

Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung?

Autor(en): **Hafen, Martin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **47 (2021)**

Heft 6

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-977280>

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.

Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung?

2021-6
Jg. 47
S. 12 - 16

Seit der Ottawa-Konferenz für Gesundheitsförderung im Jahr 1986 wird in der Fachliteratur immer wieder von einem «Paradigmenwechsel» von der Prävention von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit gesprochen. In diesem Text wird mit system- und präventionstheoretischen Argumenten die These vertreten, dass die Unterschiede zwischen Prävention und Gesundheitsförderung marginal sind.

MARTIN HAFEN

Sozialarbeiter HFS und Soziologe Dr. phil., Dozent an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Werftstrasse 1, CH-6002 Luzern, Tel. +41 (0)41 367 48 81, martin.hafen@hslu.ch

«Was unterscheidet Prävention und Gesundheitsförderung?» – diese Frage wird in der professionellen Praxis und in der Fachliteratur, insbesondere in den deutschsprachigen Ländern auch mehr als 30 Jahre nach der Ottawa-Konferenz für Gesundheitsförderung von 1986, kontrovers diskutiert (Kaba-Schönstein & Trojan 2018). Auf der einen Seite wird argumentiert, dass die Krankheitsprävention den «Gesundheitsgewinn durch Zurückdrängung von Risikofaktoren» erreiche, während die Gesundheitsförderung den «Gesundheitsgewinn durch Verbesserung der Bedingungen für Gesundheit» ermögliche (Hurrelmann 2006: 99). Auf der anderen Seite werden grundsätzliche Unterschiede zwischen den beiden Disziplinen infrage gestellt (Hafen 2002). Eine dritte Position geht schliesslich davon aus, dass die beiden Ansätze «ohnehin nicht immer scharf getrennt werden können», weswegen es sinnvoll und wirksam sei, sie «bewusst zu kombinieren» (Kaba-Schönstein & Trojan 2018: 368). Das Ziel dieses Textes ist, das Verhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung mit den Mitteln der soziologischen Systemtheorie (Luhmann 1984; 1990; 1997) und der davon abgeleiteten «systemischen Präventionstheorie» (Hafen 2005; 2013) genauer zu analysieren und die Konsequenzen für die Nutzung der beiden Begriffe in der professionellen Praxis zu erörtern.

Was ist Gesundheit?

Die Schwierigkeit, das Verhältnis von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung präzise zu erfassen, liegt zumindest teilweise darin, dass «Krankheiten» (über Klassifikationen wie die «Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme» ICD-10) konkreter definiert werden als «Gesundheit». Krankheitsprävention ist in der Regel «Prävention von konkreten Krankheiten», z. B. von nicht übertragbaren Krankheiten wie Krebs oder Adipositas. Beim Begriff «Gesundheit» besteht eine Schwierigkeit darin, dass es keine spezifizierten «Gesundheiten» gibt, sondern lediglich die Unterscheidung von körperlicher und psychischer Gesundheit (Hafen 2016).

Die Gesundheitsdefinitionen im Kontext der Gesundheitsförderung basieren in der Regel auf der Definition von Gesundheit aus der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1948 (WHO 1948):

«Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.»

Franzkowiak und Hurrelmann (2018: 180) schlagen eine «konsensfähige» Definition von Gesundheit vor, die sich an der WHO-Definition orientiert, aber ihre

hinlänglich kritisierten Schwächen (z. B. Gesundheit als «vollständiges Wohlbefinden») vermeidet:

«Gesundheit bezeichnet den dynamischen Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äusseren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das dynamische Stadium des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein dynamisches Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.»

Aus der Perspektive einer systemtheoretisch hergeleiteten Gesundheitstheorie (Hafen 2007; 2016) ergeben sich auch bei dieser Definition einige Aspekte, welche die Schärfung des Begriffs «Gesundheitsförderung» erschweren. Zum einen wird nur *ein* Aspekt der WHO-Definition übernommen, nämlich das Wohlbefinden. Der andere Aspekt, das «Freisein von Krankheit und Gebrechen», wird wie bei vielen anderen von der WHO-Definition abgeleiteten Definitionen nicht aufgenommen. «Gesund-

heitsförderung» bedeutet nach dieser Definition «Förderung des Zustands des Wohlbefindens». Das ist angesichts der weltweiten gesundheitlichen Herausforderungen – denken wir an Covid-19, die stetig zunehmenden nicht übertragbaren Krankheiten oder psychische Probleme – nicht zielführend. Dazu kommt, dass das Wohlbefinden einer Person aus ihrer Wahrnehmung resultiert und Wahrnehmung als Operation des psychischen Systems nicht objektivierbar ist. Weiter zeigen die Experimente der Verhaltensökonomie, dass nicht einmal die Individuen selbst eine einheitliche Sicht auf ihr Wohlbefinden haben (Kahneman 2012). So unterscheiden sich das im Moment erlebte Wohlbefinden und das rückblickende Wohlbefinden (im Sinne der Lebenszufriedenheit) in vielen Hinsichten. Das zeigt sich z. B. daran, dass ein höherer sozioökonomischer Status (gemessen an formalen Bildungsabschlüssen und Einkommen) zwar die durchschnittliche Lebenszufriedenheit verbessert, nicht aber das im Alltag erlebte Wohlbefinden (ebda.: 488).

Schliesslich fällt in der Definition von Franzkowiak und Hurrelmann auf, dass Gesundheit zuerst als «Zustand des Wohlbefindens» bezeichnet wird, also mit Wohlbefinden gleichgesetzt wird, während am Schluss des Zitats Gesundheit als «dynamisches Stadium» beschrieben wird, «das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt». Wohlbefinden ist hier entsprechend nicht mehr die Gesundheit selbst, sondern eine *Folge* von Gesundheit. Im Gegensatz zur Gleichsetzung von Gesundheit und Wohlbefinden ist diese Interpretation des Verhältnisses von Gesundheit und Wohlbefinden einleuchtend, denn es scheint evident, dass die Beobachtung von Gesundheit im Gesundheitssystem (z. B. in Form einer Krebsdiagnose oder nach der Genesung von einer schweren Krankheit) das Wohlbefinden beeinflusst.

Gesundheit und Gesundheitsförderung – systemtheoretisch

Aus systemtheoretischer Perspektive bietet sich an, den Gesundheitsbegriff nicht für sich alleine, sondern im Kon-

text einer Unterscheidung zu verorten. Die Unterscheidung, die sich dafür vor allem anbietet, ist die Unterscheidung «Gesundheit/Krankheit». Gesundheit wird entsprechend als «die andere Seite der Krankheit» und Krankheit als «die andere Seite der Gesundheit» bezeichnet (Simon 1993; 2001). Die Gesundheit eines Menschen wird folglich vor dem Hintergrund dieser Unterscheidung beobachtet – mit der Möglichkeit, jederzeit von der Gesundheits- auf die Krankheitsseite zu wechseln und umgekehrt. Antonovskys Kontinuum von Gesundheit und Krankheit (1979) entspricht aus dieser Perspektive der Beobachtung (und damit: der Konstruktion) von Gesundheit mit der Unterscheidung «Gesundheit/Krankheit», wobei diese Beobachtung durch unterschiedliche Beobachtende vorgenommen werden kann – zum Beispiel durch die Person selbst oder durch eine Ärztin oder einen Arzt. Die Möglichkeit, zwischen den beiden Seiten der Unterscheidung zu wechseln, eröffnet die Chance, sich trotz dem Vorhandensein einer Krankheit als «gesund» zu betrachten – nicht zuletzt, weil man zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Regel nur eine oder (im Falle der Multimorbidität) einige Krankheiten hat und alle anderen möglichen Krankheiten nicht (Simon 1993; 275).

Angesichts dieser unterscheidungs-theoretisch begründeten Definition von Gesundheit als «Einheit der Differenz von Gesundheit und Krankheit» (Hafen 2007; 2016) stellt sich die Frage, wie die «andere Seite der Krankheit» (Simon 1993), also die Gesundheit konzipiert wird. Für Luhmann ist «gesund/krank» die Leitunterscheidung im Medizinsystem, wobei «gesund» den Referenzwert und «krank» den Designationswert repräsentiert (1990). Das bedeutet, dass es im Medizinsystem Befunde von Krankheiten, nicht aber Befunde von Gesundheit(en) gibt. Für Gesundheit gibt es entsprechend keine «positiven Merkmale»; sie zeichnet sich lediglich durch die Abwesenheit von Krankheitsmerkmalen aus (Simon 1993; 275).

Die WHO zeigt mit ihrer Definition, dass man das auch anders sehen kann. Die Frage ist, was mit der Integration

von Wohlbefinden oder anderen positiven Gesundheitsmerkmalen in die Gesundheitsseite der Unterscheidung «Gesundheit/Krankheit» – wie im Konzept der positiven Gesundheit von Seligman (2008) – gewonnen ist. Was ist der gesellschaftliche Nutzen, wenn ein Gesundheitsförderungsprogramm aufzeigen kann, dass es das Wohlbefinden der Zielpersonen (und damit die «Gesundheit») gefördert hat? Wäre es nicht ein Anspruch an die mit öffentlichen Geldern finanzierte Gesundheitsförderung, auch einen Beitrag zur Verhinderung von Krankheiten zu leisten und diesen Beitrag auch konkret auszuweisen? Wenn der Aspekt der «Abwesenheit von Krankheit» aus der Gesundheitsdefinition eliminiert wird, wie das beim oben zitierten Beispiel von Franzkowiak und Hurrelmann der Fall ist, dann wird dieser Anspruch nicht erhoben. Das kann nicht im Sinn einer allgemeinen Gesundheitsversorgung sein, denn sozioökonomisch benachteiligte Menschen haben nicht eine im Vergleich zu den privilegierten Bevölkerungssegmenten um 10 Jahre kürzere Lebenserwartung, weil ihr Wohlbefinden beeinträchtigt ist, sondern weil sie in erhöhtem Ausmass von übertragbaren, nicht übertragbaren und psychischen Krankheiten betroffen sind (Marmot et al. 2020).

Die Trennung von Gesundheit und Wohlbefinden

Doch kommen wir zurück zur Leitfrage dieses Textes: «Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung?». Die Krankheitsprävention ist erklärermassen auf die Verhinderung von Krankheiten ausgerichtet. Wenn sie erfolgreich ist, bedeutet dies zumindest aus der hier ausgeführten systemischen Perspektive, dass die Gesundheit erhalten, aber nicht gefördert wird. Eine eigentliche Förderung der Gesundheit ist streng genommen nur durch die erfolgreiche Behandlung einer Krankheit möglich (Hafen 2007: 82). Nur durch sie verändert sich die beobachtete Positionierung eines Menschen vor dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum in Richtung Gesundheit. Bei der Gesundheitsförderung liegt der Fall nur dann anders, wenn das Wohl-



befinden oder andere positive Gesundheitsmerkmale mit «Gesundheit» gleichgesetzt werden. Wenn Massnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in diesem Fall nachweislich zu einer Verbesserung des Wohlbefindens der Mitarbeitenden führen, dann kann in der Tat gesagt werden, dass die «Gesundheit» gefördert wurde. Die Frage ist, was der Nutzen einer solchen Feststellung für das Unternehmen oder die Volksgesundheit ist, wenn gleichzeitig die Kurzzeitabwesenheiten angestiegen sind oder der Präsentismus zugenommen hat. Das bedeutet nicht, dass die Feststellung eines verbesserten Wohlbefindens für das Unternehmen bedeutungslos sein muss. Der Zusammenhang von Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit z. B. ist umfassend erforscht, wobei sich bis heute bestenfalls eine Korrelation, nicht aber eine Kausalwirkung von Wohlbefinden auf die Leistungsfähigkeit belegen lässt, da Wohlbefinden nur ein Faktor neben vielen anderen ist, die sich auf die Leistungsfähigkeit einer Person auswirken (Warr & Nielsen 2018).

Das Zusammenspiel von Wohlbefinden und Gesundheit

Die Konsequenz dieser Überlegungen ist, dass die Integration der Unterscheidungen «Wohlbefinden/Unwohlsein» und «Gesundheit/Krankheit» unter dem Begriff «Gesundheit», z. B. im Rahmen eines «doppelten Kontinuums» (Westhof & Keyes 2010; Wettstein 2020), die Trennschärfe beider Unterscheidungen beeinträchtigt. Zielführender wäre, die beiden Unterscheidungen voneinander zu trennen und sie dann zueinander in Relation zu stellen. Dann lässt sich untersuchen, inwiefern sich die Gesundheit (resp. allfällige Krankheiten) auf das Wohlbefinden auswirken. Weiter kann man erforschen, ob und in welchem Ausmass das Wohlbefinden und andere positive Wahrnehmungen die Gesundheit dadurch beeinflussen, dass sie (als Schutzfaktoren) das Auftreten von Krankheiten unwahrscheinlicher machen. Die Untersuchungen von Seligman (2018) im Rahmen seines Konzepts der «positiven Gesundheit» bewegen sich

auf dieser Ebene. So verweist er u. a. auf Studien, die nachweisen, dass Optimismus die Wahrscheinlichkeit reduziert, an einer Herz-/Kreislaufkrankung zu sterben. Seligman folgert auf Basis dieser und ähnlicher Forschungsergebnisse, dass die positive Gesundheit einen Zustand beschreibe, der über die reine Abwesenheit von Krankheit hinausgehe («Positive health describes a state beyond the mere absence of disease») (ebda.: 3).

Aus der ausgeführten präventions-theoretischen Perspektive ist diese Schlussfolgerung nur dann möglich, wenn die Ebene der Entstehungsbedingungen von Gesundheit mit der Ebene der Gesundheit und ihren Symptomen gleichgesetzt wird. Eine solche Gleichsetzung ist jedoch weder logisch noch legitim. Auf der Krankheitsseite der Unterscheidung würde ein solcher Ebenwechsel von der Ursachen- auf die Symptomeebene bedeuten, dass das Covid-19-Virus mit der Krankheit Covid-19 gleichgesetzt wird, was medizinisch gesehen wenig Sinn macht. Schliesslich vollzieht mittlerweile auch die WHO die Trennung von Gesundheit und Wohlbefinden (WHO ohne Datum), indem sie darauf hinweist, dass eine gute psychische Gesundheit in engem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden steht und die Arbeit der WHO entsprechend darauf ausgerichtet sei, das psychische Wohlbefinden (nicht die Gesundheit, Anm. d. V.) zu fördern, psychische Krankheiten zu verhindern, aber auch Menschenrechte zu schützen und sich um Menschen mit psychischen Störungen zu kümmern («Good mental health is related to mental and psychological well-being. WHO's work to improve the mental health of individuals and society at large includes the promotion of mental well-being, the prevention of mental disorders, the protection of human rights and the care of people affected by mental disorders»).

Die Gemeinsamkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung

Sobald die Unterscheidungen «Gesundheit/Krankheit» und «Wohlbefinden/

Unwohlsein» (resp. «Optimismus/Pessimismus», «hohe/tiefe Lebensqualität» etc.) voneinander getrennt werden, verschwindet der Unterschied von Prävention und Gesundheitsförderung. Beide Disziplinen können nichts anderes tun, als zu versuchen, Krankheiten durch die Stärkung von Schutzfaktoren und die Beseitigung von Risikofaktoren zuvorzukommen. Beide Disziplinen fördern dadurch die Gesundheit nicht, sondern erhalten sie, denn die «Abwesenheit» von etwas kann nicht gefördert, sondern nur erhalten oder – durch eine erfolgreiche Behandlung – wiederhergestellt werden. Es ist dann eine empirische Frage, ob die Krankheitsprävention eher an den Risikofaktoren ansetzt (also eher die «pathogenetische» Perspektive verfolgt) und die Gesundheitsförderung eher auf die Stärkung der Schutzfaktoren, also eher «salutogenetisch» ausgerichtet ist. Immerhin ist das traditionell schulmedizinische Konzept des Immunsystems bei den Schutzfaktoren anzusiedeln, und überhaupt macht es mit Blick auf die Einflussfaktorenforschung generell Sinn, Salutogenese und Pathogenese nicht als grundsätzlich verschiedene Zugänge zu verstehen. Vielmehr sollten die beiden Perspektiven in eine Unterscheidung («Salutogenese/Pathogenese») integriert werden (Hafen 2007). Dann kann im konkreten Fall geprüft werden, welche Schutzfaktoren es zu fördern gilt und welche Risikofaktoren unbedingt reduziert werden müssen, um bestimmte oder mehrere Krankheiten zu verhindern, so wie das im Falle der unspezifischen Prävention (oder auch der Gesundheitsförderung) der Fall ist. Auch «Lösungsorientierung», «Ressourcenorientierung» oder «Partizipation» sind keine Merkmale eines «salutogenetischen» Vorgehens an sich, genauso wie die Verpflichtung zu «Ampelsystemen» im Detailhandel oder die Kommunikation von Risiken über Kampagnen nicht generell «pathogenetisch» ausgerichtet sind. Es handelt sich dabei um Aspekte der Methodik, die sich an der Frage orientieren, wie die angestrebten Ziele (also die Förderung von Schutzfaktoren, die Verringerung von Risikofaktoren und

die Erhaltung der Gesundheit durch die Verhinderung von Krankheiten) am effizientesten erreicht werden können.

Fazit

Aus der hier verfolgten system- und präventionstheoretischen Perspektive macht eine grundsätzliche Unterscheidung von (Krankheits-)Prävention und Gesundheitsförderung keinen Sinn, da beide Disziplinen darauf ausgerichtet sind, die Gesundheit dadurch zu erhalten, dass durch die Stärkung von Schutzfaktoren und die Reduktion von Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Krankheiten reduziert wird. Zwei kleine Unterschiede zwischen den beiden Perspektiven lassen sich dennoch bestimmen: Zum einen ist die «Prävention» ausser im Falle der «unspezifischen Prävention» immer «Prävention-von-etwas». Es lässt sich demnach konkreter bestimmen, worauf die Massnahmen ausgerichtet sind. Das ist für eine wissenschaftlich fundierte Bestimmung der Schutz- und Risikofaktoren sowie für die Wirkungsmessung von entscheidender Bedeutung. Zum anderen ist der Präventionsbegriff weiter gefasst als der Begriff der Gesundheitsförderung, da in seinem Fokus nicht nur gesundheitliche, sondern auch andere Probleme (z. B. Gewalt, Verbrechen, Sachschäden etc.) stehen.

Für die Praxis bedeutet dies, dass die Begriffe weitgehend synonym genutzt werden können und sich die Abgrenzungsdiskussionen erübrigen, die den Fach- und den Praxisdiskurs im deutschsprachigen Raum auch mehr als 30 Jahre nach Lancierung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung (WHO 1986) noch prägen. Im englischsprachigen Diskurs findet diese Abgrenzungsdiskussion schon lange nicht mehr statt, falls sie überhaupt je in dieser Intensität geführt wurde. So weist Nutbeam (2019) in seinem Rückblick auf die Geschichte der Gesundheitsförderung darauf hin, dass es bei der Ottawa-Charta um eine konzeptionelle Erweiterung der traditionell individuumorientierten «Gesund-

heitsbildung» in Richtung eines Public-Health-Verständnisses ging, das soziale Faktoren wie die sozioökonomischen Rahmenbedingungen und Chancengerechtigkeit höher gewichtet und entsprechend vermehrt soziale Systeme (Politik, Communities, Gesundheitsdienste) in den Fokus nimmt. Dieser Anspruch wird natürlich nicht nur in der Gesundheitsförderung, sondern auch in der Krankheitsprävention erhoben.

Der Begriff «well-being» wiederum kommt im Rückblick von Nutbeam, einem der renommiertesten Vertreter des Gesundheitsförderungskonzeptes, gar nicht vor; dafür weist er wiederholt auf die Bedeutung der nicht übertragbaren Krankheiten und generell auf die sich verändernden Krankheitslasten («burden of disease») hin (ebda.: 3). Bei der Ottawa-Charta handelt es sich entsprechend um ein Dokument, das sich nicht primär daran orientiert, wie das Wohlbefinden gefördert werden kann. Vielmehr steht die Frage im Vordergrund, wie die Erhaltung der Volksgesundheit möglichst effizient erreicht werden kann. Zur Erreichung dieses Ziels tragen alle evidenzbasierten Massnahmen bei, die auf die Stärkung von Schutzfaktoren sowie auf die Verringerung von Risikofaktoren ausgerichtet – egal, ob sie sich als «Krankheitsprävention» oder als «Gesundheitsförderung» bezeichnen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Franzkowiak, P./Hurrelmann, K. (2018): Gesundheit. S. 175-184 in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: BZgA.
- Hafen, M. (2002): Prävention und Gesundheitsförderung – Gemeinsamkeiten und Unterschiede. SuchtMagazin 27(5): 34-39.
- Hafen, M. (2005): Systemische Prävention. Heidelberg: Carl Auer.
- Hafen, M. (2007): Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg: Carl Auer.
- Hafen, M. (2013): Grundlagen der systemischen Prävention. 2. vollst. überarb. Aufl. Heidelberg: Carl Auer.
- Hafen, M. (2016): Of what use (or harm) is a positive health definition. Journal of Public Health 24: 437-441.
- Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Weinheim: Juventa.
- Kaba-Schönstein, L./Trojan, A. (2018): Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven. S. 364-394 in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: BZgA.
- Kahneman, D. (2012): Schnelles Denken, langsames Denken. München: Siedler.
- Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1990): Der medizinische Code. S. 183-195 in: ders., Soziologische Aufklärung 5 – Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, N. (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Marmot, M./Allen, J./Boyce, T./Goldblatt, P./Morrison, J. (2020): Health equity in England: The Marmot Review 10 years on. London: Institute of Health Equity.
- Nutbeam, D. (2019): Health education and health promotion revisited. Health Education Journal 78(6): 705-709.
- Seligman, M.E.P. (2008): Positive health. Applied Psychology Internal Review 57: 3-18.
- Simon, F.B. (1993): Die andere Seite der Krankheit. S. 266-289 in: Dirk Baecker (Hrsg.), Probleme der Form. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Simon, F.B. (2001): Die andere Seite der Gesundheit. 2. Aufl. Heidelberg: Carl Auer.
- Warr, P./Nielsen, K. (2018): Wellbeing and work performance. S.686-707 in: E. Diener/S. Oishi/L. Tay (Hrsg.), Handbook of well-being. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
- Westerhof, G.J./Keyes, C.L.M. (2010): Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. Journal of Adult Development 17: 110-119.
- Wettstein, F. (2020): Das doppelte Kontinuum von gesund und krank. SuchtMagazin 46(6): 12-18.
- WHO – World Health Organization (Hrsg.) (1948): Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- WHO – World Health Organization (Hrsg.) (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organization (WHO) (ohne Datum): 10 facts on mental health. <https://tinyurl.com/5c322z9x>, Zugriff: 02.12.2020.