen spezifischen Unterscheidungen (Begriffen) die Prävention arbeitet. Die Hauptunterscheidung, die diesen Beobachtungen zu Grunde liegt (und sie damit gleichzeitig zu einer Beobachtung 1. Ordnung macht), ist die grundlegende Unterscheidung des Wissenschaftssystems, die Unterscheidung «wahr/falsch» mit spezifischen Ausformungen wie «unterscheidungsstark/unterscheidungsschwach» oder «theoretisch fundiert/theoretisch nicht fundiert». Wenn die in diesem Artikel gemachten Unterscheidungen wieder mit dem Code wahr/falsch beobachtet und diese Beobachtungen kommuniziert werden, dann entsteht eine wissenschaftliche Diskussion – etwas, das in der Prävention noch kaum besteht.

Wiedereinführung oder ...

Diese Ausführungen bringen uns zu einem zentralen Punkt der Unterscheidungstheorie von Spencer Brown, dem Begriff der Wiedereinführung (*re-entry*). Systeme operieren mit bestimmten Leitunterscheidungen, die ihre Operationen ordnen; dabei ist zu beachten, dass die Operationen immer an der einen Seite der Unterscheidung ansetzen, dass also immer die gleiche Seite bezeichnet wird. Ein Beispiel: Die Leitunterscheidung des Medizinsystems ist «krank/gesund». Alle Operationen des Systems orientieren sich an

der Seite Krankheit – wer gesund ist, wird vom Doktor nach Hause geschickt. Theoretisch gesehen heisst das, dass das Medizinsystem bei seiner Selbstdefinition (Selbstbeobachtung) die ganze Unterscheidung krank/gesund in die Krank-Seite der Unterscheidung wiedereinführt. Diese Wiedereinführung der Unterscheidung «krank/gesund» in die Seite «krank» bedeutet, dass die andere Seite der Unterscheidung (gesund) miteingeführt wird. Das wiederum hat zur Folge, dass – unterschiedslogisch gesehen –, der Begriff «Krankheit» nie ohne seinen Gegenbegriff «Gesundheit» verwendet werden kann. Jede erfolgreiche Bekämpfung von Krankheit bedeutet gleichzeitig eine Verbesserung der Gesundheit. Obwohl das Medizinsystem nur bei Krankheit anschlussfähig ist, nimmt es das Mitlaufen der Seite «Gesundheit» wahr – nicht zuletzt aus diesem Grund bezeichnet es sich bisweilen als «Gesundheitssystem», obwohl es sich faktisch immer nur mit Krankheit beschäftigt.

... das Mitführen der anderen Seite

Das Beispiel des Medizinsystems wurde nicht willkürlich gewählt: Auch die Gesundheitsförderung operiert mit dem Begriff der Gesundheit, und was die Prävention betrifft, so werden zahlreiche der durch sie zu verhindernden Verhaltensweisen oder Zustände (etwa: Sucht) als Krankheit bezeichnet. Da bei anderen Verhaltensweisen wie Jugendgewalt oder Mobbing ähnliche Unterscheidungen (etwa: «erwünscht/unerwünscht») verwendet werden und da sich die Definition von beidem: von «krank» und «unerwünscht» im Laufe der gesellschaftlichen Entwicklung immer wieder ändert, soll in der Folge anhand der Unterscheidung «gesund/krank» argumentiert werden.

Die These hier ist, dass die oben geschilderten Schwierigkeiten bei der Unterscheidung von Prävention und Gesundheitsförderung durch das begründet sind, was Spencer Brown als «Wiedereinführung» bezeichnet: Die «Prävention» führt die Einheit der Unterscheidung «Krankheit/Gesundheit» in die Seite «Krankheit» ein, die ihre Massnahmen verhindern sollen; die «Gesundheitsförderung» führt die gleiche Unterscheidung in die Seite «Gesundheit» ein, die sie fördern will. In beiden Fällen ist die andere Seite der Unterscheidung präsent: die Gesundheit kann nicht gefördert werden, ohne Krankheit zu verhindern; die Krankheit kann nicht verhindert werden, ohne die Gesundheit zu fördern.

Prävention/Gesundheitsförderung – eine Unterscheidung ohne Unterscheidungskraft

Mit der Unmöglichkeit, die jeweils andere Seite auszuschliessen, verliert die Unterscheidung Prävention/Gesundheitsförderung an Unterscheidungskraft. Der einzige «Unterschied, der noch einen Unterschied macht» (Gregory Bateson, zit. in Luhmann, 1994b: 122), ist, dass die Prävention bei der Krankheit ansetzt und die Gesundheitsförderung bei der Gesundheit. Will man auf der Basis von so wenig Unterscheidungskraft zwei unterschiedliche Weiterbildungen herausdifferenzieren oder gar einen Paradigmenwechsel ausmachen, gerät man leicht in einen Argumentationsnotstand: Am Beispiel des BAG-Zitates drückt sich dieser Notstand dadurch aus, dass präventive Massnahmen bei Einzelnen oder Gruppen «protektive Faktoren stärken», während

die Gesundheitsförderung die «Stärkung der individuellen und kollektiven Ressourcen» bezweckt. Wie die Prävention kann auch die Gesundheitsförderung bei Gesunden und bei Kranken angewendet werden; wie die erste ist auch die zweite sowohl «personen- als auch strukturorientiert» möglich.

Der Unterschied von Funktion und Methodik

Weil die beiden Begriffe die gleichen Tätigkeiten bezeichnen und dabei an der jeweils anderen Seite der Unterscheidung gesund/krank ansetzen, ergeben sich regelmässig unfruchtbare Diskussionen über die Unterschiede zwischen Prävention und Gesundheitsförderung. Das müsste nicht sein, wenn man die Ebenen der *Funktion* und der *Methodik* konsequent auseinanderhält. Die «Verhinderung von gesellschaftlich unerwünschten Verhaltensweisen und Zuständen» entspricht der *Funktion*, welche Prävention und Gesundheitsförderung für die Gesellschaft erfüllen; Ressourcenförderung, ganzheitliche (systemische!) Sichtweise, Ausrichtung auf Chancengleichheit etc. sind Aspekte der *Methodik*, die sowohl bei der Prävention als auch bei der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Dazu kommt, dass sowohl die Prävention als auch die Gesundheitsförderung bisweilen über die möglichen Folgen von bestimmten Verhaltensweisen (etwa: Rauchen verursacht Lungenkrebs) informieren und somit keineswegs ausschliesslich salutogenetisch ausgerichtet sind, sondern auch aufklärend oder gar abschreckend wirken.

Gesundheitsförderung als gesellschaftsweite Strategie ...

Angesichts der fehlenden Unterscheidungskraft der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung soll hier eine Neuordnung der Begriffe versucht werden. Ausgangspunkt für die folgenden Überlegungen ist die Verwendung des Begriffes «Gesundheitsförderung» durch die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG, 2000): Auf der einen Seite bezeichnet die SGPG mit dem Begriff Gesundheitsförderung eine «gesundheitsförderliche Gesamtpolitik» im Sinne einer gesellschaftsweiten Strategie; auf der andern Seite umschreibt sie damit Projekte, mit welchen diese Strategie umgesetzt werden soll.

Wie bis dahin gezeigt worden ist, unterscheidet sich die Gesundheitsförderung auf der *Projektebene* nicht von der Prävention. Auf der Ebene der gesellschaftsweiten Strategie für Gesundheitsförderung behält der Begriff jedoch seine Besonderheit. Doch was genau könnte mit «gesellschaftsweiter Strategie der Gesundheitsförderung» gemeint sein?

... für mehr gesundheitsfördernde Entscheidungen

In allen Bereichen der Gesellschaft werden laufend Entscheidungen getroffen, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben: in den Organisationen der Politik, der Wirtschaft, des Bildungswesens, aber auch in Familien und durch Individuen. Auf der strategischen Ebene geht es darum, die Systeme erstens dafür zu sensibilisieren, diese Entscheidungen in Bezug auf ihre Auswirkung auf Gesundheit/Krankheit zu hinterfragen, und sie zweitens zu motivieren,

nicht gesundheitsschädigend, sondern gesundheitsfördernd zu entscheiden.

Gesundheitsförderung ist in diesem Sinn als Struktur zu verstehen, die in allen Systemen der Gesellschaft Entscheidungen beeinflussen soll. Beim Individuum kann das die Entscheidung sein, sich gesund zu ernähren; in der Politik kann es die Entscheidung betreffen, wo und wie viele UMTS-Antennen platziert werden; in der Gemeinde können es Beschlüsse sein, die ein neues Verkehrskonzept zum Ziel haben; in einer Schule kann es die Entscheidung sein, Strukturen einzurichten, welche eine konstruktive Konfliktfähigkeit der Kinder oder kohärente Regeln im Umgang mit Suchtmitteln bewirken.

Prävention als operative Umsetzung

Die Massnahmen – seien es nun Projekte oder (leider immer noch zahlreich) einmalige Kommunikationen –, welche die einzelnen Systeme bei der Etablierung solcher Strukturen beratend begleiten, sollen mit dem Begriff «Prävention» bezeichnet werden.

In diesem Sinn läuft jede präventive Beratung darauf hinaus, die Gesellschaft (resp. einzelne Systeme darin) dabei zu unterstützen, ihren Weg in Richtung des Horizontes einer gesundheitsförderlichen Gesellschaftsentwicklung zu verfolgen, also in Zukunft Entscheidungen öfters so zu treffen, dass diese der Gesundheit zu- und nicht abträglich sind.

Dass sich die Prävention dabei thematisch auf zu verhindernde Verhaltensweisen oder Zustände bezieht, verhindert nicht, dass auf der Ebene der Didaktik und der Methodik immer wieder betont werden soll, welche Stärken die Kinder, die Familien, die Organisationen haben. Nur führt das nicht an der Erkenntnis vorbei, dass jede präventive Beratung sich an Defiziten orientiert und dass sie mit ihren Interventionen versucht, das betreffende System zu befähigen (Empowerment), Strukturen zu entwickeln, die diesen Defiziten entgegenwirken.

Versuch einer neuen Gliederung der Begrifflichkeit

Bis dahin wurde mit unterscheidungstheoretischen Mitteln dargelegt, dass es Sinn machen kann, die gebräuchliche Begriffskette «Gesundheitsförderung-Primärprävention-Sekundärprävention-Tertiärprävention» mangels Unterscheidungskraft aufzuheben und Prävention als Teil einer gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsförderung zu verstehen.

Auf der Basis dieser Klärung lässt sich nun eine neue Differenzierung der Begriffe rund um «Prävention» versuchen. Bei dieser Begriffsarbeit geht es nicht mehr nur um unterscheidungstheoretische Sorgfalt, sondern vor allem auch um den Bezug zur Praxis.

Prävention, Behandlung, Schadensverminderung

Wie weiter oben angetönt, erlaubt die Klärung der Begrifflichkeit um den Begriff «Prävention» eine inhaltliche Abgrenzung zu den nahe stehenden Disziplinen «Behandlung» (stationär und ambulant) und «Schadensverminderung». Folgende Definitionen können als Diskussionsgrundlage dienen:

- **Prävention** versucht, zukünftige Probleme bei unbestimmten Personen zu verhindern.
- **Früherfassung** versucht, Anzeichen für zukünftige Probleme bei bestimmten Personen zu erkennen und die geeigneten Massnahmen zur Behandlung dieser Anzeichen in die Wege zu leiten.
- **Behandlung** versucht, bestehende Probleme bei bestimmten Personen zu beheben.
- **Schadensverminderung** versucht, Folgeprobleme von bestehenden Problemen bei bestimmten Personen zu verhindern.

Der Präventionsaspekt «Früherfassung» markiert in diesem Sinn eine Übergangszone, ein Bindeglied zwischen Prävention und Behandlung: Die durch die präventiven Massnahmen zu verhindernden Probleme sind zwar noch nicht oder nur ansatzweise aufgetreten, doch werden durch die Früherfassung andere Probleme bezeichnet – Probleme, die auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der mittels der Prävention zu verhindernden Probleme hinweisen. Diese Probleme (etwa: auffallende Unkonzentriertheit oder gehäuft auftretende massive verbale Aggression eines bestimmten Schülers) werden dann in der Regel durch andere Einrichtungen behandelt.

Die Ebenen der Präventionsarbeit in der Praxis

Nachdem die Prävention von ihren Nachbardisziplinen «Behandlung» und «Schadensverminderung» abgegrenzt worden ist, soll versucht werden, die praktische Präventionsarbeit nach verschiedenen Aspekten zu gliedern. Die nachfolgend aufgeführten Ebenen können nur analytisch getrennt werden; zwischen ihnen gibt es zahlreiche Verbindungen, die je nach Präventionsart unterschiedlich ausfallen (Abbildung 1).

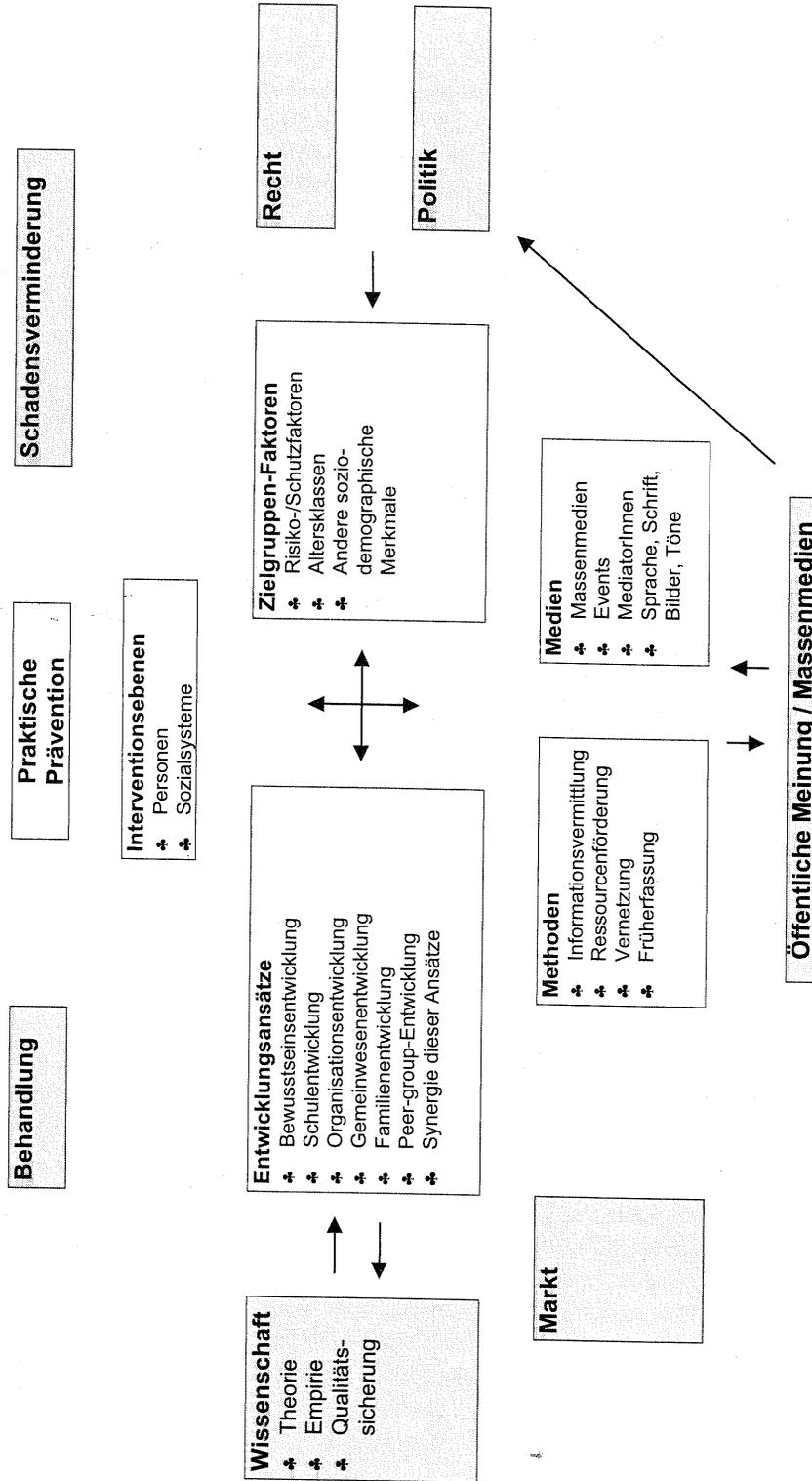
Für eine sorgfältige Planung von präventiven Aktivitäten scheint es unerlässlich, ganz genaue Vorstellungen darüber zu haben, ob man eine bestimmte Interventionsebene (etwa die Organisation Schule) für allgemeine Prävention und Früherfassung anpeilt oder ob man eine bestimmte Zielgruppe (etwa: Migranten/Migrantinnen) ansteuert und die Interventionsebene auf diese Zielgruppe ausgerichtet ist. Weiter geht es darum zu klären, welche Methode man wählt, um die gewünschten Resultate zu erreichen und wie die Programme aussehen, in welchen diese Methoden konkret umgesetzt und welche Medien dabei verwendet werden. In diesem Sinn können wir folgende Ebenen unterscheiden:

Die Interventionsebene

- **Personen-orientierte Prävention** richtet sich direkt an einzelne Menschen, etwa im Rahmen eines Familiengesprächs, eines Theaterstücks oder einer Medienkampagne. Das Ziel ist, das Verhalten direkt zu beeinflussen.

Abbildung 1

Ebenen professioneller Präventionsprojekte



- **Sozialsystem-orientierte Prävention** richtet sich an Organisationen, Familien, Vereine, Verwaltung, *peer-groups* etc. Das Ziel ist, die Strukturen der Systeme so zu beeinflussen, dass sie die zu verhindernden Verhaltensweisen bei den Menschen in ihrem Umfeld möglichst wenig fördern.

Ein Projekt, welches zu erreichen versucht, dass eine *peer-group* ihren Aktivitäten-Bereich erweitert oder verlagert, wäre demnach der zweiten Kategorie zuzuordnen. Soll jedoch der Einfluss der Gruppenführer *peer-leaders* genutzt werden, um das Sozialverhalten der einzelnen Mitglieder zu beeinflussen, wäre dies als personen-orientierte Prävention zu bezeichnen.

Die gebräuchliche Unterscheidung Verhaltens-/Verhältnisprävention scheint trotz der attraktiven morphologischen Nähe von «Verhalten» und «Verhältnis» nicht geeignet, insbesondere weil nicht deutlich wird, ob auf Verhaltens(Verhältnis-)ebene interveniert oder unerwünschte Verhaltensweisen/Verhältnisse verhindert werden sollen.

Die Ebene der Entwicklungsansätze

Jede dieser Interventionsebenen verlangt unterschiedliche Interventionsformen. Mit dem Begriff «Entwicklungsansatz» ist ein theoriegeleiteter Komplex von Massnahmen gemeint, der die Entwicklung des jeweiligen Systems in die gewünschte Richtung unterstützen soll. «Tiefenpsychologie» wäre ein solcher Ansatz in der Therapie. Hier soll von «Entwicklung» gesprochen werden, um dem Umstand Ausdruck zu verleihen, dass präventive Massnahmen auf jeder Ebene nur Anstösse geben können. Die eigentliche Entwicklungsarbeit wird von den beratenen Systemen selbst gemacht. In diesem Sinn unterscheiden wir:

- Bewusstseinsentwicklung
- Schulentwicklung
- Organisationsentwicklung
- Gemeinwesenentwicklung
- Familienentwicklung
- Peer-group-Entwicklung
- Die Synergie dieser Ansätze

Die Ebene der Zielgruppen

Während es auf der ersten Ebene darum ging zu unterscheiden, ob sich die Prävention an einzelne Personen oder an soziale Systeme richtet und mit welchem Entwicklungsansatz sie das macht, werden auf dieser Ebene Gruppierungen definiert, welche Personen umfassen, die bestimmte gemeinsame Charakteristika wie die folgenden teilen:

- **Risiko-/Schutzfaktoren**

Diese ergeben sich in der Regel aus den Resultaten von empirischen Erhebungen und sind oft nicht leicht zu trennen, da das Wegbleiben eines Risikofaktors gleichzeitig als Schutzfaktor bezeichnet werden kann.

- **Altersklassen**

Präventive Massnahmen können sich an bestimmte Altersgruppen richten – entweder aus lernpsychologischen Gründen («präventive Massnahmen müssen möglichst früh einsetzen») oder hinsichtlich Altersgruppen, die für bestimmte Lebenskrisen besonders anfällig sind (Adoleszenz, midlife crisis, Pensionierung).

- **Andere sozio-demographische Merkmale**

Geschlecht (frauen-/männerspezifische Prävention), ethnische Zugehörigkeit (Prävention für Migranten/Migrantinnen), Sexualverhalten (Prävention für Homo-/Heterosexuelle) etc.

Die Ebene der Methoden

Wenn man sich entschieden hat, ob man eine bestimmte Zielgruppe anvisieren will oder nicht und welche Interventionsebene gewählt werden soll, geht es darum, die angepasste Methode zu wählen. Solche Methoden können sein:

- **Informationsvermittlung**

Möglichst neutral oder negativ konnotiert als Abschreckung

- **Ressourcenförderung**

Soziale und emotionale Kompetenz, Eigenverantwortung, gesundheitliche Kompetenzerwartung etc.

- **Vernetzung**

Bildung von Netzwerken (Personen untereinander und zwischen sozialen Systemen)

- **Früherfassung**

Bildung von Strukturen für die Erkennung von Anzeichen für Probleme

Die Ebene der Medien

Schlussendlich geht es darum aufzulisten, welcher Medien sich die Prävention bedient. Unter dem Begriff Medien sollen nicht nur Massenmedien und Medien wie Sprache und Schrift subsumiert werden, sondern z.B. auch Menschen (Mediatoren/Mediatorinnen, *peer-leader*), welche in den Kommunikationsprozess miteinbezogen werden. Folgende Medien lassen sich aufführen:

- **Massenmedien**

TV, Radio, Zeitungen, Zeitschriften, Plakatkampagnen etc.

- **Events**

Theaterstücke, Videofilme, Ausstellungen, Standaktionen etc.

- **Mediatoren/Mediatorinnen**

Lehrkräfte, *peer-leader*, Sporttrainer/Sporttrainerinnen etc.

- **Sprache, Schrift, Bilder, Töne**

Immer im Hintergrund präsent: die Wissenschaft

Auf jeder einzelnen dieser Ebenen sollte die wissenschaftliche Reflexion im Hintergrund mitlaufen. Was die theoretische Seite angeht, so wird die Komplexität präventiver Massnahmen schnell deutlich: (entwicklungs-)psychologische und didaktische Kenntnisse sind genauso notwendig wie kommunikations- und medientheoretisches Wissen – um nur die wichtigsten Disziplinen zu nennen. Auf der Seite der wissenschaftlichen Methoden werden die (qualitative und quantitative) empirische Epidemiologie und Wirkungsforschung genauso benötigt wie eine sorgfältige Qualitätssicherung der einzelnen Massnahmen. Nur wenn die Praxis konsequent durch die Wissenschaft begleitet

wird, und nur wenn die Wissenschaft sich sorgfältig mit den Erkenntnissen aus der Praxis auseinandersetzt, wird sich eine professionelle Disziplin «Prävention» etablieren können.

Schlussbemerkungen

Nicht dass die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis die einzige Bedingung für eine Entwicklung in Richtung Professionalität wäre: Welche der präventiven Massnahmen wie durchgeführt werden können, hängt massgeblich von den politischen und den rechtlichen Voraussetzungen ab.

Wenn präventive Massnahmen dereinst so weitgehend umgesetzt werden, wie sie heute für notwendig erachtet werden, dann sind enorme Anstrengungen auf allen diesen Ebenen unverzichtbar. Nur so kann aus dem bunten Gemisch von Präventionsaktivitäten ein inhaltlich kohärentes Massnahmepaket werden, von dessen Synergien die einzelnen Projekte und das gesellschaftliche Umfeld der Prävention profitieren können. Die Formulierung einer einheitlichen Begrifflichkeit ist dazu nur ein winzig kleiner, wenn auch notwendiger Schritt.

Summary

The terminology of prevention – confusion at all levels

Over the last twenty or thirty years, prevention has become a discipline to be taken seriously in the field of social work, law and medicine. The ever increasing availability of preventive activities is characterised by a creative, sometimes almost chaotic diversity. There are a number of reasons for this heterogeneity: the varying legislative situation, lack of co-ordination, inadequate research into efficacy and quality assurance, the incipient recently implemented training opportunities and the unsatisfactory theoretical base.

The central theme of the article is an aspect that is closely related to this theory deficit: the terminology used in the sphere of prevention. Terms such as «prevention», «health promotion», «primary», «secondary» and «tertiary prevention» are used sometimes synonymously and sometimes in contradistinction to each other and to related terms such as «counselling» and «treatment». The hypothesis of this article is that the conventional terminology can be neither simplified nor subsequently reorganised without the establishment of a logically prepared basis. A whole system of concepts must be created to cover the complexity of the sphere of prevention better than the present, less well considered designations; this article is also intended as a stimulus to a fruitful scientific discussion on the form and function of prevention.

«Prevention» is one of the catchwords of our time. Preventive measures are expected to preclude the negative side effects of social development, as presented by the mass media and perceived by the public: addiction, violence, illness, criminality, mobbing, eating disorders, sexual abuse, etc. Prevention gives one the feeling that «something is being done» about the problems in our society. The concept is therefore enjoying a perfectly understandable popularity – and particularly in politics. The discussion taking place in Switzerland from polarised viewpoints concerning the national drug policy has repeatedly shown that the sometimes starkly contrasting views of the political parties in the call for preventive measures regularly find the lowest common denominator.

Résumé

La terminologie de la prévention – la confusion règne à tous les niveaux

Dans les domaines du travail social, du droit et de la médecine, la prévention est devenue, au cours des décennies écoulées, une discipline qu'il convient de prendre au sérieux. Toujours plus nombreuses, les activités de prévention proposées sont caractérisées par une créativité débordante et une diversité parfois chaotique. Les raisons d'une telle hétérogénéité sont nombreuses: diversité des statuts légaux, absence de coordination, insuffisances en matière d'évaluation de l'efficacité et de garantie de la qualité, possibilités de formation continue très récentes et étayage théorique insatisfaisant.

Le présent article traite essentiellement d'un aspect directement lié à l'absence de référence théorique solide, à savoir la terminologie utilisée dans le domaine de la prévention. Des termes comme «prévention», «promotion de la santé», «prévention primaire», «secondaire» et «tertiaire» sont utilisés tantôt comme étant des synonymes et tantôt comme ayant des significations différentes entre elles et par rapport aux termes voisins de «consultation» et de «traitement». Le présent article développe la thèse qu'il est possible, moyennant un réexamen des fondements théoriques, de simplifier cette terminologie, puis de la réorganiser. Cela devrait d'une part permettre de créer une terminologie nouvelle qui rendrait mieux compte de la complexité du secteur de la prévention que celle qui prévaut actuellement; d'autre part, cet article est conçu comme une incitation à ouvrir un débat scientifique constructif à propos de la forme et de la fonction de la prévention.

«Prévenir» est l'un des mots d'ordre les plus prisés de notre temps. Les mesures préventives sont censées éviter l'apparition des effets négatifs de l'évolution sociale dont le public prend conscience par l'intermédiaire des médias: dépendances, violences, maladies, criminalité, mobbing, troubles alimentaires, abus sexuels, etc. La prévention donne l'impression que «l'on fait quelque chose» contre les situations jugées anormales dans notre société. Aussi ce terme jouit-il d'une popularité tout à fait compréhensible – en particulier au niveau politique. Le débat sur la politique nationale en matière de drogue, avec la polarisation des points de vue qui prévalait en Suisse notamment, a permis de constater de manière réitérée que les opinions parfois divergentes défendues par les partis politiques trouvent systématiquement leur plus petit dénominateur commun dans l'exigence de mesures de prévention.

Literaturverzeichnis

- Bardmann, T. M., 1996: Eigenschaftslosigkeit als Eigenschaft. Sozialarbeit im Lichte der Kybernetik des Heinz von Foerster. In: Bardmann, T. M.; Hansen, S., 1996: Die Kybernetik der Sozialarbeit – ein Theorieangebot. Aachen.
- Bardmann, T. M., Lamprecht, A., 1999: Systemtheorie verstehen: Eine multimediale Einführung in systemisches Denken. CD-ROM. (Zitationen nach Themen und Unterthemen. Bsp.: Methode/Empirie). Wiesbaden.
- Borle, R., 2000: Perspektive und Challenge in der Weiterbildung. In: SuchtMagazin 2/00: 21-22.
- Bundesamt für Gesundheit, 1999: Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen – Ziele, Strategien, Programme und Projekte. Bern.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Hrsg.), 1998: Evaluating Drug Prevention in the European Union, Luxembourg.
- Franzkowiak, P.; Sabo, P., 1993: Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz
- Gschwind, K., 2000: Nachdiplomstudium Prävention und Gesundheitsförderung (NDS P+G). In: SuchtMagazin 1/00: 25-27.
- Hafen, M., 1995: Suchtprävention – der lange Weg von der Symptom- zur Ursachenbekämpfung. In: Sozialarbeit. Nr. 19/95: 2-9.
- Hafen, M., 1999: Könnte «Schulteam» zum Leitbild für Präventionsarbeit werden? In: SuchtMagazin 6/99: 3-11.

Justizdepartement Basel-Stadt, Abteilung Koordination Drogenfragen, 1995: Präventionskonzept – Rahmenkonzept zur koordinierten Vorbeugung von Suchtproblemen und zur psychosozialen Gesundheitsförderung im Kanton Basel-Stadt. Basel.

Luhmann, N., 1994: Die Wissenschaft der Gesellschaft. 2. Aufl. Frankfurt am Main.

Luhmann, N., 1994b: Soziale Systeme – Grundriss einer allgemeinen Theorie. 5. Aufl. Frankfurt am Main.

SFA (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme), 1997: Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996. Lausanne.

SGPG (Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen), 2000: Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik – Leitlinien (Broschüre). Bern.

Spencer-Brown, G., 1997: Laws of form = Gesetze der Form. Lübeck.

Korrespondenzadresse

Martin Hafen, SuchtMagazin, Ramsteinerstrasse 20, CH-4052 Basel,
E-mail: martin.hafen@balcab.ch