

5 Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter

von Klaus Hurrelmann und Wolfgang Settertobulte

| Inhaltsübersicht | |
|------------------|---|
| 1 | Einführung 132 |
| 2 | Theoretische und konzeptionelle Einordnung präventiven Handelns 133 |
| 2.1 | Der Begriff Prävention 133 |
| 2.2 | Der Begriff Gesundheitsförderung 133 |
| 2.3 | Interventionsmodelle 133 |
| 2.4 | Ethische Probleme unterschiedlicher Interventionschritte 136 |
| 3 | Ansatzpunkte für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung 137 |
| 3.1 | Personzentrierte Programme 137 |
| 3.2 | Kontextzentrierte Programme 137 |
| 4 | Theoretische Grundlagen für Präventions- und Gesundheitsförderprogramme 138 |
| 4.1 | Verhaltenstheoretische Ansätze 138 |
| 4.2 | Sozialisationstheoretische Ansätze 139 |
| 5 | Ansätze und Beispiele für Präventions- und Gesundheitsförderprogramme im Kindes- und Jugendalter 141 |
| 5.1 | Beispiel 1: Sucht- und Drogenvorbeugung in der Schule 142 |
| 5.2 | Beispiel 2: Kognitiv-behaviorales Anti-Streß-Training (AST) für Kinder 143 |
| 6 | Kriterien für die Planung und Durchführung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung 144 |
| 6.1 | Programmbausteine 144 |
| 6.2 | Merkmale der Zielgruppe 145 |
| 6.3 | Programmentwicklung und Implementation 145 |
| 6.4 | Evaluation 145 |
| | Zusammenfassung 146 |
| | Verständnisfragen 146 |
| | Weiterführende Literatur 147 |
| | Literatur 147 |

1 Einführung

Mit der Prävention verfolgt man das Ziel, das Auftreten spezifischer Gesundheitsstörungen zu verhindern. Gesundheitsförderung dagegen ist ein weniger klar abgegrenztes Handlungsfeld und stellt eher eine Sammelbezeichnung für Eingriffshandlungen zur Sicherung der Gesundheit dar. 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 (Weikunat, Haisch & Kessler, 1997; Faltermaier, 1997).

Präventives Handeln richtet sich nicht ausschließlich auf diagnostizierbare manifeste Erscheinungen, sondern versucht, spezifisch oder unspezifisch das Auftreten von Störungen und Erkrankungen zu verhindern. Es folgt 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 beeinflussbar 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 (Tietze & Bellach, 1997).

Es ist in diesem Zusammenhang viel darüber diskutiert worden, wie gesichert das theoretische und empirische Wissen des präventiv Tätigen über Ursachen und die Entwicklungsverläufe 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 L. Pasteur entwickelten theoretischen Grundlagen der modernen Impftechnologie zu kennen. Dieses und ähnliche Beispiele zeigen, daß effizientes Handeln nicht notwendigerweise eine nach wissenschaftlichen Kriterien angemessene Theorie erfordert.

Dies kann aber nicht bedeuten, daß Prävention letztlich ohne theoretischen Hintergrund auskommen kann. In Anbetracht der Tatsache, daß auch präventive Interven-

tionen zu Eingriffen in familiäre, personale und soziale Strukturen führen, ist ein naives Vorgehen nach dem Prinzip Versuch und Irrtum ethisch nicht vertretbar. Ein möglicher Ausweg aus diesem Dilemma kann eine verantwortungsvolle Evaluation der präventiven Maßnahmen bieten, die eine Erfolgsbewertung der durchgeführten Intervention nach strengen methodischen Regeln ermöglicht (Koch & Wittmann, 1990; Tietze & Bellach, 1997). Diese allgemeinen Überlegungen gelten besonders für die Prävention im 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 (Hurrelmann, 1995).

Die meisten Verhaltensweisen, die im Kindes- und Jugendalter objektiv als gesundheitsgefährdend eingeschätzt werden müssen, lassen ihre schädigende Wirkung erst in erheblich späteren Lebensabschnitten erkennen. Dies gilt besonders für das Sucht-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten, dessen Effekte in Gestalt von Kreislaufkrankheiten, Krebskrankheiten, degenerativen Schädigungen usw. typischerweise erst im mittleren oder späten Erwachsenenalter auftreten, die als Teil mehr oder weniger verfestigten Lebensstils dagegen aber oft schon sehr früh einsetzen. Dasselbe gilt auch auf der kognitiven Ebene für Einstellungen zur eigenen Person, für generalisierte Bewertungsmuster und für den Erwerb von Bewältigungsfähigkeiten für die in späteren Lebensabschnitten auftauchenden Krisen durch Krankheit, Schicksalsschläge oder andere kritische Lebensereignisse (Hanewinkel et al., 1994). 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 (Settertobulte & Palentien, 1996). 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.

2 Theoretische und konzeptionelle Einordnung präventiven Handelns

2.1 Der Begriff Prävention

Eine konzeptionelle Unterscheidung verschiedener Interventionsstrategien 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 (von Troschke, 1995). 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- Rechtschreibschwäche oder aggressives Verhalten. Programme zur primären Prävention sind jedoch in den meisten Fällen unspezifisch auf allgemeine Bedingungen der Entstehung psychischer Störungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen gerichtet.

2.2 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 medizinischem und psychologischem Know-how voraus und verbindet organisatorische, räumliche und inhaltliche Bedingungen in Einrichtungen der Bildungs-, Jugend- und Familienarbeit miteinander. 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 (Frischenschlager, 1996; Hörmann, 1997).

Die WHO betont, daß Gesundheitsförderung eine gesundheitsgerechte Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt erreichen will und zugleich jedem ein-

zelnen Menschen die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln hat, um seine persönliche Gesundheit zu verbessern. Gesundheit wird als eine Voraussetzung 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, den öffentlichen Gesundheitsdienst als auch die Sozialarbeit, die Erwachsenenbildung sowie die schulische und die Kindergartenerziehung einbeziehen. Die Idealvorstellung der Gesundheitsförderung schließt eine gleichberechtigte und konstruktive Arbeitsteilung und Zusammenarbeit ein, auf mehreren Ebenen und über mehrere Berufsgruppen hinweg (Frischenschlager, 1996).

2.3 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 aus zunehmender Verschlimmerung der Leiden und nachfolgender sozialer Isolation 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 Leitbegriff statt Prävention vermehrt auch der Oberbegriff 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 Interventionsschritte:

- 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 beispielsweise 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 beziehungsweise 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 Schäden, die bereits eingetreten sind, und um Hilfen, trotz der Störungen und Beeinträchtigungen noch ein erträgliches Leben führen zu können.

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 der Intervention ausgeht, indem die präventive und die rehabilitative Intervention in jeweils zwei Phasen untergliedert werden. Die Systematik wird dadurch der heute in der Praxis geläufigen Maßnahmen noch mehr gerecht.

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

1. Bei der primordialischen Interventionen handelt es sich um Maßnahmen, die sich unspezifisch 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. Primordiale Intervention ist im eigentlichen Sinne Gesundheitsförderung.

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 Interventionen 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 (vgl. Abb. 1).

Schließlich lassen sich alle Interventionsmaßnahmen, außer nach ihrem Wirkungsverlauf, auch nach ihrer Zielebene, nämlich nach distalen und 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.

Tabelle 1:
Übersicht über Phasen und Schritte möglicher Interventionsansätze.

| 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) fortgeschritten 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 Störungen 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, Gesundheitsförderung | spezifische Prävention | Kuration, Therapie | Kuration, Therapie | Rehabilitation, Kompensation |
| Beispiele für Maßnahmen | Schutzimpfungen, Gesundheitserziehung, Ernährungsberatung, soziales Kompetenztraining, Umweltschutz | Früherkennungstests (Screening), Selbstuntersuchungen, gezielte Kompetenz- und Leistungsförderung bei sozial Benachteiligten | medizinische Behandlung, Psychotherapie, Verhaltenstraining | | Dauermedikation, Kompensation verlorener Funktionen, Verhaltenstraining, soziale Wiedereingliederung |

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.

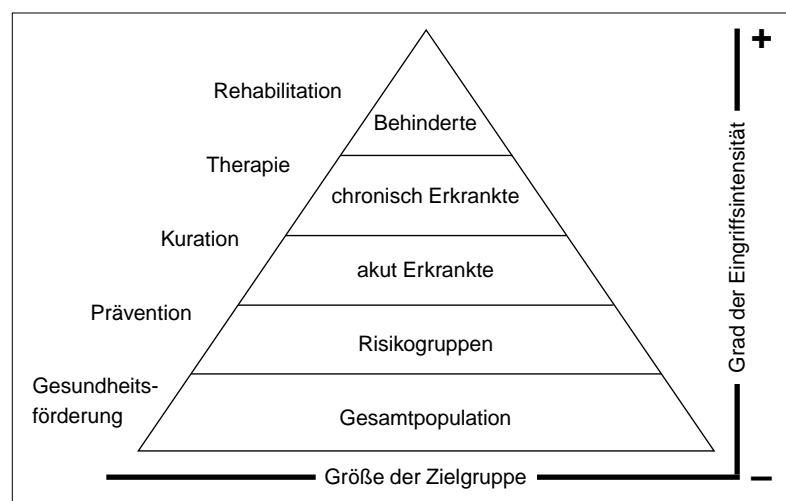


Abbildung 1:
Darstellung der Interventionshandlungen nach Größe der Zielgruppe und Eingriffsintensität.

2.4 Ethische Probleme unterschiedlicher Interventionsschritte

Anhand des Rasters in Tabelle 1 lassen sich unterschiedliche ethische Probleme aufzeigen, die bei der Implementation von präventiven Interventionen zu berücksichtigen sind: Maßnahmen der primordialen und primären Intervention müssen sachlich und ethisch meist intensiver begründet werden als solche der folgenden Phasen, die sich in der Regel 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 Krankheitssymptoms 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 Abwägungsprozeß vorzuschalten, bei dem die Vor- und 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 beziehungsweise kognitive Trainings (Schwarzer, 1996; Röhrle, 1997). Hierzu zählen Maßnahmen der materiellen und sozialen Chancenverbesserung für alle Bevölkerungsgruppen. Problematisch wird es dann, wenn Maßnahmen mit einem Eingriff in das psychische und körperliche 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 Stigmatisierungseffekte 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) sind alle Maßnahmen, die nur auf einer vagen Risikoeinschätzung beruhen, ethisch äußerst problematisch, denn sie können zu Stigmatisierungseffekten bei der entsprechenden Person führen. Auch ist es 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.

3 Ansatzpunkte für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

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 zur Prävention und Gesundheitsförderung haben einen thematischen Schwerpunkt, entscheiden sich also für einen zentralen Bereich der Prävention oder Gesundheitsförderung, wie etwa den Bereich 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. Andere Maßnahmen beziehen sich auf die Rahmenbedingungen für Verhalten oder auf die Exposition gegenüber schädigenden Einflüssen (z. B. Millieu, Organisationsstrukturen, Umwelt, Wohnverhältnisse). Wir können also zwischen Programmen unterscheiden, die sich als person- oder als kontextzentriert begreifen.

3.1 Personzentrierte Programme

Der Begriff „personzentriert“ ist in diesem Zusammenhang nicht mit dem Konzept der klientenzentrierten Psychotherapie verknüpft, sondern soll ausdrücken, daß sich die Interventionen auf das Individuum selbst beziehen. Es handelt sich um Maßnahmen, die Personmerkmale beeinflussen wollen, wie etwa spezifische Verhaltensweisen und individuelle Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen. 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 wurden verschiedene Trainingsverfahren entwickelt. Im Bereich Suchtverhalten/Drogenmißbrauch und Leistungsüberforderung/Streß – um nur zwei Beispiele zu nennen – haben sich diese Ansätze in den letzten Jahren als durchaus effektiv erwiesen. Um das Selbstwertgefühl oder die erfahrene Selbstwirksamkeit zu steigern, hat sich der Einbau von Trainingselementen zur Erweiterung der sozialen Kompetenz bewährt, oft auch in der Form des Gruppentrainings (z. B. Bühringer, 1994; Kröger & Hanewinkel, 1996; Lohaus, Klein-Heßling & Shebar, 1997; Leppin, Pieper, Szirmak, Freitag & Hurrelmann, 1999). Das gilt auch für Programme mit spezifischem Zuschnitt, etwa solchen, die auf die Bewältigung von Scheidungsfolgen abzielen (vgl. Jaede, Wolf & Zeller-König, 1996). 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 (vgl. Hampel & Petermann, 1998a). Die Programme variieren nach Lebensalter und alltäglichen Zusammenhängen. Sie berücksichtigen damit besonders den jeweiligen persönlichen Entwicklungsstand und sind insofern Bestandteil einer Entwicklungsförderung.

3.2 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 oder 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, Selbsthilfe initiieren und wichtige Bezugspersonen (Schlüsselpersonen) im sozialen Umfeld stützen. Durch netzwerkorientierte Verfahren, die sich an das direkte soziale Umfeld der Betroffenen richten, werden soziale Beziehungen stabilisiert und wiederhergestellt. 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 (Barkholz & Homfeld, 1994; Settertobulte, Hoepner-Stamos & Hurrelmann, 1997a;b).

Programme dieser Art erweisen sich dann als besonders wirksam, wenn soziale Benachteiligungen abgebaut werden können und zugleich eine echte Mitgestaltungsmöglichkeit, zum Beispiel von Schülerinnen und Schülern, erreicht wird. 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. In einer Meta-Analyse aus Berichten über die Wirksamkeit primärpräventiver Programme zur Verbesserung der psychischen Gesundheit berichteten Durlak und Wells (1997) von besonders guten Erfolgen bei solchen Programmen, die die Schulumwelt im Sinne einer stärkeren Mitgestaltung und Mitbestimmung veränderten. Sie konnten zeigen, daß diese Maßnahmen die soziale Kompetenz der Kinder deutlich steigerten und dabei ähnlich erfolgreich oder gar besser waren als solche Programme, die im klassischen Sinne Verhaltensprävention betrieben (Durlak & Wells, 1997).

4 Theoretische Grundlagen für Präventions- und Gesundheitsförderprogramme

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 Sozialisations-theorien für kontextzentrierte Ansätze als Hintergrundkonzepte zur Verfügung.

4.1 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 abschreckende 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 (Dlugosch, 1994).

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 reali-

stisch. Aus diesem Grund wurden 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 (1996) berücksichtigt explizit die motivationale Dimension. Die Entscheidung für eine bestimmte Verhaltensweise oder die Korrektur einer bisherigen Verhaltensgewohnheit muß demnach die aktuelle individuelle Motivationslage, das heißt 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, 1996).

Kinder und Jugendliche benötigen in ihrem Lebensalltag vor allem 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 etwa Rauchen oder Drogenkonsum, werden in diesem Zusammenhang nach ihrem sozialen Einfluß als „Mittel zum Zweck“ eingesetzt, um zum Beispiel 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 psychische und soziale Wohlbefinden von den Jugend-

lichen 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 (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, 1996).

Da Jugendliche sehr stark gegenwartsorientiert sind, muß Gesundheitserziehung vor allem auf die körperliche Attraktivität und das aktuelle Wohlbefinden und nicht so sehr auf spätere Lebenserwartung abzielen. 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) 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, 1998).

4.2 Sozialisierungstheoretische Ansätze

Sozialisierungstheoretische Ansätze, die den Hintergrund für die kontextzentrierten Präventionsprogramme anbieten, gehen von der Annahme aus, daß Zusammenhänge zwischen sozialen Lebens- und ökologischen Umweltfaktoren einerseits und körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen der Gesundheit andererseits zu identifizieren sind. Wie anfällig ein junger Mensch für bestimmte Beeinträchtigungen der Gesundheit ist, richtet sich demnach nach dem Verhältnis zwischen den Risiko- und Belastungsfaktoren und den zur Verfügung stehenden sozialen und in-

dividuellen Ressourcen, die den Bewältigungsprozeß tragen und steuern (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999). 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 Belastungsfaktoren 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 (Hurrelmann, 1995).

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, 1995).

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 soziale Beziehungen 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 „gelungenen“ 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:

- Die natürlichen Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in den Industriegesellschaften sind durch die Schadstoffbelastung von Wasser, Boden, Luft, Wohnräumen und Nahrungsmitteln erheblich beeinträchtigt. Hierin werden die Ursachen für viele, mit zunehmenden Häufigkeiten beobachtete gesundheitliche Beeinträchtigungen wie etwa Allergien, Neurodermitis und Asthma bronchiale vermutet (Settertobulte, Hoepner-Stamos & Hurrelmann, 1997a;b; Petermann & Warschburger, 1999).
- 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 (Elmén & Sundh, 1994).
- 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 (Palentien & Hurrelmann, 1995).
- Der Freizeitbereich ist sehr stark kommerzialisiert und zusätzlich durch die schwer vorhersehbare Dynamik der Freundschaftsbeziehungen in der Gleichaltrigengruppe geprägt. Dadurch herrschen in ihm verdeckte Wettbewerbs- und Prestigidynamiken, die Kinder und Jugendliche in für ihre Gesundheitsentwicklung riskante Situationen hinein manövrieren 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 (Palentien & Hurrelmann, 1995).

Präventions- und Gesundheitsförderprogramme müssen diese Ausgangskonstellationen berücksichtigen. Im strukturellen „Makro-Bereich“ gehören insofern allgemeine Verbesserungen der Bildungs- und Entfaltungs-

bedingungen 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 Selbstmanagement 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 (Leppin & Schwarzer, 1997). 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.

5 Ansätze und Beispiele für Präventions- und Gesundheitsförderprogramme im Kindes- und Jugendalter

Aus den vorgegangenen Erörterungen lassen sich vereinfacht die folgenden Kriterien für die Gesundheitsförderung und Prävention 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 (Hurlmann, Leppin & Nordlohne, 1995).
- Die Konzepte der Gesundheitsförderung müssen die vorherrschenden normativen und sozial-strukturellen Rahmenbedingungen berücksichtigen. Es wäre 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, Al-

koholkonsum, 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 Selbstmanagement zu erlangen, kann ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die Gesundheitsförderung sein, der sie für die junge Generation interessant macht. Versteht man Gesundheitsförderung als Hilfe bei der Unterstützung eines individuellen Lebenskonzeptes, das sich von eingefahrenen Pfaden des Erwachsenenlebens unterscheidet, stellt sie für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ein interessantes und attraktives Konzept der Stärkung von Selbstentfaltung und Selbstfindung dar.

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, psychische und soziale Gesundheit, körperliche Gesundheit, ansteckende und nicht-ansteckende Krankheiten, Tabak, Alkohol und illegale Drogen, Arzneimittel und Medikamente, Ernährung, Schwangerschaftsverhütung und sexuell übertragbare Krankheiten, sexueller Mißbrauch, Streß, Psychomotorik, Zahnhygiene, körperliche Fitneß, Verbraucherverhalten und Verbraucherschutz und Unfallverhütung jeweils gut ausgearbeitete Programme, aber ihre Umsetzung und Evaluation ist zum großen Teil noch unzureichend. Im deutschen Sprachraum besteht besonders im Vergleich zu den angelsächsischen Ländern und einigen europäischen Nachbarländern ein erheblicher Nachholbedarf an For-

schung und Praxis. Bisher existieren nur in wenigen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland gut ausgearbeitete Programme, und diese beziehen sich in der Regel nur auf Teilbereiche der Gesundheitsförderung. Es fehlt an wissenschaftlich abgesicherten umfassenden Konzepten und darauf aufbauenden Programmen.

5.1 Beispiel 1: Sucht- und Drogenverbeugung in der Schule

Ein Beispiele für ein umfassendes Konzept zur Drogenprävention ist das nordrhein-westfälische Programm der Suchtprävention, das vom Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (1991) entwickelt wurde (vgl. auch Kersch, Petermann & Fischer, 1998). 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. Alle Maßnahmen setzen entsprechend an den psychosozialen Funktionen an, 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 (Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW, 1991).

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 Suchtvor-

beugung 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 Arbeits- 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.

Dieses Programm wurde unter anderem an Dortmunder Schulen implementiert und evaluiert. Die Evaluation erfolgte in einer Längsschnittstudie über drei Jahre hinweg, die vergleichend solche Schülerinnen und Schüler erfaßte, die an dem Programm teilnahmen und solche, die dies nicht taten. Sowohl die teilnehmenden Jugendlichen, als auch die beteiligten Lehrerinnen und Lehrer berichteten darin von Fortschritten für sich

selbst sowie von Ausstrahlungseffekten auf die gesamte Schule. Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg zeigten sich signifikante Erhöhungen der sozialen Kompetenz der Jugendlichen hinsichtlich der Konzepte „Assertivität“, „prosoziale Fähigkeiten“ und „Kontaktfähigkeit“. Die Stärke dieses Effekts variierte jedoch zwischen den einzelnen Schultypen. Direkte Verhaltenseffekte, wie etwa dem Ausmaß des Alkohol- und Zigarettenkonsums konnten jedoch innerhalb des Meßzeitraums nicht generell festgestellt werden. Lediglich bei den Mädchen zeigten sich Effekte hinsichtlich des Einstiegs in den Alkoholkonsum. Ebenso zeigten sich bei bestimmten Risikogruppen wie etwa den hoch Prüfungsängstlichen (Leppin, Freitag, Pieper, Szirmak & Hurrelmann, 1998) und den Depressiven deutliche Effekte bezüglich des kompensatorischen Gebrauchs von Alkohol. Ebenso wurde eine leichte Verschiebung des Einstiegsalters in den Konsum psychoaktiver Substanzen erreicht (Freitag, Leppin, Pieper, Szirmak & Hurrelmann, 1998).

Diese Hinweise auf eine differentielle Wirksamkeit der Programme werden auch durch erste Befunde zur Durchführbarkeit des neu entwickelten Präventivprogramms „ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten“ gestützt (Kröger, Kutza, Walden & Reese, 1998). Diese Ergebnisse legen nahe, daß differentielle Programme für die unterschiedlichen Schularten konzipiert werden sollten: Es zeigte sich eine hohe Akzeptanz und Umsetzung sowohl an Hauptschulen als auch an Gymnasien, jedoch beurteilten Hauptschüler das ALF-Curriculum insgesamt positiver als die Gymnasiasten. Die Gymnasiasten bewerten dabei das Curriculum im zeitlichen Verlauf zunehmend kritischer.

5.2 Beispiel 2: Kognitiv-behaviorales Anti-Streß-Training (AST) für Kinder

Das kognitiv-behaviorale Anti-Streß-Training für Kinder im Alter von acht bis 13 Jahren (Hampel & Petermann, 1998a) verfolgt das Ziel, Risiko- und Schutzfaktoren gegenüber psychischen Belastungen zu modifizieren. Den Kindern sollen Selbstkontrollfertigkeiten vermittelt werden, um schulbezogene Belastungen kurz- und langfristig besser bewältigen zu können. Dazu gehört ein flexibles Repertoire an effektiven Bewältigungsstrategien in Form von kognitiven und sozialen Kompetenzen.

Ausgangsanahmen für die Gestaltung dieses Programms sind Erkenntnisse über die psychische Belastung im Kindesalter, die sich aktuell in physischen Beanspruchungssymptomen wie etwa Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Kopf- und Bauchschmerzen äußern (Lohaus, Fleer, Freytag & Klein-Heßling, 1996). Als Auslöser der kindlichen Beanspruchung wurden Geschwister- und Eltern-Kind-Konflikte, vor allem

aber die schulische Belastung identifiziert (McManus, 1997; Ziegler, 1996). Es sind dabei meist nicht einzelne kritische Lebensereignisse, sondern die alltägliche Belastung, die die kindliche Entwicklung beeinträchtigen (Boekaerts, 1996; Hampel & Petermann, 1998b; Lepore & Evans, 1996). Kinder weisen zu geringe Kenntnisse über die erfolgreiche Bewältigung von Belastungen besonders im Hinblick auf die Regulierung ihrer Emotionen auf (Forman, 1993; Mellins, Gatz & Baker, 1996). Ein weiteres Problem ist die alterstypische ausschließlich externe Ursachenzuschreibung für den Streß, die erst etwa ab dem zwölften Lebensjahr differenzierter wird (Klein-Heßling & Lohaus, 1998). Vor allem die zyklische Abfolge von Belastung und Erholung hat sich als relevant für die Streßreaktivität erwiesen. In diesem Sinne ist die Fähigkeit zu adäquater Erholung ein bedeutsamer Schutzfaktor (Allmer, 1996). Nicht zuletzt ist auch die soziale Unterstützung durch die Eltern zu nennen, durch die Kinder vor negativen Auswirkungen von Belastungen geschützt werden (Hurrelmann, 1995; Zaragoza, Vaughan & McIntosh, 1991).

Im Gegensatz zu den meisten bisherigen Streßbewältigungsprogrammen mit dem Schwerpunkt auf der Vermittlung von Entspannungsmethoden, verfolgt das AST den Ansatz eines multimodalen Trainings. Dazu gehören Entspannungsverfahren mit dem Ziel der Aufmerksamkeitsschulung, der Aktivitätsminderung und der Förderung der Selbstwirksamkeitserwartungen, die Vermittlung von Wissen über Streßvorgänge, die Schulung der Wahrnehmung, die Vermittlung günstiger Bewältigungsstrategien sowie die Stärkung sozialer Unterstützung durch die Einbeziehung der Eltern.

Die vollständige Version des Trainings besteht aus einem acht Trainingssitzungen umfassenden Programm (AST_8), das sich aus folgenden Elementen zusammensetzt (vgl. Kasten 1):

Kasten 1:

Aufbau der intensiven Programmvarianten des AST nach dem Streßimpfungstraining.

| |
|---|
| <p>1) Informationsphase: Reformulierung des Streßgeschehens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung, • Exploration des erlebten Streßgeschehens • Schulung von Wahrnehmungsprozessen (Körperreaktionen und Gefühle) • Schulung der Diskriminationsleistungen (innere und äußere Anforderungen, günstige und ungünstige Bewältigungsstrategien) |
| <p>2) Lernphase: Aufbau von Bewältigungsmaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erlernen eines Entspannungsverfahrens (Progressive Muskelrelaxation) |

- Einüben kognitiver Strategien (Problemlöse- und Selbstinstruktionstechniken)

3) Anwendungsphase: Transfer in den Alltag

- Ermittlung und Erproben individueller Erholungsaktivitäten;
- Modellernen
- Rollenspiele sowie
- verhaltensbezogene Hausaufgaben
- Vorbeugen von Rückfällen (Vorstellungsübungen und Rollenspiele)

Während der Wahrnehmungsschulung und der Ermittlung der individuellen Belastungssituationen, Streßreaktionen und Bewältigungsmaßnahmen in der vierten Stunde des Trainings ist die Beteiligung eines Elternteils vorgesehen. Ziel ist es, daß die Kinder ihren Eltern ihr Streßgeschehen erläutern können. Ebenso sollen die Eltern in der siebten Stunde an den Rollenspielen teilnehmen, wobei Eltern und Kinder mit vertauschten Rollen typische Belastungssituationen durchspielen. Ziel ist es hier, Eltern und Kinder zur Perspektivübernahme anzuregen.

Zur Operationalisierung des Streßgeschehens im Training werden die verschiedenen wissenschaftlichen Begriffe in kindgerechte Alltagssprache übersetzt und umschrieben. So wird etwa eine günstige Streßverarbeitungsstrategie als „Streßkiller“, ungünstige Strategien als „mega-Stresser“ bezeichnet. Zur Darstellung und Reflektion des Streßgeschehens wird dabei auf das Verfahren der „Streßwaage“ (Klein-Heßling & Lohaus, 1998) zurückgegriffen. Die verhaltensbezogene Hausaufgabe besteht im wesentlichen in der Selbstbeobachtung und Protokollierung von alltäglichen Streßsituationen, aber auch im Einbau von günstigen Bewältigungsmaßnahmen in den Alltag, wie Erholungsverhalten.

Das Programm ist dabei in vier unterschiedlich langen Versionen konzipiert, die auch als Module im Zusam-

menhang mit anderen Zielstellungen angewandt werden können. Eine sechs Sitzungen umfassende Version (AST_6) enthält alle Elemente des vollständigen Trainings, verzichtet jedoch auf die Beteiligung der Eltern. Hierdurch wird diese Intervention zum Beispiel im Rahmen einer wohnortfernen stationären Rehabilitation oder in Heimen einsetzbar. In der acht Sitzungen umfassenden, intensiven Version (AST_8) werden die Eltern in zwei Sitzungen mit einbezogen. Die vollständigen Versionen sind dabei überwiegend auf sekundärpräventive Ziele ausgerichtet, da sich die Inhalte teilweise auf besondere Problemstellungen richten. Die zweistündige Version (AST_2) ist als Baustein zur Integration in umfassende Schulungsprogramme einsetzbar, die entweder ein primär- oder sekundärpräventives Ziel verfolgen. Die Inhalte beschränken sich auf die Wissensvermittlung, die Exploration des individuellen Streßgeschehens und die Schulung der Wahrnehmung. Die vierstündige Version (AST_4) richtet sich an Kinder, die von einer vorbeugenden Maßnahme profitieren könnten. Die Inhalte des AST_2 werden hier durch die Vermittlung von Methoden zur kurzfristigen Streßreduktion in Form eines Entspannungsverfahrens ergänzt. Für die Versionen AST_4, AST_6 und AST_8 wird ein zusätzlicher Auffrischkurs etwa drei bis sechs Monate nach dem Training empfohlen.

Erste Befunde zur Evaluation des Trainings zeigten die Notwendigkeit der Ergänzung durch Elemente zur Körperwahrnehmung. Generell war die Akzeptanz der Trainings bei Eltern und Kindern sehr hoch. Signifikante Verbesserungen in den Bewältigungsfähigkeiten der Kinder zeigten sich besonders im Bereich der positiven Selbstinstruktionen und im Bedürfnis nach sozialer Unterstützung. Ein Vergleich des AST_8 mit einer Entspannungsbedingung ergab, trotz erheblicher Ausgangsunterschiede, einen Unterschied zugunsten der Elternbeteiligung: Zwar fühlten sich die Kinder der Entspannungsbedingung in der ersten Hälfte des Trainings erheblich wohler, der Aufbau von „Streßkillern“ erschien jedoch mit dem AST_8 erfolgreicher (Hampel & Petermann 1998a).

6 Kriterien für die Planung 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

Ein Präventionsprogramm 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. Gesundheitsförderung sollte immer ein Paket von Interventionen bein-

halten, die verschiedene Verhaltens- und Einstellungsbereiche berühren. Dabei sollten sowohl die individuellen Kompetenzen gesteigert wie auch die unmittelbare Umwelt der Betroffenen einbezogen werden.

Wirksamkeitsstudien haben 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 (Leppin, Pieper, Szirmak, Freitag & Hurrelmann, 1999).

6.2 Merkmale der Zielgruppe

Die Präventionsprogramme sollten sich vor allem an Gruppen mit hohem oder multiplem 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, 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 sie dann 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 Entwicklungsstand, aber auch auf den soziokulturellen Hintergrund und andere Faktoren, die die Motivation der Beteiligten bedingen, abgestimmt werden (Schwarzer, 1997). Zur Bestimmung der genannten Faktoren bieten sich unter Umständen Vortests beziehungsweise Screeningverfahren an, soweit diese für die entsprechenden Bereiche zur Verfügung stehen. Sie können zur Abstimmung der Programminhalte vor einer letztlichen Implementierung dienen. Die Implementierung eines Programms bedarf der besonderen Aufmerksamkeit, da die bestgeplante Maßnahme erfolglos bleibt, wenn sie nicht angemessen 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 an, 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 (Staeck, 1997).

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. Die Eltern sind dadurch besonders stark motiviert und bereit, ihr Verhalten auch zu Hause umzusetzen. Ebenso sollte den Eltern Gelegenheit gegeben werden, die Werte und Ziele, die das Programm vermittelt, in Diskussionen in Frage stellen zu können.

6.4 Evaluation

Wie bereits im Rahmen der ethischen Probleme der Prävention erwähnt, bildet die Evaluation der Maßnahmen ein wichtiges Element eines verantwortungsbewußten Vorgehens. In der Praxis liegt die Funktion der Evaluation sowohl in der Rechtfertigung nach außen

als auch in der Überprüfung des eigenen Vorgehens mit dem Ziel einer Optimierung der Präventionsstrategie (Rossi & Freeman, 1993). Die Evaluation eines Präventionsprogramms bezieht sich im wesentlichen auf die Frage, ob und in welchem Umfang die angestrebten Ziele verwirklicht werden konnten. In der Regel ist dies durch die Durchführung von interventionsrelevanten Messungen vor und nach der Maßnahme zu bewerkstelligen, wobei die Messungen in einer Kontrollgruppe ohne Intervention die Zuschreibung von Effekten auf die Maßnahme selbst sicherstellt.

Der Focus der Evaluation sollte sich jedoch nicht ausschließlich auf die erwarteten positiven Programmefekte richten, sondern auch in der Lage sein, negative Effekte zu messen. Solche Effekte ergeben sich häufig im Umfeld von Präventionsmaßnahmen und sind in der

Lage, den Gesamterfolg nachhaltig zu gefährden. Diesen Nebeneffekten gilt es besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Wenn man neben den unmittelbaren zielbezogenen Effekten auch Nebeneffekte mitberücksichtigt, ergibt sich ein breites Spektrum möglicher Evaluationskriterien. Dies sind einerseits zielgruppenbezogene Indikatoren wie Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensänderungen aber auch Auswirkungen auf den Programmanbieter selbst sowie außenstehende Dritte. Neben der Wahl der Erfolgskriterien besteht eine wesentliche Aufgabe der Evaluationsplanung in der Auswahl geeigneter Evaluationsdesigns. Zudem bestehen eine Reihe von Problemen innerhalb einer Evaluation, die die Gültigkeit (Validität) der Messungen beeinflussen können (Bührlen-Armstrong & Bengel, 1997; Koch & Wittmann, 1990).

Zusammenfassung

Gesundheitsförderung und Prävention stellen interventive Maßnahmen dar, die das Ziel verfolgen, unspezifisch oder spezifisch das Auftreten von gesundheitlichen Störungen zu verhindern. Dabei ergeben sich aus der Definition Unterschiede in der Auswahl der Zielgruppe, in der Eingriffsintensität und in der Wahl der Methode. Aus dem, in der Zielgruppe vorhandenen Risikopotential ergibt sich die Einteilung von Interventionen. Die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention wird um den primordialen Ansatz der Gesundheitsförderung erweitert. Aus der Unmittelbarkeit des erwarteten Effekts der Maßnahmen auf die Zielgruppe ergibt sich die deskriptive Unterscheidung zwischen proximalen und distalen Zielen. Hinsichtlich ihres Ansatzpunktes lassen sich personenzentrierte Programme, die sich überwiegend auf Veränderungen im Individuum beziehen, und kontextzentrierte Programme mit einem Schwerpunkt auf die Veränderung der ökologischen, organisatorischen und sozialen Umweltfaktoren unterscheiden. Diesen beiden Ansatzpunkten gehen unterschiedliche theoretische Annahmen über die Ursache und Entwick-

lung des angezielten Problems voraus. Während sich die personenzentrierten Maßnahmen auf verhaltenstheoretische und kognitive Erklärungsansätze beziehen, sind kontextzentrierte Maßnahmen durch sozialisationstheoretische Erklärungsmodelle beeinflusst. Aufgrund der Annahme multifaktorieller Ursachen für die meisten gesundheitlichen Störungen weisen Kombinationen aus person- und umweltbezogenen Maßnahmen eine höhere Erfolgsquote auf. Hierzu werden zwei Beispiele beschrieben: Ein Programm zur Sucht- und Drogenvorbeugung in der Schule und das kognitiv-behaviorale Anti-Streß-Training für Kinder. Aus den theoretischen und konzeptionellen Überlegungen zur Gestaltung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung werden konkrete Kriterien für die Planung und Durchführung solcher Maßnahmen abgeleitet. Diese beziehen sich auf die Wahl der inhaltlichen und methodischen Elemente, die Merkmale der Zielgruppe, die Strategien der Programmentwicklung und Implementation sowie auf die notwendige begleitende Evaluation.

Verständnisfragen

1. In welchen konzeptionellen und inhaltlichen Aspekten unterscheiden sich Gesundheitsförderung und Prävention?
2. Was sind proximale und distale Ziele der Gesundheitsförderung?
3. Welcher konkrete Handlungsablauf ergibt sich bei der Planung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen?
4. Welche Erfolgs- und Qualitätsmaßstäbe sind für die Bewertung von Präventionsmaßnahmen anzulegen?

Weiterführende Literatur

- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.) (1998). *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa.
- Kolip, P. (Hrsg.) (1999). *Programme gegen Sucht. Interna-*

tionale Ansätze der Suchtprävention im Jugendalter. Weinheim: Juventa.

- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1997). *Gesundheitspsychologie* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Literatur

- Allmer, H. (1996). *Erholung und Gesundheit. Grundlagen, Ergebnisse und Maßnahmen*. Göttingen: Hogrefe.
- Barkholz, U. & Homfeld, H.-G. (1994). *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. Entwicklungen, Erfahrungen und Ergebnisse eines Kooperationsprojekts*. Weinheim: Juventa.
- Boekaerts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (452-484). New York: Wiley.
- Bühringer, G. (1994). Aktuelle Konzepte zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs mit Schwerpunkt "Schulische Prävention". In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Suchtprävention* (55-64). Freiburg: Lambertus.
- Bühren-Armstrong, B. & Bengel, J. (1997). Qualitätsstandards in Prävention und Gesundheitsförderung. Nationale und internationale Erfahrungen. *Prävention*, 20, 42-46.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Behavioral Publications.
- Dlugosch, G.-E. (1994). Modelle der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L.-R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (101-117). Stuttgart: Enke.
- Durlak, J.-A. & Wells, A.-M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Elmén, H. & Sundh, V. (1994). Mortality in childhood, youth and early adulthood. *European Journal of Public Health*, 4, 274-280.
- Faltermaier, T. (1997). Die Salutogenese als neue Perspektive der Gesundheitspsychologie. *Störfaktor*, 10, 37-58.
- Forman, S. G. (1993). Stress and coping in children and adolescents. In S. G. Forman (Ed.), *Coping skills interventions for children and adolescents* (1-15). San Francisco: Jossey-Bass.
- Freitag, M., Leppin, A., Pieper, E., Szirmak, Z. & Hurrelmann, K. (1998). *Evaluation des Suchtpräventionsprogramms an Dortmunder Schulen – Ergebnisbericht*. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften: Forschungsbericht.
- Frischenschlager, O. (1996). Vom Krankheits- zum Gesundheitsbegriff. In R. Hutterer-Krisch, V. Pfersmann & I.-S. Farag (Hrsg.), *Psychotherapie, Lebensqualität und Prophylaxe. Beiträge zur Gesundheitsvorsorge in Gesellschaftspolitik, Arbeitswelt und beim Individuum* (3-16). Wien: Springer.
- Hampel, P. & Petermann, F. (1998a). *Anti-Streß-Training für Kinder*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hampel, P. & Petermann, F. (1998b). Kognitiv-behaviorales Anti-Streß-Training (AST) für acht- bis dreizehnjährige Kinder. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 19, 271-292.
- Hanewinkel, R., Petermann, U., Burow, F., Dunkel, A. & Ferstl, R. (1994). Förderung der Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Kampagne „Rauchfreie Schule“. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 112-116.
- Hörmann, G. (1997). Von der Gesundheitsaufklärung zur Gesundheitsförderung. In H. Seelbach, J. Kugler & W. Neumann (Hrsg.), *Von der Krankheit zur Gesundheit* (73-86). Bern: Huber.
- Hurrelmann, K. & Lösel, F. (Eds.) (1990). *Health hazards in adolescence*. Berlin: De Gruyter.
- Hurrelmann, K. (1995). *Lebensphase Jugend* (3. überarb. Auflage). Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (1998). Tabakprävention und Tabakentwöhnung bei Kindern und Jugendlichen. *Sucht*, 44, 4-14.
- Hurrelmann, K., Leppin, A. & Nordlohne, E. (1995). Promoting health in schools: The german example. *Health Promotion International*, 10, 121-131.
- Jaede, W., Wolf, J. & Zeller-König, B. (1996). *Gruppentraining mit Kindern aus Trennungs- und Scheidungsfamilien*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kersch, B., Petermann, H. & Fischer, V. (1998). „Alkoholdistanz“ – Ein Evaluationskriterium schulischer Sucht- und Drogenprävention. *Kindheit und Entwicklung*, 7, 244-251.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (1998). *Bleib locker. Ein Streßbewältigungstraining für Kinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Koch, U. & Wittmann, W. W. (Hrsg.) (1990). *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin: Springer.
- Kröger, C. & Hanewinkel, R. (1996). Prävention des Rauchens in der Schule. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 9, 134-139.
- Kröger, C., Kutza, R., Walden, K. & Reese, A. (1998). Implementation eines Lebenskompetenzprogrammes für fünfte Klassen an Hauptschulen und Gymnasien. *Kindheit und Entwicklung*, 7, 231-238.
- Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.) (1991). *Sucht- und Drogenvorbeugung in der Schule. Materialien und Medien*. Soest: Landesinstitut für Schule und Weiterbildung.
- Lepore, S. J. & Evans, G. W. (1996). Coping with multiple stressors in the environment. In M. Zeidner & N. S. End-

- ler (Eds.), *Handbook of coping* (350-377). New York: Wiley.
- Leppin, A., Freitag, M., Pieper, E., Szirmak, Z. & Hurrelmann, K. (1998). Schulische Prävention von Alkoholkonsum bei jüngeren Jugendlichen: Die Rolle situativer und personaler Bedingungsfaktoren für die Entwicklung von Konsumintentionen. *Kindheit und Entwicklung*, 7, 239-243.
- Leppin, A., Pieper, E., Szirmak, Z., Freitag, M. & Hurrelmann, K. (1999). Prävention auf den zweiten und dritten Blick: Differentielle Effekte eines kompetenzorientierten Suchtpräventionsprogramms. In P. Kolip (Hrsg.), *Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze der Suchtprävention im Jugendalter* (215-234). Weinheim: Juventa.
- Leppin, A. & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch* (2. erweit. Auflage, 349-373). Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A., Fleer, B., Freytag, P. & Klein-Heßling, J. (1996). *Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter (SSK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A., Klein-Heßling, J. & Shebar, S. (1997). Stress management for elementary school children: A comparative evaluation of different approaches. *Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*, 47, 157-161.
- McManus, J. L. (1997). Understanding and managing stress. In T. Fairchild (Ed.), *Crisis intervention strategies for school-based helpers* (2nd ed, 399-442). Springfield: C.C. Thomas.
- Mellins, C. A., Gatz, M. & Baker, L. (1996). Children's methods of coping with stress: A twin study of genetic and environmental influences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 721-730.
- Palentien, C. & Hurrelmann, K. (1995). Veränderte Lebenssituation – veränderte Gesundheit. Zum Zusammenhang von Sozialisation und Gesundheit im Jugendalter. *Der pädagogische Blick*, 1, 5-13.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (Hrsg.) (1999). *Neurodermitis*. Göttingen: Hogrefe.
- Röhrle, B. (1997). Probleme der Effizienz der Prävention und Gesundheitsförderung. *Störfaktor*, 10, 7-35.
- Rossi, P. H. & Freeman, H. E. (1993). *Evaluation. A systematic approach* (5th ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 3-14.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. überarb. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1997). Ressourcen aufbauen und Prozesse steuern: Gesundheitsförderung aus psychologischer Sicht. *Unterrichtswissenschaft*, 25, 99-112.
- Settertobulte, W. & Palentien, C. (1996). Gesundheitserziehung in der Familie – Zusammenhänge und Folgen erzieherischer und sozialisatorischer Defizite. In J. Mansel (Hrsg.), *Glückliche Kindheit – Schwierige Zeit? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens* (102-112). Opladen: Leske & Budrich.
- Settertobulte, W., Hoepner-Stamos, F. & Hurrelmann, K. (1997a). Gesundheitsstörungen im Kindesalter – Ergebnisse des „Bielefelder Grundschulsurveys“. *Prävention*, 20, 3-6.
- Settertobulte, W., Hoepner-Stamos, F. & Hurrelmann, K. (1997b). Gesundheitsförderung in der Schule. In T. Altgeld, I. Laser & U. Walter (Hrsg.), *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden?* (91-101). Weinheim: Juventa.
- Staeck, L. (1997). Schulische Gesundheitsförderung im Wandel. Anwendung zukunftsorientierter Denkmethode im Lehren und Lernen. *Prävention*, 20, 38-41.
- Tietze, K. & Bellach, B.-M. (1997). Über den Zusammenhang von Prävention und Epidemiologie. In C. Klotter (Hrsg.), *Prävention im Gesundheitswesen* (137-153). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Troschke, J. von (1995). Gibt es einen Paradigmenwechsel in der Prävention? *Prävention*, 18, 3-6.
- Weitkunat, R., Haisch, J. & Kessler, M. (Hrsg.) (1997). *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Huber.
- Zaragoza, N. Vaughan, S. & McIntosh, R. (1991). Social skills interventions and children with behavior problems: A review. *Behavioral Disorders*, 16, 260-275.
- Ziegler, K. (1996). Psychosoziale Bewältigung von Streß im Kindesalter. In J. Mansel (Hrsg.), *Glückliche Kindheit – Schwierige Zeit? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens* (40-83). Opladen: Leske & Budrich.