

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
in Prävention, Intervention und Rehabilitation



edws

Edition Waldschlösschen Materialien

In der Edition Waldschlösschen Materialien veröffentlicht die Akademie Waldschlösschen Dokumentationen und Materialien. Auch Beiträgen von Kooperationspartner*innen des Waldschlösschens steht die in unregelmäßiger Folge erscheinende Schriftenreihe offen. Die Schriftenreihe wird herausgegeben von Dr. Rainer Marbach.

Herausgeber dieses Heftes

Marcel Hackbart

Projektmitarbeiter in der Akademie Waldschlösschen im „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit“



**Selbst.verständlich
Vielfalt**

**Kompetenznetzwerk zum Abbau von
Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit**

Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher
Selbstbestimmung und Vielfalt!

www.selbstverstaendlich-vielfalt.de

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
in Prävention, Intervention und Rehabilitation

Edition Waldschlösschen

Materialien

Heft 30

Impressum

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen Band 2. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation.

Edition Waldschlösschen Materialien / Heft 30

© Waldschlösschen Verlag

Göttingen 2021

Umschlagfoto:

istock/congerdesign

Gestaltung und Herstellung:

neueform corporate designers

1. Auflage 2021

ISBN 978-3-937977-22-5

Herausgegeben von der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Bundesprogramm „Demokratie leben!“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) dar. Für inhaltliche Aussagen trägt der*die Autor*in bzw. tragen die Autor*innen die Verantwortung.

3. Gesundheitsverhalten und -modelle

Neben der Planung, Durchführung und Evaluation präventiver sowie gesundheitsförderlicher Maßnahmen beschäftigt sich u. a. die Gesundheitspsychologie mit dem Phänomen des Gesundheitsverhaltens (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2017). Was ist gesundheitsförderlich bzw. -gefährdend? Wodurch wird das gesundheitliche Verhalten beeinflusst? Wie können gesundheitsbezogene Verhaltensweisen verändert, umgesetzt sowie aufrechterhalten werden? Das gesundheitspsychologische Forschungsgebiet zielt also darauf ab, Gesundheitsverhalten mit dessen Bedingungsfaktoren zu erklären, um perspektivisch Maßnahmen für Verhaltensänderungen entwickeln zu können (Faltermaier, 2005; Knoll et al., 2017). Mit Einflussfaktoren sind u. a. Kognitionen (Gedanken), Einstellungen, Selbstwirksamkeitserwartungen oder Motivation gemeint, die dem gesundheitsförderlichen oder auch -gefährdenden Verhalten vor- bzw. nachgestellt sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese in einem politischen und gesellschaftlichen System entstehen und durch dieses beeinflusst werden (→ [Salutogenese](#)). Bevor die Entstehung anhand ausgewählter Gesundheitsmodelle fokussiert wird, soll zunächst das Phänomen des Gesundheitsverhaltens konkretisiert werden.

Gesundheitsverhalten

In Anlehnung an die zahlreichen Theorien und Modelle, welche die Entstehung oder Veränderung von Gesundheitsverhalten postulieren, werden verschiedene Begriffsbestimmungen zu dem Phänomen vorgeschlagen (Rehn, 2019). Folgend werden beispielhaft vier Begriffsbestimmungen gelistet:

- Gesundheitsverhalten beinhaltet alle Reaktions- und Verhaltensweisen, die mit Gesundheit und Krankheit in Verbindung stehen (Koos, 1954, nach Brinkmann, 2014).

- Gesundheitsverhalten dient der Erhaltung oder Förderung von Gesundheit (Schwarzer, 2004, nach Brinkmann, 2014).
- „Gesundheitsverhaltensweisen sind Handlungen, für die nach dem derzeitigen Stand des Fachwissens erwartet wird, dass sie den Gesundheitszustand aufrechterhalten, ihn verbessern oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegenwirken“ (Reuter & Schwarzer, 2009, S. 34).
- „Unter Gesundheitsverhalten versteht man ein Verhalten, ein Verhaltensmuster, eine Handlung oder eine Gewohnheit, die mit der Erhaltung, Wiederherstellung oder mit der Verbesserung von Gesundheit in einem Zusammenhang steht“ (Knoll et al., 2017, S. 26).

Eine Begriffsbestimmung gesundheitsbezogenen Verhaltens, die allgemein und umfassend ist, sollte nach Salewski und Opwis (2018, S. 35) alle „Verhaltensweisen einschließen, die

- nachgewiesen gesundheitsförderlich sind.
- nachgewiesen gesundheitsschädlich sind.
- je nach Ausgestaltung entweder gesundheitsförderlich oder -schädigend sein können.
- dazu dienen, Krankheit zu verhindern oder frühzeitig zu entdecken.
- nur im Fall einer chronischen oder akuten Krankheit gesundheitsrelevant sind.
- nur bei bestimmten Personengruppen gesundheitsrelevant sind.“

Zusammenfassend wird also angenommen, „dass durch Gesundheitsverhalten die Wahrscheinlichkeit erhöht [wird] [...], Krankheiten [zu vermeiden] [...] oder Gesundheit [zu erhalten]“ (Faltermaier, 2005, S. 172). Exemplarisch gehören zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen alle Maßnahmen, die Heilungsprozesse unterstützen, wie die

Befolgung ärztlicher Anordnungen, Safer Sex, Tragen von Mund-Nasen-Schutz, Zahnpflege oder regelmäßige Gesundheitskontrollen. Dabei wird auch zwischen dem habituellen, gewohnheitsmäßigen (z. B. tägliche Zahnpflege) und aktuellem Gesundheitsverhalten (z. B. kurzfristig Vorsorgetermin vereinbaren) unterschieden, die sich wiederum in Form kurzfristiger (z. B. Sonnencreme gegen Sonnenbrand) und/oder langfristiger (z. B. Sonnencreme gegen Hautkrebs) Effekte niederschlagen kann.

Aufgrund der Relevanz gesundheitsförderlichen Verhaltens kann die Frage aufgeworfen werden, wie die Entstehung verläuft und warum intra- bzw. auch interindividuell unterschiedliche Verhaltensweisen gezeigt werden (Lippke & Renneberg, 2006). Um die Komplexität der Entstehungsprozesse gesundheitsbezogener Verhaltensweisen zu verstehen, wurden verschiedene Theorien mit dazugehörigen Erklärungsmodellen entwickelt. Je nach Forschungsansatz werden in den Modellen verschiedene Aspekte betrachtet, die für das Gesundheitsverhalten relevant sind. Gründe für gesundheitsförderndes Denken kann vielseitig sein (gutes Aussehen, soziale Kontaktpflege, Freude an Bewegung etc.). Es werden zahlreiche Theorien und Modelle in Publikationen im Bereich Public Health erwähnt, die mehr oder weniger stark voneinander abgegrenzt werden können. Dabei wird zwischen den sogenannten Stadien- und Prädiktionsmodellen differenziert, die sich u. a. in ihren Annahmen zum Entstehungsprozess gesundheitlichen Handelns unterscheiden.

Stadien- und Prädiktionsmodelle

Es gibt drei Klassen von Gesundheitsmodellen: (1.) kontinuierliche Prädiktionsmodelle, (2.) dynamische Stadienmodelle und (3.) Hybridmodelle, die die ersten beiden Annahmen miteinander verzahnen (Brinkmann, 2014; Heuse & Knoll, 2018; Knoll et al., 2017; s. Tabelle 1). Die kontinuierlichen Modelle beschreiben Zusammenhänge von Prädiktoren (Einflussfaktoren) mit gesundheitsbezogenen Verhalten. Dabei wird angenommen, dass die Zunahme der Ausprägung des Prä-

Kontinuierliche Prädiktionsmodelle	Dynamische Stadienmodelle
Linear: Verhalten setzt sich kontinuierlich fort	Prozesshaft: Verhalten setzt sich dynamisch stufenweise fort oder fällt zurück
Je stärker die Prädiktoren ausprägt sind, desto wahrscheinlicher ist eine Veränderung bzw. das Gesundheitsverhalten	Das Verhalten einer Person kann einer Stufe bzw. Phase zugeordnet werden, das sich vom Verhalten in anderen Stufen/Phasen unterscheidet
Fokussiert werden affektive und kognitive Faktoren, wie Einstellungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, Überzeugungen etc.	Fokussiert werden Vorstufen zum Zielverhalten und Phasen der Verhaltensveränderung
Beispiele: – Theorie des geplanten Verhaltens – Prototype/Willingness-Modell – Health-Belief-Modell – Theorie der Schutzmotivation – Sozial-kognitive Theorie	Beispiele: – Transtheoretisches Modell – Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns – Rückfallmodell – AIDS Risk Reduction Model

Tabelle 1: Differenzierung zwischen Prädiktions- und Stadienmodellen

diktors linear, kontinuierlich bzw. gleichmäßig mit der Wahrscheinlichkeit für das Gesundheitsverhalten einhergeht. Beispielsweise kann angenommen werden, dass je nützlicher ein Kondom beim Sex zur Prävention von HIV empfunden wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eins genutzt wird. Die dynamischen Stadienmodelle haben gemeinsam, dass sie gesundheitsbezogenes Verhalten als einen Prozess beschreiben, der sich in verschiedene Phasen einteilen lässt. Das transtheoretische Modell ist eines der verbreitetsten Stadienmodelle, auf das nach der sozial-kognitiven Theorie, dem Health-Belief-Modell und dem Prototype/Willingness-Modell im Folgenden näher eingegangen wird.

Ausgewählte Gesundheitsmodelle

Selbstwirksamkeit: Sozial-kognitive Theorie

Die von Albert Bandura entwickelte sozial-kognitive Theorie (Bandura, 1977) wurde im Rahmen der kognitiven Wende in den 1960er Jahren zur Erklärung von Verhalten entwickelt (Lippke & Renneberg, 2006). Die Gesundheitspsychologie bedient sich dieser Lerntheorie, die allerdings nicht vorrangig zur Erklärung von Gesundheitsverhalten entwickelt wurde (Lippke & Wiedemann, 2007). In diesem Prädictionsmodell wird davon ausgegangen, dass die (1.) individuelle Selbstwirksamkeitserwartung, (2.) Handlungsergebniserwartung und (3.) weitere sozial-kognitive Determinanten auf die Änderungsabsicht bzw. Intention Einfluss nehmen und damit auf die letztendliche Verhaltensänderung (Brinkmann, 2014; Finne & Gohres, 2020; Lippke & Renneberg, 2006). Allerdings muss angemerkt werden, dass zumeist die Intention beeinflusst wird, aber die Intention nicht immer umgesetzt wird, was bekannt ist als „Intentions-Verhaltens-Lücke“ (u. a. Sheeran & Webb, 2016).

Eine direkte und wichtige Voraussetzung für die eigenständige Änderung des Lebens stellt eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung dar. Unter der Selbstwirksamkeitserwartung ist die eigene Überzeugung bzw. Erwartung zu verstehen, ein Verhalten (trotz Widerstände) erfolgreich ausführen zu können, das notwendig ist, um ein gewünschtes Ziel zu erreichen (Bandura, 1977). Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung können eigene und/oder stellvertretende Erfolgserfahrungen, verbale Verstärkung von außen oder physische und affektive (emotionale) Zustände sein (vgl. Brinkmann, 2014; Finne & Gohres, 2020). Für das sozial-kognitive Modell stellt weiterhin die Ergebniserwartung einen wichtigen Baustein zur Intentionsbildung dar, die entweder positiv oder negativ bewertet werden kann. Die Ergebniserwartung kann drei Komponenten haben: (1.) physisch (z. B. Wohlbefinden), (2.) sozial (z. B. Einstellungen von Freund*innen) und (3.) selbstevaluativ (z. B. Stolz).

Weiterführend werden soziokulturelle (z.B. Gesetze und Richtlinien), behindernde (z.B. diskriminierende Erfahrungen) und unterstützende Variablen (z.B. soziale Unterstützung) als bedeutende Umgebungsvariablen für die Intentionbildung betrachtet (vgl. Brinkmann, 2014; Finne & Gohres, 2020). Bei der Zielsetzung erfolgt eine Unterscheidung in kurzfristige („Ich nehme mir vor, am Freitagabend nur ein Glas Wein auf der Party zu trinken“) sowie langfristige Ziele („In Zukunft möchte ich weniger Alkohol konsumieren“). Beide Arten von Zielsetzungen wirken sich auf das Verhalten aus. Im Rahmen der sozial-kognitiven Theorie wird deutlich, dass die Entstehung bzw. Veränderung gesundheitsförderlichen Verhaltens ein Resultat aus vornehmlich unterstützenden Prädiktoren darstellt. Je höher die wahrgenommene Unterstützung oder je positiver die Ergebniserwartung ist, desto eher wird überhaupt eine Intention bzw. Handlungsabsicht entwickelt.

In Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt müssen queere Menschen Selbstwirksamkeitserwartungen im Umgang mit ihrer Gesundheit aufbauen (so wie heterosexuelle, endo, cis Menschen auch) sowie gleichzeitig im Umgang mit ihrer Geschlechtlichkeit und/oder sexuellen Orientierung im Gesundheitswesen, um keine Fehlbehandlungen zu erhalten (z.B. bei der Einnahme von zusätzlichen Hormonen). So wird ein Coming-Out, z.B. im Bereich der Gynäkologie zwar als sinnvoll erlebt und die meisten queeren Frauen outen sich, jedoch nicht in jedem Fall (→ [Gynäkologie](#)). Außerdem können positiv zu bewertende Ergebniserwartungen dadurch entstehen, dass queere Menschen diskriminierungssensible Interaktionen mit Gesundheitsfachkräften erleben (→ [Band 1 Beziehung](#)).

Kosten-Nutzen-Rechnungen: Das Health-Belief-Modell

Das Health-Belief-Modell (Modell der Gesundheitsüberzeugungen) als kontinuierliches Prädiktionsmodell nimmt an, dass die Ausprägung von vermuteten Einflussfaktoren das Gesundheitsverhalten vorhersagen kann (Brinkmann, 2014; Rehn, 2019). Dabei stellen (1.) die Kosten-

Nutzen-Rechnung sowie (2.) die eigene Vulnerabilitätseinschätzung für Erkrankungen die Ausgangspunkte des Modells dar. Je höher die individuelle Bedrohung, eine Krankheit zu entwickeln, wahrgenommen wird, desto wahrscheinlicher ist es, dass gesundheitsförderliche bzw. präventive Verhaltensweisen gezeigt werden. Damit einhergehend wird allerdings auch eingeschätzt, welche „Kosten“ (finanziell, emotional, Aufwand etc.) bzw. welchen „Nutzen“ (für die Gesundheit) ein verändertes Verhalten hätte. Neben der Krankheitsbedrohung erfolgt also ein Abwägen, welche Kosten für die Umstellung auf gesundheitsförderliches Verhalten im Vergleich zu dem letztendlichen Nutzen stehen. Dementsprechend nimmt das Health-Belief-Modell an, dass je höher der Nutzen präventiver Maßnahme sowie die Bedrohungswahrnehmung und je geringer die Kosten bzw. der Aufwand sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass ein bestimmtes Gesundheitsverhalten gezeigt wird.

Es ist wichtig hervorzuheben, dass sich die Kosten und der Nutzen rein subjektiv für die jeweilige Person und Situation ergeben. Demzufolge können ungleich verteilte Kosten durch sozialen Status, Herkunft, sexuelle Orientierung, Geschlechtlichkeit, Identitäts- oder religiöse Zugehörigkeit dazu führen, dass gewisse Gesundheitsverhaltensweisen laut dem Health-Belief-Modell nicht gezeigt werden, weil sie den wahrgenommenen Nutzen übersteigen können. Insbesondere queere Menschen sind aufgrund des Minoritätenstatus von ungleich höheren Kosten betroffen, da sie u. a. Diskriminierung im Gesundheitswesen erfahren (vgl. Pöge et al., 2020). Queere Menschen befürchten häufig negative Interaktionserfahrungen im Gesundheitskontext (→ [Band 1 Gesundheit](#)), weswegen der Nutzen einer Behandlung oder einer präventiven Intervention für queere Menschen häufig nur dann die Kosten übersteigt, wenn die wahrgenommene Bedrohung hoch ist (z. B. Zahnbehandlungen → [Band 1 Zahnmedizin](#)). In anderen Worten: Viele queere Menschen, die Diskriminierung befürchten, nutzen nur dann Gesundheitsangebote, wenn es nicht mehr anders geht. Deswegen müssen Gesundheitsfachkräfte für eine vielfaltssensible Arbeit geschult werden,

um nicht (bewusst oder unbewusst) zu diskriminieren. Es kann argumentiert werden, dass ein sichtbares Diversity Management (→ [Diversity Management](#)) von Gesundheitseinrichtungen, das nicht ausschließlich für das Personal im Gesundheitssystem, sondern auch für Klient*innen bzw. Patient*innen installiert wird, die wahrgenommenen Kosten eines Besuchs für queere Menschen reduziert.

Prototype/Willingness-Modell

Das Prototype/Willingness-Modell (Gibbons, Gerrard, Blanton & Russell, 1998; Gibbons, Gerrard, Stock & Finneran, 2015; vgl. Heuse & Knoll, 2018) basiert darauf, dass nicht jedes Risiko- bzw. Gesundheitsverhalten bewusst entschieden wird, sondern auch spontan auftreten kann. Gesundheitsbezogenes Verhalten wird im Modell einerseits durch Intentionen vorhergesagt, andererseits durch die Bereitschaft (*willingness*). Diese beiden Prädiktoren wiederum werden durch die Einstellungen zum Verhalten, die subjektiven Normen (vermutete Einstellungen anderer) und Prototypen beeinflusst. Ein Prototyp ist das Bild einer Person, die für eine Gruppe als repräsentativ bzw. typisch angenommen wird (Werth, Denzler & Mayer, 2020) und beschreibt hier eine typische Person, die ein bestimmtes Gesundheits- oder Risikoverhalten nachgeht. Je positiver (1.) die eigenen Einstellungen und (2.) die angenommenen Einstellungen von anderen Personen (subjektive Normen) hinsichtlich eines gesundheitsbezogenen Verhaltens sind sowie (3.) je positiver ein Prototyp bewertet wird, desto höher ist die Intention und die Bereitschaft und folglich wird dieses Verhalten mit höherer Wahrscheinlichkeit gezeigt. Dies gilt sowohl für gesundheitsförderndes als auch -gefährdendes Verhalten und lässt sich am Beispiel von Substanzgebrauch (Graf, 2020 → [Sucht](#)) illustrieren: Stellen Sie sich eine Gruppe von schwulen Männern auf einer Party vor, in der eine Person erst seit Kurzem geoutet und nun im neuen schwulen Freundeskreis ist. Die anderen der Gruppe nehmen plötzlich Drogen ein. Die (langfristige) Intention der neuen Person in der Gruppe, keine Drogen zu nehmen, kann hier innerhalb der Situation in den Hinter-

grund rücken, wenn die anderen der Gruppe positiv (cool, lustig, nett etc.) wahrgenommen werden (als Prototypen). Der Wunsch nach Zugehörigkeit und so sein zu wollen wie die anderen kann dann dazu führen, dass die ursprüngliche Intention, keine Drogen zu nehmen, untergraben wird (vgl. Heuse & Knoll, 2018). Folglich muss in der Gesundheitsförderung und Prävention verhältnispräventiv nicht nur das Gesundheitswesen aktiv werden, in dem es Diskriminierung abbaut, sondern auch Akteur*innen an Orten, wo queere Menschen, die Risikoverhalten zeigen könnten, zusammenkommen. Eine Sensibilität für u. a. Substanzmissbrauch, Essstörungen, autoaggressives Verhalten (Selbstverletzung) und sexuelles Risikoverhalten ist angezeigt.

Transtheoretisches Modell

Das transtheoretische Modell als bedeutendstes Stadienmodell beschreibt die Entwicklung von Gesundheitsverhalten als Prozess, der einer Stufenfolge und zugleich einer dynamischen Annahme von Veränderung unterliegt (Bengel & Jerusalem, 2009; Knoll et al., 2017). Dazu werden sechs Stadien angenommen, die sich aufeinander aufbauend entwickeln, wobei jederzeit ein Rückfall bzw. eine Rückkehr zur vorherigen Stufe möglich ist (s. Abbildung 1). Die Grundidee des Modells ist, dass ein Praktizieren gesundheitsförderlichen Verhaltens bedeutet, sich lebenslang mit Situationen erfolgreich auseinanderzusetzen, die einen Rückfall darstellen könnten. Demnach ist jederzeit ein Rückfall als natürlicher Prozess, wie im Modell der Salutogenese von Antonovsky (1997 → [Salutogenese](#)) dargestellt, zu erwarten.

Die erste Stufe der Sorglosigkeit meint, dass keine Problemwahrnehmung für aktuell gesundheitsgefährdendes Verhalten vorliegt. Daran anknüpfend schließt sich die zweite Stufe – die Bewusstwerdung – an. Im Vergleich zu dem vorherigen Stadium wird ein Gesundheitsproblem deutlich, die Bedrohungswahrnehmung oder die Kosten-Nutzen-Rechnung beginnt. Nach dem Abwägen werden in der dritten Phase der Vorbereitung eine Entscheidung zur Verhaltensänderung getroffen sowie erste Schritte in Richtung Veränderung geplant. In der

vierten Stufe der Handlung werden Erleben und Verhalten aktiv beeinflusst, um das eigene Verhalten oder das Umfeld hinsichtlich des Handlungsziels umzustrukturieren. Wenn das erwünschte Verhalten über sechs Monate hinaus beibehalten und zur Routine geworden ist,

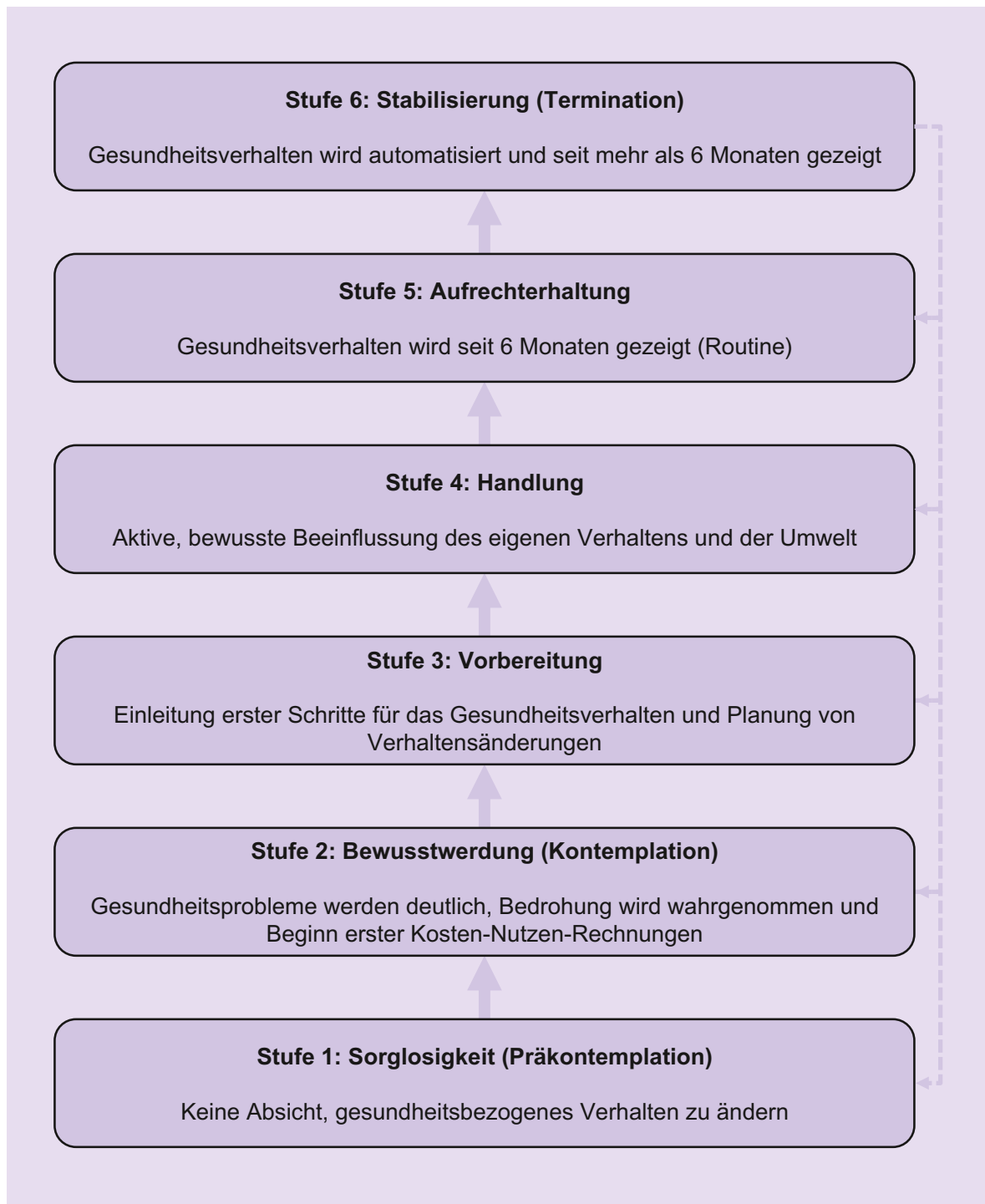


Abbildung 1: Transtheoretisches Modell

befindet sich diese Person in der Phase der Aufrechterhaltung. Je nach Literatur wird noch das Stadium der Stabilisierung vorgeschlagen, das die automatische bzw. gewohnheitsmäßige Ausführung des Zielverhaltens annimmt. Ausschlaggebend für die Stabilisierung ist, dass die Rückfallprophylaxe nicht mehr (wie in den vorherigen Stufen) fokussiert werden muss.

Für die Praxis kann das Modell äquivalent für präventive Interventionen eingesetzt werden. Damit einhergehend betrachtet dieses Modell eine Verhaltensänderung individuell mit dessen Lebensumständen, finanziellen Möglichkeiten, Diskriminierungserfahrungen usw. Wenn sich beispielsweise eine queere Person in der Sorglosigkeitsstufe bezüglich der Prävention vor sexuell übertragbaren Infektionen befindet, kann eine Sensibilität der Person mit der Vergabe von Informationsmaterial oder durch die Anbindung an Communitys hergestellt werden (→ Empowerment). Aber auch das Erkennen der personenbezogenen Lebenswelt durch Gesundheitsfachkräfte, um Möglichkeiten zur Veränderung zu verstehen, sind für den Schritt in die nächste Stufe maßgeblich. In der Handlungsphase sind Gruppenangebote zum Austausch über Erfahrungen, motivationsfördernde Einzelgespräche oder der Einbezug von nahestehenden Personen eher zielführend.

Fazit

Gesundheitsverhalten beschreibt alle Verhaltensweisen, die zur Förderung der Gesundheit sowie zur Vermeidung, Reduzierung oder Heilung von Krankheit führen (→ Prävention → Salutogenese). Verschiedene Modelle beschreiben Bedingungen für gesundheitsbezogenes Verhalten, die für die Prävention hilfreiche Werkzeuge sein können, um Interventionen abzuleiten und zu begründen. Auch für Menschen aus einer Minoritätengruppe, wie z. B. queere Menschen, können diese Modelle hilfreich sein, um spezifisches Gesundheits- und Risikoverhalten zu erklären. Wichtig ist jedoch, dass gesundheitliche Probleme – sowohl psychische als auch physische/somatische – nicht ursächlich in der sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtlichkeit liegen (seltene Zu-

sammenhänge bei z. B. einer Salzverlustkrise bei inter* Menschen mit sog. Androgenitalem Syndrom → [Band 1 Menschbild](#)). Vielmehr ergeben sich im Vergleich zu heterosexuellen, endo, cis Menschen bei queeren Menschen mehr gesundheitsbezogene Probleme aufgrund von Stigmatisierung und Diskriminierung (→ [Band 1 Gesundheit](#) → [Band 1 Vorurteile](#)), die kombiniert mit der aufwendiger zu erarbeitenden Identität (Watzlawik, 2020 → [Band 1 Vielfalt](#)) zu mehr Minoritätenstress führt (Meyer, 2003 → [Minoritätenstress](#)).

Literatur

- ANTONOVSKY, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.
- BANDURA, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- BENGEL, J., & JERUSALEM, M. (HG.) (2009). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- BRINKMANN, R. (2014). Angewandte Gesundheitspsychologie. Hallbergmoos: Pearson.
- FALTERMAIER, T. (2005). Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- FINNE, E., & GOHRES, H. (2020). Psychologische Ansätze in den Gesundheitswissenschaften. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (7. Aufl.) (S. 141-169). Weinheim: Beltz Juventa.
- GIBBONS, F. X., GERRARD, M., BLANTON, H., & RUSSELL, D. W. (1998). Reasoned Action and Social Reaction: Willingness and Intention as Independent Predictors of Health Risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1164-1180. <https://www.doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1164>
- GIBBONS, F. Y., GERRARD, M., STOCK, M. L., & FINNERAN, S. D. (2015). The Prototype/Willingness Model. In M. Connor & P. Norman (Hg.), Predicting and Changing Health Behaviour. Research and Practice with Social Cognition Models (3. Aufl.) (S. 189-224). Berkshire: Open University Press.
- GRAF, N. (2020). Substanzkonsum unter LSBT*: Zwischen erhöhter Prävalenz und Defizitorientierung. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis (S. 274-290). Weinheim: Beltz Juventa.
- HEUSE, S., & KNOLL, N. (2018). Modelle des Gesundheitsverhaltens. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung (S. 243-255). Bern: Hogrefe
- KNOLL, N., SCHOLZ, U., & RIECKMANN, N. (2017). Einführung Gesundheitspsychologie (4. Aufl.). München: UTB.
- LIPPKE, S., & RENNEBERG, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hg.), Gesundheitspsychologie (S. 35-60). Heidelberg: Springer.
- LIPPKE, S., & WIEDEMANN, A. (2007). Sozial-kognitive Theorien und Modelle zur Beschreibung und Veränderung von Sport und körperlicher Bewegung – ein Überblick. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 14(4), 139-148. <https://doi.org/10.1026/1612-5010.14.4.139>

MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

REHN, J. (2019). Medizinische und gesundheitspsychologische Theoriemodelle. In J. Rehn (Hg.), *Gesunde Gestaltung. Priming- und Placebo-Effekte als gesundheitsverhaltenswirksame empiriegestützte Gestaltungsmethodik* (S. 45-100). Wiesbaden: Springer.

REUTER, T., & SCHWARZER, R. (2009). Verhalten und Gesundheit. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 34-45). Göttingen: Hogrefe.

SALEWSKI, C., & OPWIS, M. (2018). Gesundheitsbezogenes Verhalten. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 31-43). Bern: Hogrefe.

SHEERAN, P., & WEBB, T. L. (2016). The Intention-Behavior Gap. *Social and Personality Psychology Compass*, 10, 503-518. <https://doi.org/10.1111/spc3.12265>

WATZLAWIK, M. (2020). Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten: Thinking outside the box(es)? Überlegungen aus entwicklungspsychologischer Perspektive. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 22-39). Weinheim: Beltz Juventa.

WERTH, L., DENZLER, M., & MAYER, J. (2020). *Sozialpsychologie – Das Individuum im sozialen Kontext. Wahrnehmen – Denken – Fühlen* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Autor*innen

Victoria Zenß ist Rehabilitationspsychologin (M. Sc.) und Personenzentrierte Beraterin (GwG). Sie arbeitet in dem Psychosozialen Zentrum des Netzwerkes für Traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen (NTFN e. V.) in Braunschweig und absolviert nebenberuflich ihre psychotherapeutische Ausbildung. Weiterhin arbeitet sie als Lehrbeauftragte am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.
Kontakt: v.zenss@tu-braunschweig.de

Marcel Hackbart ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen für das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“, gefördert vom BMFSFJ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.
Kontakt: marcel.hackbart@waldschloesschen.org / m.hackbart@tu-braunschweig.de