

Prävention und Gesundheitsförderung

Klaus Hurrelmann und Wolfgang Settertobulte

Prävention ist, von ihren Ursprüngen an, mit dem Ziel der Krankheitsvermeidung betrieben worden. Historisch richteten sich die ersten Präventionsmaßnahmen gegen die Ausbreitung von Seuchen. In diesem Zusammenhang entstand ein öffentliches Gesundheitswesen, das sich im Laufe der Geschichte zunehmend institutionalisierte und die Fortschritte medizinischer Erkenntnisse in ihren Maßnahmen nutzte. Originäre Elemente dieses öffentlichen Gesundheitswesens sind von je her die Epidemiologie, die Prävention von potentiellen Gesundheitsgefährdungen und die Behandlung von Erkrankungen.

Der in diesem Beitrag zugrundegelegte Gesundheitsbegriff umfaßt sowohl somatophysische wie auch psychosoziale Aspekte des individuellen (Wohl-)Befindens der Person sowie das Vorhandensein eines ausreichenden kognitiven und verhaltensmäßigen Repertoires zur individuell „gesunden“ Lebensgestaltung und zur Bewältigung aktueller Lebenskrisen. Wir folgen damit einem Gesundheitsbegriff, der eine erfolgreiche Anpassung des Individuums auf biologischer, physiologischer und immunologischer, aber auch auf sozialer, psychischer und kultureller Ebene thematisiert (Beutel, 1989; Haisch & Zeitler, 1991).

Prävention ist kein abgegrenztes Handlungsfeld, sondern eher eine Sammelbezeichnung für Eingriffshandlungen zur Sicherung der Gesundheit. Sie richtet sich dabei nicht auf diagnostizierbare manifeste Erscheinungen, sondern versucht, spezifisch oder unspezifisch das Auftreten von Störungen und Erkrankungen zu verhindern. Dies geschieht unter der grundlegenden Annahme, daß Erkrankungen durch pathogene Entwicklungsverläufe bedingt sind, die sich nicht mit naturgesetzlicher Zwangsläufigkeit vollziehen, sondern als interaktive Prozesse zwischen Umwelt und Person einflußbar sind.

Prävention muß daher eng mit Annahmen über die Ursachen und über Risikofaktoren für das Auftreten von Störungen im Lebenslauf verbunden sein. Aus den Annahmen über die Ursachen ergibt sich dabei generell das konkrete Handlungsziel und die Methode der präventiven Bemühung. Aus den Annahmen über Risikofaktoren und Risikogruppen ergibt sich die Auswahl der Zielgruppen. Der Begriff der „Annahme“ ist hier bewußt gewählt, da in vielen Bereichen noch

nicht auf gesicherte Erkenntnisse über die Ursachen psychischer und psychosomatischer Störungen zurückgegriffen werden kann (vgl. Brandtstädter, 1982, S. 28).

Es ist in diesem Zusammenhang viel darüber diskutiert worden, wie gesichert das theoretische und empirische Wissen über die Ursachen und die Entwicklungsverläufe des präventiv Tätigen sein muß, um Erfolge zu erzielen. Historische Beispiele zeigen, daß auch naive Vorstellungen über Krankheitsursachen durchaus zu erfolgreichen Interventionen geführt haben. So konnte, zum Beispiel im England des 18. Jahrhunderts, Edward Jenner eine erfolgreiche Immunisierung gegen die Pocken erreichen, ohne die erst viel später durch Pasteur entwickelten theoretischen Grundlagen der modernen Impftechnologie zu kennen. Diese und ähnliche Beispiele zeigen, daß effizientes Handeln nicht notwendigerweise eine nach wissenschaftstheoretischen Kriterien angemessene Theorie erfordert.

Dies kann aber nicht bedeuten, daß Prävention letztlich ohne theoretischen Hintergrund auskommen kann. In Anbetracht der Tatsache, daß Interventionen Eingriffe in familiäre, personale und soziale Strukturen zur Folge haben, erscheint ein naives Vorgehen nach dem Prinzip „Versuch und Irrtum“ oft ethisch nicht vertretbar. Einen möglichen Ausweg aus diesem Dilemma kann eine verantwortungsvolle Evaluation der präventiven Maßnahmen, zum Beispiel in Form von quasi-experimentellen Designs, bieten, die eine Erfolgsbewertung der durchgeführten Intervention nach strengen methodischen Regeln ermöglichen soll (Brandtstädter, 1982; Koch & Wittmann, 1990).

Die bisherigen allgemeinen Überlegungen gelten speziell für das Kindes- und Jugendalter. Wie die bisherige Forschung zeigt, sind gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter Teil der lebensgeschichtlichen Entwicklung. In diesem Alter werden verschiedene Verhaltensmuster, Fähigkeiten und Einstellungen erworben, die auch in späteren Lebensabschnitten beibehalten werden. In gleicher Weise ist die Jugendphase auch bedeutsam für die Entwicklung selbstwertrelevanter Einstellungen. Charakteristisch für die Entwicklung zum Erwachsenen ist dabei, daß mit verschiedenen, auch gerade risikobehafteten Verhaltensweisen experimentiert wird. Diese Tatsache wird in der Sozialisationsforschung als originäre Entwicklungsaufgabe im Jugendalter bewertet (Franzkowiak, 1986; Hurrelmann, 1988; Fend, 1990).

Die meisten Verhaltensweisen, die objektiv als gesundheitsgefährdend eingeschätzt werden müssen, lassen ihre schädigende Wirkung erst in erheblich späteren Lebensabschnitten deutlich werden. Dies gilt besonders für das Sucht-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten, wobei die Folgen in Gestalt von Kreislaufkrankheiten, Krebskrankheiten, degenerativen Schädigungen usw. typischerweise erst im mittleren oder späten Erwachsenenalter erkennbar werden, dessen routinemäßige Verankerung in den Bahnen eines mehr oder weniger verfestigten Lebensstils dagegen aber oft schon sehr früh einsetzt. Dasselbe gilt auch auf der kognitiven Ebene in Form von Einstellungen zur eigenen Person, von generalisierten Bewertungsmustern und im Erwerb von Bewältigungsfähigkeiten für die in späteren Lebensabschnitten auftauchenden Krisen durch Krankheit, Schicksalsschläge oder andere kritische Lebensereignisse.

Hier liegt der wesentliche Grund dafür, mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in die für den Lebenslauf formative Phase des Kindes- und Jugendalters einzutreten und nicht erst in späteren Lebensabschnitten, in denen sich bereits die schädigenden Auswirkungen dieser Verhaltensweisen zeigen. Gelingt es, wesentliche Ursachen für Gesundheitsprobleme schon in frühen Entstehungsstadien auszuräumen oder einzudämmen, dann sind die Auswirkungen für spätere Lebensphasen positiv, weil es nicht zu einem „Aufschaukeln“ von Effekten kommt. Die bisherige Wirkungsforschung weist ebenso darauf hin, daß durch die Konzentration präventiver Bemühungen auf die ersten beiden Lebensjahrzehnte in vielen Bereichen eine besonders gute Wirksamkeit und auch eine hohe Effektivität von Maßnahmen sichergestellt werden kann.

1. Theoretische und konzeptionelle Grundlagen

1.1 Der Begriff Prävention

Eine konzeptionelle Unterscheidung verschiedener Interventionsstrategie im Bereich psychischer Störungen geht zurück auf Gerald Caplan (1964). Caplan definierte *Primärprävention* als Strategie, um das Auftreten psychischer Störungen zu reduzieren, *Sekundärprävention* als Reduzierung der Dauer bestimmter Störungen und *Tertiärprävention* als Strategie, um Beeinträchtigungen, die durch die Störungen hervorgerufen werden, zu minimieren (Caplan, 1964, S. 16). Diese konzeptionelle Einteilung präventiven Vorgehens wurde in den folgenden Jahren in verschiedenen Publikationen aufgegriffen und erweitert.

In Hinblick auf die Wirkungsrichtung präventiver Maßnahmen kann zwischen *spezifischer und unspezifischer Prävention* unterschieden werden. Eine spezifische Prävention richtet sich dabei an bestimmte Risikogruppen und an eng umschriebene Phänomene, wie etwa Tabak- und Alkoholmißbrauch, Lese-Rechtsschwächen oder aggressives Verhalten. Programme zur primären Prävention sind jedoch in den meisten Fällen unspezifisch auf allgemeine Bedingungen der Entstehung psychischer Störungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen gerichtet.

1.2 Der Begriff Gesundheitsförderung

Für die Bezeichnung primärpräventiver Maßnahmen hat sich seit den 80er Jahren auch der Begriff „Gesundheitsförderung“ durchgesetzt. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in den 80er Jahren entwickelt, wird es als ein integratives Präventionskonzept verstanden, das die einseitige Betonung verhaltensbezogener Maßnahmen überwinden soll und auf die Entwicklung gesunder Lebensbedingungen abstellt. Institutionell gesehen, setzt Gesundheitsförderung eine enge Verflechtung von medizinischen und psychologischen Einrichtungen, Einrichtungen der Bildungs- und Familienarbeit und ähnlichem voraus. Gesundheitsförderung bezeichnet zusammenfassend die vorbeugenden, präventiven

Zugänge zu allen Aktivitäten und Maßnahmen, die die Lebensqualität von Menschen beeinflussen, wobei hygienische, medizinische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale und ökologische Aspekte vertreten sein müssen (vgl. Green & Johnson, 1983).

Die WHO betont, daß Gesundheitsförderung eine gesundheitsgerechte Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt erreichen will und zugleich jedem einzelnen Menschen die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln hat, um seine persönliche Gesundheit zu verbessern. Gesundheit wird als eine von mehreren Voraussetzungen für eine optimale Lebensqualität gewertet. Träger der Gesundheitsförderung können nicht nur professionelle Anbieter und Institutionen, sondern auch informelle und selbstorganisierte Systeme sein. Die Verankerung der Gesundheitsförderung soll über institutionelle Grenzen hinweg angelegt sein und sowohl die frei praktizierenden Ärzte, die Krankenhäuser, Krankenkassen, den öffentlichen Gesundheitsdienst als auch die Sozialarbeit, die Erwachsenenbildung und die schulische und die Kindergartenerziehung einbeziehen. Es geht um eine gleichberechtigte und konstruktive Arbeitsteilung und Zusammenarbeit auf mehreren Ebenen und über mehrere Berufsgruppen hinweg.

1.3 Interventionsmodelle

Alle Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung gehen davon aus, vorbeugend (prophylaktisch) zu wirken, um möglichen Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und Beeinträchtigungen der Gesundheit schon in einem frühen Stadium zuvorzukommen. Je früher Unterstützung und Hilfe einsetzen - so die leitende Idee - desto eher kann der Verfestigung einer Störung und Beeinträchtigung und ihren möglichen Spätfolgen vorgebeugt werden. Diese können z. B. aus zunehmender Verschlimmerung der Leiden und nachfolgender sozialer Isolierung und Stigmatisierung bestehen.

Greifen wir auf die Unterteilung von Caplan und sein Verlaufsmodell von Belastungs-Bewältigungs-Prozessen zurück: Dort ist in einer idealtypischen Betrachtung eine Sequenz von ökologischen und sozialen Lebensbedingungen, Risiken und Belastungen für die Persönlichkeitsentwicklung, gelungenen oder mißlungenen Bewältigungsprozessen, Störungs- und Krankheitsmanifestationen und biopsychosozialen Folgen und Spätfolgen entwickelt worden. Die von Caplan benannten Präventionsschritte beziehen sich auf dieses Modell : Je nachdem nämlich, zu welchem Zeitpunkt ein Eingriff einsetzt, wird er als primär, sekundär oder tertiär bezeichnet.

In den letzten Jahren wird als analytischer Leitbegriff statt „Prävention“ vermehrt auch der Begriff *Intervention* verwendet. Eingriffe können so unabhängig von der verwendeten Methodik als vorbeugende, präventive oder als eine korrigierende, heilende oder aber als rehabilitative Intervention bezeichnet werden. Insgesamt ergeben sich folgende idealtypische Interventionschritte:

- Die *präventive Intervention* (entsprechend der „primären Prävention“) bezieht sich auf die frühe und völlige Verhinderung des Auftretens von für die

weitere Entwicklung negativ zu bewertenden Ereignissen, wie z.B. körperlichen Krankheiten, psychosomatischen Beschwerden, psychosozialen Störungen, Drogenkonsum usw.

- Die *kurative Intervention* („sekundäre Prävention“) bemüht sich darum, eingetretene Störungsereignisse zu korrigieren, abzuwenden oder zu heilen, um negative Folgen des Ereignisses für die weitere Entwicklung zu vermeiden. Diese negativen Folgen können in körperlicher Gebrechlichkeit, in psychischem Leiden und in sozialer Desintegration bestehen. Ziel der Intervention in diesem Stadium ist die Wiederherstellung einer guten Ausgangssituation für die Bewältigung von Risiken und Belastungen im Alltag.
- Die *rehabilitative* bzw. *kompensatorische Intervention* („tertiäre Prävention“) ist die Anpassung an und der Ausgleich von Spätfolgen des negativ zu bewertenden Ereignisses. Hier geht es darum, daß sich Beeinträchtigungen und Störungen nicht weiter verfestigen, die auf den gesamten weiteren Lebensrhythmus ungünstige Auswirkungen haben können und den Gesamtzustand immer weiter verschlechtern. Auch geht es um einen Ersatz für den Ausgleich für die Schäden, die bereits eingetreten sind, und um Hilfe, trotz der Störungen und Beeinträchtigungen noch ein erträgliches Leben zu führen.

Phase	1	2	3	4	5
Interventionszeitpunkt	Gesundheit	erkennbare Risikofaktoren	erste Störungsanzeichen, Frühzeichen von Krankheit	manifeste Störungen und Krankheiten	langfristige Krankheitsfolgen
Zielgruppe	Gesamtpopulation	potentielle Risikogruppen	(akut) Erkrankte	(chronisch) fortgeschrittene Erkrankte	Genesende Behinderte
Zielsetzung	Verhütung der Entstehung von Störungen und Krankheiten, Stärkung der Schutz- und Abwehrkräfte	Gezielte Vorbeugung durch Beeinflussung von früh identifizierten Risikofaktoren	Frühzeitiges Zurückdrängen der Störungs- und Krankheitsauslöser	Behandlung und Heilung der fortgeschrittenen Störungen und Krankheiten	Verhinderung von Rückfällen, Vermeidung von Folgeerkrankungen, Sicherung der verbleibenden Lebensqualität
Art der Intervention	primordial	primär	sekundär	tertiär	quartär
Bezeichnung der Maßnahme	generelle (unspezifische) Prävention	spezifische Prävention	Kuration, Therapie	Kuration, Therapie	Rehabilitation Kompensation
	Gesundheitsförderung				
Beispiele für Maßnahmen	Schutzimpfungen Gesundheits- erziehung Ernährungs- beratung Verbesserung der Wohn- bedingungen Umweltschutz	Früherkennungs- tests (Screening) Selbster- suchungen gezielte Kom- petenz- und Leistungsfor- derung bei sozial Benachteiligten	medizinische Behandlung psychologische Therapie Verhaltenstraining		Dauermedikation Kompensation verlorener Funk- tionen Verhaltens- training soziale Wieder- eingliederung

Abbildung 1:

Übersicht über Phasen und Schritte von Interventionshandlungen.

Um eine noch differenziertere und genauere Darstellung der Interventionsschritte zu ermöglichen, schlagen wir ein erweitertes Modell vor, das nicht von drei, sondern von fünf Phasen ausgeht, indem die präventive und die rehabilitative Intervention in jeweils zwei Phasen untergliedert werden. Dadurch wird die Systematik der heute in der Praxis geläufigen Maßnahmen noch mehr gerecht.

In Abbildung 1 sind die fünf Phasen und Schritte der Intervention im Überblick dargestellt. Sie werden im folgenden noch kurz erläutert:

1. Bei den *primordialen Interventionen* handelt es sich um Maßnahmen, die sich unspezifisch an eine gesamte Altersgruppe oder eine Region richten. Diese generelle Prävention ist vorrangig durch bevölkerungs-, sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen allgemeiner Art gekennzeichnet, also Maßnahmen, die sich auf die Verbesserung der Lebensbedingungen in den Bereichen Hygiene, Lebensstandard, Bildung, Wohnung, Ernährung usw. richten. So kann es beispielsweise Absicht einer solchen Intervention sein, durch Reihenimpfungen die Schutz- und Abwehrkräfte ganzer Bevölkerungsgruppen zu stärken.
2. Bei der *primären Intervention* handelt es sich um Maßnahmen, die speziell auf Risikogruppen zugeschnitten sind. Diese Gruppen sind aufgrund des Herkunftsmilieus, kritischer Lebensumstände oder Lebensereignisse oder anderer Kriterien als besonders anfällig zu bezeichnen. Ziel dieser Programme ist es dabei, Wissen, Kompetenzen, Bewältigungsfähigkeiten und das Selbstbewußtsein der Betroffenen zu fördern und allgemein Entwicklungsdefizite zu kompensieren.
3. Die *sekundäre Intervention* setzt das Auftreten erster Störungsanzeichen voraus. Diese Intervention bezieht sich auf Adressierung hoch risikobehafteter Personen, mit denen gezielt das sich ankündigende Problem bearbeitet werden kann. Merkmal der sekundären Intervention ist eine problemzentrierte Arbeit, deren Zielsetzung und Methodik entsprechend spezialisiert ist.
4. Die *tertiäre Intervention* richtet sich an Personen, bei denen eine manifeste Störung und deren fortgeschrittene Symptome bereits aufgetreten sind. Die verwendeten Methoden sind problemzentriert und therapeutisch. Ziel ist hier eine Behebung der aufgetretenen Störung sowie eine Schadensbegrenzung hinsichtlich der Spätfolgen.
5. Der Bereich der Rehabilitation und Kompensation wird als *quartäre Intervention* bezeichnet. Ziel der Rehabilitation ist es, nach Abschluß einer kurativen Behandlung den Genesenden in den alltäglichen Lebensablauf zurückzuführen und seine Vulnerabilität hinsichtlich des Wiederauftretens der Erkrankung zu mindern. Behinderten soll ein möglichst störungsfreier Lebensrhythmus trotz der Beeinträchtigung ermöglicht werden.

Die fünf Phasen und Schritte interventiven Handelns unterscheiden sich nicht nur nach dem Zeitpunkt, zu dem sie auf einem hypothetischen Ereigniskontinuum eintreten, sondern auch nach ihrer Eingriffsintensität und nach der Größe der Zielgruppe: Die Intensität nimmt von Phase 1 bis 5 schrittweise zu, die Größe der Zielgruppe nimmt schrittweise ab (Abb. 2).

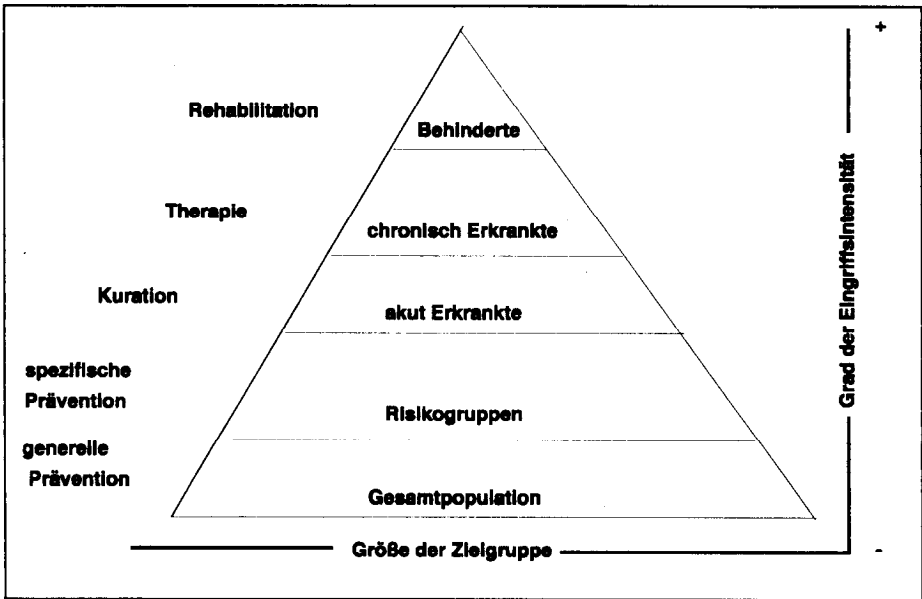


Abbildung 2:

Darstellung von Interventionshandlungen nach Größe der Zielgruppe und Eingriffsintensität.

Schließlich lassen sich alle Interventionsmaßnahmen, außer nach dem Stadium ihrer Wirkung im Verlaufsprozeß, auch nach ihrer Zielebene, nämlich nach distalen bzw. proximalen Programmzielen unterscheiden: Distale Ziele von Interventionen konzentrieren sich auf die ökologischen und sozialen Lebensbedingungen sowie auf den institutionellen und sozialen Kontext und auf die sozialen Ressourcen (Netzwerke und Beziehungen). Die Verwirklichung dieser Ziele ist erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung meßbar. Proximale Ziele sind dagegen auf die direkte subjektive Lebenswelt, den biographischen Kontext und die individuellen Ressourcen (persönliche Fertigkeiten, Handlungskompetenzen) eines Menschen gerichtet. Fortschritte innerhalb dieser Zielvorgaben sollten bereits während der Intervention erkennbar werden.

Interventionsprogramme unterscheiden sich oft in der Wertung dieser Zielaspekte. Beide Zielebenen verlangen unterschiedliche Zugangsweisen, die in einem Fall die soziale und natürliche Umwelt einbeziehen muß und sich im anderen Fall in erster Linie auf die Persönlichkeitsmerkmale und das manifeste Verhalten der Person orientiert. Dennoch sind in der Bewertung von Interventionen proximale und distale Programmeffekte relevant.

1.4 Ethische Probleme unterschiedlicher Interventionsschritte

Anhand des Rasters in Abbildung 1 lassen sich unterschiedliche ethische Probleme aufzeigen: Maßnahmen der primordialen und primären Intervention müssen sachlich und ethisch meist intensiver begründet werden als solche der folgenden Phasen, die sich fast immer aus dem Leidensdruck der Betroffenen legitimieren. Ein solcher Leidensdruck herrscht in Phase 1 und 2 noch nicht. Die generelle Prävention richtet sich an alle Angehörigen einer Population, um das Auftreten eines bestimmten Ereignisses (z. B. Suchtverhalten, Infektionskrankheit) bei allen Adressaten noch zu vermeiden. Die spezifische Prävention unterscheidet sich hierdurch, weil sie sich auf die Teile der Population konzentriert, bei denen ein kalkulierbares Risiko im Sinne einer Wahrscheinlichkeit des Auftretens des Problemverhaltens besteht.

Während es sich bei kurativen und rehabilitativen Maßnahmen in der Regel um solche handelt, die von den Betroffenen gewollt und meist sogar herbeigeführt worden sind, ist der Einsatz von Maßnahmen der primordialen und präventiven Intervention im Normalfall zunächst fremdbestimmt. Er bedarf daher einer besonders sorgfältigen Begründung. Das gilt vor allem im Bereich der generellen Prävention, die sich an eine Population richtet, die noch in keiner Weise auffällig wurde. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Störungs- und Krankheits-symptoms in dieser Gruppe ist zunächst sehr klein. Die Maßnahmen, die ergriffen werden, richten sich aber an die gesamte Population - unabhängig davon, ob eine hohe oder niedrige Wahrscheinlichkeit für ein Problemverhalten besteht. Es ist deswegen sorgfältig abzuwägen, ob eine solche Maßnahme ergriffen werden soll. Die Präventionsmaßnahme darf auf keinen Fall zu Benachteiligungen und Schädigungen führen. So darf eine Reihenuntersuchung zur Identifizierung von möglichen Risikogruppen nicht ihrerseits Stigmatisierungen oder Schädigungen zur Folge haben.

Dem Einsatz von Präventionsmaßnahmen ist immer ein intensiver Abwägungs-prozeß vorzuschalten, bei dem die Vorteile und die Nachteile des Eingriffes genau zu überprüfen sind. Es müssen strenge Kriterien angelegt werden, um legitimerweise primordial oder präventiv tätig zu werden. Es handelt sich gewissermaßen um eine ethische „Kosten- Nutzen-Analyse“. Keine Maßnahme darf als Nebeneffekt den Spielraum einer großen Gruppe von Menschen und ihre gesunde Entwicklung beeinträchtigen, nur um für einige Personen ein günstiges Ergebnis zu erzielen.

Gut ist in der Regel die Bilanz für kompetenzerweiternde Maßnahmen, insbesondere Erziehungsmaßnahmen und soziale bzw. kognitive Trainings (Schneider & Byrne, 1985). Hierzu zählen Maßnahmen der materiellen und sozialen Chancenverbesserung für alle Bevölkerungsgruppen. Problematisch wird es dann, wenn Maßnahmen mit einem Eingriff in das seelische und leibliche Wohl verbunden sind. Beispiele aus dem medizinischen Bereich sind hier etwa klinische Untersuchungen und Bluttests, um bestimmte Krankheiten zu prognostizieren, oder im psychologischen Bereich Screeningmaßnahmen, die unbeabsichtigte Stigmatisie-

rungseffekte haben können. Hier besteht die Gefahr, daß präventive Maßnahmen zu einer zusätzlichen Belastung beitragen.

Vor allem bei auffälligem Verhalten, das stark von sozialen Normen abhängig ist (z.B. Dissozialität, Delinquenz, etc.) sind alle Maßnahmen, die nur auf einer vagen Risikoeinschätzung beruhen, ethisch äußerst problematisch, denn sie können zu einer Stigmatisierung der entsprechenden Personen führen. Auch ist sehr wichtig, von welcher Institution oder welcher Person aus die Kontrollen für die Durchführung der Maßnahmen gesteuert und überwacht werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, ob eine Zustimmung und ein Einverständnis zur Durchführung der Maßnahme vorliegt oder nicht. Informiertheit und Einverständnis der Betroffenen und der Eltern sind immer dann zu fordern, wenn die Maßnahmen Eingriffe in die persönliche oder die familiäre Autonomie beinhalten.

2. Ansätze und Beispiele für Präventions- und Gesundheitsförderprogramme im Kindes- und Jugendalter

Unter dem Stichwort „Präventionsprogramme“ oder „Programme der Gesundheitsförderung“ werden meist solche Maßnahmen und Aktivitäten zusammengefaßt, die sich auf die primordiale und primäre Stufe von Intervention beziehen. Der Zugang von Kindern und Jugendlichen zu präventiven Maßnahmen ist jedoch nicht lückenlos gewährleistet. So ist es bereits schwierig, Risikogruppen zu identifizieren, da die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen heute nur noch bei der Einschulung obligatorisch ist. Alle weiteren Untersuchungen sind der Freiwilligkeit anheim gestellt.

Prävention und Gesundheitsförderung kann nur in öffentlichen Institutionen Erfolg haben, in denen sich Kinder und Jugendliche in bestimmten Lebensphasen und/oder Lebenslagen gewöhnlich aufhalten. Die Träger der Programme können Kommunen, Kindergärten, Schulen, Jugendbildungseinrichtungen, Einrichtungen der Jugendarbeit und auch private Organisationen sein. Die meisten Programme haben einen thematischen Schwerpunkt, entscheiden sich also für einen zentralen Bereich der Prävention bzw. Gesundheitsförderung, etwa den Bereich Hygiene, Sucht, Sexualität, Unfälle und Verletzungen, Bewegung, Ernährung und andere. Fast allen Programmen ist eine gemeinsame konzeptionelle Basis eigen. Diese richtet sich in der Regel auf die aktive Beeinflussung von Kognitionen und Verhalten oder auf die Rahmenbedingungen für Verhalten (Kontext, Umwelt, Verhältnisse). Wir können also zwischen Programmen unterscheiden, die sich als person- oder als kontextzentriert begreifen.

2.1 Personzentrierte Programme

Der Begriff „personzentriert“ hat in diesem Zusammenhang keine direkte Beziehung zur klientenzentrierten Psychotherapie, sondern soll ausdrücken, daß die

gemeinten Interventionen sich an das Individuum richten. Es handelt sich um Maßnahmen, die Personmerkmale (wie etwa spezifische Verhaltensweisen und individuelle Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen) beeinflussen wollen. Dabei kann der Schwerpunkt auf instrumentellen Fertigkeiten im kognitiven oder motorischen Bereich liegen oder auch auf sozialen Kompetenzen der zwischenmenschlichen Kommunikation. Es geht darum, bei Kindern und Jugendlichen die Fähigkeiten zu wecken, Situationen analysieren zu können, eigene Ziele für das Handeln aufzubauen, sowie die Handlungen zu planen, durchzuführen und zu bewerten. Es geht um die Entwicklung von Fähigkeiten zur Problemlösung, Fertigkeiten zur Bewältigung belastender Lebenssituationen, Streßbewältigung und auch um die Förderung von Kompetenzen zur Vermeidung von Belastungen und Störungen.

Durch diese Programme sollen Kinder und Jugendliche zu einem reflektierten Vorgehen bei Lösungen interpersonaler Probleme angehalten werden. Hierzu werden verschiedene Trainingsverfahren entwickelt. Im Bereich Suchtverhalten/Drogenmißbrauch, Leistungsüberforderung und Selbstmordgefährdung - um nur drei Beispiele zu nennen - haben sich diese Ansätze in den letzten Jahren als durchaus effektiv erwiesen. Um das Selbstwertgefühl bzw. die erfahrene Selbstwirksamkeit zu steigern, hat sich der Einbau von Trainingselementen zur Erweiterung der sozialen Kompetenz bewährt, oft auch in der Form des Gruppentrainings.

Das gilt auch für Programme mit spezifischem Zuschnitt, etwa solchen, die auf die Bewältigung von Scheidungsfolgen oder die Verarbeitung von Leistungsversagen abzielen, bestimmte psychische Störungen abzusichern versuchen, Angstgefühlen vorbeugen oder Drogenmißbrauch und Delinquenz vermeiden wollen. Auch zur Vorbeugung von körperlichen und psychosomatischen Erkrankungen werden Programme dieser Art eingesetzt, wobei im Vordergrund Versuche stehen, durch Aufklärung, gezieltes Training, Vermittlung von Wissen über Risikofaktoren und Strategien zur Streßbewältigung veränderte persönliche Kompetenzen zu entwickeln.

Die Programme variieren nach Lebensalter und alltäglichen Zusammenhängen. Sie berücksichtigen damit besonders den jeweiligen persönlichen Entwicklungsstand und sind insofern Bestandteil einer „Entwicklungsförderung“. Ein Beispiel hierfür sind die Programme zur Förderung der vorschulischen, schulischen und sozialen Kompetenzen, die auf Stärkung des Selbstwertgefühls, verbessertes Schulverhalten, höhere intellektuelle Leistungen, kommunikative Fertigkeiten und ein geringeres Maß an Delinquenz abzielen (Cowen, 1983; Becker, 1990; Dusenbury & Botvin, 1990).

2.2. Kontextzentrierte Programme

Unter diesem Begriff werden Präventionsprogramme zusammengefaßt, die auf die Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen abzielen. Sie streben die

Veränderung von Umwelten an, sind also nicht nur ausschließlich auf die Person und das persönliche Verhalten direkt gerichtet. Eine kontextzentrierte bzw. umweltzentrierte Prävention ist darauf gerichtet, störende Einflüsse aus dem sozialen und ökologischen Kontext zurückzudrängen und Handlungsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen in einem bestimmten Lebensraum zu stärken. Die in den sozialen Umwelten vorliegenden Risiko- und Schutzfaktoren müssen hierzu identifiziert sein.

Diese Programme sollen beispielsweise soziale Beziehungen in Familien und sozialen Netzwerken verbessern, Selbsthilfegruppen initiieren und wichtige Bezugspersonen (Schlüsselfiguren) im sozialen Umfeld stützen. Durch netzwerkorientierte Verfahren, die sich an das direkte soziale Umfeld der Betroffenen richten, werden soziale Beziehungen stabilisiert und wieder aufgerichtet. Dies geschieht mit dem Ziel, möglichst viele unterstützende Komponenten im unmittelbaren sozialen Nahbereich zugänglich zu machen.

Neben den informellen Unterstützungskontakten wird auch die Inanspruchnahme von professionellen Unterstützungs- und Beratungsangeboten gefördert. Eine flexible und den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen entsprechende Versorgungsstruktur von medizinischen, psychologischen und pädagogischen Diensten wird als gute Voraussetzung angesehen, um frühe und, im wahrsten Sinn des Wortes, primäre Unterstützung, Hilfe und Beratung anzubieten.

Ein weiterer Schwerpunkt von Maßnahmen in diesem Bereich liegt auf der Veränderung von Organisationsstrukturen in Kindergärten und Schulen. Hier geht es um die Verbesserung des sozialen Klimas einer Institution und um die Optimierung von Kommunikations- und Problemlöseprozessen mit dem Ziel, alle Beteiligten an der Gestaltung und dem Ablauf von sozialen Kontakten zu beteiligen. Im schulischen Bereich gehören hierzu Einführung von Tutorensystemen, gruppendynamische Maßnahmen, Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Schulklassen, bauliche Veränderungen, Stärkung der Partizipationsmöglichkeiten der Schülerinnen und Schüler und Stärkung von gemeinsamen Problemlösekapazitäten auf allen Ebenen der schulischen Organisation.

Programme dieser Art erweisen sich dann als besonders wirksam, wenn soziale Benachteiligungen abgebaut werden können und zugleich echte Mitgestaltungsmöglichkeiten, z. B. von Schülerinnen und Schülern, erreicht werden. Hierdurch wird die Identifikation der Schülerinnen und Schüler mit der Organisation gestärkt und zugleich ein Schritt in Richtung einer „politischen Stärkung“ (Empowerment) getan. Denn den Schülerinnen und Schülern werden hierdurch Möglichkeiten an die Hand gegeben, sich selbst zu artikulieren und ihre Interessen und Bedürfnisse einzubringen. Hierin scheint ein besonders effektives Mittel der Prävention zu liegen, das selbstverständlich auch den personbezogenen Sektor der Prävention berührt, weil unmittelbar kompetenzfördernde Aspekte ins Spiel kommen (Connell et al., 1985).

2.3 Begründung und Konzeption der Gesundheitserziehung

Ein wichtiges Ziel der Gesundheitsförderung ist es, über Gesundheitserziehung das gesundheitsrelevante Verhalten von Kindern und Jugendlichen zu beeinflussen. Die meisten Ansätze in diesem Bereich gehen von der Annahme aus, daß das Gesundheitsverhalten durch die Überzeugungen und das Wissen geprägt wird, die ein Mensch über Gesundheit und über die Möglichkeiten der Verhinderung von Krankheit zur Verfügung hat. Den meisten Ansätzen der Gesundheitserziehung liegt eine sozialpsychologische Theorie des intentionalen Handelns zugrunde, nach der jedes Verhalten, ob gesundheitsförderlich oder -schädlich, auf einer vorsätzlichen Absicht beruht, die auf bestimmte persönliche und normative Überzeugungen zurückzuführen ist: Um Verhaltensänderungen zu bewirken, müssen dieser Theorie zufolge die Überzeugungen und die subjektiven Normen geändert werden, um auf die Absicht Einfluß zu nehmen. Als gesundheitsförderliches Verhalten wird im wesentlichen schädigungsvermeidendes und Vorsorgeverhalten gewertet, das im Aufsuchen medizinischer Beratung und Behandlung sowie im Befolgen ärztlicher Ratschläge besteht.

3. Theoretische Konzeptionen von Präventions- und Gesundheitsförderprogrammen

Die theoretischen Grundlagen für Programme der Prävention und Gesundheitsförderung stammen überwiegend aus der Verhaltenstheorie und der Sozialisationsforschung. Verhaltenstheorien stehen dabei vor allem für personenzentrierte und die Sozialisationstheorien für kontextzentrierte Ansätze als Hintergrundkonzepte zur Verfügung.

3.1 Verhaltenstheoretische Ansätze

Verhaltenstheoretische Positionen gehen oft von einem „Health-Belief-Model“ aus. Dabei wird die Verbindung von einer subjektiv wahrgenommenen Anfälligkeit für eine Erkrankung und die wahrgenommene Schwere und Bedrohlichkeit dieser Krankheit für die eigene Person als Ausgangspunkt für gesundheitsrelevantes Verhalten unterstellt. Grundannahme ist, daß bei einer solchen wahrgenommenen Anfälligkeit für eine Krankheit auch die empfundene Bedrohung durch diese Krankheit steige und als Folge ein vorsorgliches und den ärztlichen Anweisungen Folge leistendes Verhalten eintrete. Nach dieser Theorie unterschätzen viele Menschen ihre Anfälligkeit für Krankheiten, fühlen sich durch sie nicht bedroht und unterlassen aus diesem Grund die erwünschten positiven Verhaltensweisen.

Die Rolle der Gesundheitsförderprogramme wird im wesentlichen darin gesehen, diese Menschen auf die Gefahren von Krankheiten nachdrücklich hinzuweisen, vor allem durch Aufklärung und Information, aber auch durch ab-

schreckende Impulse für die eigene Einstellungsbildung. Dieser Denkansatz vertraut darauf, daß eine umfassende Information über gesundheitsgefährdende Faktoren und gesundheitsabträgliche eigene Verhaltensweisen auch das tatsächliche Verhalten eines Menschen beeinflußt (Becker, 1974).

Dieser Denkansatz setzt auf die Rationalität des menschlichen (Gesundheits-)Verhaltens und vertraut darauf, daß kognitiv vermittelte Informationen verhaltenssteuernd wirken. Diese Annahmen sind aber nur teilweise realistisch. Deshalb werden in den letzten Jahren vielfältige Bemühungen unternommen, diese Theorie zu erweitern. Dabei geht es um die Frage, welche kognitiven, motivationalen und emotionalen Vorgänge die Einleitung und Aufrechterhaltung gesundheitsrelevanten Verhaltens in sozialen Situationen beeinflussen.

Das Verhaltensmodell von Schwarzer (1990) berücksichtigt explizit die motivationale Dimension. Die Entscheidung für eine bestimmte Verhaltensweise oder die Korrektur einer bisherigen Verhaltensgewohnheit muß demnach die aktuelle individuelle Motivationslage, d. h. die persönliche Valenz des Risikoverhaltens berücksichtigen: Zum Beispiel verfehlt der Hinweis an Jugendliche, die Fortsetzung des Risikoverhaltens „Rauchen“ würde in einer späteren Lebensphase zu gesundheitlichen Belastungen führen, die erwünschte Wirkung, da dieser Hinweis mit den aktuellen, attraktiveren Verhaltensalternativen nicht konkurrieren kann.

Gesundheitsrelevantes Verhalten kann nach Schwarzer nicht alleine durch Veränderung von Einstellungen bewirkt werden, sondern muß selbstbildrelevante Aspekte des eigenen Handelns mit einbeziehen. Bei Kindern und Jugendlichen können wir noch nicht von expliziten gesundheitsbezogenen Selbstbildern ausgehen. Vielmehr stehen Aspekte des psychosozialen Wohlbefindens im Sinne der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Zentrum der Selbstdefinition. Ob gesundheitsrelevante Einstellungen auch wirklich verhaltenswirksam werden, entscheidet sich danach, ob sie als wichtiger Bestandteil der Selbstdefinition wahrgenommen werden und inwieweit sie mit anderen Selbstschemata konkurrieren. Unter einem Selbstschema wird dabei die kognitive Repräsentation von bestimmten Aspekten der eigenen Person verstanden, also ein Bestand an selbstbezogenen Wahrnehmungen, die im Laufe des Lebens aufgrund von Erfahrungen und Bewertung dieser Erfahrungen erworben werden. Die geordnete Menge der gesundheitsrelevanten Selbstschemata wird als eine implizite Theorie, als eine subjektive Gesundheitstheorie verstanden, als ein System zur Verarbeitung gesundheitsrelevanter Informationen und zur Steuerung entsprechender Handlungen (Schwarzer, 1990).

Kindern und Jugendlichen geht es in ihrem Lebensalltag vor allem um soziale und individuelle Handlungskompetenzen. Es geht ihnen darum, beliebt, durchsetzungsfähig, erwachsen, stark, unabhängig, sicher, gut aussehend und intelligent zu sein. Verhaltensweisen, die die physische Gesundheit schädigen, wie z.B. Rauchen oder Drogenkonsum, werden in diesem Zusammenhang nach ihrem sozialen Einfluß als „Mittel zum Zweck“ eingesetzt, um z.B. bei den wichtigen Bezugsgruppen bestimmte Anerkennungen zu forcieren. In der Kosten-Nutzen-

Abwägung fällt die Entscheidung für eine bestimmte Verhaltensweise oft zugunsten der gesundheitsschädlichen, da das aktuelle seelische und soziale Wohlbefinden von den Jugendlichen höher gewertet wird als die potentielle Beeinträchtigung der physischen Gesundheit. Die Jugendlichen streben eine ideale Erfüllung ihres Selbstbildes an und orientieren sich dabei an den unmittelbaren Anforderungen, die sie vor sich sehen (Perry & Jessor, 1985; Hurrelmann & Lösel, 1990).

Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen muß diesen Überlegungen zufolge von einem sehr breiten Gesundheitskonzept ausgehen. Gesundheit darf nicht allein über die Abwesenheit von Krankheitssymptomen definiert werden, sondern muß positive Konnotationen besitzen. Gesundheitsschädliches Verhalten muß mit solchen negativen Konsequenzen verknüpft werden, die nicht nur im biologischen, sondern auch im sozialen und psychischen Bereich liegen („Zu viel Essen macht dick; Rauchen bringt unangenehme Begleiterscheinungen für Aussehen und Geruch mit sich“ usw.). Gleichzeitig müssen Verhaltensalternativen angeboten werden, die den gleichen psychosozialen Zweck erfüllen wie die gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen, also ebenfalls zu sozialer Akzeptanz und zur Verbesserung des Selbstwertgefühls führen. Die Folgen des gesundheitsbewußten Verhaltens müssen positiv bewertbar sein: Körperliche Attraktivität, Vitalität, erhöhte Streßresistenz und größerer Lebensgenuß (Schwarzer, 1990).

Da Jugendliche sehr stark gegenwartsorientiert sind, muß Gesundheitserziehung vor allem auf körperliche Attraktivität und aktuelles Wohlbefinden und nicht so sehr auf spätere Lebenserwartung abstellen. Auch ist zu bedenken, daß das gesundheitsangemessene Verhalten starke Anforderungen an die eigene Steuerung des Verhaltens und das Ertragen von Unlustzuständen (z. B. bei körperlicher Beanspruchung, beim Durchhalten eines Konfliktes, beim Einhalten einer Diät usw.) verlangt. Das problembezogene und nicht-ausweichende Bewältigungsverhalten verspricht also in einer konkreten Situation nicht unbedingt die schnelle und streßfreie Lösung, sondern kann genau das Gegenteil bedeuten. Auch hieraus erklärt sich, warum die gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen aktuell so attraktiv sein können (Hurrelmann, 1990; Silbereisen, 1990).

3.2. Sozialisationstheoretische Ansätze

Sozialisationstheoretische Ansätze, die den Hintergrund für die kontextzentrierten Präventionsprogramme anbieten, gehen von der Hypothese aus, daß Zusammenhänge zwischen sozialen Lebens- und ökologischen Umweltfaktoren einerseits und körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen der Gesundheit andererseits zu identifizieren sind. Nach dieser Hypothese ist es offensichtlich, daß auch Risikofaktoren und Belastungskonstellationen aus dem sozialen und zunehmend auch aus dem ökologischen Umfeld direkt und indirekt das Immunsystem von Kindern und Jugendlichen schädigen und beeinträchtigen können.

Wie anfällig ein junger Mensch für bestimmte Beeinträchtigungen der Gesundheit ist, richtet sich demnach nach dem Verhältnis zwischen den Risiko- und Be-

lastungsfaktoren und den zur Verfügung stehenden sozialen und individuellen Ressourcen, die den Bewältigungsprozeß tragen und steuern. Sind diese Ressourcen unzureichend, dann werden ganz offensichtlich hierdurch die Bewältigungskapazitäten beeinträchtigt; sie reichen nicht aus, um mit sozialen, psychischen und physiologischen Anpassungsprozessen zurechtzukommen. Ein Übermaß an Belastungsfunktionen aus der sozialen und ökologischen Umwelt kann - so lautet die Kernannahme - zu einer so starken Strapazierung der Bewältigungskapazitäten eines Kindes oder Jugendlichen führen, daß die Anpassungsleistungen nicht nur im sozialen und psychischen, sondern auch im physiologischen Bereich unzureichend werden.

Gesundheit läßt sich in sozialisationstheoretischer Tradition definieren als Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist beeinträchtigt, wenn sich in einem oder mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die von der Person in der jeweiligen sozialen Situation und der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt und bewältigt werden können. Die Beeinträchtigung kann sich in Symptomen der sozialen, psychischen und physisch-physiologischen Auffälligkeit manifestieren (Hurrelmann, 1988).

Gesundheit ist demnach kein passiv erlebter Zustand des Wohlbefindens, sondern ein aktuelles Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und körperlichen Aktionsfähigkeit eines Menschen im gesamten Lebenslauf. Soziale, ökonomische, ökologische und kulturelle Lebensbedingungen bilden den Rahmen für die Entwicklungsmöglichkeiten von Gesundheit für jede einzelne Person. Der Zustand „Gesundheit“ spiegelt in diesem Sinne immer auch die subjektive Verarbeitung und Bewältigung gesellschaftlicher und sozialer Verhältnisse wider. Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den biogenetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann. Gesundheit kann deshalb auch als das jeweils aktuelle Resultat einer „gelingen“ Sozialisation verstanden werden.

Mit diesem theoretischen Zugang stellt die Sozialisationstheorie stark auf Kontext- und Umweltgegebenheiten ab. Sie verweist darauf, daß Kinder und Jugendliche in ihren Lebensbereichen außerhalb der Familie und der institutionalisierten Erziehungs- und Bildungseinrichtungen heute eine teils zwar äußerst anregende, in vielerlei Hinsicht aber auch einseitig stimulierende und in vielen Aspekten direkt und indirekt gesundheitsgefährdende Umwelt vorfinden. Risiken für eine gesunde Entwicklung können - außer im familialen und schulischen Nahbereich - auch in folgenden Lebensbereichen liegen:

- Durch die Belastung von Wasser, Boden, Luft und Nahrungsmitteln sind die natürlichen Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in den Industriegesellschaften erheblich beeinträchtigt. Hier liegen die Ursachen für viele der sich schnell ausbreitenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, vor allem für Allergien der Haut und der Schleimhäute, aber zunehmend auch für andere Krankheiten Verschiedenster Art.
- Die alltäglichen Verkehrsräume Wohnung und Straße sind heute alles andere als den Bedürfnissen der Kinder entsprechend gestaltet, sie müssen vielfach geradezu als kinderfeindlich und damit auch als für die gesunde Entwicklung abträglich eingestuft werden. Außerdem bergen sie lebensgefährliche Risiken. Unfälle sind die häufigste Todesursache im Jugendalter.
- Die Welt der Kinder und Jugendlichen ist heute sehr stark von Medien geprägt; diese bieten einen Überschuß an visuellen und akustischen, meist elektronisch vermittelten Informationen, während emotionale und motorische Sinnesbereiche zuwenig stimuliert werden. Auch hier liegen erhebliche Risiken für die Entwicklung, weil spontane und alle Sinne ansprechende Aneignungsprozesse der sozialen und der natürlichen Umwelt gestört sind.
- Der Freizeitbereich ist sehr stark kommerzialisiert und zusätzlich durch die schwer vorhersagbare Dynamik der Freundschaftsbeziehungen in der Gleichaltrigengruppe geprägt. Dadurch herrschen in ihm verdeckte Wettbewerbs- und Prestigedynamiken, die Kinder und Jugendliche in für ihre Gesundheitsentwicklung riskante Situationen hineinmanövrieren können. Hinzu kommen erhebliche Verunsicherungen der psychosozialen und moralischen Wertorientierung, die im Zuge einer voranschreitenden Individualisierung und Pluralisierung von Lebensmustern zu psychischen Orientierungsschwierigkeiten und psychosozialen Störungen führen.

Präventions- und Gesundheitsförderprogramme müssen diese Ausgangskonstellationen berücksichtigen. Im strukturellen „Makro-Bereich“ gehören insofern allgemeine Verbesserungen der Bildungs- und Entfaltungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen dazu. Auch im „Mikro-Bereich“, der unmittelbar verhaltensrelevante Maßnahmen anspricht, sind die sozialen Kontextbedingungen zu beachten. So sind etwa Maßnahmen zur Förderung von aktiven Bewältigungsstrategien nicht nur mit einem hohen Maß von Selbststeuerung und Selbstsicherheit verbunden. Sie setzen auch voraus, daß Kinder sich von bestimmten Bezugsgruppen unabhängig machen können. Die Fähigkeit, solche Bezugsgruppen zu aktivieren, die dem eigenen Bewältigungsverhalten entgegenkommen, gehört mit zum Bewältigungsrepertoire (Shure & Spivack, 1982; Schwarzer & Leppin, 1989). Gruppendruck, Machtbeziehungen, Prestige und Einflußmotive, Neugierverhalten, Suche nach Erlebnis und Anregung können bei Kindern und Jugendlichen dazu führen, daß ein schädigendes Verhalten das attraktivere gegenüber dem nicht-schädigenden Verhalten ist. Diese Bedingungen müssen in den Präventionsprogrammen beachtet werden.

4. Bisherige Erfahrungen mit Programmen

Aus den voranstehenden Erörterungen lassen sich vereinfacht die folgenden Kriterien für die Gesundheitsförderung ableiten:

- Eine Konzeption der Gesundheitsförderung läßt sich nur dann aussichtsreich begründen, wenn sie an den Erfahrungen und Erlebnissen von Lebensfreude bei Kindern und Jugendlichen ansetzt und nicht etwa als „Attacke auf die Lebenslust“ angesehen wird. Gelingt dieser Zugang nicht, dann hat jede Gesundheitsförderung den Status des unattraktiven, lustlosen, lusttötenden und restriktiv-disziplinierenden Vorgehens, und ist damit gleich von vornherein zum Scheitern verurteilt. Gesundheitsförderung darf nicht als ein Aufzwingen von Erwachsenenverhaltensweisen empfunden werden, denn gerade im Jugendalter gehört es ja zu den wichtigsten Verhaltensimpulsen, sich gegen die vorherrschenden Erwachsenennormen aufzulehnen und sich von ihnen abzusetzen. Setzt hier die Gesundheitsförderung falsch an, so kann sie von Jugendlichen negativ besetzt werden und richtet damit mehr Schaden an als Nutzen (Dlugosch & Schmidt, 1990).
- Die Konzepte der Gesundheitsförderung müssen die vorherrschenden normativen und sozial-strukturellen Rahmenbedingungen berücksichtigen. Es wäre z. B. wirklichkeitsfremd, die objektiv gesundheitsfeindlichen Wertorientierungen, die in weiten Bereichen des Erwachsenenlebens dominieren, in der Gesundheitsförderung gegenüber Kindern und Jugendlichen zu verheimlichen. Dazu gehört insbesondere eine Analyse der Mechanismen der kommerziellen Werbung, die ja eindeutig und mit ausgeklügelten sozialpsychologischen Einflußmethoden zugunsten gesundheitsgefährdenden Verhaltens (Rauchen, Alkoholkonsum, kalorienhaltige Speisen usw.) betrieben wird. Auch dürfen die strukturellen Belastungskomponenten des täglichen Lebens nicht ausgeklammert werden: Dauerbelastung durch hohe schulische Leistungsanforderungen, lange Ausbildungszeiten und Verunsicherung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch einen anforderungsreichen und strukturell schwierigen Arbeitsmarkt.
- Effektive Gesundheitsförderung muß den alltäglichen Lebensstil von Kindern und Jugendlichen, wie er durch soziale und kulturelle Einflüsse geprägt wird, in ihren Ansatz einbeziehen. Das Bestreben gerade junger Menschen, Selbständigkeit und Selbststeuerung zu erlangen, kann ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die Gesundheitsförderung sein, der sie für die junge Generation interessant macht. Verstanden als Hilfe bei der Unterstützung eines individuellen Lebenskonzeptes, das sich von eingefahrenen Pfaden des Erwachsenenlebens unterscheidet, ist Gesundheitsförderung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ein interessantes und attraktives Konzept der Stärkung von Selbstentfaltung und Selbstfindung.

Die meisten der heute in Kindergärten und Schulen praktizierten Konzepte der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik sind von diesen Idealvorstellungen noch weit entfernt. Zwar existieren zu den Themenkomplexen

- Natürliche Umwelt und Gesundheit
- Seelische und soziale Gesundheit
- Körperliche Gesundheit
- Ansteckende und nicht-ansteckende Krankheiten
- Tabak, Alkohol und illegale Drogen
- Arzneimittel und Medikamente
- Ernährung
- Sexualität
- Körperhygiene
- Streß
- Bewegung
- Mund und Zahnhygiene
- Körperliche Fitneß
- Verbraucherverhalten und Verbraucherschutz
- Öffentliche Gesundheit und Sozialpolitik
- Unfallverhütung

jeweils gut ausgearbeitete Programme, aber ihre Umsetzung und Evaluation ist noch völlig unzureichend. Im deutschen Sprachraum besteht besonders im Vergleich zu den angelsächsischen Ländern und einigen europäischen Nachbarländern ein erheblicher Nachholbedarf an Forschung und Praxis. Bisher existieren nur in wenigen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland fertig ausgearbeitete Programme, und diese beziehen sich in der Regel nur auf Teilbereiche der Gesundheitsförderung. Es fehlt an wissenschaftlich abgesicherten umfassenden konzeptionellen Modellen und darauf aufbauenden Programmen.

5. Beispiele für gelungene Programme

Als Beispiele für gelungene Konzepte der umfassenden Prävention und Gesundheitsförderung greifen wir ein deutsches und ein ausländisches Programm heraus.

5.1 Sucht- und Drogenvorbeugung in der Schule

Das erste Beispiel ist das nordrhein-westfälische Programm der Suchtprävention, das vom Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (1988) entwickelt wurde. Es geht von der Prämisse aus, daß Präventionsmaßnahmen im Jugendalter den Drogenkonsum als psychosozialen und funktionalen Bestandteil des Lebens ansehen müssen, mit dem die Herausforderungen der Lebensphase Jugend bewältigt werden. Der Schwerpunkt aller Maßnahmen wird entsprechend an den psychosozialen Funktionen angesetzt, die die Nutzung von Drogen im Kontext kultureller und sozialer Bedingungen der Lebensbewältigung im Jugendalter hat. Der Schule als Bildungsinstitution und als wichtiger sozialer Erfahrungsraum im Jugendalter kommt hierbei eine Schlüsselrolle zu. Das Programm bemüht sich um Konzepte, die den Prozeß der aktiven Aneignung von Informationen und Wissensbeständen

sowie der produktiven Auseinandersetzung mit ihnen in das Zentrum der unterrichtlichen Bildungsprozesse rücken und zugleich die Lerninteressen und persönlichen Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler ansprechen.

Als didaktisches Ziel wird die Kombination von Informations- und Einstellungsveränderungsstrategien gewählt. Maßnahmen, die Wissen über die rechtlichen, physiologischen und psychologischen Voraussetzungen und Folgen von Drogenkonsum und -mißbrauch vermitteln, werden Informationsstrategien genannt. Maßnahmen zur Förderung von Kommunikations- und Entschlußfähigkeit, von Selbstbehauptung und Fähigkeit zur Definition von Werthaltungen sowie Versuche, positive emotionale Erlebnisse zu vermitteln, werden als affektive Strategien bezeichnet.

Die Materialien und Medien des Landesinstituts für Schule und Weiterbildung sind als Praxishilfen für den schulischen Alltag konzipiert. Sie sollen suchtprophylaktischen Unterricht unterstützen, indem sie soziale, affektive und kognitive Lernziele aufeinander beziehen und Lebensbewältigung, Problemlösungsfähigkeit sowie das Erlernen sozialer und personaler Handlungskompetenzen als zentrale Ziele definieren. Es wird eine auf Theorie und Praxis abgestimmte Konzeption zur Sucht- und Drogenprävention in der Schule und zugleich ein Modell zur Fortbildung von Lehrern für Suchtvorbeugung und Drogenfragen vorgelegt.

Die Materialien mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten für Unterrichtsreihen, sind wie folgt gegliedert:

- ***Kognitive Inhalte und Sachinformationen*** - Informationen über Sucht und Suchtmittel (Nikotin, Alkohol, Tabletten, illegale Suchtmittel), Wirkungsweisen, Möglichkeiten der Therapie und Beratung, Drogen und Gesellschaft;
- ***Übungen zur Entwicklung psychosozialer Identität*** - Bewußtmachen von Gruppendruck, Widerstehen und „Nein-Sagen“ lernen, Bewußtmachen der Interaktionen in einer Gruppe, Unsicherheit, Angst, Frustration, Mißerfolg, Ablehnung aushalten können, Möglichkeiten der Entscheidungsfindung, der Verbesserung der Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeit, Verbesserung der Ich-Kompetenz;
- ***Übungen zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung*** - Anspannungs- und Entspannungsübungen, Gefühle und Befindlichkeiten wahrnehmen, verbalisieren und akzeptieren, Sinneswahrnehmungen trainieren;
- ***Bewußtmachen von Werten und Normen*** - Kennenlernen unterschiedlicher Normen und ihrer Bedeutung für das Verhalten, Entstehung und Veränderung von Normen und Werten, Bewußtmachen persönlicher Werteskalen;
- ***Übungen und Spiele zur Körpererfahrung*** - Erfahrungen des eigenen Körpers, der Reaktionen auf Gefühle, Erfahrung von Reaktionen im emotionalen Bereich auf körperliche Signale, Wahrnehmung und Überwindung von körperlichen Berührungsängsten.

Schulische Suchtprophylaxe wird nicht nur als Aufgabe einiger ausgewählter Fächer gesehen. Die Materialien sollen allen Lehrerinnen und Lehrern helfen,

solche Ansätze in den Unterricht aufzunehmen. Großer Wert wird ebenso auf die über den unterrichtlichen Bereich hinausgehenden Freiräume des Schullebens gelegt. Durch den Wahlpflichtunterricht, Arbeitsgemeinschaften oder Neigungsgruppen können methodische Arbeitsformen und Sozialformen stärker akzentuiert werden, die die unterrichtliche Arbeit organisatorisch ergänzen und bereichern. Durch das Zusammenwirken von unterrichtlichen und außerunterrichtlichen Aktivitäten einer Schule entsteht erst ein „Schulleben“, durch das die unterschiedlichen Maßnahmen, die eine Schule im Hinblick auf die Suchtprävention ergreifen kann, eine sinnvolle Abrundung und Abstimmung erfahren.

5.2 Minnesota Kreislauf-Programm

Das zweite Beispiel ist das Minnesota Kreislauf-Programm aus den USA. Es handelt sich um ein Langzeit-Projekt, das über einen Zeitraum von über zehn Jahren angesetzt ist und sich auf die Prävention von Zigarettenrauchen und die Prävention von falscher Ernährung und unzureichender körperlicher Bewegung bei Kindern und Jugendlichen konzentriert. In diesem Programm werden neben der Schule die Gleichaltrigengruppe, die Familie und die Gemeinde als Adressaten mit einbezogen. Das Interventionsprogramm besteht aus einem Paket von aufeinander abgestimmten Erziehungs- und Fördermaßnahmen, die über einen längeren Zeitraum eingesetzt werden (Perry, Klepp & Shultz, 1988).

Das Minnesota-Programm unterscheidet zwischen zwei sich ergänzenden Strategien der Gesundheitsförderung :

- Aktivitäten und Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, gesundheitsbeeinträchtigendes Verhalten zu reduzieren oder zu vermeiden und
- Aktivitäten, die darauf gerichtet sind, gesundheitsförderndes Verhalten zu stärken und zu bestätigen.

Beide Strategien ergänzen sich und gehen gleichgewichtig in die Gesamtkonzeption ein. Die erste Strategie konzentriert sich unter anderem darauf, die Häufigkeit von Drogenkonsum zu verringern, ungesundes Eßverhalten zu beeinflussen und verkehrgefährdendes Verhalten zu reduzieren. Die zweite Strategie konzentriert sich darauf, sportliche Aktivitäten einzuleiten, umfassende soziale Geschicklichkeiten und Kompetenzen aufzubauen und Strategien der Empfängnisverhütung einzuüben.

Diese beiden Strategien, die im Sinne der oben entwickelten Begrifflichkeit auch als primordiale und präventive Intervention bezeichnet werden können, richten sich auf die Veränderung des individuellen Verhaltens und der Umweltgegebenheiten. Auf der Verhaltensebene sind hier alle Ansätze angesiedelt, die auf den systematischen Abbau von gesundheitsbeeinträchtigendem Verhalten (etwa Zigaretten- und Alkoholkonsum) gerichtet sind. Sie zielen damit ganz direkt auf das tatsächliche Verhalten und versuchen, es zu modifizieren. Der Aufbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen bezieht sich darauf, alternative Aktivitäten zu ermöglichen, z.B. die Förderung von Jogging, Freizeitsport, neuen

Hobbies, neuen soziale Aktivitäten usw., die die gleichen psychosozialen Funktionen wie gesundheitsgefährdendes Verhalten haben können.

Auf der Ebene der Umweltstrukturen richtet sich das Programm auf die Zugänglichkeit von Nahrungs- und Genußmitteln, die gesundheitsbeeinträchtigend wirken können (z. B. legale und illegale Drogen und ungesunde Nahrungsmittel) und es konzentriert sich darauf, negative soziale Modelle für das eigene Gesundheitsverhalten abzubauen und durch positive Modelle zu ersetzen. Wichtig ist es dabei, soziale Unterstützung durch zentrale Bezugspersonen aus dem Beziehungsnetz sicherzustellen.

Das Minnesota-Herz-Gesundheits-Programm stellt somit eine Mischung aus mehreren Interventionskomponenten dar, nämlich

- a) öffentlichen Aufklärungskampagnen zur Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens,
- b) pädagogischen Erziehungsmaßnahmen zum Aufbau von gesundheitsrelevanten Kompetenzen und
- c) regionalen Organisationsmaßnahmen zur Stärkung sozialer Unterstützung aus verschiedenen Feldern der Gemeinde.

Diese drei Komponenten der Interventionsprogramme werden eng miteinander verzahnt. Die öffentlichen Aufklärungskampagnen werden zeitgleich mit den Erziehungsprogrammen durchgeführt, und die kommunalpolitischen Aktivitäten werden ebenfalls inhaltlich und zeitlich mit diesen Vorgängen abgestimmt. Auf diese Weise verstärken sich die Aktivitäten in den verschiedenen Zielbereichen gegenseitig und sorgen für eine öffentliche Bestätigung der jeweiligen Einzelmaßnahmen (Perry, Klepp & Shultz, 1988).

6. Kriterien für die Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

Die genannten Beispiele von Programmen zur Gesundheitsförderung zeigen, daß zur Gestaltung effektiver Maßnahmen der Prävention verschiedene Kriterien herangezogen werden sollten. Die wesentlichen Komponenten und Kriterien werden im folgenden zusammenfassend dargestellt.

6.1 Programmbausteine

Das Design eines Präventionsprogramms sollte sich in der Auswahl seiner Elemente nicht auf die naheliegenden Programmziele beschränken, auch wenn diese allgemein als Fähigkeiten im Rahmen psychischer Gesundheit gesehen werden. Erfahrungen mit Gesundheitsförderprogrammen haben gezeigt, daß Programmpakete, die aus mehreren Komponenten bestehen und dabei auf verschiedene

Bereiche abzielen, effektiver sind als Programme, die lediglich einen Faktor berücksichtigen (Durlak, 1983). Gesundheitsförderung sollte immer ein Paket von Interventionen beinhalten, die verschiedene Verhaltens- und Einstellungsbereiche berühren. Dabei sollten sowohl die individuellen Kompetenzen gesteigert wie auch die unmittelbare Umwelt der Betroffenen einbezogen werden.

Die Forschung zur Wirksamkeit von Prävention hat gezeigt, daß Programme nur dann erfolgreich sind, wenn sie neben der Vermittlung von Wissen auch Elemente enthalten, die auf die Veränderung und Förderung der Persönlichkeit sowie auf einen verantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper ausgerichtet sind. Ebenso sollte eine erfolgreiche Prävention sich nicht auf einen kurzen, kritischen Zeitpunkt beschränken. Die Wirksamkeit der Intervention erhöht sich durch das wiederholte Üben der gelernten Fähigkeiten. Dazu muß aber eine beständige Motivation gewährleistet sein. Gesundheitsförderung sollte sich lebensbegleitend vollziehen, da auf die Betroffenen mit zunehmendem Alter wechselnde Anforderungen zukommen. Faktoren wie ökonomische oder persönliche Prädispositionen sowie akute Lebenskrisen können - ebenso wie eine Überforderung - den Präventionserfolg verhindern.

6.2 Merkmale der Zielgruppe

Die Präventionsprogramme sollten sich vor allem an Gruppen mit hohem oder multipltem Risiko richten. Diese Gruppen sind aufnahmebereiter für die Interventionen als Gruppen mit niedrigem Risiko. Da in den Evaluationen meist Kriterien von Fortschritt oder Veränderungen in den beabsichtigten Problemlösungsfähigkeiten beleuchtet werden, ist die Wirkungsweise der Intervention lediglich in defizitären Gruppen zu beobachten. Bei Vorhandensein eines kritischen Minimums an Fähigkeiten in dem focussierten Bereich, ist es möglich, daß weitere Fortschritte in der summativen Erfolgsbewertung nicht adäquat dargestellt werden können.

Homogenität in der Zielgruppe fördert die erwarteten Effekte. An homogene Gruppen, z.B. in Alter, Fähigkeitsdefizit und Lebenserfahrung, kann ein Programm leichter angepaßt werden. Die Intervention kann nur erfolgreich sein, wenn sie auf den jeweiligen Entwicklungsstand abgestimmt ist und dabei einsetzt, bevor größere, unerwünschte Schädigungen eingetreten sind.

6.3 Programmentwicklung und Implementation

Effektive Prävention ist erst dann wirklich möglich, wenn ein Programm gleichermaßen von den betroffenen Kindern oder Jugendlichen, deren Eltern sowie beteiligten Dritten akzeptiert wird. Wird ein Programm aus einer genauen Analyse der Faktoren heraus entwickelt, die Kompetenz und psychische Gesundheit in der Zielgruppe bedingen, so steigert sich die Annahme des Programms durch die Beteiligten. Die verwendeten Interventionstechniken sollten genau auf den Ent-

wicklungsstand, aber auch auf den soziokulturellen Hintergrund und andere Faktoren, die die Motivation der Beteiligten bedingen, abgestimmt werden (Tones, Tilford & Robinson, 1990). Zur Bestimmung der genannten Faktoren bieten sich unter Umständen Vortests bzw. Screeningverfahren an, soweit diese für die entsprechenden Bereiche zur Verfügung stehen. Sie können zur Abstimmung der Programminhalte vor einer letztlich Implementierung dienen.

Die Implementierung eines Programms bedarf der besonderen Aufmerksamkeit, da die bestgeplante Maßnahme erfolglos bleibt, wenn sie nicht adäquat in die Lebenszusammenhänge der Betroffenen eingepaßt wird. So nehmen zum Beispiel viele personenzentrierte Programme in ihrer Struktur nicht genügend Rücksicht auf die speziellen Umstände des Settings, in denen sie eingesetzt werden, und sind aus diesem Grunde in ihrer Effektivität beeinträchtigt.

Insbesondere schulische Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind hier betroffen. So erkennen beispielsweise Lehrer zwar die Bedeutung sozialer Kompetenz als Schutzfaktor, sie machen sich gleichzeitig aber zu wenig bewußt, daß sie selbst - ebenso wie die Schule allgemein - Verhaltens- und Kompetenzmodelle darstellen und als solche besonders zur Entwicklung sozialer Kompetenz beitragen. Die klassische Lehrerrolle ist im normalen Schulsetting wenig geeignet, soziale Kompetenzen zu vermitteln, da sie sich hauptsächlich an akademischen Leistungen orientiert (Rundall & Bruvold, 1988).

Widerstände gegenüber Maßnahmen der Gesundheitsförderung beruhen bei den Beteiligten häufig auf Befürchtungen zusätzlicher zeitlicher Beanspruchung, Ängsten vor der Aufdeckung mangelnder Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen des Selbstbewußtseins. Die Programme sollten aus diesen Gründen nicht zu Pflichtveranstaltungen werden, denn nur mit positiv motivierten Beteiligten ist Effektivität gewährleistet.

Nicht nur die Betroffenen und deren Eltern, sondern auch das nähere Umfeld sollte gut über die Programme informiert sein, um unterstützend wirken zu können. Gerade die Eltern sind dadurch zu höherer Verpflichtung dem Programm gegenüber und zu förderndem Verhalten auch zu Hause motiviert. Ebenso sollte den Eltern Gelegenheit gegeben werden, die Werte und Ziele, die das Programm vermittelt, in Diskussionen in Frage stellen zu können.

7. Strukturen der medizinischen und psychosozialen Primärversorgung für Kinder und Jugendliche

Die Struktur der Versorgungsdienste stellt einen wichtigen Teilbereich der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche auf Gemeindeebene dar. Die regionale Versorgungsdichte stellt einen wichtigen präventiven Faktor dar. Eine gute Erreichbarkeit von institutionellen Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten ergänzt das wichtige persönliche Netzwerk und ermöglicht Hilfestellung dann, wenn dieses versagen sollte.

Studien zeigen jedoch, daß die Altersgruppe der etwa 10- bis 20jährigen im Vergleich zu anderen Altersgruppen relativ wenig mit medizinischen und psychosozialen Beratungs- und Behandlungsinstitutionen in Berührung kommt. Der Anteil von Arztbesuchen liegt bei Jugendlichen deutlich unter dem Durchschnitt anderer Altersgruppen der Bevölkerung (Kerek-Bodden, 1989). Viele Jugendliche haben über mehrere Jahre hinweg keinen Kontakt zu einer ärztlichen oder psychologischen Beratungs- und Behandlungseinrichtung. Schätzungen aus den USA rechnen mit bis zu 15 % Jugendlichen, die nicht die medizinische und/oder psychologische Betreuung erhalten, die sie eigentlich unbedingt nötig hätten (Millstein, 1988). In Bevölkerungsgruppen, die unter ökonomisch ungünstigen Bedingungen leben, ist die Unterversorgung besonders groß.

Diejenigen Erkrankungen, bei denen relativ häufig der Arzt aufgesucht wird, sind durch eine starke Beeinträchtigung des täglichen Lebens gekennzeichnet. So werden Asthma, Bronchitis und Heuschnupfen sowie Neurodermitis, Hautausschläge und Allergien relativ häufig beim Arzt vorgestellt. Im allgemeinen ist jedoch festzustellen, daß die Vermeidung des Arztbesuchs überwiegt: Bei Vorliegen einer Erkrankung läßt sich im Durchschnitt nur etwa jeder dritte Jugendliche im Alter von 13 bis 16 Jahren von einem Arzt behandeln (Settertobulte & Hurrelmann, 1993).

Die Problematik ergibt sich aus der allgemein gesundheitspolitischen Notwendigkeit, in diesem Entwicklungsalter beratend und vorsorgend auf alterstypische Gesundheitsrisiken eingehen zu können, die sich weniger als konkrete Morbiditäten manifestieren, sondern vielmehr in der Entwicklung riskanter gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen bestehen (Daniel, 1991). Das Defizit in der Versorgung Jugendlicher stellt sich vorrangig als qualitatives Problem dar: Zwar werden akute, Leiden verursachende Erkrankungen dem Arzt oder der Ärztin vorgestellt, wenn diese eine gewisse Beeinträchtigung des täglichen Lebens darstellen. Häufig ist dann der Facharzt der Ansprechpartner, der schnelle Linderung verspricht. Der Zugang Jugendlicher zum Arzt ist in dieser Weise als konsumatorisch zu beschreiben. Der regelmäßige Arztbesuch im Zusammenhang mit kontinuierlicher Vorsorge wird jedoch von den Jugendlichen vermieden.

Für viele Ärztinnen und Ärzte stellt sich das Problem als mangelnde gesundheitliche Aufklärung in der Öffentlichkeit dar. Nach unserer repräsentativen Ärztebefragung sehen 75,6 % der befragten Ärzte einen generellen Mangel an Informationen über das bestehende Angebot an Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten als Erklärung für das Fernbleiben problembelasteter Kinder und Jugendlicher von Hilfeangeboten. Ebenfalls sehr häufig wurde die Unsicherheit über Sinn und Wirkung fachlicher Behandlung (71,0 %) genannt. Gleich nach diesen Informationsdefiziten werden von den Befragten psychische Barrieren genannt: Scham vor Bekanntwerden des Problems (70,2 %) sowie mangelndes Problembewußtsein und mangelnder Leidensdruck bei betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Eltern (70,0 %; Settertobulte & Hurrelmann, 1993).

Angesichts der besonderen gesundheitlichen Situation Jugendlicher ergibt sich die Notwendigkeit einer Erweiterung des Konzeptes der Primärversorgung für diese Altersgruppe. Insbesondere in den qualitativ neuen Krankheitsbildern bei den

Jugendlichen, die sich neben den körperlichen Beeinträchtigungen häufig in psychischen und lebensweltlichen Problemstellungen äußern, ist für den Bereich der Primärversorgung dieser Altersgruppe ein neuartiger dringender Handlungsbedarf zu sehen. Es stellt sich geradezu als unabdingbar dar, daß neben einer rein kurativen Tätigkeit, eine Intensivierung der Prävention oder Gesundheitsvorsorge sowie eine eingehende, altersspezifische Gesundheitsberatung stattfindet. Diese muß insbesondere auch den lebensweltlichen Bereich der Jugendlichen miteinbeziehen (Palentien & Hurrelmann, 1993).

Ein Ansatzpunkt zur Verbesserung des beklagten Informationsdefizits sowie ein erster Schritt zur Überwindung des beschriebenen Zugangsproblems könnte darin bestehen, daß sich Ärzte und Lehrer kooperativ zusammenschließen, um Gesundheitserziehung im Unterricht anzubieten sowie eine Gesundheitsberatung in der Schule zu etablieren. Auf diese Weise könnte im Rahmen der Schule den Jugendlichen das Angebot an Hilfen vermittelt werden. Letztlich erscheint in diesem Sinne ein verstärktes Zugehen auf das jugendliche Klientel notwendig und möglich.

7.1 Reformmodelle für primäre Versorgungsstrukturen

In verschiedenen Ländern werden Überlegungen und Versuche angestellt, den besonderen Gesundheitsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen dadurch gerecht zu werden, daß Schulen ärztliche Beratungsstellen angegliedert werden. In diesen Einrichtungen soll sich Fachpersonal mit den Krankheitsbildern und Gesundheitsbeeinträchtigungen befassen, die charakteristischerweise in den Lebensabschnitten Kindheit und Jugend auftreten. Durch die Nähe zu Erziehungs- und Bildungseinrichtungen soll vor allem das Zugangsproblem vermindert werden, indem die sozialen, psychischen und auch räumlichen Barrieren überwunden werden, die heute bei Kindern und vor allem Jugendlichen gegenüber helfenden Institutionen zu beobachten sind.

In den Vereinigten Staaten existieren seit 1970 „Gesundheitszentren“ an Schulen, oft in Zusammenarbeit mit medizinischen oder psychologischen Fachbereichen der örtlichen Universität, Krankenhäusern und Arzteorganisationen. In vielen Fällen war der Auslöser zur Gründung solcher Gesundheitszentren die hohe Schwangerschaftsquote bei weiblichen Jugendlichen in der Altersgruppe von 13 bis 17 Jahren. Inzwischen sind weitere Arbeitsschwerpunkte hinzugekommen, die den Bereich von sexuell übertragenen Krankheiten, Immunschwächekrankheiten, Suchtproblemen, Krebskrankheiten und anderen Symptomatiken umfassen. 1988 gab es in den Vereinigten Staaten schon über 125 Gesundheitszentren an Schulen (Millstein, 1988).

Die Zentren konzentrieren sich vorwiegend auf präventive Gesundheitsförderung und -beratung sowie auf Krisenhilfe bei akuten Krankheiten und Problemen. Die Erfahrung zeigt, daß vor allem die 14- bis 18-Jährigen die Dienste der Gesundheitszentren in Anspruch nehmen. Mädchen besuchen die Einrichtungen häufiger

als Jungen. Als besonders wichtig hat sich eine Verbindung der Aktivitäten des Gesundheitszentrums mit der schulischen Gesundheitserziehung erwiesen. Der Anteil der Schüler, der die Dienste eines Gesundheitszentrums in Anspruch nimmt, schwankt zwischen 5 und 30 %. Hauptanlaß hierfür sind akute Krankheiten und Unfälle, erst dann folgen die komplexeren Probleme im Bereich von sozial und sexuell gesundheitsriskantem Verhalten (Millstein, 1988).

Ohne diese Konzeption genau übernehmen zu können - dazu ist die institutionelle Verfassung des Schulwesens im Vergleich zu den USA zu unterschiedlich - liegen in diesen Modellversuchen interessante Anregungen auch für die bundesdeutsche Situation. Ambulante Versorgungseinrichtungen der dargestellten Art können in vielen Bereichen flexibler und informeller auf Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen eingehen als das heutige System.

Die Einrichtungen sollten allgemein als „Beratungsstellen“ charakterisiert sein und für alle relevanten Fragen aus den Bereichen Familie, Freundeskontakte, Sexualität, Schule, Arbeit und Gesundheit Anlaufstationen bilden. Wichtig ist eine flexible Öffnungszeiten und ein absolutes Minimum an administrativen Formalitäten. Die Beratungsstellen sollten sowohl bei sozialen als auch bei psychischen und gesundheitlichen Problemen zuständig sein. Wichtig ist, daß Jugendliche schnell und ohne komplizierte Überweisungssysteme in einen Beratungsprozeß einbezogen werden und nicht in einen bürokratischen Erfassungs- und Überweisungsprozeß hineingeraten.

Neben den psychosozialen Beratungsstellen sollte dem öffentlichen schul- und jugendärztlichen Dienst und dem Früherkennungsprogramm der niedergelassenen Kinderärzte und Kliniken eine wichtige Rolle zukommen. Es sind dringend Erkenntnisse darüber nötig, wie die wichtigsten Aufgaben des jugendärztlichen Dienstes (ärztliche Hilfe, Impfungen, sozialpädiatrische und sozialpsychiatrische Betreuungsangebote, ärztliche Einflußnahme auf schulische Maßnahmen, Gesundheitserziehung usw.) zum einen den tatsächlichen Beratungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht werden und zum zweiten auf die institutionellen Voraussetzungen und Bedingungen der Schule abgestellt werden können. Insbesondere muß geklärt werden, welche Rolle der jugendärztliche Dienst im Bereich der Gesundheitserziehung spielen kann und ob er möglicherweise die oben angesprochenen systemspezifischen Grenzen der schulischen Gesundheitserziehung durch Lehrerinnen und Lehrer überwinden kann. Über die Wirksamkeit der Früherkennungsprogramme sind ebenfalls dringend evaluative Studien nötig.

Besonders wichtig sind die Einwirkungen solcher Dienste auf informelle Systeme der sozialen Unterstützung. Die in der alltäglichen Lebenswelt angesiedelten Ressourcen dürfen nicht durch unangemessene Interventionen geschwächt werden. Das Selbsthilfepotential von Familien, Verwandtschaft, Nachbarschaft und Freundeskreis muß konsequent in die Analyse von Ausgangsbedingungen und Verläufen von Gesundheits- und Krankheitsentwicklungen einbezogen werden. Wegen der sich dramatisch veränderten Familienstruktur (hohe Trennungs- und Scheidungsquote der Eltern, hoher Anteil von Alleinerziehenden, hoher Anteil von Berufstätigkeit beider Elternteile) kommt der flexiblen Angebotsstruktur der

informellen Unterstützungssysteme im psychosozialen und medizinischen Versorgungssystem in Zukunft eine wachsende Rolle zu. Versorgungsstrukturen müssen möglichst gemeindenah organisiert sein und dürfen neben der medizinischen, psychiatrischen und psychologischen Kompetenz auch die sozialpädagogische und Sozialarbeiterische Kompetenz nicht ausblenden.

7.2 Die Notwendigkeit interdisziplinärer Kooperation

In den nächsten Jahren stellt sich als zentrale Forschungsaufgabe im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit. Eine Ausweitung der Gesundheitsforschung über den bereits gut etablierten biomedizinischen Bereich hinaus ist dringend notwendig, um allen Determinanten der Gesundheitsbeeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter gerecht zu werden. Zur Berücksichtigung der individuellen Determinanten für den Gesundheits- und Krankheitsstatus kommen den psychologischen und die verhaltenswissenschaftlichen und zur Beachtung der ökologischen Determinanten den umweltwissenschaftlichen und systembezogenen Ansätze eine große Bedeutung zu.

Für eine effektive Forschungsstruktur fehlt noch eine gleichberechtigte Kooperation zwischen Medizin, Biologie, Psychologie, Soziologie, Ökonomie, Ökologie und möglicherweise weiteren Grundlagenwissenschaften. Um ein neues Gebiet im Wissenschaftsbereich zu konstituieren, bedürfte es eines für alle beteiligten Disziplinen geeigneten und akzeptablen grundlagentheoretischen Orientierungspunktes. Als solcher zeichnet sich ein „bio-öko-psycho-soziales Modell“ der Gesundheits- und Krankheitsentwicklung ab, das biomedizinische, ökologische, sozial-strukturelle und psychosoziale Komponenten als gleichberechtigte, konstitutive Elemente enthält.

Dieses neue Wissenschaftsgebiet wird im angelsächsischen Bereich als „Public-Health“ bezeichnet und könnte im Deutschen „Gesundheitswissenschaften“ benannt werden. Zentrales Ziel der Gesundheitswissenschaften sollte es sein, in Abgrenzung und als Gegenpol zur biomedizinischen und klinischen Forschung, die sich schwerpunktmäßig auf die Entstehung von Krankheiten und ihre Heilung konzentriert, den Blick auf die somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Bedingungen der Gesunderhaltung und der Vermeidung von Krankheit zu richten. Es besteht dringender Bedarf an einer Entwicklung dieses interdisziplinären Gebiets (Hurrelmann & Laaser, 1992).

Weiterführende Literatur

- Hurrelmann, K. (1988). *Sozialisation und Gesundheit*. Weinheim: Juventa.
Schwarzer, R. (Hrsg.) (1990). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Literatur

- Albee, G. W. (1987). Powerlessness, politics, and prevention. In K. Hurrelmann, F. X. Kaufmann & F. Lösel (Eds.), *Social intervention: Potential and constraints* (37-52). Berlin: Walter de Gruyter.
- Becker, P. (1990). Prävention. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (429-438). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Therefore: L. A. Slack.
- 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, 452-452.
- Bond, L. A. & Compas, B. E. (Eds.) (1989). *Primary prevention of psychopathology*. Volume XII: Primary prevention and Promotion in the schools. Newbury Park: Sage.
- Brandtstädter, J., (1982). Prävention als psychologische Aufgabe. In J. Brandtstädter & A. von Eye (Hrsg.), *Psychologische Prävention: Grundlagen, Programme, Methoden*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry* (16). New York: Behavioral Publications.
- Connell, D. B., Turner, R. K. & Mason, E. F. (1985). Summary of findings of school health education evaluation. *Journal of School Health*, 55, 316-321.
- Cowen, E. L. (1983). Primary prevention in mental health: Past, present, and future. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology. Theory, research and practice* (11-30). New York: Pergamon.
- Daniel, W.A. (1991). Meeting the Health Service Needs of Adolescents. In W. R. Hende, (Ed.), *The Health of Adolescents*. San Francisco, Oxford: Jossey-Bass Publishers.
- Dlugosch, G. & Schmidt, L. (1990). Psychological aspects of health education. In K. Hurrelmann & F. Lösel (Eds.), *Health hazards in adolescence*. Berlin: De Gruyter.
- Durlak, J. A. (1983). Social problem-solving as a primary prevention strategy. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology. Theory, research and practice* (31-49). New York: Pergamon.
- Dusenbury, L. & Botvin, G. (1990). Competence enhancement and the prevention of adolescent problem behavior. In K. Hurrelmann & F. Lösel (Eds.), *Health hazards in adolescence*. (459-478). Berlin: De Gruyter.
- Engel, U. & Hurrelmann, K. (1989). *Psychosoziale Belastung im Jugendalter*. Berlin: De Gruyter.
- Felner, R. D., Jason, L. A., Moritsugu, J. N. & Farber, S. S. (Eds.). (1983). *Preventive psychology: Theory, research and practice*. New York: Pergamon Press.
- Fend, H. (1990). *Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken*. Bern: Huber.
- Franzkowiak, P. (1986). *Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein bei Jugendlichen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gottlieb, B. H. (1981). Preventive interventions involving social networks and social support. In B. H. Gottlieb (Eds.), *Social networks and social support* (201-232). Beverly Hills: Sage.

- Green, L. W. (1984). Health education models. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention* (181-198). New York: Wiley.
- Green, L. W. & Johnson, K. (1983). Health education and health promotion. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health, health care, professions* (744-765). New York.
- Haisch, J. & Zeitler, H.P. (Hrsg.) (1991). *Gesundheitspsychologie: Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung*. Heidelberg: Asanger.
- Holler, B. & Hurrelmann, K. (1990). Gesundheitliche Beschwerden und soziales Netzwerk bei Jugendlichen. In I. Seiffge-Krenke (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen* (59-79). Berlin: Springer.
- Hurrelmann, K., Kaufmann, F. & Lösel, F. (Eds.) (1987). *Social intervention: Potential and constraints*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Hurrelmann, K. (1990). Health Promotion for adolescents: Preventive and corrective strategies against problem behavior. *Journal of Adolescence*, 13, 231-250.
- Hurrelmann, K. & Lösel, F. (Eds.) (1990). *Health hazards in adolescence*. Berlin: De Gruyter.
- Hurrelmann, K. (1988). *Sozialisation und Gesundheit*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. & Laaser, K. (Hrsg.) (1992). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz.
- Kerek-Bodden, H. E. (1989). Ausgewählte Aspekte der Inanspruchnahme und der Versorgung. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.), *Die EVA-S-Studie*. Eine Erhebung über ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (94-110). Köln: KVB.
- Koch, U. & Wittmann, W. W. (Hrsg.) (1990). *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin: Springer.
- Laaser, U., Sassen, G. Murza, G. & Sabo, P. (Eds.) (1987). *Prävention und Gesundheitserziehung*. Berlin: Springer.
- Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg.) (1988). *Sucht und Drogenvorbeugung in der Schule. Materialien und Medien*. Soest: Lehrerfortbildungsinstitut.
- Leppin, A. (1985). *Social support: A literature review and research integration*. In R. Schwarzer (Eds.), *Stress and social support* (83-210). Research Report 4. Department of Psychology. Educational Psychology. Berlin: Freie Universität.
- Millstein, S. G. (1988). *The potential of school-linked centers to promote adolescent health and development*. Washington: Carnegie Council on Adolescent Development.
- Millstein, S. G. & Irwin, C. E. (1987). Concepts of health and illness: Different constructs or variations on a theme? *Health Psychology*, 6, 515-524.
- Nöldner, W. (1990). Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In R. Schwarzer (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie* (475-487). Göttingen: Hogrefe.
- Nordlohne, E., Hurrelmann, K. & Holler, B. (1990). Jugendspezifische Belastungen und die Rolle des Arzneimittelkonsums. In H. C. Steinhausen (Hrsg.). *Das Jugendalter* (87-103). Bern: Huber.
- Palentien, Ch. & Hurrelmann, K., (1993). Gesundheitsprobleme und Strukturen medizinischer und psychosozialer Versorgung im Jugendalter. *Das Gesundheitswesen*, 56, 181-186.
- Perry, C. L. & Jessor, R. (1985). The concept of health Promotion and the prevention of adolescent drug abuse. *Health Education Quarterly*, 12, 169-184.

- Perry, C. L., Klepp, K. I. & Shultz, J. M. (1988). Primary prevention of cardiovascular disease: Communitywide strategies for youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 358-364.
- Petermann, F., Noeker, M. & Bode, U. (1987). *Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*. München: Psychologie Verlags Union.
- Price, R. H., Bader, B. C. & Ketterer, R. F. (1980). Prevention in community mental health: The state of the art. In R. H. Price, R. F. Ketterer, B. C. Bader & J. Monahan (Eds.), *Prevention in mental health: Research, policy, and practice* (9-20). Beverly Hills: Sage.
- Remschmidt, H. (Hrsg.) (1987). *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Röhrle, B. (1989). Soziale Netzwerke: Ansatzpunkte psychiatrischer Hilfen. In M. C. Angermeyer & D. Klusmann (Hrsg.), *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie* (249-270). Berlin: Springer.
- Rundall, T. G. & Bruvold, W. H. (1988). A meta-analysis of school-base smoking and alcohol use prevention programs. *Health Education Quarterly*, 15, 317-334.
- Schneider, B. H. & Byrne, B. M. (1985). Children's social skills training: A meta-analysis. In B. H. Schneider, K. H. Rubin & J. E. Ledingham (Eds.), *Childrens peer relations: Issues in assessment and intervention* (157-192). New York: Springer.
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1990). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Eine Meta-analyse. Göttingen: Hogrefe.
- Settertobulte, W. & Hurrelmann, K. (1994). Sind Jugendliche adäquat medizinisch versorgt? Hemmschwellen Jugendlicher gegenüber ärztlichen Beratungs- und Behandlungsangeboten. *Pädiatrie*, 7, 95-105.
- Shure, M. G. & Spivack, G. (1982). Interpersonal problem-solving in young children: A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community*, 10, 341-356.
- Silbereisen, R. K. (1990). Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (169-184). Göttingen: Hogrefe.
- Sommer, G. & Ernst, H. (Hrsg.) (1977). *Gemeindepsychologie*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Spivack, G. & Shure, M. B. (1989). Interpersonal Cognitive Problem Solving (ICPS): A competencebuilding primary prevention program. *Prevention in Human Services*, 6, 151-178.
- Tones, K., Tilford, S. & Robinson, Y. K. (1990). *Health education: Effectiveness and efficiency*. London: Chapman & Hall.