

Masterarbeit

**Gesundheitsbildung zur Förderung
psychischer Gesundheit
bei Erwachsenen**

eingereicht von

Lucia Sophie Nausner, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von Betreuer

DSA Christoph Pammer, MPH, MA

Graz, September 2016

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, September 2016

Lucia Sophie Nausner, BSc. eh.

Danksagung

Ich bedanke mich bei Herrn DSA Christoph Pammer, MPH, MA der sich dazu bereit erklärt hat, mich bei der vorliegenden Arbeit zu begleiten. Ihm habe ich wertvolle fachliche Inputs und Ratschläge zu verdanken.

Außerdem bedanke ich mich bei meiner Familie, die mich während des gesamten Studiums immer wieder ermutigt und unterstützt hat. Sowie bei meinen Freunden und Freundinnen, welche immer für mich da waren und sind.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis.....	8
Abbildungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung.....	9
Abstract.....	10
1. Theoretischer Hintergrund.....	11
1.1. Definition von Gesundheit.....	11
1.2. Die sozialen Determinanten von Gesundheit	16
1.3. Definition von psychischer Gesundheit	18
1.4. Definition der Gesundheitsförderung.....	21
1.5. Definition Gesundheitsverhalten	25
1.6. Erklärungsmodelle des Gesundheitsverhalten	27
1.6.1. Transtheoretisches Modell.....	27
1.6.3. Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	28
1.7. Stress und Stressbewältigung.....	29
1.8. Gesundheitsrelevante Lebensweisen und Lebensstile	30
1.9. Gesundheitskompetenz	34
1.10. Gesundheitskommunikation - Strategien für die Verhaltensveränderung und Stärkung des Gesundheitsverhaltens	35
1.10.1. Gesundheitskommunikation.....	35
1.10.2. Gesundheitsberichterstattung	37
1.10.3. Gesundheitsbildung	38
1.10.4. Gesundheitserziehung	38
1.10.5. Gesundheitsberatung	39

1.10.6. Gesundheitsaufklärung.....	39
1.11. Strategien der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung	40
1.12. Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung	41
1.13. Ziele und Themen der Gesundheitsbildung.....	44
2. Relevanz des Themas.....	45
2.1. Die Zunahme psychischer Belastungen in der Moderne.....	47
2.2. Gesundheitsbildung zur Förderung psychischer Gesundheit bei Erwachsenen	49
2.3. Gesundheitsbildung in Österreich	50
2.3. Zielsetzung der Arbeit	52
2.4. Forschungsfragen	53
3. Methode	54
3.1. Unsystematische Literaturrecherche.....	54
3.2. Systematische Literaturrecherche.....	56
3.2.1. Relevanzprüfung	58
3.3. Kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien	62
4. Ergebnisse	65
4.1. Charakteristika der inkludierten Studien.....	65
4.2. Evidenzlevel und Qualität der inkludierten Forschungsarbeiten.....	66
4.3. Ergebnisse der einzelnen Studien.....	66
4.3.1. Ergebnisse der Meta-Analyse von Conley et al. 2015	66
4.3.2. Ergebnisse der RCT von Jensen et al. 2015	72
4.3.3. Ergebnisse der RCT von Mak et al. 2015	78
4.3.4. Ergebnisse der CT von Lyssenko et al. 2015	85
4.3.5. Ergebnisse der Umfrage von Kaluza (2006).....	91
4.4. Beantwortung der Forschungsfragen	102

5. Diskussion der Ergebnisse	108
5.1. Limitationen.....	117
Literaturverzeichnis	119
Anhang I: Kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien nach Studiendesign.....	130

Abkürzungsverzeichnis

BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BZGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
FGOE	Fond Gesundes Österreich
GIVE	Gesundheit Information Vernetzung Entwicklung
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAPA	Health Action Process Approach
MAAS	Mindful Attention Awareness Scale
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction
MDI	Major Depression Inventory
PSS	Perceived Stress Scale
OC	Open and Calm
OECD	Organization for Economic Co-Operative and Development
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
QOL	Quality of Life
RR	Relaxation Response
RS	Resilience Scale
SF-36	Short Form Health Survey 36
SLE-Tool	Stressful Live Events Tool
SWLS	Satisfaction With Life Scale
TCI	Temperament and Character Inventory
TVA-Test	Theory Of Visual Attention Test
UN	United Nations
WHO	World Health Organisation

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords der unsystematischen LiteraturrechercheS. 54

Tabelle 2: Kombination der Keywords der unsystematischen Literatur-
rechercheS. 55

Tabelle 3: Keywords und deren Trunkierung für die systematische
LiteraturrechercheS. 56-57

Tabelle 4: Darstellung der Keywords und deren Kombination in der
systematischen LiteraturrechercheS. 57-58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart zur Literaturrecherche und RelevanzprüfungS. 61

Zusammenfassung

Einleitung: Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit (WHO. 2005) und weltweit sind psychische Belastungssymptome und in Folge Erkrankungen im Steigen. Die Gesundheitsbildung ist eine Teilstrategie der Gesundheitsförderung und bezieht sich auf die Lernprozesse von Erwachsenen. Sie versucht durch Vermittlung relevanter Kompetenzen die Handlungschancen von Individuen und Gruppen in gesundheitsbezogenen Bereichen zu vergrößern. Jedoch gibt es in Österreich nur wenige Angebote die sich aus einer gesundheitsorientierten Sichtweise an Erwachsene richten. Ziel der Arbeit ist es daher, verschiedene Programme oder Strategien der Gesundheitsbildung für gesunde Erwachsene zu sammeln und diese hinsichtlich ihrer Effektivität für eine gute psychische Gesundheit zu betrachten.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, Embase und Cochrane Database of Systematic Reviews via Ovid, Web of Science und im Zeitschriften- und Bibliothekskatalog der Medizinischen Universität Graz, sowie der Karl-Franzens-Universität Graz durchgeführt. Hiernach erfolgte eine Handsuche in den Referenzlisten der Forschungsarbeiten. Die Suche beschränkte sich auf Publikationen zwischen 2005 und 2015, sollten englisch- oder deutschsprachig sein und fokussierte gesunde Erwachsene zwischen 19 und 64 Jahren. Um die Qualität der Studien beurteilen zu können, wurde von der Autorin nach der Relevanzprüfung eine kritische Bewertung mit geeigneten Instrumenten durchgeführt.

Ergebnisse: Insgesamt konnten eine Meta-Analyse, zwei RCT's, eine CT und eine qualitative Studie zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen werden. Diese verfolgen verschiedene Ansätze, Inhalte und Interventionen der Gesundheitsbildung wie zum Beispiel psychoedukative oder kognitiv-verhaltensbezogene Programme, sozial-kognitive Programme oder Programme mit Entspannungsmethoden oder Achtsamkeitsübungen.

Diskussion: Die Ergebnisse dieses systematischen Literaturreviews konnten die Effektivität einiger Interventionen bekräftigen. So etwa sind Skill-Trainings mit unterstützendem Coaching besonders gut, um die psychische Gesundheit von Erwachsenen positiv zu beeinflussen. Es werden weitere Studien benötigt, um genau festmachen zu können, welche Intervention welches Outcome am günstigsten beeinflusst, um die Ergebnisse auch auf andere Populationen übertragbar zu machen und um zu

klären, wie diese Interventionen oder Programme gestaltet sein müssen, um möglichst viele Personen erreichen zu können.

Abstract

Introduction: There is no health without mental health (WHO, 2015) and there is a steady increase in psychological stress symptoms and illnesses resulting from these worldwide. Health education is a partial strategy to promote health and is focused on adult learning processes. Health education is an attempt to equip adults with relevant competencies in order to support them to acquire more strategies to deal with issues relating to their health. However, in Austria there is a scarcity of health education opportunities targeted at adults. Thus, the main goal of this thesis is to review relevant health education programmes and strategies on offer for healthy adults and evaluate them concerning their effectiveness in maintaining mental health.

Method: A systematic literature search was performed using PubMed, EMBASE and the Cochrane Central Register of Controlled Trials and different search engines and reference lists were scanned for additional studies. This review is restricted to English- or German-language publications from between 2005 and 2015. In addition, it only draws on literature focused on healthy adults between 19 and 64 years. Each publication was checked for relevance regarding these points and was then critically evaluated.

Results: All in all, one meta-analysis, two RCT's, one CT and one qualitative study was drawn on in this thesis. These studies/programmes used different approaches, present different content and strategies of intervention, such as psycho-educational or cognitive-behavioural programmes, social-cognitive programmes or programmes involving relaxation strategies and mindfulness training.

Discussion: Based on the review of existing literature, the programmes can be evaluated as partially effective. Programmes focused on teaching skills and including support through life coaching are particularly suited to affect adults' mental health positively. Further studies are required to determine which strategies result in which particular outcomes and to ensure replicability of these results among other populations. Furthermore, future research ought to focus on how to craft these programmes and interventions in order to reach a broad audience.

1. Theoretischer Hintergrund

Durch dieses Kapitel, soll der theoretische Hintergrund auf den diese Forschungsarbeit aufbaut geklärt werden. Dazu ist eine Beleuchtung der einzelnen wesentlichen Begriffe, deren Definition, Zusammenhänge und Widersprüche erforderlich. Begriffe wie Gesundheit, psychische Gesundheit, Gesundheitsförderung, Gesundheitsverhalten oder Gesundheitsbildung benötigen eine ausführliche Bestimmung, Abgrenzung und Definition, um ein klar verständliches und einheitliches Bild für diese Arbeit zu gestalten und einen Rahmen für den methodischen Teil dieser Arbeit zu schaffen.

1.1. Definition von Gesundheit

Es ist kein Impuls aus der Wissenschaft, der die Debatte über eine adäquate Definition von Gesundheit und Krankheit nach dem zweiten Weltkrieg entfacht, sondern eine Unterorganisation der Vereinten Nationen (UN), die sich dieses Themas annimmt (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 117). Die World Health Organisation (WHO) definiert in ihrer Präambel im Jahr 1946 Gesundheit als einen Zustand vollkommenen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen (WHO, 1948, o.S.). Es gibt jedoch zur Definition von Gesundheit und Krankheit die unterschiedlichsten Modelle und Konzepte, die jeweils eine eigene Sichtweise einbringen. Zwei sehr bekannte Beispiele stellen die der Pathogenese und der Salutogenese dar. (Egger & Razum, 2012, S. 7)

In der Gesundheitsdefinition der WHO von 1948 wird Gesundheit als mehrdimensionaler Begriff bestimmt. Es wird ein interdisziplinäres Verständnis unterstützt, welches die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte von Gesundheit mit einbezieht. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 117)

Gesundheit ist also ein wichtiger Bestandteil des alltäglichen Lebens und nicht nur ein essentielles Lebensziel. Die WHO-Gesundheitsdefinition steht vor allem für ein

positives Konzept. In diesem Konzept werden körperliche, soziale und individuelle Ressourcen als gleichwertig für die Gesundheit angesehen. Gesundheit ist in diesem Zusammenhang kein Zustand, sondern ein Kontinuum zwischen Ressourcen und Belastungen und hat das Ziel, eine Balance herzustellen und aufrechtzuerhalten. (Pschyrembel Premium Online)

Gesundheit kann nicht als Zustand, sondern sollte als dynamisch und individuell betrachtet werden. Gesundheit ist, in einem solchen Verständnis, abhängig von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die es den Menschen ermöglichen, sich aktiv um die Stärkung ihrer Gesundheit und der Entfaltung ihrer individuellen Gesundheitsressourcen zu kümmern. Wie solche Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit setzen sich Gesundheitswissenschaften (Public Health), die Pflegewissenschaft sowie Ansätze der Medizinpädagogik und Pflegepädagogik auseinander. (Warmbrunn & Wied, 2012, Pflege: Gesundheit Definition)

Die aktuellen Gesundheitskonzepte unterscheiden sich von dem traditionellen medizinischen Modell, welches Krankheit als Abweichung von der Norm betrachtet (Vogt, 2006, S. 147-148).

Die „Pathogenese“ meint die Entstehung und Entwicklung einer Krankheit und untersucht jene Prozesse, die eine Krankheit entstehen lassen beziehungsweise ein Risiko in Richtung einer Krankheitsentwicklung darstellen können. Die gängige naturwissenschaftliche Medizin baut auf dem Konzept der Pathogenese auf und beobachtet vor allem Veränderungen an Organen, Gewebe und Zellen. Das pathogenetische Modell hat das biomedizinische Krankheitsmodell wesentlich beeinflusst. Eine Krankheit hat nach dieser Sichtweise eine spezifische Ursache (Risikofaktorenmodell) und ist in diesem Verständnis eine Abweichung vom Normalzustand des Körpers. Innerhalb dieser Sichtweise werden gesellschaftliche Faktoren, wie zum Beispiel sozioökonomische, die genauso einen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen haben können, nicht mitbedacht. Ein weiterer Aspekt, den das biomedizinische Modell nicht mitbedenkt, ist der Ansatz, die Gesundheit eines Menschen zu fördern und diese zu erhalten. Und genau hier setzt das

Modell der Salutogenese an, welches genau das zum Inhalt hat. (Egger & Razum, 2012, S. 7-8)

Der amerikanisch-israelische Soziologe Aaron Antonovsky entwickelte 1979 ein Gegenkonzept zu der zu dieser Zeit vorherrschenden Sichtweise der Pathogenese (Krankheitsentstehung oder Krankheitsdynamik) und stellt anstatt der Krankheit die Gesundheit in den Mittelpunkt. In seinem Konzept der Salutogenese (Gesundheitsentstehung oder Gesundheitsdynamik) sind die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit fließend. Der Begriff der Salutogenese setzt sich aus dem lateinischen Wort „Salus“ für Unverletztheit, Heil und Glück und dem griechischen Wort „Genese“ für Entstehung zusammen. Antonovsky stellte somit nicht die Frage, wie Krankheiten entstehen können, sondern er beschäftigte sich damit, wie und warum Menschen, trotz vieler belastender Faktoren aus der Umwelt, ihre Gesundheit bewahren können und welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen dafür nötig sind. (Egger & Razum, 2012, S. 8-9; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 120; Pschyrembel Premium Online)

Im Modell der Salutogenese wird nicht zwischen den Begriffen „gesund“ und „krank“ unterschieden, sondern sie werden als Kontinuum verstanden. Darin bilden Gesundheit und Krankheit ein Kontinuum mit vielen möglichen Zwischenstufen. Der Gesundheitszustand eines Menschen ist im Laufe seines Lebens veränderlich und bewegt sich auf diesem Kontinuum. (Egger & Razum, 2012, S. 8-9; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 120; Pschyrembel Premium Online)

Die Krankheit ist für Antonovsky somit keine Abweichung von einem Normalzustand, sondern lediglich eine Abweichung von einem Gleichgewicht (Homöostase). Der Mensch ist während seines Lebens verschiedenen Stressoren ausgesetzt und der Mensch muss entsprechende Anpassungsleistungen bringen, um gesund zu bleiben. Nach dem salutogenetischen Modell soll ein Mensch immer aktiv nach dem Endpunkt „gesund“ im beschriebenen Kontinuum streben und dabei seine eigenen Widerstandsressourcen nutzen, die ihm helfen können, diese Stressoren zu überwinden. Er beschrieb daher biologische, psychische, soziale, kulturelle und ökologische Ressourcen, die die Gesundheit eines Menschen bewahren und fördern und dabei nützlich sind Risiken zu verhindern.

Gelingt es einem Menschen belastende Stressoren mehrmals zu überwinden, kann sich bei ihm ein sogenanntes Kohärenzgefühl entwickeln (Sense of Coherence). Je mehr sich dieses Kohärenzgefühl entwickeln kann, desto erfolgreicher sind die Bewältigungsstrategien eines Menschen und Schwierigkeiten können irgendwann sogar als positive Herausforderung angesehen werden. Als Ergänzung des traditionellen Konzeptes der Pathogenese, soll die Sichtweise der Salutogenese ein alternatives Modell darstellen. (Egger & Razum, 2012, S. 8-9; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 120; Pschyrembel Premium Online)

Gesundheit gilt in den Kreisen der Gesellschaft immer öfter als Ausdruck und Teil einer modernen Lebensqualität und des Wohlbefindens. Und zusätzlich gilt sie sogar als wichtiger Faktor für Produktivität und Wirtschaftswachstum. Außerdem entwickelte sich das Verständnis von Gesundheit in der späten Moderne noch einmal grundsätzlich weiter. Es fallen immer wieder die Worte wie Emanzipation und Empowerment. Gesundheit gilt nun als positive Ressource für das Leben und für die Gesellschaft. (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 17-18)

Kickbusch & Hartung (2014) beschreiben eine Gesundheitsgesellschaft, in der vier Maximen vorherrschen und zugleich Antrieb bedeuten:

1. Gesundheit ist grenzenlos.
2. Gesundheit ist überall.
3. Gesundheit ist machbar.
4. Jede Entscheidung ist auch eine Gesundheitsentscheidung.

(Kickbusch & Hartung, 2014, S. 19)

Heutzutage scheint die Gesundheit grenzenlos zu sein, was bedeuten soll, dass es immer möglich ist, mehr Gesundheit zu schaffen. Und das nicht nur auf einer politischen Ebene, sondern auch als Teil einer individuellen Selbstverwirklichung. „Gesundheit wird als Erlebnis von Lebensfreude erfahren“ (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 20). (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 20)

Die Grenzenlosigkeit von Gesundheit lässt sie in alle Bereiche des Lebens treten und so tritt sie, neben Politik und Markt, auch immer mehr in das persönliche Leben der Menschen. Die europäische Aufklärung im 18. Jahrhundert beschreibt das neue Gedankengut der Perfektionierung des Menschen durch Vernunft, Kultur und wissenschaftlichen Fortschritt. So wird Gesundheit eine Aufgabe, die vom einzelnen Bürger sowie vom Staat zu erfüllen ist. Damit wird Gesundheit machbar. Das Konzept, dass Gesundheit machbar ist stammt von den Gedanken Max Weber's ab, der mit seinen Handlungsprinzipien der Expansion, Optionsvielfalt, Individualisierung und Machbarkeit, die Moderne wesentlich beeinflusst hat. Und nach dieser Tradition ist Gesundheit nicht nur grenzenlos, sondern auch immer möglich und machbar. In einer modernen Gesellschaft sind die Menschen nicht ihrem Schicksal ausgeliefert, sondern können selbst Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen. (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 20)

Damit wendet sich die Definition der modernen Gesundheit immer mehr von der sie eingrenzenden medizinischen Gesundheitsdefinition ab und wird breiter gefächert als je zuvor. Denn je umfassender ein Gesundheitsbegriff gefasst ist, desto mehr Bereiche der Gesellschaft und der individuellen Belange werden über diese Definition definiert. Und je „(...) persönlicher die Gesundheitsdefinition, umso mehr Optionen braucht es, um sie individuell einlösen zu können. Damit tritt die Gesundheit auf neue Weise in das persönliche Leben, in die Politik und auf den Markt. Gesundheit wird allgegenwärtig und das «Gesundheits»wesen selbst wird zum Nebenschauplatz.“ (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 20)

Je mehr sich die Gesundheit als solche in der modernen Gesundheitsgesellschaft ausweitet, kann sie in immer mehr Bereiche der Gesellschaft eindringen. Sie ist Teil der persönlichen Gesundheit, der öffentlichen Gesundheit und des Gesundheitsmarktes. Daher kann sie in den Handlungen der Individuen (ich kann immer noch mehr für meine Gesundheit tun), des medizinischen Systems (wir können noch etwas mehr versuchen z.B. noch jenes Medikament), der öffentlichen Gesundheit (wir können noch eine Kampagne mehr machen) und des Marktes (wir können noch ein Produkt/eine Leistung mehr einführen) ihren Ausdruck haben. (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 48)

Die Gesundheit hat in der Moderne eine neue Wichtigkeit und Wertigkeit erlangt. Die Fortschritte der Medizin haben es den Menschen durch die stark gesunkene Sterblichkeit ermöglicht ein langes Leben zu führen und dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit für chronische Krankheiten. (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 20-21)

Kickbusch & Hartung (2014) bestimmen drei Wertorientierungen in der Gesundheitsgesellschaft:

- Gesundheit als Emanzipation und Empowerment
- Gesundheit als Produkt
- Gesundheit als Perfektion und ultimativen Wert

(Kickbusch & Hartung, 2014, S. 49)

Es hat sich ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein etabliert. Viele Menschen suchen nach Gesundheitsprogrammen, die ihrer eigenen Persönlichkeit und Sinnsuche entsprechen. Es ist sogar die Rede davon, dass Gesundheit immer mehr zu einem Religionsersatz geworden sei. (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 57)

1.2. Die sozialen Determinanten von Gesundheit

Was sind nun die wichtigen Voraussetzungen für ein gesundes Leben? Zum einen zählen neben gesundheitsrelevanten Ressourcen und Risikofaktoren auch soziale Determinanten der Gesundheit dazu. Die sozialen Determinanten für Gesundheit sind jene Faktoren, die die Gesundheit von Menschen stark beeinflussen können. Zu diesen Determinanten zählen: finanzielle Ressourcen, Bildung, soziale Unterstützung, Stressbelastungen, Arbeits-, Umwelt- und Wohnbedingungen, Zugang zu medizinischer Versorgung und zu gesundheitsförderlichen Angeboten. (Abel & Kolip, 2012, S. 119)

Je nach sozialem Status, können sich diese Faktoren unterschiedlich stark auf die Gesundheit eines Menschen auswirken. Die sogenannte „soziale Status“ oder auch „soziale Position“ eines Menschen ist eine der wichtigsten Determinanten der

Gesundheit. Der soziale Status bestimmt, inwieweit materielle Güter oder etwa gesundheitsrelevantes Wissen für einen Menschen verfügbar und erreichbar sind. Viele Studien wurden unternommen und kamen schließlich zu dem Ergebnis, dass die Wahrscheinlichkeit für einen schlechteren Gesundheitszustand in unteren sozialen Schichten weit höher ist als in oberen sozialen Schichten. Die vorherrschenden Lebensbedingungen in den verschiedenen sozialen Schichten führen zu bestimmten Mustern sozialen Handelns und Verhaltens. Je nach sozialer Schicht kann sich das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung stark unterscheiden. Daraus folgt, dass die Sozialstruktur einer Gesellschaft die Chancen auf die Gesundheit maßgeblich beeinflusst. Und dies führt zu einer „sozialen Ungleichheit“ in der Gesellschaft, die durch Unterschiede in der Aufteilung von Wissen, Geld, Macht und Prestige entstanden ist. Daraus entstehen Differenzen bei der Bilanz aus gesundheitlichen Belastungen (z.B. biologische, chemische, physikalische), gesundheitlichen Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung: Freizeitangebote und Grünflächen; Selbstbewusstsein; Partizipation), der gesundheitlichen Versorgung (z.B. Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention; ökonomische Barrieren bei der Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung, Arzt-Patient-Kommunikation) und im Gesundheits- und Krankheitsverhalten (z.B. Ernährung, Rauchen, sportliche Aktivität, Compliance). So entsteht aus der „sozialen Ungleichheit“ eine „gesundheitliche Ungleichheit“, welche Unterschiede in Morbidität und Mortalität der Menschen bedeuten. (Abel & Kolip, 2012, S. 120-121)

Jeder dieser eben genannten Determinanten, kann entweder ein Risiko oder eine Ressource für Gesundheit und Krankheit darstellen. Denn Gesundheitsdeterminanten können Ansatzpunkte für Strategien der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sein. Und somit beinhalten sie nicht nur ein Risiko, sondern auch eine Chance zur Verbesserung der Gesundheit. (Abel & Kolip, 2012, S. 120)

Heute ist durch sozialepidemiologische Untersuchungen eindeutig geklärt worden, dass 60 bis 80 Prozent der Faktoren, die die Gesundheit positiv beeinflussen können nicht von medizinischer Beschaffenheit sind, sondern aus der Umgestaltung innerhalb der Determinanten für Gesundheit entspringen. Diese Veränderung war ausschlaggebend für eine verbesserte Gesundheit im

20. Jahrhundert und wirkte sich zusätzlich positiv auf das Wirtschaftswachstum aus. Dadurch konnte sich die durchschnittliche Lebenserwartung in Mitteleuropa innerhalb eines Jahrhunderts beinahe verdoppeln. (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 39-40).

1.3. Definition von psychischer Gesundheit

Das Motto der Ministeriellen WHO Konferenz im Jahr 2005 in Helsinki lautete: „Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit.“ Und weiters wird erklärt, dass psychische Gesundheit und psychisches Wohlergehen grundlegend für die Lebensqualität der Menschen und der Gesellschaft sind. Psychische Gesundheit ist wichtig für das humane, soziale und wirtschaftliche Kapital in den verschiedenen Ländern. (WHO, 2005, S. 3)

Das Humankapital beschreibt die Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissensbestände und Erfahrungen der Menschen, die sie aufgrund ihrer Anlagen, Erziehung und Bildung in einer modernen westlichen Gesellschaft erhalten haben. Mit dem ökonomischen oder wirtschaftlichen Kapital sind alle physischen und finanziellen Vermögenswerte gemeint. (Petermann, 2015, S. 20) „Neben ökonomischem Kapital und Humankapital wird das soziale Kapital oft als dritte bedeutende Kapitalform genannt. Zur Definition von sozialem Kapital greifen einige Autoren, wie Bourdieu (1983), Burt (1992) oder Coleman (1995), explizit auf den Kapitalbegriff zurück und reihen soziales Kapital in eine Systematik von Kapitalien ein.“ (Petermann, 2015, S. 28)

„Das Sozialkapital ist die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind; oder anders ausgedrückt, es handelt sich dabei um Ressourcen, die auf der Zugehörigkeit zu einer Gruppe beruhen.“ (Bourdieu, 1983, S. 190) Und diese Zugehörigkeit zu einer Gruppe kann einen Vorteil oder Nachteil bedeuten, je nachdem, zu welcher sozialen Schicht diese Gruppe zugeordnet wird oder sich selbst zuordnet. So kann dieses Netz der Beziehungen einen Vorteil

aufgrund eines Zugangs zu Bildung und Macht bedeuten oder ein Nachteil, wenn diese Gruppe keinen Zugang zu ökonomischen Kapital hat. (Bourdieu, 1983, S. 192-193)

Psychische Gesundheit ist ein integraler Bestandteil von Gesundheit und mehr als die Abwesenheit von psychischer Krankheit oder psychischen Störungen. Sie hat einen Einfluss auf die physische Gesundheit und wirkt sich bestimmend auf das Verhalten eines Menschen aus. Psychische Gesundheit entsteht durch die Interaktion von Individuum und Umwelt und wird von der individuellen Disposition eines Menschen, den Lebensweisen, dem sozialen Umfeld, den Lebensbedingungen, sozioökonomischen, kulturellen und Umweltfaktoren beeinflusst. (Nowotny et al., 2015, S. 6)

Psychische oder auch mentale Gesundheit wird von sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren mitbestimmt. Ist ein Mensch in einem Zustand psychischer Gesundheit, dann sind ihm seine persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten bewusst, er kann besser mit Stress umgehen, besser arbeiten und mit anderen Menschen in Verbindung gehen. Psychische Gesundheit ist daher die Grundlage jeglichen individuellen Glücks eines Menschen und kann sich, aus einem weiten Blickwinkel betrachtet, auf die Funktionalität und Stabilität eines einzelnen Menschen und einer ganzen Gesellschaft auswirken. (WHO 2014, o.S.)

Psychische Gesundheit ist ein Zustand seelischen Wohlbefindens und Wohlergehens, der aufgrund seiner schützenden und ausgleichenden Anteile (z.B. Gelassenheit, Humor, Vertrauen, Realitätssinn, Anpassungsfähigkeit, Resilienz, Optimismus, Belastbarkeit und Flexibilität), den destabilisierenden Einflüssen gegenüber überwiegt. Psychische Gesundheit oder mentale Gesundheit hat verschiedene Ursachen und ist daher, ähnlich wie die allgemeine Gesundheit, ein Resultat des Zusammenwirkens vieler verschiedener Faktoren. (Pschyrembel Premium Online)

Damit sich psychische Gesundheit einstellen kann, braucht es ein ausgewogenes Verhältnis von An- und Entspannung, von Anforderungen und Freiraum sowie von Arbeit und Freizeit. Wenn eine Person psychisch gesund ist, werden das gezeigte

Verhalten, wie auch geäußerte Gedanken und Gefühle und Körpersignale als in sich stimmig und an die jeweilige Situation angepasst interpretiert. Außerdem können alltägliche Stresssituationen gut bewältigt werden (Coping). Die psychische Gesundheit ist jene Grundlage, die Kinder für eine gesunde Entwicklung und Erwachsene für ein erfülltes Leben benötigen. Wird dieses psychische Gleichgewicht gestört, kann dies zu psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen führen. (Pschyrembel Premium Online)

Hiermit kann folgender Schluss gezogen werden: Psychische Gesundheit steht, wie die allgemeine Gesundheit, in einer Wechselbeziehung mit den verschiedenen Kapitalarten und verschiedenen Faktoren, die sich auf diese auswirken können. Da die Verteilung des humanen, sozialen und ökonomischen Kapitals oft ungleich auf die Bevölkerung verteilt ist, ist ein weiterer Bestand sozialer Ungleichheit, die in Gesellschaften vorherrschen kann, offengelegt. Ein Ungleichgewicht in der psychischen Gesundheit eines Menschen kann zu zusätzlichen Ungleichheiten beziehungsweise erschweren Bedingungen für das Leben eines Menschen führen. So kann psychische Gesundheit Voraussetzung für ein qualitatives Leben sein oder sie kann umgekehrt vom Leben und den humanen, ökonomischen und sozialen Bedingungen oder sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren positiv wie negativ beeinflusst werden.

Aus diesem Grund wurde 2005 in der WHO-Deklaration in Helsinki beschlossen: „Das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung insgesamt durch Maßnahmen [zu] fördern mit dem Ziel, Bewusstsein zu schaffen und positive Änderungen im Hinblick auf Einzelpersonen und Familien, gesellschaftliche Gruppen, Ausbildungs- und Arbeitsplätze, Regierungen und Behörden zu bewirken.“ (WHO, 2005, S. 3) Zusätzlich sollten Stigma und Diskriminierung im Falle oder in der Annahme psychischer Beschwerden verringert werden. (WHO, 2005, S. 3)

So wie es in der Theorie der Gesundheitsförderung die Determinanten der Gesundheit gibt, so fassen Cattán & Tilford (2006) die Hauptdeterminanten, die die psychische Gesundheit von erwachsenen Menschen bestimmen, wie folgt zusammen:

- Individuelle biologische/physische Determinanten (physische Behinderungen und chronische Bedingungen, HIV/AIDS)
 - Individuelle/s Kompetenzen und Verhalten (Bewältigungsvermögen und Resilienz von Randgruppen z. B. geografisch isolierte Gruppen, Flüchtlinge, homosexuelle und bisexuelle Personen)
 - Individuelles Verhalten und Lebensstilfaktoren (Bewegung und physische Aktivität, Rauchverhalten und Alkoholkonsum, Medikamentenkonsum und Drogenkonsum)
 - Umweltbedingte, soziale und ökonomische Determinanten (Geschlecht, Einfluss von Kindheitserfahrungen, pflegende Angehörige, sich verändernde Beziehungen, Migration, Obdachlosigkeit, Gefängnis)
 - Ökonomische Determinanten (gesellschaftliche Bedingungen, Arbeitsplatz/Beschäftigung/Arbeitslosigkeit, bevorstehender Ruhestand, Armut, Gesundheits- und Sozialsystem)
 - Kulturelle Determinanten (Ethnizität, Geschlecht, Konflikt und Gewalt, Krieg)
 - Natürliche und erarbeitete Umwelt (Einfluss der Jahreszeiten, Bauplanung, Wohnverhältnisse, Sozialkapital)
- (Cattan & Tilford, 2006, S. 151)

Psychische Gesundheit wird, wie bereits in diesem Abschnitt ausgeführt wurde und durch die vorstehende Liste deutlich erkennbar ist, von vielen Determinanten beeinflusst. Die Gesundheitsförderung kann sich an diesen Faktoren orientieren und „(...) allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre [psychische] Gesundheit ermöglich[en] und sie zur Stärkung ihrer [psychischen] Gesundheit befähig[en], indem sie sich an den Ressourcen des Individuums orientiert (...)“ (Psychrembel Online).

1.4. Definition der Gesundheitsförderung

Überall in den westlichen Ländern, aber auch in den Entwicklungsländern, wächst die Anzahl chronischer Erkrankungen. Diese sind durch medizinische (kurative) Maßnahmen bisher nur geringfügig beeinflussbar, da die Forschung noch keine

ausreichenden Lösungen finden konnte. Jene Menschen, die an einer chronischen Krankheit leiden, werden daher zu einem dauerhaften Nutzer des Gesundheits- und Versorgungssystems. Aufgrund dieser zunehmenden Dauerbelastung des Versorgungssystems, steigt die Nachfrage nach einem Ausbau von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Diese Maßnahmen können chronische Krankheiten reduzieren und die Lebensqualität der Menschen längerfristig erhalten und steigern. (Hurrelmann & Laaser, 2006, S. 749)

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind jene sich gegenseitig ergänzende Strategien, die zum einen die Schutzfaktoren für Gesundheit stärken und die Risikofaktoren vermindern sollen (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 148). Gesundheitsförderung schafft gesunde Lebensbedingungen für alle Menschen und versucht deren persönliche Kompetenzen zu stärken (Abel & Kolip, 2012, S. 128).

Die Disziplin der Gesundheitsförderung hat ihren Fokus im Gegensatz zur Krankheitsprävention auf der Bereitstellung von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen und der dafür nötigen Ressourcen. Gesundheitsförderung möchte den Menschen internale (im Individuum verankerte) und externale (außerhalb des Individuums gelegene) Ressourcen für eine gesunde Lebensweise bereitstellen und versucht die sozialen und individuellen Lebensbedingungen nach dieser Zielvorstellung zu gestalten. (Abel & Kolip, 2012, S. 128)

Genauso, wie es eine Begriffsdefinition für den Begriff der Gesundheit der WHO gibt, gibt es auch eine Definition für die Gesundheitsförderung. In der Ottawa-Charta von 1986 beschäftigt sich die WHO mit der Frage, wie durch strukturelle und politische Initiativen sowie durch persönliche Unterstützung, das Gesundheitspotential von Menschen gefördert werden kann. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 149)

Die WHO veröffentlicht in der Charta von Ottawa folgende Definition für die Gesundheitsförderung: „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“ (WHO,

1986, S. 1). Den Menschen soll so ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden ermöglicht werden. Und um dies zu erreichen, sollen verschiedene Politikbereiche die Verantwortung für eine Gesundheitsförderung übernehmen, um die nötigen Bedingungen für eine Stärkung der Gesundheit zu ermöglichen. Diese Bedingungen bestehen aus Bildung, Ernährung, Einkommen, Frieden, angemessenen Wohnbedingungen, ein stabiles Öko-System, eine nachhaltige Nutzung von Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Eine Gesundheitsförderung im Sinne der WHO (1986) soll die Interessen der Bevölkerung für einen guten Gesundheitszustand vertreten, die Bedingungen für gute Gesundheit ermöglichen und die Menschen dazu befähigen ihr Gesundheitspotential optimal zu verwirklichen. Außerdem soll sie zwischen den verschiedenen Verantwortlichen vermitteln und vernetzen, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln, gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, die persönlichen Kompetenzen der Menschen entwickeln helfen und die Gesundheitsdienste auf Gesundheitsförderung hin orientieren. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 149; WHO, 1986, S. 1-4)

Primär richtet Gesundheitsförderung ihren Blick auf soziale Faktoren und Prozesse, die einen Einfluss auf Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden haben können. Und diese Faktoren und Prozesse sind von den Lebensverhältnissen und vom Handeln der Menschen in den jeweiligen Lebensverhältnissen abhängig. Die Gesundheitsförderung „(...) zielt darüber hinaus auf ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren und auf die politische Intervention zur Beeinflussung dieser gesundheitsrelevanten Faktoren“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 149). Weitere Faktoren sind materielle und nicht-materielle Lebensbedingungen und Ressourcen, die sich, wie alle anderen Faktoren, auf die Gesundheit der Menschen und deren Gesundheitsverhalten und Gesundheitserleben auswirken können. Die sozialen Determinanten der Gesundheit beeinflussen die Chancen der Menschen für eine gute Gesundheit und die Gesundheitsförderung hat das Ziel, die Lebensräume der Menschen positiv zu beeinflussen, damit diese ihre Gesundheitspotenziale nutzen können. (Abel & Kolip, 2012, S. 128-129; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 149)

Die Gesundheitsförderung hat den salutogenetischen Blick auf den Menschen gerichtet und beschäftigt sich in erster Linie damit, was Menschen trotz Risiken und Belastungen gesund erhält. Da materielle und nicht-materielle Ressourcen (z.B. hinreichendes Einkommen, soziale Netzwerke, gesunde Wohnverhältnisse, gesundheitsspezifisches Wissen usw.) bei der Gesundheitsförderung immer wieder eine große Rolle spielen, wird versucht, Strategien der Gesundheitsförderung so anzupassen, dass diese die Chancengleichheit zwischen verschiedenen sozialen Schichten ermöglichen. Im Sinne eines „Empowerments“ (Ermächtigung) und der Partizipation, wird auf allen Ebenen und allen vorhandenen Ressourcen ein emanzipatorischer Anspruch verfolgt. Viele Forschungsergebnisse zeigen, dass die Verbesserung von Lebensverhältnissen und Verhaltensweisen von Menschen mehr Wirkung haben, wenn Betroffenen eine Mitwirkung ermöglicht wird. (Abel & Kolip, 2012, S. 130)

Die Gesundheitsförderung arbeitet somit mit zwei Prozessen oder anders formuliert mit verschiedenen Strategien und Maßnahmen: Zum einen mit der Veränderung von gesellschaftlichen Bedingungen, um gesundheitsrelevante Lebensbedingungen zu beeinflussen (Verhältnisprävention) und zum anderen mit der Befähigung von Menschen (Verhaltensprävention). Diese Menschen sollen sich selbst für eine gesunde Lebensweise und für gesunde Lebensbedingungen einsetzen können. Die beiden Prozesse sind voneinander abhängig und beeinflussen sich gegenseitig. Gesundheitsförderung versucht dabei, spezifische Ressourcen zu schaffen und zu stärken. (Abel & Kolip, 2012, S. 130-131; Von Troschke, 2006, S. 531)

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind somit Interventionsformen, die entweder von öffentlichen oder professionell befugten Personen ausgeführt werden. Die Interventionsformen der Gesundheitsförderung zielen „(...) auf die Verbesserung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung und ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmäßigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung von Bevölkerungsgruppen (...)“, mit dem grundlegenden salutogenen Verständnis. Die Krankheitsprävention zielt dagegen auf „(...) die Verhinderung und Abwendung von Ausgangsbedingungen und Risiken für Krankheiten (...)“, mit einem pathogenetischen Verständnis als

Grundlage. (Hurrelmann & Laaser, 2006, S. 750-751) Die Gesundheitsförderung versucht so früh wie möglich die Gesundheit der Menschen positiv zu beeinflussen und zu erhalten (Hurrelmann & Laaser, 2006, S. 752).

Beide Interventionsformen, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention haben die gleichen Ziele, nämlich die des Gesundheitsgewinns, den sie auf verschiedenen Wegen zu erreichen versuchen. Die Krankheitsprävention versucht dies durch das Zurückdrängen der Krankheit und die Gesundheitsförderung durch die Stärkung der Gesundheitsressourcen. Je nachdem, welche Ausgangslage vorliegt, kann eine Interventionsform mehr Erfolg versprechen. Jedoch sollen sich die Interventionsarten auch ergänzen können. Nicht immer ist eine scharfe Abgrenzung der beiden Disziplinen hilfreich.

1.5. Definition Gesundheitsverhalten

Menschen können durch ihre Verhaltensweisen ihre Gesundheit positiv wie negativ beeinflussen. So kann sich zum Beispiel Stress auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität eines Menschen auswirken. Dieses Verhalten wird auch als Gesundheitsverhalten bezeichnet. Je nach Gesundheitskompetenz, das sind jene individuellen Fähigkeiten, die ein gesundes Leben ermöglichen, kann der persönliche Gesundheitsgewinn beziehungsweise der persönliche Gesundheitsverlust aussehen. (Egger & Razum, 2012, S. 132)

Die WHO (1998) definiert das Gesundheitsverhalten (health behavior) als eine Aktivität von Individuen. Dies tut sie ungeachtet des tatsächlichen oder wahrgenommenen Gesundheitsstatus, mit dem Ziel der Förderung, des Schutzes und der Aufrechterhaltung von Gesundheit, unabhängig davon, ob dieses Verhalten am Ende tatsächlich effektiv ist. Hier könnte natürlich argumentiert werden, dass beinahe jedes Verhalten eines Individuums einen Einfluss auf den Gesundheitsstatus haben kann. In diesem Fall ist es hilfreich zwischen jenem Verhalten zu unterscheiden, das zielgerichtet die Gesundheit fördert oder schützt und jener Lebensweise, die praktiziert wird, ungeachtet dessen, welche Konsequenzen für die Gesundheit daraus entstehen können. Gesundheits-

verhaltensweisen werden von Risikoverhaltensweisen unterschieden. Gesundheitsverhaltensweisen (z.B. Bewegung) und Risikoverhaltensweisen (z.B. Rauchen) werden in einem komplexeren Kontext als Verhaltensmuster gesehen, die einem bestimmten Lebensstil zugeordnet werden können. (WHO, 1998, S. 8)

Das Verhalten eines Menschen kann die Aufrechterhaltung von Gesundheit beeinflussen. Jedoch kann es auch eine Auswirkung auf die Entstehung einer Krankheit haben sowie auf die Bewältigung und Heilung dieser. Der Begriff Gesundheitsverhalten meint alle Verhaltensweisen, welche sich auf die Gesundheit auswirken, ob förderlich oder schädlich. Alle Verhaltensweisen, die sich mit den Beschwerden und Störungen einer Krankheit auseinandersetzen gehören zum Krankheitsverhalten (illness behavior) eines jeden einzelnen Menschen. Hiervon wird das Krankenrollenverhalten abgegrenzt (sick role behavior), das das Verhalten eines Erkrankten meint, welches von der Selbst- und Fremdwahrnehmung der Krankenrolle beeinflusst ist. (Von Troschke, 2006, S. 529)

Das Gesundheitsverhalten meint zum einen das gesundheitsfördernde Verhalten wie z. B. ausreichend Bewegung, Zahnhygiene oder gesunde Ernährung, als auch gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen oder Risikoverhalten, die der Gesundheit einen Schaden zufügen können oder das Risiko für eine Schädigung der Gesundheit erhöhen (z. B. Rauchen, unausgewogene Ernährung, übermäßiger Alkoholkonsum). Das Gesundheitsverhalten ist Teil des gesundheitsrelevanten Lebensstils und wird meist in fünf Verhaltensweisen („Big Five“) eingeteilt. Diese sind: körperliche Bewegung, Ernährungsgewohnheiten, Tabakkonsum, Alkoholkonsum und Schlafverhalten. Dieses Gesundheitsverhalten wird von verschiedenen Faktoren bestimmt. Erstens haben individuelle oder kollektive Normen, zweitens individuelle Erfahrungen mit Krankheiten, drittens die psychosozialen und viertens die sozioökonomischen Rahmenbedingungen eine Auswirkung. Durch die individuellen Lernprozesse, durch Gewohnheitsbildung und den sozialen Vergleich, wird das gesundheitsbezogene Verhalten entwickelt und geprägt. Viele chronische Erkrankungen werden vom Gesundheitsverhalten der Menschen wesentlich mit beeinflusst und daher ist es wichtig, den Menschen ein

positives Gesundheitsverhalten zu ermöglichen. (Fuchs, 2012, S. 132-133; Pschyrembel Premium Online)

1.6. Erklärungsmodelle des Gesundheitsverhalten

Es gibt unterschiedliche Modelle und Ansätze, um das Gesundheitsverhalten zu beschreiben. An dieser Stelle sollen die wichtigsten von ihnen kurz dargestellt werden.

1.6.1. Transtheoretisches Modell

Das von Prochaska & DiClemente (1982) entwickelte Transtheoretische Modell (TTM) beschreibt einen Prozess der Verhaltensänderung, der in fünf Stadien oder Motivationsstufen eingeteilt und für verschiedene Gesundheitsverhaltensweisen anwendbar ist. Die fünf Motivationsstufen können auch als Spirale betrachtet werden. Auf dieser Spirale kann sich ein Mensch, je nach Verhaltensänderung und Strategie, in Richtung eines verbesserten oder verschlechterten Gesundheitsverhaltens bewegen. Verschiedene Strategien sollen den betroffenen Menschen dabei unterstützen, die Stufen der Spirale nach oben zu gehen. Das erste Stadium oder die erste Stufe im Prozess der Verhaltensänderung ist die Absichtslosigkeit. Danach folgt die Stufe der Absichtsbildung, danach die der Vorbereitung, der Umsetzung und schließlich, am oberen Ende der Spirale die Stufe der Aufrechterhaltung des Verhaltens. Durch diese Stufen oder Stadien ist es möglich, ein für die Zielgruppe angepasstes Vorgehen zu entwickeln, je nach dem, auf welcher Stufe, diese sich gerade befindet. (Egger & Razum, 2012, S. 133; Prochaska & DiClemente, (1982), S. 282-285)

1.6.2. Theorie der Schutzmotivation

In der von Rogers (1975) entwickelten Theorie der Schutzmotivation stehen Informationen, welche die Gesundheit beeinflussen können, im Fokus. Dabei wird

die Wirkung von abschreckenden Botschaften oder „Fear Appeals“ auf das Gesundheitsverhalten eingesetzt. Dies kann zum Beispiel in Form von Warnhinweisen erfolgen. Durch diese Warnung werden bei der Betrachtung zwei Prozesse der Bewertung ausgelöst. In einem der Prozesse versucht der/die EmpfängerIn die Bedrohung der Botschaft abzuwägen. Dabei handelt es sich um die Bedrohungseinschätzung eines Gesundheitsverhaltens, bei der eine Art Kosten-Nutzen-Abwägung hinsichtlich des Ausmaßes eines erwartbaren Schadens, also der Nachteile des Verhaltens und der Vorteile dessen eingeschätzt werden. Im zweiten Prozess versucht der/die EmpfängerIn der Botschaft die eigenen Möglichkeiten einer Bewältigung der Bedrohung einzuschätzen. Diese Bewältigungseinschätzung soll die eigene Handlungswirksamkeit und Selbstwirksamkeit mit den Handlungskosten abwägen. Je nach dem wie die Prozesse der Bedrohungseinschätzung und die der Bewältigungseinschätzung verlaufen, kann sich eine unterschiedlich starke Motivation für ein protektives Verhalten, eine Schutzmotivation entwickeln. (Egger & Razum, 2012, S. 134-135; Rogers, 1975, S. 93-114)

1.6.3. Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Das Prozessmodell gesundheitlichen Handelns wird im Englischen „Health Action Process Approach“ (HAPA) genannt und wurde im Jahr 1992 von Schwarzer veröffentlicht. Das HAPA-Modell geht von zwei Phasen aus, die während einer Änderung des Gesundheitsverhaltens durchlaufen werden. Die erste Phase, die präintentionale Motivationsphase, ist von drei Bedingungen abhängig: Von der Wahrnehmung von Gefährdungen bzw. Risiken (Risikowahrnehmung), von den Ergebniserwartungen sowie von der Überzeugung, das beabsichtigte Verhalten erfolgreich ausüben zu können (Selbstwirksamkeit). Die Selbstwirksamkeit sowie die Handlungs- und Bewältigungsplanung (Action Planning und Coping Planning) sind wesentlich für die Phase der Umsetzung, wo genaue Pläne und Strategien für die Veränderung des Gesundheitsverhaltens entwickelt werden. (Egger & Razum, 2012, S. 135; Schwarzer, 1992, S. 217-243)

1.7. Stress und Stressbewältigung

Geht es um das Gesundheitsverhalten, darf das Thema Stress in der Diskussion der Gesundheitsförderung nicht fehlen. Besonders in den Industrienationen, wo hohe Komplexität der Lebenssituationen vorherrscht, spielt Stress eine wesentliche Rolle. Sei es auf einer individuellen oder auf der gesellschaftlichen Ebene, der „negative Stress“ oder „Dis-Stress“ wird immer mehr zur Belastung und damit zu einem Risikofaktor für Krankheiten. (Egger & Razum, 2012, S. 136)

Stressoren oder Stressfaktoren sind jene inneren und äußeren Reize, welche auf einen Menschen einwirken und dadurch eine Anpassungsreaktion erfordern. Diese Stressoren können von physikalischer (z.B. Lärm) oder von sozialer Art (z.B. Beziehungsprobleme) sein, aber auch Zeitdruck oder gar Überforderung können diese Stressoren auslösen. Innere Stressoren dagegen sind meist persönlichkeitsbedingt und gründen darin, dass jene Menschen über unzureichende Problemlösungskompetenzen verfügen. Kann ein Mensch mit diesen Anforderungen nicht umgehen, kommt es zu einem Missverhältnis zwischen Beanspruchung und der Möglichkeit beziehungsweise Fähigkeit, diese zu kontrollieren und zu überwinden. Dieses Missverhältnis bedeutet Stress und tritt meist dann ein, wenn ein Mensch der Situation ausgeliefert und ohne Hoffnung gegenübersteht. Ein hektischer Alltag bedeutet jedoch nicht sofort das Entstehen einer Krankheit. Erst nach lang anhaltendem Stress, kommt es zum chronischen Dis-Stress und dieser kann zu gesundheitlichen Problemen führen. (Egger & Razum, 2012, S. 136-137)

Doch Stress ist nicht grundlegend als negativ zu bewerten. Es gibt Situationen, wo Stress durchaus als positiver Einflussfaktor für das Wohlbefinden gilt. Dieser kann zum Beispiel auch bei Erfolgserlebnissen auftreten, wie etwa wenn eine Person eine Prüfung erfolgreich bestanden oder eine gute sportliche Leistung erzielt hat. Solche Situationen (daily uplifts) lösen einen positiven Stress aus, den „EuStress“. (Egger & Razum, 2012, S. 137)

Um den negativen Wirkungen von Stress vorzubeugen gibt es verschiedene stressreduzierende Maßnahmen, die von den Menschen meist in akuten

Stresssituationen bewusst oder unbewusst angewandt werden. Wichtig ist eine regelmäßige Entspannung, denn diese fördert das Wohlbefinden und steigert damit auch die Lebensqualität. (Egger & Razum, 2012, S. 138)

Beispiele für sogenannte systematische Methoden zur Stressreduktion sind:

- Psychotherapeutische und/oder medizinische Begleitung
- Professionelles Coaching durch eine Fachperson
- Mentale Methoden (z.B. Alpha-Relaxing, BodyScan)
- Fernöstliche Methoden (z.B. Yoga, Tai Chi, Qi Gong)
- Körperbetonte Methoden (z.B. Progressive Muskelrelaxation)
- Suggestive Methoden (Autogenes Training)
- Psychoedukative Methoden (Biofeedback)
- Programme, wie z. B. das Stressimpfungstraining (SIT) nach Meichenbaum (Egger & Razum, 2012, S. 139)

Die hier genannten Methoden sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit unterschiedlich. Die meisten empirischen Befunde zeigen, dass die Methoden vor allem dann wirksam sein können, wenn sie über einen regelmäßigen Zeitraum von professioneller Begleitung (PsychotherapeutIn, ÄrztIn) angeleitet werden.

1.8. Gesundheitsrelevante Lebensweisen und Lebensstile

Der Lebensstil ist das individuelle Verhalten eines Menschen zu sich, seiner Umwelt und zu seinen Mitmenschen. Der Lebensstil wird damit zum Ergebnis vieler habitueller Eigenschaften und ist auch ein Resultat von Bildung, individueller Erfahrung und Lebensbedingungen, welche von der Lebensweise eines Menschen beeinflusst werden. (Niehoff & Braun, 2010, S. 173)

Die Lebensweise meint die natürlichen und sozialen Gegebenheiten, die für die Lebensbedingungen eines Menschen ausschlaggebend und nur teilweise von diesem zu beeinflussen sind. (Niehoff & Braun, 2010, S. 173-174) Gesundheit und

Krankheit sind hiernach abhängig von der Interaktion zwischen biologischen, sozialen, psychologischen und ökonomischen Faktoren der Umwelt und des Individuums. Das Verhalten des Menschen kann nach diesem Konzept nicht isoliert betrachtet werden, sondern muss immer in Zusammenhang mit dem Lebenskontext oder der Lebenswelt sowie mit den individuellen und kollektiven Ressourcen betrachtet werden. (Abel & Ruckstuhl, 2016)

Die Lebensweise „(...) ist maßgeblich durch die Art und Weise der Herstellung und der Verteilung der Existenzmittel, durch Bildung und Arbeit sowie Traditionen und soziale Normen bestimmt“ (Niehoff & Braun, 2010, S. 174). Lebensweisen können dort beeinflusst werden, „(...) wo Menschen wohnen, arbeiten, aufwachsen und ihre Freizeit verbringen“ (Abel & Ruckstuhl, 2016).

Der Begriff der Lebensweise wurde im Laufe des internationalen Austausches im deutschsprachigen Raum immer mehr durch den Begriff des Lebensstils ersetzt. Im Englischen als „lifestyle“ verortet, setzte sich der neue Begriff immer weiter durch und wird heute weitgehend als „Lebensstil“ verwendet. (Abel & Ruckstuhl, 2016)

Abel (2012) definiert gesundheitsrelevante Lebensstile als „(...) zeitlich relativ stabile typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, intrapersonellen und sozialen Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in Auseinandersetzung mit ihren sozialen, kulturellen und materiellen Lebensbedingungen entwickelt werden“ (Abel in Egger & Razum, 2012, S. 139).

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind innerhalb dieses Konzepts alle Verhaltensweisen, die die Gesundheit direkt oder indirekt beeinflussen können, wie zum Beispiel: Ernährung, Sport, Bewegung und die Inanspruchnahme des medizinischen Systems, aber auch den Konsum von Genuss- und Suchtmitteln. (Abel & Ruckstuhl, 2016)

„Gesundheitsbezogene Orientierungen basieren auf Werten, normativen Vorgaben und Einstellungen, die direkt oder indirekt für die Gesundheit relevant sind und nach welchen das Verhalten ausgerichtet wird. Ein Beispiel ist die Frage,

inwiefern Gesundheit ein vorrangiges Lebensziel darstellt.“ (Abel & Ruckstuhl, 2016)

Der Public Health Ansatz orientiert sich vorwiegend am Konzept der Lebensstile, da dieses eine Verknüpfung mit dem sozialen Kontext ermöglicht. Die soziale Lage oder Zugehörigkeit zu einem bestimmten sozialen Milieu, bringt spezifische Möglichkeiten für die Wahl eines bestimmten (gesundheitsrelevanten) Verhaltens mit sich. Welche Verhaltensmuster von den Individuen entwickelt werden entscheiden diese selbst, jedoch spielen die dabei zugänglichen gesundheitsrelevanten Ressourcen sowie die Normen und Werte der relevanten Bezugsgruppe dabei eine wesentliche Rolle. (Egger & Razum, 2012, S. 139-140)

Das Gesundheitsverhalten, die Ressourcen und die Einstellungen von Individuen stehen in einem engen Zusammenhang und bilden sich gegenseitig bedingende und aufeinander abgestimmten Verhaltensmuster. Individuelle Ressourcen sind Aspekte wie das Wissen oder die Fähigkeit einer Person und deren persönliche materielle Mittel. Mit den sozialen Ressourcen sind alle Ressourcen gemeint, die außerhalb des Individuums liegen. Dabei handelt es sich meist um die soziale Unterstützung durch die Familie oder den Freundeskreis oder die gesundheitsrelevanten äußeren Lebensverhältnisse (z.B. sichere und gesunde Wohnbedingungen, existenzsichernde Arbeitsplätze, eine bewegungsfördernde Infrastruktur). (Abel & Ruckstuhl, 2016)

Nach Abel & Ruckstuhl (2016) lassen sich die theoretischen und empirischen Erkenntnisse über die gesundheitsrelevanten Lebensstile wie folgt festhalten:

Gesundheitsrelevante Lebensstile:

- sind das Produkt von objektiven Lebensbedingungen und dem, was die Individuen daraus machen
- erfüllen spezifische Aufgaben für die Gesellschaft, für Gruppen und Individuen (erlauben und repräsentieren z.B. soziale Zugehörigkeiten; dienen der Orientierung in zeitlichen und sozialen Räumen)

- kommen meist in Mischformen vor, wobei es kleinere Gruppen von konsistent gesundheitsförderlichen und von risikoreichen Lebensstilen gibt
- sind insbesondere von den sozialen Faktoren Geschlecht, Alter und soziale Schicht geprägt
- sind relativ stabil, jedoch unter bestimmten äußeren Lebensbedingungen auch veränderlich

(Abel & Ruckstuhl, 2016)

Das Konzept der gesundheitsrelevanten Lebensstile bringt diese beiden Aspekte zusammen: die strukturellen Bedingungen und die Möglichkeit der Wahl der Individuen. Dieser Hintergrund schafft die Möglichkeit für Interventionsformen, die die soziale Komponente miteinbeziehen. Eine Aufforderung zur Verhaltensänderung reicht nicht aus. Bei der Interventionsplanung zur Beeinflussung des Verhaltens müssen daher die sozialen Bedingungen der Menschen mit berücksichtigt werden. (Egger & Razum, 2012, S. 139-140)

Gesundheitsrelevante Lebensstile sind somit das Produkt von den Handlungen, die ein Individuum unter seinen Lebensbedingungen hervorbringen kann. Solche Lebensstile sind eher stabil und können nur unter bestimmten äußeren Lebensbedingungen verändert werden. Daher wird bei Interventionen versucht, direkt an den Lebenswelten der Menschen anzusetzen und meist wird dabei im Speziellen der Zielgruppenansatz herangezogen. Dieser an die Lebenswelten bezogene Ansatz ist meist mit den Prinzipien der Partizipation und des Empowerments verknüpft. Dabei soll nicht nur auf die Bedürfnisse der Menschen eingegangen werden, sondern auch die Möglichkeit der Mitbestimmung bei den Gesundheitszielen und im Umgang mit gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen, bei der Erhaltung und bei der Veränderung, gegeben sein. (Abel & Ruckstuhl, 2016)

Die individuellen Lebensbedingungen und die Verhaltensweisen eines Menschen haben Einfluss auf dessen Gesundheit. Je nachdem, in welcher Bevölkerungsgruppe oder sozialen Gruppe sich ein Mensch befindet, werden auch seine Verhaltensweisen und sein Lebensstil (lifestyle) entsprechend geprägt und

beeinflusst. Daher zielen Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention entweder direkt oder indirekt auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten ab. (Von Troschke, 2006, S. 530)

1.9. Gesundheitskompetenz

Der Begriff Gesundheitskompetenz (Health Literacy) meint im Rahmen der Gesundheitsförderung all jene Fähigkeiten eines Menschen, die zur Verbesserung der individuellen Gesundheit beitragen können. Eine Gesundheitskompetenz zu besitzen bedeutet also ein gewisses Basiswissen zu Gesundheit und Krankheit mitzubringen, die Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu verstehen, sich im Versorgungssystem zurecht zu finden sowie ein spezielles Wissen über Gesundheitsrisiken und Krankheiten zu besitzen. (Egger & Razum, 2012, S. 140)

Es gibt verschiedene Formen der Gesundheitskompetenz. Die funktionale Gesundheitskompetenz meint alle Grundfertigkeiten, wie zum Beispiel das Lesen und Schreiben um gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen. Die interaktive Gesundheitskompetenz wird benötigt, um sich mit anderen über gesundheitsrelevante Informationen austauschen und durch soziale Interaktion Wissen aneignen zu können. Die kritische Gesundheitskompetenz ist wichtig, um gesundheitsrelevante Informationen kritisch analysieren zu können. Dies wiederum ist wichtig, um die erworbenen Informationen optimal im Leben anwenden zu können. (Egger & Razum, 2012, S. 140-141)

Diese Formen und Arten der Gesundheitskompetenz können über Kultur, Bildung und Erziehung, sowie in Austauschprozessen erlernt und auch an andere weitergegeben werden. Der kulturspezifische Kontext oder der soziale Hintergrund einer Person spielt somit auch bei der Ausprägung und Nutzungsmöglichkeit von Gesundheitskompetenz eine Rolle. (Egger & Razum, 2012, S. 141)

Zusätzlich zum „alltagspraktischen“ Wissen, wird im Zusammenhang mit dem Begriff der Gesundheitsförderung auch das „spezialisierte“ Wissen verstanden, wenn von Gesundheitskompetenz die Rede ist. Unter dem „spezialisierten“

Wissen ist zum Beispiel das Wissen zu individuellen und kollektiven Gesundheitsrisiken gemeint oder aber auch über all jene Maßnahmen, die zu einer Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen beitragen können. Diese Maßnahmen ermöglichen und motivieren die Menschen dazu, das Gesundheitswissen aus ihren Lebenswelten nutzbar zu machen. Dieses können sie dann in unterschiedlichen Handlungsfeldern (z.B. Familie, Arbeitsleben, Gesundheitssystem) für ihre Gesundheitserhaltung und Gesundheitsförderung anwenden. „Gesundheitskompetenz wird so primär als Ressource und Potenzial verstanden, die dazu beitragen kann, dass Individuen mehr Kontrolle über ihre Gesundheit und über gesundheitsbeeinflussende Faktoren (Gesundheitsdeterminanten) erlangen.“ (Abel, Sommerhalder & Bruhin, 2015)

1.10. Gesundheitskommunikation - Strategien für die Verhaltensveränderung und Stärkung des Gesundheitsverhaltens

Strategien, um das Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen, verlaufen oft über die Methode der Gesundheitskommunikation. Dazu zählen die Einzelstrategien der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung, der Gesundheitsberatung, PatientInnenschulung und Gesundheitsaufklärung, sowie der Stärkung der Gesundheitskompetenz (health literacy).

1.10.1. Gesundheitskommunikation

Der Begriff Gesundheitskommunikation (health communication) ist ein wichtiger Bestandteil der modernen Gesundheitspolitik geworden und nutzt verschiedene Medien und Formen der Vermittlung, um gesundheitsfördernden Verhaltensweisen in der Bevölkerung einen Anstoß zu geben. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 193)

Der Begriff „Kommunikation“ bedeutet einen Austausch von Wissen, Gedanken, Meinungen, Erfahrungen und Gefühlen und es geht immer um die Vermittlung von Nachrichten oder Informationen. Informationen können direkt (persönlicher Austausch) oder indirekt (durch verschiedene Medien) mittels Sprache, Bilder oder

andere Zeichen weitergegeben werden. Die Inhalte von Gesundheitskommunikation handeln von gesundheitsspezifischen Themen und können auch durch Personen erfolgen, die nicht direkt am gesundheitlichen Versorgungsprozess eines Menschen beteiligt sind und auch keine Gesundheitsprofession innehaben. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 193-194)

Die Gesundheitskommunikation kann durch direkte, personale Kommunikation verlaufen oder indirekt durch die Massenmedien. Diese können aber auch in Kombination auftreten. Die direkte und personale Kommunikation findet zwischen GesundheitserzieherInnen oder GesundheitsberaterInnen und den AdressatInnen statt. Dadurch, dass in den letzten Jahrzehnten im Laufe der Demokratisierung in den westlichen Gesellschaften, die Bedeutung der Selbstverantwortung bei der Organisation und Umsetzung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen immer weiter angestiegen ist, werden die AdressatInnen immer mehr zu eigenverantwortlichen NutzerInnen der Angebote des Gesundheitssystems. Die Beziehung zwischen GesundheitserzieherInnen und AdressatInnen wird damit zunehmend zu einem auf gleicher Ebene stattfindenden wechselseitigen Austausch und die Autorität der Professionellen für gesundheitspezifische Informationen wird immer weiter verdrängt. Zusätzlich haben die meisten Menschen in westlichen Gesellschaften einen eigenen Zugang zu Informationen und Wissen über Gesundheit und Krankheit und der ExpertInnenstatus der professionellen GesundheitserzieherInnen wird zunehmend relativiert.

(Hurrelmann & Richter, 2013, S. 194) An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass Hurrelmann und Richter in diesem Abschnitt einen Idealzustand gut informierter und aufgeklärter Menschen beschreiben. Es ist jedoch fraglich, inwieweit alle „informierten NutzerInnen“ tatsächlich Zugang zu den Informationsquellen haben und weiterer Folge die qualitativen Informationen unter der Masse an Quellen im Internet identifizieren können.

Die Gesundheitserziehung durch die Massenmedien ist auf eine breite Zielgruppe ausgerichtet und versucht mit ihren Programmen möglichst viele Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Die Inhalte bestehen meist aus Informationen über Ursachen und Verlauf von Gesundheitsstörungen und Krankheiten und wie Menschen sich vor Risiken schützen können. Auch die Weitergabe von Wissen

über den Aufbau und die Funktion des Gesundheitsversorgungssystems ist mit dieser Art der Gesundheitskommunikation gemeint. Immer mehr halten bei solchen Gesundheitskampagnen Formen von computer- und telefongestützten Kommunikationstechniken Einzug. Durch „E-Health“ kann die Gesundheitstelematik noch schneller Informationen für noch mehr Mitglieder der Bevölkerung bereitstellen. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 194-195)

Die Gesundheitskommunikation beinhaltet verschiedenen Ansätze, mit denen sie sich anhand unterschiedlicher Vorgehensweisen und Anwendungsgebiete an verschiedene Bevölkerungsgruppen richtet. Diese Strategien sind die Gesundheitsberichterstattung, die Gesundheitsbildung, die Gesundheitserziehung, die Gesundheitsberatung und die Gesundheitsaufklärung. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 195) Nachfolgend werden die genannten Strategien nun näher erläutert.

1.10.2. Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichterstattung meint eine systematische Aufbereitung von Gesundheitsinformation, um gesundheitsrelevantes Wissen bereitzustellen und zu vermitteln. Dabei handelt es sich um Wissen zu Gesundheits- und Krankheitsursachen, zum Gesundheitsverhalten, Folgen und Störungen von Krankheiten und/oder Behandlungsmethoden sowie das Wissen zu den verschiedenen Versorgungsstrukturen im Gesundheitsversorgungssystem. Neben dem Nutzen der Informationsweitergabe ist die Gesundheitsberichterstattung auch eine wichtige Instanz der Dokumentation von Daten über Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken, zum Krankenstandsverhalten in der Bevölkerung, zur Lebenserwartung und Lebensqualität und zu weiteren relevanten Daten, die für die Planung in einem Gesundheitssystem ausschlaggebend sein können. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 195) Da Gesundheitsberichterstattung üblicherweise an Entscheidungsträger gerichtet ist, folgt durch diese Berichte im Idealfall eine Optimierung im Gesundheits- und Versorgungssystem.

1.10.3. Gesundheitsbildung

Die Einwirkung auf gesundheitsrelevantes Wissen, Einstellungen und Handlungsdispositionen ist Teil der Strategie der Gesundheitsbildung. Die Vermittlungsformen der Gesundheitsbildung sind meist Kurse, die an ausgewählte Gruppen von TeilnehmerInnen gerichtet sind. Die TeilnehmerInnen nehmen freiwillig an diesen Angeboten teil und sind daher offen für eine Wissenserweiterung und Einstellungsveränderung. Die Gesundheitsbildung hat zum Ziel, den AdressatInnen durch diese Gesundheitsbildungsangebote Gesundheitsinformationen zu vermitteln und deren Kompetenzen zu stärken. Dadurch sollen die AdressatInnen die Selbstbestimmung ihres Gesundheitsverhaltens erhöhen und gesundheitsförderliche Verhaltensformen wählen. Diese Verhaltensformen dienen der Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und wirken sich positiv auf die Gesundheitsdynamik der Menschen aus. Volkshochschulen, Familienbildungsstätten, kirchliche und gewerkschaftliche Bildungswerke sowie weitere öffentlich oder privat getragene Organisationen der Erwachsenenbildung, sind die wichtigsten Träger für Gesundheitsbildung (Wulfhorst & Hurrelmann, 2009 z. n. Hurrelmann & Richter, 2013, S. 196). (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 196)

1.10.4. Gesundheitserziehung

Die Gesundheitserziehung ist eine bestimmte Form der Gesundheitsbildung. Didaktische und inhaltliche Grundsätze strukturieren Gesundheitsinformationen und zielen auf eine Entwicklung von gesundheitlichem Grundwissen, Einstellungen und Verhaltensmustern. Die Zielgruppen der Gesundheitserziehung sind primär Kinder und Jugendliche, welche noch mitten in der Entwicklung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen sind. Gesundheitserziehung findet hauptsächlich in Kindergärten, in Schulen und an anderen Ausbildungsstätten statt. Daher erfolgt die Teilnahme der AdressatInnen an diesen Gesundheitsbildungsangeboten meist nicht freiwillig, sondern ist durch gesetzliche Rahmenbedingungen und lehrplanmäßige Strukturen gefordert. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 196)

Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung verfolgen im Wesentlichen dasselbe Ziel: Im Fokus stehen die Entwicklung von Kompetenzen der Selbststeuerung des Gesundheitsverhaltens sowie dessen Festigung und Stabilisierung (Wulfhorst & Hurrelmann, 2009 z. n. Hurrelmann & Richter, 2013, S. 196).

1.10.5. Gesundheitsberatung

Gesundheitsberatung wird von den AdressatInnen freiwillig in Anspruch genommen und kann nur durch aktive Inanspruchnahme umgesetzt werden. Die Gesundheitsberatung kann dabei mehr auf die individuellen Fragestellungen und Bedürfnisse eingehen. Hierbei ist das Ziel, die Ratsuchenden mit ihren persönlichen Ressourcen und Bewältigungsstrategien in Verbindung zu bringen, damit diese ihr Gesundheitsverhalten selbstständig verbessern können. Die Beratung wird meist von ÄrztInnen, PsychologInnen, ApothekerInnen, Pflegepersonen, GesundheitswissenschaftlerInnen sowie von SozialarbeiterInnen durchgeführt und findet in Einrichtungen wie Arztpraxen, Krankenhäusern, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Rehabilitation und immer mehr auch in spezifischen Einrichtungen für gezielte Gesundheitsberatung und PatientInnenberatung und PatientInnenschulung statt. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 197) Beratung ist immer prozessorientiert und antwortet auf die individuellen Entscheidungsprobleme der Menschen. Daher lässt sich gerade Beratung von den anderen Strategien leicht abgrenzen.

1.10.6. Gesundheitsaufklärung

Die Gesundheitsaufklärung ist die „Vermittlung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen an große Gruppen der Bevölkerung“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 197). Ihr Fokus liegt dabei auf der Entwicklung und Erweiterung des Wissens zu Gesundheit und Krankheit, von Wissen über den Körper und dessen Funktionen, über vorbeugende Handlungsmöglichkeiten und der Bewältigung von Gesundheitsbeeinträchtigungen sowie des Wissens über die

Versorgungssysteme des Gesundheitssystems. Gesundheitsaufklärung hat zum Ziel, Gesundheitskompetenz und gesundheitliche Mündigkeit bei den AdressatInnen zu schaffen. Die englische Literatur verwendet dafür den Begriff „Health literacy“. Diese sei eine wissensbasierte Gesundheitskompetenz und sei die Voraussetzung für eine gesundheitsförderliche Lebensgestaltung. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 197)

1.11. Strategien der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung

„Strategien der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung bestehen im Wesentlichen aus Wissensvermittlung und Beeinflussung von Einstellungen und Handlungsdispositionen, um die Fähigkeit zu vermitteln, das eigene Verhalten gesundheitsförderlich auszurichten und die eigene Gesundheit zu stabilisieren.“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 199)

Der Schwerpunkt dieser Strategien liegt augenscheinlich auf dem der Verhaltensprävention. Jedoch zeigen Erfahrungen, dass für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitserziehungs- und Gesundheitsbildungsprogrammen es zielführender ist, diese in verhältnispräventive Komponenten einzubetten. Damit ist gemeint, dass auch die Orte und Institutionen, wo diese Programme stattfinden sollen, eine Rolle spielen und bei der Planung mitbedacht werden müssen. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 199)

Ausgangsbasis jedes Erziehungs- und Bildungsprozesses ist eine systematische Wissensvermittlung. Daher gehen allen Bemühungen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung Strategien der Gesundheitsinformation und Gesundheitsaufklärung voraus. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 199)

Durch die Zunahme von Zivilisationskrankheiten und chronischen Erkrankungen werden pädagogische Maßnahmen immer wichtiger, da sie an der Vorbeugung von verhaltens- und verhältnis-bedingten Erkrankungen ansetzen können (Hörmann, 2009, S. 21).

1.12. Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung

Gesundheitsbildungs-Professionals fördern eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens. Gesundheitsbildung wird dabei in verschiedenen Weisen definiert. (Sharma & Romas, 2012, S. 6)

Laut WHO (1998) umfasst Gesundheitsbildung bewusst konstruierte Möglichkeiten für das (Gesundheits-) Lernen. Dabei kann es sich um kommunikativ gestaltete Lernformen handeln, die die Health Literacy (Gesundheitskompetenz) verbessern und das (Gesundheits-) Wissen erweitern sollen oder die (Weiter-) Entwicklung von Lebenskompetenzen für die individuelle und oder die allgemeine gesellschaftliche Gesundheit fördern. (WHO, 1998, S. 4)

Liebig & Vogel (1995) sehen die Gesundheitsbildung als Neukonzeption an, um Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitstraining und Gesundheitsschulung unter einem Begriff zusammenzufassen (Liebig & Vogel, 1995 zit. n. Schliehe et al., 2000, S. 3). So werden verschiedene Maßnahmen, die sich über ein breites Spektrum erstrecken, in einer Bezeichnung angesprochen. Der Gesundheitsbildung wird aber die Gesundheitsförderung übergeordnet. Somit ist die Gesundheitsbildung ein Teilbereich der Gesundheitsförderung. (Schliehe et al., 2000, S. 3-4) Und laut Blättner (1997), bezieht sich Gesundheitsbildung als eine Maßnahme der Gesundheitsförderung auf die Lernprozesse von Erwachsenen (Blättner, 1997 zit. n. Schliehe et al., 2000, S. 4).

Der Gesundheitsbildung kommt als lebenslanger Prozess immer mehr Bedeutung zu, wenn es sich dabei um das Lernen, welches über die Adoleszenz hinausreicht, handelt. Die Strategie der Gesundheitsbildung wird von der Gesundheitserziehung abgegrenzt. Die Gesundheitserziehung richtet sich vorwiegend an Kinder und Jugendliche und dabei handelt es sich hauptsächlich um ein Eintrainieren von gesundheitsrelevantem Verhalten. Die AdressatInnen der Gesundheitsbildung dagegen sind Erwachsene. (Blättner & Waller, 2011, S. 206; Theisen & Sinner, 2009, S. 94)

Der Begriff der Gesundheitsbildung lässt sich jedoch nicht nur hinsichtlich der AdressatInnen (Erwachsene) von der Gesundheitserziehung (SchülerInnen) unterscheiden. Die beiden Begriffe können zusätzlich darin voneinander abgegrenzt werden, dass Gesundheitsbildung die Selbstbestimmung und Eigenaktivität als komplexe Persönlichkeitsentwicklung inne hat und Gesundheitserziehung eher als ein von außen unterstützter Prozess gesehen werden kann. Außerdem geht Gesundheitsbildung über die bloße Information und Aufklärung hinaus und bezieht die Rahmenbedingungen von Gesundheit mit ein. Gesundheitsbildung ist auch ein Teilbereich der Erwachsenenbildung und ist bewusst transdisziplinär ausgerichtet. Sie ist verknüpft mit den Bereichen der Medizin (Hygiene, Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge), des Gesundheitswesens (Krankenkassen), des Sports (Vereine, Fitnessstudio), der Philosophie/Religion (Ethik, Lebenskunst), den sozialen Bewegungen (Alternativszene, Selbsthilfegruppen) und seit kurzem mit der Wellness-Industrie (private Anbieter, Esoterik-Szene). (Hoh & Barz, 2010, S. 733)

Im Bereich der Erwachsenenarbeit hat sich vermehrt der Begriff Bildung verbreitet und den der Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung verdrängt. Ein Grund ist der eher belehrende und autoritäre Charakter der früheren Begriffe. Die Gesundheitsbildung beinhaltet viele Bereiche, welche alle Körper und Psyche betreffen. Diese Bereiche sind Ernährung, Bewegung, Entspannung, Selbsterfahrung und Verhalten, Gesellschaft und Umwelt, Erkrankung, Heilung und das Leben mit Krankheiten und Abhängigkeiten. Diese werden durch verschiedene Aktivitäten angesprochen beziehungsweise beeinflusst. (Hörmann, 2009, S. 20)

Der Terminus „Erziehung“ meint eine didaktische Strategie (Lehrkunst), um Anregungen und Lehrmöglichkeiten im Sinne einer Erziehungsperson zu gewährleisten. Bildung bedeutet, aus der Sicht des Lernenden, eine selbstgesteuerte Lerngestaltung im Sinne einer Mathetik (Lernkunst). Daher ist die Gesundheitsbildung die Aneignung von Kenntnissen und Fertigkeiten, um ein gesundheitliches Wohlbefinden selbstbestimmt entwickeln zu können. (Hörmann, 2009, S. 21)

Nach der Bundesvereinigung für Gesundheit (1997), geht Gesundheitsbildung „(...) über eine präventiv orientierte Gesundheitserziehung mit deren vorrangiger Ausrichtung und Vermeidung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen und über bloße Information und Aufklärung hinaus. Sie will, dass Menschen mehr Möglichkeiten haben, positiven Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und die anderer sowie auf ihre Lebensbedingungen auszuüben“ (Bundesvereinigung für Gesundheit e. V., 1997, S. 12 zit. n. Theisen & Sinner, 2009, S. 94).

Blättner (1998) definiert Gesundheitsbildung als Lernen von Erwachsenen zum Thema Gesundheit in Institutionen der Erwachsenenbildung. Zu dieser Zeit, ca. ab den 80er Jahren, wurde Gesundheitsbildung als neuer Bereich der Erwachsenenbildung betrachtet. (Blättner, 1998, S. 17-18)

Unter dem Begriff Gesundheitsbildung sind organisierte Entwicklungs- und Lernprozesse zu verstehen. Diese sollen es Menschen ermöglichen, gezielt all jene Faktoren zu beeinflussen, die ihre Gesundheit bestimmen (z.B. Lebensbedingungen, Gesundheitshandeln). Gesundheitsbildung versucht durch Vermittlung relevanter Kompetenzen die Handlungschancen von Individuen und Gruppen in gesundheitsbezogenen Bereichen zu vergrößern. In der Gesundheitsbildung ist die Selbstbestimmung eine wichtige Komponente. Einzelne Personen sollen informiert entscheiden und handeln können und ihre Lebensbedingungen so aktiv mitgestalten können. Damit hilft die Gesundheitsbildung, innerhalb eines formellen Lernprozesses, bei der Befähigung und der zunehmenden Entscheidungs- und Handlungsmacht. (Blättner & Waller, 2011, S. 206)

Die Abgrenzung von Gesundheitsbildung zur Gesundheitserziehung findet in dieser Form jedoch nur in der deutschen Sprache ihre Bedeutung. Der englische Begriff „health education“ impliziert beide der vorangegangenen Begrifflichkeiten. Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung können als Herangehensweisen von präventiven Strategien und der Gesundheitsförderung genutzt werden um Strategien umzusetzen. (Blättner & Waller, 2011, S. 206-207)

Gesundheitsbildung soll als Bildung für eine gesundheitsorientierte Lebensweise, für eine adäquate Lebensordnung, für Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung, die Gesundheit von Personen beeinflussen können (Wulfhorst, 2002, S. 38 u. S. 74). Damit sei die Gesundheitsbildung der Gesundheitsförderung näher als die Gesundheitserziehung (Haug, 1991, S. 33).

Die moderne Gesellschaft verlangt in den Bereichen Lernen und Bildung immer mehr nach einem Perspektivenwechsel. Lernen und Bildung ist nicht mehr auf bestimmte Lebensabschnitte begrenzt, sondern es wächst der Zugang zum Lernen und zur Bildung über die gesamte Lebensspanne eines Menschen. Dieser Perspektivenwechsel betrifft auch künftige Lernprozesse für Gesundheit. (Gruber, 2010, S. 40)

1.13. Ziele und Themen der Gesundheitsbildung

Das Ziel von Gesundheitsbildung ist die „(...) Ergänzung und Wiederherstellung von Wissen und Kompetenzen zur Stärkung der Selbststeuerung und des Gesundheitsverhaltens bei Menschen einzuleiten, die einen selbstempfundenen Problemdruck wegen Gesundheitsstörungen und mangelndem Wohlbefinden haben“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 208). Es geht um eine Beeinflussung der individuellen Gesundheitsentscheidungen und eine Stärkung des selbstdefinierten Wohlbefindens. Gerade in Situationen, wo Menschen tiefgreifende Veränderungen in ihrem Leben erfahren und diese Situation eine zwingende Veränderung der betreffenden Person verlangt, kann Gesundheitsbildung auch eine nachhaltige Wirkung erzielen. In solchen Situationen kann Gesundheitsbildung am Wissen und dem Denken der Menschen ansetzen und eine „Neukonzeption des (...) gesundheitsbezogenen Verhaltens und des Lebensstils einleiten“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 208).

Gesundheitsbildung soll die Gesundheit der Bevölkerung erhalten, fördern oder wiederherstellen. Sie ist ein Teilbereich des Bildungswesens, des Sozialwesens und des Gesundheitswesens. (Hoh & Barz, 2010, S. 731)

2. Relevanz des Themas

Wenn die vorhergehenden Kapitel zusammengefasst werden, kann folgendes gesagt werden:

Gesundheit ist multidimensional. Sie ist ein Zustand, der von dem physischen, dem psychischen und den sozialen Bedingungen eines Menschen bestimmt wird (WHO, 1948). Psychische oder mentale Gesundheit werden als wichtige Voraussetzung für die physische Gesundheit und die Lebensqualität des Menschen angesehen. So ist dem/der LeserIn bereits bekannt, dass es „keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ gibt (WHO, 2005, S. 3) Da die physische und psychische Gesundheit in einer ständigen Wechselbeziehung stehen und sich gegenseitig beeinflussen, kann die psychische Gesundheit als integraler Bestandteil des Wohlergehens eines Menschen verstanden werden und ist so auch umgekehrt von der physischen Gesundheit abhängig. (Herrman et al., 2005, S. 3-4; WHO, 2014)

Psychische Gesundheit (wie auch physische Gesundheit) ist mehr als die bloße Abwesenheit psychischer oder physischer Krankheiten und wird von sozioökonomischen, biologischen sowie von Umweltfaktoren zusätzlich beeinflusst. So kann psychische Gesundheit Voraussetzung für ein qualitatives Leben sein oder sie kann umgekehrt vom Leben und den humanen, ökonomischen und sozialen Bedingungen oder sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren positiv wie negativ beeinflusst werden. (WHO, 2014)

Maßnahmen der Gesundheitsförderung können helfen, die Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit zu stärken und die Risikofaktoren zu vermindern. Im Gegensatz zu Krankheitsprävention, hat die Gesundheitsförderung einen ressourcenorientierten Ansatz. Die Gesundheitsförderung soll primär gesunde Lebensbedingungen für die Menschen schaffen, indem sie deren persönliche (Gesundheits-) Kompetenzen stärkt. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 148; Abel & Kolip, 2012, S. 128)

Der salutogenetische Blick der Gesundheitsförderung auf den Menschen richtet die Aufmerksamkeit, trotz aller Gesundheitsrisiken und -belastungen, auf die gesundheitsrelevanten Ressourcen der Menschen. Gesundheitsförderung hat zum Ziel den Menschen ihre externalen und internalen Ressourcen für eine gesunde Lebensweise bereitzustellen und versucht die sozialen und individuellen Lebensbedingungen danach zu gestalten. (Abel & Kolip, 2012, S. 128)

Strategien der Gesundheitsförderung sollen die Chancengleichheit zwischen verschiedenen sozialen Schichten und Bevölkerungsgruppen ermöglichen und ihnen im Sinne eines „Empowerments“ (Ermächtigung) und der Partizipation, durch Selbstbestimmung zu einer Verwirklichung ihres optimalen Gesundheitspotential verhelfen. Gesundheitsförderung zielt daher, um eine möglichst ganzheitliche Wirkung zu erzielen, auf ökonomische, soziale, ökologische, kulturelle und politische Faktoren ab und zieht dabei materielle wie nicht-materielle Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen können, in Betracht. (Abel & Kolip, 2012, S. 128-130; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 149; WHO, 1986, S. 1-4)

Eine Teilstrategie der Gesundheitsförderung ist die Gesundheitskommunikation. Die Gesundheitskommunikation ist ein wichtiger Bestandteil der modernen Gesundheitspolitik und damit der Gesundheitsförderung geworden und nutzt verschiedene Medien und Formen der Vermittlung für eine gesündere Gesellschaft. Für diesen Zweck verfolgt sie verschiedene Ansätze, mit denen sie sich anhand unterschiedlicher Vorgehensweisen und Anwendungsgebiete an verschiedene Bevölkerungsgruppen richten kann. Diese Teilstrategien sind, wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln ausführlicher beschrieben, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsbildung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 193-195)

Die Autorin möchte den Fokus in dieser Arbeit auf die Strategie der Gesundheitsbildung richten. Das Konzept der Gesundheitsbildung beinhaltet ein ganzheitliches Menschenbild und fordert ein teilnehmerorientiertes, soziales und selbstbestimmtes Lernen, das sich auf die sozialen und natürlichen

Lebensbedingungen der TeilnehmerInnen richtet. Mit einem umfassenden Gesundheitsverständnis richtet sich Gesundheitsbildung als Teilbereich der Gesundheitsförderung an erwachsene Personen. Dabei umfasst die Strategie der Gesundheitsbildung die Einwirkung auf das gesundheitsrelevante Wissen, auf Einstellungen und auf Handlungsdispositionen. Die Vermittlungsformen der Gesundheitsbildung sind meist Kurse, die an ausgewählte Gruppen von TeilnehmerInnen gerichtet sind. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 196; Pschyrembel Online)

Die Gesundheitsbildung hat das Ziel, AdressatInnen durch diese Gesundheitsbildungsangebote relevante Gesundheitsinformationen zu vermitteln sowie deren (Gesundheits-)Kompetenzen zu stärken. Dadurch sollen die AdressatInnen die Selbstbestimmung ihres Gesundheitsverhaltens erhöhen und gesundheitsfördernde Verhaltensformen vorziehen lernen. Diese Verhaltensformen dienen der Förderung der Persönlichkeitsentwicklung im Allgemeinen und wirken sich im Idealfall positiv auf die gesamte Gesundheit der Menschen aus. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 196)

Dem Ansatz der Gesundheitsbildung kommt als lebenslanger Prozess immer mehr Bedeutung zu, da sich das Lernen immer mehr über die gesamte Lebensspanne eines Menschen erstreckt. (Blättner & Wallner, 2011, S. 206; Gruber, 2010, S. 40)

2.1. Die Zunahme psychischer Belastungen in der Moderne

Wird der Blick auf die heutige urbane und moderne Welt des 21. Jahrhunderts gerichtet, ist eine allgemeine Beschleunigung vieler Lebensbereiche wahrnehmbar. Der schnelle Wandel und Fortschritt der ständig geschieht ist Auslöser für viele Gesundheits-, Lebens-, Arbeits- und Umweltbelastungen. Das Gleichgewicht zwischen Belastungs- und Bewältigungspotenzial ist für viele Menschen schwer aufrechtzuerhalten und ein häufiges Resultat ist in weiterer Folge ein vermehrtes erkranken der Menschen die unter diesen Bedingungen leben. (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 27)

Hierdurch kann sich Stress immer stärker zu einem Gesundheits- und Leistungskiller entwickeln und kann neben einer Beeinträchtigung des allgemeinen Wohlbefindens auch zur Entstehung somatischer Erkrankungen beitragen. Stress wirkt sich aber in erster Linie auf die Psyche des Menschen aus. Stress, die geistige und emotionale Haltung, die physiologische Gesundheit sowie das allgemeine Wohlbefinden stehen dabei in einem engen Zusammenhang. Auch Wut, Angst und Sorgen können zusätzlich zur Entstehung von Gesundheitsstörungen beitragen. (Decker & Decker, 2011, S. 187-189)

Diese Umstände führen zu einer weltweiten Zunahme von psychischen Belastungssymptomen und Erkrankungen (Herrman et al., 2005, S. 4). Psychische Erkrankungen sind in allen Bevölkerungsgruppen und allen Gesellschaften der Welt zu finden und ziehen große Belastungen für Individuen und deren Familien, für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem und schließlich für die Ökonomie eines Landes nach sich (OECD, 2014, S. 3; WHO, 2001, S. 3).

Weltweit gibt es mehr als 450 Millionen Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden und noch weit mehr leiden an psychischen Problemen (WHO 2014). Innerhalb der Europäischen Union sind jährlich 38,2 Prozent aller EinwohnerInnen von einer psychischen Störung betroffen (Wittchen et al. 2011, S. 656).

Laut dem OECD-Bericht „Mental Health and Work: Austria“ aus dem Jahr 2015, ist jede/r dritte EmpfängerIn von Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Berufsunfähigkeitspensionen von psychischen Probleme betroffen (OECD, 2015, S. 39-40). Damit sind es viele Erwachsene im erwerbsfähigen Alter, die von psychischen Problemen betroffen sind.

Der Fehlzeitenreport 2015 des österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung zeigt ebenso sehr deutlich, dass psychische Erkrankungen im Zunehmen sind. So haben sich etwa die Zahlen der Krankheitstage aufgrund von psychischen Erkrankungen seit den 1990er-Jahren beinahe verdreifacht. Auch in anderen Ländern ist dieser Trend zu beobachten. Es ist anzunehmen, dass sich zwar das Versorgungssystem hinsichtlich psychischer Erkrankungen verbessert hat und

zudem mehr Menschen dieses in Anspruch nehmen können, jedoch werden zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, als reine somatische Krankheiten fehldiagnostiziert. Oft liegen Magenschmerzen, Allergien, Kreislaufproblemen, Rückenproblemen usw. psychische Ursachen wie Stress und psychische Belastung zugrunde. Da die Dunkelziffer auch aus vielen anderen Gründen besteht, insbesondere auch in der schwierigen Erfassung von Sekundärdaten (Qualität der Diagnose und der Aufzeichnungen) sowie in Befragungen (Qualität der Befragungen, der Befragungsinstrumente etc.), muss davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz von Krankheiten mit psychischen Ursachen noch größer ist. (Leoni, 2015, S. 51)

Um diesem Trend entgegen zu wirken, sollen sich Strategien der Gesundheitspolitik für psychische Gesundheit nicht nur auf psychische Krankheiten fokussieren, sondern einen breiteren Weg anstreben. Laut WHO (2014) seien dazu zusätzliche Strategien notwendig, um die psychische Gesundheit nicht nur präventiv, sondern auch im Sinne der Gesundheitsförderung zu behandeln. Dies soll durch verschiedene Strategien und Programme wie die der Gesundheitskommunikation erfolgen und sollte möglichst früh im Leben der Menschen und/oder gezielt bei vulnerablen Personengruppen ansetzen. (WHO, 2014, o. S.; Williams et al., 2005, S. 7)

2.2. Gesundheitsbildung zur Förderung psychischer Gesundheit bei Erwachsenen

Im Erwachsenenalter finden eine Reihe von Lebensveränderungen statt und es ist geprägt von bestimmten Anforderungen, Verantwortungen und Leistungen, die zu erbringen sind. So gibt es eine ganze Liste von Faktoren, die die psychische Gesundheit eines Erwachsenen beeinflussen können. (Cattan & Tilford, 2006, S. 137-139)

Zwischen zwanzig und 45 Jahren übernehmen viele Erwachsene Verantwortung für ihre eigenen Kinder, am Arbeitsplatz und in Beziehungen. Ab dem 45 Lebensjahr sind Erwachsene meist damit beschäftigt ihre Familie zu versorgen,

sie übernehmen mehr Verantwortung in der Arbeit und in Beziehungen, kümmern sich unter Umständen schon um die alternden Eltern und sorgen für die künftige Pension vor. Das Risiko für Arbeitslosigkeit wird in diesem Altersabschnitt größer. Zwischen 60 und 65 verändern sich die Familienstrukturen mitunter noch einmal (Alterspension, Scheidung, Trennung, Krankheit, Tod); es kann neuerdings zu einem Wandel im individuellen und sozialen Leben kommen. Oft besteht die Gefahr einer Diskriminierung im Alter und dies kann zu Konflikten führen. All diese Punkte können sich negativ oder positiv auf das psychische Befinden einer erwachsenen Person auswirken. (Cattan & Tilford, 2006, S. 138-140)

Die meisten Studien für psychische Gesundheitsförderung für Erwachsene sind auf eine oder mehrere psychische Erkrankungen ausgerichtet und nicht auf mentale/psychische Gesundheit oder etwa auf eine der oben genannten Determinanten. Jedoch sollte die Gesundheitsförderung genau da ansetzen. (Cattan & Tilford, 2006, S. 151)

Die Gesundheitsbildung ist eine der möglichen Strategien um dies zu tun und setzt dabei bei den individuellen Kompetenzen, dem individuellen Verhalten und den Lebensstilfaktoren an.

2.3. Gesundheitsbildung in Österreich

Um Beispiele für bereits bestehende Formen von Gesundheitsbildung in Österreich zu ergründen führte die Recherche der Autorin auf die Internetseite des Bundesministeriums für Bildung und Frauen. In den Ergebnissen der Suche fand sie verschiedene Projekte und Initiativen für Gesundheitsbildung. Die meisten davon waren an Kinder und Jugendliche gerichtet (BMFG, 2015). In der ersten Recherche der Autorin war jedoch hervorgegangen, dass Gesundheitsbildung vor allem in der Erwachsenenbildung eingesetzt wird. Gesundheitserziehung hingegen soll die „junge Generation bewusst und zielorientiert zu bestimmten Verhaltensweisen (...) führen“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 199). Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen verwendet den Begriff „Gesundheitsbildung“ jedoch synonym mit dem der „Gesundheitserziehung“,

welche sich an Kinder und Jugendliche richtet. Der Fonds Gesundes Österreich nimmt bezüglich Gesundheitsbildung keine Einschränkungen hinsichtlich einer bestimmten Zielgruppe vor.

Die Autorin suchte daher weiter nach Institutionen oder Organisationen in Österreich, welche Angebote unter dem Begriff Gesundheitsbildung offerieren. Die GIVE, eine bundesweite Servicestelle, bietet Auskünfte über Projekte, Initiativen und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in Schulen. Der Begriff „GIVE“ ergibt sich aus den Worten Gesundheitsbildung, Information, Vernetzung und Entwicklung und die Servicestelle wird als „Servicestelle für Gesundheitsbildung“ gekennzeichnet. Die Angebote sind jedoch nicht für die Gesundheitsförderung von Erwachsenen konzipiert, sondern richten sich wieder ausschließlich an Kinder und Jugendliche und fallen damit laut der Definition von Hurrelmann & Richter (2013) eigentlich in den Bereich der Gesundheitserziehung. (GIVE, 2015; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 196)

Der Begriff der Gesundheitsbildung taucht auch auf den Internetseiten der österreichischen Volkshochschulen auf, die einen Teilbereich der Erwachsenenbildung abdecken. Dort zählen jene Kurse, die zur Gesundheitsförderung beitragen und unter dem Terminus Gesundheitsbildung verankert sind, zu den am meisten besuchten Bildungsangeboten (Brugger & Neumer, 2013, S. 16). Zu den Programmbereichen der österreichischen Volkshochschulen zählt auch die Gesundheitsbildung. Dies sind Angebote zu den Gebieten Bewegung, Gymnastik, Sport, Spiel, Entspannung, Ernährung, Selbsthilfegruppen und Alternativmedizin zugeordnet und dienen der Gesundheitsvorsorge der österreichischen Bevölkerung (Verband Österreichischer Volkshochschulen, 2015). Eine Definition des Begriffs „Gesundheitsbildung“ wird jedoch nicht vorgenommen.

2.3. Zielsetzung der Arbeit

Wie aus der vorhergehenden Recherche der Autorin ersichtlich, sind in Österreich Angebote von Gesundheitsbildung für Erwachsene zwar in Form von diversen Vorträgen, Seminaren oder Lehrgängen vertreten, jedoch beschränkt sich dieses Angebot auf die Volkshochschulen, welche ein Programm für Entspannung anbieten (Verband Österreichischer Volkshochschulen, 2015). Es sollte jedoch gerade im Bereich der psychischen Gesundheit mehr Angebote von Gesundheitsbildung für Erwachsene geben. Denn gerade Erwachsene sind meist von einer sozioökonomischen Mehrfachbelastung betroffen, die sich ungünstig auf die psychische Gesundheit auswirken.

In Österreich gibt es zwar eine Reihe an Angeboten für Gesundheitsbildung, jedoch scheint der Begriff der „Gesundheitsbildung“ dabei unterschiedlich ausgelegt zu werden und meint in vielen Fällen die Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen. Außerdem kann nur in Einzelfällen festgestellt werden, wie diese Gesundheitsbildungsangebote hinsichtlich der Zielgruppen einzuordnen sind und ob sie ein Ziel im Sinne der Gesundheitsförderung verfolgen. Schlussendlich gibt es in Österreich bisher nur wenige Angebote, zum Beispiel an Volkshochschulen, von Gesundheitsbildung, die sich gezielt an Erwachsene richten und gleichzeitig das Ziel haben, die psychische Gesundheit zu fördern. Die Autorin stellt sich somit die Frage, welche Angebote von gesundheitsfördernder Gesundheitsbildung für psychische Gesundheit international vorhanden sind.

Erste Recherchen in diversen Datenbanken zeigten, dass vorwiegend Programme oder Strategien der Gesundheitsbildung für Kinder, Jugendliche, Schulen, Betriebe und für ältere Menschen vorhanden sind. Speziell für Erwachsene von 19 bis 64 Jahren ist auch international nur vereinzelt etwas zu finden. Doch auch Erwachsene benötigen genauso wie Kinder, Jugendliche und ältere Menschen eine gezielte Unterstützung für ihre psychische Gesundheit. Und dies sollte nicht nur am Arbeitsplatz stattfinden, wo Angebote meist nur auf den Arbeitsplatz bezogen sind. Das Leben außerhalb des beruflichen Alltags bleibt dabei oft unberührt.

Überdies ergaben die Recherchen in den Datenbanken, dass sich Programme der Gesundheitsbildung größtenteils an bestimmte PatientInnengruppen mit einer spezifischen psychischen Erkrankung richten. Die Autorin könnte den Fokus auf eine spezifische psychische Erkrankung legen um die Zielgruppe in dieser Forschungsarbeit weiter einzuschränken. Das Anliegen der Autorin ist es jedoch ein positives Gesundheitsverständnis und einen ressourcenorientierten Ansatz zu beleuchten und nicht auf einem krankheitsorientierten sondern auf einem gesundheitsorientierten Grundgedanken aufzubauen. Daher wird der Fokus in dieser Forschungsarbeit auf gesunde Menschen gerichtet. Die Ergebnisse sollen Antworten auf die Fragen bringen, inwieweit Programme der Gesundheitsbildung gesunde Menschen in ihrer psychischen Gesundheit vor Eintreten einer Erkrankung fördern können. So wie es ein Prinzip der Gesundheitsförderung beschreibt, sollte so die Erhaltung der Gesundheit ermöglicht werden.

In dieser Arbeit sollen daher die verschiedenen Programme der Gesundheitsbildung für gesunde Erwachsene gesammelt und hinsichtlich ihrer Effektivität für eine gute psychische Gesundheit betrachtet werden. Die ermittelten Beispiele sollen GesundheitsförderInnen und GesundheitspolitikerInnen in Österreich als Ideenpool und Rahmen dienen können, um optimale Konzepte für die Praxis der Gesundheitsförderung in Österreich zu entwerfen und um Empfehlungen für die Praxis geben zu können.

2.4. Forschungsfragen

1.) Welche Programme der Gesundheitsbildung zum Thema psychische Gesundheit gibt es, um die psychische Gesundheit von gesunden Erwachsenen zu fördern?

2.) Sind diese Programme effektiv?

3. Methode

3.1. Unsystematische Literaturrecherche

Um sich in die Thematik einzuarbeiten, alle grundlegenden Begriffe und deren Definitionen zu klären, einen Überblick zum theoretischen Hintergrund der Thematik zu schaffen und die passenden Suchwörter für die systematische Suche zu ermitteln und einzugrenzen, wurde im ersten Schritt eine unsystematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Suche wurde im World Wide Web in den Suchmaschinen Google, Google Scholar und MetaCrawler begonnen. Außerdem erfolgte eine Suche im Zeitschriften- und Bibliothekskatalog der Medizinischen Universität Graz und der Karl-Franzens-Universität Graz.

Für die Suche wurden die Schlüsselwörter Gesundheitbildung, Gesundheitsförderung und psychische/mentale Gesundheit beziehungsweise deren englische Termini „health education“, „health promotion“ und „mental health“ verwendet. Die Schlüsselwörter wurden in den Suchmaschinen und in den Bibliothekskatalogen einzeln und in verschiedenen Kombinationen für die Suche angewendet (Siehe Tabelle 1 und Tabelle 2).

Tabelle 1: Keywords der unsystematischen Literaturrecherche

deutsche Begriffe	englische Begriffe	Trunktierung
Gesundheitsbildung	health education	-
Gesundheitsförderung	health promotion	-
mentale/psychische Gesundheit	mental health	-

Tabelle 2: Kombination der Keywords der unsystematischen Literaturrecherche

Kombinationen für Google, Google Scholar, MetaCrawler und in den Zeitschriften- und Bibliothekskatalogen der Medizinischen Universität Graz und der Karl-Franzens-Universität Graz in Deutsch und Englisch:

Gesundheitsbildung AND Gesundheitsförderung
Gesundheitsbildung AND mentale Gesundheit
Gesundheitsbildung AND psychische Gesundheit
Gesundheitsbildung AND mentale AND psychische Gesundheit
Gesundheitsbildung AND Gesundheitsförderung AND psychische Gesundheit
Gesundheitsbildung AND Gesundheitsförderung AND mentale Gesundheit
Gesundheitsbildung AND Gesundheitsförderung AND psychische AND mentale Gesundheit
Gesundheitsförderung AND psychische Gesundheit
Gesundheitsförderung AND mentale Gesundheit

health education AND health promotion
health education AND mental health
health education AND health promotion AND mental health
health promotion AND mental health

Bei der Filterung der Quellen im freien Internet war es wichtig ausschließlich Fachliteratur und wissenschaftliche Quellen herauszufiltern. Schließlich konnten wichtige Dokumente und Artikel der WHO, der OECD, des BZGA, des BMGF, des FGOE, des GIVE und verschiedener Fachzeitschriften gefunden werden.

In den Bibliothekskatalogen konnte die Autorin die relevante Fachliteratur der entsprechenden wissenschaftlichen AutorInnen der Fachgebiete Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung finden und für die schriftliche Ausarbeitung des theoretischen Hintergrunds heranziehen.

Diese erste Recherche war nicht nur wichtig um einen theoretischen Rahmen für diese Forschungsarbeit zu bilden, sondern auch um eine eindeutige Definition für den Begriff „Gesundheitsbildung“ festlegen zu können. Gerade der Begriff „Gesundheitsbildung“ oder „health education“ wird im Deutschen wie auch im Englischen unterschiedlich verwendet. Im Deutschen wird Gesundheitsbildung oft für Programme verwendet, die nach der Definition von Hurrelmann & Richter (2013) der Gesundheitserziehung entsprechen würden. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 196) So ähnlich ist es auch im Englischen, wo der Begriff „health education“ beide Begriffe, Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung,

impliziert und zusätzlich oft synonym mit dem Begriff „health promotion“ verwendet wird.

3.2. Systematische Literaturrecherche

Im zweiten Schritt wurde eine ausführliche und systematische elektronische Literaturrecherche im Zeitraum von Anfang November bis Ende Dezember 2015 durchgeführt. Die Suche erfolgte in den Datenbanken PubMed 1996-2015, Embase 1988-2015 und Cochrane Database of Systematic Reviews 2005-2015 via Ovid sowie in der Datenbank Web of Science. Zusätzlich erfolgte eine Suche im Zeitschriften- und Bibliothekskatalog der Medizinischen Universität Graz, sowie der Karl-Franzens-Universität Graz. Hiernach erfolgte eine Handsuche in den Referenzlisten der eingeschlossenen Forschungsarbeiten.

Die systematische Literaturrecherche erfolgte mit englischen Keywords, Mesh-Terms, entsprechenden Trunkierungen, Boole'sche Operatoren und Limits. Diese wurden jeweils den Datenbanken entsprechend angepasst. Dabei kamen folgende Keywords zum Einsatz:

Tabelle 3: Keywords und deren Trunkierung für die systematische Literaturrecherche

deutsche Begriffe	englische Begriffe	Trunkierung
Gesundheitsförderung	health promotion	-
Programm	program	program*
Strategie	strategy	strategy/strategies
Intervention	intervention	intervention*
Initiative	initiative	initiative*
Politikleitlinie	policy	policy/policies
Methode	method	method*
mentales Wohlbefinden	mental well-being	-
mentaler Status	mental status	-

deutsche Begriffe	englische Begriffe	Trunkierung
mentale Gesundheit	mental health	-
psychisches Wohlbefinden	psychological well-being	-
psychischer Status	psychological status	-
psychischer Zustand	psychological state	-
Gesundheitsbildung	health education	-

Nach der Bestimmung und Übersetzung der Keywords sowie einer Trunkierung einiger Wörter, wurde in den Datenbanken nach passenden MeSH-Terms gesucht. Für „health promotion“ wurde in Pubmed ein geeigneter MeSH-Term gefunden und für die Recherche eingesetzt. Im nächsten Schritt wurden die Keywords entsprechend mit den Bolsche Operatoren bei der Datenbankrecherche verwendet und folgende Limits gesetzt: Nur Studien aus den letzten 10 Jahren, es wurde nur nach Studien mit Menschen, „humans“ gesucht, die Eingrenzung auf das Alter zwischen „19-45 and 45-64 years“ und Studien in englischer oder deutscher Sprache wurde gesetzt.

Tabelle 4: Darstellung der Keywords und deren Kombination in der systematischen Literaturrecherche

deutsche Begriffe	englische Begriffe
Gesundheitsförderung	health promotion
Programm	program*
Strategie	strategy OR strategies
Intervention	intervention*
Initiative	initiative*
Strategie	policy OR policies
Methode	method*
mentales Wohlbefinden	mental well-being
mentaler Status	mental status
mentale Gesundheit	mental health

deutsche Begriffe	englische Begriffe
psychisches Wohlbefinden	psychological well-being
psychischer Status	psychological status
psychischer Zustand	psychological state
Gesundheitsbildung	health education
<p>PubMed: (((„Health Promotion“[Mesh]) AND ((program* OR strategy OR strategies OR intervention* OR initiative* OR policy OR policies OR method*))) AND ((mental well-being OR mental status OR mental health OR psychological well-being OR psychological status OR psychological state))) AND health education</p> <p>Ergebnisse: n = 341</p> <p>Ovid: ((("Health Promotion") AND ((program* OR strategy OR strategies OR intervention* OR initiative* OR policy OR policies OR method*))) AND ((mental well-being OR mental status OR mental health OR psychological well-being OR psychological status OR psychological state))) AND health education</p> <p>Ergebnisse: n = 62</p> <p>Web of Science: (((„Health Promotion“) AND ((program* OR strategy OR strategies OR intervention* OR initiative* OR policy OR policies OR method*))) AND ((mental well-being OR mental status OR mental health OR psychological well-being OR psychological status OR psychological state))) AND health education</p> <p>Ergebnisse: n = 40</p>	

3.2.1. Relevanzprüfung

Da der Begriff der Gesundheitsbildung, wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln ausführlich beschrieben wurde, in der Literatur und von verschiedenen Personen und Institutionen unterschiedlich ausgelegt wird, muss für die Relevanzprüfung eine eindeutige Definition für Gesundheitsbildung als Ein- und Ausschlusskriterium gelten. Die Autorin wiederholt an dieser Stelle zum besseren Verständnis für den/die LeserIn die Definition von Gesundheitsbildung:

Gesundheitsbildung ist das Einwirken auf gesundheitsrelevantes Wissen, Einstellungen und Handlungsdispositionen und ist eine Teilstrategie der

Gesundheitsförderung. Die Vermittlungsformen der Gesundheitsbildung sind meist Kurse, die an ausgewählte Gruppen von TeilnehmerInnen gerichtet sind. Die TeilnehmerInnen nehmen freiwillig an diesen Angeboten teil und sind daher offen für eine Wissenserweiterung und Einstellungsveränderung. Durch sie sollen die AdressatInnen die Selbstbestimmung ihres Gesundheitsverhaltens erhöhen und gesundheitsförderliche Verhaltensformen wählen. Diese Verhaltensformen dienen der Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und wirken sich positiv auf die Gesundheit der Menschen aus. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 196) Laut Blättner (1997), bezieht sich Gesundheitsbildung als eine Maßnahme der Gesundheitsförderung auf die Lernprozesse von Erwachsenen (Blättner, 1997 zit. n. Schliehe et al., 2000, S. 4).

Die Autorin legt folgende weitere Ein- und Ausschlusskriterien für die Relevanzprüfung der gefundenen Literatur fest:

Einschlusskriterien

1. Bei der untersuchten Intervention soll es sich um eine Maßnahme der Gesundheitsbildung handeln, welche der im vorherigen Absatz festgelegten Definition entspricht
2. Die Zielgruppe sind gesunde Erwachsene

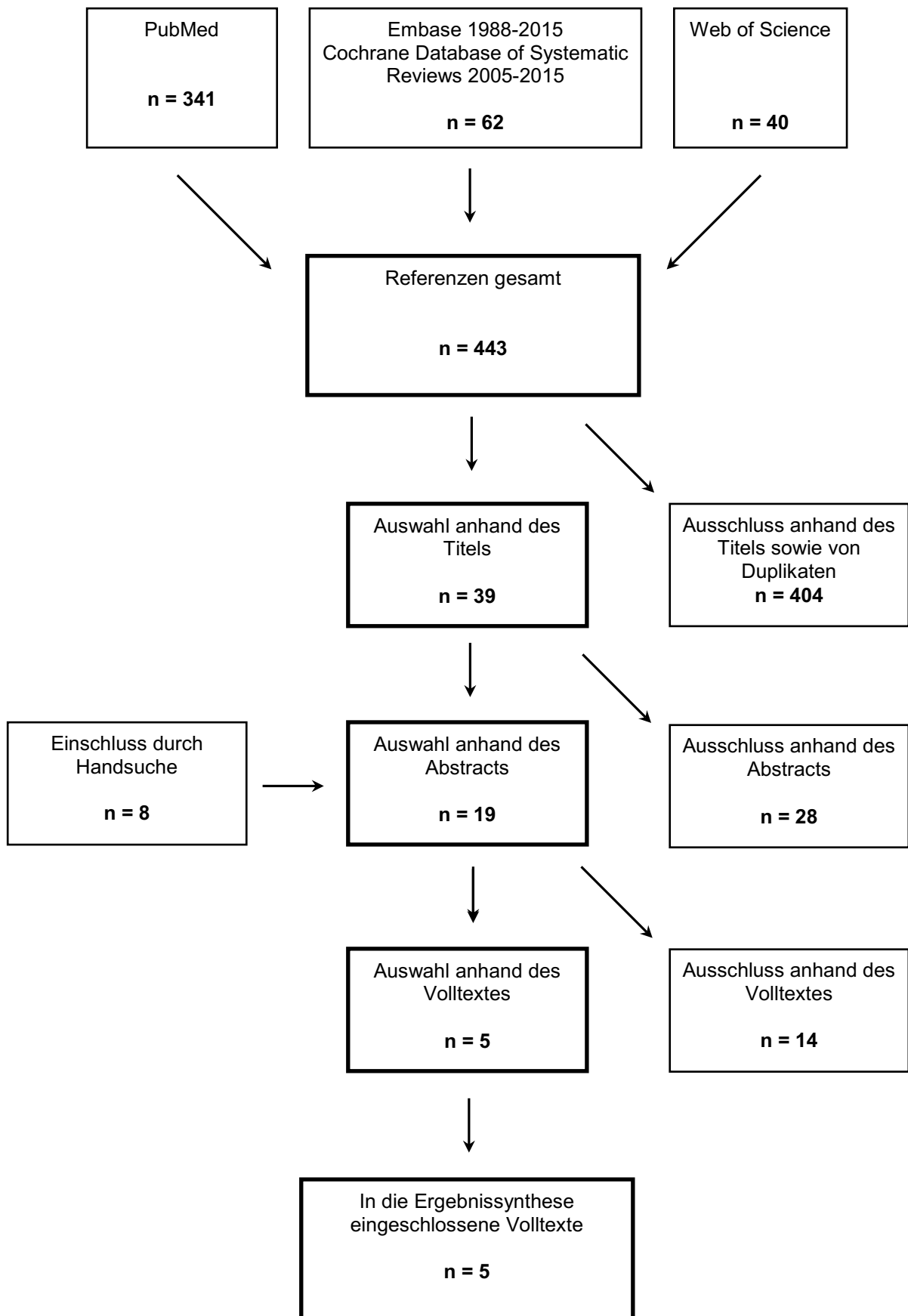
Ausschlusskriterien

1. Es handelt sich um eine medizinische Intervention
2. Die Zielgruppe sind Menschen mit einer psychischen oder physischen Erkrankung
3. Es handelt sich um eine Intervention der beruflichen Gesundheitsförderung

Die Relevanzprüfung wurde in mehreren aufeinander folgenden Schritten durchgeführt. Im ersten Schritt erfolgte ein Titel-Screening, im zweiten Schritt ein Abstract-Screening und schließlich im dritten Schritt das ausführliche Lesen der Volltexte. Eine grafische Übersicht der Relevanzprüfung befindet sich in Abbildung 1 auf Seite 62.

Einige Studien waren über die Datenbanken nicht frei zugänglich und auch nicht auf den Internetseiten der Verlage erhältlich. Die Autorin kontaktierte daher die VerfasserInnen per Email, um direkt um die Volltexte zu bitten. So war es möglich, die Volltexte zu allen Studien zu erhalten.

Abbildung 1: Flowchart zur Literaturrecherche und Relevanzprüfung



Im ersten Schritt der Relevanzprüfung wurden die 443 Referenzen, die bei der Literatursuche identifiziert werden konnten, anhand des Titels gescreent und sortiert. Dabei konnten 39 Referenzen in die weitere Relevanzprüfung eingeschlossen und 404 Studien mussten ausgeschlossen werden. Gründe dafür waren, dass sich viele Studien auf medizinische Interventionen bezogen oder die Zielgruppe psychisch erkrankte Menschen waren. Oftmals konnte die Autorin auch keine Maßnahme der Gesundheitsbildung und auch nicht der Gesundheitsförderung unter den Untersuchungsgegenständen der Forschungsarbeiten erschließen. Außerdem mussten viele Studien zum Thema beruflicher Gesundheitsförderung sowie Duplikate ausgeschlossen werden. Häufig richteten sich die untersuchten Interventionen an Menschen mit physischen Erkrankungen, wobei es sich dabei oft um chronische Erkrankungen handelte.

Im zweiten Schritt wurde ein Abstract-Screening durchgeführt. Dadurch konnten erneut 11 Studien eingeschlossen und weitere 28 Artikel ausgeschlossen werden. Im dritten und letzten Schritt der Relevanzprüfung wurden die Volltexte gelesen und je nach Relevanz für die Fragestellung in den weiteren Prozess miteinbezogen oder ausgeschlossen. So konnten am Ende 5 Referenzen für die Ergebnisse herangezogen werden, während weitere 6 Studien der Relevanzprüfung nicht standhielten. Der häufigste Grund für den Ausschluss der Forschungsarbeiten im zweiten und dritten Schritt der Relevanzprüfung war, dass die Arbeiten sich nicht mit der Definition der Gesundheitsbildung in dieser Arbeit vereinbaren ließen.

3.3. Kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien

Um die Qualität der Studien beurteilen zu können, wurde von der Autorin nach der Relevanzprüfung eine kritische Bewertung mit geeigneten Instrumenten durchgeführt. Dabei kamen folgende Instrumente zum Einsatz:

- **Quantitativ:** Guide to an overall critique of a Quantitative Research Report (Polit & Beck, 2012, S. 112-117)

- **Meta-Analyse (quant.):** How to Review a Meta-analysis (Russo, 2007) und Guide for overall Critique (quant.) (Polit & Beck, 2012, S. 112-114) kombiniert
- **Qualitativ:** Guide to an overall critique of a Qualitative Research Report (Polit & Beck, 2012, S. 115-117)

Mittels dieser Instrumente konnten alle wichtigen Aspekte der inkludierten Studien kritisch bewertet werden und anschließend ein zusammenfassendes Gesamturteil erfolgen. Dabei wurden Titel, Abstract, Einleitung/Hintergrund, Methode, Ergebnisse, Diskussion und die allgemeinen Sachverhalte, wie etwa die Präsentation des Artikels kritisch beleuchtet. Infolgedessen konnten die Stärken und Schwächen der jeweiligen Studien identifiziert und schließlich das Gesamturteil gefällt werden. Bei der Gesamtbewertung wurden Punkte von 1 bis 6 (1 - sehr gut, 2 - gut, 3 - befriedigend, 4 - genügend, 5 - mangelhaft, 6 - ungenügend) je nach Häufigkeit der einzelnen Bewertungen („ja“, „nein“ oder „K.A.“) vergeben:

- **ja** : Die Informationen zur Beantwortung der Fragen sind vorhanden und somit auch die Kriterien der Fragestellung erfüllt
- **K.A.** : Es gibt keine Angaben oder Informationen, um die Fragestellung beantworten zu können
- **nein** : Die Kriterien der Fragestellung werden nicht erfüllt

Die Gesamtbeurteilung wurde dann aus den Einzelbeurteilungen erschlossen. Hierbei bedeuteten mehr als zwei „nein“ oder „K.A.“ eine Bewertung schlechter. Außerdem musste die Wichtigkeit der einzelnen Aspekte beachtet werden. Beispielsweise wiegt die Bewertung des Titels oder des Abstracts weniger als die Methode, die in der Studie angewandt wurde. Im methodischen Teil galt somit bereits ein einmaliges „nein“ oder „K.A.“ als eine ganze Bewertungsstufe schlechter. Schließlich sollte eruiert werden, ob die Studien eine Bewertung bis 4 aufweisen konnten oder ob sie eine schlechtere Bewertung als 4 bekommen mussten. Die Ergebnisse der Studien, die eine Bewertung bis 4 erhielten, konnten für die Beantwortung der Forschungsfrage in dieser Arbeit herangezogen werden.

Alle anderen sollten ausgeschlossen werden, was in dieser Arbeit jedoch nicht erforderlich war, da keine der Studien eine schlechtere Bewertung als 4 aufwies.

Die Bewegungsbögen zu den einzelnen Studien sind im Anhang I dieses Dokumentes zu finden.

4. Ergebnisse

Von insgesamt 443 identifizierten Forschungsarbeiten konnten nach der Relevanzprüfung mittels Titel, Abstrakt und Volltext, sowie dem Ausschluss von Duplikaten, fünf Forschungsarbeiten eingeschlossen werden. Da alle fünf Forschungsarbeiten durch die anschließende Analyse eine positive Bewertung erhielten, konnten die Ergebnisse zur Datenextraktion herangezogen werden.

4.1. Charakteristika der inkludierten Studien

Die fünf inkludierten Studien hatten folgenden Forschungsansatz:

- **eine Meta-Analyse** (Conley et al. 2015)
- **drei quantitative Forschungsarbeiten:** zwei RCT's (Jensen et al. 2015; Mak et al. 2015) und eine CT (Lyssenko et al. 2015)
- **eine qualitative Forschungsarbeit** (Kaluza 2006)

Alle Studien wurden innerhalb der letzten zehn Jahre publiziert. Davon ist eine Studie aus Deutschland, eine aus Deutschland und Belgien, eine aus China, eine aus Dänemark und eine Studie wurde in den USA durchgeführt.

Die Forschungsarbeiten untersuchen bzw. behandeln verschiedene Bereiche von Gesundheitsbildung für Erwachsene in unterschiedlichen Settings, mit dem Ziel, deren psychische Gesundheit zu fördern. Darunter ist eine Meta-Analyse über Präventionsprogramme und ein Web basiertes Achtsamkeitstraining für StudentInnen, ein Stress-Reduktionsprogramm für Erwachsene, ein Lebens-Balance-Kurs in einem lokalen Gesundheitszentrum sowie eine Sammlung verschiedener Interventionsprogramme für Erwachsene.

Bevor die Ergebnisse im Detail dargestellt werden, erörtert die Autorin kurz die Evidenzlevel und Qualität der inkludierten Forschungsarbeiten. Diese sind wichtig, um die Qualität der Studien besser beurteilen zu können.

4.2. Evidenzlevel und Qualität der inkludierten Forschungsarbeiten

Die inkludierten Forschungsarbeiten sind unterschiedlichen Evidenzleveln von Studien zuzuordnen und verfügen daher über eine voneinander abweichende Qualität. Polit & Beck (2012) haben eine eigene Evidenzhierarchie für Forschungsarbeiten festgelegt. Diese Level liegen zwischen Level I (sehr gute Qualität) und Level VII (mindere Qualität). Während Meta-Analysen (Conley et al. 2015) weit oben in der Evidenz-Hierarchie auf Evidenzlevel I anzusiedeln sind, sind RCT's (Jensen et al. 2015; Mak et al. 2015) und CT's (Lyssenko et al. 2015) auf Evidenzlevel II und qualitative Studien (Kaluza 2006) eher im unteren Bereich auf Evidenzlevel VI. (Polit & Beck, 2012, S. 27-29)

Die mittels der Bewertungsbögen von Polit & Beck (2012) und Russo (2007) beurteilten Forschungsarbeiten erhielten die Noten von „sehr gut“ (Conley et al. 2015; Jensen et al. 2015), „gut“ (Lyssenko et al. 2015) bis hin zu „befriedigend“ (Mak et al. 2015; Kaluza 2006). Eine detaillierte Darstellung der Bewertung der einzelnen Studien, wie deren Stärken und Schwächen sind in Anhang I zu finden.

4.3. Ergebnisse der einzelnen Studien

In den folgenden Abschnitten werden die beurteilten Studien inhaltlich zusammengefasst, die Ergebnisse und Wirksamkeit, wenn vorhanden, der Interventionen dargestellt und mögliche Limitationen der Forschungsarbeiten beschrieben. Die Reihenfolge orientiert sich am Evidenzlevel der jeweiligen Studien, beginnt dabei mit der höchsten und endet mit der niedrigsten Stufe.

4.3.1. Ergebnisse der Meta-Analyse von Conley et al. 2015

In der Meta-Analyse von Conley et al. (2015) wurde die Effektivität von 103 universitären Präventionsprogrammen zur Förderung der psychischen Gesundheit („Mental Health Prevention Programs“) von StudentInnen in den USA untersucht. Die Ergebnisse der Analyse sollten letztlich Empfehlungen für die zukünftige Forschung und Praxis in diesem Bereich bereitstellen können und sich auf

verschiedene StudentInnen-Gruppen beziehen. StudentInnen wurden als Zielgruppe gewählt, da diese häufig von emotionalem Disstress betroffen sind, der sich häufig in Depression, innerer Unruhe, Sorgen, erhöhtem Stress oder in einem generellen psychischen Ungleichgewicht äußert. Jene StudentInnen die in die Studien aufgenommen wurden, durften jedoch keine psychischen Vorerkrankungen haben und mussten psychisch gesund sein. (Conley et al., 2015, S. 487-490)

Bei den 103 analysierten Präventionsprogrammen handelt es sich um 90 publizierte und nicht publizierte Berichte oder Studien, die einen Zeitraum von 1967 bis 2012 abdecken. Die verschiedenen Programme waren ausschließlich für eine präventive Wirksamkeit ausgerichtet und sollten in mehr als einer Sitzung abgehalten werden. Zusätzlich wurden die Studien danach sortiert, ob diese Interventionen durch Übungen mit oder ohne unterstützendem Coaching durchgeführt. (Conley et al., 2015, S. 490-491)

All diese Interventionen wurden zu 63,1 Prozent in kleinen Gruppen und zu 31,1 Prozent in großen Klassen durchgeführt. 5,8 Prozent wurden individuell gestaltet und richteten sich an Einzelpersonen. Daher weichen Größe und Charakteristika der einzelnen Samples und die Anzahl der PartizipantInnen innerhalb der Studien voneinander ab. Ein Großteil der Studien wurde in vierjährigen Colleges oder Universitäten erhoben. Die zu analysierenden Studien wurden entweder randomisiert oder quasi-experimentell durchgeführt. (Conley et al., 2015, S. 492-493)

Die AutorInnen teilten die Interventionen schließlich sechs Kategorien zu: psychoedukative, kognitiv-verhaltensbezogene, auf Entspannung und Aufmerksamkeit bezogene Interventionen und solche, die Meditation beinhalten oder auf die sozialen Fähigkeiten der StudentInnen abzielen. Die psychoedukativen Strategien sollten Informationen zu Themen wie Stress und Bewältigung bereitstellen und zu deren Diskussion aufrufen. Kognitiv-verhaltensbezogene Interventionen zielten darauf ab, dass StudentInnen sich ihrer eigenen Wahrnehmungen durch Beobachtung bewusst werden, hierdurch neue Erkenntnisse gewinnen und infolgedessen ihr Verhalten sowie ihre Emotionen

verändern können. Die Entspannungs-Interventionen beinhalten Strategien der progressiven Muskelentspannung oder geführte Fantasiereisen, während jene Interventionen, die auf Aufmerksamkeit und Achtsamkeit ausgerichtet sind, einen unvoreingenommenen und im „Jetzt“ verweilenden Geist trainieren. Die Meditationsprogramme arbeiten mit transzendentaler Meditation und Übungen wie Yoga. Und Interventionen zur Verbesserung der sozialen Fähigkeiten, verwenden diverse soziale Lerntechniken um das Durchsetzungsvermögen, das Kommunikationsvermögen und die Problemlösungsstrategien der StudentInnen zu verbessern. Zwei Interventionen ließen sich keiner der Kategorien zuordnen und wurden daher im Studientext extra angeführt: eine Psychodrama-Intervention und eine verhaltensmodifizierende Intervention. (Conley et al., 2015, S. 490-491)

Die Meta-Analyse von Conley et al. (2015) konnte am Ende Informationen zu 103 Interventionen anbieten. Hiervon waren die meisten Strategien kognitiv-verhaltensbezogen und 78 Programme sollten den Erwerb spezifischer Fähigkeiten („skill-training programs“) ermöglichen. Bei 17 dieser Programme gab es kein unterstützendes Coaching (Conley et al., 2015, S. 492). An dieser Stelle sollen ein paar Beispiele der analysierten Interventionen einen Überblick bieten:

Typen von Interventionen:

- Psychoedukation (Wissensvermittlung, Resilienztraining, Stressmanagement/edukation, Problemlöse-Training)
- Progressives-Relaxation-Programm
- Achtsamkeitstraining
- Gleichmäßige Atmung
- Meditation
- Yoga
- Relaxationstraining (Spannungskontrolle)
- Training der sozialen Fähigkeiten
- Beratung

(Conley et al., 2015, S. 494-497)

Conley et al. (2015) erstellten für die Studienergebnisse acht Kategorien: Depression, Angst, Stress, psychisches Ungleichgewicht, soziale und emotionale Fähigkeiten, Selbstwahrnehmung, interpersonelle Beziehungen und die akademische Leistung der StudentInnen. Hinsichtlich dieser acht Outcomes wurden die jeweiligen Effektstärken errechnet und anschließend miteinander in Beziehung gesetzt. Jene Studien, für die keine Effektstärken erstellt werden konnten, wurden aus der Analyse ausgeschlossen. (Conley et al., 2015, S. 491)

Für die Kalkulation und Schätzung der Effektstärken wurde die „Comprehensive Meta Analysis Version 2“ (CMA-V2) eingesetzt. Folglich konnten ein Posttest für 580 Outcomes und zum Zeitpunkt des Follow-up für 199 Outcomes durchgeführt werden. Um die Effektstärken der Interventionen trotz Unterschieden in den Populationen der verschiedenen Studien exakter schätzen zu können, wurde eine Modifikation nach Hedge's g durchgeführt. Schließlich wurde ein 0,5 Prozent Wahrscheinlichkeitsgrad festgelegt um die statistische Signifikanz der Effekte zu bestimmen, sowie ein Konfidenzintervall von 95 Prozent für jeden erhaltenen Haupteffekt kalkuliert. Um die heterogenen Effektstärken der verschiedenen Studien zusammenfassen zu können, wurde der I^2 -Wert errechnet. (Conley et al., 2015, S. 491)

Schlussendlich gelangten die ForscherInnen zu dem Ergebnis, dass Training für spezielle Fähigkeiten („skill-training programs) in Verbindung mit einem zusätzlich unterstützenden Coaching den größten Effekt bei StudentInnen hatte. Dies bezieht sich auf alle Outcomes. Die AutorInnen weisen darauf hin, dass Programme mit Coaching nicht nur effektiver waren, sondern das Ausmaß des Effekts zwischen zwei und sechs Mal, je nach Outcome, größer war als bei den anderen Interventionen. Wurden diese Trainings jedoch ohne Coaching als Unterstützung durchgeführt, waren diese größtenteils ineffektiv und nur bezüglich des Outcome Angst beziehungsweise Sorge („anxiety“) konnte ein moderater Effekt festgestellt werden. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass „supervised practice“ zwei wichtige Elemente beinhaltet, die das Training positiv beeinflussen können. Nämlich sogenannte „behavioral rehearsals“ und unterstützendes Feedback. So haben die TeilnehmerInnen die Möglichkeit, Situationen und Verhalten im Rollenspiel und Übungen zu praktizieren und sich für

„echte“ Lebenssituationen vorzubereiten. Durch das Feedback können sie ihre Fähigkeiten und ihr Verhalten nicht nur ändern, sondern im besten Fall auch nachhaltig verbessern. (Conley et al., 2015, S. 492-500)

Auch gegenüber psychoedukativen Programmen schnitten die Skill-Trainings (mit Coaching) deutlich besser ab. Die psychoedukativen Programme erreichten einen mäßig signifikanten Effekt bezüglich aller Outcomes und dabei insbesondere bei den Outcomes Angst/Sorge, Stress, psychisches Ungleichgewicht, der akademischen Leistung und der Selbstwahrnehmung. (Conley et al., 2015, S. 492-500)

Wird die Variable „skill-training interventions“ ohne unterstützendes Coaching bei der Effektbestimmung ausgeschlossen, haben Entspannungs-Interventionen den größten Effekt auf den mentalen Zustand der StudentInnen, gefolgt von kognitiv-verhaltensbezogenen und auf die Aufmerksamkeit bezogene Interventionen, welche sich in der Effektstärke nicht unterschieden. Danach folgten alle Meditationsinterventionen und schließlich an letzter Stelle die psychoedukativen Interventionen. Obwohl alle verglichenen Interventionen einen eindeutigen Effekt aufweisen konnten, sind sie bezogen auf die einzelnen Outcomes nicht aussagekräftig genug. Die AutorInnen weisen daher darauf hin, dass weitere Studien nötig sind, um genau festmachen zu können, welche Intervention welches Outcome am meisten beeinflusst. (Conley et al., 2015, S. 500)

Drei Hauptkomponenten werden von Conley et al. (2015) im Diskussionsteil hervorgehoben. Erstens: Universitäre Präventionsprogramme zur Förderung einiger Aspekte der mentalen Gesundheit von StudentInnen sind effektiv. Zweitens: Die durch Coaching gestützten Skill-Programme sind ein kritischer Moderator bezüglich aller Outcomes. Und drittens: Die erreichten Effekte der erfolgreichen Interventionen sind erstaunlich groß im Vergleich zu bisherigen Reviews. (Conley et al., 2015, S. 500)

Die AutorInnen führten an, dass es zu wenige Langzeitdaten über den Einfluss der Interventionen bei StudentInnen („higher education students“), die ein weiterführendes Studium absolvierten, gab. Da manche Interventionen erst nach

und nach eine Wirkung zeigen, manchmal sogar erst beim Follow-up, ist es wichtig die Effekte über einen möglichst langen Zeitraum zu beobachten, um aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten. (Conley et al., 2015, S. 501)

Viele Outcomes wurden mittels einer Selbsteinschätzung erhoben. Dies ist bei Outcomes wie dem Selbstbild, der Depression und der Angst durchaus so üblich und angemessen. Jedoch würde eine gleichzeitige Erhebung objektiver Daten (Kortisolspiegel, Herzrate oder Muskelspannung) diesen Ergebnissen eine noch größere Glaubwürdigkeit verleihen. In dieser Meta-Analyse gab es allerdings nur sieben Studien, die positive Ergebnisse erzielen konnten, weil sie zusätzlich objektive Outcomes erhoben hatten. Bei den anderen Studien wurden nur teilweise und auch oft unzureichend viele objektive Daten ermittelt. (Conley et al., 2015, S. 501)

Nicht immer gab es genug Informationen um die Effektstärken der Interventionen exakt einschätzen zu können. Daher ergibt sich beim Skill-Training hinsichtlich mancher Outcomes ein Effekt, der einer Variabilität von 58 Prozent ausgesetzt ist. Für die ForscherInnen wäre es hier wichtig gewesen genau einzuschätzen, wodurch diese Variabilität zustande kommt. Dazu fehlten aber, wie bereits erwähnt, ausreichende Informationen und so konnten vermutliche weitere Moderatorvariable nicht identifiziert werden. Die AutorInnen raten daher zu weiteren Forschungsarbeiten, um genau feststellen zu können, welche Intervention welchen Effekt auf ein definiertes Outcome hat. (Conley et al., 2015, S. 501)

In den analysierten Studien wurden StudentInnen von verschiedenen Ausbildungsstufen herangezogen. Der Aspekt, dass manche Interventionen bei StudentInnen, die bereits länger studieren einen größeren Effekt haben als bei StudienanfängerInnen, wurde in vielen Studien nicht mitbedacht. Dieser Umstand könnte zum Beispiel daher kommen, dass StudienanfängerInnen generell noch ein höheres Stresslevel haben als erfahrenere StudentInnen und daher der sichtbare Effekt einer Prävention kleiner erscheint. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass erfahrenere StudentInnen besser über Präventionsangebote informiert sind sowie motivierter und entschlossener sind Hilfe von außen heranzuziehen. Es könnte

aber auch der Fall sein, dass StudienanfängerInnen noch von den vermehrten Förderungen aus der Schulzeit profitieren und dies würde wiederum die Effektstärke bei ihnen erhöhen. (Conley et al., 2015, S. 502)

Die Ergebnisse können nur mit Vorsicht auf andere Populationen übertragen werden. Zum einen, weil sich die StudentInnen bezüglich ihres Fortschritts im Studium unterscheiden und zum zweiten, weil nur ethnische Gruppen darin vorkamen und daraus keine Schlüsse gezogen werden können. Somit empfehlen die AutorInnen auch hier, weitere Studien durchzuführen, um verschiedene Interventionen bei einer möglichst großen und differenzierten Population zu untersuchen und so zusätzliche Daten für unterrepräsentierte Gruppen zu erhalten. (Conley et al., 2015, S. 503)

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Interventionen des Skill-Trainings gute Effekte bei StudentInnen erzielen können, dies sollte aber noch genauer und systematisch getestet werden, um die genannten Limitationen zu minimieren und um die Wirkung bestimmter Interventionen auf bestimmte Outcomes festmachen zu können. (Conley et al., 2015, S. 503)

4.3.2. Ergebnisse der RCT von Jensen et al. 2015

Jensen et al. (2015) evaluierten in ihrer Studie ein öffentliches Programm zur Stressreduktion bei Erwachsenen in Dänemark. Da anhaltender Stress die Gesundheit der Bevölkerung auf vielen Ebenen negativ beeinflussen kann, riefen viele Gesundheitsorganisationen dazu auf, evidenz-basierte Programme speziell gegen psychischen Stress und für eine erhöhte Stress-Resilienz zu entwickeln. Die AutorInnen entwickelten daher ein Programm für gestresste, jedoch mental gesunde Erwachsene, um deren Stress zu reduzieren und die mentale Gesundheit und Resilienz zu fördern. Da viele Reviews bereits den positiven Einfluss von multimodalen, auf Meditation basierenden Programmen hinsichtlich Stress bestätigen konnten, entschlossen sich die AutorInnen einen solchen Kurs anzubieten und zu evaluieren. Alle bisherigen Meditations-Programme waren an bestimmte Bevölkerungsgruppen gerichtet worden. Jensen et al. hatten daher das

Ziel ein Programm zu entwickeln, das eine möglichst breite demographische Gruppe erreichen konnte. Aus diesem Grund wurden die StudienteilnehmerInnen mittels der Unterstützung von 20 AllgemeinmedizinerInnen und online über eine Vermittlungsagentur für medizinische Forschung rekrutiert. (Jensen et al., 2015, S. 1-2)

Die Intervention wurde „Open and Calm“ genannt und basierte auf der Tradition der Entspannungsreaktion (Relaxation Response oder RR). Zahlreiche Untersuchungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass viele meditative Techniken die ähnlichen physiologischen und parasymphatischen Entspannungsreaktionen hervorrufen. Beispiele sind die Senkung von Herzrate, Blutdruck und Atemfrequenz. Die RR-Theorie geht davon aus, dass Meditation diese Wirkung aufgrund von zwei Hauptaspekten erzielen kann. Erstens, die wiederholte bewusste Konzentration und Ausrichtung auf einen dem Meditierenden wesentlichen Fokus (fokussiertes Achtsamkeitstraining) und zweitens, die kontemplative Erfahrung der Welt beziehungsweise das Vorüberziehenlassen der fortlaufenden Erlebnisse und Erfahrungen. Daher auch der Name „Open-Calm Meditation“: „Open“ steht für eine entspannte und rezeptive Achtsamkeit und „Calm“ für ein Gewahrsein, ohne dabei selbst einzugreifen oder in irgendeiner Weise zu intervenieren. (Jensen et al., 2015, S. 4)

Jensen et al. (2015) entwarfen den Kurs selbst, innerhalb dessen die Intervention zum Einsatz kommen sollte. Dieser Kurs orientierte sich an der Auffassung, dass biologische, psychische und soziale Faktoren mit Stress, Stress-Resilienz und Gesundheit interagieren. Jede Woche während des Kurses standen daher, sich zyklisch wiederholend, einmal der Körper, einmal der Geist und einmal die sozialen Beziehungen der ProbandInnen im Fokus. Die Meditation wurde jedoch jede Woche trainiert und orientierte sich dabei an dem sich wöchentlich ändernden thematischen Fokus. (Jensen et al., 2015, S. 4)

Dieses OC-Meditations-Programm war standardisiert und wurde, wie bereits erwähnt, in zwei Formaten angeboten. Das Gruppenformat beinhaltete wöchentlich eine 2,5 Std. lange Gruppensitzung (8 Personen pro Gruppe) und zwei optionale 1,5 Std. lange Einzelsitzungen. Innerhalb des Individualformats

wurden wöchentlich 1,5 Std. lange Einzelsitzungen abgehalten. Allerdings wurden bei beiden Formaten die gleichen Materialien und Methoden genutzt: ein 120 Seiten großes Kursbuch, Online-Materialien, ein oder zwei täglich zu absolvierende 10 bis 20 Minuten lange Meditationen in Form von Audio-Files und häufige „Mini-Meditationen“ mit einem Umfang von ein bis zwei Minuten. (Jensen et al., 2015, S. 4)

Die inkludierten StudienteilnehmerInnen waren zwischen 18 und 59 Jahren alt, zu 65 Prozent weiblich und 92 Prozent von ihnen hatten keine Erfahrung in regelmäßigen Abständen zu meditieren (> 2 mal/Woche für > 1 Monat). Dies sowie die Stressbelastung und der gesundheitliche und psychische Zustand zu diesem Zeitpunkt wurden vorab mittels eines einstündigen persönlichen Interviews erhoben. Alle Personen, die innerhalb der letzten drei Jahre irgendeine Diagnose und Behandlung für eine Erkrankung erhalten hatten, wurden nicht in die Studie aufgenommen. Alle eingeschlossenen ProbandInnen wurden mittels Randomisierung in drei Gruppen zugeteilt. Die Intervention wurde einmal für Einzelpersonen und einmal im Gruppensetting durchgeführt. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Behandlung ohne Intervention. (Jensen et al., 2015, S. 2-3)

Zugleich wurden von den ForscherInnen sieben Outcomes und sieben Kontrollvariablen gemessen. Zu den Outcomes zählen Stress (-Rate), depressive Symptome, Lebensqualität, Schlafstörungen, die mentale/psychische Gesundheit, physiologischer Stress und die visuelle Wahrnehmung. Die Kontroll-Variablen beinhalten den genetischen Stress-Resilienz-Faktor, demographische Faktoren (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Beschäftigungsstatus), die Persönlichkeit des/der ProbandIn, stressvolle Lebenssituationen, Aufmerksamkeitsstörungen, die Testmotivation und die Kursanwesenheit der TeilnehmerInnen. (Jensen et al., 2015, S. 4-5)

Um den genetischen Stress-Resilienz-Faktor zu messen wurden zuerst mittels Polymerase-Kettenreaktion einzelne Enzyme aus dem Speichel der ProbandInnen vervielfältigt und anschließend analysiert. Die Persönlichkeit wurde durch das TCI (Temperament and Character Inventory) erhoben, da es unter anderem Bereiche wie Selbstregulation und Adaption beinhaltet. Ein SLE-Tool (Stressful Life Events)

wurde verwendet um etwaige stressige Lebenssituationen innerhalb der letzten Jahre zu erheben und das MAAS (Mindful Attention Awareness Scale) diente für die Untersuchung von Aufmerksamkeitsstörungen beziehungsweise von Konzentrationsschwierigkeiten. Zusätzlich wurde die Testmotivation der ProbandInnen während eines kognitiven Tests anhand einer Likert-Skala abgefragt. (Jensen et al., 2015, S. 4)

Die Outcome-Variablen wurden wie folgt erhoben: Die Häufigkeit von subjektiv wahrnehmbarem Stress wurde mit einer Stress-Skala (Perceived Stress Scale oder PSS) gemessen, die mentale/psychische Gesundheit wurde durch den SF-36 Fragebogen (Short-Form Health Survey-36) mit verschiedenen Gesundheitsdimensionen (z. B. physische Funktion, physischer Schmerz, Vitalität, mentale Gesundheit oder emotionale Funktion) abgefragt und mittels der „Major Depression Inventory“ (MDI) konnte die Häufigkeit von depressiven Symptomen erhoben werden. Des Weiteren wurde die Lebensqualität durch eine von der WHO entwickelte QOL-Skala mit fünf Items untersucht. Der „Pittsburgh Sleep Quality Index“ (PSQI) erhob mögliche Schlafstörungen unter den ProbandInnen, da diese das Risiko für das Auftreten einer Depression erhöhen können. Um den physiologischen Stress zu messen wurden Speichelproben direkt nach dem Aufwachen und weitere zwei bis fünf Mal alle 15 Minuten der darauffolgenden Stunden abgenommen. Der TVA-Test (Theory of Visual Attention) untersuchte zudem die visuelle Wahrnehmung. (Jensen et al., 2015, S. 5)

Insgesamt gab es in der Studie drei Mess-Zeitpunkte. So wurde von den ForscherInnen ein Prätest, ein Posttest und ein Follow-up nach drei Monaten durchgeführt. (Jensen et al., 2015, S. 3) Es wurden mehrere statistische Verfahren eingesetzt, um einerseits die Ergebnisse vergleichbar zu machen (Cohen's *d*), die Power zu erhöhen (ANCOVA-Analysis), Störvariablen zu minimieren (MANCOVA-Analysis) und Verzerrungen zu verhindern (Intention-to-treat-Analysis). Die Messinstrumente wurden vorab hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften überprüft. (Jensen et al., 2015, S. 5-6)

94 Prozent der ProbandInnen schlossen das Studienprogramm ab und konnten so in die Berechnungen einbezogen werden. Da die drei Ausfälle sich durch ihre

Basismerkmale nicht von den anderen PartizipantInnen unterschieden, kam es dadurch zu keinen Verfälschungen hinsichtlich der Ergebnisse. Im Allgemeinen war die Teilnahme an den Gruppensitzungen höher als bei den Einzelsitzungen. Einzelpersonen hatten innerhalb des Einzelsettings die Gelegenheit länger mit einer Fachperson in Kontakt zu treten. (Jensen et al., 2015, S. 6)

Jensen et al. (2015) kamen in ihrer RCT zu folgenden Ergebnissen: Das entwickelte „Open and Calm“-Programm konnte den von den PartizipantInnen wahrgenommenen Stress sowie depressive Symptome und Schlafstörungen verringern. Außerdem fiel die Selbsteinschätzung der Interventionsgruppe über die mentale Gesundheit und die Lebensqualität höher aus als bei der Kontrollgruppe. Das drei Monate später durchgeführte Follow-up zeigte weiterhin konsistente Effekte in der Interventionsgruppe und diese konnte weiterhin über eine signifikant bessere mentale Gesundheit berichten als die Personen der Kontrollgruppe. Die OC-Gruppe hatte ein geringeres Risiko für Depression, einen Mangel an Lebensqualität und für Schlafstörungen. Das Follow-up machte deutlich, dass die Kontrollgruppe hingegen ein erhöhtes Risiko für Depression und eine schlechtere mentale Gesundheit hatten. Während der gesamten Studienphase hatten die Personen der Kontrollgruppe ein höheres Risiko für eine Depression und für eine schlechtere mentale Gesundheit. Insgesamt zeigen die Analysen der Studie ein besseres Ergebnis der Outcome-Variablen in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe. (Jensen et al., 2015, S. 7-8)

Die Cortisol-Werte waren in allen Gruppen und zu allen Messzeitpunkten annähernd gleich hoch und dies konnte auch nicht durch eine ANCOVA-Analyse widerlegt werden. Es gab lediglich minimale Unterschiede zwischen dem Messzeitpunkt direkt nach dem Aufwachen und später während des Tages. Die AutorInnen führen dies auf die Erholungsphase während des Schlafes zurück. (Jensen et al., 2015, S. 6-7)

Die gemessene visuelle Wahrnehmung zeigte in der Interventionsgruppe etwas bessere Werte als in der Kontrollgruppe. Dies könnte jedoch auch mit der erhöhten Compliance in der OC-Gruppe im Zusammenhang stehen. Allerdings

würden die Ergebnisse bisherige Erkenntnisse anderer Forschungsarbeiten über die Wirkung von Meditation unterstützen. (Jensen et al., 2015, S. 9)

Zwischen den beiden Interventionsformaten, individuell oder in der Gruppe, konnten die ForscherInnen keine Unterschiede finden. Beide Formate erreichten ähnliche Effekte. Diese Information ist deswegen wichtig, weil die PartizipantInnen der Einzelsitzungen 2,6 Mal häufiger mit dem Fachpersonal in Kontakt treten konnten, als die TeilnehmerInnen in den Gruppen. (Jensen et al., 2015, S. 10)

Die TeilnehmerInnen des OC-Programms lernten eine Meditations-Strategie und weniger ein Konzept eines speziellen Geisteszustandes. Am Ende ging es in dem Programm hauptsächlich um eine physisch-psychisch-soziale Komponente, welche die mentale Gesundheit der TeilnehmerInnen fördern sollte. Daher sind die Ergebnisse nur vorsichtig mit anderen Typen von Meditationsprogrammen vergleichbar. Gerade die physisch-psychisch-sozialen Elemente des Programms, die meditativen Aspekte und die gesamte Programmstruktur wurden von den TeilnehmerInnen sehr geschätzt und als hilfreich empfunden. Diese Aussagen sollten jedoch durch qualitative Interviews geklärt werden. (Jensen et al., 2015, S. 10)

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass das OC-Programm mit anderen Stress reduzierenden Programmen durchaus vergleichbar ist. Da die Stichprobengröße jedoch nicht sehr groß war ($n=45$), müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Insbesondere die physiologischen Ergebnisse sind nicht uneingeschränkt vergleichbar mit den Ergebnissen metaanalytischer Reviews. Daher sollten weitere OC-Studien mit größeren Stichproben und einer längeren Studiendauer erfolgen, um noch deutlichere Studienergebnisse zu erhalten. (Jensen et al., 2015, S. 8)

4.3.3. Ergebnisse der RCT von Mak et al. 2015

Derzeit besteht im Bereich der psychologischen Versorgung ein Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage. Das Versorgungssystem kann diese Lücke nicht vollständig abdecken und die Versorgungsleistung selbst ist teuer. Um den ständig steigenden psychischen Belastungen von betroffenen Individuen, Familien und der Gesellschaft entgegenzuwirken, ist es für die Gesundheitsförderung und Prävention von entscheidender Bedeutung mit Public-Health-Initiativen zusammenzuarbeiten. Internetbasierte Interventionen sind eine Möglichkeit, um den Stress bei Erwachsenen zu reduzieren, welcher einer der bedeutsamsten Risikofaktoren für einen beeinträchtigten mentalen Gesundheitszustand ist. Interventionen dieser Art sind effektiv, kostengünstig, leicht umsetzbar und eine anonyme Alternative für Hilfesuchende. Ein weiterer Vorteil von internetbasierten Leistungen der Gesundheitsförderung ist, dass sie auch für all jene zugänglich sind, welche aufgrund der hohen Kosten, größerer Umstände, der immer noch fortwährenden Stigmatisierung psychischer Probleme oder anderer Barrieren auf konventionellem Wege z. B. persönliche Beratung keine Hilfe in Anspruch nehmen würden. Gerade in den Industrienationen, wo das Internet für einen großen Teil der Bevölkerung zugänglich ist, können diese Interventionen erfolgreich für die Gesundheitsförderung eingesetzt werden. (Mak et al., 2015, S. 2)

Um eine internetbasierte Intervention der Gesundheitsförderung für Erwachsene im asiatischen Raum zu testen, führten Mak et al. (2015) eine randomisierte kontrollierte Studie durch, wobei ein Achtsamkeitstraining verknüpft mit einem HAPA (Health Action Process Approach), dem sozial-kognitiven Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens, zum Einsatz kamen. Ziel der Studie war es die Effizienz von diesen beiden Ansätzen im Vergleich mit einer Kontrollgruppe zu evaluieren. (Mak et al., 2015, S. 1-2)

In den letzten Jahren haben Training und Übung von Achtsamkeit im Bereich der Gesundheitsförderung für die psychische Gesundheit und auch in der psychologischen Therapie vermehrt an Bedeutung gewonnen. Viele wissenschaftlich fundierte Therapieansätze haben das Prinzip der Achtsamkeit in ihre Interventionen integriert. Ursprünglich stammt dieser Ansatz aus

buddhistischen Belehrungen, die das Ziel haben, wirkliches und nachhaltiges Glück zu erreichen. Darunter sind zum Beispiel auch die Akzeptanz- und Commitmenttherapie, die Dialektisch-Behaviorale Therapie, die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie und die Methode der Achtsamkeitsbasierten Stressreduktion. All diese Ansätze haben die gleiche Kernauffassung vom Prinzip der Achtsamkeit: Achtsamkeit ist ein systematisches Training, um Achtsamkeit und Bewusstsein nachhaltig weiterzuentwickeln. Dadurch soll es Personen besser gelingen, Einsichten direkt aus gewonnenen Erfahrungen zu beziehen und zu sammeln. Der Ansatz der Achtsamkeit wurde bereits in einigen Studien hinsichtlich seiner Wirkung auf leichte oder schwere psychische Leiden untersucht und konnte bereits mehrmals überzeugen. Und dies nicht nur im Bereich der Prävention, sondern auch innerhalb des Ansatzes der Gesundheitsförderung. (Mak et al., 2015, S. 2-3)

Der HAPA unterstützt den post-intentionalen Mechanismus für eine Verhaltensänderung und wurde bereits in einem breiten Feld an unterschiedlichem Gesundheitsverhalten und auch verschiedenster Gesundheitszustände eingesetzt. Da Achtsamkeitstraining für viele Personen etwas Neues ist, kann ein Training für sie manchmal frustrierend sein. Denn der Geist neigt eher dazu herum zu schweifen und einen Zustand der Achtsamkeit und Bewusstheit über einen Zeitraum aufrecht zu erhalten erfordert viel Übung. Das Achtsamkeitstraining, verbunden mit dem HAPA, stellt den PartizipantInnen spezifische Leitfäden bereit, um sie zu befähigen die erwarteten Schwierigkeiten besser meistern zu können, indem sie ihre Routine beibehalten. Während der Trainingsübung wurden daher zusätzlich Inhalte über potentielle Schwierigkeiten vermittelt und versucht, die TeilnehmerInnen zur Fortsetzung zu ermutigen. Das Ziel des durch das HAPA gestützte Achtsamkeitstraining war es, die PartizipantInnen in ihrer Planung und Effektivität bei den täglichen Übungen zu fördern und ihre Copingstrategien hinsichtlich alltäglicher Hindernisse und möglichen Rückschlägen zu erhöhen. (Mak et al., 2015, S. 3-4)

Um die Effektivität der internetbasierten Intervention des Achtsamkeitstrainings untersuchen zu können, evaluierten Mak et al. (2015) den Nutzen des zusätzlich angewendeten Prinzipsensets des HAPA auf eine mögliche Verstärkung des

Effekts des Trainings. Dafür wurden drei Effekte verglichen: Der Effekt des internetbasierten Achtsamkeitstrainings-Programms, den Effekt des internetbasierten durch HAPA unterstützten Achtsamkeitstrainings und der Effekt einer Kontrollgruppe. Die Effekte der Programme wurden nach dem acht Wochen dauerndem Trainingsprogramm und nach einem drei Monate später durchgeführten Follow-up beurteilt. (Mak et al., 2015, S. 3)

Die ForscherInnen rekrutierten ihre PartizipantInnen mittels Emails, Newsletter und über Online-Foren von sieben lokalen Universitäten in Hongkong. Personen aus der Allgemeinbevölkerung waren ebenso eingeladen. Alle TeilnehmerInnen waren älter als achtzehn Jahre und besaßen gute Computer-Kenntnisse. Schließlich schrieben sich 321 Personen in das Studienprogramm ein. Diese wurden durch Randomisierung den drei Untersuchungsgruppen zugeteilt: Achtsamkeitstrainings-Gruppe, Achtsamkeitstraining-HAPA-Gruppe, Kontrollgruppe. (Mak et al., 2015, S. 4)

105 Personen des HAPA gestützten Achtsamkeitstraining und 104 Personen des Achtsamkeitstraining ohne HAPA schlossen die erste Untersuchung ab. Von der Kontrollgruppe verblieben 79 von 107 Personen in der Studie. Die meisten Personen waren im Alter von 22,8 Jahren mit einer Standardabweichung von 6,5. 66,3 Prozent waren weiblich (n = 286). Weniger als ein Fünftel der TeilnehmerInnen (ca. 15,6 Prozent) hatten bereits Erfahrungen mit Achtsamkeitsübungen und anderen ähnlichen Trainings gemacht. Durch eine Chi-Quadrat-Analyse konnte festgestellt werden, dass hinsichtlich früherer Erfahrungen und der Religionszugehörigkeiten der Personen keine gruppenübergreifenden Unterschiede vorhanden waren. Bezüglich des Alters konnte durch eine Varianzanalyse (ANOVA) festgestellt werden, dass die PartizipantInnen in der Kontrollgruppe im Vergleich zur Achtsamkeitstraining-Gruppe etwas jünger waren, nicht aber im Vergleich zur HAPA-Gruppe. Nach der Intervention und dem Follow-Up verblieben 32,7 Prozent der PartizipantInnen in der Studie. (Mak et al., 2015, S. 4)

Die PartizipantInnen des durch HAPA gestützten Achtsamkeitstrainings und die Vergleichsgruppe, die nur das Achtsamkeitstraining erhielten, wurden vor

Programmstart zu einem dreistündigen Workshop eingeladen. Dort erhielten sie einen Überblick zum Thema Achtsamkeit und wichtige Informationen und Details zur Benützung der Programm-Website. An einem festgelegten Datum starteten dann alle TeilnehmerInnen das Online-Programm. Die Inhalte und die Übungen des Programms waren von den ForscherInnen entwickelt worden und stark an MBSR-Materialien angelehnt, welche üblicherweise von zertifizierten AchtsamkeitstrainerInnen verwendet werden. Die Inhalte waren zusätzlich von einem Achtsamkeitstrainer überprüft worden. So erhielten die Programme eine ähnliche Struktur wie übliche MBSR-Trainings. Jede Woche wurden neue Lehrmaterialien und Übungen freigeschaltet. Insgesamt bestand das Programm aus acht Übungs- bzw. Lehreinheiten. (Mak et al., 2015, S. 4)

Die Programm-TeilnehmerInnen hatten jeweils eigene Zugangsdaten erhalten um sich in die Programm-Seite einzuloggen. Die Website beinhaltete nicht nur die Oberfläche für die Trainings, sondern speicherte alle Schritte und Inhalte der NutzerInnen. Die TeilnehmerInnen sollten sich durchschnittlich 30 Minuten pro Woche mit jeder Lerneinheit auseinandersetzen. Die Lerneinheiten bestanden aus verschiedenen Inhalten zum Thema Achtsamkeit. Zusätzlich zu diesen Inhalten konnten sich die TeilnehmerInnen Audiodateien mit Meditationen und Videos mit Achtsamkeitsübungen von der Website herunterladen. Diese hatten alle einen Umfang von je 20 bis 30 Minuten. Die PartizipantInnen wurden dazu angehalten die Übungen 20 bis 30 Minuten am Tag und sechs Mal in der Woche durchzuführen. Zusätzlich sollten sie verschiedene Übungen am Tag absolvieren und den Prozess wöchentlich in einem Logbuch dokumentieren. Jede Woche erhielten die TeilnehmerInnen eine Email, welche sie an die wöchentliche Teilnahme und die regelmäßigen Übungen erinnern sollte. (Mak et al., 2015, S. 4-5)

Die Kursmaterialien der Gruppen waren bis auf die zusätzlichen Anleitungen der HAPA-Gruppe identisch. Diese Anleitungen halfen den GruppenteilnehmerInnen ihre Intentionen leichter in Handlungen umzusetzen. Die Inhalte dieser Anleitungen waren: Umsetzung und Aufrechterhaltung von Selbstwirksamkeit, Maßnahmenplanung, Bewältigungsplanung, Wiederherstellung der Selbstwirksamkeit und eine Reihe von Pop-up Nachrichten, die während und nach

den Sessions erschienen um die Effizienz zusätzlich zu erhöhen. (Mak et al., 2015, S. 5)

Um die Achtsamkeit der PartizipantInnen während des Programms zu messen, kam ein mit 39 Items und fünf Facetten langer Fragebogen zum Einsatz. Die mentale Gesundheit wurde mittels „Well-Being Index“ der WHO ermittelt. Eine Lebenszufriedenheitsskala half diese einzuschätzen und die „Perceived Stress Scale“ sollte den subjektiv empfundenen Stress der TeilnehmerInnen messen. Etwaige psychische Symptome konnten durch die „Depression Anxiety Stress Scale“ ermittelt werden. (Mak et al., 2015, S. 5-6)

Wiederholt wurde eine ANOVA-Analyse durchgeführt, um die Veränderungen der Ergebnisse über die Zeit hinweg zu messen und eine Intention-To-Treat-Analyse wurde verwendet um die Daten durch ein strenges Prüfverfahren auszuwerten. Eine Post-hoc-Analyse sollte untersuchen, wie sich jede Gruppe über alle drei Zeitpunkte hinweg veränderte. (Mak et al., 2015, S. 6)

Schließlich wurden die Effekte der Interventionen und die Ergebnisse in der Kontrollgruppe hinsichtlich mehrerer Outcomes, darunter Achtsamkeit, psychisches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Stress beziehungsweise psychologische Symptome gemessen sowie der Zusammenhang zwischen einer Steigerung der Achtsamkeit und einer Verbesserung des psychischen Wohlbefindens untersucht. Zusätzlich wurden die Effekte der Gruppen untereinander verglichen und die Veränderungen über die drei Messzeitpunkte analysiert. (Mak et al., 2015, S. 6-7)

Es konnte nur eine geringfügig signifikante Wechselwirkung zwischen den Gruppen über die Zeit festgestellt werden. So gab es keinen signifikanten Effekt der Intervention auf die Achtsamkeit in der Achtsamkeits-Gruppe und der Kontrollgruppe über die Zeit. Die Intervention in der Achtsamkeits-HAPA-Gruppe zeigte eine signifikante Verbesserung der Achtsamkeit über die Zeit vom Pre-Post-Test bis hin zum Follow-Up. (Mak et al., 2015, S. 6)

Die Wechselwirkung zwischen den Gruppen über die Messzeitpunkte hinweg bezüglich des Effekts auf das psychische Wohlbefinden konnte als signifikant eingestuft werden. Der Effekt der Intervention auf das psychische Wohlbefinden der Achtsamkeit-Gruppe und in der Achtsamkeits-HAPA-Gruppe war signifikant über die Messzeitpunkte hinweg und konnte nach dem Follow-Up als nachhaltig bezeichnet werden. In der Kontrollgruppe konnte jedoch keine signifikante Veränderung gemessen werden. (Mak et al., 2015, S. 6)

Die Wechselwirkung des Effekts über die Zeit auf die Lebenszufriedenheit innerhalb der Gruppen war nicht signifikant. Durch eine Post-Hoc-Analyse konnte ermittelt werden, dass nur in der Achtsamkeits-HAPA-Gruppe ein signifikanter Effekt über die Zeit aufgetreten war und dass es einen mittelgroßen Effekt der Intervention auf die Steigerung Lebenszufriedenheit in dieser Gruppe gab. (Mak et al., 2015, S. 6-7)

Auch hinsichtlich des Effekts der Intervention über die Zeit auf Stress und auf psychische Symptome konnte keine signifikante Zeit-Gruppen-Wechselwirkung festgestellt werden. Der Effekt der Intervention auf die verschiedenen Symptome war in allen Gruppen und zu allen Zeitpunkten unterschiedlich. So konnte kein signifikanter Effekt auf diese genannten Outcomes gemessen werden. (Mak et al., 2015, S. 7)

Nach dem achtwöchigen Programm konnten für die Achtsamkeit-Gruppe und die Achtsamkeits-HAPA-Gruppe signifikante Korrelationen zwischen den Zahlen der Outcomes für psychisches Wohlbefinden und für Achtsamkeit gefunden werden. Nicht jedoch für die Korrelation mit der Kontrollgruppe. Denn diese unterschied sich signifikant von beiden Interventionsgruppen. Beim Follow-Up blieb die Korrelation für beide Interventionsgruppen signifikant und in der Kontrollgruppe wurde eine signifikante geringfügige Korrelation festgestellt. Jedoch waren die Unterschiede der Ergebnisse von der Kontrollgruppe im Vergleich zur Achtsamkeits-Gruppe nicht signifikant. Im Vergleich zur Achtsamkeits-HAPA-Gruppe waren die Unterschiede des Effekts in der Kontrollgruppe jedoch eindeutig unterschiedlich und damit signifikant. (Mak et al., 2015, S. 7)

Die TeilnehmerInnen der Achtsamkeit-Gruppe und der Achtsamkeits-HAPA-Gruppe zeigten ein ähnliches Engagement beim Ausüben der Übungen für Zuhause. Beide Gruppen erbrachten dabei einen ähnlichen Zeitaufwand und so gab es auch hier keinen signifikanten Unterschied in den Interventionsgruppen. (Mak et al., 2015, S. 7)

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse der Studie von Mak et al. (2015), dass Achtsamkeit über eine internetbasierte Intervention kultiviert werden und ein solches Online-Training das mentale Wohlbefinden steigern kann. Durch die gute Zugänglichkeit des Internets ist es so möglich, die mentale Gesundheit der Bevölkerung praktikabel und effektiv positiv zu beeinflussen und zu fördern. Generell muss davon ausgegangen werden, dass die Öffentlichkeit eher gering dazu motiviert ist, Zeit zum Nutzen für ihre mentale Gesundheit zu opfern. Da diese Intervention zeitsparend, leicht zugänglich und leicht durchführbar ist, nehmen deutlich mehr Erwachsene an einem solchen Programm teil als an einem Face-to-face-Programm, welches mehr Zeit und Mühen in Anspruch nehmen würde. (Mak et al., 2015, S. 7-8)

Die Ergebnisse der Achtsamkeits-HAPA-Gruppe zeigten im Vergleich zu den anderen Gruppen, eindeutig den größten Effekt um Achtsamkeit und das mentale Wohlbefinden der PartizipantInnen zu steigern. Die Gründe dafür liegen bei den zusätzlichen unterstützenden Nachrichten und Ratschlägen, die die TeilnehmerInnen in dieser Gruppe erhielten. Obwohl die Achtsamkeits-HAPA-Gruppe nicht mehr Zeit als die anderen Gruppen in die Übungen investierte, konnten die TeilnehmerInnen viel früher einen positiven Effekt aufweisen. (Mak et al., 2015, S. 8)

Eindeutige Limitationen liegen für die ForscherInnen darin, dass die Stichprobe an einer Universität genommen wurde und die Ergebnisse damit nicht auf die Gesamtbevölkerung übertragen werden können. Es müssten weitere Studien durchgeführt werden, um die Effektivität der Programme für eine breitere Population zu untersuchen. Außerdem muss bedacht werden, dass fast die Hälfte der PartizipantInnen beim Post-Programm und zwei Drittel beim Follow-Up aus der Studie ausgeschieden sind. So muss davon ausgegangen werden, dass die

TeilnehmerInnen, die bis zum Schluss in der Studie blieben, eine ausgewählte und motivierte Gruppe repräsentieren, die nicht mit der Allgemeinbevölkerung verglichen werden kann. Um die Gründe für die Ausfälle und für das Abschließen des Programms zu klären, müsste ein zusätzliches Feedback von den TeilnehmerInnen eingeholt werden. (Mak et al., 2015, S. 8)

Trotz dieser Limitationen in der Studie, zeigen ihre Ergebnisse die Brauchbarkeit der Theorie über das Gesundheitsverhalten. Denn es ist möglich, durch internetbasierte Programme die Achtsamkeit und das mentale Wohlbefinden bei Erwachsenen zu steigern und die öffentliche mentale Gesundheit durch internetbasierten Achtsamkeits-Training zu fördern.

4.3.4. Ergebnisse der CT von Lyssenko et al. 2015

Psychische Erkrankungen werden in den Industrienationen immer häufiger diagnostiziert. Die meisten Präventionsprogramme zielen dabei auf Hochrisikogruppen und auf bestimmte PatientInnengruppen, um das Risiko für eine psychische Erkrankung zu senken, die Lebensqualität zu steigern und zusätzlich Kosteneffizienz im Gesundheitsversorgungssystem zu erreichen. Jedoch gibt es einen Mangel an allgemeinen primären Präventionsprogrammen, die sich gezielt an Erwachsene generell richten und nicht für spezielle PatientInnengruppen konzipiert wurden. Die meisten Programme dieser Art richteten sich bisher meist nur an Kinder und Jugendliche und nur ein geringer Anteil der bisher durchgeführten Interventionen und zugehörigen Studien hatte ausschließlich Erwachsene als Zielgruppe. (Lyssenko et al., 2015, S. 1-2)

Die deutsche Versicherungsgesellschaft und Gesundheitskassa AOK Baden-Württemberg plante im Jahr 2013 eine regionale Gesundheitskampagne mit dem Ziel, die Balance der Menschen im täglichen Leben und in der Arbeit zu fördern und zu stärken. Um dieses Ziel zu erreichen, planten Lyssenko et al. (2015) ein universales Präventionsprogramm um die protektiven Faktoren für eine mentale Gesundheit zu fördern und die Resilienz der TeilnehmerInnen zu erhöhen. Das Programm basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und sollte für

die TeilnehmerInnen ansprechend, motivierend, unterhaltsam und leicht zu verstehen sein. So war es nicht nötig, dass die TeilnehmerInnen einen höheren Bildungsgrad hatten. Das entwickelte Programm sollte in Folge auf die allgemeine Öffentlichkeit übertragbar sein und auch von psychologischen und medizinischen Laien vermittelt werden können. (Lyssenko et al., 2015, S. 2)

Der Bund Baden-Württemberg warb für die Rekrutierung der TeilnehmerInnen und auch der Sponsor (AOK Baden-Württemberg) schickte Informationen über das geplante Gesundheitsprogramm via Mail aus, veranstaltete öffentliche Präsentationen, warb durch Flyer und über das Radio. Dabei wurde die Botschaft bewusst positiv gestaltet und Termini wie „mentale Gesundheit“ wurden vermieden. (Lyssenko et al., 2015, S. 4)

Die ForscherInnen rekrutierten die PartizipantInnen von den „Lebe Balance-Seminaren“ im Zeitraum von November 2013 bis Juni 2014, indem sie diese baten, an der Studie teilzunehmen. Einschlusskriterien waren ein Alter von mindestens 18 Jahren, Beherrschung der Deutschen Sprache in Wort und Schrift und die Fähigkeit zum „informed consent“. (Lyssenko et al., 2015, S. 4)

Die Seminare wurden in lokalen Gesundheitszentren abgehalten und waren für 12 bis 15 Personen ausgerichtet. Abgehalten wurden die Seminare von 200 Angestellten der AOK Baden-Württemberg mit unterschiedlichen Ausbildungen in den Bereichen Sport und Ernährung. Die PräsentatorInnen brachten außerdem Erfahrung in der Leitung von Präventionsprogrammen im Gruppenformat mit, erhielten innerhalb eines dreitägigen Trainings Instruktionen von den EntwicklerInnen des Interventionsprogramms, bekamen danach Zugang zu einem Online-Supervisions-Tool und nahmen während der Implementation des Programms an einer eintägigen Supervisiongruppe teil. Die Seminare wurden einheitlich nach einem Leitfaden strukturiert und auch die Materialien waren standardisiert und identisch gestaltet. (Lyssenko et al., 2015, S. 4)

Das „Lebe Balance“ Programm war in sieben Modulen aufgebaut, wovon jedes Modul einen Umfang von 1,5 Stunden besaß. Die ersten sechs Module wurden wöchentlich abgehalten und das letzte Modul folgte als Follow-up vier bis sechs

Wochen nach dem sechsten Modul. Um einen nachhaltigen Lernprozess zu ermöglichen, beinhalteten alle Module Inhalte über die grundlegenden Prinzipien von Achtsamkeit (oder Gewährsein) und metakognitivem Bewusstsein. Zwischen den Sitzungen erhielten die TeilnehmerInnen Hausübungen („Balance exercises“). Diese sollten die Implementation der Seminarinhalte in alltägliche Situationen unterstützen. Zusätzlich wurden die TeilnehmerInnen dazu aufgefordert regelmäßig Achtsamkeitsübungen durchzuführen. Didaktisch ausgedrückt würde dies bedeuten, dass das Seminar neben reinen Wissensinhalten auch einen experimentellen Ansatz verfolgte. (Lyssenko et al., 2015, S. 3)

Die TeilnehmerInnen lernten schrittweise durch unterschiedliche Interventionen, vom ersten bis zum letzten Modul, verschiedene Kenntnisse und Fähigkeiten:

Intervention / erwartete protektive Faktoren:

- M1: Achtsamkeitsübungen / metakognitives Bewusstsein
- M2: Psychoedukation, Übungen für selbstbezogenes Mitgefühl / selbstbezogenes Mitgefühl, Selbstwert
- M3: Evaluation der eigenen Werte / Kohärenzsinn, Lebensziel
- M4: Analyse des sozialen Netzwerks und Kommunikationstraining / soziale Unterstützung, Kommunikationsfähigkeiten für den sozialen Umgang
- M5: Problemlösen / Selbstwirksamkeit, flexibles Coping
- M6: Defusion und Akzeptanz / Emotionsregulation, kognitive Flexibilität
- M7: Verhaltensanalyse / Selbstwirksamkeit

(Lyssenko et al., 2015, S. 3)

In den Ausschreibungen wurden diese Inhalte wie folgt kommuniziert:

- sich selbst und dem Leben achtsamer zu begegnen
- Selbstfürsorge aktiv zu leben
- sich die persönlichen Werte bewusst zu machen

- das eigene soziale Netz zu überdenken
 - Balance zu schaffen und Veränderungen anzugehen
- (Gesundheitsmanager, 2016, o.S.)

Die AutorInnen sammelten Daten während der laufenden Seminare (t0), nach Abschluss des Seminars (t1), drei Monate nach dem Abschluss (t2) und zwölf Monate nach der Anmeldung (t3) (Anm.: Die letzten beiden Messungen, t2 und t3, sind nicht in diesem Artikel enthalten und werden in einer nachfolgenden Publikation veröffentlicht). Dabei kamen eine Reihe von Messinstrumenten zum Einsatz, welche hauptsächlich fragebogenbasierte Selbstratings waren. Mittels der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) wurden Symptome von Depression und von Angststörungen gemessen, die „Resilienz Scale“ (RS) kam zum Einsatz um die Fähigkeit der TeilnehmerInnen zu messen, interne und externe Ressourcen erfolgreich nutzen zu können und die „Satisfaction with Life Scale“ (SWLS) wurde angewendet, um den Grad der Lebenszufriedenheit unter den ProbandInnen zu ermitteln. Alle Messinstrumente konnten gute psychometrische Eigenschaften aufweisen. Zusätzlich wurde ein Feedback von den TeilnehmerInnen durch spezifische Fragen bezüglich des Seminarprogramms eingeholt. Die Datenanalyse und Analyse der Evaluationsmesswerte wurde mittels deskriptiver statistischer Verfahren durchgeführt. Um die soziodemographischen Charakteristiken und deren Mittelwerte vergleichen zu können, wurden t-Tests und Chiquadrat-Tests angewendet. (Lyssenko et al., 2015, S. 4-5)

Von 4898 Personen, die in das „Life-Balance“ Programm eingeschrieben waren, wollten 1910 Personen an der Studie teilnehmen. Wegen einiger Ausfälle, unvollständig ausgefüllten Fragebögen oder ausbleibenden Informend Consent blieben zum ersten Messzeitpunkt 1813 Personen und zum zweiten Messpunkt noch 1081 Personen in der Studie. Ein Großteil der StudienteilnehmerInnen war weiblich (83 Prozent), das Durchschnittsalter lag bei 49,5 Jahre und lag in einer Altersspanne von 18 bis 87 Jahren. Etwa die Hälfte der PartizipantInnen war verheiratet oder lebte in einer Partnerschaft und hatte meist Kinder. 0,6 Prozent der TeilnehmerInnen hatten keine abgeschlossene Ausbildung, 22 Prozent konnten eine neunjährige, 44 Prozent eine zehnjährige und 32 Prozent eine

zwölfjährige bzw. noch längere Ausbildungszeit vorzuweisen. (Lyssenko et al., 2015, S. 5-6)

Die Ergebnisse wurden mit den Normwerten einer Kontrollgruppe kontrolliert gematcht und verglichen. Diese Daten wurden von Versicherten der AOK-Baden-Württemberg erhoben, die ähnliche Merkmale wie die StudienteilnehmerInnen aufwiesen und eine repräsentative Gruppe der deutschen Allgemeinbevölkerung waren. (Lyssenko et al., 2015, S. 6)

Die Evaluationsstudie sollte am Ende den emotionalen Disstress, die Lebenszufriedenheit, die Resilienz und die öffentlichen Gesundheitskosten in Folge erheben. Alle Ergebnisse der Studie von Lyssenko et al. (2015) unterschieden sich zum ersten Erhebungszeitpunkt (t0) signifikant von den Normwerten der Kontrollgruppe. Die p-Werte lagen alle bei unter 0,001 und wiesen daher auf ein hohes Signifikanzniveau hin. Die Interventionsgruppe hatte mehr Symptome von Depression oder Besorgnis, eine geringere Lebenszufriedenheit und eine niedrigere Resilienzrate vorzuweisen. (Lyssenko et al., 2015, S. 6)

Die TeilnehmerInnen der „Lebe-Balance“ Seminare sollten nach ihrer erfolgten Teilnahme die Seminare und den/die SeminarleiterIn anhand einer 5-Likert-Skala bewerten. Die Rückmeldungen waren größtenteils positiv ausgefallen: 76 Prozent waren zufrieden oder sogar sehr zufrieden mit dem Seminar, 81 Prozent würden es anderen weiterempfehlen, 77 Prozent waren der Meinung, dass die Inhalte der Seminare sie im täglichen Leben unterstützen würden, 66 Prozent konnten einen positiven Effekt auf ihre mentale Gesundheit wahrnehmen und 61 Prozent konnten zustimmen, dass die Seminare ihr Leben bereichert hätten. Die Bewertung der SeminarleiterInnen hinsichtlich Einsatz, motivierender Wirkung, Lehrstrategie, Kompetenz und Offenheit für Fragen waren zu 79 bis 89 Prozent positiv bis sehr positiv. (Lyssenko et al., 2015, S. 6-7)

Die Seminaranwesenheit war insgesamt gut bis sehr gut. Etwa 83 Prozent der TeilnehmerInnen nahmen an mindestens sechs von sieben Sitzungen teil. Je nach Aufgabenstellung wurden die Hausübungen von den TeilnehmerInnen ausgeführt.

97 Prozent führten mindestens einmal in der Woche eine Übung zu Hause durch. Nach Ablauf des Seminars führten etwa 72 Prozent weiter die Übungen selbstständig zu Hause weiter aus. (Lyssenko et al., 2015, S. 7)

Die Evaluationsstudie von Lyssenko et al. (2015) stellt die Ergebnisse der bisherigen Messungen zu den Zeiten t0 und t1 dar. Somit konnte eine Aussage zu den Unterschieden der Ausgangswerte zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe zu Beginn der Intervention getroffen werden und die Zufriedenheit und die Compliance der TeilnehmerInnen erhoben werden. Zu Fragen über die Effektivität der Intervention und Kosteneffizienz in Folge im Vergleich zur Kontrollgruppe kündigen die ForscherInnen eine weitere Publikation an, die sie in naher Zukunft veröffentlichen werden, sobald alle Daten ausgewertet sind. (Lyssenko et al., 2015, S. 7-8)

Die größte Gruppe, die an der Intervention teilnahm, bestand zu 83 Prozent an Frauen mit einem Durchschnittsalter von 49,5 Jahren. Dieses Resultat führen die AutorInnen aufgrund wissenschaftlicher Ergebnisse darauf zurück, dass Frauen eher an Präventionsprogrammen teilnehmen als Männer, dass jene die teilnehmen meist über dem Alter von 30 Jahren sind und meist einen höheren sozioökonomischen Status besitzen. (Lyssenko et al., 2015, S. 7-8)

Von 4898 angeworbenen Personen nahmen lediglich 40 Prozent an der Studie teil und nach einigen Ausfällen blieben bis zum Messzeitpunkt t1 noch 1081 Personen in der Studie. Die geringe Teilnahme kann damit im Zusammenhang stehen, dass die Untersuchung von einer Gesundheitskasse gesponsert wurde und viele der TeilnehmerInnen unter Umständen Bedenken hinsichtlich der Vertraulichkeit hatten. Die Seminare wurden für Versicherungsmitglieder kostenlos angeboten und daher besteht die Annahme, dass viele ProbandInnen die Kurse ohne ernste Bestrebungen ausprobieren wollten. Dies könnte ein Grund für die hohe Dropout-Rate sein die 20 Prozent betrug. Die Ausfallraten liegen bei Präventionsprogrammen jedoch meist in einem zu erwartenden Bereich von 20 bis 80 Prozent. (Lyssenko et al., 2015, S. 8)

Die AutorInnen bezeichnen den Umstand, dass die Studie von einer Gesundheitskasse durchgeführt wurde und die Seminare in lokalen Gesundheitszentren stattfanden als Limitation. So konnte von den SeminarleiterInnen bei der Datensammlung keine vollständig objektive Wertung erzielt werden und die Untersuchung der Implementation war kaum zu bewältigen. Da die Zufriedenheit und Compliance der TeilnehmerInnen jedoch sehr hoch ausfiel, kann trotzdem angenommen werden, dass das Programm passend für universelle Präventionsziele ist und somit passend für Gruppen mit einem unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergrund sein kann. (Lyssenko et al., 2015, S. 9)

4.3.5. Ergebnisse der Umfrage von Kaluza (2006)

Kaluza (2006) machte im Jahr 2005 in den Monaten zwischen April und Juli eine Umfrage, um empirisch evaluierte Interventionsprogramme der psychologischen Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter zu sammeln. Seine Fragestellungen waren: „Welche Programme existieren derzeit im deutschsprachigen Raum? Welche Zielgruppen werden mit welchen Zielsetzungen durch die jeweiligen Programme angesprochen? Welche Interventionsmethoden werden eingesetzt und welche empirischen Effektivitätsnachweise liegen vor? Und schließlich in welchen Settings werden die Programme eingesetzt und wie groß ist der Grad der Verbreitung der Programme?“. (Kaluza, 2006, S. 171)

Um diese Fragen beantworten zu können, wurde den Mitgliedern der Fachgruppen Gesundheitspsychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie der Pädagogischen Psychologie und der Fachgruppe des Berufsverbandes Deutscher Psychologie per E-mail ein Fragebogen zugesandt. Zusätzlich wurden gezielt Fragen an bekannte ExpertInnen und Institutionen gestellt. Im Fragebogen sollten die ExpertInnen Fragen zur Zielsetzung, zu den Programminhalten, zur Programmdurchführung, zum methodisch-didaktischen Interventionskonzept, zur Methode, zu den zentralen Ergebnissen, der Evaluation und Dissemination des Programms beantworten. (Kaluza, 2006, S. 172)

Am Ende wurden nur jene Programme berücksichtigt die folgende Kriterien erfüllen konnten: Die Programme sollten einen präventiven Ansatz verfolgen und sich nicht an bereits erkrankte Personengruppen richten. Die Ziele und Inhalte des Programms sollten (gesundheits-) psychologisch ausgerichtet beziehungsweise methodisch-didaktisch psychologisch konzipiert sein. Weiters sollte die Wirksamkeit der Programme durch Evaluationsstudien dokumentiert sein und es sollte disseminationsfähig sein. (Kaluza, 2006, S. 172)

Insgesamt konnten Informationen zu 46 verschiedenen Programmen gesammelt werden. Jedoch richteten sich nur 32 davon an Erwachsene als Zielgruppe. Drei Programme schieden wegen fehlender präventiver Ausrichtung, zwei wegen fehlender (gesundheits-) psychologischer Fundierung, vier wegen keiner oder ungenügender Evaluation und drei wegen fehlender Disseminationsfähigkeit aus der Sammlung aus. Am Ende konnten somit lediglich 20 Programme inkludiert werden. (Kaluza, 2006, S. 172)

Die Interventionsmethodik der Programme ist meist an einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz orientiert und beinhaltet daher häufig bewährte Methoden wie Rollenspiele, Verhaltensexperimente, Selbstbeobachtung, Wahrnehmungs- und Interaktionsübungen, Problemlösetechniken, Entspannungs- und Bewegungsübungen. Die Programme wurden meist innerhalb eines klassischen fortlaufenden Gruppentrainings mit zwei Sitzungen pro Woche abgehalten. Der Umfang belief sich meist auf 10 bis 20 Stunden. Die Zielgruppen der Programme waren dabei sehr unterschiedlich. So richteten sich jeweils drei Programme an Paare und Eltern beziehungsweise ErzieherInnen, vier Programme an Personen mit einem spezifischen gesundheitlichen Risikoverhalten, zwei Programme wurden für Personen mit besonders belastenden Lebensphasen oder Lebenssituationen und die restlichen acht Programme für gesunde Erwachsene ohne spezifische Zielgruppenbestimmung konzipiert. (Kaluza, 2006, S. 172-174)

Auf zehn der Programme möchte die Autorin in den nächsten Absätzen näher eingehen. Die anderen Programme können keine Informationen bezüglich der Fragestellungen dieser Arbeit erbringen und werden daher nicht weiter berücksichtigt.

Die meisten der zehn ausgewählten Programme haben Stressbewältigung als thematischen Schwerpunkt. Zwei Programme enthalten zusätzlich ein Konzept für die Entwicklung beziehungsweise Steigerung der Kommunikations- und Problemlösekompetenz, ein Programm integriert soziale Unterstützung, euthymes Verhalten, Optimismus und Zielklärung und zwei weitere Programme beinhalten Schwerpunkte zu erziehungsbedingtem Stress. (Kaluza, 2006, S. 173-174)

Für die Eingangsqualifikation der durchführenden TrainerInnen ist eine akademische Grundqualifikation in einem Gesundheits- oder Sozialberuf Voraussetzung. Bei manchen Programmen erfolgten zusätzlich spezielle Schulungen der TrainerInnen. (Kaluza, 2006, S. 174)

Die Evaluationen der Programme wurden unterschiedlich durchgeführt. So kam es bei drei Programmen zu einem randomisierten Design, bei vierzehn Programmen zu quasi-experimentellen Kontrollgruppendesigns, drei Programme erfolgten innerhalb einer unkontrollierten Verlaufsstudie mit mehreren Messzeitpunkten und für fünfzehn Programme wurden auch Angaben zu einem Follow-Up gemacht, das meist zwischen drei und zwölf Monaten erfolgte. (Kaluza, 2006, S. 174-175)

Es folgt eine Darstellung von den für die Autorin zehn relevanten Programmen, die der Definition für Gesundheitsbildung dieser Arbeit entsprechen:

1. Der erfolgreiche Umgang mit alltäglichen Belastungen

Das Programm richtet sich an Erwachsene ohne manifeste schwere psychische Störung, die mit Stress (alltäglicher Belastungen) besser zurechtkommen wollen. Es soll eine Verbesserung im Umgang mit Stress und eine Verhinderung psychischer und körperlicher Beschwerden erreicht werden. Dazu wurden kurzfristige und langfristige Strategien, innerhalb von Gruppenarbeit, Psychoedukation, Hausaufgaben (Selbstbeobachtung, Protokollierung) und Kleingruppen, zur Bewältigung und Verhinderung von Stress angewandt. Die Durchführung dauerte 16 Sitzungen mit je 60 bis 90 Minuten in einem Zeitraum von 16 Wochen. Den Gruppen waren sechs bis acht Personen zugeteilt. Die Programme wurden deutschlandweit in Einrichtungen der Erwachsenenbildung

und der Gesundheitsförderung, sowie von Krankenkassen und innerhalb von Betrieben abgehalten. Nähere Angaben zum Studiendesign sind nicht vorhanden. Das Ergebnis der Evaluation war eine Steigerung in der eigenen Einschätzung der Stressbewältigungsfertigkeiten der TeilnehmerInnen. (Kaluza, 2006, S. 179)

2. Freiburger Stresspräventionstraining für Paare (FSPT)

Die Zielgruppe des Programms sind Paare ohne Krisensituationen. Das Ziel ist, jene Kompetenzen der Paare zu fördern, welche zu einer längerfristig stabilen und glücklichen Partnerschaft beitragen. Dabei kommen folgende Inhalte zum Tragen: Einführung in das Thema Stress und dessen Bewältigung, Förderung der individuellen Stressbewältigung, Förderung der dyadischen Stressbewältigung (als Paar), Förderung der Kommunikationskompetenzen des Paares, Förderung der Problemlösefertigkeiten des Paares, sowie Fairness und Gerechtigkeit in Paarbeziehungen. Die Inhalte wurden mittels theoretischer Kurzvorträge zur Wissensvermittlung, diagnostischer Abklärung der Kompetenzen, Videobeispielen, individueller Übungen, progressiver Muskelentspannung, kognitiver Interventionen, Paarübungen und Hausaufgaben methodisch und didaktisch vermittelt. Der Umfang des Programms betrug 18 Stunden innerhalb eines Wochenendkurses oder sechs Mal drei Stunden pro Woche. Die Gruppengröße war zwischen sechs und acht Personen. Jene Paare, die am Programm teilgenommen hatten, zeigten signifikante, längerfristig stabile Verbesserungen bezüglich der Qualität in der Kommunikation und in der individuellen und der dyadischen Stressbewältigung. Sogar zwei Jahre nach der Durchführung, konnte eine höhere Partnerschaftszufriedenheit festgestellt werden. Weitere positive Effekte waren in der Sexualität und in der elterlichen Erziehungskompetenz feststellbar. Die StudienteilnehmerInnen berichteten über eine höhere Lebenszufriedenheit. Die Evaluation erfolgte in drei Längsschnittstudien, die über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren verliefen. (Kaluza, 2006, S. 182)

3. „Gelassen und sicher im Stress“ - Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung

Dieses Programm richtet sich an alle Erwachsene ohne gravierende körperliche und/oder psychische Erkrankungen und hat das Ziel, deren individuellen Kompetenzen zur Bewältigung von Alltagsanforderungen zu fördern und stressbedingte Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Das Programm besteht aus einem Basismodul und aus verschiedenen Ergänzungsmodulen. Das Basismodul beinhaltet Entspannungstraining, Problemlösetraining, Kognitionstraining und Genussstraining, während die Ergänzungsmodule die Themen Sport und Bewegung, Soziale Unterstützung, Zielklärung, Zeitmanagement und Notfall-Strategien behandeln. Das halbstandardisierte kognitiv-behaviorale Gruppentraining fand deutschlandweit, innerhalb von 12 wöchentlichen Sitzungen mit je zwei Stunden, in Einrichtungen der Erwachsenenbildung und der Gesundheitsförderung, Krankenkassen und Betrieben statt. Das Design für die Evaluation war eine randomisierte Kontrollgruppenstudie mit einer Stichprobe von 99 Erwachsenen und einem Follow-Up nach sechs Monaten. Schließlich zeigten die Evaluationsergebnisse beim Follow-Up Unterschiede zwischen den ProgrammteilnehmerInnen und der Kontrollgruppe. Die TeilnehmerInnen hatten stärker ausgeprägte aktive Kontrollversuche, mehr relativierende kognitive Bewältigungsformen, mehr kompensatorische Bewältigungsmöglichkeiten, weniger resignativ-vermeidende Tendenzen sowie ein besseres psychisches und körperliches Befinden. (Kaluza, 2006, S. 183)

4. Gesundheit aktivieren - Schatzsuche statt Fehlerfahndung

Zielgruppe dieses Programms sind Erwachsene, die sich gerade in spezifischen belastenden Lebensphasen oder Situationen befinden oder befunden haben. Ziel ist, in einer salutogenetischen Orientierung die psychosozialen gesundheitlichen Protektivfaktoren zu fördern und damit das körperliche und das seelische Wohlbefinden zu steigern. Innerhalb von 4 Modulen sollten die wichtigen gesundheitlichen Schutzfaktoren thematisiert werden: soziale Integration und soziale Unterstützung, Wohlbefinden und angenehmes Erleben im Alltag, Sinnorientierung (Entwicklung eines positiven Zukunftskonzeptes) und

gesundheitsförderliche Einstellungen (Optimismus und Selbstwirksamkeitsüberzeugung). Zusätzlich wurde zu Beginn eine Einstiegssitzung und am Ende des Moduls eine Transfer-Sitzung abgehalten. Methodisch und didaktisch wurden dabei reine Informationsvermittlung, Anregungen zur Selbstreflexion, erlebnisaktivierende und verhaltensorientierte Übungen und eine Anleitung zum Transfer gegeben und durchgeführt. Es wurden bis zu zehn Gruppensitzungen mit je zwei Stunden abgehalten. Das Programm wurde deutschlandweit in verschiedenen Institutionen des Deutschen Roten Kreuzes (Erwachsenenbildung, Beratungsstellen, Mutter-Kind-Kuren, Altenpflegeeinrichtungen, Sozialstationen, Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation) angeboten. Dabei wurde eine unkontrollierte Verlaufsstudie durchgeführt, mit 86 Personen und einem Follow-Up nach zwei Monaten. Beim Follow-Up zeigten die KursteilnehmerInnen eine Verbesserung des körperlichen und des psychischen Wohlbefindens. Außerdem konnte eine Erhöhung der optimistischen Einstellung festgestellt werden. (Kaluza, 2006, S. 185)

5. Online-Elternteraining zur Bewältigung von Familienstress

Das Programm richtet sich an Eltern und ErzieherInnen, die ihre Kompetenz im Umgang mit persönlichem Stress und Stress in der Erziehung verbessern wollen und wird durch den Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Fribourg angeboten. Ziel ist, die TeilnehmerInnen darin zu schulen, besser mit Stress und Erziehungsaufgaben umgehen zu können sowie ihre Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten zu optimieren. Auf lange Sicht gesehen, soll sich das Programm positiv auf das individuelle und familiäre Wohlbefinden auswirken. Innerhalb von vier Modulen wurden die Themenbereiche individuelle Stressbewältigung, familiäres Stressmanagement, Kommunikation/Empathie und faires Problemlösen im Internet in Form eines Online-Seminars behandelt. Je Modul wurden drei bis vier Webseiten mit spezifischen Wissensinhalten vermittelt und zum Üben wurden online und offline Übungen empfohlen. Die TeilnehmerInnen hatten zusätzlich die Möglichkeit sich online untereinander im Chat und im Forum auszutauschen. Außerdem gab es eine Online-Beratung für Fragen zum Thema Stress und Erziehung. Im Gruppensetting wurden den Gruppen 15 TeilnehmerInnen zugeteilt und für diese wurde alle zehn Tage eines

der vier Module freigeschaltet. Insgesamt dauerte das Programm sechs Wochen. In zusätzlichen Einzeltrainings konnte die zeitliche Gestaltung frei gewählt werden. Für die Evaluation wurde ein randomisiertes Kontrollgruppendesign angewendet. Die Stichprobe bestand bei den ersten gemessenen kurzfristigen Effekten aus 198 Personen und beim Follow-Up nach sechs Monaten waren noch 142 Personen in der Studie. Die Evaluation ergab bei den TeilnehmerInnen eine kurzfristige Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und das vor allem im Bereich der individuellen Stressbewältigung. Die langfristige Wirkung der individuellen Stressbewältigung ließ mit der Zeit etwas nach, jedoch konnte eine Zunahme bei der konstruktiven Stressbewältigung innerhalb der Familie beobachtet werden. Das Online-Programm hat somit eine positive Wirkung auf erwünschte Prozesse innerhalb der Familie. (Kaluza, 2006, S. 189)

6. Optimistisch den Stress meistern

Die Zielgruppe dieses Programms ist sehr breit gefächert. So richtet es sich an Jugendliche und Erwachsene im Alter zwischen 16 und 65 Jahren. Die Zielsetzung besteht daraus, die stressrelevanten Belastungsfaktoren, die individuelle Vulnerabilität sowie die individuellen Ressourcen der Personen zu analysieren. Dadurch ist es leichter, die persönlichen Ressourcen und Schutzfaktoren zu steigern und die als Stresspuffer wirkenden Stressbewältigungskompetenzen wie Entspannung, Identität, Emotionsregulation, Zukunftsorientierung und soziale Unterstützung zu fördern. Um diese Ziele zu erreichen, wurden kognitiv-behaviorale und personenzentrierte Grundlagen, ein zeitbegrenztes manualisiertes Verhaltensmodifikationsprogramm und drei verschiedene Trainingsformen angewandt. Die Trainingsformen waren ein Gruppentrainingsprogramm, ein Kleingruppen-Intensivtrainingsprogramm und eine persönliche Beratungskonzeption. Auf diese Weise konnten die unterschiedlichen Inhalte den TeilnehmerInnen optimal vermittelt werden. Die Inhalte bestanden aus Information, Aufklärung, Verhaltens- und Kognitionsanalyse der stressrelevanten Bedingungen, verhaltensmodifizierten Übungen und aus Trainingsmethoden. Die Gruppentrainings waren für acht bis fünfzehn Personen konzipiert worden und beinhalteten, neben einer einmaligen Informationsveranstaltung, zehn Sitzungen mit einem Umfang von je einer Stunde. Die Kleingruppen-Intensiv-Trainings

fanden in drei einstündigen Sitzungen statt. Jede/r TeilnehmerIn konnte für zwei Stunden innerhalb einer Sitzung die persönliche Beratung in Anspruch nehmen. Das Institut für Psychologie der Universität Leipzig führte das Programm durch. Hierzu wurde ein Prä-post-Kontrollgruppendesign durchgeführt. Die Stichprobe wurde aus Präventionskursen der Krankenkassen genommen und hatte einen Umfang von 156 TeilnehmerInnen. Nach einem Jahr wurde das Follow-Up durchgeführt. Schließlich konnte erhoben werden, dass der Langzeitkurs besonders bei der optimistischen Zukunftssicht, der Ärgerregulation und den stressverstärkenden Einstellungen eine positive Wirkung hatte. Die Stressbewältigungsformen der TeilnehmerInnen und auch die Suche nach sozialer Unterstützung wurden vermehrt und aktiv eingesetzt und ausgeführt. Positive Effekte zeigten sich auch im Rahmen der Intensivkursdurchführungen, besonders in Bezug auf eine raschere Stressbelastungslinderung, erhöhte Stressbewältigung durch Schuldabwehr und eine Abnahme von proaktivem Stressbewältigungsverhalten. Die TeilnehmerInnen selbst bewerteten das Programm als wirksam und hilfreich und bestätigten die Relevanz der Inhalte. (Kaluza, 2006, S. 190)

7. Stressreduktionstraining mit Yogaelementen für Erwachsene

Das Programm hat vor allem LehrerInnen und Helferberufe als Zielgruppe, ist jedoch auch für andere Berufsgruppen leicht adaptierbar. Die Ziele des Programms sind eine individuelle Stressdiagnostik durchzuführen, die Vermittlung kurz- und langfristiger Stressbewältigungstechniken, die berufsspezifische Stressbewältigung zu erläutern, eine Verbesserung der Emotionsregulation, eine persönliche Zielbildung zu fördern und die Selbstregulation durch Autogenes Training und Yoga zu steigern. Das Programm wurde in zwei Teile geteilt, den psychoedukativen und den selbstregulativen Teil. Die Inhalte des psychoedukativen Programm-abschnittes waren die verbal-reflexive und direkte Vermittlung stressrelevanter Bewältigungskompetenzen. Im selbstregulativen Teil wurden Yoga, Meditation und Autogenes Training zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit angewandt und eingeübt. Die Methodik bestand dabei aus verbalen Reflexionen, Übungen zu verhaltenstherapeutischen Techniken und der Stressreduktion. Die stress-relevanten Informationen wurden internal und die an

Coping orientierten Fertigkeiten wurden external trainiert. Jede der Sitzungen sollte selbsterfahrungs-orientierte und selbstregulative Yoga- und Meditationsübungen beinhalten. Um den Praxistransfer zu sichern, wurden Transferaufgaben und Zielvorgaben gegeben und zusätzliche Refreshing-Seminare abgehalten. Der Kurs wurde über zehn Wochen hinweg mit je zwei Sitzungen pro Woche durchgeführt. Die Gruppen bestanden aus maximal zwanzig TeilnehmerInnen. Erst sechs Wochen nach Beendigung der Intervention wurden die Refreshing-Seminare abgehalten. Für die Durchführung des Programms war das Institut für Psychologie II der Universität Leipzig zuständig, welche ein quasi-experimentelles Kontrollgruppendesign mit einer Stichprobe mit 70 Personen durchführte. Das Follow-Up erfolgte sechs Monate nach Abschluss des Programms. Die Evaluationsergebnisse der Effekte des Programms zeigten eine unmittelbare psychologische (Wohlbefinden, Entspannungsfähigkeit), physiologische (Hautwiderstand, Puls) und immunologische (Immunglobulin A) Wirkung auf. Zusätzlich konnten kurz- und langfristige qualitative und quantitative stressreduzierende Wirkungen in gesundheits- und persönlichkeitspsychologischen Variablen (verbesserte arbeitsbezogene Verhaltensmuster, Selbstwirksamkeit, Emotionsregulation) festgestellt werden. (Kaluza, 2006, S. 191-192)

8. SWISSIT - Swiss Stress Incultation Training

Die Zielgruppe des Programms sind Gesunde und PatientInnen mit chronischen somatischen Erkrankungen. Durch das Programm sollen diese Personen spezifischere und wirksamere Fähigkeiten zur Stressbewältigung und Stressprävention aufbauen, somatische Beschwerden sollen sich reduzieren und die physische Befindlichkeit und die Lebensqualität sollen sich verbessern. Die Inhalte des Programms sind zum einen allgemeine Inhalte, Informationen zur individuellen Stressentstehung, die Identifizierung individueller Stressoren beziehungsweise Risikofaktoren, zum Wissensaufbau und zur Verstärkung adaptiver Stressbewältigungsfähigkeiten und zum anderen spezifische Inhalte, über die Unterscheidung von populationsspezifischen obligatorischen (z.B. bei HIV: Stress und Depression) und fakultativen (z.B. bei HIV: Sexualität und Tod) Themen. Die Inhalte wurden in diesem Programm, methodisch und didaktisch,

mittels kognitiver Strategien, verhaltenstherapeutischen Techniken und Übungen, gruppodynamischen Übungen sowie durch Entspannungstechniken umgesetzt. Das Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Zürich führte das Programm im Rahmen von vier randomisiert-kontrollierten Studien und einer psychobiologischen Evaluation (Stressbelastung, Depressivität, Angst, somatische Symptome, Lebensqualität, biologische Parameter) durch. Zur Stichprobe gibt es keine Angaben, jedoch wurde nach zwölf Monaten das Follow-Up durchgeführt. Die Durchführung erfolgte an der Universität Zürich, im Universitätsspital Zürich, im Inselspital Bern, im Universitätsspital Basel und im Kantonsspital St. Gallen. Die Evaluation der Intervention ergab, dass sich die biologische Stressreaktion, die Stressbelastung, Angst und Depression, sowie somatische Beschwerden durch die Intervention reduzieren lassen und diese so zu einer Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. (Kaluza, 2006, S. 192-193)

9. TK-Gesundheitswoche

Das Programm richtet sich vorwiegend an „gesunde“ Erwachsene und hat eine Gesundheitsförderung durch positive Veränderungen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Kommunikation und Stressbewältigung zum Ziel. Inhaltlich werden Informationen zu gesunder Ernährung, Bewegung, Kommunikation, Stressbewältigung gegeben. Dabei werden insbesondere die psychologischen Faktoren wie etwa die Funktionen des Risikoverhaltens berücksichtigt. Die TeilnehmerInnen sollen eine Änderungsmotivation aufbauen und werden bei der Umsetzung ihrer Änderungsschritte unterstützt. Zusätzliche Praxisveranstaltungen wie gemeinsames Kochen, Bewegungseinheiten und Entspannungsübungen runden das Programm ab. Außerdem erfolgen medizinische Check-ups und die TeilnehmerInnen können vertiefende Einzelberatungen in Anspruch nehmen. Das Kompetenzzentrum für Gesundheit und Wohlbefinden im Zentrum für empirische pädagogische Forschung an der Universität Koblenz-Landau führte die Intervention durch. Das Seminar wurde innerhalb von sieben Tagen und im stationären Gruppen-Setting mit 7 bis 14 TeilnehmerInnen abgehalten. Während der Evaluation der Ergebnisse erfolgten drei Messungen. Die Ergebnisse zeigten langfristige positive Veränderungen im Gesundheitsverhalten und in der körperlichen und psychischen Befindlichkeit. (Kaluza, 2006, S. 193-194)

10. Wege zum Wohlbefinden - Mit gesunder Ernährung und Bewegung der Lebensfreude auf der Spur

Die Zielgruppe dieser Intervention waren „gesunde“ Erwachsene und Ziel war die Gesundheitsförderung durch positive Veränderungen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Kommunikation und Stressbewältigung. Inhaltlich werden Informationen zu gesunder Ernährung, Bewegung, Kommunikation, Stressbewältigung gegeben. Dabei werden insbesondere die psychologischen Faktoren wie etwa die Funktionen des Risikoverhaltens berücksichtigt. Die TeilnehmerInnen sollen eine Änderungsmotivation aufbauen und werden bei der Umsetzung ihrer Änderungsschritte unterstützt. Zusätzliche Praxisveranstaltungen wie gemeinsames Kochen, Bewegungseinheiten und Entspannungsübungen runden das Programm ab. Außerdem können die TeilnehmerInnen vertiefende Einzelberatungen in Anspruch nehmen. Das Kompetenzzentrum für Gesundheit und Wohlbefinden im Zentrum für empirische pädagogische Forschung an der Universität Koblenz-Landau führte die Intervention durch. Das Seminar fand innerhalb von zwölf wöchentlich stattfindenden Gruppensitzungen mit einer Dauer von je zwei Stunden statt. Die Gruppengröße schwankte zwischen 8 und 12 TeilnehmerInnen. Das Design war ein Vergleich von Treatmentgruppe mit Warte- und Vergleichsgruppe. Es gibt keine genauen Angaben zur Stichprobe oder dem Follow-Up. Die Evaluationsergebnisse zeigen positive Veränderungen in der Treatmentgruppe. Und das auch in Bereichen, die im Seminar nicht behandelt wurden. (Kaluza, 2006, S. 196)

4.4. Beantwortung der Forschungsfragen

1.) Welche Programme der Gesundheitsbildung zum Thema psychische Gesundheit gibt es, um die psychische Gesundheit bei Erwachsenen zu fördern?

Die Ergebnisse zeigen, dass es eine Reihe unterschiedlicher Programme der Gesundheitsbildung für die Förderung psychischer Gesundheit von Erwachsenen gibt. Diese verfolgen verschiedene Ansätze, Inhalte und Interventionen. So gibt es psychoedukative oder kognitiv-verhaltensbezogene Programme, sozial-kognitive Programme, Programme mit Entspannungsmethoden, Achtsamkeitsübungen, Emotionsregulation oder meditativen Techniken und Übungen, Hausübungen, Kommunikationsübungen, gruppenspezifischen Übungen, Problemlösestraining oder Programme für eine Veränderung der Einstellung, Sinnorientierung und Zielklärung, Stressmanagement, sowie Programme mit sozialem Training, Beratung oder unterstützendem Coaching und diese häufig in Kombination mit einer theoretischen Wissensvermittlung oder Bewegungsübungen. Die Programme und deren Interventionen wurden in Seminaren oder Kursen, offline oder online, mit Präsenzterminen innerhalb von Kleingruppen, Großgruppen, im Einzelcoaching oder in wechselnder Formation angeboten. Die TeilnehmerInnen konnten freiwillig daran teilnehmen.

Dabei waren die Ziele der verschiedenen Studien zum Beispiel persönliche Ressourcen und Schutzfaktoren zu stärken, Stress zu reduzieren und die Stress-Resilienz zu erhöhen, das psychische und mentale Gleichgewicht sowie Achtsamkeit, Entspannung und Ruhe zu fördern, die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität zu erhöhen, die Balance der Menschen im täglichen Leben und in der Arbeit zu fördern und zu stärken, eine Steigerung einer Kommunikations- und Problemlösekompetenz zu bewirken und stressbedingte Gesundheitsrisiken zu minimieren.

2.) Sind diese Programme effektiv?

Die Ergebnisse der Meta-Analyse von Conley et al. (2015) zeigen, dass universitäre Programme zur Gesundheitsförderung einige Aspekte der mentalen Gesundheit von StudentInnen effektiv verbessern können. Besonders effektiv zeigen sich Skill-Trainings-Programme in Verbindung mit Begleitung von unterstützendem Coaching. Danach folgen psychoedukative Programme und später Entspannungstechniken wie etwa Meditation. Jedoch kann nicht festgemacht werden, welches Programm und welche Methode sich besonders gut oder schlecht auf die jeweils gemessenen Outcomes (Depression, Angst, Stress, psychisches Ungleichgewicht, soziale und emotionale Fähigkeiten, Selbstwahrnehmung, interpersonelle Beziehungen und die akademische Leistung) auswirkt. Die AutorInnen weisen daher darauf hin, dass weitere Studien nötig sind, um genau festmachen zu können, welche Intervention welches Outcome am günstigsten beeinflusst.

Die RCT von Jensen et al. (2015) evaluierte ein von den ForscherInnen entwickeltes Meditationsprogramm, das von physisch-psychisch-sozialen Elementen begleitet wurde und konnte eine konsistente Effektivität hinsichtlich folgender Outcomes ermitteln: Stress (-Rate), depressive Symptome, Lebensqualität, Schlafstörungen, die mentale/psychische Gesundheit, physiologischer Stress und die visuelle Wahrnehmung. Da es sich um ein sehr spezifisches Programm handelt, sind die Ergebnisse nur bedingt mit anderen Typen von Meditationsprogrammen vergleichbar. Dieses öffentliche Programm hat sich somit hilfreich für die Stressreduktion und Erhöhung der Stress-Resilienz bei Erwachsenen in Dänemark erwiesen.

Die Ergebnisse der RCT von Mak et al. (2015) zeigen, dass Achtsamkeitstraining, besonders in Verbindung mit einem HAPA (Health Action Process Approach), dem sozial-kognitiven Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens, hinsichtlich der Outcomes Achtsamkeit, psychisches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Stress beziehungsweise psychologische Symptome sowie der Zusammenhang zwischen einer Steigerung der Achtsamkeit und einer Verbesserung des psychischen Wohlbefindens, wirksam ist. Es ist somit möglich, durch ein Online-

Training das mentale Wohlbefinden von Erwachsenen zu steigern und die öffentliche mentale Gesundheit durch internetbasiertes Achtsamkeitstraining zu fördern.

Lyssenko et al. (2015) untersuchen in ihrer Studie ein universales Präventionsprogramm, das die protektiven Faktoren für eine mentale Gesundheit fördern und die Resilienz der TeilnehmerInnen erhöhen kann. Jedoch liegen zum derzeitigen Zeitpunkt leider keine Zahlen zur Effektivität der Intervention vor.

Die Umfrage von Kaluza (2006) fasst eine Reihe von Gesundheitsförderungsprogrammen für Erwachsenen zusammen, welche unterschiedliche Effektivität aufweisen und aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit nicht direkt vergleichbar sind.

Das Programm „Der erfolgreiche Umgang mit alltäglichen Belastungen“ konnte durch kurzfristige und langfristige Strategien, innerhalb von Gruppenarbeit, Psychoedukation, Hausaufgaben (Selbstbeobachtung, Protokollierung) und Kleingruppen, zur Bewältigung und Verhinderung von Stress beitragen. (Kaluza, 2006, S. 179)

Das Freiburger Stresspräventionstraining für Paare konnte mittels Wissensvermittlung zum Thema Stress und dessen Bewältigung, durch Förderung der individuellen Stressbewältigung, der dyadischen Stressbewältigung (als Paar), der Kommunikationskompetenzen des Paares, der Problemlösefertigkeiten des Paares sowie Fairness und Gerechtigkeit in Paarbeziehungen eine signifikante, längerfristig stabile Verbesserung bezüglich der Qualität in der Kommunikation und in der individuellen und der dyadischen Stressbewältigung erreichen. Inhalte wurden mittels theoretischer Kurzvorträge zur Wissensvermittlung, diagnostischer Abklärung der Kompetenzen, Videobeispiele, individueller Übungen, progressiver Muskelentspannung, kognitiver Interventionen, Paarübungen und Hausaufgaben methodisch und didaktisch vermittelt. Weitere positive Effekte waren in der Sexualität und in der elterlichen Erziehungskompetenz feststellbar und sie berichteten über eine höhere Lebenszufriedenheit. (Kaluza, 2006, S. 182)

Das Psychologische Programm zur Gesundheitsförderung „Gelassen und sicher im Stress“ konnte aufzeigen, dass Entspannungstraining, Problemlösetraining,

Kognitionstraining und Genusstraining sowie ergänzende Aspekte wie Inhalte und Übungen zu Sport und Bewegung, soziale Unterstützung, Zielklärung, Zeitmanagement und Notfall-Strategien eine förderliche Wirkung haben. Die TeilnehmerInnen hatten stärker ausgeprägte aktive Kontrollversuche, mehr relativierende kognitive Bewältigungsformen, mehr kompensatorische Bewältigungsmöglichkeiten, weniger resignativ-vermeidende Tendenzen sowie ein besseres psychisches und körperliches Befinden. (Kaluza, 2006, S. 183)

Das Programm „Gesundheit aktivieren - Schatzsuche statt Fehlerfahndung“ ließ erkennen, dass durch Informationsvermittlung, Anregungen zur Selbstreflexion, erlebnisaktivierende und verhaltensorientierte Übungen und eine Anleitung zum Transfer in den Alltag das körperliche und das psychische Wohlbefinden verbessert werden kann. Außerdem kann es zu einer Erhöhung der optimistischen Einstellung führen. (Kaluza, 2006, S. 185)

Das Online-Elterntaining zur Bewältigung von Familienstress zeigte, dass durch ein Online-Seminar eine kurzfristige Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und vor allem im Bereich der individuellen Stressbewältigung eine signifikante Verbesserung erreicht werden kann. Langfristig war das Programm hauptsächlich für die konstruktive Stressbewältigung innerhalb der Familie wirksam. (Kaluza, 2006, S. 189)

Das Programm „Optimistisch den Stress meistern“ war in drei verschiedene Trainings aufgeteilt mit verschiedenen theoretischen Inputs. Dadurch konnte beim Langzeitformat des Kurses vor allem die optimistische Zukunftssicht, die Ärgerregulation und die stressverstärkende Einstellung der TeilnehmerInnen positiv beeinflusst werden. Außerdem verbesserten sich die individuellen Stressbewältigungsformen der TeilnehmerInnen, die nun gezielter nach sozialer Unterstützung suchten. Das Kurzzeitformat des Kurses bewirkte eine Stressbelastungslinderung, erhöhte die Stressbewältigung durch Schuldabwehr und schaffte eine Abnahme von proaktivem Stressbewältigungsverhalten bei den TeilnehmerInnen. (Kaluza, 2006, S. 190)

Das Stressreduktionstraining mit Yogaelementen für Erwachsene, das für LehrerInnen und Helferberufe ausgerichtet wurde, setzte psychoedukative und selbstregulative Trainings ein. Die Evaluationsergebnisse der Effekte des Programms zeigten eine unmittelbare psychologische (Wohlbefinden, Entspannungsfähigkeit), physiologische (Hautwiderstand, Puls) und immunologische (Immunglobulin A) Wirkung auf. Zusätzlich konnten kurz- und langfristige qualitative und quantitative stressreduzierende Wirkungen in gesundheits- und persönlichkeitspsychologischen Variablen (verbesserte arbeitsbezogene Verhaltensmuster, Selbstwirksamkeit, Emotionsregulation) festgestellt werden. (Kaluza, 2006, S. 191-192)

Das Swiss Stress Inculcation Training beinhaltete einerseits theoretische Inputs zu Themen wie etwa der individuellen Stressentstehung, die Identifizierung individueller Stressoren beziehungsweise Risikofaktoren oder den Aufbau und die Verstärkung adaptiver Stressbewältigungsfähigkeiten, welche mittels kognitiver und verhaltenstherapeutischer Strategien und Techniken vermittelt wurden. Außerdem kamen gruppendedynamische Übungen und Entspannungstechniken zum Einsatz. Die Evaluation der Intervention ergab, dass sich die biologische Stressreaktion, die Stressbelastung, Angst und Depression, somatische Beschwerden durch die Intervention reduzieren lassen und somit eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht wird. (Kaluza, 2006, S. 192-193)

Die „TK-Gesundheitswoche“ vermittelte den TeilnehmerInnen wichtige Inhalte zu den Themen Ernährung, Bewegung, Kommunikation und Stressbewältigung und half ihnen eine Änderungsmotivation aufzubauen durch Praxisveranstaltungen aufzubauen. Die Ergebnisse zeigten langfristige positive Veränderungen im Gesundheitsverhalten und in der körperlichen und psychischen Befindlichkeit. (Kaluza, 2006, S. 193-194)

Das Programm „Wege zum Wohlbefinden“ war ähnlich wie die „TK-Gesundheitswoche“ aufgebaut und gab theoretische Inputs zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Kommunikation und Stressbewältigung und bot zusätzliche Praxisveranstaltungen zur Unterstützung der Änderungsmotivation der TeilnehmerInnen an. Die Evaluationsergebnisse zeigen positive Veränderungen in

der Treatmentgruppe. Und das auch in Bereichen, die im Seminar nicht behandelt wurden. (Kaluza, 2006, S. 196)

5. Diskussion der Ergebnisse

Wie bereits in der Arbeit angeführt wurde, sind die meisten Programme der Gesundheitsbildung zur Förderung der psychischen Gesundheit von Erwachsenen auf eine oder mehrere psychische Erkrankungen ausgerichtet. Programme, die das Ziel haben die psychische Gesundheit von Erwachsenen zu fördern, beziehungsweise die nach dem Ansatz der Gesundheitsförderung vor Entstehung einer Krankheit ansetzen sollten, gibt es kaum. Die immense Bedeutung präventiver Gesundheitsbildungsprogramme steht außer Frage und sollte auch im tatsächlichen Angebot für Erwachsene umgesetzt werden und damit ihre Antwort finden.

Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es die Fragen zu beantworten, welche Programme oder Strategien es in der Gesundheitsbildung für Erwachsene gibt um deren psychische Gesundheit zu fördern und zu klären, wie wirksam diese tatsächlich sind. Um diese Fragen zu klären, wurde eine systematische Literaturübersichtsarbeit vorgenommen und schließlich konnten fünf Studien zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen und bewertet werden. Die darin untersuchten Gesundheitsbildungsprogramme wurden teilweise evaluiert. Um diese evaluierten Daten korrekt beurteilen zu können, gilt es zu klären, wann eine Evaluation wichtig ist, welche Arten es gibt und was dabei beachtet werden muss.

Eine Evaluation wird aus unterschiedlichen Gründen durchgeführt, basiert dabei auf verschiedenen Wertvorstellungen und zielt auf diverse Zwecke ab. Je nach Fachgebiet gibt es eigene Definitionen für eine Evaluation, jedoch ist allen Fachgebieten die systematische Überprüfung und Bewertung von Interventionen gemeinsam. Insbesondere die Bedeutung der Intention einer Evaluation steht allgemein im Vordergrund. (Naidoo & Wills, 2010, S. 454)

Eine Evaluation kann unterschiedliche Sachverhalte einer durchgeführten Maßnahme untersuchen: Inwieweit ein Ziel durch eine Maßnahme erreicht wurde

(Ergebnis), wie die Maßnahme erfolgt ist (Prozess) und wie das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Maßnahme sich darstellt (Effizienz). (Naidoo & Wills, 2010, S. 454)

Die Evaluation ist auch aus Sicht der Disziplin der Gesundheitsförderung notwendig, um Ergebnisse, Prozesse und Effizienz von Maßnahmen bewerten zu können. Maßnahmen, die sich als nützlich erwiesen haben, können von anderen aufgegriffen und breiter umgesetzt werden. So entsteht ein Überblick darüber, welche Strategien der Gesundheitsförderung am effektivsten sind und warum. Dadurch ist es möglich eine Evidenzbasis zu entwickeln. (Naidoo & Wills, 2010, S. 454-455)

Zusammengefasst nach O'Connor-Flemming & Parker (2001) gibt es folgende Gründe für die Durchführung einer Evaluation:

- um zu bewerten, wie die Mittel eingesetzt wurden (Leistung),
- um zu bewerten, ob das, was in Bezug auf den Zeit-, Mittel- und Arbeitsaufwand erreicht wurde, auch eine ökonomisch sinnvolle Investition war (Effizienz),
- um die Auswirkungen der Maßnahme zu messen und festzustellen, ob sie sich gelohnt hat (Effektivität),
- zur Beurteilung des Gesamtnutzens der Maßnahme (Wirksamkeit),
- um Hinweise für zukünftige Pläne oder Maßnahmen zu gewinnen,
- um die getroffenen Entscheidungen gegenüber anderen rechtfertigen zu können.

(O'Conner-Flemming & Parker, 2001 z. n. Naidoo & Wills, 2010, S. 459)

Laut Naidoo & Wills (2010) kann eine Evaluation jedoch nie alle Aspekte einer Intervention abdecken. Darum ist es wichtig im Vorhinein zu entscheiden, welche Punkte evaluiert werden sollen. Infolgedessen wird meist zwischen der Prozessevaluation, welche die Bewertung des Umsetzungsprozesses der Intervention meint, und der Ergebnisevaluation, die auf kurz-, mittel- und langfristige Einflüsse und Auswirkungen ausgerichtet ist, unterschieden. (Naidoo & Wills, 2010, S. 461)

Die vorliegende Arbeit erfragt in der ersten Forschungsfrage nach dem Prozess, jedoch nur nach dem Was und Wie und zielt somit auf keine Evaluation des Prozesses ab. Die zweite Forschungsfrage meint die Beleuchtung der Ergebnisevaluationen der einzelnen Interventionen oder Programme und deren unmittelbare und/oder längerfristigen Auswirkungen. Je nach Zeitpunkt der Evaluation, verändert sich die Zuverlässigkeit der Ergebnisse. Meist messen Ergebnisevaluationen die unmittelbaren Ergebnisse, da diese leicht umzusetzen sind. Längerfristige Ergebnisse zu evaluieren ist dagegen schwieriger, da dies wesentlich komplexer und kostenintensiver ist. Dennoch ist die Evaluation der längerfristigen Auswirkungen einer Intervention die eigentlich bevorzugte Methode, da diese nicht nur die Wirkung, sondern auch die Nachhaltigkeit einer Maßnahme beinhaltet. (Naidoo & Wills, 2010, S. 462-464)

Laut Naidoo & Wills (2010) können durch eine längerfristige Evaluation mögliche Effekte, die die Ergebnisse während des gesamten Untersuchungszeitraums beeinflussen können, leichter erfasst werden. Dazu gehören:

1. Der Trägheitseffekt: Die Wirkungen eines Programms zeigen sich erst viel später und würden bei einer sofortigen Evaluierung nicht erfasst werden.
2. Der Umkehreffekt: Erste positive Veränderungen gehen allmählich verloren und nach einiger Zeit kann der Stand der Dinge genau so sein wie vor dem Programm.
3. Der Auslösereffekt: Das Programm löst eine Veränderung aus, die zu einem späteren Zeitpunkt ohnehin eingetreten wäre.
4. Der historische Effekt: Für einige oder alle Veränderungen könnte das zeitgeschichtliche Geschehen verantwortlich sein und nicht das Programm.
5. Der entgegengesetzte Effekt: Ein Programm produziert eine Wirkung, die im Gegensatz zu den beabsichtigten Zielen steht.

(Naidoo & Wills, 2010, S. 464)

Diese Effekte müssen bei der Diskussion der Ergebnisse mitbedacht werden. So auch der Evidenzlevel der Studien und die Bewertung der Autorin. (Siehe S. 67)

Nach dieser Bewertung sind die Forschungsarbeiten nach Conley et al. (2015) und Jensen et al. (2015) im Vergleich zu den anderen Studien jene Arbeiten mit dem höchsten Evidenzlevel und der höchsten Qualität. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass zum einen Skill-Trainings-Programme in Verbindung mit unterstützendem Coaching für StudentInnen (Conley et al. 2015) und zum anderen Entspannungstechniken nach dem Konzept der Relaxation Response für Erwachsene der allgemeinen Bevölkerung (Jensen et al. 2015), als Strategien der Gesundheitsbildung durchaus effektiv sind, um die psychische Gesundheit zu fördern und Stress zu mindern. Da die beiden Forschungsarbeiten einem hohen Qualitätsniveau entsprechen, können die Ergebnisse auch weitgehend als aussagekräftig betrachtet werden.

Bei der Studie von Conley et al. (2015) ist zu bedenken, dass diese mit StudentInnen durchgeführt wurde und eine Übertragung auf eine andere Population nur mit Vorsicht auszuführen ist. Die Indifferenz der Studienpopulation bezüglich des Studiumstatus der StudentInnen kann die Effektstärke der Intervention beeinflusst haben. Somit ist eine Übertragung der Ergebnisse auf andere StudentInnen-Gruppen zwar durchführbar, jedoch kann die Effektivität des Programms unterschiedlich ausfallen. (Conley et al., 2015, S. 502-503)

Die ForscherInnen gaben an, dass es zu wenige Langzeitdaten über den Einfluss der Interventionen bei StudentInnen („higher education students“), die ein weiterführendes Studium absolvierten, gab. Da manche Interventionen erst nach und nach eine Wirkung zeigten, manchmal sogar erst beim Follow-up, ist es wichtig die Effekte über einen möglichst langen Zeitraum zu beobachten, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten und einen Trägheitseffekt vermeiden zu können. (Conley et al., 2015, S. 501; Naidoo & Wills, 2010, S. 464)

Jensen et al. (2015) kamen in ihrer RCT zu folgenden Ergebnissen: Das entwickelte „Open and Calm“-Programm konnte den, von den PartizipantInnen wahrgenommenen Stress sowie depressive Symptome und Schlafstörungen verringern. Die Analysen der Studie zeigen ein besseres Ergebnis der Outcome-Variablen in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe. (Jensen et al., 2015, S. 7-8)

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass das OC-Programm mit anderen Stress reduzierenden Programmen durchaus vergleichbar ist, da die Meditation eine Meditations-Strategie ist und weniger ein Konzept eines speziellen Geisteszustand, sind die Ergebnisse nur vorsichtig mit anderen Typen von Meditationsprogrammen vergleichbar. Da die Stichprobengröße jedoch nicht sehr groß war (n=45), müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Insbesondere die physiologischen Ergebnisse sind nicht uneingeschränkt vergleichbar mit den Ergebnissen meta-analytischer Reviews. Daher sollten weitere OC-Studien mit größeren Stichproben und einer längeren Studiendauer erfolgen, um noch deutlichere Studienergebnisse zu erhalten. (Jensen et al., 2015, S. 8-10)

Die Studie von Lyssenko et al. (2015) befindet sich auf Evidenzlevel II und hat in der Qualitätsbewertung ein „gut“ erreicht. Daher können auch diese Ergebnisse als Evidenz herangezogen werden. Die ForscherInnen hatten das Ziel, die Balance der Menschen im täglichen Leben und in der Arbeit zu fördern und zu stärken. Das Programm basierte auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und sollte für die TeilnehmerInnen ansprechend, motivierend, unterhaltsam und leicht zu verstehen sein. So war es nicht nötig, dass die TeilnehmerInnen einen höheren Bildungsgrad hatten. (Lyssenko et al., 2015, S. 2)

Da die ForscherInnen bisher nur die Messungen von zwei Zeitpunkten veröffentlicht haben, kann lediglich eine Aussage zu den Unterschieden der Ausgangswerte zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe zu Beginn der Intervention getroffen und die Zufriedenheit und die Compliance der TeilnehmerInnen erhoben werden. Zu Fragen über die Effektivität der Intervention und Kosteneffizienz bietet diese Publikation noch keine Antworten. (Lyssenko et al., 2015, S. 7-8)

Die Zufriedenheit und Compliance der TeilnehmerInnen war jedoch sehr hoch ausgefallen und die ForscherInnen nehmen an, dass das Programm passend für universelle Präventionsziele ist und somit passend für Gruppen mit einem unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergrund ausgerichtet werden kann. (Lyssenko et al., 2015, S. 9)

Die Studie von Mak et al. (2015) befindet sich in der Evidenzhierarchie auf Level II, jedoch bekam sie in der Bewertung nur einen „befriedigenden“ Wert zugeschrieben. Gründe dafür sind mangelnde Angaben zu Bias oder deren Minimierung und keine Angaben zu den psychometrischen Eigenschaften der verwendeten Messinstrumente. Die Darstellung der statistischen Auswertungen ist jedoch sehr genau, was wiederum die Aussagekraft der Daten unterstützt.

Um eine internetbasierte Intervention der Gesundheitsförderung für Erwachsene im asiatischen Raum zu testen, führten Mak et al. (2015) eine randomisierte kontrollierte Studie durch, wobei ein Achtsamkeitstraining verknüpft mit einem HAPA (Health Action Process Approach), dem sozial-kognitiven Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens, zum Einsatz kamen (Mak et al., 2015, S. 1-2).

Die Ergebnisse der Achtsamkeits-HAPA-Gruppe zeigten, im Vergleich zu den anderen Gruppen, eindeutig den größten Effekt um Achtsamkeit und das mentale Wohlbefinden der PartizipantInnen zu steigern. Die Gründe dafür liegen bei den zusätzlichen unterstützenden Nachrichten und Ratschläge, die die TeilnehmerInnen in dieser Gruppe erhielten. Obwohl die Achtsamkeits-HAPA-Gruppe nicht mehr Zeit als die anderen Gruppen in die Übungen investierte, konnten die TeilnehmerInnen viel früher einen positiven Effekt aufweisen. (Mak et al., 2015, S. 8)

Eindeutige Limitationen liegen für die ForscherInnen darin, dass die Stichprobe an einer Universität genommen wurde und die Ergebnisse damit nicht auf die Gesamtbevölkerung übertragen werden können. Es müssten weitere Studien durchgeführt werden, um die Effektivität der Programme für eine breitere Population zu untersuchen. Außerdem muss bedacht werden, dass fast die Hälfte der PartizipantInnen beim Post-Programm und zwei Drittel beim Follow-Up aus der Studie ausgeschieden sind. So muss davon ausgegangen werden, dass die TeilnehmerInnen die bis zum Schluss in der Studie blieben, eine ausgewählte und motivierte Gruppe repräsentieren, die nicht mit der Allgemeinbevölkerung verglichen werden kann. (Mak et al., 2015, S. 8)

Die Studie von Kaluza (2006) befindet sich auf dem niedrigsten Evidenzlevel (VI). Auch die Qualität konnte nur mit „befriedigend“ bewertet werden, da keine Angaben zu einem durchgeführten Literaturreview gegeben werden und der Hintergrund dadurch nicht eindeutig ersichtlich ist und weil das methodische Vorgehen in der Studie unzureichend ausgeführt ist. Außerdem sind die Ergebnisse der dort angeführten Forschungsarbeiten nicht ausreichend dargestellt, beziehungsweise werden auch keine Angaben zur Qualität der einzelnen Studien gemacht. Daher sind die vorliegenden Werte zur Effektivität der einzelnen Interventionen nur mit Vorsicht zu betrachten. Die Ergebnisse können somit als richtungsweisend gesehen werden, jedoch ist ihre Aussagekraft eingeschränkt. Dazu müssten die einzelnen Studien ausführlicher eingesehen und ihre Qualität bewertet werden, um eindeutige Aussagen zur Effektivität treffen zu können.

Kaluza (2006) ermöglicht einen guten Überblick, über die vorhandenen Programme der Gesundheitsbildung in Deutschland zu diesem Zeitpunkt und zeigt eine Tendenz auf, dass diese Programme hinsichtlich einer Erhöhung der Stressbewältigung, Kommunikations- und Problemlösekompetenz tatsächlich wirksam sind. Jedoch gilt nur hinsichtlich der vorliegenden Zielgruppen und Settings, da zur Übertragbarkeit auf andere Populationen keine Angaben zu finden sind.

Zusammenfassend kann hier nun bemerkt werden: Auch wenn die Evidenzlevel und auch die Qualität der Studien nicht überwiegend hoch ist, können alle Ergebnisse herangezogen werden, um zumindest folgende Aussagen treffen zu können: Skill-Trainings mit einem unterstützendem Coaching eignen sich besonders gut, um die psychische Gesundheit von Erwachsenen positiv zu beeinflussen. Aber auch Achtsamkeitstraining, Meditation, Psychoedukation sowie zusätzliche begleitende Methoden können eine förderliche Wirkung erzeugen. Jedoch kann an dieser Stelle keine Aussage dazu gemacht werden, welche Methode oder welches Programm am effektivsten für welches erwünschte Outcome ist und bei welcher Zielgruppe diese/s am besten einzusetzen sei. Für eine solche Schlussfolgerung ist die Datenmenge der Ergebnisse nicht ausreichend.

Auch andere Studien aus den Bereichen der Psychologie und Psychotherapie zeigen, dass sogenannte „Mind-Body Interventions“, wo die meisten der in dieser Arbeit erwähnten Programmbeispiele durchaus zugeordnet werden können, gerade für die Verbesserung des psychischen und des physischen Wohlbefindens sehr wirksam sind. Dazu zählen Interventionen wie autogenes Training, Atemübungen, Meditation, progressive Muskelentspannung, Thai Chi, Qi gong, Yoga uvm. Diese Interventionen können außerdem die Resilienz steigern, das Gesundheitsverhalten regulieren und die Lebensqualität sowie das allgemeine Wohlbefinden der Menschen erhöhen. Kotecki et al. (2014) haben die Relevanz dieser Interventionen für „health educators“, Lehrende im Bereich Gesundheit, diskutiert und sind zu dem Schluss gekommen, dass diese Profession die Mind-Body Interventionen in ihrem Angebot optimal in unterschiedlichsten Settings bereitstellen können. (Kotecki et al., 2014, S. 1-5)

Laut Hurrelmann & Richter (2013) ist Gesundheitsbildung eine der konstruktivsten Strategien, wenn es um bewusstes Gesundheitslernen und um eine Beeinflussung von Einstellungen und Handlungsdispositionen geht. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 199; WHO, 1998, S. 4) Der Schwerpunkt der Gesundheitsbildungstrategie liegt auf dem der Verhaltensprävention. Jedoch zeigen Erfahrungen, dass für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsbildungsprogrammen auch eine Verhältnisprävention ausschlaggebend sein kann. Damit ist gemeint, dass auch die Orte und Institutionen, wo diese Programme stattfinden sollen, eine Rolle spielen und bei der Planung mitbedacht werden müssen. Und viele Forschungsergebnisse zeigen, dass die Verbesserung von Lebensverhältnissen und Verhaltensweisen von Menschen mehr Wirkung haben, wenn Betroffenen eine Mitwirkung ermöglicht wird. (Abel & Kolip, 2012, S. 130; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 199) Und genau das ist durch Gesundheitsbildung möglich, die sich verschiedener pädagogischer, psychologischer und sozialer Strategien der Vermittlung bedient und in den unterschiedlichsten Settings ihre Wirkung findet. (WHO 2014)

Alle hier in dieser Forschungsarbeit besprochenen Forschungsartikel, bis auf eine (Kaluza, 2006), wurden im Jahr 2015 veröffentlicht. Die Autorin konnte während ihrer Recherchen zum Thema „Förderung psychischer Gesundheit von

Erwachsenen durch Gesundheitsbildung“ viele Studien mit dem Ansatz der Prävention finden, jedoch kaum Studien mit einem Anspruch für Gesundheitsförderung. Dies lässt die Autorin darauf schließen, dass dieser Forschungsbereich noch sehr jung ist und erst am Anfang der Erkenntnisgewinnung steht, die Thematik jedoch hoch aktuell ist.

Gesundheitsbildung ist eine Strategie der Gesundheitsförderung und hat daher auch den Anspruch auf eine gesundheitliche Chancengleichheit. Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet „einen guten Zugang der Gesamtbevölkerung zu einem ausgebauten Gesundheitsversorgungssystem und schließt eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen und eine Verminderung von Gesundheitsrisiken mit ein“ (Altgeld, 2010). Es soll möglich sein, soziale Differenzen des Gesundheitszustands zu mindern und allen Menschen die Möglichkeit zu bieten, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Die WHO erklärt dieses Ziel als fundamentales Recht aller Menschen ohne Unterschied. Und genau diesen Ansatz müssen Programme der Gesundheitsbildung mitbedenken. (Altgeld, 2010)

Es gibt Programme der Präventionsarbeit, die sich direkt an sozial schwache Gruppen richten um diese auch tatsächlich erreichen zu können. Immer wieder ist die Rede von der Arbeit mit „Peers“, jenen Personen, die diesen Gruppen zugehörig sind. Diese „Peers“ werden gezielt für ein bestimmtes Gesundheitsverhalten, wie etwa Ernährung bei Diabetes, geschult und dann zurück in die Gruppe geschickt mit dem Ziel den anderen Mitgliedern von diesem Programm zu berichten und sie zum Mitmachen zu motivieren. Der Vorteil dieser Methode ist, dass den „Peers“ eher Vertrauen geschenkt wird als einem Fremden und daher die Erfolgsquote erhöht werden kann. (Boothroyd & Fisher, 2010) Diese Methoden könnten auch vermehrt in der gesundheitsorientierten Gesundheitsbildung ihre Anwendung finden.

Ein weiterer Punkt, den die Gesundheitsbildung in ihren Programmen aufgreifen sollte ist die geschlechtergerechte Gesundheitsförderung. Mann und Frau sollten den gleichen Nutzen von Gesundheitsbildung haben können. Dazu verfolgt die Gesundheitsförderung zwei Ansätze:

- Die Herstellung horizontaler Chancengleichheit: Wenn beide Geschlechter die gleichen Bedürfnisse haben, sollen sie auch gleiche Angebote bekommen. Gerade in der medizinischen Versorgung spielen geschlechtsspezifische Fehl-, Über- und Unterversorgung nach wie vor eine Rolle.
- Die Herstellung vertikaler Chancengleichheit: Wenn die Geschlechter unterschiedliche Bedürfnisse haben, brauchen sie geschlechtsspezifische Angebote. Hier ist v.a. die Gestaltung von Gesundheitsinformationen, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bislang in vielen Bereichen zu geschlechtsneutral und damit nicht effektiv genug angelegt.

(Altgeld, Köster & Maschewsky-Schneider, 2010, o.S.)

Programme der Gesundheitsbildung sollten vermehrt diese Gedanken aufgreifen und die Angebote geschlechtsspezifisch entwickeln und konstruieren um beide Geschlechter gleichermaßen ansprechen zu können.

5.1. Limitationen

Diese Arbeit wurde mit großer Sorgfalt durchgeführt, dennoch können Limitationen nicht ausgeschlossen werden. Die Recherche erfolgte in mehreren facheinschlägigen Datenbanken, Suchmaschinen und mittels Handsuche. Trotz der vielen Quellen muss davon ausgegangen werden, dass es weitere relevante Studien gibt, die hier nicht Eingang gefunden haben. Dies liegt nicht nur an der großen Anzahl an den vielzähligen Studien, sondern auch an den umfangreichen Verwendungen der Begriffe wie etwa für die Gesundheitsbildung im Englischen, wo „health promotion“ und „health education“ oft synonym verwendet werden. So

ist es möglich, dass manche Studien aufgrund begrifflicher Differenzen, trotz systematischem Vorgang, bei der Literatursuche nicht herangezogen werden konnten.

Die Methode dieser Arbeit richtet sich nach den Standards einer systematischen Literaturübersicht. Jedoch ist hier anzumerken, dass die Recherche, Auswahl, Bewertung und schließlich die Synthese und Interpretation der Ergebnisse nur durch eine Person (der Autorin) erfolgt ist und somit den Ansprüchen einer systematischen Literaturübersichtsarbeit nicht vollständig genügen kann.

Literaturverzeichnis

Abel, T. & Kolip, P. (2012): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Egger, M. & Razum, O. (Hrsg.) (2012): Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG

Abel, T. & Ruckstuhl, B. (2016): Lebensweisen/Lebensstile. Unter:
<http://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/kernkonzepte-und-entwicklungen-der-gesundheitsfoerderung/lebensweisen-lebensstile/?uid=10312ef1f4840019aec542c10fe9c753> [Stand 26.04.2016]

Abel, T., Sommerhalder, K. & Bruhin, E. (2015): Health Literacy/Gesundheitskompetenz. Unter:
<http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz/?uid=9d3957495cb84914c4c4488290830c41> [Stand 26.04.2016]

Altgeld, T. (2010): Gesundheitliche Chancengleichheit. Unter:
<http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitliche-chancengleichheit/> [Stand 03.06.2016]

Altgeld, T., Köster, M. & Maschewsky-Schneider, U. (2010): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. Unter:
<http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/geschlechtergerechte-gesundheitsfoerderung-und-gender-mainstreaming/> [Stand 03.06.2016]

Blättner, B. (1998): Gesundheit läßt sich nicht lehren: Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht. Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung e. V., Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Blättner, B. & Waller, H. (2011): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

BMFG (2015): Suche „Gesundheitsbildung“. Unter:
<https://www.bmbf.gv.at/suche/ergebnis.html?searchterm=gesundheitsbildung&page=1> [Stand 06.05.2015]

Boothroyd, R., I. & Fisher, E., B. (2010): Peers for Progress: promoting peer support for health around the world. In: Family Practice, Volume 27, Number 1, pp. i62-i68. Unter: http://fampra.oxfordjournals.org/content/27/suppl_1/i62.full [Stand 17.08.2016]

Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Krickle, R. (1983): Soziale Ungleichheiten. Originalbeitrag übersetzt von Kreckel, R., Göttingen, S. 183-198. Unter:
<http://unirot.blogspot.de/images/bourdieuKapital.pdf> [Stand 13.08.2016]

Brugger, E. & Neumer, C. (2013): Gesundheitsbildung und pädagogische Qualifizierung. In: Die Österreichische Volkshochschule. Magazin für Erwachsenenbildung. Jg. 64 / 2013, Heft/Nr. 247: Schwerpunkt Gesundheit, S. 16. Unter: http://files.adulteducation.at/uploads/brigitte_e/OVH_1-2013.pdf [Stand 06.05.2015]

Cattan, M. & Tilford, S. (2006): Adulthood: increasing responsibility and middle-age (25-45 years and 45-65 years). In: Cattan, M. & Tilford, S. (Hrsg.) (2006): Mental Health Promotion. A Lifespan Approach. Berkshire/New York: Open University Press, McGraw-Hill Companies

Conley, C., S., Durlak, A., J. & Kirsch, A., C. (2015): A Meta-analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students. In: Preventive Science, Volume 16, Number 4, pp. 487-507

Decker, F. & Decker, A. (2011): Gesundheit im Betrieb. Vitale Mitarbeiter - leistungsstarke Organisationen. 2. Auflage, Edition Rosenberger, Wiesbaden: Springer Gabler, Springer Fachmedien

Egger, M. & Razum, O. (Hrsg.) (2012): Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG

Fond Gesundes Österreich (2005): Gesundheitsbildung. Glossar. Unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsbildung> [Stand 06.05.2015]

Fuchs, R. (2012): Modelle des Gesundheitsverhalten. In: Egger, M. & Razum, O. (Hrsg.) (2012): Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG

Gesundheitsmanager (2016): Lebe Balance-Seminare. Unter: <https://gesundheitsmanager.aok.de/lebe-balance/seminarangebote-10676.php> [Stand 28.03.2016]

GIVE (2015): Über uns. Unter: <http://give.or.at/index.php?id=28> [Stand 06.05.2015]

Gruber, E. (2010): Lernen für Gesundheit in Bildungseinrichtungen. In: Krajcic, K. (Hrsg.) (2011): Lernen für Gesundheit. Tagungsband der 13. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, Linz, 16.-17. September 2010. Schriftenreihe vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Linz: OÖ Gebietskrankenkasse. Unter: <https://www.oegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.611621&action=b&cacheability=PAGE&version=1423576211> [Stand 06.05.2015]

Haug, C., V. (1991): Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der „Health Promotion“-Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik. Bad Heilbrunn und Obb: Klinkhardt

Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. & Walker, L. (2005): Promoting Mental Health as a Public Health Priority. In: Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2005): Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. Geneva/Switzerland: World Health Organization

Hoh, R. & Barz, H. (2010): Weiterbildung und Gesundheit. In: Tippelt, R. & von Hippel, A. (2010): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. 4. durchgesehene Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH

Hörmann, G. (2009): Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik - Perspektiven eines „alten“ neuen Fachs. In: Ritterbach, U., Nicolas, J., Spörhase, U. & Schleider, K. (Hrsg.) (2009): Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Schriftenreihe der pädagogischen Hochschule Freiburg, Freiburg im Breisgau, Centaurus, S. 13-33. Unter:
http://www.pedocs.de/volltexte/2009/2250/pdf/Hoermann_2009_Gesundheitserziehung_D_A.pdf [Stand 06.05.2015]

Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim und München: Juventa Verlag

Hurrelmann, K. & Laaser, U. (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim und München: Juventa Verlag

Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. 8. überarbeitete Auflage, Weinheim und München: Juventa Verlag

Jensen, C., G., Lanser, J., Petersen, A., Vangkilde, S., A., Ringkøbing, S., P., Frokjaer, V., G., Adamsen, D., Knudsen, G., M., Denninger, J., W. & Hasselbalch, S., G. (2015): Open and Calm - A randomized controlled trial evaluating a public stress reduction program in Denmark. In: BMC Public Health, Volume 15, Number 1245, Dezember 2015, pp. 1-13

Kaluza, G. (2006): Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter. Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Volume 14, Issue 4, Oktober 2006, pp. 171-196

Kickbusch, I. & Hartung, S. (2014): Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsfördernde Politik. 2. vollständig überarbeitete Auflage, Bern: Verlag Hans Huber

Kotecki, J., Khubchandani, J., Simmons, R. & Sharma, M. (2014): Mind-Body Interventions: Applications and Potential Opportunities for Health Education Practice. In: Health Promotion Practice, Volume 16, Number 2, pp. 1-5

Leoni, T. (2015): Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Unter: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.625347&action=b&cacheability=PAGE&version=1447333953> [Stand 22.11.2015]

Lyssenko, L., Müller, G., Kleindienst, N., Schmahl, C., Berger, M., Eifert, G., Kölle, A., Nesch, S., Ommer-Hohl, J., Wenner, M. & Bohus, M. (2015): Life Balance - a mindfulness-based mental health promotion program: conceptualization, implementation, compliance and user satisfaction in a field setting. In: BMC Public Health, Volume 15, Number 740, August 2015, pp. 1-10

Mak, W., WS., Chan, A., TY., Cheung, E., YL., Lin, C., LY. & Ngai, K., CS. (2015): Enhancing Web-Based Mindfulness Training for Mental Health Promotion With the Action Process Approach: Randomized Controlled Trial. In: Journal of Medical Internet Research, Volume 17, Number 1, Januar 2015, pp. 1-16

Naidoo, J. & Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. 2. Auflage, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Verlag für Gesundheitsförderung

Niehoff, J.-U. & Braun, B. (2010): Sozialmedizin und Public Health. Ein Wörterbuch zu den Grundlagen der Gesundheitssicherung, der Gesundheitsversorgung, des Gesundheitsmanagements, der Steuerung und der Regulation im Gesundheitswesen. 2. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Nowotny, M., Spath-Dreyer, I., Füreder, H., Grabenhofer-Eggerth, A. & Griebler, R. (2015): Psychische Gesundheit - Definitionen und Ableitung eines Wirkungsmodells. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH.

Unter:

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.626555&version=1450424402> [Stand 12.08.2016]

O'Conner-Flemming, M., L. & Parker, E. (2001): Health promotion principles and practice in the Australian context. In: Naidoo, J. & Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. 2. Auflage, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Verlag für Gesundheitsförderung

OECD (2014): Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing

OECD (2015): Mental Health and Work: Austria, Paris: OECD Publishing

Petermann, S. (2015): Persönliches soziales Kapital in Stadtgesellschaften. Unter: <http://www.springer.com/978-3-658-05417-5> [Stand 13.08.2016]

Polit, D., F. & Beck, C., T. (2012): Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 9. Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Prochaska, J., O. & DiClemente, C., C. (1982): Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Volume 19, Number 3, Fall 1982, pp. 276-288

Pschyrembel Online (Gesundheitsbildung). Unter: <https://www-1pschyrembel-1de-1pschyrembel.han.medunigraz.at/Gesundheitsbildung/S010M/doc/> [Stand 13.08.2016]

Pschyrembel Online (Gesundheitsförderung). Unter: <https://www-1pschyrembel-1de-1pschyrembel.han.medunigraz.at/Gesundheitsförderung/T01TR/doc/> [Stand 13.08.2016]

Pschyrembel Premium Online (Gesundheit). In: Pflege (n.d.) Berlin, Boston: De Gruyter. Unter: <http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/view/pflege/9797080?pi=0&moduleId=pschy&dbJumpTo=gesundheit> [Stand 18.05.2015]

Pschyrembel Premium Online (Gesundheit). In: Sozialmedizin (n.d.) Berlin, Boston: De Gruyter. Unter: <http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/view/sozmed/10688813?pi=0&moduleId=pschy&dbJumpTo=gesundheit> [Stand 18.05.2015]

Pschyrembel Premium Online (Gesundheitsverhalten). In: Sozialmedizin (n.d.) Berlin, Boston: De Gruyter. Unter:
<http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/view/sozmed/10688896?pi=0&moduleId=pschy&dbJumpTo=gesundheitsverhalten> [Stand 18.05.2015]

Pschyrembel Premium Online (Psychische Gesundheit). In: Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie Berlin, Boston: De Gruyter. Unter:
<http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/view/ppp/12837146?pi=0&moduleId=pschy&dbJumpTo=gesundheit> [Stand 22.11.2015]

Pschyrembel Premium Online (Salutogenese). In: Sozialmedizin (n.d.) Berlin, Boston: De Gruyter. Unter:
<http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/view/sozmed/10691332?language> [Stand 18.05.2015]

Rogers, R., W. (1975): A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. In: Journal of Psychology, Volume 91, pp. 93-114

Rose, G. (1995): The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press

Russo, M., W. (2007): How to Review a Meta-analysis. In: Gastroenterology & Hepatology, Volume 3, Issue 8, August 2007, pp. 637-642

Schliehe, F., Schäfer, H., Buschmann-Steinhage, R. & Döll, S. (2000): Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Stuttgart: F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH

Sharma, M. & Romas, J., A. (2012): Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion. 2. Auflage, Sudbry: Jones & Bartlett Learning, LLC

Schwartz, F., W. (2012): Public Health - Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Schwartz,

F., W., Walter, U., Siegrist, J., Kolik, P., Leidl, R., Dierks, M., L., Busse, R. & Schneider, N. (Hrsg.) (2012): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Auflage, München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag

Schwarzer, R. (1992): Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Self-efficacy: Thought control of a action. Bristol, Tayler & Francis, S. 217-243

Theisen, C. & Sinner, S. (2009): Gesundheitsbildung. In: Tippelt, R., Schmidt, B., Schnurr, S., Sinner, S. & Theisen, C. (2009): Bildung Älterer. Chancen im demographischen Wandel. DIE spezial, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung - Leibnitz-Zentrum für Lebenslanges Lernen, Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG

Verband Österreichischer Volkshochschulen (2015): Geschichte und Grundsätze. Unter: <http://www.vhs.or.at/65/> [Stand 06.05.2015]

Vogt, I. (2006): Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim und München: Juventa Verlag

Von Troschke, J. (2006): Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim und München: Juventa Verlag

WHO (1948): WHO definition of Health, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. Unter: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [Stand 18.05.2015]

WHO (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. Unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Stand 18.05.2015]

WHO (1998): Health Promotion Glossary. Unter:
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> [Stand 18.05.2015]

WHO (2001): The World Health Report 2011. Mental Health: New Understanding, New Hope. Unter: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 [Stand 21.11.2015]

WHO (2005): Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Helsinki, Finnland. Unter:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf?ua=1
[Stand 13.08.2016]

WHO (2012): Depression. Fact sheet Nr. 369. Unter:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf [Stand 24.05.2015]

WHO (2014): Mental health: strengthening our response. Fact sheet Nr. 220. Unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> [Stand 22.11.2015]

Williams, S., M., Saxena, S. & McQuenn, D., V. (2005): The momentum for mental health promotion. In: The evidence of mental health promotion effectiveness: strategies for action. Promotion & Education, Quarterly, International Journal of Health Promotion and Education, Heft/Nr. 2. France: IUHPE. Unter:
http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1663/Dd12975/iuhpe_special_edition_no2.pdf [Stand 10.07.2015]

Wittchen, H., U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H.-C. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology, Heft 21, S. 655-679. Unter:

<https://www.ecnp.eu/~media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.pdf> [Stand: 20.11.2015]

Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim: Juventa Verlag

Wulfhorst, B. (2006): Gesundheitserziehung und Patientenschulung. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim und München: Juventa Verlag

Anhang I: Kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien nach Studiendesign

1) Bewertung einer Meta-Analyse nach Russo (2007) How to Review a Meta-analysis und nach Polit & Beck (2012) Guide for overall Critique (quant.) (S. 112-114):

Conley, Durlak & Kirsch (2015): A Meta-analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students

Aspekte des Artikels Conley, Durlak & Kirsch (2015)	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key phenomenon and the group or community under study?	ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report?	ja
Introduction	+
Statement of the problem?	ja
Research questions? Anm.: Die Ziele sind genau angegeben	nein
Literature Review?	ja
Conceptual underpinnings?	ja
Method	+
Structured data abstraction form used?	ja
Number of authors (>2) who abstracted data given?	ja
Disagreements listed between authors and how they were resolved?	ja
Characteristics of studies listed (ie, sample size, patient/participants demographics)?	ja
Inclusion and exclusion criteria provided for studies?	ja
Number of excluded studies and reasons for exclusion included?	ja

Evaluation of Results	+
Studies were combinable?	ja
Appropriate statistical methods used to combine results?	ja
Results displayed?	ja
Sensitivity analysis conducted?	ja
Evaluation of results	+
Publication bias addressed through evaluation methods such as funnel plot or sensitivity analysis?	ja
Applicability of results	+
Results were generalizable?	ja

Funding source	+
Funding source(s) stated?	ja
No conflict of interest seen?	ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	ja
Implications/Recommendations?	ja
Global Issues	+
Presentation?	ja
Researcher credibility?	ja
Summary Assessment?	ja

Beurteilungsleitfaden: + = gute Qualität, ~ = moderate Qualität, - = unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 1

Schwäche: Die Forschungsfrage ist nicht exakt formuliert.

Stärken: Genaue Darstellung der statistischen Methoden und Ergebnisse der einzelnen Studien

2) Bewertung einer RCT nach Polit & Beck (2012) Guide for overall Critique (quant.) (S. 112-114):

Jensen et al. (2015): Open and Calm - A randomized controlled trial evaluating a public stress reduction program in Denmark

Aspekte des Artikels Jensen et al. (2015)	Bewertung
Titel	~
Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	nein
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	ja
Introduction/Background	+
Statement of the problem?	ja
Hypothesis or research questions?	ja
Literature Review?	ja
Conceptual/theoretical framework?	ja
Method	+
Protection of human rights?	ja
Research design?	ja
Population and sample?	ja
Data collection and measurement?	ja
Procedures?	ja
Results	+
Data analysis?	ja
Findings?	ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	ja
Implications, Recommendations?	ja
Global Issues	+
Presentation?	ja

Researcher Credibility?	ja
Summary Assessment?	ja

Beurteilungsleitfaden: + = gute Qualität, ~ = moderate Qualität, - = unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 1

Schwäche: Die Population ist nicht im Titel angegeben

Stärken: Genaue Darstellung der statistischen Methoden und Ergebnisse

3) Bewertung einer Umfrage nach Polit & Beck (2012) Guide for overall Critique (qual.) (S. 115-117):

Kaluza (2006): Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter. Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme

Aspekte des Artikels Kaluza (2006)	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting the phenomenon and the group or community under study?	ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report?	ja
Introduction/Background	-
Statement of the problem?	ja
Research questions?	ja
Literature Review?	K.A.
Conceptual underpinnings?	ja
Method	~
Protection of participants rights?	ja
Research design and research tradition?	ja
Sample and Setting?	ja
Data collection?	ja
Procedures? Anm.: unzureichende Ausführung	nein
Enhancement and trustworthiness?	ja
Results	+
Data analysis?	ja
Findings?	ja
Theoretical integration?	ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	ja
Implications, Recommendations?	ja
Global Issues	~

Presentation? Anm.: dürfte ausführlicher sein	nein
Researcher Credibility?	ja
Summary Assessment?	ja

Beurteilungsleitfaden: + = gute Qualität, ~ = moderate Qualität, - = unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 3

Stärken: Ausführliche Darstellung der Ergebnisse

Schwächen: Keine Angaben zu einem erfolgten Literaturreview und das methodische Vorgehen wurde zu wenig genau beschrieben

4) Bewertung einer CT nach Polit & Beck (2012) Guide for overall Critique (quant.)
(S. 112-114):

Lyssenko et al. (2015): Life Balance - a mindfulness-based mental health promotion program: conceptualization, implementation, compliance and user satisfaction in a field setting

Aspekte des Artikels Lyssenko et al. (2015)	Bewertung
Titel	~
Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	nein
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	ja
Introduction/Background	+
Statement of the problem?	ja
Hypothesis or research questions? -> Ziel ist vorhanden	k.A.
Literature Review?	ja
Conceptual/theoretical framework?	ja
Method	+
Protection of human rights?	ja
Research design?	ja
Population and sample?	ja
Data collection and measurement?	ja
Procedures?	ja
Results	+
Data analysis?	ja
Findings?	ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	ja
Implications, Recommendations?	ja
Global Issues	+

Presentation?	ja
Researcher Credibility?	ja
Summary Assessment?	ja

Beurteilungsleitfaden: + = gute Qualität, ~ = moderate Qualität, - = unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 2

Schwäche: Die Population ist nicht im Titel angegeben, die Forschungsfrage ist nicht formuliert und keine Angaben zur Verhinderung von Bias

Stärken: Guter konzeptioneller Rahmen, genaue Darstellung der statistischen Methoden und Ergebnisse

5) Bewertung einer RCT nach Polit & Beck (2012) Guide for overall Critique (quant.) (S. 112-114):

Mak et al. (2015): Enhancing Web-Based Mindfulness Training for Mental Health Promotion With the Action Process Approach: Randomized Controlled Trial

Aspekte des Artikels Mak et al. (2015)	Bewertung
Titel	~
Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	nein
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	ja
Introduction/Background	+
Statement of the problem?	ja
Hypothesis or research questions? Anm.: ist nur kurz angedeutet	ja
Literature Review?	ja
Conceptual/theoretical framework?	ja
Method	-
Protection of human rights?	ja
Research design? Anm.: K. A. zu Bias, internal/external validity	nein
Population and sample? Anm.: Population kaum beschrieben, keine Poweranalyse	nein
Data collection and measurement? Anm.: K. A. zu psychometrischen Eigenschaften der Instrumente	nein
Procedures?	ja
Results	+
Data analysis?	ja
Findings?	ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	ja
Implications, Recommendations?	ja
Global Issues	+

Presentation?	ja
Researcher Credibility?	ja
Summary Assessment?	ja

Beurteilungsleitfaden: + = gute Qualität, ~ = moderate Qualität, - = unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 3

Schwäche: Die Population ist nicht im Titel angegeben und generell kaum beschrieben, die Forschungsfrage ist nicht klar formuliert, keine Angaben zu möglichen Bias oder deren Minimierung, keine Angaben zu den psychometrischen Eigenschaften der Instrumente, jedoch ist Literatur zu diesen im Verzeichnis vorhanden

Stärken: Genaue Darstellung der statistischen Methoden und Ergebnisse, guter theoretischer Hintergrund