

Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Schule

Matthias Jerusalem

Die epidemiologische und ätiologische Gesundheitsforschung der letzten Jahrzehnte hat deutlich gemacht, daß für die Entstehung der sogenannten Zivilisationskrankheiten mit den höchsten Morbiditäts- und Mortalitätsraten im westlichen Kulturkreis (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Krebs) habituelle Risikoverhaltensweisen des einzelnen von großer Bedeutung sind. Dazu zählen unter anderem Rauchen, Alkoholkonsum, mangelnde Bewegung und Fehlernährung. Für entsprechende primär-präventive Magnahmen ist die Schule aus mehreren Gründen ein geeigneter Ort. So werden gerade bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter Verhaltensgewohnheiten erlernt und stabilisiert sowie komplexe Lebensstile geprägt (Lohaus, 1993). Die schulische Sozialisation nimmt auf diese Entwicklungsprozesse einen wesentlichen Einfluß (Pekrun & Fend, 1991). Für präventive Magnahmen eröffnet die Schule zudem den Zugang zu repräsentativen Altersstichproben oder sogar zu nahezu vollständigen Alterskohorten einer Region. Schließlich erleichtert der organisatorische Rahmen den Zuschnitt und Einsatz von gruppenbezogenen Magnahmen sowie die Planung und Umsetzung anspruchsvoller Evaluationsdesigns. Die Schule als Institution macht es manchmal auch möglich, über die individuumbezogene Gesundheitserziehung hinaus auch schulstrukturelle Überlegungen im Rahmen einer eher übergreifenden Gesundheitsförderung einzubeziehen.

In welchen Formen und wie erfolgreich schulische Gesundheitsprävention betrieben worden ist, wo sie heute steht und wie sie sich weiterentwickelt, davon soll in diesem Beitrag die Rede sein. Zunächst werden traditionelle Programme erläutert, die Relevanz von psychosozialen Faktoren dargelegt und die Bedeutung der Persönlichkeit für die Gesundheit diskutiert. Anschließend wird eingehender auf neuere Programme und ihre Effizienz eingegangen, gefolgt von der Erläuterung jüngster forschungs- und praxisbezogener Aktivitäten zur Ermittlung von spezifischen Wirkfaktoren einerseits und zu einem übergreifenden Gesundheitsförderungsansatz andererseits.

Traditionelle Programme: Aufklärung und Abschreckung

Mit dem Ziel schulischer Gesundheitserziehung hat es seit den 50er Jahren eine Vielzahl von Versuchen gegeben, bei Kindern und Jugendlichen gesundheitsförderliche Verhaltensgewohnheiten herauszubilden in der Hoffnung, auf diese Weise eine frühzeitige Prävention chronisch-degenerativer Erkrankungen im späteren Alter zu

erreichen. Theoretisch geleitet wurden diese Maßnahmen anfänglich vor allem durch das „Health Belief Modell“ (Becker, 1974) sowie später auch durch die „Theory of Reasoned Action“ (Ajzen & Fishbein, 1980). Das Health Belief Modell sieht in dem rationalen Abwägen von gesundheitlichen Gefahren, deren Bedrohlichkeit und möglichen Gegenmaßnahmen wesentliche Auslöser gesundheitsprotektiven Verhaltens. Die Theory of Reasoned Action macht persönliche und normative Überzeugungen für die Bildung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensintentionen verantwortlich (vgl. auch Schwarzer, 1996). Angelehnt an diese theoretischen Vorstellungen wurden insbesondere zwei Wege beschritten. Im Mittelpunkt einer primär kognitiv orientierten Gesundheitserziehung stand die Wissensvermittlung im Unterricht. Durch rationale Information und Aufklärung über die Zusammenhänge von Verhalten, Gesundheit und Krankheit sollten positive Einstellungen, Normen und Intentionen bezüglich der Bedeutsamkeit protektiven Gesundheitsverhaltens erzeugt werden in der Hoffnung, daß dadurch die gewünschten Verhaltensweisen ausgelöst würden (*kognitiver Weg*). Oft wurden Wissensvermittlung und Aufklärung auch mit massiven Angstappellen gekoppelt. Durch Bilder und Filme oder in vivo wurden abstoßende Bilder von Patienten mit offenem Kehlkopfkrebs, Raucherbeinen, Lungenkarzinomen, Herzattacken und ähnlichem mehr dargeboten und als Folgeerscheinungen gesundheitlichen Fehlverhaltens gebrandmarkt, um damit Ängste beim Betrachter zu schüren und eine abschreckende Wirkung zu entfalten (*emotionaler Weg*). Sowohl der kognitive, aufklarende als auch der emotionale, abschreckende Weg haben über viele Untersuchungen hinweg nur enttäuschende Ergebnisse gezeitigt. Insgesamt waren die Effekte verschwindend gering oder nur sehr kurzfristig, und sie bezogen sich in erster Linie auf gesundheitsbezogenes Wissen, das sich aber leider kaum im Verhalten niederschlug (Bangert-Drowns, 1988; Bruvold, 1993; Bruvold & Rundall, 1988; Fuchs & Schwarzer, 1994; Jerusalem & Mittag, 1994). Häufig wurden sogar entgegen der Programmintention Zunahmen im Risikoverhalten beobachtet. Die durch die Informationen erst erweckte Neugier, der besondere Reiz des Verbotenen oder Reaktanztendenzen können mögliche Gründe für solche Bumerang-Wirkungen bzw. Konsumsteigerungen sein (DeHaes, 1987; Meyenberg, 1988). Trotz der erwiesenen Ineffizienz dieser Maßnahmen stellen kognitiv-rationale Strategien heute immer noch die am häufigsten eingesetzten Methoden schulischer Gesundheitsprävention dar. Im deutschen Schulsystem gilt dies beispielsweise für die im Lehrplan seit 1981 als „Querschnittsfach“ integrierte Gesundheitserziehung, die in allen Unterrichtsfächern mit berücksichtigt werden soll, ebenso wie für die hierzu bereitgestellten Unterrichtsmaterialien der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hesse & Hurrelmann, 1991; Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny, 1993).

Psychosoziale Faktoren und Persönlichkeitsentwicklung

Aus heutiger Sicht läßt sich eine Vielzahl von Gründen für die mangelnde Wirksamkeit von Angstappellen und Wissensvermittlung aufzählen. Hierfür sind vor allem *alters- und entwicklungsspezifische Besonderheiten* verantwortlich (Jerusalem & Mittag, 1994; Lohaus, 1993). Für Kinder und Jugendliche ist die eigene Gesundheit

zwar wichtig, aber ein selbstverständlicher Zustand. In einer Entwicklungsphase geistigen und körperlichen Wachstums erscheinen die persönlichen Ressourcen unerschöpflich, und bezüglich der eigenen Gesundheit findet sich ein noch ausgeprägter unrealistischer Optimismus als bei Erwachsenen (Weinstein, 1982). Die subjektive Unverwundbarkeit hat zur Folge, daß keine persönliche Bedrohung erlebt wird. Überdies treten eventuelle gesundheitliche Konsequenzen des eigenen Verhaltens stark verzögert bzw. so spät ein, daß die Kontingenz zwischen Verhalten und Gesundheit oder Krankheit sehr schwer nachvollziehbar ist und als persönlich nicht relevant erscheint. Folglich fehlen jeglicher Selbstbezug und die Motivation zu gesundheitsförderlichem Handeln. Individuelle Gesundheitsvorsorge erscheint überflüssig und wird mit einem asketischen und langweiligen Lebensstil assoziiert, der die eigenen Entfaltungsmöglichkeiten einschränkt und belastet (Franzkowiak, 1985; Schneider, 1993). Kinder und Jugendliche sind zudem stark gegenwartsorientiert. Aktuelle Bedürfnisbefriedigung und Erlebensqualitäten sind wichtiger als irgendwelche Ereignisse in der fernen Zukunft. Das Verhalten wird kaum durch gesundheitsbezogene Kognitionen gesteuert, sondern vielmehr durch seine *psychosoziale Funktionalität* für die alltägliche Lebensbewältigung. Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum können effektive Versuche sein, soziale Anerkennung im Freundeskreis zu gewinnen, den eigenen Erfahrungshorizont zu erweitern, Selbstwertdefizite zu kompensieren, mit alltäglichen Belastungen fertig zu werden, gegen gesellschaftliche Normen zu protestieren oder angenehme Gefühlszustände herbeizuführen. Viele empirische Untersuchungen haben deutlich gemacht, daß jugendliches Risikoverhalten weniger als Gesundheits- denn als Sozialverhalten mit hoher persönlicher Relevanz für die konkrete Alltagsbewältigung zu verstehen ist (Franzkowiak, 1985; Jessor, Donovan & Costa, 1990; Semmer et al., 1990; Silbereisen & Noack, 1990).

Welche Verhaltensweisen mit welchen Zielen ausgeführt werden, hängt ganz wesentlich davon ab, in welcher sozialen Umwelt Kinder und Jugendliche aufwachsen und wie gut es ihnen gelingt, bei ihrer Suche nach Identität, Lebenssinn, sozialer Anerkennung, Selbstakzeptanz und der Befriedigung persönlicher Bedürfnisse mit den alltäglichen Anforderungen zurechtzukommen. In diesem Sinne ist Gesundheitsförderung auch ein Bestandteil der Persönlichkeitsförderung in kognitiver, sozialer und emotionaler Hinsicht. Für *die Persönlichkeitsentwicklung* von Jugendlichen kommt der schulischen Sozialisation eine ganz wesentliche Rolle zu, so daß aus dieser übergreifenden Perspektive die Schule als ein besonders geeigneter Ort für Gesundheitserziehung anzusehen ist.

Eine Reihe von Längsschnittstudien hat deutlich gemacht, daß Leistungen, Schülerpersönlichkeit, soziale Integration und gesundheitliche Risikoverhaltensweisen in einem komplexen Beziehungsgefüge zueinander stehen (Pekrun & Fend, 1991). Besondere Risiken für die Entwicklung eines gesundheitsabträglichen Lebensstils entstehen beispielsweise, wenn schlechte Leistungen, Selbstwertdefizite und soziale Zurückweisung zusammenfallen, während Schulerfolg, soziale Einbettung und Selbstvertrauen eine protektive Wirkung entfalten. Kinder mit den größten Risikoverhaltensweisen zeigen überdies oft die größte Distanz zur Schule. Schule wird als negativ beurteilt und abgelehnt, wodurch diese Zielgruppe für alle erzieherischen Maßnahmen, auch für solche mit gesundheitslichem Inhalt, schwer erreichbar ist. Wie sich solche

unterschiedlichen individuellen Konstellationen entwickeln, hängt nicht zuletzt von der Qualität der schulischen Lernumwelt ab. Gerade in dieser entscheidenden Phase der Persönlichkeitsentwicklung hat die Entwicklungsumwelt Schule vielfältige Einflußmöglichkeiten auf die individuelle Gestaltung der funktionalen Lebensbewältigung von Schülern (vgl. Silbereisen, in diesem Band).

Unter Berücksichtigung solcher Erkenntnisse sind neuere schulische Präventionsprogramme überwiegend generalpräventiv ausgerichtet, indem sie die Persönlichkeitsstärkung anzielen und versuchen, den sozialen Lebenskontext einzubeziehen und der psychosozialen Funktionalität jugendlichen Verhaltens Rechnung zu tragen. In dieser Hinsicht gibt es einige wichtige Marksteine auf dem langen Weg der Programmentwicklungen. Hierzu zählen beispielsweise Maßnahmen zur affektiven Persönlichkeitsstärkung oder Angebote von Alternativaktivitäten als „funktionale Äquivalente“ für drogenspezifische Gefühlszustände. Der soziale Lebenskontext und die psychosoziale Funktionalität des Verhaltens werden insbesondere durch zwei neuere Ansätze berücksichtigt. Zum einen sind dies Initiativen zur allgemeinen Kompetenzförderung, zum anderen handelt es sich um einen substanzspezifischen Ansatz, der Wege zum Widerstand gegenüber sozialem Druck aufzeigt.

Neuere Programme schulischer Gesundheitserziehung

Affektive Gesundheitserziehung und alternative Erlebensformen

Affektive Maßnahmen gehen auf die Selbstwerttheorie von Rosenberg (1979) zurück und sind im Zusammenhang mit der Prävention von Drogengebrauch entwickelt worden. Ausgehend von der Annahme, daß Drogengebrauch durch geringes Selbstwertgefühl, unklare Wertvorstellungen oder mangelnde Entscheidungsfähigkeit mitbedingt ist, wird versucht, an diesen Schwachpunkten der Persönlichkeit anzusetzen. Die Selbstwertstärkung, der adäquate Umgang mit eigenen Gefühlen und mit Streß, die Bewußtmachung persönlicher Werte sowie die Fähigkeit, Entscheidungen zu fällen, persönliche Ziele aufzustellen und zu realisieren, sind Inhalte affektiver Erziehungsprogramme mit dem Ziel der Stabilisierung allgemeiner Fertigkeiten zur Lebensbewältigung (Rokeach, 1983; Schinke, Botvin & Orlandi, 1991). Ein solches Programm ist beispielsweise das amerikanische Schulcurriculum HLAYT („Here’s Looking At You, Two“). Für dieses Curriculum liegen Evaluationsstudien vor, deren Befunde Green und Kelley (1989) meta-analytisch ausgewertet haben. Es ergaben sich Wissenszuwächse für alle Altersgruppen, aber weder Veränderungen in den Zielvariablen noch irgendwelche Verbesserungen hinsichtlich des Drogengebrauchs. Über dieses spezifische Curriculum hinaus wird die Wirkungslosigkeit der affektiven Interventionen im Verhaltensbereich durch eine Meta-Analyse von Tobler (1986) ebenfalls unterstrichen. Teilweise traten sogar Bumerang-Effekte auf, d. h. in den Interventionsgruppen resultierte ein höherer Drogenkonsum als in den Kontrollgruppen. Insgesamt muß man sagen, daß trotz des Persönlichkeitsansatzes diese Versuche sehr enttäuschend verlaufen sind. Möglicherweise führt eine Stärkung von

Selbstwert und Selbständigkeit auch zu einer größeren Bereitschaft, vermehrt zu experimentieren, Risiken einzugehen und den persönlichen Erfahrungshorizont zu erweitern.

Alternative Programme basieren auf Überlegungen und Studien zum jugendlichen Problemverhalten (Jessor & Jessor, 1977). Den Jugendlichen werden Aktivitäten angeboten, die Alternativen zum Drogenkonsum eröffnen, da sie eine vergleichbare psychosoziale Attraktivität besitzen und damit ähnliche Empfindungen vermitteln sollen wie Drogen (Dohner, 1972). Aktivitäten, die in diesem Sinne „funktional äquivalent“ sind, können beispielsweise künstlerisch-kreative Tätigkeiten, Abenteuerreisen, politisches Engagement, eigeninitiierte Aktivitäten, sexuelle und emotionale Erfahrungen oder berufliche und intellektuelle Leistungen sein. Alternativprogramme werden insbesondere in der Arbeit mit Jugendgruppen in verschiedensten Settings benutzt, während sie als spezifische Programme für den schulischen Bereich eher eine untergeordnete Rolle spielen. Den Ergebnissen einer Meta-Analyse von Tobler (1986) zufolge, der mehr als 100 Alternativprogramme für Jugendliche gesichtet hat, scheinen positive Wirkungen lediglich dann einzutreten, wenn spezielle Risikogruppen wie etwa Jugendliche mit hohem Alkoholkonsum besonders intensiv behandelt werden (vgl. auch Silbereisen & Kastner, 1985). Diese Maßnahme ist offensichtlich weniger geeignet zur Prophylaxe des Erstgebrauchs als vielmehr als sekundär-präventive Alternative für solche Jugendlichen sinnvoll, die extremen Drogenkonsum in Verbindung mit anderen Problemverhaltensweisen aufweisen (Silbereisen, 1995).

Psychosoziale Ansätze

Affektive und alternative Erziehung zielen zwar im weitesten Sinne auf die Förderung der Persönlichkeit, berücksichtigen aber nicht oder nur sehr bedingt den sozialen Lebenskontext und das Problem der psychosozialen Funktionalität des Verhaltens. In dieser Hinsicht finden sich eigentlich nur zwei Interventionsschwerpunkte, die auf den komplexen Zusammenhang von Persönlichkeitsentwicklung, Lebensbewältigung und gesundheitlichen Risikoverhaltensmustern näher eingehen. Diese beiden psychosozialen Ansätze greifen auf Überlegungen zum sozialen Einfluß sowie auf die Bedeutsamkeit allgemeiner Bewältigungskompetenzen zurück.

Der Ansatz zum sozialen Einfluß

Der Interventionsschwerpunkt zum *sozialen Einfluß* bezieht sich insbesondere auf die theoretischen und empirischen Arbeiten von Bandura (1986) zum sozialen Lernen und zu Selbstwirksamkeitserwartungen und ist im Zusammenhang mit der Prävention des Rauchens entwickelt worden. Die Programmaßnahmen basieren zudem auf empirischen Befunden, die zeigen, daß der Beginn des Rauchens im wesentlichen durch die Beeinflussung und die Verhaltensnormen der Gleichaltrigengruppe bestimmt wird (vgl. Fuchs & Schwarzer, in diesem Band). Evans und seine Mitarbeiter (Evans, 1988; Evans et al., 1978) haben Interventionsbausteine entwickelt, die an dem

zentralen Einfluß der gleichaltrigen Bezugsgruppe für das eigene Verhalten ansetzen. Zur „*sozialen Immunisierung*“ werden spezifische soziale Fertigkeiten eingeübt und konkrete Handlungsempfehlungen vermittelt, mit denen man dem Druck seitens der Peers begegnen kann. Zusätzlich werden die oft unrealistisch hohen Einschätzungen über die Verbreitung des Substanzgebrauchs unter Gleichaltrigen sowie Vorstellungen zu den normativen Erwartungen diskutiert und korrigiert. Bei der „*Verhaltensimpfung*“ werden zunächst gezielt Gegenargumente generiert, mit denen man schwachen Beeinflussungsversuchen widerstehen kann. Dadurch sollen gleichsam „Antikörper“ gebildet werden, die die Widerstandsfähigkeit erhöhen, so daß es dem Schüler auch in schwierigen Alltagssituationen gelingt, Gegenargumente angesichts der Konsumangebote von Peers, Erwachsenen, Medien und Werbung zu finden und gezielt einzusetzen. Die Schüler werden aktiv in die Aufbereitung solcher Elemente einbezogen, und die vorauslaufende Wissensvermittlung ist entwicklungsgemäß und interessant gestaltet. Die Gegenwartsorientierung der Jugendlichen wird unter anderem dadurch berücksichtigt, daß vor allem unmittelbare negative Konsequenzen betont werden, beim Rauchen z. B. der entstehende Mundgeruch, die schlechte körperliche Fitneß oder die finanzielle Belastung. Gleichzeitig wird versucht, ein positives Image des Nichtraucherers als selbstbewußte, eigenverantwortliche Persönlichkeit aufzubauen. Die Bezugsgruppe wird in die Programme mit einbezogen, indem etwa bei Rollenspielen oder in Filmen Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus die Rolle des überzeugenden Nichtrauchers einnehmen. Als Verhaltensmodelle, die erfolgreich mit Versuchungssituationen umgehen, vermitteln sie gesundheitsrelevante Normen, konkrete Erwartungen, Einstellungen und Verhaltensweisen, die im Sinne sozialen Lernens durch Imitation das Erleben und Verhalten der Schüler beeinflussen sollen. Durch nachfolgende Diskussionen und individuelle Absichtserklärungen, Nichtraucher sein zu wollen, soll dieser Lernprozeß zusätzlich stabilisiert werden.

Der Ansatz zum sozialen Einfluß ist in den 80er Jahren von vielen Forschern aufgegriffen worden und als ein Schwerpunkt in eine Vielzahl schulischer Interventionsprogramme eingeflossen. Mets-analytische Befunde und Langzeitstudien weisen darauf hin, daß solche Programme die Raucherquoten reduzieren können, und zwar über einen Zeitraum von maximal ca. vier bis fünf Jahren nach der Intervention (Flay, 1985; Hansen, 1992; Murray, Pirie, Luepker & Pallonen, 1989; Teich, Miller, Killen & Cooke, 1990). Allerdings ist diese Wirkung im wesentlichen auf zu Beginn des Programms nicht oder noch nicht gewohnheitsmäßig rauchende Jugendliche beschränkt. Das Verhalten von jugendlichen Gewohnheitsrauchern erwies sich hingegen als resistent. Erreichbar scheint also ein mehrjähriger Aufschub des Konsums bei noch nicht regulär rauchenden Schülern, was auf die Bedeutung möglichst frühzeitiger Primärprävention hinweist (Kelder, Perry, Klepp & Lyle, 1994; Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny, 1993). Nicht erreicht worden ist aber offensichtlich eine Veränderung des Lebensstils mit entsprechend stabiler Langzeitprophylaxe. Inwieweit die Effekte allerdings auf die in den Programmen enthaltenen Komponenten zum Umgang mit sozialem Einfluß allein zurückgehen, ist schwer zu beurteilen, da viele Programme zusätzlich eine Reihe unterschiedlichster Maßnahmen sozusagen flankierend in die Intervention mit einbezogen haben, wodurch die Vergleichbarkeit der Studien erschwert wird.

Der Ansatz zur Förderung allgemeiner Kompetenzen

Während sich die Kompetenzvermittlung beim Ansatz zum sozialen Einfluß auf gesundheitsspezifische Verhaltensweisen bezieht, ist der Ansatz zur ***Entwicklung allgemeiner Bewältigungskompetenzen*** Substanz- und gesundheitsunspezifisch, da er auf die Entwicklung von Fertigkeiten zielt, die über den Gesundheitsbereich hinaus von Bedeutung sind. Insbesondere Botvin und seine Mitarbeiter (Botvin & Tortu, 1988; Dusenbury & Botvin, 1990) haben im Rahmen ihres „Life-Skills-Ansatzes“ solche breiter angelegten Interventionen entwickelt. Auf dem Hintergrund von Überlegungen zum Problemverhalten Jugendlicher (Jessor & Jessor, 1977) sowie der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1986) wird versucht, eine erfolgreiche Prävention gesundheitlichen Risikoverhaltens über die Förderung allgemeiner personaler und sozialer Kompetenzen zur Alltagsbewältigung zu erreichen. Gesundheitliches Risikoverhalten wie Alkohol-, Tabak- oder Drogenkonsum wird als entwicklungsbedingtes Problemverhalten verstanden, das zeigt, daß keine optimalen Bewältigungsstrategien verfügbar sind, mit denen der Jugendliche seine Probleme in der turbulenten Entwicklungsphase der Adoleszenz lösen kann (Silbereisen, 1995). Der Interventionsansatz ist sehr pragmatisch und stark verhaltensorientiert. In Gruppendiskussionen und Rollenspielen werden schwierige Probleme analysiert, konstruktive Bewältigungsstrategien herausgearbeitet, eingeübt und unterstützt. Im Rahmen einer allgemeinen Persönlichkeitsförderung sind spezifische Ziele die Vermittlung von Kompetenzen im Hinblick auf Streßbewältigung, Kommunikation, Konfliktregelung, Treffen eigener Entscheidungen, Übernahme von Verantwortung, Widerstand gegenüber Gruppendruck und die Entwicklung eines starken Selbstkonzepts und positiven Selbstwertgefühls. Die Unterlassung gesundheitlicher Risikoverhaltensweisen wird als erwünschte Nebenwirkung einer gelungenen Persönlichkeitsförderung angesehen. Beurteilt man die bisher vorliegenden Interventions- und Evaluationsstudien mit diesem Programmansatz insgesamt, so läßt sich sagen, daß die Wirkungen ähnlich gut ausfallen wie bei den Studien zum sozialen Einfluß, d. h. erzielt wird auch hier eine zeitliche Verzögerung des Rauchbeginns (Botvin et al., 1992; Flay, 1985). Die Bedeutung allgemeiner und sozialer Kompetenzen für das Gesundheitsverhalten liegt zusätzlich darin, daß sie auch die Entwicklung gesundheitsspezifischer Selbstwirksamkeitserwartungen fördern, die angesichts des Wissens um mögliche gesundheitliche Risiken Gegenmaßnahmen aktivieren können (Rippetoe & Rogers, 1987; Self & Rogers, 1990).

Bewertung und weitere Entwicklungen

Beide psychosoziale Ansätze sind mittlerweile als Breitbandmethoden erprobt, vor allem im Hinblick auf die sogenannten Einstiegsdrogen („gateway drugs“) Alkohol, Tabak und Marihuana. Aufgrund von Meta-Analysen und neueren Studien ergibt sich heute folgendes Gesamtbild. Zunächst wird besonders deutlich, daß ***psychosoziale Programme*** im Vergleich zu reiner Wissensvermittlung oder affektiver Erziehung durchgängig bessere Einstellungs- und Verhaltensänderungen bewirken. Der alleinige

Einsatz rationaler oder affektiver Methoden ist sinnlos und führt oft sogar zur Erhöhung des Konsums und damit zu Bumerang-Effekten.

Hinsichtlich der Einstellungen finden sich sowohl kurz- als auch langfristig *positive Effekte* psychosozialer Programme für alle Substanzbereiche. Im Hinblick auf das Verhalten sind die Effekte schwächer, wobei kurz- wie langfristig bessere Ergebnisse für das Rauchen als für den Alkoholgebrauch resultieren. Für Marihuana liegen uneinheitliche Befunde vor. Insgesamt wird allerdings der Konsumeinstieg bzw. die Entwicklung zu einem regulären Konsum lediglich verzögert, so daß die Effekte spätestens einige Jahre nach Ende der Intervention wieder verschwinden, selbst bei großangelegten, aufwendigen und mehrjährigen Präventionsmaßnahmen (Bruvold, 1993; Bruvold & Rundall, 1988; Klepp, Kelder & Perry, 1995; Tobler, 1986). Resnicow und Botvin (1993) führen eine ganze Reihe möglicher Gründe für das Verblässen der Effekte an, darunter ungenügende Intensität oder Implementation der Programme, Einschränkungen seitens des Curriculums, Nicht-Berücksichtigung besonders risikobehafteter Schüler wegen Schulabgangs und andere mehr. Sicherlich sind solche Einflüsse bedeutsame Störgrößen, die aber in der Alltagswirklichkeit der Schule schwer oder kaum zu beseitigen sind. Andererseits dürfen die erzielten Wirkungen im schwierigen Umfeld Schule auch nicht unterbewertet werden, da die Programme eindrucksvoll demonstrieren, daß eine *primär-präventive Wirksamkeit* für eine erstaunlich lange Zeit gegeben ist.

Im sekundär-präventiven Bereich bedarf es aber offensichtlich anderer oder komplexerer Interventionen, damit reguläre, gewohnheitsmäßige Konsumenten dazu gebracht werden, ihren Konsum einzustellen und diesen Verzicht auch langfristig aufrechtzuerhalten. In letzter Zeit sind von verschiedenen Autoren *Phasen-Modelle* zur Absetzung des Drogengebrauchs vorgeschlagen worden (Prochaska & DiClemente, 1983; Weinstein & Sandman, 1992; Werch & DiClemente, 1994). Danach können sich Menschen in ganz unterschiedlichen Phasen eines Entwöhnungsprozesses befinden. Sie haben vielleicht noch nie an die Möglichkeit des Abbaus ihres Risikoverhaltens gedacht, oder sie haben den Entzug schon seit einiger Zeit erwogen, oder sie befinden sich gerade in der aktuellen Vorbereitungs- oder Durchführungsphase einer Entwöhnung. Je nach Stadium werden unterschiedliche Interventionsmaßnahmen für sinnvoll gehalten. Während in frühen Phasen insbesondere motivationale Stützmaßnahmen erforderlich sind, kommt in späteren Phasen persönlichen Kontrollmöglichkeiten zur Aufrechterhaltung und Stabilisierung gesundheitsprotektiven Verhaltens eine größere Bedeutung zu (vgl. Schwarzer, 1994, 1996).

Die Ideen und Arbeiten der Forschergruppen um Evans und Botvin waren sehr einflußreich und haben die Gestaltung vieler schulischer Präventionsprogramme weltweit stark beeinflußt. Dabei haben sich oft *Mischprogramme* herauskristallisiert, in denen Bausteine zu personalen und sozialen Kompetenzen mit solchen zum sozialen Einfluß kombiniert wurden. In den letzten Jahren gibt es zudem immer mehr schulische Programme, die zur Prävention von riskantem Sexualverhalten und AIDS ebenfalls auf diese Methoden zurückgreifen (Schaalma, Kok & Peters, 1993; Schönbach, 1995; Weeks et al., 1995).

Im *deutschsprachigen Raum* werden psychosoziale Programme noch lediglich spärlich eingesetzt und nur in wenigen Fällen auch sorgfältig evaluiert. Ein Überblick

über einige der wichtigsten Programme findet sich bei Hesse (1993) sowie Hesse und Hurrelmann (1991). Allerdings sind dies nur erste Entwicklungen, und es liegen lediglich vereinzelte Befunde vor, so daß wir noch weit entfernt sind von verlässlichen Daten für die Bewertung der verhaltensbezogenen Wirksamkeit psychosozialer Gesundheitserziehung in deutschen Schulen. Hinsichtlich des systematischen Einsatzes breiter Programmaßnahmen und insbesondere deren wissenschaftlich gründlicher Evaluation ist uns die angloamerikanische Forschung weit voraus. Obwohl dort eine Fülle interessanter Hinweise zu finden ist, kann auf eine systematische und evaluationsgeleitete Forschung zur Gesundheitserziehung im deutschen Schulsystem nicht verzichtet werden, da wegen kultureller und vor allem Unterschieden im Schulsystem die anglo-amerikanischen Befunde nicht einfach auf die deutsche Schule übertragen werden können.

Betrachtet man das Feld der national und international aktuellen Aktivitäten zur schulischen Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung der 90er Jahre, so scheinen sich zwei verschiedene Entwicklungsrichtungen herauszukristallisieren. Aus theoretischer und forschungsbezogener Perspektive wird insbesondere nach spezifischen Wirkkomponenten gesucht, die für die Effekte psychosozialer Programme verantwortlich sind. Aus pädagogisch-anwendungsbezogener Perspektive zielt der Trend verstärkt hin zu einer umfassenderen Gesundheitsförderung („comprehensive programs“), d. h. psychosoziale Programme werden mit strukturellen Maßnahmen verzahnt, indem Schule, Familie und Gemeinwesen in ein übergreifendes Interventionssystem integriert werden. Im folgenden werden diese beiden Arbeitsschwerpunkte etwas näher erläutert.

Spezifische Wirkfaktoren schulischer Gesundheitserziehung

Die Vielzahl und der Aufwand von Maßnahmen im Rahmen psychosozialer Programme zur Gesundheitserziehung sind bezüglich des Wunsches nach gezielten, ökonomischen Interventionen unbefriedigend. Aufbauend auf den ermutigenden Resultaten der Breitbandprogramme wird heute differenziert nach *spezifischen Wirkfaktoren* bzw. danach gefragt, welche Bausteine unverzichtbar und welche vernachlässigbar sind, und unter welchen Randbedingungen die Wirkungen optimiert werden können (Hirschman & Leventhal, 1989; MacKinnon, Weber & Pentz, 1989). Bruvold (1993) hat beispielsweise im Rahmen einer Meta-Analyse komplexe psychosoziale Programme zur Raucherprävention hinsichtlich ihrer Komponenten gewichtet und gezeigt, daß, wenn der Schwerpunkt eindeutig auf Bausteinen zum sozialen Einfluß lag, die Präventionseffekte am deutlichsten ausfielen. Das Erlernen des Umgangs mit sozialem Einfluß scheint demnach eher ein unverzichtbarer Teil von Gesundheitserziehung zu sein.

In der Forschung zu *Mediatoren* bzw. *spezifischen Mechanismen von Programmwirkungen* sind verschiedene Komponenten des sozialen Einflusses experimentell verglichen worden. Besondere Aufmerksamkeit wurde dabei der Bedeutung unter-

schiedlicher **Programmvermittler** gewidmet. Es gibt eine Reihe von Belegen, die zeigen, daß der Erfolg schulischer Gesundheitsprogramme u. a. davon abhängt, ob zur Durchführung der Programmaßnahmen Lehrer, Programmmitarbeiter, Eltern oder Gleichaltrige eingesetzt wurden. In amerikanischen Schulen wurden beispielsweise im sogenannten DARE-Projekt (Drug Abuse Resistance Education) aufgrund ihrer vermuteten Glaubwürdigkeit erfahrene Polizisten als Programmvermittler eingesetzt mit dem Ergebnis von positiven Wissenswirkungen und schwachen Einstellungsänderungen, allerdings ohne Erfolg im Hinblick auf das Konsumverhalten (Ennett, Tobler, Ringwalt & Flewelling, 1994). Aufgrund der aktuellen Forschungslage erscheint der Einsatz von Gleichaltrigen oder etwas älteren Kindern und Jugendlichen als Programmvermittler oder Multiplikatoren (Peer-, Peer Leader-, Opinion Leader-Konzept) besonders erfolgversprechend (Botvin, Baker, Filazzola & Botvin, 1990; Klepp, Halper & Perry, 1986; Sloane & Zimmer, 1993). In der Studie von Botvin et al. (1990) etwa wurde das Programm in der siebten Klasse und zusätzliche Sitzungen (*booster sessions*) in der achten Klasse entweder durch ältere Peers oder Lehrer durchgeführt. Dabei zeigten sich die deutlichsten Effekte im Hinblick auf den (reduzierten) Konsum von Tabak, Alkohol und Marihuana, wenn die Maßnahmen und die „booster sessions“ von den etwas älteren Peers durchgeführt wurden, während sich insgesamt bei den Lehrern keine oder sogar negative Verhaltenseffekte ergaben. Genauere Analysen machten jedoch deutlich, daß manche Lehrer ebenfalls positive Effekte erzielten, nämlich dann, wenn sie die Maßnahmen im Hinblick auf die Programmvorgaben und intendierten Programmziele gut umgesetzt und durchgeführt hatten. Daran wird deutlich, wie wichtig sorgfältige Evaluationsstrategien sind, um zu einer validen Beurteilung von Programmaßnahmen zu gelangen (vgl. hierzu Mittag & Jerusalem, in diesem Band).

Die Ergebnisse der Studie von Botvin et al. (1990) machen schließlich noch auf zwei weitere Faktoren aufmerksam, die für die zu erwartenden Wirkungen schulischer Gesundheitsprogramme von weitreichender Bedeutung sind. Dies betrifft zum einen **die Dauer der Programmausführung** und zum anderen **die Wirkung von „booster sessions“** (vgl. auch Ellickson, Bell & McGuigan, 1993; Murray, Pirie, Luepker & Pallonen, 1989). So zeigen die Ergebnisse von Botvin et al. (1990) recht eindringlich, wie wichtig zusätzliche Unterrichtseinheiten (booster sessions) zur „Auffrischung“ der Kenntnisse und Einstellungen in der Folgezeit nach Abschluß der eigentlichen Interventionsphase sind. Bedeutsame Verhaltensänderungen konnten in dieser Studie nur dann beobachtet werden, wenn zusätzliche „booster sessions“ von älteren Peers durchgeführt wurden. Aus der Perspektive volitionstheoretischer Überlegungen (Schwarzer, 1996) durften zusätzliche Unterrichtseinheiten besonders wichtig für die Umsetzung von zuvor gebildeten Verhaltensintentionen in tatsächliches Verhalten und dessen Aufrechterhaltung während der Volitionsphase sein. Inwieweit bei einer längeren Ausdehnung der Programmaßnahmen im Rahmen der eigentlichen Interventionsphase ähnliche Effekte zu erwarten sind, läßt sich aufgrund der aktuellen Forschungslage nicht eindeutig beantworten (Connell, Turner & Mason, 1985). Zudem ist bei einer langfristigen und allzu massiven Interventionsphase nicht auszuschließen, daß Sättigungs- und Reaktanzeffekte auftreten, die den eigentlichen Programmzielen entgegenwirken könnten.

Der Ansatz zum sozialen Einfluß ist in letzter Zeit aus mehreren Gründen in die Kritik geraten. Zum einen ergaben sich natürlich auch inkonsistente Resultate (Botvin, Renick & Baker, 1983; Ellickson & Bell, 1990), die aber angesichts der durch Meta-Analysen belegten durchgängigen Wirksamkeit des Peer-Ansatzes nicht so ins Gewicht fallen (Hansen, 1992; Lipsey & Wilson, 1993). Zum anderen scheint es **unterschiedlich kritische Komponenten des sozialen Einflusses** zu geben. Einige Studien weisen darauf hin, daß möglicherweise der Erfolg von Programmen zum sozialen Einfluß nicht so sehr auf den aktiven Widerstand gegen Gruppendruck bzw. gegen Konsumaufforderungen etwa durch Gegenargumente zurückzuführen ist. Vielmehr scheinen eher passive Widerstandselemente entscheidend zu sein, wie beispielsweise die größere Fähigkeit zur kritischen Hinterfragung sozialer Verhaltensmodelle oder die korrektere Einschätzung der Verbreitung des Konsums in der Altersgruppe (Donaldson, Graham & Hansen, 1994; MacKinnon et al., 1991). Möglicherweise fördert die Impfung mit Gegenargumenten eine Überschätzung des altersüblichen Gebrauchs, oder anders herum, bei realistischer Einschätzung könnte sich das Training von Gegenargumenten erübrigen, weil ein normativer Druck zum Substanzgebrauch als einem wesentlichen Bestandteil jugendlichen Lebensstils nicht erlebt wird (Donaldson, Graham, Piccinin & Hansen, 1995). Wenn solche Überlegungen zutreffen, könnte man sich auf die wirklich wirksamen Elemente des sozialen Einflusses konzentrieren und die Programme zugleich kürzer und effizienter machen. Schließlich wird von einigen Autoren vorgebracht, die Macht des sozialen Einflusses werde überschätzt, da Konsum keine Konsequenz des Gruppendrucks sondern der selektiven Suche nach konsumorientierten Freundschaften sei, was eine ganz andere Intervention erfordere (Baumann & Ennett, 1994; Donaldson, 1995; Michell & West, 1996).

Neben einzelnen Programmkomponenten können auch **systemische Merkmale als Vermittlungsmechanismen** der Effekte eine Rolle spielen. Möglicherweise verändern effektive schulische Programme zunächst die schulische Umwelt positiv, indem Rollenspiele, öffentliche Absichtserklärungen, die Beschäftigung mit Normen und Konformität, die hohe Dichte der gegen Drogen gerichteten Botschaften sowie die Attraktivität der verwendeten neuen Lernformen und Lerninhalte gemeinsam ein schulisches Klima mit wenig Toleranz für Drogengebrauch schaffen. Überdies könnte der interaktive Charakter der Programme auch das sozio-emotionale Klassenklima günstig beeinflussen, was wiederum für die Durchführbarkeit und den Erfolg der Maßnahmen förderlich wäre (Leppin, Hurrelmann & Freitag, 1994). Effektiv wäre schulische Gesundheitsprävention dann, wenn sie die Änderung sozialer Normen und des sozio-emotionalen Klimas auf der Schulsystemebene mit der Stärkung personaler und sozialer Kompetenzen auf der Individualebene verbindet. Vor dem Hintergrund solcher Überlegungen macht es dann Sinn, mit dem Ziel einer effektiveren Prävention neben individuumzentrierten Erziehungsmaßnahmen vermehrt auch strukturorientierte Gesundheitsförderung zu betreiben. Solche systembezogene Gesundheitsförderung kann über die Schulebene hinaus auch soziale Einheiten wie die Familie oder eine Gemeinderegion einbeziehen.

Systemische Gesundheitsförderungsansätze

Initiativen zu einer Gesundheitsprävention auf der *Schulsystemebene* im deutschsprachigen Raum sind beispielsweise schulische Programme und Aktivitäten des *Landesinstituts für Schule und Weiterbildung* in Nordrhein-Westfalen oder der Modellversuch der Bund-Länder-Kommission „*Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen*“ (Goepel, 1993; Priebe, Israel & Hurrelmann, 1993). Das Ziel dieser und vergleichbarer Maßnahmen ist in erster Linie, gesundheitsförderliche schulische Lern- und Lebensbedingungen zu schaffen. Im Modellversuch „Gesundheitsfördernde Schulen“, der in ein europäisches Netzwerk daran mitwirkender Schulen integriert ist, haben sich die beteiligten Schulen der Gesundheitsförderung als einer wichtigen schulinternen Aufgabe verschrieben. Die Schulen entscheiden weitestgehend selbst, welche Maßnahmen sie zur Gestaltung gesundheitszuträglicher Bedingungen innerhalb ihrer Schule aufgreifen und durchführen möchten. Oft ergeben sich dann unterrichtliche und außerunterrichtliche Aktivitäten, die auf die Veränderungen sozialer und ökologischer Lebensbedingungen in der Schule zielen. Die durch Forscher und Praktiker unterstützten Initiativen des Landesinstituts für Schule und Weiterbildung haben im wesentlichen zwei Schwerpunkte. Einer zielt auf die personale, soziale, ökologische und curriculare Förderung der Schulentwicklung, der andere befaßt sich mit der schulinternen Lehrerfortbildung. Im Rahmen von *Schulentwicklung* ist in personaler und sozialer Hinsicht die Verbesserung der subjektiven Lernumwelt (z. B. Klassenklima, soziale Beziehungsqualitäten, individuelle Lernförderung) die Zielgröße, aus ökologischer Sicht die objektive Lernumwelt (z. B. räumliche Bedingungen, Architektur, Luftqualität) und aus curriculärer Sicht die Anpassung des allgemeinen und des gesundheitsbezogenen Unterrichts an die kognitiven Voraussetzungen und die sozialen Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen in der betreffenden Schule. Schulinterne *Lehrerfortbildung* wird insbesondere für Aufgaben der Gesundheitserziehung als unumgänglich betrachtet. Zum einen schätzen Lehrer ihre Kompetenzen für Gesundheitserziehung gering ein und klagen über mangelhafte Ausbildung (Schneider, 1993). Zum anderen ist für die optimale Durchführung und den Erfolg schulischer Gesundheitserziehung besonders wichtig, daß die Lehrer das Unterrichtskonzept verstehen, davon überzeugt sind, motiviert zur Umsetzung beitragen und die notwendigen Kompetenzen beherrschen. Insbesondere das Training spezieller Fertigkeiten zur Durchführung von Programmelementen wie Modellernen, Entspannungsübungen oder Rollenspielen ist unverzichtbar, da sich die Lehrer ansonsten leicht überfordert fühlen, unsicher sind und das Programm unzureichend ausführen oder abbrechen (Botvin et al., 1990; Gingiss, Gottlieb & Brink, 1994).

Ein weiteres Beispiel für einen systemischen Ansatz schulischer Gesundheitsförderung sind die Arbeiten der „*Social Development Research Group (SDRG)*“ an der University of Washington. Die Forschergruppe um Hawkins und Catalano hat eine Theorie und ein Forschungsprogramm zur Prävention von Risikoverhaltensweisen entwickelt, die sich auf die Schule, die Familie und die Gemeinde beziehen (Catalano & Hawkins, 1995). Die Autoren gehen davon aus, daß soziale Eingebundenheit ein wesentlicher protektiver Faktor gegenüber Risikoverhalten ist. Soziale Eingebun-

denheit wird auf verschiedene Weise gefördert. Den Schülern werden Gelegenheiten für ihre aktive Teilnahme am sozialen Leben in der Familie und in der Schule aufgezeigt. Für das soziale Zusammenleben bedeutsame Fähigkeiten und ihre Anwendungen werden gefördert und innerhalb der Settings Schule und Familie verstärkt. Die Festigung sozialer Eingebundenheit soll sich äußern in einer prinzipiell positiven Zuneigung zu anderen Menschen, dem Gefühl sozialer Verantwortlichkeit und der Übernahme der Werte und Überzeugungen der Gemeinschaft. Gelingt dies, werden Risikoverhaltensweisen als sehr unwahrscheinlich eingeschätzt. Neben der konkreten Arbeit mit Schülern gibt es auch Programme für Lehrer und Eltern. Im Lehrerbereich werden insbesondere motivationale Unterrichtsstrategien (z. B. proaktiver Unterricht, kooperatives Lernen) vermittelt, und für Eltern gibt es Erziehungskurse zur Verhaltenssteuerung, zur Förderung schulischer Leistungen und zur Unterstützung von mit Drogengebrauch inkompatiblen und sozialen Fähigkeiten. Im Großen und Ganzen handelt es sich dabei um psychosoziale Programmelemente zur Gesundheitserziehung, wobei der Schwerpunkt auf der Förderung sozialer Beziehungen liegt und Eltern wie Lehrer gezielt trainiert werden, durch Unterricht und Erziehung zur Drogenprävention beizutragen. Der Ansatz ist überdies nicht nur generalpräventiv in bezug auf gesundheitliche Risikoverhaltensweisen, sondern er beansprucht auch Gültigkeit für die Prävention von Delinquenz und aggressiven Verhaltenstendenzen.

In den USA hat sich in den letzten Jahren ein Trend zu sogenannten „*Comprehensive School Health Education Programs*“ verstärkt (Jackson, 1994; Landis & Janes, 1995). Dabei wird neben den auf der Schulsystemebene betroffenen Schülern, Lehrern und Eltern eine Reihe weiterer Institutionen in die Gesundheitsförderung einbezogen. Dies können in der Jugendarbeit tätige Mitarbeiter der Gemeinde, Entscheidungsträger für gesundheits- und schulpolitische Fragen, Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung wie Arztpraxen, Kliniken oder Beratungsstellen, die verschiedenen Medien oder Sportvereine sein. Theoretisch sind der Anzahl der Beteiligten keine Grenzen gesetzt. Wichtig ist, daß ein gemeinsames Ziel zur Gesundheitsförderung und die Koordinierung von entsprechenden präventiven Maßnahmen vorhanden sind. Den größtmöglichen Effekt erhofft man sich von einer gelungenen Mischung individuumbezogener Gesundheitserziehung und strukturellen, insbesondere sozial-technologischen Interventionen der Gesundheitsförderung.

Angesichts der großen Bandbreite dieser und anderer übergreifender Ansätze zur Gesundheitsförderung ist die Evaluation bzw. Bewertung der damit erzielten Effekte besonders schwierig. Es gibt Hinweise darauf, daß die präventive Wirksamkeit psychosozialer Programme möglicherweise noch etwas verbessert werden kann, wenn sie durch einen gemeindeorientierten Ansatz zusätzlich gestützt werden (Hansen, 1992; Klepp et al., 1995). Wodurch jedoch im einzelnen solche Wirkungen hervorgerufen werden, läßt sich aufgrund der zunehmenden Komplexität und Vielfalt der Interventionsmaßnahmen noch weniger feststellen als bei den Programmen zur schulischen Gesundheitserziehung im engeren Sinne. Offen bleibt sicherlich auch die Frage, ob der zusätzliche Aufwand im Hinblick auf die materiellen und personellen Kosten sich angesichts der erzielten Wirkungen überhaupt lohnt, oder ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis so unausgewogen ist, daß er nicht zu rechtfertigen ist. Es ist kaum möglich, solche Fragen zufriedenstellend zu beantworten, da sehr komplexe Maß-

nahmen eine gezielte Evaluation spezifischer Wirkungen erheblich erschweren (siehe Mittag & Jerusalem, in diesem Band).

Zusammenfassung und Ausblick

Traditionelle Programme schulischer Gesundheitserziehung, die lediglich Wissen vermitteln und Gefahren gesundheitsriskanten Verhaltens aufzeigen, haben sich nicht bewahrt. Dies gilt ebenfalls für Programme zur affektiven Persönlichkeitsstärkung. Die Schüler wissen nach solchen Interventionen zwar oft mehr, ihre Einstellungen zum Konsumgebrauch und das tatsächliche Risikoverhalten ändern sich jedoch nicht. Im Gegenteil, in einigen Fällen findet man Zunahmen des Konsums als Bumerang-Effekte der Intervention. Alternative Programme schließlich haben sich lediglich im sekundär-präventiven Bereich für besondere Risikogruppen als wirksam erwiesen.

Aus der Perspektive einer Primärprävention des Nikotin-, Alkohol- und Drogengebrauchs sind neuere psychosoziale Ansätze erheblich effektiver. Sowohl die Förderung sozialer und personaler Kompetenzen als auch Trainings zum Umgang mit sozialem Einfluß führen zumindest zu einer bis zu mehreren Jahren anhaltenden Verzögerung des Einstiegs in den Konsum. Besonders bedeutsame Bestandteile solcher Programme sind die Anpassung der Bausteine an die Bedürfnisse und das Lebensumfeld der Jugendlichen (z.B. Funktionalität des Verhaltens, unmittelbare Konsequenzen, soziale Integration) und konkrete Verhaltensübungen, die Modelllernen und eigene Erfahrungen ermöglichen. Die Tatsache, daß die Effekte nach einiger Zeit verblassen, deutet darauf hin, daß es notwendig ist, die vermittelten Kompetenzen durch regelmäßige Unterrichtseinheiten zur Auffrischung während der gesamten Schulzeit zu stärken.

Auf dem Weg zu einer regulären schulischen Gesundheitserziehung, die dem psychosozialen Ansatz folgt und Auffrischungssitzungen ermöglicht, gilt es allerdings, einige Hindernisse zu beseitigen. So sind die psychosozialen Ansätze noch viel zu breit angelegt, als daß sie problemlos in den alltäglichen schulischen Zeitplan integriert werden könnten. Es bedarf der Suche nach spezifischen Wirkfaktoren und der Entwicklung entsprechend ökonomischer Unterrichtseinheiten, die sich nach neueren Erkenntnissen vielleicht mit nur einigen Aspekten des sozialen Einflusses beschäftigen müssen. Hierbei ist die gesundheitspsychologische Forschung vor allem bei der theoretischen Planung und empirischen Durchführung von entsprechenden Interventionsstudien und deren Evaluation gefordert. Wenn sich sparsame und gleichzeitig wirksame Bausteine finden lassen, dürften sowohl das Training von Lehrern oder älteren Schülern als Programmvermittler und damit die Implementation des Programms als auch die regelmäßige Durchführung von Auffrischungssitzungen einfacher zu bewerkstelligen sein.

Schulübergreifende Gesundheitsförderung ist vermutlich für die Entwicklung ökonomischer Programme wenig geeignet, sie ist aber sinnvoll für die Aufweicheung struktureller Hindernisse, indem sie ein breites Bewußtsein für die Notwendigkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen schafft, die Motivation zur aktiven Mitarbeit

erhöht sowie mehrere gesellschaftliche Gruppen einbezieht, so daß sich Kräfte bündeln lassen, die Einfluß auf die Strukturen nehmen können. Im Hinblick auf psychologische Gesundheitserziehung hat Gesundheitsförderung zudem heuristischen Wert, da solche breiten Maßnahmen auch Informationen zu den Einstellungen von Eltern und Lehrern, zu schulstrukturellen Barrieren bei der Programmimplementation oder zu möglichen Risikogruppen liefern.

Abschließen mochte ich mit einem Gedanken, der eng mit der Konzeption von Gesundheitserziehung und der zeitlich begrenzten Wirksamkeit der Programme zusammenhängt. Das Ziel vieler, insbesondere der amerikanischen Programme, ist ein Konsumverzicht. Man kann darüber streiten, ob dies angesichts der gesellschaftlichen Realität im Hinblick auf die Verbreitung des Konsums, die Funktionalität von gesundheitsriskanten Genußmitteln oder die entwicklungspezifischen Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters realistisch ist. Möglicherweise erreicht man mit den heutigen Programmen nur diejenigen Schülerinnen und Schüler, die längerfristig ohnehin nicht zu Zigaretten oder Alkohol gegriffen hätten. Andere werden vielleicht eine Zeitlang von Konsumversuchen abgehalten, um dann später dennoch damit zu beginnen. Ein ertragreicheres Ziel von Gesundheitserziehung könnte sein, zusätzlich auch einen gemäßigten bzw. verantwortungsvollen Umgang mit gesellschaftlich tolerierten Genußmitteln zu unterstützen. Weniger wichtig wäre, ob man trinkt oder raucht, sondern vielmehr, unter welchen Bedingungen, zu welchen Zeiten, wie oft und in welchem Ausmaß man dies tut. Im Umfeld der Prävention sexueller Risikoverhaltensweisen wird schließlich auch nicht Askese, sondern ein sicherheitsbetonter, verantwortungsvoller Verhaltensstil in der sexuellen Interaktion propagiert. Aus meiner Sicht ist dies eine realistische Perspektive, die auch bei der Gesundheitserziehung im Hinblick auf andere Risikoverhaltensweisen starker zum Tragen kommen könnte.

Literatur

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bangert-Drowns, R. L. (1988). The effects of school-based substance abuse education - A meta-analysis. *Journal of Drug Education, 18, 243-265*.
- Baumann, K. E., & Ennett, S. T. (1994). Peer influence on adolescent drug use. *American Psychologist, 49, 820-822*.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs, 2, 409-419*.
- Botvin, G. J., Baker, E., Filazzola, A. D., & Botvin, E. M. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: One-year follow-up. *Addictive Behaviors, 15, 47-63*.
- Botvin, G. J., Dusenbury, L., Baker, E., James-Ortiz, S., Botvin, E. M., & Kerner, J. (1992). Smoking prevention among urban minority youth: Assessing effects on outcome and mediating variables. *Health Psychology, 11, 290-299*.

- Botvin, G. J., Renick, N. L., & Baker, E. (1983). The effects of scheduling format and booster sessions on a broad-spectrum psychosocial approach to smoking prevention. *Journal of Behavioral Medicine, 6*, 359-319.
- 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. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention* (pp. 98-110). Washington, DC: Hemisphere.
- Bruvold, W. H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health, 83*, 872-880.
- Bruvold, W. H., & Rundall, T. G. (1988). A meta-analysis and theoretical review of school based tobacco and alcohol intervention programs. *Psychology and Health, 2*, 53-78.
- Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (1995). The social development model: A theory of antisocial behavior. In J. D. Hawkins (Eds.), *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 212-237). New York: Cambridge University Press.
- Connell, D. B., Turner, R. R., & Mason, E. F. (1985). Summary of findings of the school health education evaluation: Health Promotion effectiveness, implementation, and costs. *Journal of School Health, 55*, 316-321.
- DeHaes, W. (1987). Looking for effective drug education programmes: Fifteen years exploration of the effects of different education programmes. *Health Education Research, 2*, 433-438.
- Dohner, A. (1972). Alternatives to drugs - A new approach to drug education. *Journal of Drug Education, 2*, 3-22.
- Donaldson, S. I. (1995). Peer influence on adolescent drug use: A perspective from the trenches of experimental evaluation research. *American Psychologist, 50*, 801-802.
- Donaldson, S. I., Graham, J. W., & Hansen, W. B. (1994). Testing the generalizability of intervening mechanism theories: Understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine, 17*, 195-216.
- Donaldson, S. I., Graham, J. W., Piccinin, A. M., & Hansen, W. B. (1995). Resistance-skills training and onset of alcohol use: Evidence for beneficial and potentially harmful effects in public schools and in private Catholic schools. *Health Psychology, 14*, 291-300.
- Dusenbury, L., & Botvin, G. J. (1990). Competence enhancement and the prevention of adolescent problem behavior. In K. Hurrelmann & F. Lösel (Eds.), *Health hazards in adolescence* (pp. 459-478). Berlin: De Gruyter.
- Ellickson, P. L., & Bell, R. M. (1990). *Prospects for preventing drug use among young adolescents*. Santa Monica, CA: RAND.
- Ellickson, P. L., Bell, R. M., & McGuigan, K. (1993). Preventing adolescent drug use: Long-term results of a junior high program. *American Journal of Public Health, 83*, 856-861.
- Ennett, S. T., Tobler, N. S., Ringwalt, C. L., & Flewelling, R. L. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health, 84*, 1394-1401.
- Evans, R. I. (1988). Prevention of smoking in adolescence: Conceptualization and intervention strategies of a prototypical research program. In S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares, & I. G. Sarason (Eds.), *Topics in health psychology* (pp. 107-125). Chichester: Wiley.
- Evans, R. I., Rozelle, R. M., Mittelmark, M. B., Hansen, W. B., Bane, A. L., & Havis, A. L. (1978). Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate physiological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parent modeling. *Journal of Applied Social Psychology, 8*, 126-135.
- Flay, B. R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology, 4*, 449-488.

- Franzkowiak, P. (1985). Risikoverhalten als jugendliches Alltagshandeln. In Institut für Dokumentation und Information über Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (Hg.), **Gesundheitsriskantes Verhalten bei Jugendlichen** (S. 27-42). Bielefeld: idis.
- Fuchs, R., & Schwarzer, R. (1994). Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In K. Schneewind (Hg.), **Psychologie der Erziehung und Sozialisation** (S. 403-432). Göttingen: Hogrefe.
- Gingiss, P. L., Gottlieb, N. H., & Brink, S. G. (1994). Increasing teacher receptivity toward use of tobacco prevention education programs. **Journal of Drug Education**, *24*, 163-176.
- Goepel, E. (1993). Entwicklung von Qualitätsmerkmalen für gesundheitsfördernde Schulen. **Prävention**, *16*, 109-112.
- Green, J. J., & Kelley, J. M. (1989). Evaluating the effectiveness of a school drug and alcohol prevention curriculum: A new look at „here's looking at **you, two**“. **Journal of Drug Education**, *19*, 117-132.
- Hansen, W. B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. **Health Education Research**, *7*, 403-430.
- Hesse, S. (1993). **Suchtprävention in der Schule**. Opladen: Leske & Budrich.
- Hesse, S., & Hurrelmann, K. (1991). Gesundheitserziehung in der Schule. **Prävention**, *14*, 50-57.
- Hirschman, R. S., & Leventhal, H. (1989). Preventing smoking behavior in school children: An initial test of a cognitive-developmental program. **Journal of Applied Social Psychology**, *19*, 559-583.
- Jackson, S. A. (1994). Comprehensive school health education programs: Innovative practices and issues in standard setting. **Journal of School Health**, *64*, 177-179.
- Jerusalem, M., & Mittag, W. (1994). Gesundheitserziehung in Schule und Unterricht. **Zeitschrift für Pädagogik**, *40*, 851-869.
- Jessor, R., Donovan, J. E., & Costa, F. (1990). Personality, perceived life chances, and adolescent health behavior. In K. Hurrelmann & F. Lösel (Eds.), **Health hazards in adolescence** (pp. 25-42). Berlin: De Gruyter.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). **Problem behavior and psychosocial development**. New York: Academic Press.
- Kelder, S. H., Perry, C. L., Klepp, K.-I., & Lyle, L. L. (1994). Longitudinal tracking of adolescent Smoking, physical activity, and food choice behavior. **American Journal of Public Health**, *84*, 1121-1126.
- Klepp, K., Halper, A., & Perry, C. L. (1986). The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. **Journal of School Health**, *56*, 407-411.
- Klepp, K., Kelder, S. H., & Perry, C. L. (1995). Alcohol and Marijuana use among adolescents: Long-term outcomes of the class of 1989 study. **Annals of Behavioral Medicine**, *17*, 19-24.
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G., & Janik-Konecny, T. (1993). **Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs**. Baden-Baden: Nomos.
- Landis, E. L., & Janes, C. L. (1995). The Claxton Elementary School Health Program: Merging perceptions and behaviors to identify problems. **Journal of School Health**, *65*, 250-254.
- Leppin, A., Hurrelmann, K., & Freitag, M. (1994). Schulische Gesundheitsförderung im Kontext von Klassenklima und sozialem Rückhalt durch die Lehrer. **Zeitschrift für Pädagogik**, *40*, 871-889.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. **American Psychologist**, *48*, 1181-1209.

- Lohaus, A. (1993). **Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter**. Göttingen: Hogrefe.
- MacKinnon, D. P., Johnson, C. A., Pentz, M. A., Dwyer, J. H., Hansen, W. B., Flay, B. R., & Wang, E. Y. (1991). Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: First-year effects of the Midwestern prevention project. *Health Psychology, 10*, 164-172.
- MacKinnon, D. P., Weber, M. D., & Pentz, M. A. (1989). How do school-based drug prevention programs **work** and for whom? *Drugs and Society, 3*, 125-143.
- Meyenberg, R. (1988). Drogen und Schule in den Niederlanden Ein Beitrag zur Suchtprävention im Unterricht der Bundesrepublik Deutschland. *Suchtgefahren, 34*, 285-296.
- Michell, L., & West, P. (1996). Peer pressure to smoke: The meaning depends on the method. *Health Education Research, 11*, 39-49.
- Murray, D. M., Pirie, P. L., Luepker, R. V., & Pallonen, U. (1989). Five- and six-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine, 12*, 207-218.
- Pekrun, R. & Fend, H. (Hg.). (1991). **Schule und Persönlichkeitsentwicklung**. Stuttgart: Enke.
- Priebe, B., Israel, G., & Hurrelmann, K. (Hg.). (1993). **Gesunde Schule**. Weinheim: Beltz.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of Smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Resnicow, K., & Botvin, G. (1993). School-based substance use prevention programs: Why do effects decay? *Preventive Medicine, 22*, 484-490.
- Rippetoe, P. A., & Rogers, R. W. (1987). Effects of components of protection motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 596-604.
- Rokeach, M. (1983). A value approach to the prevention and reduction of drug abuse. In T. J. Glynn, D. S. Leukefeld, & M. S. Ludford (Eds.), **Preventing adolescent drug abuse: Intervention strategies** (pp. 314-336). Rockville: NIDA Research Monograph Series 47.
- Rosenberg, M. (1979). **Conceiving the self**. New York, NY: Basic Books.
- Schaalma, H., Kok, G., & Peters, L. (1993). Determinants of consistent condom use by adolescents: The impact of experience of sexual intercourse. *Health Education Research, 8*, 255-269.
- Schinke, S. P., Botvin, G. J., & Orlandi, M. A. (1991). **Substance abuse in children and adolescents. Evaluation and intervention**. London: Sage.
- Schneider, V. (1993). Entwicklungen, Konzepte und Aufgaben schulischer Gesundheitsförderung - vom Konzept der Risikofaktoren zum Konzept der Förderung von Gesundheitsfaktoren In B. Priebe, G. Israel, & K. Hurrelmann (Hg.), **Gesunde Schule (S. 39-72)**. Weinheim: Beltz.
- Schönbach, K. (1995). **Gesundheitsförderung und peer-involvement bei Jugendlichen**. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit.
- Schwarzer, R. (1994). Volitionstheorie der Gesundheitserziehung. *Zeitschrift für Pädagogik, 40*, 907-922.
- Schwarzer, R. (1996). **Psychologie des Gesundheitsverhaltens**. (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Self, C. A., & Rogers, R. W. (1990). Coping with threats to health: Effects of persuasive appeals on depressed, normal, and antisocial personalities. *Journal of Behavioral Medicine, 13*, 343-357.
- Semmer, N., Lippert, P., Fuchs, R., Feger-Ndakorerwa, G., Dwyer, J. H., & Knoke, E. (1990). **Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter**. Baden-Baden: Nomos.

- Silbereisen, R. K. (1995). Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In R. Oerter & L. Montada (Hg.), *Entwicklungspsychologie* (3. Aufl., S. 1056-1068). Weinheim: Beltz.
- Silbereisen, R. K., & Kastner, P. (1985). Entwicklungstheoretische Perspektiven in der Drogenberatung. In J. Brandstädter, & H. Gräser (Hg.), *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne* (S. 83-102). Göttingen: Hogrefe.
- Silbereisen, R. K., & Noack, P. (1990). On the constructive role of problem behavior in adolescence. In N. Bolger, A. Caspi, G. Downey, & M. Moorehouse (Eds.), *Person in context: Developmental processes* (pp. 152-180). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Sloane, B. C., & Zimmer, C. G. (1993). The power of peer health education. *Journal of American College Health, 41, 241-245.*
- Teich, M. J., Miller, L. M., Killen, J. D., & Cooke, S. (1990). Social influences approach to Smoking prevention: The effects of videotape delivery with and without same-age leader participation. *Addictive Behaviors, 15, 21-28.*
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Qualitative outcome results of program participants compared to control or comparison group. *Journal of Drug Issues, 16, 537-567.*
- Weeks, K., Levy, S. R., Chenggang, Z., Perhats, C., Handler, A., & Play, B. R. (1995). Impact of a school-based AIDS prevention program on young adolescents' self-efficacy skills. *Health Education Research, 10, 329-344.*
- Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine, 5, 441-460.*
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology, 11, 170-180.*
- Werch, C. E., & DiClemente, C. C. (1994). A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages *to youth* stage of use. *Health Education Research, 9, 31-46.*