

# angewandte **Forschung**

Magazin für  
Psychogerontologie  
und Entwicklung  
über die Lebensspanne

**Martine Hoffmann** (Hrsg.)



**Themenschwerpunkt:**

## **Gesundheit neu denken!**

- Gesundheitsförderung und Prävention im Alter
- Promotion de la santé et prévention dans le contexte du vieillissement
- Health promotion and prevention in the context of ageing

# angewandte **Forschung**

**Magazin für Psychogerontologie  
und Entwicklung  
über die Lebensspanne**

## **Herausgeber**

RBS – Center fir Altersfroen asbl  
c/o Dr. Martine HOFFMANN  
20, rue de Contern  
L-5955 Itzig

## **Lektorat**

Danièle BECKIUS  
Nicole DUHR  
Dr. Martine HOFFMANN  
Dr. Jacqueline ORLEWSKI  
Vibeke WALTER  
Simone ZEIMES

## **Bestelladresse**

RBS – Center fir Altersfroen asbl  
20, rue de Contern  
L-5955 Itzig  
Tel.: 36 04 78  
Fax: 36 02 64  
[www.rbs.lu](http://www.rbs.lu)

## **Erscheinungsweise**

Das Magazin „angewandte Forschung“ erscheint  
jährlich und ist zum Einzelpreis von 4,50 Euro  
zu erwerben.

## **Grafische Umsetzung**

Danyel Michels  
proFABRIK SARL – [www.pro-fabrik.com](http://www.pro-fabrik.com)  
6, Rue Kummert – L-6743 Grevenmacher

## **Druck**

Druckerei Hoffmann  
Kölner Straße 1  
D-54673 Neuerburg

© April 2016

## **Vorwort**

Ministerin für Familie und Integration  
Corinne CAHEN

04

## **Editorial**

„Nun sag, wie hast du's mit der Prävention?“  
Von der Gretchenfrage zum Gesundheitsimperativ  
Dr. Martine HOFFMANN

05

## **DISZIPLINÄRE PERSPEKTIVEN UND BEFUNDE**

Lachyoga im Kontext Gesundheitsförderung und Prävention  
Dr. Anja BILSING

09

„In dem Job kannst du alt werden“  
Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere ArbeitnehmerInnen  
Schwerpunkt: Stressprävention  
Dr. Mareike BÖNIGK

12

Psychotherapie im Alter  
Prof. Dr. Dr. Rolf D. HIRSCH

15

Fit sein ist keine Frage des Alters  
Philippe PETERS

20

Physical and cognitive activities have the potential to prevent age-associated deficits  
Dr. Jean-Paul STEINMETZ

25

## **PRAXISBEZOGENE GESUNDHEITSFÖRDERUNGS- UND PRÄVENTIONS-PROGRAMME IM BLICKPUNKT**

Verhindern und Verzögern:  
Implementationsparameter der sekundären Prävention bei der Alzheimer Krankheit  
Prof. Dr. Tobia HARTMANN

28

Les immigrants portugais au Luxembourg: Projets futurs et bien-être  
Dr. Isabelle ALBERT, Stephanie BARROS COIMBRA & Kelly ADAO DO CARMO

32

Potential des Interventionsansatzes  
„Lebenstraining: Die 7 Kernbereiche meiner Gesundheit“  
zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter  
Dr. Marta GONÇALVES and Dr. Benjamin COOK

36

Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ – Langzeitwirkungen erfolgreicher Zusammenarbeit von Gesundheitsberater-Expertenteam und Hausarztpraxen im regionalen Gesundheits-Netzwerk  
Dr. Ulrike DAPP

39

Ageing well – Yes we can! Neuer praktischer Ansatz zur nationalen Gesundheitsförderung  
Simon GROSS

47



**Corinne CAHEN**

Ministre de la Famille et de l'Intégration

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter. Si dans les années 70, elle se situait autour de 70 ans, nous pouvons aujourd'hui espérer atteindre plus de 80 ans, tout en restant actifs et en forme.

La promotion d'une vie saine est extrêmement importante. Le maintien en bonne santé permet aux seniors de continuer à participer à la vie dans tous les domaines de la société, de lancer de nouveaux projets et de faire bénéficier les jeunes générations de leurs expériences et compétences.

Le gouvernement luxembourgeois promeut une politique du vieillissement actif, basée sur une conception positive du troisième âge et axée sur le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées.

Il soutient ainsi le RBS – Center fir Altersfroen, de même que les Clubs Seniors et autres associations dans leurs activités de prévention et de développement des capacités physiques, psychiques et sociales. Le ministère de la Famille participe en outre depuis 2006 à la campagne nationale «Gesond iessen, méi bewegen – GIMB».

Je suis particulièrement contente que le RBS – Center fir Altersfroen ait choisi le thème de la promotion de la santé et de la prévention pour cette nouvelle édition du magazine «Angewandte Forschung».

J'espère que cette publication permettra de sensibiliser davantage à l'importance de la promotion de la santé à l'âge adulte avancé.

La publication est conçue pour donner des pistes concrètes et développer un programme adapté au niveau national. Elle met l'accent sur des bonnes pratiques et propose des démarches innovantes pour répondre aux défis d'un vieillissement sain de la population.

Merci aux experts en psychiatrie, neurologie, psychologie, gériatrie et gérontologie, nationaux et internationaux, qui y ont contribué.

Merci à service RBS, non seulement pour son travail de recherche, mais aussi pour l'ensemble de ses activités en faveur du bien-être des personnes âgées au Luxembourg.

Je souhaite à toutes et à tous une lecture riche et intéressante.

**Corinne CAHEN**

Ministre de la Famille et de l'Intégration



**Dr. Martine HOFFMANN**

Leiterin der Abteilung für angewandte Forschung Cellule de Recherche

## „Nun sag, wie hast du's mit der Prävention?“ Von der Gretchenfrage zum Gesundheitsimperativ

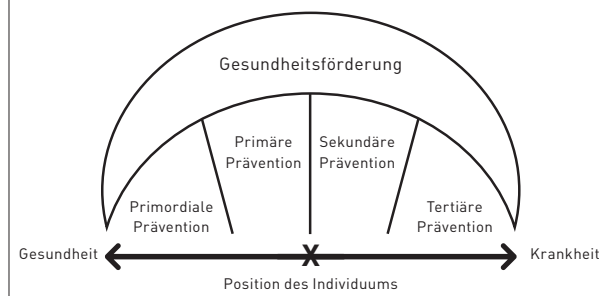
Kaum ein Sprachbild ist in der Vorstellung der Menschen so fest verankert wie der Slogan: Vorbeugen ist besser als heilen. Doch was so trivial klingt, ist in der konkreten Umsetzung im Lebensalltag oft wesentlich komplizierter. Klassisches Beispiel dafür sind die guten Vorsätze, meist zu gesundheitsoptimierenden Verhaltensänderungen, die zu Beginn des neuen Jahres gefasst, aber in den wenigsten Fällen auch verwirklicht bzw. konsequent durchgehalten werden. Denn auf dem Weg vom guten Vorsatz bis hin zur nachhaltigen Verhaltensänderung sind einige Hürden zu überwinden.

### Prävention oder: „Am Anfang war das Wort“

Zunächst einmal scheint eine begriffliche (Er)klärung sinnvoll, um verhaltenswirksame Maßnahmen auf mikro-, meso- und makrosystemischer Ebene entsprechend ihrer Zielsetzungen und Wirkeffekten konzeptuell voneinander abgrenzen zu können. Der alltagssprachliche Begriff „vorbeugen“ meint in aller Regel sowohl das Stärken gesundheitsbezogener Ressourcen und Kompetenzen (*primordiale Prävention oder Gesundheitsförderung*) als auch die gezielte Reduktion von Krankheitsrisiken (*primäre Prävention*). Der Begriff „heilen“ fokussiert dagegen auf kurative (*sekundär präventive*) sowie auf wiederherstellende restitutive Bemühungen (*tertiäre Prävention*).

Dass die Begrifflichkeiten Prävention und Gesundheitsförderung in der einschlägigen Literatur nicht einheitlich beschrieben werden, mag darin begründet sein, dass die zahlreichen konzeptuellen Überschneidungen eine klare Abgrenzung erschweren. Betrachtet man jedoch Gesundheit und Krankheit als *Kontinuum*, so lassen sich Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich ihrer Zielsetzungen und zeitlichen Ansatzstellen sehr wohl voneinander abgrenzen (Hoffmann, Recchia, & Ferring, 2010).

**Abbildung 1: Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen entlang des Gesundheits-/ Krankheitskontinuums**



(Hoffmann, Recchia & Ferring, 2010, S. 1188)

Vor dem Hintergrund dieser Betrachtungsweise zielt Prävention vor allem auf das Zurückdrängen der Krankheitslast ab, d.h. zu verhindern, dass sich die Position der Person verstärkt in Richtung Krankheit verschiebt. Gesundheitsförderung wird dabei als übergeordnetes Mantelkonzept verstanden, das alle Stufen der Prävention umschließt und auf die Verlagerung der Position der Person in Richtung Gesundheit ausgerichtet ist. Dieser Definition liegt ein Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention als *zwei äquifinale komplementäre Prozesse entlang des Gesundheits-/Krankheitskontinuums* zugrunde.



Konkrete Maßnahmen können dabei auf *verhältnis-* oder verhaltenspräventiven Ansätzen fußen, je nachdem, ob sie strukturelle Veränderungen der Lebensbedingungen der Menschen anstreben (z.B. Umwelt, Freizeit, Familie) oder Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten (z.B. Aufklärung, Information, Stärkung der Persönlichkeit) nehmen. Sie können entweder „spezifisch“ auf eng umschriebene Störungen oder Phänomene abzielen oder „unspezifisch“ auf eine allgemeine Verbesserung der Gesundheit ausgerichtet sein, sich „populationsbezogen“ auf die Gesamtbevölkerung oder „zielgruppenspezifisch“ auf Risikogruppen fokussieren (siehe Perrez, 1998).

## Aber jetzt konkret: Wie funktioniert Prävention?<sup>1</sup>

Damit Präventionsmaßnahmen greifen können, muss man zunächst verstehen, wie die Menschen „ticken“, die man zu diesem Verhalten bewegen möchte. Menschen sind in aller Regel Gewohnheitstiere mit mehr oder weniger stark ausgeprägten hedonistischen Wesenszügen oder hedonistische Wesen mit ausgeprägten Gewohnheiten. Wie dem auch sei, kaum jemand verhält sich intuitiv präventiv. Vielmehr muss Gesundheitsbewusstsein gelernt und trainiert werden und zwar so früh wie möglich. Denn unsere Gesundheitsverhaltens-Biographie zieht ihre Kreise – im positiven wie im negativen Sinne – durch unser gesamtes Leben und gibt zugleich, entsprechend dem *Leitsatz past behavior is the best predictor for future behavior*, auch die Richtung für künftiges Verhalten vor. Gesundheitsedukation und -sozialisation sollten daher idealerweise im Kindesalter ansetzen.

Schulen sind in dem Zusammenhang wichtige Dreh- und Angelpunkte, um flächendeckend entsprechende entwicklungsangemessene Kompetenzen zu vermitteln. Langzeitstudien belegen, dass eine frühzeitige Gesundheitserziehung prägend für die weiteren Lebensabschnitte wirkt und zahlreiche Gesundheitsparameter im Erwachsenenalter positiv beeinflusst (Hancox, Milne, & Poulton, 2004). So zeigte sich beispielsweise in der *Cardiovascular Risk in Young Finns Study*, dass die Qualität der Ernährung in der Kindheit und die körperliche Aktivität im Jugendalter die besten Prädiktoren für die Qualität der Ernährung im Erwachsenenalter 21 Jahre später waren (Mikkilä, Räsänen, Raitakari, Pietinen, & Viikari, 2004). Umgekehrt ist ein defizitäres Gesundheitsbewusstsein im Kindes- und Jugendalter, meist in Verbindung mit unzureichenden personalen, sozialen und familiären Ressourcen, signifikant häufiger mit verstärktem Risikoverhalten und gesundheitsgefährdenden Lebensgewohnheiten auch in späteren Lebensabschnitten verbunden.

## Zug abgefahren, Chance verpasst ...? Oder: „Wer die Wahl hat, hat die Wahl?“

In Bezug auf persönliches Gesundheitsverhalten hat man im Erwachsenenalter – zumindest bedingt – immer *die Wahl* und somit auch ein Stück weit die (Mit-)Verantwortung. Gesundheitsförderung kann zwar nicht früh genug anfangen, umgekehrt ist es aber auch nie zu spät, um damit zu beginnen. Dass dies ein komplexes Unterfangen darstellt, ist unbestritten, denn Gewohnheiten – gute wie schlechte – sind in aller Regel extrem änderungsresistent. Eine nachhaltige Verhaltensänderung zu erzielen, wird umso schwerer, je weniger Veränderungsdruck verspürt wird (*hedonistisches Prinzip*), je mehr routinierte Gewohnheitsmuster durchbrochen und neue Kompetenzen erworben werden müssen und je weniger ein direkter Nutzen oder Gewinn erkennbar ist. Erfreulicherweise gibt es viele gute Gründe auf privater, betrieblicher und gesellschaftlicher Ebene, die zum Umdenken motivieren: Denn Gesundheitsförderung kann die individuelle Lebensqualität und das Wohlbefinden steigern. Gesundheitsförderung kann zur besseren Leistungsfähigkeit beitragen. Gesundheitsförderung kann Fehlzeiten reduzieren. Gesundheitsförderung kann soziale Kontakte fördern. Gesundheitsförderung kann Spaß machen. Und Gesundheitsförderung kann Kosten der Krankenversorgung einsparen. Diese Aufzählung ließe sich um etliche weitere Beispiele fortführen (vgl. Rosenbrock, 2008).

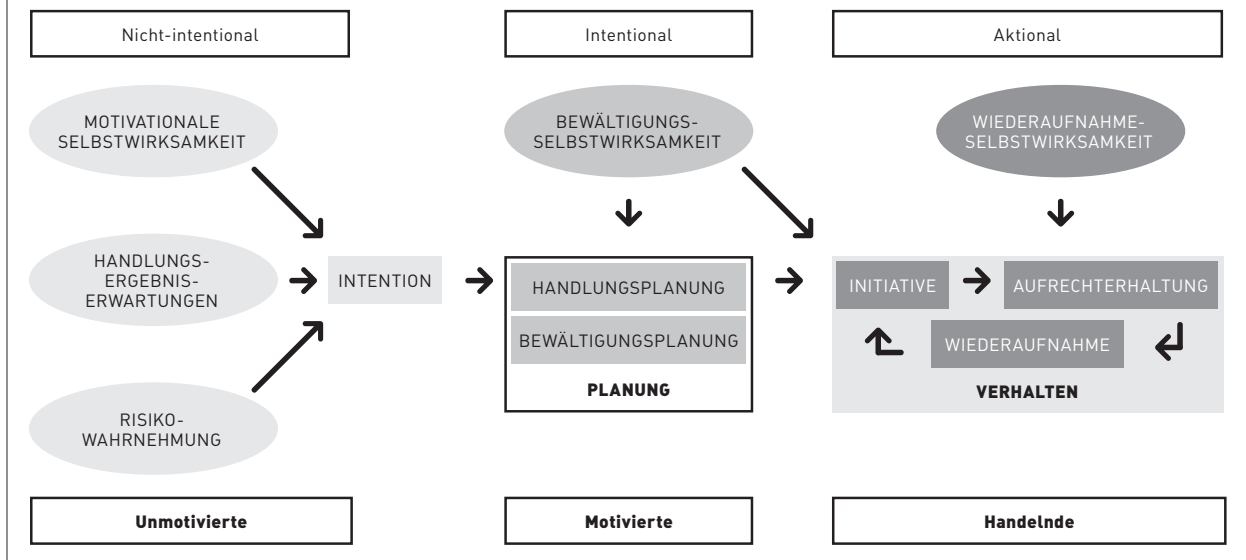
## Die Argumente sind überzeugend, aber wie handlungsleitend sind sie?

Exemplarisch und ohne Anspruch auf Exhaustivität sei in der Folge das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens skizziert, auf Englisch auch *Health Action Process Approach* Modell genannt, das sich empirisch zur Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Veränderung von Gesundheitsverhalten bewährt hat (Schwarzer, 2008). Um eine Verhaltensänderung zu erzielen, sind, laut Modell, zwei wesentliche Phasen – zuerst die motivationale Phase, dann die volitionale Phase – zu durchlaufen.

Zunächst geht es darum, eine Motivation, sprich eine Absicht, zur Verhaltensänderung zu erzeugen. Machen Personen sich nur wenig Gedanken über ihr (Gesundheits-)Verhalten und kennen die damit verbundenen potentiellen Risiken nicht (bzw. unterschätzen, leugnen diese), werden sie wohl kaum ihre Gewohnheiten zu ändern beabsichtigen. Am Beispiel des körperlichen Übergewichts mag sich der „Unmotivierte“ fragen: „Wozu abnehmen, wenn ich doch trotz meiner überflüssigen Kilos gesund und zufrieden bin?“ Der Motivationsprozess kann dadurch beflügelt werden, dass sich Veränderungen auf den Parametern der Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartungen und Selbstwirksamkeit abzeichnen. Das Konzept der Risikowahrnehmung umfasst das Bewusstsein für die eigene Gefährdung bezüglich bestimmter Krankheiten („Mein Arzt meinte, mein Übergewicht erhöhe drastisch das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, etc.“) oder das Ausmaß der erlebten

<sup>1</sup> In den nachfolgenden Ausführungen wird der Fokus auf Gesundheitsförderung und Primärprävention gelegt. Aus Gründen der Vereinfachung und Leserfreundlichkeit des Textes werden die beiden Begriffe abwechselnd synonym verwendet.

Abbildung 2: Health Action Modell nach Schwarzer (1992)



Symptome („Bei körperlicher Anstrengung bin ich schnell erschöpft oder bekomme Atemnot“). Dies allein reicht aber nicht aus, um eine tatsächliche Verhaltensänderung zu bewirken. Dazu sind zusätzlich Handlungsergebniserwartungen zu berücksichtigen, die die wahrgenommenen Kontingenzen zwischen Aufgeben bzw. Beibehalten eines Gesundheitsverhaltens und möglichen Konsequenzen beschreiben. Werden überwiegend positive Erwartungen mit dem Gesundheitsverhalten assoziiert („Durch eine gezielte Gewichtsabnahme kann ich mein Krankheitsrisiko stark reduzieren, mein Wohlbefinden und meine Lebensenergie steigern“), so begünstigt dies die Intentionsbildung („Ich will mein Gewicht reduzieren“), sofern ein Mindestmaß an Selbstwirksamkeit vorhanden ist. Selbstwirksamkeit spiegelt die Überzeugung wider, bestimmte Verhaltensweisen trotz antizipierter Hürden allein dank der eigenen Kompetenz ausführen zu können („Ich kann das durchziehen, wenn ich es auch wirklich möchte!“).

Ist die Intention gefasst, geht es in einer zweiten („volitionalen“) Phase darum, die Verhaltensänderung zu planen, in konkretes Verhalten umzusetzen und aufrechtzuerhalten, auch wenn Hindernisse auftreten. An dieser Stelle unterscheidet man zwischen Personen, die zwar die Intention haben, sich ein bestimmtes Verhalten anzueignen, dies aber noch nicht tun („Motivierte“), und solche, die das Zielverhalten bereits ausführen („Handelnde“).

Für „Motivierte“ gilt, ihre Zielsetzung in konkretes Verhalten umzusetzen. Als Schlüsselfaktor zwischen Absicht und Verhalten tritt die Planung. Dabei wird zwischen Handlungs- und Bewältigungsplanung unterschieden. Die Handlungsplanung spezifiziert die konkreten Bedingungen *Wann*, *Wo* und *Wie* das Zielverhalten umgesetzt werden soll. Bezogen auf das vorherige Beispiel, kann man damit beginnen, Pläne (z.B. für Ernährung und Bewegung) aufzustellen und das wann, wo, wie explizit aufzuschreiben (z.B. „Ich nehme überall, wo ich hingehe immer die Treppe und nicht mehr den Fahrstuhl“).

Die Bewältigungsplanung sieht Strategien vor, wie mögliche Hürden und antizipierte Schwierigkeiten effizient gemeistert werden können („Was mache ich, wenn ich schon in Verspätung bin?“), damit das Zielverhalten unablässig weiterverfolgt werden kann („Dann laufe ich stattdessen zu Hause eine Runde um den Block“). Konkrete Handlungspläne sollten dabei immer an die Kompetenz des Betroffenen angepasst sein, damit die geplante Handlung auch ausgeführt und Frustration verhindert wird. Während die Handlungsplanung vor allem bei der Verhaltensinitiiierung eine wichtige Rolle spielt, ist die Bewältigungsplanung sowohl bei der Initiierung als auch bei der Aufrechterhaltung eines Verhaltens wichtig. Eine hohe Selbstwirksamkeit spielt phasenübergreifend eine wichtige Rolle im Veränderungsprozess und kann (z.B. durch messbare Handlungserfolge) gezielt verstärkt werden.

Im Rahmen der Entwicklung **gesundheitsförderlicher Interventionen** kann diese Dreiteilung (Unmotivierte, Motivierte, Handelnde) herangezogen werden, um Personen „dort abzuholen, wo sie gerade aus motivationaler Sicht stehen“ und somit den Veränderungsprozess zielgerichtet voranzubringen (weiterführende Literatur siehe Schwarzer & Fleig, 2014).

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen sollte deutlich geworden sein, dass gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen nicht infolge von voneinander losgelösten *one-shot* Aktionen zu erwarten sind, sondern als ein in ein übergeordnetes, handlungstheoretisches Gesamtkonzept eingebettetes, prozessuales Geschehen zu verstehen sind. Damit dies bestmöglich gelingen kann, sind Bemühungen und Maßnahmen auf allen Systemebenen notwendig. Um den Gedanken einer populationsbezogenen Gesundheitsförderung stringent zu Ende zu denken, ist auf sozial- und gesundheitspolitischer Ebene ein Paradigmenwechsel unumgänglich, der da lautet: Weg von der medizinischen „Reparatur-Logik“ hin zu einem Gesundheitsförderungsansatz, der die Erhaltung und Stärkung von gesundheitsbezogenen Ressourcen in den Vordergrund stellt.



„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (...). Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“  
(Ottawa-Charta der WHO, 1986)

Die makrosystemische Forderung lautet „**Gesundheit neu-denken**“ und „**neu-(be)handeln**“. Anstrengungen sollten vermehrt in Richtung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik gehen, um, in vereinten verhältnispräventiven Aktionen, Kontexte und Bedingungen zu schaffen, die eine gesundheitliche Chancengleichheit begünstigen. Was vielleicht in jungen Jahren an Gesundheitserziehung versäumt wurde, kann im Erwachsenenalter, ganz im Sinne des „Lifelong learning“, idealerweise über (integrierte) Gesundheitsförderungskonzepte und -programme gezielt angesprochen, trainiert und kompensiert werden. Dabei gilt es natürlich auch, mögliche Hindernisse zu identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen können. Ein in diesem Zusammenhang immer wieder auftauchendes Problem ist und bleibt die „Zielgruppenerreichung“. Anders formuliert: Die Personen, die am meisten von den Angeboten profitieren würden, nehmen (meist) nicht teil. Politische Überlegungen müssten demnach vorrangig auch in Richtung einer Lösung dieses „Präventionsdilemmas“ geführt werden. Die Begünstigung von niedrigschwelligen Zugängen zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen, kulturfairer Vermittlung von gesundheitsrele-

vanem Wissen, partizipativer Gestaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Verhaltenskontexten (z.B. Lebens- und Arbeitsbedingungen), zielgruppenspezifischer Entwicklung von Gesundheitskompetenzen sowie Empowerment-Prozesse zum eigen- und mitverantwortlichen Gesundheitshandeln auf verschiedenen Systemebenen können hier mögliche Denkanstöße liefern.



„Prävention darf keine Gretchenfrage sein, sondern soll gleichermaßen als persönlicher, familiärer, betrieblicher und politischer Imperativ im Sinne einer allgemeinen gesamtgesellschaftlichen Orientierung gelten!“  
Dr. Martine Hoffmann

Die vorliegende Ausgabe des Magazins „angewandte Forschung“ ist so aus gutem Grund dem hochaktuellen Thema der Gesundheitsförderung und Prävention gewidmet und enthält Fachbeiträge von Experten aus den Bereichen Medizin, Neurologie, Gesundheitspsychologie, Psychogerontologie und Psychotherapie, in denen sich zugleich auch der Facettenreichtum des Themenspektrums spiegelt.

Den Autoren sei für ihre Fachbeiträge, ihr Engagement und die durchwegs konstruktive Zusammenarbeit im Rahmen der vorliegenden Ausgabe des Magazins „angewandte Forschung“ ganz herzlich gedankt. Besonderer Dank gilt den Lektorinnen für ihre fachkundige und hochwertige Unterstützung beim Korrekturlesen der Texte.

Den Lesern wünsche ich eine aufschlussreiche, motivierende und bewegende Lektüre.

**Dr. Martine HOFFMANN**

#### Literaturverzeichnis

- Hancox, R. J., Milne, B. J., & Poulton, R. (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet*, 364, 257-262.
- Hoffmann, M., Recchia, S., & Ferring, D. (2009). Psychologische Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext chronischer Erkrankungen. In H. Willems et al. (Hrsg.). *Handbuch der sozialen und erzieherischen Arbeit in Luxemburg* (S.1185-1194). Editions Saint-Paul.
- Mikkilä, V., Räsänen, L., Raitakari, O.T., Pietinen, P., & Viikari, J. (2004). Longitudinal changes in diet from childhood into adulthood with respect to risk of cardiovascular diseases: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 1038-1045.
- Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986). Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, gefunden am 15. Januar 2016 unter <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>.
- Perrez, M. (1998). Prävention und Gesundheitsförderung. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 366-390). Bern: Huber.
- Rosenbrock, R. (2004). Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M. & Schroer, A. (Hrsg.). *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit*. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW, S. 7-149.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-242). Washington DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied psychology*, 57(1), 1-29.
- Schwarzer, R., & Fleig, L. (2014). Von der Risikowahrnehmung zur Änderung des Gesundheitsverhaltens – Ein langer Weg. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 64 (5) 338-341.