

Martin Hafen

Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung?

Zusammenfassung:

In der professionellen Praxis gibt es intensive Diskussionen über die Gemeinsamkeiten und Differenzen von Prävention und Gesundheitsförderung. Während die einen an der Einführung des Gesundheitsförderungskonzeptes nach der Ottawa-Konferenz für Gesundheitsförderung von 1986 einen Paradigmenwandel festmachen, sind die beiden Disziplinen für andere kaum zu unterscheiden. Der Text hat zum Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung mit den Mitteln der soziologischen Systemtheorie zu analysieren, um die Diskussion auf diese Weise durch einen differenztheoretischen Zugang zu erweitern.

Schlüsselworte:

Prävention, Gesundheitsförderung, Systemtheorie, Begrifflichkeit

Summary:

In professional practise there are intensive discussions about the common characteristics and the differences between prevention and health promotion. While some see a change of paradigm after the introduction of the health promotion concept in the wake of the Ottawa Conference of Health Promotion in 1986, others tend to see no differences between the two disciplines. The goal of the text is an analysis of prevention and health promotion with the means of the sociological systems theory in order to widen the discussion in this way by a difference-theoretical approach.

Key words:

prevention, health promotion, systems theory, terminology

Seit der Ottawa-Konferenz von 1986 (WHO 1986) hat sich der Begriff Gesundheitsförderung im Sprachgebrauch der organisierten Prävention so nachhaltig durchgesetzt, dass „viele Beteiligte und Beobachter von einem regelrechten Paradigmenwandel in der Prävention sprechen“ (Franzkowiak/Sabo 1993, 11). Da sich der Präventionsbegriff im gleichen Zeitraum nicht hat verdrängen lassen, trifft man in der professionellen Praxis auf eine Reihe von Maßnahmen, die sich entweder als Prävention oder als Gesundheitsförderung bezeichnen, sich aber zumindest auf den ersten Blick nicht ohne weiteres voneinander unterscheiden lassen.

Die Schwierigkeit, eindeutige Kriterien für die Trennung der jeweiligen Maßnahmen zu benennen, hat zu einer Debatte in der Fachwelt geführt, die drei Argumentationslinien erkennen lässt:

- die einen versuchen mit Nachdruck, die Differenzen zwischen den beiden Disziplinen herauszustreichen (vgl. etwa Faltermaier 1999);
- andere verfolgen (gerade auch im Kontext dieser Zeitschrift, vgl. zuletzt etwa Bauch/Bartsch 2003) vermehrt auch „differenzierte und auf Integration hinarbeitende Sichtweisen“ (BZgA 2003, 180);
- eine dritte Fraktion hält zwar an der Unterscheidung von Prävention und Gesundheitsförderung fest, betont aber die zahlreichen Gemeinsamkeiten der beiden Ansätze (vgl. etwa die Beiträge in Schwartz 1998, 141ff.).

In diesem Beitrag soll versucht werden, diese Debatte durch einen beobachtungs- bzw. unterscheidungs-theoretischen Ansatz zu ergänzen – einen Ansatz, der in der neueren soziologischen Systemtheorie (grundlegend: Luhmann 1997) zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Die andere Seite der Gesundheit

Beobachtung wird von Luhmann (1997, 69) als Bezeichnung im Kontext einer Unterscheidung konzipiert. Das bedeutet, dass sich kein Phänomen (kein Ding) bezeichnen lässt, wenn es nicht in Differenz zu etwas anderem (und sei es nur dem „Nicht-Ding“) gesetzt werden kann. Alle Wörter und Begriffe konstituieren sich demnach über die andere Seite der Unterscheidung, die ihnen zugrunde liegt. Was wäre links ohne rechts, was oben ohne unten, was ein Tisch, wenn er sich nicht von andern Dingen unterscheiden ließe? Lässt man sich bei der Beobachtung der professionellen Praxis durch diese unterscheidungstheoretischen Vorgaben leiten, fällt auf, dass die andere Seite der Unterscheidung bei vielen gebräuchlichen Praxisbegriffen systematisch außer Acht gelassen wird.

Exemplarisch ist dies beim Gesundheitsbegriff (vgl. zur folgenden Argumentationslinie auch Hafen 2002, 37f.): Zumindest seit der WHO-Definition von 1946 wird immer wieder versucht, die andere Seite des Gesundheitsbegriffs konsequent auszublenken. Unterscheidungstheoretisch gesehen ist dieses Unterfangen aussichtslos: Es ist nicht möglich, Gesundheit zu definieren, ohne anzugeben, wodurch sich Nicht-Gesundheit auszeichnet. Natürlich kann man versuchen, Gesundheit mit einem äquivalenten Begriff zu umschreiben, so wie die WHO dies mit „individuellem Wohlbefinden“ tut. Doch damit verschiebt sich das eigentliche Definitionsproblem nur, denn man wird angeben müssen, wovon sich „Wohlbefinden“ unterscheidet. Wir könnten „Wohlbefinden“ gar nicht erkennen, wenn es nicht etwas gäbe (z.B. Unwohlsein), von dem sich dieses Wohlbefinden unterscheiden ließe.

Auch die Beschreibung der Gesundheit als „Ressource“ (WHO 1998, 1) hilft da nur wenig weiter, denn es bleibt ungeklärt, wovon sich diese Ressource „Gesundheit“ unterscheidet. Der Ressourcenbegriff selbst beschreibt nur, was die Gesundheit ermöglicht: „to lead an individually, socially and economically productive life“ und nicht: was Gesundheit auszeichnet. Wenn wir nach der anderen Seite der Gesundheit suchen, stoßen wir unweigerlich auf Begriffe, die Phänomene der „Ungesundheit“ und deren Ursachen bezeichnen: psychische oder körperliche Krankheiten, körperliche Verletzungen, soziale Pathologien oder ökologische Probleme. Wir widersprechen damit der immer wieder geäußerten These, dass sich Gesundheit anders als über die Abwesenheit von Krankheit bestimmen ließe. Es gibt kein positives Merkmal für die Definition von Gesundheit (Simon 1993: 275), aber eine unabschließbare Liste mit Merkmalen von „Nicht-Gesundheit“ auf der andere Seite der Unterscheidung.

Ist „reine“ Gesundheitsförderung möglich?

In Weiterführung dieser Überlegungen können wir formulieren, dass der Gesundheitsbegriff insofern ein „ganzheitlicher“ Begriff ist, als er die praktisch unerfassbare Menge von Phänomenen und Ursachen dieser Phänomene ausblendet, über die er sich mangels positiver Bestimmungsmerkmale definiert. Das bedeutet, dass die Rede von „Gesundheit“ nur beschränkten Informationswert hat, was sich z.B. am Begriff „Gesundheitssystem“ zeigt, geht es doch im Medizinsystem (so die Terminologie der Systemtheorie) immer um die Behandlung und die Prävention von Krankheiten. Der Gesundheitsbegriff selbst ist nicht operationalisierbar; er ist – um es mit der Systemtheorie zu formulieren – nicht der Designationswert der Unterscheidung gesund/krank, sondern der Reflexionswert, der Wert also, der es erlaubt, das Entstehen und Verschwinden von Krankheit zu erkennen.

Die Frage stellt sich, ob die Förderung der Gesundheit möglich ist, ohne den Umweg über die Seite der gesundheitsminimierenden Faktoren zu nehmen. Die Antwort, die sich von den bis

dahin gemachten Unterscheidungstheoretischen Überlegungen ableitet, ist: „Nein“. „Reine“ Gesundheitsförderung ist nicht möglich.

Prävention und Behandlung

Versuchen wir diese These zu belegen, indem wir einen Blick auf die Form von Prävention und Behandlung werfen (vgl. dazu ausführlich Hafén 2003), also schauen, wie diese beiden Disziplinen das Kontinuum von Gesundheit/Krankheit zu beeinflussen versuchen. Eindeutig ist, dass beide Disziplinen auf der Krankheitsseite ansetzen. Die Behandlung benennt Phänomene (Probleme), welche die Gesundheit beeinträchtigen, und versucht diese Probleme zu beseitigen. Das kann sie direkt tun (beim Problem Herzinfarkt z.B. durch das Einsetzen eines Herzschrittmachers) und/oder indirekt, indem an den Ursachen für das zu beseitigende Problem gearbeitet wird – etwa wenn mit PatientInnen Strategien erarbeitet werden, die sie dazu befähigen, in der Familie und im Beruf Stress zu vermeiden oder mit unvermeidbarem Stress anders umzugehen als bisher. Der Ausgangspunkt der Behandlung ist also immer ein manifestes gegenwärtiges Problem.

Bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten (und allen anderen Problemen) liegt der Fall anders. Aus ihrer Perspektive liegt das Problem in der Zukunft, und da die Prävention nicht in die Zukunft ausgreifen kann, muss sie (bisweilen mit Hilfe der Wissenschaft) mögliche Ursachen für die Herzprobleme bestimmen und versuchen, diese Ursachen (wie Stress, zu fettreiche Ernährung, mangelnde Bewegung) mit ihren Maßnahmen zu beseitigen. Prävention ist in diesem Sinn immer Ursachenbehandlung, während die Behandlung ein Problem direkt und/oder über dessen Ursachen angehen kann. Einig ist beiden Disziplinen, dass sie, wenn sie denn erfolgreich sind, die Gesundheit fördern resp. erhalten, da sie ja Faktoren ausschalten, welche die Gesundheit gegenwärtig (behandelnder Aspekt) oder zukünftig (präventiver Aspekt) beeinträchtigen. Dass die Reduktion von Krankheit resp. von Krankheitsursachen immer auch zu einer Förderung der Gesundheit führt, ist der Grundgedanke, der

hinter der Metapher des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit steht.

Die Form der Gesundheitsförderung

Unterscheidet sich die Gesundheitsförderung formal grundlegend von der Prävention? Anders formuliert: Ist auch die Gesundheitsförderung Ursachenbehandlung oder findet sie einen anderen Zugang zur Förderung der Gesundheit? Fachleute der Gesundheitsförderung mögen einwenden, dass die Gesundheitsförderung ja nicht Ursachen behandelt, sondern gesundheitsförderliche Faktoren stärkt. Von der Unterscheidungstheorie her gesehen lässt sich (erneut) entgegnen, dass sich auch bei den „gesundheitsförderlichen“ Faktoren der Blick auf die Krankheitsseite der Unterscheidung von gesund/krank nicht vermeiden lässt. Niemand würde das Kohärenzgefühl, die Abgrenzungsfähigkeit, die Bewegungsfreude etc. aktiv fördern wollen, wenn nicht vermutet würde, dass eine Förderung notwendig wäre; niemand würde eine Schule dabei begleiten, „gesundheitsförderliche“ Strukturen einzurichten, wenn diese Strukturen nicht als verbesserungswürdig angesehen würden, und niemand würde gesetzliche Richtlinien im Bereich des Arbeitsschutzes erlassen, wenn die Arbeitsschutzmaßnahmen als ausreichend erachtet würden.

Auch die Gesundheitsförderung beseitigt (behandelt) Defizite, die sie als ursächlich für eine gegenwärtige oder künftige Verminderung der Gesundheit betrachtet – Defizite im Bereich der Schutzfaktoren. „Gesundheit ist dann nur über Umwege möglich, indem sie eben als Nebeneffekt von beispielsweise Ich-Stärke, Sinnhaftigkeit, erwartungssicheren Sozialstrukturen etc. auftritt“ (Bauch/Bartsch 2003, 5), und der Versuch, Gesundheit aktiv zu fördern – so kann man nach dem bisher Gesagten anfügen – kann nur gelingen, wenn man Defizite bei diesen Schutzfaktoren behebt.

Funktion und Methode

Wenn wir danach gefragt haben, welche Probleme Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung lösen, dann haben wir uns konsequent auf der funktionalen Ebene bewegt. Wir haben danach gefragt, WAS mit den

Maßnahmen erreicht werden soll. Die Antwort auf diese Frage lautete: die Beseitigung oder Verhinderung von gesundheitsminimierenden Phänomenen und deren Ursachen resp. die Förderung oder Erhaltung der Gesundheit. Bei der Beantwortung dieser Frage hat sich gezeigt, dass die Maßnahmen in ihrer Operativität immer nur auf der Krankheitsseite ansetzen können, also immer nur bei Defiziten, die sie zu beheben suchen. Krankheiten oder andere gesundheitsmindernde Phänomene bleiben dabei Konstruktionen wie die Gesundheit, aber sie zeichnen sich durch positive, empirisch mehr oder weniger genau erfassbare Merkmale aus, an denen sich Interventionen orientieren können. Dem Begriff „Gesundheit“ fehlen diese positiven Merkmale; exakt aus diesem Grund ist der Begriff nicht operationalisierbar.

Auf der Ebene der Beschreibung der Interventionen und der angestrebten Ziele ist es jedoch immer möglich, die Seite der Unterscheidung zu wechseln – mehr noch: es ist geradezu wünschbar, dass man sich überlegt, ob man von Gesundheit oder Krankheit, von Förderung oder Verhinderung, von Schutz- oder Risikofaktoren spricht. Beide Begriffe bedingen sich wechselseitig – von der Funktion her macht es keinen Unterschied, ob man eine Intervention als gesundheitsfördernd oder krankheitsverhindernd bezeichnet. Aus der Sicht der Methodik jedoch macht es einen maßgeblichen Unterschied, welche Seite man in der Beschreibung anwählt. Die Methodik fragt nicht nach dem, WAS bewirkt werden soll, sondern danach, WIE dieses Ziel möglichst effizient angestrebt werden kann.

Was bleibt an Unterschieden?

Man kann sich fragen, ob es wenigstens auf der methodischen Ebene bedeutende Unterschiede zwischen Prävention und Gesundheitsförderung gibt. Schaut man die professionelle Praxis der Gegenwart an, muss auch diese Frage verneint werden (vgl. zur folgenden Argumentation auch *Hafen 2001b, 37f.*).

Zwar lässt sich sagen, dass etwa die traditionelle Drogenprävention in ihren Anfängen stark auf (bisweilen

absurde) Abschreckung gesetzt hat. Auch spielen Konzepte der „Informationsvermittlung“ oder „Aufklärung“ in der Drogen-/Suchtprävention und in der Präventivmedizin bis heute eine wichtige Rolle. Andererseits lassen sich in der Literatur zur Suchtprävention der 1970er- und 1980er-Jahre (z.B. bei *Feser 1981*) zahlreiche Beispiele für suchtpreventive Aktivitäten finden, die das pädagogische Basiskonzept der Stärkung einsetzen. Die Entwicklung zu mehr Lösungsorientierung (an Stelle von Problemfixierung) und Salutogenese (an Stelle von Pathogenese) ist im übrigen ein Phänomen, das nicht nur bei Prävention und Gesundheitsförderung, sondern auch in der Behandlung (z.B. bei Psychotherapien) immer mehr die professionelle Methodik bestimmt. Selbst die Setting-Orientierung (Veränderung der sozialen Verhältnisse inklusive der entsprechenden politischen Entscheidungen) und die Förderung von Gemeinschaftsaktivitäten wurden durch die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung nicht neu eingeführt, sondern einfach mit Nachdruck promoviert, was den Ausbau dieser methodischen Zugänge zweifellos positiv beeinflusst hat.

Dass man jedoch in dieser Hinsicht gleich von einem „Paradigmenwechsel“ sprechen könnte, dafür lassen sich kaum Anzeichen finden. Dazu kommt, dass auch die Gesundheitsförderung nicht immer darauf verzichten kann, über die schädlichen Folgen von bestimmten Substanzen oder Verhaltensweisen zu informieren. Selbst Furchtappelle können ja eine konstruktive Wirkung haben, wenn gleichzeitig die Selbstwirksamkeitserwartungen der Zielpersonen in Bezug auf ihre gesundheitliche Situation erhalten bleiben (*Barth/Bengel 1999, 114*).

Nicht einmal der Umstand, dass die Gesundheitsförderung bisweilen (und bei weitem nicht immer) auszublenzen versucht, welche gesundheitsminimierenden Phänomene sie durch ihre Interventionen zu verhindern sucht, kann als Argument aufgeführt werden. Die „unspezifische Prävention“ macht dasselbe: sie beseitigt Defizite, die als ursächlich für diverse, nicht näher definierte Phänomene bezeichnet werden, welche die Gesundheit beeinträchtigen. Schließlich reicht bei jedem Gesund-

heitsförderungsprojekt ein zweiter Blick, um festzustellen, was mit der Förderung von Bewegungsfreude, aktiver Erholung, gesunder Ernährung etc. zu erreichen versucht wird: die Verhinderung von Herz-Kreislauf-Problemen, Stress, Krebs oder anderen Problemen – und damit: die Förderung resp. Erhaltung der Gesundheit.

Begriffsgeschichte(n)

Was lässt sich für die professionelle Praxis aus diesen Ausführungen ableiten? Es liegt nahe, sich den eingangs erwähnten Autoren und Autorinnen anzuschließen, welche die Begriffe integrativ und nicht trennend verwenden. Von der hier eingeführten Theorie her gesehen gibt es keine Argumente dafür, Prävention und Gesundheitsförderung grundsätzlich zu unterscheiden. Beide Disziplinen machen von der formalen Ausrichtung her dasselbe (Behebung von individuellen und sozialen Risikofaktoren resp. Förderung von individuellen oder sozialen Schutzfaktoren), und auch methodisch lassen sich bestenfalls punktuell Unterschiede erkennen. Versucht man wie *Faltermaier (1999)*, eine grundsätzliche Unterscheidung von Prävention und Gesundheitsförderung zu belegen, dann gelingt dies nur, wenn man einerseits diese Differenz von Funktion und Methode vernachlässigt (vgl. zu diesem Punkt *Hafen 2001a, 41*) und wenn man andererseits Begriffe wie Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsförderung und Prävention, Schutzfaktoren und Risikofaktoren nicht als zwei Seiten einer Unterscheidung, sondern isoliert betrachtet.

Auch wenn man davon ausgeht, dass den Abgrenzungsdiskussionen zwischen den Disziplinen aus theoretischer Sicht jede Grundlage fehlt, so muss man anerkennen, dass die Begriffe auf der semantischen Ebene eine Tradition haben, die berücksichtigt werden sollte. Die immense Promovierung des Gesundheitsförderungsbegriffs durch die WHO seit nunmehr fast 20 Jahren hat strukturelle Auswirkungen – auch wenn die Gesundheitsförderung inhaltlich von der Prävention nicht zu unterscheiden ist. Mit den hier verhandelten Begriffen sind Organisationsbildungen und persönliche Karrieren verbunden (vgl.

dazu Hafen 2001b, 37), und es ist davon auszugehen, dass die ermüdenden Abgrenzungsdiskussionen in der professionellen Praxis maßgeblich mit diesen strukturellen Begebenheiten zusammenhängen. Noch deutlicher ausgedrückt: Beide Disziplinen konstruieren – theoretisch nicht begründbare und mit der Praxis nicht belegbare – Unterschiede zur jeweils anderen Disziplin, um ihre Identität zu stärken und auch um eine bessere Ausgangslage im Wettbewerb um Aufträge und Subventionen zu erhalten. Aus organisations- und karrieretheoretischer Sicht ist das verständlich, aus der Perspektive der Professionalisierung jedoch eher bedauerlich, da die Abgrenzungsversuche Energien verschlingen und sinnvolle Kooperationen verhindern.

Wann macht eine pragmatische Verwendung der Begriffe Sinn?

Da Gesundheitsförderung und Prävention von der Funktion und den methodischen Zugängen her nichts unterscheidet, spricht wenig dagegen, die Begriffe synonym zu verwenden resp. Gesundheitsförderung als (die Prävention umfassenden) Überbegriff einzusetzen, wie z.B. Laaser et al. (1993, 177), die schreiben: „Gesundheitsförderung bezeichnet zusammenfassend die vorbeugenden, präventiven Zugänge zu allen Aktivitäten und Massnahmen, die die Lebensqualität von Menschen beeinflussen“. Dieser Verzicht auf eine grundsätzliche Trennung der beiden Begriffe ermöglicht deren pragmatische Verwendung. So kann man ein Projekt im Setting Schule z.B. als „Präventionsprojekt“ einreichen, wenn in einem Bundesland gerade Suchtprävention angesagt ist, oder man kann das gleiche Projekt als „Gesundheitsförderungsprojekt“ bezeichnen, wenn man Gelder von einer Organisation beantragen will, die dem WHO-Konzept der Gesundheitsförderung nahe steht.

Weiter kann man die Begriffssetzung auch von methodischen Aspekten bestimmen lassen. Es ist methodisch sicher geschickter, ein Projekt zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten als Projekt der Gesundheitsförderung zu klassifizieren, da sich die Zielgruppe durch Begriffe wie „Krebsprävention“ oder „Prävention

von Herz-Kreislaufkrankheiten“ möglicherweise weniger gut zur Teilnahme motivieren lässt. Wenn jedoch Aids der Anlass für die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeit im Kontext von Sexualkontakten ist (Thematizierung von Kondomgebrauch), dann kann es Sinn machen, die Maßnahme als „Aidsprävention“ zu bezeichnen, da SchülerInnen diesen Problembezug vielleicht brauchen, um sich auf diese Thematik einzulassen.

Andererseits macht es nicht immer Sinn, bei der Wahl der Begriffe methodische Überlegungen funktionalen Aspekten überzuordnen. So kann sich die unreflektierte Bevorzugung des Gesundheitsbegriffs aus professioneller Sicht auch ungünstig auswirken – etwa dann, wenn es um die Formulierung von konkreten Maßnahmen geht. Wie kann man Maßnahmen planen, wenn man nicht bezeichnet, welche gesundheitsmindernden Phänomene man verhindern will und welches die Ursachen (und Ursachen dieser Ursachen) sind? Die Phänomene und ihre Ursachen bilden einen topos (einen Ort), von dem konkrete Aktivitäten ausgehen können. „Gesundheit“ ist in diesem Sinn ein utopischer (ein ortloser) Begriff, der allenfalls als genereller Orientierungspunkt in einer unerreichbaren Zukunft von Bedeutung ist, aber nicht als Ausgangspunkt für konkrete Maßnahmen. Nur wenn klar ist, wo man ansetzen muss, um „Gesundheit für alle“ (WHO) zu erreichen, kann man zwischen dem Machbaren und dem Wünschbaren unterscheiden und die beschränkten Ressourcen zielgerichtet einsetzen.

Literatur:

- Barth, Jürgen; Bengel, Jürgen (1999): Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. 2. Auflage. Köln (BZgA)
- Bauch, Jost; Bartsch, Norbert (2003): Gesundheitsförderung als Zukunftsaufgabe – Zur Ortsbestimmung von Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Prävention 1/2003, 26. Jahrgang: 3-6
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwanheim (Sabo)
- Caplan, Gerald (1964): Principles of preventive psychiatry. New York/London

- Faltermaier, Toni (1999): Subjektorientierte Gesundheitsförderung: Zur Konzeption einer salutogenetischen Praxis. In: Röhrle, Bernd; Sommer, Gert (Hrsg.) (1999): Prävention und Gesundheitsförderung – Fortschritte in der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band 4. Tübingen (dgv): 27-52
- Feser, Herbert (Hrsg.) (1981): Drogenerziehung. Handbuch für pädagogische und soziale Berufe, Eltern, Studenten. 2. überarb. und erw. Auflage von „Drogenerziehung – ein praktisches Handbuch“. Langenau-Albeck
- Franzkowiak, Peter; Sabo, Peter (Hrsg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz (Sabo)
- Hafen, Martin (2001a): Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf allen Ebenen. In: Abhängigkeiten – Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung 1/01: 33-49
- Hafen, Martin (2001b): Präventionsgeschichte Teil III – neuere Entwicklungen in der Prävention. In: SuchtMagazin 5/01: 34-39
- Hafen, Martin (2002): Das weite Feld von Prävention und Gesundheitsförderung. In: SuchtMagazin 1/02: 34-42
- Hafen, Martin (2003): Was unterscheidet Prävention von Behandlung? In: Abhängigkeiten – Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung 2/03: 21-33
- Laaser, Ulrich; Hurrelmann, Klaus; Wolters, Paul (1993): Prävention, Gesundheitsförderung, und Gesundheitserziehung. In: Laaser, Ulrich; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim/Basel (Juventa): 176-206
- Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main (Suhrkamp)
- Schwartz, Friedrich W. (Hrsg.) (1998): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen. München Wien Baltimore (Urban & Schwarzenberg)
- Simon, Fritz B. (1993): Die andere Seite der Krankheit. In: Baecker, Dirk (Hrsg.) (1993): Probleme der Form. Frankfurt/M. (Suhrkamp): 266-289
- World Health Organization WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa
- World Health Organization WHO (1998): Health Promotion Glossary. Geneva

Anschrift des Autors:

Martin Hafen, Sozialarbeiter und Soziologe, Dozent an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Fachbereich Prävention
Werftstr. 1, Postfach 3252
CH-6002 Luzern
Tel. 0041 +61 367 48 81, E-Mail:
mhafen@hsa.fhz.ch.

Der Autor erarbeitet derzeit im Rahmen einer Dissertation auf der Basis der soziologischen Systemtheorie eine Theorie präventiver Massnahmen (Informationen: www.fen.ch).