

# Prävention und Gesundheitsförderung

Peter Becker

## Zielvorstellungen und Leitbegriffe

Das Prinzip „Vorbeugen ist besser als Heilen“ besitzt in der Medizin unbestrittene Geltung. Entscheidende Fortschritte bei der Bekämpfung physischer Krankheiten wurden dank präventiver Maßnahmen (z. B. Schutzimpfungen) erzielt. Präventions- und verbesserte Behandlungsmethoden haben nicht nur zu einem Anstieg der Lebenserwartung, sondern auch zu einem veränderten Morbiditätsspektrum beigetragen. In den entwickelten Ländern haben die chronischen physischen und psychischen Erkrankungen eine dominierende Stellung eingenommen. Da diese eng mit den Lebensbedingungen und dem Lebensstil der Menschen zusammenhängen, Faktoren, die der Beeinflussung zugänglich sind, hat die Leitidee der Prävention nichts von ihrer Attraktivität eingebüßt.

Auf Caplan (1964) geht die bekannte Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention zurück (Tabelle 1 auf Seite 518). Er verstand unter *primärer Prävention* die Senkung der Inzidenzraten psychischer Störungen in umschriebenen Populationen. Es ist zweckmäßig, den Begriff auch auf physische Krankheiten auszudehnen. Generelles Ziel ist die Verringerung der Zahl von Neuerkrankungen. In einem erweiterten Sinn kann auch dann von primärer Prävention gesprochen werden, wenn es gelingt, das Ersterkrankungsalter (z. B. bei Herz-Kreislaufkrankungen) zu erhöhen. Mit *sekundärer Prävention* bezeichnete Caplan die Senkung der Prävalenzraten von Krankheiten dank Früherkennung (Screening) und frühzeitiger Behandlung. Auf diesem Weg sollen eine Exazerbation, Chronifizierung oder Unheilbarkeit der Krankheit verhindert werden. Der Begriff der *tertiären Prävention* deckt sich weitgehend mit dem Konzept der Rehabilitation, angewandt auf ganze Populationen. Intendiert ist die Verringerung oder Beseitigung der Folgeschäden von Erkrankungen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld. Eine bisher zu wenig beachtete Aufgabe besteht in der Rückfallprophylaxe, die von einigen Autoren als eine Form der sekundären, von anderen als eine Form der tertiären Prävention aufgefaßt wird. Verfolgt man den Gedanken einer möglichst frühzeitigen Bekämpfung von Krankheiten konsequent, besteht eine naheliegende Strategie in der Verhütung von Risikofaktoren bei bisher Gesunden (= *primordiale Prävention*). Wenn ohne nähere Erläuterung von Prävention die Rede ist, wird darunter in der Regel primordiale oder primäre Prävention verstanden. Die folgenden Ausführungen beziehen sich vorrangig auf diese Variante der Prävention.

Tabelle 1

*Erläuterung von vier Stufen der Prävention*

| Augenblicklicher Gesundheitszustand          | Verhütet werden soll(en)         | Präventionsform           |
|--|----------------------------------|---------------------------|
| Gesundheit<br>(keine Risikofaktoren)         | Risikofaktoren                   | Primordiale<br>Prävention |
| Gesundheit (Vorliegen<br>von Risikofaktoren) | Akute Erkrankung                 | Primäre Prävention        |
| Akute Erkrankung<br>(Frühstadium)            | Schwere/chronische<br>Erkrankung | Sekundäre Prävention      |
| Schwere/chronische<br>Erkrankung             | Vermeidbare<br>Folgeschäden      | Tertiäre Prävention       |

Der zweite Leitbegriff dieses Kapitels, „*Gesundheitsförderung*“, wird in unterschiedlicher Bedeutung verwendet. Auf der von der WHO initiierten ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung 1986 in Ottawa wurde die „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“ verabschiedet. Dort heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (Paulus, 1992, S. 17). In der Ottawa-Charta werden fünf Handlungsstrategien formuliert: (1) Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln, (2) gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, (3) gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, (4) persönliche Kompetenzen entwickeln und (5) die Gesundheitsdienste neu orientieren. Die WHO betont mithin die Eigenständigkeit der Gesundheitsförderung und ihre Abgrenzbarkeit von Prävention. In diesem Sinne äußert sich auch Waller (1995, S. 148): „Die Gesundheitsförderungsstrategie ist ohne Frage die bedeutendste Entwicklung der letzten Jahre in den Gesundheitswissenschaften, insbesondere aufgrund ihrer expliziten Ausrichtung auf Gesundheitsressourcen.“ Auf der anderen Seite wird Gesundheitsförderung auch als Oberbegriff verwendet, der Prävention einschließt.

Unseres Erachtens kann die Unterscheidung von Zielen und Methoden dazu beitragen, das Verhältnis der beiden Begriffe „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ zu klären. Vertritt man mit Antonovsky (1987) und anderen Gesundheitsforschern (siehe unten) die Vorstellung eines Kontinuums der Gesundheit/Krankheit (G/K-Kontinuum), so lassen sich Prävention und Gesundheitsförderung im Hinblick auf ihre *Ziele* wie folgt voneinander abgrenzen (siehe Abbildung 1):

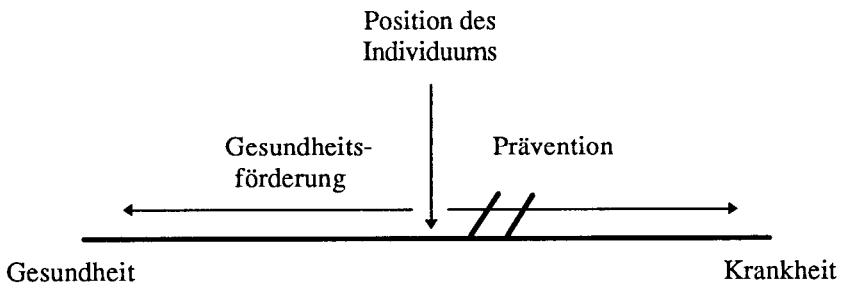


Abbildung 1. Veranschaulichung der Ziele „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“.

(Primäre) Prävention zielt darauf ab zu verhindern, daß sich die Position eines Individuums auf dem G/K-Kontinuum nach rechts in Richtung Krankheit verschiebt. Gesundheitsförderung ist darauf ausgerichtet, die Position eines Individuums nach links in Richtung des Pols „hohe Gesundheit“ zu bewegen. Fragt man jedoch nach den *Methoden* der Prävention und Gesundheitsförderung, wird man viele Gemeinsamkeiten entdecken. Unter diesem Blickwinkel bietet es sich an, Gesundheitsförderung als Oberbegriff zu verwenden, der alle Maßnahmen umfaßt, die geeignet erscheinen, bei einem Individuum oder in einer Population das Auftreten von Krankheiten zu verhindern (oder zu erschweren) bzw. den Gesundheitszustand zu verbessern.

Umstritten ist nicht nur die Bedeutung des Begriffs Gesundheitsförderung, sondern auch des Begriffs *Gesundheit* (Becker, 1982, 1992a; Kolip & Hurrelmann, 1994; Waller, 1995). Wir gehen von folgender Vorstellung aus:

- (1) Es ist zweckmäßig, zwischen dem *aktuellen* und dem *habituellen* Gesundheitszustand eines Individuums zu unterscheiden. Ersterer beschreibt den gegenwärtigen Zustand (z. B. leidet eine Person gegenwärtig unter einem akuten grippalen Infekt). Der habituelle Gesundheitszustand kann als Aggregat der über einen längeren Zeitraum (von z. B. fünf Jahren) beobachteten Gesundheit verstanden werden; er beschreibt den für eine Person typischen (zeitlich gemittelten) Gesundheitszustand.
- (2) Gesundheit und Krankheit bilden die beiden Pole eines G/K-Kontinuums.
- (3) Gesundheit ist ein Oberbegriff für körperliche und seelische Gesundheit (zu deren Indikatoren, Gemeinsamkeiten und Unterscheidungsmerkmalen siehe Becker, 1986, 1994; Becker, Bös, Opper, Woll & Wustmans, 1996). In der Gesundheitsdefinition der WHO sowie bei einigen anderen Autoren findet man auch den Begriff der sozialen Gesundheit (bzw. des sozialen Wohlbefindens), der jedoch schwer zu operationalisieren und von seelischer und körperlicher Gesundheit abzugrenzen ist (Kolip & Hurrelmann, 1994).

Orientiert man sich an einem solchen Gesundheitsbegriff, sollte die Gesundheitspsychologie auch die Förderung der seelischen Gesundheit (Becker, 1995; Tausch, 1992) und die Prävention psychischer Störungen (Becker & Minsel, 1982; Coie et al., 1993; Röhrle, 1992) zu ihrem Gegenstand erklären. Lediglich aus Platzgründen richten wir den Blick zunächst primär auf den Bereich der körperlichen Gesundheit.

## Theoretische Grundlagen

Prävention und Gesundheitsförderung sollten idealerweise auf präzisiertem ätiologischen Wissen bzw. Bedingungswissen (sowie auf Veränderungswissen) aufbauen. Jedoch sind die diesbezüglichen wissenschaftlichen Erkenntnisse noch rudimentär. Es konkurrieren unterschiedliche Modellvorstellungen miteinander, sowohl zwischen den Wissenschaften als auch innerhalb einer Wissenschaft. Ein Konsens scheint sich lediglich dahingehend abzuzeichnen, daß an der Entstehung der meisten Krankheiten vielfähige Ursachen in unterschiedlicher Gewichtung beteiligt sind, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Lebenslauf und teilweise über längere Zeiträume wirksam werden. Unbestritten ist auch, daß eine ausschließlich organmedizinisch-biologische Betrachtungsweise zu kurz greift. Vielmehr entscheiden Bedingungen in der Umwelt sowie Bedingungen auf seiten eines Individuums über dessen Gesundheitszustand. Aus diesem Grund haben sich neben der Medizin weitere Wissenschaften den Themen Gesundheit und Krankheit zugewandt. Exemplarisch sind in Abbildung 2 einige Wissenschaften aufgeführt, die auf unterschiedlichen Ebenen zu einem vertieften Gesundheitsverständnis beitragen.

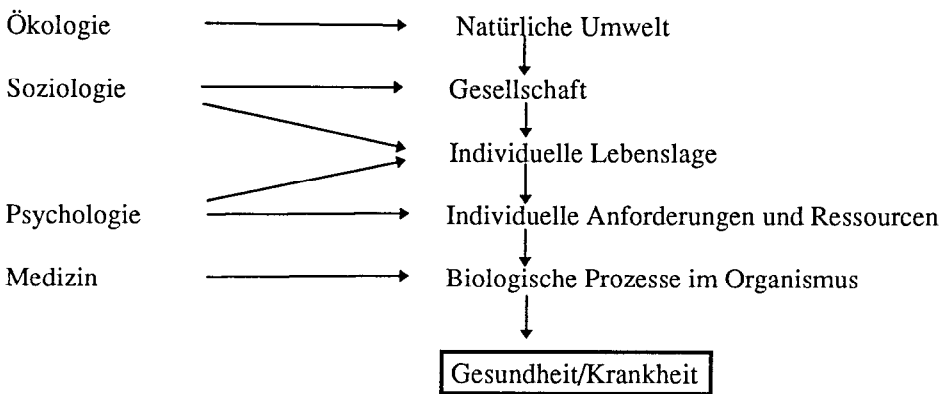


Abbildung 2. Mehrebenen-Modell der Bedingungen von Gesundheit/Krankheit.

Abbildung 2 legt es nahe, *Mehrebenen-Modelle* der Prävention und Gesundheitsförderung zu formulieren. Hurrelmann und Laaser (1993a) sprechen von einem „bio-öko-psycho-sozialen Modell“ der Gesundheits- und Krankheitsentwicklung. Auf der Suche nach einem tragfähigen theoretischen Fundament wurden verschiedene Varianten von *Stressbewältigungsmodellen* konzipiert, die auf breite Zustimmung stoßen (siehe Schwarzer, 1993, sowie Krohne, in diesem Band). Als besonders einflußreich erwiesen sich die Ansätze von Selye (1953) und Lazarus und Folkman (1984). Auch Antonovskys Modell der *Salutogenese* rückt den Prozeß der Bewältigung von Stress (bzw. genauer: von Strain) in den Mittelpunkt. Während Antonovsky den Eindruck zu vermitteln versucht, sein Salutogenesemodell beinhalte eine radikale Abkehr von Pathogenesemodellen und deren Fixierung auf *Risikofaktoren* und liefere durch die Beachtung von *Schutzfaktoren* völlig neue Erkenntnisse, lassen Argumente und

empirische Befunde von Becker et al. (1996) Zweifel an dieser Behauptung aufkommen.

Angeregt durch Antonovsky erweiterten zahlreiche Autoren die bisher (vor allem in der Medizin) dominierenden Risikofaktorenmodelle um gesundheitliche Schutzfaktoren (Beutel, 1989; Belz-Merk, Bengel & Strittmatter, 1992; Coie et al., 1993; Löse & Kolip & Bender, 1992; Rutter, 1985, 1989; Werner, 1993). Unklar bleiben dabei die begrifflichen und empirischen Beziehungen von Risiko- und Schutzfaktoren. Handelt es sich bei Schutzfaktoren (z. B. Kohärenzsinn oder soziale Unterstützung) um völlig andere Variablen als bei Risikofaktoren (z. B. Depressivität oder soziale Isolierung), oder sollten Risiko- und Schutzfaktoren als Gegenpole bestimmter *gesundheitsrelevanter Variablen* (GRV) betrachtet werden (Becker et al., 1996; Stouthamer-Leober et al., 1993)? Bestehen zwischen GRV und Gesundheitsindikatoren lineare oder nichtlineare Beziehungen? Sollen unter Schutzfaktoren nur solche Variablen verstanden werden, die ihre Wirkung nur in Gegenwart bestimmter Risikofaktoren entfalten (Schmidt, 1995)?

Nicht zuletzt der genannten Unklarheiten wegen halten wir es für günstig, von einem *Anforderungs-Ressourcen-Modell* der Gesundheit bzw. Krankheit auszugehen, wie es von Becker (1992b), Becker, Bös und Woll (1994) und Becker et al. (1996) formuliert und ausschnittsweise empirisch überprüft wurde. Die Kerngedanken des Modells lassen sich wie folgt skizzieren: Um seine Gesundheit zu bewahren oder zu fördern, ist es erforderlich, daß es einem Individuum mit Hilfe externer und interner Ressourcen gelingt, externe und interne Anforderungen zu bewältigen. Im Gegensatz zu Hornung und Gutscher (1994), die ein reines Ressourcenmodell vertreten, berücksichtigen wir zusätzlich die von der Umwelt (z. B. dem beruflichen oder privaten Bereich) ausgehenden Anforderungen an das Individuum sowie die vom Individuum ausgehenden Anforderungen an (a) die Umwelt (von Bedürfnissen und Wertvorstellungen ausgehende Anforderungen) und (b) an sich selbst (z. B. selbstgesetzte Ziele oder verinnerlichte Wertvorstellungen). Die Bewältigung derartiger Anforderungen erfolgt unter Rückgriff auf dem Individuum zur Verfügung stehende Ressourcen (zum theoretischen Hintergrund siehe Becker, 1995). In Übereinstimmung mit Mehrebenen-Modellen können verschiedene Arten von Ressourcen unterschieden werden: ökologische, gesellschaftliche, berufliche und private Ressourcen in der Umwelt sowie psychische und physische Ressourcen auf seiten des Individuums (für eine differenzierte Diskussion des Ressourcenkonzepts siehe Hornung und Gutscher, 1994). Beispielhaft greifen wir die einem Individuum verfügbaren *psychischen Ressourcen* (vor allem Kompetenzen) heraus. Dazu zählt eine Reihe verwandter, jedoch nicht identischer Persönlichkeitskonstrukte: seelische Gesundheit, verstanden als Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen (Becker, 1995); emotionale Kompetenz (Buck, 1993); Autonomie/Selbstregulation (Grossarth-Maticek & Eysenck, 1995); Kohärenzsinn (Antonovsky, 1987) und Selbstwirksamkeit (Krampen, 1987, 1991; Schwarzer, 1993) (siehe auch Überblick bei Belz-Merk et al., 1992). Daß mit Hilfe bestimmter Persönlichkeitseigenschaften, die als psychische Ressourcen verstanden werden können, sogar der Gesundheitszustand nach Jahrzehnten sowie die Lebenserwartung statistisch signifikant vorherzusagen sind, wurde in mehreren Längsschnittstudien gezeigt (Eysenck, 1994;

Friedman et al., 1993; Graves et al., 1994; Peterson, Seligman & Vaillant, 1988; Vaillant, 1980). Zusammenfassend sind Gesundheitsbeeinträchtigungen die Folge unangemessener (zu hoher oder zu niedriger) Anforderungen und/oder fehlender Ressourcen. Hohe Gesundheit wird hingegen durch angemessene Anforderungen sowie vorhandene Ressourcen begünstigt.

Tabelle 2 listet exemplarisch gesundheitsrelevante Variablen auf und erlaubt durch die Gegenüberstellung gesundheitsbeeinträchtigender und gesundheitsförderlicher Bedingungen einerseits die grobe Abschätzung des (habituellen) Gesundheitszustandes und andererseits die Ableitung präventiver bzw. gesundheitsförderlicher Maßnahmen. So läßt sich beispielsweise der enge Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und Morbiditäts- bzw. Mortalitätsraten damit erklären, daß Angehörige der sozialen Unterschicht über weniger Ressourcen verfügen (und teilweise unurgemessenere Anforderungen - z. B. das Heben schwerer Lasten - zu bewältigen haben) als Angehörige höherer Schichten (Borgers & Steinkamp, 1994). Oder die von Siegrist (1996) beschriebenen Zusammenhänge von beruflichen Gratifikationskrisen und Krankheit können als Resultat eines Mißverhältnisses zwischen hohen internen Anforderungen an sich selbst (hohe tägliche Verausgabung am Arbeitsplatz) und zu geringen Ressourcen (fehlenden Belohnungen bzw. Anerkennungen) interpretiert werden. Zusammenfassend ergibt sich aus obiger Argumentation sowie aus Tabelle 2, daß auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung sowohl in der wissenschaftlichen Grundlagenforschung als auch in der Praxis die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen bzw. Berufsgruppen unverzichtbar ist (Haisch & Zeitler, 1993; Hurrelmann & Laaser, 1993b; Schinke, 1994; Waller, 1995). Jede Form von (z. B. biologischem, psychologischem, soziologischem oder ökologischem) Reduktionismus erscheint hingegen kontraproduktiv. Die Ausbildung in Prävention und Gesundheitsförderung sollte auf *Interdisziplinarität* ausgerichtet sein.

## Ausgewählte Methoden und Ergebnisse

Zu den Leitideen der Prävention gehören die Prinzipien der Breitenwirksamkeit und der Gemeindenähe. Aus Effizienzgründen ist es erforderlich, daß sich präventive Maßnahmen in der Regel an größere Personengruppen wenden, wobei - im Gegensatz zum therapeutischen Vorgehen - ein aktives Ansprechen von Zielpersonen (z. B. in der Gemeinde oder im Betrieb) dominiert. Es erscheint zweckmäßig, die Zielgruppen aktiv in den Prozeß der Planung und Durchführung von Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen und vorhandene Ressourcen (z. B. Einrichtungen des Gesundheitswesens, politische Entscheidungsträger, Vereine, Selbsthilfegruppen, Personalvertretungen usw.) optimal zu nutzen (Pelletier, 1989; Stunkard, Felix & Cohen, 1985). Grundsätzlich kommen als Zielgruppen in Betracht: Einzelpersonen (vor allem Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko), kleinere Systeme (z. B. Familien oder Schulklassen), Institutionen (z. B. Schulen oder Betriebe), Gemeinden, größere Regionen, Staaten und die Menschheit als Ganze (zum Überblick siehe Dlugosch & Schmidt, 1992; speziell zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter siehe Lohaus, 1993).

Tabelle 2. Anforderungen und Ressourcen als gesundheitsrelevante Variablen

|            | Anforderungen                                      | Ressourcen  |
|------------|--|---|
|            | gesundheitsbeeinträchtigt<br>gesundheitsförderlich | gesundheitsförderlich<br>(= vorhandene Ressourcen)                  |
| Umwelt     |  | Ökologische Bedingungen   |
|            |  | Intakte Ozonschicht   |
|            |  | Umweltverschmutzung   |
|            |  | Saubere Umwelt  |
|            |  | Fehlende/ungesunde Nahrung  |
|            |  | Gesunde Nahrung   |
|            |  | Gesellschaftliche Bedingungen                                       |
|            |  | Ineffizientes Gesundheitssystem                                     |
|            |  | Effizientes Gesundheitssystem                                       |
|            |  | Schlechtes Bildungssystem   |
|            |  | Gutes Bildungssystem  |
|            |  | Ineffizientes politisches System                                    |
|            |  | Effizientes politisches System                                      |
|            |  | Instabile, dysfunktionale gesellschaftliche Wertsysteme             |
|            |  | Stabile, funktionale gesellschaftliche Wertsysteme                  |
|            |  | Arbeit / Beruf / Ausbildung   |
|            | Über-/Unterforderung                               | Angemessener Handlungsspielraum (Kontrolle über Arbeit)             |
|            |  | Zu großer/geringer Handlungsspielraum (Kontrolle über Arbeit)       |
|            |  | Fehlende soziale Unterstützung / Integration (Hilfe/Anerkennung...) |
|            |  | Gute soziale Unterstützung / Integration (Hilfe/Anerkennung...)     |
|            |  | Unergonomische Arbeitsbedingungen, Lärm                             |
|            |  | Ergonomische Arbeitsbedingungen, Lärmfreiheit, Lärmschutz           |
|            |  | Arbeitslosigkeit  |
|            |  | Beschäftigtsein   |
|            |  | Privatbereich   |
|            | Zu hohe soziale Anforderungen/Erwartungen          | Fehlende soziale Unterstützung / Integration                        |
|            |  | Gute soziale Unterstützung / Integration                            |
|            |  | Geringes Einkommen  |
|            |  | Gutes Einkommen   |
|            |  | Schlechte Wohnung/Wohnungslosigkeit                                 |
|            |  | Gute Wohnung  |
| Individuum |  | Psychische Ressourcen   |
|            | Interne, vom Individuum ausgehende Anforderungen   | Hohe Kompetenzen  |
|            | Übersteigerte/defizitäre Anforderungen             | Geringe Kompetenzen   |
|            | a) an sich   | Physische Ressourcen  |
|            | b) an die Umwelt                                   | Günstige genetische/erworbene physische Merkmale                    |

Eine klassische präventive Strategie besteht in der Identifikation von Risikopersonen (*Screening*). Screeningmethoden wurden z. B. bei Kindern mit Entwicklungsrückständen (Cowen et al., 1975; Rolf & Hasazi, 1977), bei Personen mit bisher nicht bekanntem erhöhtem Blutdruck (Hoffmeister et al., 1993) sowie im sekundärpräventiven Bereich zum Zwecke der *Früherkennung* (Allhoff, Flatten & Laaser, 1993) bei Krebsvorsorgeuntersuchungen (Berghof & Flatten, 1987; Meerwein, 1985; Verres, 1986) mit Erfolg eingesetzt. Nachteile ergeben sich aufgrund möglicher Fehldiagnosen, negativer Etikettierungen und sich selbst erfüllender Prophezeiungen sowie aufgrund von Eingriffen in die Freiheiten des einzelnen und relativ hohen Kosten.

*Aufklärung* gehört zu den unverzichtbaren präventiven Methoden. Typische Beispiele sind Informationsangebote über die Gefahren des Alkoholismus, der Drogenabhängigkeit, des Rauchens, der Fehlernährung oder über AIDS. Erfolgreiche Aufklärung muß sachlich richtige, ausgewogene, differenzierte und dem Verständnisniveau der Zielgruppe angepaßte Informationen bereitstellen (siehe Reschke in diesem Band). Besondere Überzeugungskraft besitzen Informanten mit eigenen Erfahrungen und persönlicher Betroffenheit (z. B. Ex-User oder an AIDS Erkrankte). Aufklärung spricht starker an, wenn nicht nur vor Gefahren gewarnt wird, sondern erfolgversprechende und mit nicht zu hohen Kosten verbundene Alternativen aufgezeigt werden (Schwarzer, 1992).


In vielen Fällen bedarf Aufklärung der Ergänzung durch Beratungs- und Trainingsmaßnahmen. Nach Heil und Scheller (1984) sind drei Arten von *Beratung* zu unterscheiden: counseling, guidance und consultation. Gerade im Bereich der Gesundheitsberatung wird es in vielen Fällen erforderlich sein, auf zentrale Werte und Sinnfragen einer Person einzugehen, um sie zu einem gesundheitsbewußten Verhalten zu motivieren (zur Gesundheitsberatung und -motivation siehe Haisch, 1991). Wie die Evaluation des Modellversuches „Gesundheitsberatung durch Ärzte“ zeigt, lassen sich die für erfolgreiche Beratung erforderlichen psychologischen Methoden der Gesprächsführung und Motivierung nicht in Schnellkursen an Ärzte vermitteln; vielmehr berichten am Modellversuch teilnehmende Ärzte über Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Beratungskonzeptes unter den zur Zeit üblichen Praxisbedingungen (Bengel, Koch & Brühne-Scherlau, 1988). Große Bedeutung kommt der präventiv ausgerichteten Beratung im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen zu (Krisenintervention), da Menschen in solchen Situationen Hilfsangeboten besonders aufgeschlossen gegenüberstehen und Krisen häutig die Weichen für positive oder negative Entwicklungen stellen (Ulich, 1987). Exemplarisch genannt seien die Beratung von frisch Verwitweten, Arbeitslosen oder Eltern und Kindern, die von einer Scheidung betroffen sind.

Um stabile Verhaltenseffekte zu erreichen, müssen Aufklärung und Beratung häufig durch *Trainingsmaßnahmen* ergänzt werden. Ein Training kann sich unmittelbar an die Zielpersonen (z. B. Schüler oder Erwachsene mit gesundheitsgefährdendem Verhalten) oder an Mediatoren (z. B. Lehrer, Eltern, Vollzugsbeamte) wenden. Als Beispiele für Trainings, die auf die Prävention psychischer Störungen abzielen, dienen präventive Elterntrainings und Programme zur Förderung der seelischen Gesundheit in Partnerschaften, über die Becker und Minsel (1986) zusammenfassend berichten,

sowie das von Shure und Spivack (1982) entwickelte und erfolgreich evaluierte Programm zur Förderung der „interpersonellen kognitiven Problemlösefähigkeiten“ (zum Überblick siehe auch The Consortium on the School-based Promotion of Social Competence, 1994, sowie Jerusalem, in diesem Band).

Tabelle 3

*Strategien zur Verhaltensänderung (in Anlehnung an Perrez & Gebert, 1994)*

| Risikoverhalten  | Interventionsziel | Strategie  |
|--|-------------------|--|
| Leicht zu verändern<br> | Problembewußtsein | Information, Aufklärung  |
|  | Wissen            | Information, Aufklärung  |
|  | Motivation        | Überzeugende Kommunikation, Beratung, Gruppendiskussion  |
|  | Fähigkeiten       | Verhaltenstraining, Lernen am Modell, Soziale Verstärkung, Verhaltenskontrakte, Selbstbeobachtung und -Überwachung |
|  | Ausführung        | Selbstmanagement, Umgebungsveränderung   |
| Schwer zu verändern  | Aufrechterhaltung | Selbstmanagement, Umgebungsveränderung, Selbsthilfegruppen   |

Perrez und Gebert (1994) beschreiben Strategien zur Verhaltensänderung und unterscheiden sie danach, wie leicht oder schwer die Interventionsziele im allgemeinen zu erreichen sind (siehe Tabelle 3). So lassen sich ein verbessertes Problembewußtsein oder neues Wissen relativ leicht durch Information und Aufklärung vermitteln, während die stabile Ausführung eines veränderten Verhaltens höhere Anforderungen stellt.

Tabelle 4

*Varianten von Präventionsprogrammen*

|                      | Spezifisch                           | Unspezifisch                         |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Risikogruppenbezogen | Safer-Sex-Programm bei Homosexuellen | Gesundheitstraining für HIV-Positive |
| Populationsbezogen   | AIDS-Aufklärung in der Schule        | Ernährungsberatung im Fernsehen      |

Präventionsprogramme können danach unterschieden werden, (1) ob sie sich an spezifische Risikogruppen (z. B. Drogenkonsumenten) oder an unausgelesene Popula-

tionen wenden, und (2) ob sie auf die Verhütung ganz spezifischer Erkrankungen (z. B. AIDS) gerichtet sind oder in unspezifischer Weise das Risiko jedweder Erkrankung senken sollen. Kombiniert man diese beiden Klassifikationskriterien, resultieren die in Tabelle 4 exemplarisch verdeutlichten vier Varianten von Präventionsprogrammen.

Handelte es sich bei den bisher aufgezählten Methoden primär um individuumzentrierte Ansätze („*Verhaltensprävention*“), zielen Maßnahmen der Umweltplanung, des Umweltschutzes und der präventiv ausgerichteten Gesetzgebung auf gesundheitsförderliche Rahmen- und Lebensbedingungen ab („*Verhältnisprävention*“) (Fehr, Kobusch & Wichmann, 1993; Rosenbrock, 1993; Waller, 1995). Fischer (1994) merkt an, daß der Ökologischen Psychologie eine Schlüsselrolle in einer multidisziplinären Gesundheitswissenschaft zufallen könnte, da sie als einziger Teilbereich der Psychologie das Gesamt an Umweltbedingungen in ihre Analysen einbezieht. Aus dem Bereich der Umweltplanung sei stellvertretend auf Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz verwiesen (zum Überblick siehe Becker & Minsel, 1986; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1989; Murphy, 1988; Murza & Laaser, 1994; sowie Liepmann & Felfe, in diesem Band). Solche Interventionen sollen die Passung zwischen (a) Individuen mit bestimmten Bedürfnissen und Kompetenzen und (b) Arbeitsbedingungen mit bestimmten Anforderungen und Ressourcen verbessern. Die Interventionen umfassen u. a. Platzierungs- und Selektionsstrategien, Maßnahmen zur Reduktion physischer und psychischer Stressoren, Erweiterungen des Tätigkeits- und Entscheidungsspielraums sowie Förderung sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz. Große Breitenwirksamkeit läßt sich durch eine gesundheitsförderliche Gesetzgebung erreichen. Vorbildlich sind in dieser Hinsicht die bereits vor Jahren in Norwegen und Schweden verabschiedeten Arbeitsgesetze. Eine ähnliche Funktion kommt den Jugendschutzgesetzen zu. Fraglos können auch fiskalische und gesundheitspolitische Maßnahmen Anreize für ein gesundheitsbewußteres Verhalten bieten. So sind zum Beispiel positive Korrelationen zwischen dem durch Besteuerung beeinflussten Preis von Alkohol und dem Pro-Kopf-Alkoholkonsum sowie der Mortalitätsrate infolge von Leberzirrhose nachgewiesen (Popham, Schmidt & DeLint, 1975).

Im folgenden stellen wir exemplarisch die Konzeption und die Ergebnisse einer in Deutschland mit großem Aufwand durchgeführten Präventionsstudie vor (Hoffmeister et al., 1993). Es handelt sich um *die Deutsche-Herz-Kreislauf-Präventionsstudie* (DHP), eine quasi-experimentelle Gemeindestudie in fünf Regionen Westdeutschlands. Die DHP erfaßt eine Bevölkerung von fast einer Million, die gegen die Gesamtheit der alten Bundesländer als Referenz verglichen wurde (Altersbereich: 25 bis 69 Jahre). Ziel der DHP war es, in den Interventionsregionen durch Senkung der kardiovaskulären Risikofaktoren: Hypertonie, Hypercholesterinämie, Übergewicht und Rauchen die Mortalität an ischämischen Herzkrankheiten und zerebrovaskulären Krankheiten um 8% zu senken. Die Veränderungen wurden auf folgenden Wegen angestrebt:

- Verbesserung des Gesundheitswissens und -Verhaltens durch personale und mediale Programme,

- Ausweitung und Verbesserung von präventiven Einrichtungen und Angeboten sowie deren Inanspruchnahme in den Gemeinden,
- Durchführung und Verankerung eines Präventionsprogramms, das nach Abschluß der Interventionsperiode eigenständig durch die Gemeinde weitergeführt werden kann.

Die DHP wurde in Kooperation mit verschiedenen Multiplikatoren realisiert: Ärzte, medizinisches und Pflegepersonal, Apotheker, Krankenkassen, Sozialversicherungsanstalten und Wohlfahrtsorganisationen sowie Lehrer in Schulen und Volkshochschulen. Die kardiovaskulären Risikofaktoren wurden zu Beginn der Studie (1984/1985), zur Mitte (1988) und nach fast sieben Jahren (1991/1992) gemessen. Die Endergebnisse zeigen eine signifikante Netto-Reduktion (gegenüber der Referenzstichprobe) der Prävalenzen von Hypertonie (18.1%), Hypercholesterinämie (12%) sowie des Rauchens (7.3%). Allein das relative Körpergewicht veränderte sich nicht signifikant.

Da sowohl das Maß „Netto-Reduktion“ als auch die Prävalenzraten von Hypertonie und Hypercholesterinämie einer Überschätzung der Interventionseffekte Vorschub leisten, geben wir in Tabelle 5 die Veränderungen in den Mittelwerten der Risikofaktoren wieder.

Tabelle 5

*Entwicklung der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten bei 25- bis 69jährigen in den alten Bundesländern Deutschlands und in den Interventionsregionen (Mittelwerte); Ausschnitt aus einer Tabelle in Hoffmeister et al. (1993, S. 145)*

| Risikofaktoren    | Nationale Referenz |           | Interventionsregionen |           | Netto-Effekte (%) |
|-------------------|--------------------|-----------|-----------------------|-----------|-------------------|
|                   | 1984/1985          | 1991/1992 | 1984/1985             | 1991/1992 |                   |
| Systole           | 131,07             | 132,68    | 131,73                | 130,54    | -2,1***           |
| Diastole          | 81,72              | 81,75     | 81,89                 | 80,28     | -2,0***           |
| Gesamtcholesterin | 232,38             | 236,08    | 231,96                | 231,19    | -1,9***           |
| Body Mass Index   | 26,02              | 26,41     | 25,75                 | 26,13     | 0,0ns             |

Hoffmeister et al. (1993, S. 151) weisen darauf hin, „...daß nach Beendigung des jeweils intensiven Interventionsabschnittes keine wesentliche Senkung eines Risikofaktors mehr zu erwarten ist. Dies könnte nach längerer Zeit sogar so weit gehen, daß nach Abklingen der Interventionsnachwirkungen das ursprüngliche Risikoniveau in der Bevölkerung wieder erreicht wird.“ Aus gesundheitspsychologischer Sicht ist zu der Studie anzumerken, daß sich die DHP an einem klassischen organmedizinischen Risikofaktorenmodell orientiert und damit eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Variablen ausblendet (siehe Tabelle 2 und Abbildung 2). Sie ist auch nur sehr begrenzt interdisziplinär ausgerichtet (klare Dominanz der Medizin). Nach Waller (1995, S. 168) hat die DHP sich von ihrer ursprünglichen Zielsetzung entfernt: „Die ursprünglich eher primärpräventive Konzeption der DHP . . . mußte im Laufe der Interven-

tionsphase - insbesondere auf gesundheitspolitischen Druck der niedergelassenen Ärzte, die in der Studie bzw. den DHP-Geschäftsstellen ein Konkurrenzunternehmen befürchteten - immer mehr in Richtung einer sekundärpräventiven und verhaltensbetonten Konzeption verändert werden. So wurde in der zweiten Studienphase z. T. fast ganz auf ein strukturiertes Angebot von präventiven Maßnahmen verzichtet und stattdessen über die Gründung von Arbeitsgemeinschaften für kommunale Gesundheitsvorsorge unter (ehrenamtlicher) ärztlicher Regie lokal unterschiedliche Maßnahmen einer 'gemeindebezogenen Verhaltensmedizin' durchgeführt.“

## **Probleme und künftige Aufgaben: Prävention psychischer Störungen**

Wir beschränken uns bei der abschließenden Diskussion auf einen zentralen Punkt: die weitgehende *Vernachlässigung der Prävention psychischer Störungen (PPS)*. Obwohl bereits 1975 in der Enquete zur Lage der Psychiatrie verstärkte Anstrengungen zur PPS angemahnt wurden, blieb die Entwicklung - insbesondere in Deutschland - weit hinter den Zielvorgaben zurück (Duncan, 1994; Röhrle, 1992). Dieser Umstand verwundert und ist aus einer Reihe von Gründen zu beklagen. Wie u. a. Schepank (1987) zeigte, sind psychische Störungen in der Bevölkerung weit verbreitet. Sie verursachen einen erheblichen Leidensdruck und beträchtliche Kosten. Psychische Störungen erhöhen nachweislich das Risiko körperlicher Erkrankungen, so daß Maßnahmen zur PPS zugleich einen Beitrag zur Prävention körperlicher Erkrankungen leisten. Beispielhaft sei auf Eysenck (1994) und Grossarth-Maticsek und Eysenck (1995) verwiesen, die in prospektiven Studien zeigen konnten, daß Maßnahmen zur Förderung der seelischen Gesundheit (Autonomie, Selbstregulation) zur Prävention von Krebs beitragen. Im Gegensatz zu vielen körperlichen Erkrankungen, die die Haupttodesursachen darstellen, ist das Gros psychischer Störungen prinzipiell vermeidbar. Wegen der großen Bedeutung, die psychosozialen Faktoren bei der Verursachung und Prävention psychischer Störungen zukommt, bilden sie ein genuines Forschungs- und Betätigungsfeld für Psychologen und andere Sozialwissenschaftler. Wie Röhrle (1992) anmerkt, liegt die mangelnde Rezeption der PPS in der Regel nicht am mangelnden Erfolg oder am geringen ökonomischen Nutzen der Vorhaben; sie hat vielmehr mit gesellschafts-, versorgungs- und berufspolitischen Einwänden und Widerständen zu tun.

Es ist bemerkenswert, daß in den 90er Jahren - vor allem in den USA im Gegensatz zu Deutschland - die Forderung nach der PPS erneut mit Nachdruck und vielmehr erhoben wird (Caplan, 1993; Coie et al., 1993; Duncan, 1994). Exemplarisch listen wir einige Ansatzpunkte zur PPS auf, von denen wir erhoffen, daß sie künftig verstärkt aufgegriffen und weiterentwickelt werden. Dabei orientieren wir uns am Lebensalter der Betroffenen. Im Kindes- und Jugendalter kommt der Prävention des sexuellen Mißbrauchs (Bräcker & Wirtz, 1991) von Gewalt (Jaffe, Sudermann & Reitzel, 1992; Olweus, 1995), von Drogenabhängigkeit (Botvin & Tortu, 1988; Haisch, 1991; Norman & Turner, 1993) von Selbstmord (v. Troschke, 1995) sowie

von Verhaltens- und psychischen Störungen (Weissberg, Caplan & Harwood, 1991) große Bedeutung zu (siehe auch Lohaus, 1993). Angesichts hoher Scheidungsraten in unserer Gesellschaft verdienen erfolgreiche Maßnahmen zur Prävention von Beziehungsstörungen (Hahlweg et al., 1993; Markman, 1991) bzw. zur Betreuung von Geschiedenen und deren Kindern (Bloom & Hodges, 1988; Wolchik et al., 1993) vermehrte Förderung. Da die Lebenserwartung in diesem Jahrhundert stark angestiegen ist und immer mehr Menschen das Rentenalter erreichen, sind Programme zu begrüßen, die auf ein „erfolgreiches Altwerden“ (Lehr, 1985), die Bewahrung von Selbständigkeit (Oswald et al., 1995) oder auf eine allgemeine Gesundheitsförderung älterer Menschen (Krampen, 1994) abzielen.

Die Prävention psychischer Störungen ist ein Thema von hoher gesellschaftlicher Relevanz, dessen Zeit gekommen ist. Es bleibt zu hoffen, daß die damit verbundenen Chancen erkannt werden und Forschung und Praxis auf diesem Gebiet Förderung erfahren.

## Literatur

- Allhoff, P., Flatten, G. & Laaser, U. (Hg.). (1993). **Krankheitsverhütung und Früherkennung. Handbuch der Prävention**. Berlin: Springer.
- Antonovsky, A. (1987). **Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well**. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Becker, P. (1982). **Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 1: Theorien, Modelle, Diagnostik**. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1986). Theoretischer Rahmen. In P. Becker & B. Minsel, **Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten** (S. 1-90). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1992a). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In P. Paulus (Hg.), **Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis** (S. 91-107). Köln: GwG-Verlag.
- Becker, P. (1992b) Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. **Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21, 64-75**.
- Becker, P. (1994) **Persönlichkeit und perzipierte Umwelt als Risiko- bzw. Schutzfaktoren für die habituelle und aktuelle körperliche Gesundheit?** Trierer Psychologische Berichte. Band 21, Heft 1. Trier: Universität, Fachbereich I - Psychologie.
- Becker, P. (1995). **Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung**. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P., Bös, K. & Woll, A. (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. **Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2, 25-48**.
- Becker, P., Bös, K., Opper, E., Wall, A. & Wustmans, A. (1996). Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV). **Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 4, 576**.
- Becker, P. & Minsel, B. (1982). Primäre Prävention schizophrener, neurotischer und psychosomatischer Störungen. In J. Brandtstädter & A. von Eye (Hg.), **Psychologische Prävention. Grundlagen, Programme, Methoden** (S. 119-154). Bern: Huber.

- Becker, P. & Minsel, B. (1986). **Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten.** Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J., Koch, U. & Brühne-Scherlau, C. (Hg.). (1988). **Gesundheitsberatung durch Ärzte. Ergebnisse eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz.** Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Berghof, B. & Flatten, G. (1987). Krebsfrüherkennung bedeutet rechtzeitige Prävention. **Deutsches Ärzteblatt, 84, 3361-3364, 3521-3528.**
- Belz-Merk, M., Bengel, J. & Strittmatter, R. (1992). Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitliche Protektivfaktoren. **Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 4, 153-171.**
- Beutel, M. (1989). Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. **Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 39, 452-462.**
- Bloom, B.L. & Hodges, W.F. (1988). The Colorado Separation and Divorce Program: A preventive intervention program for newly separated persons. In R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorion & J. Ramos-McKay (Eds.), **Fourteen ounces of prevention. A casebook for practioners** (pp. 153-164). Washington, DC: American Psychological Association.
- Borgers, D. & Steinkamp, G. (1994). Sozialepidemiologie: Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hg.), **Lehrbuch der Gesundheitspsychologie** (S. 133-148). Stuttgart: Enke.
- Botvin, G.J. & Tortu, S. (1988). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. In R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorion & J.R. Ramos-McKay (Eds.), **Fourteen ounces of prevention. A casebook for practioners** (pp. 98-110). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bräcker, S. & Wirtz, H.W. (1991). **Sexueller Mißbrauch von Mädchen und Jungen. Handbuch für Interventions- und Präventionsmöglichkeiten.** Weinheim: Beltz.
- Buck, R. (1993). Emotional communication, emotional competence, and physical illness: A developmental-interactionist view. In H.C. Traue & J.W. Pennebaker (Eds.), **Emotion, inhibition and health** (pp. 32-56). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). (1989). **Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt.** Berlin: Springer.
- Caplan, G. (1964). **Principles of preventive psychiatry.** New York: Basic Books.
- Caplan, G. (1993). Organization of preventive psychiatry programs. **Community Mental Health Journal, 29, 367-395.**
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G. Hawkins, J.D. et al. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. **American Psychologist, 48, 1013-1022.**
- Cowen, E.L., Trost, M.A. Lorion, R.P., Dorr, D., Izzo, L.D. & Isaacson, R.V. (1975). **New ways in school mental health: Early detection and prevention of school maladaptation.** New York: Human Sciences.
- Dlugosch, G.E. & Schmidt, L.R. (1992). Gesundheitspsychologie. In R. Bastine (Hg.), **Klinische Psychologie** (Bd. 2, S. 123-177). Stuttgart: Kohlhammer.
- Duncan, D.F. (1994). The prevention of primary prevention, 1960-1994: Notes toward a case study. **Journal of Primary Prevention, 15, 73-79.**
- Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. **Advances in Behaviour Research and Therapy, 16, 167-215.**

- Fehr, R., Kobusch, A.-B. & Wichmann, H.-E. (1993). Umwelt und Gesundheit. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hg.), **Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis** (S. 295-314). Weinheim: Beltz.
- Fischer, M. (1994). Gesundheitspsychologie: Die ökopyschologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hg.), **Lehrbuch der Gesundheitspsychologie** (S. 88-100). Stuttgart: Enke.
- Friedman, H.S., Tucker, J.S., Tomlinson-Keasy, C., Schwartz, J., Wingard, D.C. & Criqui, M. (1993). Does childhood personality predict longevity? **Journal of Personality and Social Psychology**, **65**, 176-185.
- Graves, P.L., Mead, L.A., Wang, N.Y., Liang, K.Y. et al. (1994). Temperament as a potential predictor of mortality: Evidence from a 41-year prospective study. **Journal of Behavioral Medicine**, **17**, 111-126.
- Grossarth-Maticek, R. & Eysenck, H.J. (1995). Self-regulation and mortality from cancer, coronary heart disease, and other causes: A prospective study. **Personality and Individual Differences**, **19**, 781-795.
- Hahlweg, K., Thurmaier, F., Engl, J., Eckert, V. & Markman, H. (1993). Prävention von Beziehungsstörungen. Einige Anmerkungen zum Artikel von A. Riehl-Emde und J. Willi. **System Familie**, **6**, 89-100.
- Haisch, J. (1991). Gesundheitsberatung und Gesundheitsmotivation. In J. Haisch & H.-P. Zeitler (Hg.), **Gesundheitspsychologie** (S. 109-121). Heidelberg: Asanger.
- Haisch, J. & Zeitler, H.-P. (1993). Gesundheitsdiagnostik und Gesundheitsberatung. Herkömmliche Risikofaktoren stehen nicht im Vordergrund. **Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie**, **41**, 221-254.
- Heil, F.E. & Scheller, R. (1984). Psychologische Beratung. In L.R. Schmidt (Hg.), **Lehrbuch der Klinischen Psychologie** (2. rev. Aufl., S. 390-411). Stuttgart: Enke.
- Hoffmeister, H. et al. (1993). Erfolgreiche Senkung kardiovaskulärer Risikofaktoren in der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) zwischen 1984/85 und 1991/92. **Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften**, **1**, 137-152.
- Hornung, R. & Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hg.), **Lehrbuch der Gesundheitspsychologie** (S. 65-87). Stuttgart: Enke.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (1993a). Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung: Zur Entwicklung eines neuen wissenschaftlichen Arbeitsgebietes. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hg.), **Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis** (S. 3-25). Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (1993b). **Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis**. Weinheim: Beltz.
- Jaffe, P.G., Sudermann, M. & Reitzel, D. (1992). Working with children and adolescents to end the cycle of violence: A social learning approach to intervention and prevention programs. In R.DeV. Peters, R.J. McMason, V.L. Quinseg (Eds.), **Aggression and violence throughout the life span** (pp. 83-119). Newbury Park: Sage.
- Kolip, P. & Hurrelmann, K. (1994). Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In P. Kolip (Hg.), **Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung** (S. 25-46). Weinheim: Juventa.
- Krampen, G. (1987). **Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie**. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991). **Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Handanweisung**. Göttingen: Hogrefe.

- Krampen, G. (1994). Erste Befunde zu einem integrativen Gruppenprogramm zur Gesundheitsförderung bei Älteren. Die Effekte von Autogenem Training sowie systematischer Selbstbeobachtung und Reflexion des Verhaltens (SySeRe). **Zeitschrift für Gesundheitspsychologie**, *2*, 49-63.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.
- Lehr, U. (1985). Erfolgreiches Altwerden als Thema von Entwicklungsberatung. In J. Brandtstädter & H. Gräser (Hg.), **Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne** (S. 150-173). Göttingen: Hogrefe.
- Lösel, F., Kolip, P. & Bender, D. (1992). Streß-Resistenz im Multiproblem-Milieu. Sind seelisch widerstandsfähige Jugendliche „Superkids“? **Zeitschrift für Klinische Psychologie**, *21*, 48-63.
- Lohaus, A. (1993). **Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter**. Göttingen: Hogrefe.
- Markman, H.J. (1991). Constructive marital conflict is not an oxymoron. **Behavioral Assessment**, *13*, 83-96.
- Meerwein, F. (1985). Die Arzt-Patienten-Beziehung des Krebskranken. In F. Meerwein (Hg.), **Einführung in die Psycho-Onkologie** (S. 75-152). Bern: Huber.
- Murphy, L.R. (1988). Workplace interventions for stress reduction and prevention. In C.L. Cooper & R. Payne (Eds.), **Causes, coping and consequences of stress at work** (pp. 301-339). New York: Wiley.
- Murza, G. & Laaser, U. (1994). Gesundheitsprogramme in Betrieben und Organisationen. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hg.), **Lehrbuch der Gesundheitspsychologie** (S. 234-245). Stuttgart: Enke.
- Norman, E. & Turner, S. (1993). Adolescent substance abuse prevention program: Theories, models, and research in the encouraging 80's. **Journal of Primary Prevention**, *14*, 3-20.
- Olweus, D. (1995). **Gewalt in der Schule**. Bern: Huber.
- Oswald, W.D., Leye, M., Rupprecht, R., Steinwachs, K., Stosberg, E., Toplak, J., Tritt, K. & Tümena, T. (1995). Das SIMA-Projekt: Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter. In K. Pawlik (Hg.), **Bericht über den 39. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Hamburg 1994** (S. 840-842). Göttingen: Hogrefe.
- Paulus, P. (Hg.). **Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis**. Köln: GwG-Verlag.
- Pelletier, K.R. (1989). Ein Parcours für Gesundheitsförderungsprogramme in der Arbeitswelt. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), **Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt** (S. 159-186). Berlin: Springer.
- Perrez, M. & Gebert, S. (1994). Veränderung gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens: Primäre und sekundäre Prävention. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hg.), **Lehrbuch der Gesundheitspsychologie** (S. 169-187). Stuttgart: Enke.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. & Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A 35-year longitudinal study. **Journal of Personality and Social Psychology**, *55*, 23-27.
- Popham, R.E., Schmidt, W. & DeLint, J. (1975). The prevention of alcoholism: Epidemiological studies of the effects of government control measures. **British Journal of Addiction**, *70*, 125-144.
- Röhrle, B. (1992). Prävention psychischer Störungen. In R. Bastine (Hg.), **Klinische Psychologie** (Bd. 2, S. 85-122). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rolf, J.E. & Hasazi, J.E. (1977). Identification of preschool children at risk and some guidelines for primary prevention. In G.W. Albee & J.M. Joffe (Eds.), **Primary prevention**

- of psychopathology. Vol. 1: The issues** (pp. 121-152). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rosenbrock, R. (1993). Gesundheitspolitik. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hg.), **Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis** (S. 317-346). Weinheim: Beltz.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors in resistance to psychiatric disorders. **British Journal of Psychiatry, 147, 598-611.**
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. **Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30, 23-51.**
- Schepank, H. (Hg.). (1987). **Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim.** Berlin: Springer.
- Schinke, SP. (1994). Prevention science and practice: An agenda for action. **Journal of Primary Prevention, 15, 45-57.**
- Schmidt, M. (1995). Methodische Probleme kinder- und jugendpsychiatrischer Forschung. In J. Margraf & H. Kunath (Hg.), **Methodische Ansätze in der Public Health-Forschung** (S. 161-179). Regensburg: Roderer.
- Schwarzer, R. (1992). **Psychologie des Gesundheitsverhaltens.** Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1993). **Streß, Angst und Handlungsregulation** (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Selye, H. (1953). **Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom.** Stuttgart: Thieme.
- Shure, M.B. & Spivack, G. (1982). Interpersonal problem-solving in young children: A cognitive approach to prevention. **American Journal of Community Psychology, 10, 341-356.**
- Siegrist, J. (1996). **Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben.** Göttingen: Hogrefe.
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Farrington, D.P., Zhang, Q., van Kammen, W. & Maguin, E. (1993). The double edge of protective and risk factors for delinquency: Interrelations and developmental patterns. **Development and Psychopathology, 5, 683-701.**
- Stunkard, A.J., Felix, M.R.J. & Cohen, R.Y. (1985). Mobilizing a community to promote health. The Pennsylvania County Health Improvement Program (CHIP). In J.C. Rosen & L.J. Solomon (Eds.), **Prevention in health psychology** (pp. 143-190). Hanover, NH: University Press of New England.
- Tausch, R. (1992). Präventive Förderung der seelisch-körperlichen Gesundheit: Wirksame psychologische Möglichkeiten. In P. Paulus (Hg.), **Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis** (S. 53-67). Köln: GwG-Verlag.
- The Consortium on the School-based Promotion of Social Competence. (1994). The school-based promotion of social competence: Theory, research, practice, and policy. In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), **Stress, risk, and resilience in children and adolescents** (pp. 268-316). Cambridge: Cambridge University Press.
- Troschke, J. von (1995). Zukunft der Gesundheitsförderung und Prävention. In P. Kolip, K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hg.), **Jugend und Gesundheit** (S. 333-346). Weinheim: Juventa.
- Ulich, D. (1987). **Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit.** München: Psychologie Verlags Union.
- Vaillant, G.E. (1980). **Werdegänge. Erkenntnisse der Lebenslauf-Forschung.** Reinbek: Rowohlt.

- Verres, R. (1986). ***Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen.*** Berlin: Springer.
- Waller, H. (1995). ***Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis.*** Stuttgart: Kohlhammer.
- Weissberg, R.P., Caplan, M. & Harwood, R.L. (1991). Promoting competent young people in competence enhancing environments: A systems-based perspective on primary prevention. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 830-841.***
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. ***Development and Psychopathology, 5, 503-515.***
- Wolchik, S.A., West, S.G., Westover, S., Sandler, LN., Martin, A., Lustig, J., Tein, J.-Y. & Fisher, J. (1993). The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. ***American Journal of Community Psychology, 21, 293-331.***