

Knoll | Scholz

Einführung Gesundheits- psychologie

5. Auflage



PsychoMed
compact

Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Brill | Schöningh – Fink • Paderborn –
Vandenhoeck & Ruprecht • Göttingen – Böhlau • Wien • Köln
Verlag Barbara Budrich • Opladen • Toronto
facultas • Wien
Walter de Gruyter • Berlin • Boston
Haupt Verlag • Bern
Verlag Julius Klinkhardt • Bad Heilbrunn
Mohr Siebeck • Tübingen
Narr Francke Attempto Verlag – expert verlag • Tübingen
Psychiatrie Verlag • Köln
Psychosozial-Verlag • Gießen
Ernst Reinhardt Verlag • München
transcript Verlag • Bielefeld
Verlag Eugen Ulmer • Stuttgart
UVK Verlag • München
Waxmann • Münster • New York
wbv Publikation • Bielefeld
Wochenschau Verlag • Frankfurt am Main

PsychoMed compact – Band 5

Die Reihe wurde begründet von Prof. Dr. Hans Peter Rosemeier (†) und Prof. Dr. Nicole von Steinbüchel; sie wird herausgegeben von Prof. Dr. Nicole von Steinbüchel und Prof. em. Dr. Elmar Brähler.

Nina Knoll • Urte Scholz

Einführung Gesundheitspsychologie

5., vollständig überarbeitete Auflage

Mit 12 Abbildungen, 4 Tabellen und 63 Fragen zum Lernstoff

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. *Nina Knoll*, Dipl.-Psych., lehrt und forscht am Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie der Freien Universität Berlin.

Prof. Dr. *Urte Scholz*, Dipl.-Psych., lehrt und forscht am Lehrstuhl für Angewandte Sozial- und Gesundheitspsychologie der Universität Zürich

(Bis einschließlich der 4. Auflage war Nina Rieckmann Koautorin des Werkes.)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

utb-Band-Nr.: 2650

ISBN 978–3–8252–6698-1 (Print)

ISBN 978–3–8385–6698-6 (PDF-E-Book)

© 2026 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i. S. v. § 44b UrhG einschließlich Einspeisung/Nutzung in KI-Systemen ausdrücklich vor.

Dieses Werk kann Hinweise/Links zu externen Websites Dritter enthalten, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Ohne konkrete Hinweise auf eine Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch entsprechende Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich entfernt.

Printed in EU

Einbandgestaltung: siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Covermotiv: © FontShop

Satz: Bernd Burkart; www.form-und-produktion.de

Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches	10
Vorwort zur fünften Auflage	11
1 Die Gesundheitspsychologie und ihr Gegenstandsbereich	12
1.1 Die Gesundheitspsychologie: Forschungsfelder und Verortung	13
1.2 Geschichte der Gesundheitspsychologie	15
1.2.1 Gründung von Fachgesellschaften und Fachzeitschriften	15
1.2.2 Gesundheitspsychologie als Studienfach, Aus-, Fort- und Weiterbildung und Berufsfelder	17
1.3 Prävention und Gesundheitsförderung	18
1.3.1 Prävention	19
1.3.2 Gesundheitsförderung	21
1.4 Zusammenfassung	23
1.5 Fragen zum Lernstoff	24
2 Gesundheit: Modelle und Definitionen	25
2.1 Das biomedizinische Modell	25
2.2 Das biopsychosoziale Modell	26
2.3 Das Paradigma der Salutogenese	29
2.4 Zusammenfassung	31
2.5 Fragen zum Lernstoff	32

3	Gesundheitsverhalten	33
3.1	Die Bedeutung von Verhalten für die Gesundheit	34
3.2	Prävalenz von Gesundheits- bzw. Risikoverhalten	35
3.3	Offizielle Empfehlungen für Gesundheitsverhaltensweisen	37
3.4	Welche Gesundheitsverhaltensweisen gibt es?	37
3.5	Zusammenfassung	42
3.6	Fragen zum Lernstoff	43
4	Theorien des Gesundheitsverhaltens	44
4.1	Theorien des Gesundheitsverhaltens – Was ist das und wofür braucht man das?	44
4.2	Welche Theorien des Gesundheitsverhaltens gibt es?	45
4.2.1	<i>Die sozial-kognitive Theorie</i>	46
4.2.2	<i>Die Theorie des geplanten Verhaltens</i>	50
4.2.3	<i>Die Theorie der Schutzmotivation</i>	57
4.2.4	<i>Das COM-B-Modell</i>	64
4.2.5	<i>Die Intentions-Verhaltens-Lücke</i>	67
4.2.6	<i>Planung</i>	68
4.2.7	<i>Health Action Process Approach</i>	70
4.2.8	<i>Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung</i>	75
4.3	Dual-Prozess-Modelle und Gewohnheiten	81
4.4	Rückfall	85
4.4.1	<i>Modelle des Rückfalls und der Rückfallprävention</i>	85
4.4.2	<i>Krankheitsmodell vs. moralisches Modell des Rückfalls</i>	86
4.4.3	<i>Modell der Rückfallprävention</i>	87
4.5	Zusammenfassung	90
4.6	Fragen zum Lernstoff	90

5	Stress und Stressbewältigung	92
5.1	Stresstheorien	92
5.1.1	Reaktionsorientierte, psychobiologische Stresstheorien	93
5.1.2	Stimulusorientierte Stresstheorien	104
5.1.3	Die kognitiv-transaktionale Stresstheorie	107
5.1.4	Die Theorie der Ressourcenerhaltung	111
5.2	Stressbewältigung	115
5.2.1	Dispositionelle Bewältigung	116
5.2.2	Aktuelle Bewältigung	122
5.2.3	Aktuell und dispositionell verwendbare Bewältigungsinventare	124
5.2.4	Bewältigung und die Zeitperspektive	126
5.2.5	Kritik an der Stressbewältigungsforschung	128
5.3	Zusammenfassung	129
5.4	Fragen zum Lernstoff	129
6	Krankheitsbewältigung	131
6.1	Kriterien der Krankheitsbewältigungsforschung	131
6.2	Das Common-Sense-Selbstregulationsmodell	133
6.3	Krankheitsbewältigung als Teil der Stressbewältigung	140
6.3.1	Krankheitsbewältigungsforschung im Rahmen der kognitiv-transaktionalen Stresstheorie	141
6.3.2	Sinnhaftigkeit als Teil der kognitiv-transaktionalen Stresstheorie	142
6.3.3	Vermeidende Krankheitsbewältigung	146
6.4	Kritik an der Forschung zur Krankheitsbewältigung	147
6.5	Zusammenfassung	148
6.6	Fragen zum Lernstoff	149

7	Persönlichkeit und Gesundheit	150
7.1	Persönlichkeitstypen und Erkrankung	150
7.1.1	<i>Typ A: Koronarpersönlichkeit?</i>	151
7.1.2	<i>Typ D(istress): Risikofaktor für die Prognose bei kardiovaskulären Erkrankungen</i>	153
7.1.3	<i>Kritik an Typenmodellen</i>	154
7.2	Persönlichkeitsmerkmale und Gesundheit	154
7.2.1	<i>Generelle Resilienz- und Ressourcenmerkmale der Persönlichkeit und ihre Verbindungen zur Gesundheit</i>	155
7.2.2	<i>Die Big Five und Gesundheit</i>	163
7.2.3	<i>Persönlichkeitsmerkmale als Korrelate der Gesundheit: Nutzen und Grenzen</i>	165
7.3	Zusammenfassung	166
7.4	Fragen zum Lernstoff	166
8	Soziale Beziehungen und Gesundheit	167
8.1	Soziale Integration und Gesundheit	167
8.2	Soziale Unterstützung	171
8.2.1	<i>Soziale Unterstützung und Stress</i>	173
8.2.2	<i>Soziale Unterstützung und Gesundheitsverhalten</i>	173
8.3	Soziale Kontrolle	175
8.4	Zusammenfassung	177
8.5	Fragen zum Lernstoff	178
9	Interventionen in der Gesundheitspsychologie	179
9.1	Allgemeines zur Interventionsplanung	179
9.2	Gesundheitsverhaltensinterventionen	181
9.3	Stressmanagementinterventionen	188
9.3.1	<i>Verhaltensorientierte Stressmanagementinterventionen</i>	188
9.3.2	<i>Metaanalytische Befunde zu Stressmanagementprogrammen</i>	191

9.4	Zusammenfassung.	194
9.5	Fragen zum Lernstoff.	195
10	E-Health und M-Health: Internet- und mobile-basierte Gesundheitsressourcen	196
10.1	Suche nach und Nutzung von internetbasierter Gesundheitsinformation	197
10.2	Internet- und mobile-basierte Interventionen (IMIs). . . .	200
10.3	Zusammenfassung.	207
10.4	Fragen zum Lernstoff.	208
	Literatur.	209
	Sachregister.	244

Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches

Zur schnelleren Orientierung werden in den Randspalten Piktogramme benutzt, die folgende Bedeutung haben:



Literaturempfehlung



Begriffserklärung, Definition



Kritik/Diskussion



Beispiel



Forschung, Studie



Fragen zur Wiederholung am Ende des Kapitels

Vorwort zur fünften Auflage

Mit dieser fünften, vollständig überarbeiteten Auflage möchten wir Studierenden, die sich erstmals mit der Gesundheitspsychologie befassen, einen kompakten Überblick über zentrale Themen des Fachs bieten. Im Buch behandeln wir klassische und neuere Beiträge zu den Themen Gesundheit, Gesundheitsverhalten und seine Vorhersage, Stress und Bewältigung, Persönlichkeit und Gesundheit, soziale Beziehungen und Gesundheit sowie gesundheitspsychologische Interventionen.

Unser besonderer Dank gilt unserer langjährigen Koautorin PD Dr. Nina Rieckmann. Zudem danken wir Leonie Abderhalden, Dr. Walter Bierbauer, Dr. Timon Elmer, Dr. Daniel Hausmann-Thürig, Paula Kleuters, Sophie Kolkman, Angela Michaelis und Klara Wipfli für hilfreiche Kommentare zu frühen Versionen des Manuskripts. Ulrike Landersdorfer danken wir für die stets unterstützende, konstruktive und geduldige Begleitung von Verlagsseite.

Wir hoffen, dass dieses Buch Studierenden einen ersten Zugang zur Gesundheitspsychologie eröffnet und zur weiteren Auseinandersetzung anregt.

Berlin – Zürich, im Frühjahr 2026

Nina Knoll & Urte Scholz

1 Die Gesundheitspsychologie und ihr Gegenstandsbereich

Was hält uns gesund und was macht uns krank? Diese Fragen kann man aus ganz unterschiedlichen Perspektiven untersuchen. Allen voran ist die Beantwortung dieser Fragen eine Domäne der Medizin und ihrer vielfältigen Subdisziplinen. Aber auch die Psychologie bemüht sich um Beiträge zur Beantwortung dieser Fragen – nicht nur mit Blick auf die psychische, sondern auch auf die körperliche Gesundheit. Wie kam es dazu?

Einen entscheidenden Anteil an dieser Entwicklung hatte eine Veränderung der Haupttodesursachen weltweit. Im vergangenen Jahrhundert kam es durch verbesserte Hygienemaßnahmen sowie durch wirksame medizinische Vorbeugung und Behandlung von Infektionskrankheiten zu einer kontinuierlichen Verschiebung der Haupttodesursachen – zunächst in wohlhabenderen, seit einigen Jahren auch zunehmend in ärmeren Regionen der Welt. Übertragbare Erkrankungen, wie z. B. Lungenentzündung, Influenza und HIV, entwickeln sich bis heute in den globalen Haupttodesursachenstatistiken immer weiter zurück. In der jüngeren Vergangenheit wurde dieser Trend nur von der COVID-19-Pandemie unterbrochen, als COVID-19 für einige Jahre einen oberen Rangplatz in der weltweiten Todesursachenstatistik einnahm (World Health Organization [WHO], 2024).

Auf der anderen Seite nehmen sogenannte nichtübertragbare Erkrankungen, allen voran Herz- und Gefäßkrankheiten, Krebserkrankungen, aber auch chronische Lungen- und Nierenerkrankungen immer höhere Ränge in den weltweiten Todesursachenstatistiken ein (WHO, 2024).

Neben vielen übergeordneten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Faktoren, wie materiellen Lebensverhältnissen, dem Zugang zu medizinischer Versorgung und Sozialsystemen, Bildung, finanziellen und sozialen Ressourcen, sind sowohl übertragbare als auch nichtübertragbare Erkrankungen mit dem Verhalten und Erleben von Menschen verbunden.

So spielt bei der Entwicklung vieler nichtübertragbarer Erkrankungen, die heute zu den Haupttodesursachen zählen, der „Lebensstil“ eine wichtige Rolle: wie Menschen sich ernähren, ob sie hinreichend körperlich aktiv sind, ob sie Rauchen, wie viel Alkohol sie trinken

u. v. m. (Zhang et al., 2021). Auch Aspekte des menschlichen Erlebens, wie das Ausmaß chronischer Stressbelastung, werden als Risikofaktoren nichtübertragbarer Erkrankungen in den Blick genommen (Gaffey et al., 2022).

Mit dieser Konstellation von Risikofaktoren des Erlebens und Verhaltens war zunehmend auch ein Beitrag der Psychologie zur Prävention von Erkrankungen und zu allgemeiner Gesundheitsförderung gefragt, was ganz entscheidend zur Entwicklung der Gesundheitspsychologie als psychologischer Subdisziplin beigetragen hat (Matarazzo, 1980).

1.1 Die Gesundheitspsychologie: Forschungsfelder und Verortung

Die Gesundheitspsychologie ist eine Subdisziplin der Psychologie. Sie integriert Theorien und Erkenntnisse aus vielen verschiedenen Grundlagenbereichen der Psychologie sowie benachbarter Wissenschaften und wendet sie auf die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit an.

Die Gesundheitspsychologie befasst sich mit psychologischen Beiträgen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit, zur Prävention und Behandlung von Erkrankungen sowie zur Identifikation von Ursachen, diagnostischen Merkmalen und funktionalen Einschränkungen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit (nach Matarazzo, 1980, S. 815).



In der Gesundheitspsychologie wird untersucht, wie Kognitionen, Motivation, Verhalten, Stress und Emotionen, Persönlichkeit, aber auch soziale, gesellschaftliche und ökologische Umweltmerkmale die Gesundheit beeinflussen. Zudem werden aus Theorien und Erkenntnissen aus diesen Forschungsgebieten Maßnahmen für präventive und gesundheitsfördernde Interventionen abgeleitet und evaluiert.

Die Gesundheitspsychologie gehört zu den anwendungsbezogenen Fächern der Psychologie. Innerhalb der Gesundheitspsychologie kann man dennoch grundlagenbezogene Forschungsfelder von den rein angewandten Forschungsgebieten unterscheiden. Spezifische Grundlagen-Forschungsfelder sind beispielsweise gesundheitsrelevantes Verhalten, Motivationsprozesse, Gewohnheitsbildung, Stressreaktionen, Stressbewältigung oder Krankheitsbewältigung. Dabei werden sowohl

Verortung in der Psychologie

individuelle psychologische Faktoren wie Kognitionen, Selbstregulation oder die Persönlichkeit als auch *soziale* Faktoren wie soziale Integration, enge soziale Beziehungen, soziale Unterstützung und Kontrolle oder soziale Verhaltensnormen berücksichtigt. Auch Merkmale der weiteren *sozialen und physischen Umwelt* (z. B. Zugang zu medizinischen Versorgungssystemen oder das Klima) werden zunehmend in den Blick genommen, was die Verpflichtung der Gesundheitspsychologie gegenüber dem biopsychosozialen *Gesundheitsmodell* (Kap. 2) widerspiegelt.

Die angewandte Gesundheitspsychologie beschäftigt sich auf der Basis der Erkenntnisse der grundlagenbezogenen gesundheitspsychologischen Forschungsfelder mit der Entwicklung und Evaluation von Interventionen zu Prävention und Gesundheitsförderung.

Kennzeichnend für die Gesundheitspsychologie als wissenschaftliche Disziplin ist die Integration von Befunden aus verschiedenen Grundlagenbereichen der Psychologie, vor allem der Sozialpsychologie, aber auch der Kognitiven Psychologie, Motivationspsychologie, Persönlichkeitspsychologie, Entwicklungspsychologie und Biologischen Psychologie (Kap. 7). Zudem findet reger Austausch mit weiteren psychologischen Anwendungsdisziplinen wie der Pädagogischen, der Klinischen, der Arbeits- und Organisations- oder der Umweltpsychologie statt.

Verbindungen zu anderen Disziplinen

Neben den zahlreichen Verbindungen der Gesundheitspsychologie mit anderen psychologischen Subdisziplinen (Schwarzer, 2024), bestehen Gemeinsamkeiten, enger Austausch und Zusammenarbeit mit vielen weiteren Wissenschaften. Die Liste themenverwandter Wissenschaftsbereiche ließe sich beispielsweise mit vielen medizinischen und medizinnahen Subdisziplinen anreichern (z. B. Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Rehabilitationswissenschaften, Verhaltensmedizin), die sich ebenfalls dadurch auszeichnen, dass sie sich mit dem Zusammenspiel biopsychosozialer Prozesse rund um die Gesundheit auseinandersetzen. Auch werden gesundheitsrelevante Theorien und Erkenntnisse der Soziologie oder der Verhaltensökonomie in den Blick genommen.

Eine besondere Nähe besteht zu den *Gesundheitswissenschaften* (Vinck et al., 2004), die oft parallel mit dem englischen Begriff *Public Health* bezeichnet werden, der sowohl die wissenschaftliche Disziplin als auch Interventionen in der Praxis beschreibt, die die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe betreffen (z. B. Infektionsschutz). Die Gesundheitswissenschaften integrieren Erkenntnisse aus vielen verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, z. B. der Medizin (mit vielen beteiligten Subdisziplinen, vor allem der Epidemiologie), Psycholo-

gie, Soziologie, Ökonomie, Demografie, Rechtswissenschaften u. a., zu einer bevölkerungsbezogenen Sicht auf Gesundheit (Nowak et al., 2022). Die Gesundheitswissenschaften befassen sich mit der Analyse von Bedingungen für Gesundheit und Krankheit, der Verbreitung von gesundheitlichen Störungen sowie der Ableitung und Evaluation von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Bevölkerung (Hurrelmann & Razum, 2012). Grundlagenwissenschaftliche Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie werden in den Gesundheitswissenschaften z. B. für die Entwicklung von Aufklärungskampagnen und gemeindebezogenen Interventionen herangezogen. In Abgrenzung zu den Gesundheitswissenschaften, die den Blick auf Populationsanteile oder Gesamtpopulationen richten, ist der Ausgangspunkt des Interesses in der Gesundheitspsychologie die Untersuchung des Verhaltens und Erlebens von Individuen. Insofern liefert die Gesundheitspsychologie wichtige Erkenntnisse für gesundheitswissenschaftliche Interventionen.

1.2 Geschichte der Gesundheitspsychologie

Die Gesundheitspsychologie als Subdisziplin der Psychologie hat sich ab den späten 1970er Jahren zunächst in den U.S.A. als eigenständiges Fach in Forschung und Lehre etabliert. In Europa kam die Gesundheitspsychologie etwa ab Mitte der 1980er Jahre zunächst in der Forschung an, wurde aber fortan an verschiedenen Universitäten europaweit in die Curricula der Psychologiestudiengänge aufgenommen. Mittlerweile ist die Gesundheitspsychologie in den Psychologiestudiengängen zahlreicher Universitäten, in den Fachgruppen vieler nationaler und internationaler psychologischer Fachgesellschaften und in angewandten psychologischen wie auch gesundheitspsychologischen Fachzeitschriften weltweit zu finden.

1.2.1 Gründung von Fachgesellschaften und Fachzeitschriften

Innerhalb der *American Psychological Association* (APA) wurde 1978 die *Division of Health Psychology* (Division 38) gegründet (Matarazzo, 1980), die bereits in den 1990er Jahren mehrere Tausend Mitglieder zählte.

Ab den 1980er Jahren folgten die Gründungen verschiedener internationaler gesundheitspsychologischer Fachgesellschaften und Sektionen. So richtete die *International Association for Applied Psychology* (IAAP) ihre *Division Health Psychology* im Jahr 1986 ein. In Europa wurde im gleichen Jahr die *European Health Psychology Society* (EHPS) im Rahmen eines ersten Treffens von Expert:innen in diesem jungen Fach in Tilburg (Niederlande) gegründet (Schwarzer, 2024).

Ab diesem Zeitpunkt folgten auch die Gründungen zahlreicher Gesundheitspsychologie-Sektionen in nationalen psychologischen Fachgesellschaften europaweit.

Im deutschsprachigen Raum wurde 1992 die *Fachgruppe Gesundheitspsychologie* von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) eingerichtet (Schwarzer, 2024). Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) schloss 1998 die Gesundheitspsychologie in die *Sektion Gesundheits-, Umwelt- und Schriftpsychologie* ein, die seit der Schließung des Fachbereichs Schriftpsychologie im Jahr 2022 nunmehr *Sektion Gesundheits- und Umweltpsychologie* heißt (BDP, o.J.a). In Österreich gründete der Bundesverband Österreichischer Psycholog:innen (BÖP) ebenfalls in den frühen 1990er Jahren zunächst die *Fachsektion Klinische- und Gesundheitspsychologie*, die 2014 als selbstständige *Fachsektion Gesundheitspsychologie* im BÖP neu gegründet wurde (Schoberberger et al., 2017). In der Schweiz wurde 1997 die Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspsychologie (SGG-Psy) als Gliedverband der Föderation der Schweizer Psycholog:innen (FSP) gegründet (Oppizzi, 1997).

Zeitschriften

Die offizielle Fachzeitschrift der APA Division 38 *Health Psychology* erschien erstmals 1982. Weitere Zeitschriften in englischer Sprache sind z. B. *Psychology and Health* (seit 1987), das *Journal of Health Psychology* (seit 1996), das *British Journal of Health Psychology* (seit 1996), *Health Psychology Review* (seit 2007), *Applied Psychology: Health and Well-Being* (seit 2008) und weitere.

Die zunächst deutschsprachige *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* wurde 1993 gegründet und 2017 in *European Journal of Health Psychology* umbenannt.

1.2.2 Gesundheitspsychologie als Studienfach, Aus-, Fort- und Weiterbildung und Berufsfelder

Während die Etablierung der Gesundheitspsychologie als Studienfach in den U.S.A. bereits Mitte der 1970er Jahre vorangetrieben wurde (Stone, 1979), dauerte die Aufnahme des neuen Fachs, vorerst meist in Form eines Wahlfachs, im deutschen Sprachraum noch bis in die 1990er Jahre hinein. Mittlerweile hat sich ein reichhaltiges gesundheitspsychologisches Lehrangebot (Vögele et al., 2014) in den Psychologiestudiengängen im deutschsprachigen Raum etabliert. Gesundheitspsychologie ist sowohl in Studiengängen staatlicher Universitäten als auch privater Hochschulen im Rahmen psychologischer Bachelor- und Masterstudiengänge zu finden.

Im deutschen Sprachraum gibt es zudem vielfältige postgraduale, d. h. sich an ein reguläres Psychologiestudium (i. d. R. Masterabschluss) anschließende, Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote für in der Praxis tätige Gesundheitspsycholog:innen. In Österreich bietet der BÖP eine zweijährige postgraduale Ausbildung an, die zum Führen der bereits seit Anfang der 1990er Jahre gesetzlich geschützten Berufsbezeichnung Gesundheitspsychologe oder Gesundheitspsychologin sowie zur Berufsausübung berechtigt. Die Ausbildung vermittelt theoretische und praktische Kenntnisse und wird von Supervision und Selbsterfahrung begleitet (Schoberberger et al., 2017).

**postgraduale
Aus-, Weiter- und
Fortbildungen**

Auch in der Schweiz ist die Berufsbezeichnung der eidgenössisch anerkannten Gesundheitspsychologin oder des eidgenössisch anerkannten Gesundheitspsychologen gesetzlich geschützt, für die Berufsausübung jedoch nicht obligatorisch. Ebenso gibt es einen Fachtitel „Fachpsycholog:in für Gesundheitspsychologie FSP“ der Föderation Schweizer Psycholog:innen (FSP). Um diese Titel führen zu dürfen, muss ein zweijähriger, vom Bundesamt für Gesundheit bzw. von der FSP akkreditierter Weiterbildungsstudiengang (Master of Advanced Studies, MAS) absolviert werden, der theoretische, methodische und praktische Weiterbildung umfasst (Bundesamt für Gesundheit [BAG], o. J.). Aktuell bieten die Universitäten Fribourg, Lausanne und Genf zusammen einen französischsprachigen und die Universitäten Zürich und Bern einen deutschsprachigen MAS in Gesundheitspsychologie an.

In Deutschland bietet unter anderem der BDP seit 1995 ein Fortbildungszertifikat „Psychologische Gesundheitsförderung BDP“ an, das in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der DGPs und der Deutschen Psychologen Akademie (DPA) konzipiert und zwischenzeitlich mehrfach weiterentwickelt wurde. Das Fortbil-

dungszertifikat setzt neben dem Studienabschluss in Psychologie auch eine Mindestdauer beruflicher Praxis mit Supervision und Fortbildung voraus. Neben theoretischen und methodischen Grundlagen beinhaltet diese Fortbildung anwendungsspezifische Module zur allgemeinen und spezifischen Gesundheitsförderung und Prävention bei verschiedenen Personengruppen und in verschiedenen Settings (z. B. Familien, Schulen und Betriebe; BDP, o. J.b). Die Fortbildung ist in Deutschland aber zur Berufsausübung nicht obligatorisch.

**Berufsbild und
Berufsfeld**

Die Berufsbilder und Berufsfelder der Gesundheitspsychologie sind vielfältig und hängen, wie oben beschrieben, auch von den gesetzlichen Regularien des Landes ab, in dem man arbeitet. Neben der Forschung in akademischen Settings gibt es auch praktische Aufgabenfelder. Diese beinhalten z.B. die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Programmen im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, z. B. zur Förderung des Gesundheitsverhaltens, der Stress- und Krankheitsbewältigung und der Rehabilitation.

Einsatzgebiete von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sind z.B. Kommunen, Kindertagesstätten, Schulen, Universitäten, Betriebe und Organisationen oder die Gesundheitsversorgung. Neben selbstständiger Arbeit in freier Praxis sind potenzielle Arbeitgebende Krankenkassen, Unfallkassen, Berufsgenossenschaften, andere Träger medizinischer und psychologischer Einrichtungen, Kliniken und Ambulanzen, öffentliche Einrichtungen, Unternehmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie Universitäten und außeruniversitäre Institute (DGPs, o. J.; Schoberberger et al., 2017; SGGPsy, o. J.).

1.3 Prävention und Gesundheitsförderung

Die Gesundheitspsychologie beschäftigt sich, wie eingangs definiert, mit psychologischen Beiträgen zu den Themen Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung von Gesundheit sowie mit dem Umgang mit Stress und Erkrankungen. Prävention und Gesundheitsförderung, die als zentrale Gegenstandsbereiche der Public Health gelten, sind somit auch übergeordnete Forschungs- und Handlungsfelder der Gesundheitspsychologie und sollen hier kurz charakterisiert und voneinander abgegrenzt werden. Gleich vorweg kann man jedoch festhalten, dass die Inhalte von gesundheitspsychologischen Beiträgen zur Prävention und Gesundheitsförderung, wie z. B. Interventionen zur Gesundheitsverhaltensänderung, oft die gleichen sind und deshalb nicht eindeutig nur einem der beiden Handlungsfelder zugeordnet werden können.

1.3.1 Prävention

Prävention beinhaltet Maßnahmen, die vor Erkrankungen schützen, sie verhindern oder ihre negativen funktionalen Auswirkungen für das soziale, psychische und körperliche Wohlergehen von Individuen verringern sollen. Es wurden verschiedene Formen der Prävention und unterschiedliche Klassifikationen dieser Präventionsformen in Präventionstheorien vorgeschlagen (z. B. Uhl, 2005), was dieses Feld etwas unübersichtlich macht. Von den vielen unterschiedlichen Präventionsklassifikationen sollen hier zwei vorgestellt werden.

Eine erste Klassifikation unterscheidet zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention (Uhl, 2005). Bei der *Verhaltensprävention* wird direkt mit den Individuen gearbeitet, z. B. mittels Interventionen zur Gesundheitsverhaltensänderung oder zum Stressmanagement, um Erkrankungen zu vermeiden oder zu verbessern. Diese Form der Prävention wird auch personorientierte Prävention genannt.

**Verhaltens- und
Verhältnis-
prävention**

Bei der *Verhältnisprävention* werden vor allem Umweltbedingungen und Strukturen (z. B. die physische oder soziale Umwelt, Gesetzgebung) so verändert, dass es dem Individuum erleichtert wird, gesund zu leben. Diese Form der Prävention wird auch strukturelle oder umgebungsorientierte Prävention genannt und sie soll indirekt über die Änderung der Verhältnisse auf das Verhalten des Individuums einwirken (Uhl, 2005).

Eine weitere Präventionsklassifikation (Bonita et al., 2006) hat sich aus verschiedenen Vorgängertheorien entwickelt (Caplan, 1964; Strasser, 1978) und unterscheidet vier Präventionsformen, die sich an den Stadien der Erkrankungsentstehung orientieren (Bonita et al., 2006): die primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention.

**primordiale
bis tertiäre
Prävention**

Die *primordiale Prävention* (Bonita et al., 2006; Strasser, 1978) setzt noch lange vor der Entstehung von Risikofaktoren für eine Erkrankung an. Hier soll vermieden werden, dass ungünstige soziale, wirtschaftliche und kulturelle Lebens- und Umweltbedingungen entstehen, die die Entstehung von Risikofaktoren für Erkrankungen begünstigen. Beispiele könnten Stadtplanungen sein, die körperliche Aktivität begünstigen oder Luftverschmutzung in Wohngebieten senken.

Die *primäre Prävention* setzt auch vor dem Entstehen der Erkrankung an, jedoch an einem Punkt, an dem bereits Risikofaktoren für Erkrankungen vorhanden sind. Bei der primären Prävention geht es entsprechend darum, die Rate der Neuerkrankungen (d. h. Inzidenzrate, Kap. 3) zu senken (Bonita et al. 2006; Caplan, 1964). Im Rahmen der Primärprävention, aber auch anderer Präventionsformen, können sowohl *Populati-*

ons- als auch *Hochrisikogruppenstrategien* zum Einsatz kommen. Bei ersteren werden z. B. Gesetze erlassen, die Risikofaktoren eindämmen sollen. Ein Beispiel aus Deutschland ist das Bundesnichtrauchergesetz. Auch viele Maßnahmen während der Covid-19-Pandemie (z. B. Maskenpflicht, Impfkampagnen und Impfungen) sind Beispiele für primärpräventive Populationsstrategien. *Hochrisikogruppenstrategien* in der Primärprävention sind in aller Regel verhaltenspräventiv und werden mit Individuen durchgeführt, die einem hohen Krankheitsrisiko ausgesetzt sind. Programme zur Ernährungsumstellung bei Menschen mit Übergewicht sind ein Beispiel.

In der *sekundären Prävention* versucht man, Krankheiten möglichst früh zu erkennen. Die ideale Zeitspanne für sekundärpräventive Maßnahmen liegt in der sogenannten „Vorlaufzeit“, die vor der normalen Diagnosezeit, in der Krankheitssymptome oft schon voll ausgeprägt sind, liegt. Sekundärpräventive Maßnahmen sollen entsprechend die Anzahl der vollausgeprägten Erkrankungen (d. h. Prävalenz, Kap. 3) sowie die Erkrankungsdauer senken (Bonita et al., 2006; Caplan, 1964; Strasser, 1978). Das geschieht in der Regel mit Screening-Programmen, bei denen idealerweise sehr frühe Anzeichen von Erkrankungen aufgespürt, im Folgenden diagnostisch abgesichert und danach behandelt werden (Bonita et al., 2006).

Die *tertiäre Prävention* setzt an, wenn Erkrankungen bereits ausgeprägt sind. Ziele der tertiären Prävention sind die Vermeidung von fortschreitenden Komplikationen (z. B. Einschränkungen, Behinderungen, Chronifizierung) bei manifesten Erkrankungen sowie Maßnahmen zur Verhinderung von Rückfällen. Dies geschieht im Rahmen medizinischer Behandlung und Rehabilitation (Bonita et al., 2006; Caplan, 1964; Strasser, 1978).

In dieser Präventionsklassifikation ist es mitunter nicht ganz einfach, eine präventive Maßnahme eindeutig zu klassifizieren. In Abhängigkeit von der Erkrankung, deren Auftretenswahrscheinlichkeit gesenkt werden soll („Zielerkrankung“), kann ein und dieselbe Maßnahme z. B. einmal als primordial und einmal als primärpräventiv eingeordnet werden.

Wenn es sich beispielsweise um präventive Maßnahmen zur Senkung des Risikos für einen Herzinfarkt als „Zielerkrankung“ handelt, dann kann eine höhere Besteuerung von Zigaretten als primordiale Maßnahme angesehen werden, die unter anderem verhindern soll, dass Menschen, die bislang nicht rauchen, eine Verhaltensweise annehmen, die sie einem erhöhten Risiko für Herzinfarkte aussetzt. Wenn Tabakabhängigkeit selbst, etwa im Sinne einer Abhängigkeitserkrankung, als eine „Zielerkrankung“ für präventive Maßnahmen definiert wird,

dann könnte eine hohe Besteuerung von Zigaretten als primärpräventive Maßnahme angesehen werden, da sie den Zugang zu Zigaretten (= Risikofaktor) durch die höhere Besteuerung reduziert. Es bietet sich bei der Bestimmung, welcher Präventionsform eine Maßnahme angehört, also an, von der „Zielerkrankung“ der Präventionsmaßnahme und den erkrankungsspezifischen Risikofaktoren „zurückzurechnen“.

Wie bereits deutlich ersichtlich, ist allen Präventionstheorien gemein, dass sie sich auf Erkrankungen fokussieren, die es zu verhindern, aufzuhalten oder zu verbessern gilt. Diese Fokussierung auf Erkrankung grenzt die Prävention von der Gesundheitsförderung ab.

1.3.2 Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung ist sowohl eng mit dem Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1979; Kap. 2, 5) als auch mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, Regionalbüro für Europa, 1986) der WHO verbunden. Mit der Suche nach Antworten auf die Frage, was Individuen gesund hält (oder macht) – im Vergleich zu der im Präventionsverständnis dominanten Frage, was Individuen krank macht und wie man sie schützen kann – kehrte sich die Gesundheitsförderung zunächst bewusst von dem Krankheitsfokus der verschiedenen Präventionstheorien ab.

Wie in Kapitel 2 und Kapitel 5 noch näher beschrieben wird, war Antonovsky (1979, 1987, 1996) mit seinem Modell der Salutogenese (etwa „Gesundheitsentstehung“) ein Pionier der Bewegung des gesundheitsorientierten Umdenkens. Ausgehend auch von seiner Forschung mit Überlebenden des Holocaust stellte er die Frage, wie Menschen selbst angesichts existenzieller Bedrohungen und der Schrecken des Holocaust gesund bleiben oder wieder gesund werden können (Antonovsky et al., 1971; Vinje et al., 2016). Gesundheit und Krankheit verstand er als Pole eines Kontinuums, auf dem sich Menschen je nach Vorhandensein sogenannter *salutary factors* (gesundheitsförderlicher Faktoren, als Gegenkonzept zu Risikofaktoren) bewegen können. Als zentrale Ressource sah er das Kohärenzgefühl, eine Art Grundvertrauen, dass sich das Leben als grundsätzlich verstehbar, handhabbar und sinnhaft erweist; dessen Stärkung betrachtete er als Kern der Salutogenese (Antonovsky, 1996; Kap. 7).

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, 1986) war das Ergebnis der *Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung*, die im

Salutogenese

Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta

November 1986 in Ottawa, Kanada, tagte. Mit der Konferenz war die Absicht verbunden, zur intersektoralen Zusammenarbeit für das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus“ aufzurufen.

Die Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta beschrieben wird, ist sowohl dem Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1979) als auch dem biopsychosozialen Gesundheitsmodell (Engel, 1977) mit seinem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit als gleichermaßen biologischem, psychischem und sozialen Konstrukt (Kap. 2) verpflichtet. Die Ottawa-Charta rückt – ganz im Sinne der Salutogenese – den Blick auf die Schaffung von Gesundheit, statt ausschließlich auf die Prävention von Krankheiten. Gesundheitsförderung ist hier ein soziales und gesundheitspolitisches Konstrukt, das neben den individuellen Lebensstilen vor allem die Lebensbedingungen der Menschen verbessern will (Kaba-Schönstein, 2018a).

Im Sinne der Ottawa-Charta (WHO, Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1) beschreibt die Gesundheitsförderung



„einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Als wichtige Mechanismen der Gesundheitsförderung identifiziert die Charta (S. 1) weiterhin, „dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“

Determinanten der Gesundheit sieht die Ottawa-Charta auch in individuellen Faktoren, wie z. B. der persönlichen Kompetenzentwicklung zur Gesundheitsstärkung, aber schwerpunktmäßig in übergeordneten sozial-ökologischen Lebensbedingungen. Zu letzteren gehören z. B. Frieden, angemessenes Einkommen, Nahrung, Wohnung, Bildung, gesellschaftliche Gerechtigkeit und Chancengleichheit, das Leben in einem stabilen Ökosystem und damit verbunden der nachhaltige Umgang mit Naturressourcen.

Die Ottawa-Charta ruft relevante Akteur:innen auf verschiedenen Ebenen, national und international, dazu auf, sich der Schaffung dieser Bedingungen zu verpflichten und sie zu vertreten, allen Menschen in allen Lebenslagen mehr Möglichkeiten zu geben, ihre Gesundheit selbst zu beeinflussen und für dieses Ziel intersektoral zusammenzuarbeiten. Weitere von der Charta aufgezeigte Wege zur Stärkung der Gesundheitsförderung beinhalten z. B. die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik („*health in all policies*“; z. B. mittels

Gesetzesvorhaben oder Besteuerung, gesundes Verhalten zu unterstützen), die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten (z. B. bei der Arbeit oder in der Schule), die Unterstützung von gesundheitsförderlichen Gemeinschaften (z. B. Nachbarschaften), die Förderung der persönlichen Kompetenzentwicklung oder die Neuausrichtung der Ziele von Versorgungssystemen und allen mit ihnen in Verbindung stehenden Institutionen, Gruppen und Personen in Richtung Gesundheitsförderung. Der sogenannte *Settingansatz* wird hier deutlich: Es sollen auf allen Ebenen und in allen Lebenswelten, also dort, wo Menschen ihren Alltag verbringen (z. B. Kita, Schule, Hochschule, Arbeit, Gemeinde), Bedingungen geschaffen werden, die es dem Individuum leichter machen sollen, seine Gesundheit zu stärken (Kaba-Schönstein, 2018a).

Die Ottawa-Charta bildete die Grundlage für eine Reihe internationaler Nachfolgekongressen und -erklärungen, die weiterhin an den in der Charta formulierten Zielen festhalten (Kaba-Schönstein, 2018b). Im Rahmen dieser Entwicklung wurde die Gesundheitsförderung zudem ausdrücklich in den Kontext der Nachhaltigkeitsziele der Agenda 2030 der Vereinten Nationen (United Nations, 2015) gestellt (Kaba-Schönstein, 2018b). Damit wird Gesundheitsförderung zunehmend als globales, gesamtgesellschaftliches Handlungsfeld verstanden.

Obwohl sich die salutogen-orientierte Gesundheitsförderung zunächst bewusst von der pathogen-orientierten Prävention abzugrenzen versuchte, werden beide mittlerweile als sich ergänzende Ansätze gesehen, die gemeinsam zur Gesundheit beitragen sollen (Kaba-Schönstein, 2018a). Auch werden die beiden Begriffe in der Praxis oft synonym verwendet.



1.4 Zusammenfassung

Die Gesundheitspsychologie ist eine Teildisziplin der Psychologie, die, neben eigenen Ansätzen, Erkenntnisse verschiedener psychologischer Grundlagenfächer integriert, um einen Beitrag zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit zu leisten. Dabei bedient sich die Gesundheitspsychologie auch der Erkenntnisse angrenzender Disziplinen (z. B. Public Health).

Wichtige Forschungsfelder der Gesundheitspsychologie sind die Veränderung und Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens, Stress, Stress- und Krankheitsbewältigung sowie ihre psychischen, körperlichen und sozialen Determinanten, Prozesse und Auswirkungen.

Neben einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Gesundheitspsychologie in Forschung und Lehre wurden in diesem Kapitel die Möglichkeiten postgradualer Aus-, Fort- und Weiterbildung und das Berufsfeld der Gesundheitspsychologie angerissen.

Schließlich wurden die Konzepte Prävention und Gesundheitsförderung gegenübergestellt, die mittlerweile als sich ergänzende Ansätze begriffen werden.



1.5 Fragen zum Lernstoff

- 1.1 Womit beschäftigt sich die Gesundheitspsychologie?
- 1.2 Wie würden Sie Verhältnis- von Verhaltensprävention abgrenzen?
- 1.3 Welche Ziele verfolgen die primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention?
- 1.4 Wie unterscheiden sich Prävention und Gesundheitsförderung?