Gesundheitspsychologie als Integration von Praxis und Forschung – vorgestellt am Beispiel des Modellprojektes „Wege zum Wohlbefinden“

Dr. Winfried Krieger & Dr. Gabriele E. Dlugosch

In: *„Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert – Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation mit psychologischen Perspektiven erreichen“*

herausgegeben von Maximilian Rieländer und Carola Brücher-Albers, im Deutschen Psychologen Verlag

Bonn 1999

Redaktionelle Überarbeitung 2000

Dieses Referat wurde bei den „Tagen der Klinischen Psychologie“ im April 1996 in Ladenburg gehalten. Die Ergebnisse beziehen sich daher lediglich auf die ersten beiden Modellphasen des Projekts. Für die Ergebnisse der dritten Modellphase sei auf folgende Veröffentlichung hingewiesen:

Dlugosch, G.E., Krieger, W. & Fischer, U. (1997). „Wege zum Wohlbefinden - Mit gesunder Ernährung und Bewegung der Lebensfreude auf der Spur.“ Ergebnisse aus der dritten Phase eines Modellprojekts im Bereich der Gesundheitsförderung (Bericht des Zentrums Nr. 24). Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

Die Maßnahme wurde weiterhin für die Durchführung in stationären Settings adaptiert („TK - Gesundheitswoche“), worüber ausführlich berichtet wird bei:

Krieger, W. & Dlugosch, G.E. (1998). Die „Gesundheitswoche“ - Eine Kompaktmaßnahme zur Gesundheitsförderung im stationären Bereich. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.). Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: dgvt-Verlag.

Beide Maßnahmen fielen der Streichung des § 20 zum Opfer, da sie aufgrund ihrer primär-präventiven Konzeption derzeit von den Krankenkassen nicht finanziert werden können.

Gliederung

1. Einführung: Theoretische Grundlagen

Auch wenn die Gesundheitspsychologie sich in den letzten Jahren zunehmend als eigenständige Fachdisziplin etabliert, besteht noch kein Konsens im Hinblick darauf, womit sich diese Disziplin beschäftigt (vgl. Dlugosch & Schmidt, 1992). Um die Gefahr der Überlappung mit anderen psychologischen Bereichen wie beispielsweise der Medizinischen Psychologie, der Verhaltensmedizin, der Psychosomatik oder gar der Klinischen Psychologie zu minimieren, schlägt Dlugosch (1994a) folgende Definition der Gesundheitspsychologie vor:

Gesundheitspsychologie ist ein wissenschaftlicher Beitrag der Psychologie zur
(1) Erhaltung und Förderung von Gesundheit,
(2) Krankheitsvorbeugung,
(3) Identifizierung von gesundheitsförderlichen und gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren,
(4) Definition und Diagnose sowie Bestimmung der Ätiologie und Genese des Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens,
(5) Analyse, Evaluation und Optimierung der Gesundheitssystems.

Sie ist gekennzeichnet durch eine interdisziplinäre und praxisorientierte Herangehensweise.

Charakteristisch für diese Definition ist die Betonung der präventiven Aspekte, der salutogenetische Zugang (vgl. Antonovsky, 1979, 1987) sowie die Forderung nach einer interdisziplinären und praxisbezogenen Herangehensweise.

Während die theoretischen Grundlagen der Gesundheitspsychologie inzwischen als gut aus- und aufgearbeitet bezeichnet werden können, sind die praxisbezogenen Anwendungsbereiche (Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsförderung; vgl. Dlugosch, 1994c) noch mit einigen Mängeln behaftet.

2. Beschreibung der aktuellen Situation für die Gesundheitsförderung

In den letzten Jahren kann ein ständig wachsendes Angebot an Maßnahmen der Gesundheitsförderung von den verschiedensten öffentlichen sowie privaten Institutionen und Personen beobachtet werden. Gestiegen ist jedoch auch die Unzufriedenheit mit der mangelnden theoretischen Fundierung, Planung und inhaltlichen Ausgestaltung, der ungenügenden methodischen Überprüfung und der praxisbezogenen Qualitätssicherung der eingesetzten Maßnahmen (vgl. Dlugosch & Krieger, 1994; Dlugosch, Krieger & Fröhlich, 1995, 1996). Weitere Schwierigkeiten betreffen das Ansprechen und Erreichen relevanter Zielgruppen sowie die Zuweisung von Personen zu den von ihnen benötigten Interventionen.

Um den derzeit vorliegenden Schwächen adäquat begegnen zu können, lassen sich zwei grundsätzliche Forderungen aufstellen (vgl. Dlugosch & Krieger, 1996):

- Das aktuelle Gesundheitsförderungsangebot ist durch theoretisch fundierte, individuell, ganzheitlich und interdisziplinär ausgerichtete Präventionsprogramme zu erweitern.
- Zur Optimierung der Versorgungsstrukturen und zur Qualitätssteigerung des Interventionsangebots im Bereich der Gesundheitsförderung sind neue diagnostische Strategien und Verfahren zur Bedarfserfassung, Indikationsstellung und Wirksamkeitskontrolle zu entwickeln.

Auf diese beiden Forderungen wird im folgenden differenziert eingegangen.

2.1 Erweiterung des aktuellen Gesundheitsförderungsangebots durch theoretisch fundierte, individuell, ganzheitlich und interdisziplinär ausgerichtete Präventionsprogramme

Wie in vielen anderen Bereichen auch, besteht eine große Kluft zwischen den theoretischen Grundlagen der Gesundheitswissenschaften und der Praxis der Gesundheitsförderung. So weisen viele Kurse und Seminare eher eine pragmatische als eine theoretische Ausrichtung auf. Bei solchem Vorgehen rücken wesentliche gesundheitspsychologische Aspekte in den Hintergrund, wie zum Beispiel:

- die komplexe Verknüpfung verschiedener Lebensbereiche im Sinne des *Lebensstil*-Konzeptes (2.1.1);
- die Bedeutung von *Risikofaktoren* (2.1.2)
- die Relevanz *protektiver Faktoren* (2.1.3).

2.1.1 Das Konzept des Lebensstils

Vernachlässigt wird bei vielen Ansätzen die komplexe Verknüpfung verschiedener Gesundheitsverhaltensweisen bzw. Lebensbereiche im Sinne eines gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensstils (vgl. Badura, 1984; Bowers, 1987). Das Konzept des Lebensstils, der "mehr ist als die Summe einzelner Gesundheitsverhaltensweisen", betont die Relevanz übergreifender Verhaltensmuster und Umweltbedingungen und hat innerhalb der Gesundheitspsychologie zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. Versteegen, 1988).

Traditionelle Gesundheitsförderungsangebote beschränken sich demgegenüber darauf, einzelne inhaltliche Bereiche (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung *oder* Streßbewältigung) separat zu bearbeiten, wobei die Vermittlung durch Referenten aus jeweils einem Fachgebiet (Ernährung, Bewegung *oder* Psychologie) erfolgt. So sind die Einzelmaßnahmen, die von den verschiedenen Institutionen angeboten werden, nur selten aufeinander abgestimmt.

2.1.2 Die Bedeutung von Risikofaktoren

Zu wenig Beachtung findet in der Regel auch die Tatsache, daß Risikoverhalten meist mit tiefergehenden Gründen verknüpft ist und bestimmte *Funktionen* erfüllt. Beispielhaft genannt seien die Regulation negativer Befindlichkeiten (z.B. Essen aus Frust), soziale Motive (z.B. Rauchen als Zeichen der Zugehörigkeit zu einer peer group), die Steigerung des Wohlbefindens (z.B. Fernsehen zur Entspannung) oder das Bedürfnis, Rollenanforderungen oder kulturell eingebundenen Normen zu entsprechen (z.B. Alkoholgenuß bei einer Feier) (vgl. Dlugosch, 1994a).

Übernehmen bestimmte ‘riskante’ Verhaltensweisen jedoch wichtige Funktionen, werden sie stellvertretend für tiefergehende Konflikte ausgeübt oder tragen sie entscheidend zum Wohlbefinden einer Person bei, so werden Präventionsbemühungen scheitern oder nur kurzfristige Erfolge erzielen, wenn sie lediglich den Abbau des Risikoverhaltens zur Förderung der Gesundheit propagieren.

2.1.3 Die Relevanz protektiver Faktoren

Inhaltlich wird meist neben der Vermittlung von Informationen und praktischen Übungen die Veränderung bereichsspezifischen Risikoverhaltens angezielt. Im Unterschied zu Ansätzen der Risikofaktoren-Forschung (vgl. Dlugosch, 1994c) mehren sich in den letzten Jahren Konzepte zur Erforschung der direkten und indirekten positiven Einflüsse von *protektiven Faktoren* auf Gesundheit und Wohlbefinden (vgl. Schmidt & Dlugosch, 1996). Hierbei werden in erster Linie *personale Merkmale* thematisiert (vgl. Schmidt & Dlugosch, 1996):

- Selbstkomplexität
- positives Selbstkonzept
- Selbstwertgefühl
- Selbstwirksamkeit, Kompetenzerwartung
- Selbstaktualisierung
- Selbstvertrauen, Selbständigkeit, Selbstakzeptierung
- Kohärenzsinn
- Hardiness, Wiederstandsfähigkeit
- seelische Gesundheit
- funktionaler Optimismus
- Sinnfindung
- Kontrollüberzeugung

Zusammenfassung: Es besteht ein dringender Bedarf, neue Wege in der Gesundheitsförderung zu beschreiten. Zukunftsweisende Präventionskonzepte nach Dlugosch & Krieger (1994, 1996) müssen folgende Aspekte berücksichtigen:

- eine theoretische Fundierung;
- ein ganzheitliches Konzept (d.h. Einbezug der psychosozialen Aspekte);
- eine interdisziplinäre Herangehensweise.

2.2 Entwicklung neuer diagnostischen Strategien und Verfahren im Bereich der Gesundheitsförderung

Derzeitige Mängel in Hinblick auf die Versorgung und die Qualitätssicherung im Bereich der Gesundheitsförderung betreffen insbesondere folgende drei Aspekte:

- fehlende Bedarfsanalysen bzw. Dokumentation von Basisraten (2.2.1);
- fehlende Indikationsstellungen und -zuweisungen (Selbstselektion) (2.2.2);
- fehlende kurz-, mittel- und langfristige Evaluation der Maßnahmen (2.2.3).

2.2.1 Fehlende Bedarfsanalysen bzw. Dokumentation von Basisraten

In der Regel werden Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht aufgrund einer fundierten Bedarfsanalyse der tatsächlichen Bedürfnisse und Notwendigkeiten geplant. Vielmehr wird meist ein beschränktes Spektrum an ‘traditionellen’ Interventionsmethoden angeboten oder auch auf ‘Modetrends' reagiert (z.B. Autogenes Training oder Rückenschule). Ob die hohe Inanspruchnahme von solchen Angeboten wirklich einen indizierten Bedarf widerspiegelt und langfristige Verhaltensänderungen erzielt werden können, bleibt in der Regel im Ungewissen.

2.2.2 Fehlende Indikationsstellungen und -zuweisungen

In der Regel erfolgt die Auswahl der Intervention durch eine reine Selbstselektion der Teilnehmer. Unzufriedenheit mit der Maßnahme, hohe Drop-out-Raten, nur kurzfristig anhaltende Erfolge sowie wiederholte Teilnahmen an den verschiedensten Kursen sind mögliche Konsequenzen. Um diese unbefriedigende Situation zu überwinden, bedarf es vor allem einer differenzierten Diagnostik mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Indikationsstellung, d.h. der verbesserten Passung zwischen dem Bedarf und den Erfordernissen auf Seiten der Person einerseits und der Maßnahme andererseits.

2.2.3 Mangelnde Evaluation der Maßnahmen

Insgesamt kann im Bereich der Gesundheitsförderung derzeit ein Mangel an diagnostischen und evaluativen Strategien sowie an Kriterien zur Prozeßkontrolle und Wirksamkeitsabschätzung mit gleichzeitig reliablen und validen Meßinstrumenten festgestellt werden.

So müssen bisher ungenügende bzw. nur modellhaft eingesetzte Evaluationsstrategien entwickelt werden. Erste Vorschläge und Realisierungen für theoretische Systematisierungen, diagnostische Strategien und praktische Umsetzungen lassen sich aus der aktuellen Literatur erkennen (siehe z.B. Dlugosch et. al., 1995, 1996; Dlugosch & Wottawa, 1994; Jäger & Petermann, 1992; Wottawa & Thierau, 1990). Hierbei ist es allerdings notwendig, traditionelle Wege zu verlassen und die Entwicklung alternativer und innovativer Strategien, Kriterien und Verfahren für die Wirksamkeitsbewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu ermöglichen (siehe z.B. Krieger, 1995a).

Eine theoretisch fundierte Strategie, die hier genutzt werden kann, stellt die *treatmentorientierte Diagnostik* dar. Diese strebt eine enge Verzahnung von Diagnostik und Intervention an, so daß die diagnostischen Ergebnisse direkt für die nachfolgende Maßnahme zur Verfügung stehen und für die Planung, Steuerung und Kontrolle der Intervention genutzt werden können. Gleichzeitig werden durch die eingesetzten diagnostischen Verfahren quantitative Informationen bereitgestellt, die eine kontinuierliche Prozeß- und Ergebnisevaluation ermöglichen (zur näheren Darstellung vgl. Jäger & Krieger, 1994; Jäger, Krieger & Dlugosch, 1995). Für den Bereich der Gesundheitsförderung stehen bereits Verfahren zur Erfassung relevanter Personen- und Umweltparameter zur Verfügung (vgl. Krieger, 1994, 1995a). Als Beispiel für ein bereits eingesetztes und geprüftes Verfahren sei hier der *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens* (*FEG*; Dlugosch, 1994a; Dlugosch & Krieger, 1995) genannt.

Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)

Theoretische Grundlage für den FEG sind kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens (vgl. Dlugosch 1994a, b). Hierbei wird davon ausgegangen, daß neben dem Gesundheitszustand einer Person vermittelnde kognitive Variablen (z.B. Bewertungen des Verhaltens) die Ausbildung von Änderungsintentionen und somit die Voraussetzungen für tatsächliche Verhaltensänderungen beeinflussen. Im einzelnen werden die Bereiche Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung, Medikamente, Schlaf, Allgemeines Wohlbefinden / Probleme sowie Umgang mit Gesundheit und Krankheit erfaßt. Neben dem Gesundheitsverhalten selbst werden für jeden Bereich auch die funktionalen Verknüpfungen und Bewertungen erhoben. Die weiterhin erfaßten Änderungsintentionen und wahrgenommenen Hilfen und Barrieren können insbesondere im Rahmen von Einzelberatungen genutzt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, daß ein dringender Bedarf besteht, neue Wege in der Konzeption, Durchführung und Überprüfung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu beschreiten.

3. "Wege zum Wohlbefinden" - erste Schritte zu einem zukunftsorientierten Gesundheitsförderungskonzept

Erste Schritte in Richtung der genannten Anforderungen geht das hier vorzustellende Modellprojekt, das in Kooperation zwischen der Techniker Krankenkasse - Landesvertretung Rheinland-Pfalz und dem Zentrum für empirische pädagogische Forschung der Universität Koblenz-Landau entwickelt, durchgeführt und wissenschaftlich überprüft wird. Im Gegensatz zu bereichsspezifischen Angeboten basiert die neu konzipierte Maßnahme auf einer interdisziplinären und ganzheitlichen Orientierung, die vor allem auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt. Hauptziel ist die Ausbildung eines umfassenden gesundheitsförderlichen Lebensstils und nicht nur das Trainieren spezifischer Gesundheitsverhaltensweisen bzw. die Modifikation von Risikoverhalten.

Das Modul "Mit gesunder Ernährung und Bewegung der Lebensfreude auf der Spur" strebt unter besonderer Berücksichtigung der Bereiche Ernährung und Bewegung die Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensfreude an (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Themengebiete des Seminars "Wege zum Wohlbefinden".

Vorstellung der Seminar-Konzeption

Durchgeführt wird das Seminar von einem interdisziplinären Team mit jeweils einer Fachkraft aus den Bereichen Psychologie, Oecotrophologie und Sportwissenschaft.

Die Zielpopulation besteht aus Personen zwischen 35 und 55 Jahren. Mit jedem Interessenten wird ein telefonisches Vorgespräch geführt, in dem genauere Informationen über das Seminar vermittelt werden.

Das Seminar ist für 12-15 Teilnehmer entwickelt. Insgesamt finden 12 Gruppensitzungen mit je einer Sitzung pro Woche statt. Im Rahmen dieser Sitzungen werden die Themen Ernährung, Bewegung und Wohlbefinden angesprochen. Neben der Vermittlung themenspezifischer Informationen wird vor allem auf die psychologischen Aspekte des Risikoverhaltens in den verschiedenen Bereichen sowie auf die Konkretisierung und Möglichkeiten der Umsetzung von Änderungswünschen eingegangen. In freiwilligen Untergruppen in den Bereichen Ernährung und Bewegung können die angestrebten Veränderungen mit der Unterstützung und Anleitung der jeweiligen Fachkräfte in der Praxis erprobt werden.

Eine wesentliche Ergänzung zu bisherigen Angeboten stellen seminarbegleitende Einzelgespräche dar, die zusätzlich zu den Gruppensitzungen in Anspruch genommen werden können. Dies gilt für die Bereiche Ernährung und Bewegung sowie auch für die psychologischen Fragen.

Ein weiterer Aspekt des Konzepts liegt in der Weitervermittlung zu vertiefenden Interventionsangeboten nach Beendigung des Seminars. Diese können von der Teilnahme in Gruppen oder Kursen verschiedenster Art (z.B. in den Bereichen Bewegung, Entspannung, Raucherentwöhnung oder Streßbewältigung) bis hin zu psychologischen Beratungen oder Therapien reichen (siehe Abbildung 3).

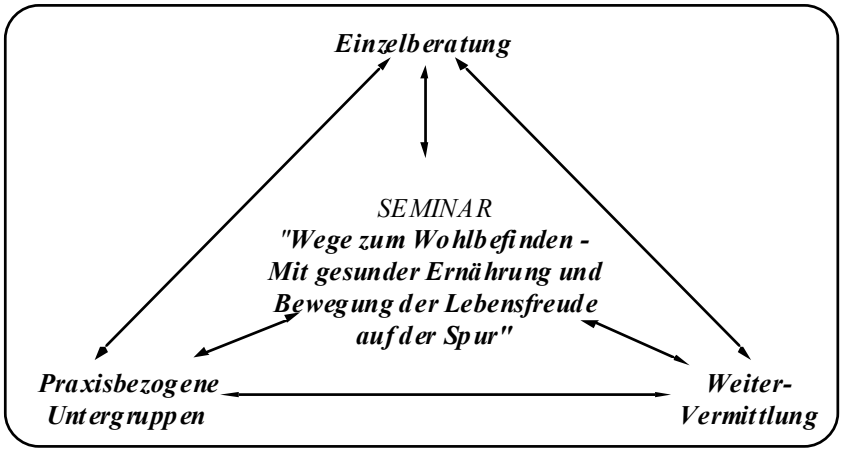


Abbildung 3: Schwerpunkte der Seminarkonzeption.

4. Wissenschaftliche Überprüfung des Seminars

4.1 Eingesetzte diagnostische Instrumente

Zur Abschätzung des Seminarerfolges wurden folgende Verfahren eingesetzt:

- Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG; Dlugosch & Krieger, 1995)
- Adaptation des Mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogens (MDBF; Steyer, Schwenkmezger, Notz & Eid, 1995);
- Freiburger Beschwerdenliste (FBL; Fahrenberg, 1975).

Die differentiellen Effekte einzelner Sitzungen wurden mit Hilfe von interventionsbegleitenden Verfahren mikrodiagnostisch erhoben. Zusätzlich wurden nach Abschluß des Seminars die allgemeine Beurteilung des Seminars durch die Teilnehmer, die Bewertung einzelner Themen und Vorgehensweisen sowie die subjektive Einschätzung des eigenen Seminarerfolgs erfragt.

4.2 Ergebnisse

4.2.1 Modellphase I

Im Rahmen der ersten Modellphase wurde die Effektivität der Maßnahme unter Berücksichtigung von drei Einzelgruppen wissenschaftlich überprüft. Hierzu wurden mit Hilfe eines zeitversetzten Evaluationsplans die erwarteten Effekte anhand des Vergleiches mit einer Warte- und einer Kontrollgruppe geprüft. Die jeweilige Gruppenstärke betrug ca. 35 Probanden (vgl. Dlugosch & Krieger, 1994; Dlugosch et al., 1995, 1996). Aufgrund der positiven Ergebnisse fand eine Ausweitung des Projektes auf mehrere Städte in Rheinland-Pfalz statt, um bei einer größeren Stichprobe reliablere Aussagen machen zu können. Im folgenden werden die Ergebnisse dieser zweiten Modellphase zusammenfassend vorgestellt.

4.2.2 Modellphase II

⇨ Stichprobenbeschreibung, Gruppenstärke und Auswertungsmethode

Zum ersten Meßzeitpunkt der Modellphase II konnten 129 Seminarteilnehmer aus verschiedenen rheinland-pfälzischen Städten in die Untersuchung einbezogen werden. Die potentiellen Teilnehmer wurden mit Hilfe eines persönlichen Anschreibens über die Techniker Krankenkasse rekrutiert. Insgesamt wurden zwischen 500 und 1000 TK-Versicherte pro Ort angeschrieben. Hierunter befanden sich 63 Männer (49%), das Durchschnittsalter betrug 43 Jahre (Standard-abweichung: 7.1). Die Vergleichsgruppe - hinsichtlich demographischer Variablen vergleichbar - wurde über Annoncen in der örtlichen Presse angeworben.

Die Daten wurden zu Beginn (T1) und am Ende des Seminars (T2) sowie katamnestisch (T3; 4-5 Monate nach Beendigung des Seminars) erhoben. Die Gruppenstärke für alle drei Meßzeitpunkte beträgt 71 Probanden pro Gruppe. Die Rücklaufquote betrug im Mittel beider Gruppen von T1 auf T2 82% und von T2 auf T3 75%. Die Auswertung erfolgt mit Hilfe zweifaktorieller Varianzanalysen mit Meßwiederholung (3 Meßzeitpunkte).

⇨ Gesundheitsverhalten

In allen angesprochenen Bereichen zeigen sich deutliche Verbesserungen der Seminarteilnehmer zu mehr gesundheitsförderlichem Verhalten. Statistisch bedeutsam sind die Veränderungen für die Skalen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Wohlbefinden sowie körperliche Beschwerden. Auch in den Bereichen Schlaf und Umgang mit Gesundheit und Krankheit ergeben sich erhebliche Verbesserungen. Die Seminargruppe, die in vielen Fällen schlechter als die Vergleichsgruppe startet, erreicht nach Beendigung der Intervention das Niveau der Vergleichsgruppe und kann sie z.T. sogar übertreffen. Die meisten Veränderungen werden von der Seminargruppe auch beim 3. Meßzeitpunkt aufrechterhalten oder sogar tendenziell verbessert. Diese Veränderungen begrenzen sich nicht nur auf die Verhaltensebene, sondern betreffen auch Einstellungen, Bewertungen und funktionale Verknüpfungen gesundheitsbeeinträchtigenden Verhaltens.

Die Ergebnisse sind genauer bei Dlugosch et al. (1995, 1996) dargestellt.

⇨ Bewertung durch die Teilnehmer

Im Abschlußfragebogen zur Gesamteinschätzung des Seminars drückten die Seminarteilnehmer insgesamt eine sehr hohe Zufriedenheit mit den Inhalten, dem Verlauf und den Ergebnissen des Seminars aus. Die subjektiv erlebten Veränderungen aufgrund des Seminars beziehen sich auf alle angesprochenen Bereiche, wobei Wohlbefinden und Lebensfreude hier die höchsten Werte erzielen, Kommunikation, Ernährung, Bewegung und "Sonstiges" folgen in der Rangordnung. Etwas geringer fallen nur die selbst eingeschätzten Veränderungen des Gesundheitszustands aus. Die Bewertung der einzelnen Seminaraspekte fällt durchgehend sehr positiv aus, wobei die Einzelberatung und die Praxisangebote hier am besten abschneiden (siehe Dlugosch et al., 1995, 1996).

⇨ Einzelberatungen

Einzelberatungen fanden in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Psychologie sowie in Form der Rückmeldung der Fragebogenergebnisse statt.

Einzeltermine zur **Ernährung** wurden mehrfach in Anspruch genommen. Im Bereich **Bewegung** wurden selten Einzeltermine wahrgenommen - hier stießen die praxisbezogenen Gruppentermine auf größeres Interesse.

Die meisten Teilnehmer nahmen die Möglichkeit der individuellen Rückmeldung des eigenen Gesundheitsverhaltens (**FEG-Rückmeldung**) in Anspruch. Das persönliche Gespräch zur Rückmeldung der Fragebogenergebnisse ebnet häufig den Weg zu einer Einzelberatung. Das Rückmeldegespräch wird bewußt dazu genutzt, offene Fragen, Konflikte oder Schwierigkeiten anzusprechen. Öfters werden erst im Rückmeldegespräch Themen berührt, die sich als problematisch erweisen und eine weitere Beratung notwendig machen.

Ein wesentlicher Teil der Einzelsitzungen wurde für die psychologische Beratung verwendet. In der Regel reichen 2 - 3 Beratungssitzungen dazu aus, konflikthafte Themen anzusprechen und so weit zu bearbeiten, daß der Anstoß für weitere, eigenständig durchgeführte Veränderungen gegeben ist. Der Bedarf an intensiverer Betreuung beschränkt sich auf einzelne Seminarteilnehmer. Bei ihnen wurde in den ersten beiden Modellphasen eine große Spannbreite an Problemstellungen offenkundig: schwere psychosoziale Belastungen mit reaktiven depressiven Symptomen über akute Trennungs-/Scheidungsproblematiken, Trauerarbeit nach dem Tod eines Partners, Alkoholprobleme, gestörtes Eßverhalten, familiäre, partnerschaftliche und starke berufliche Belastungen.

⇨ Praxisbezogene Aktivitäten in den Untergruppen

Insgesamt erfreuten sich die angebotenen Untergruppen in den Bereichen ‘Ernährung’, ‘Bewegung’ und ‘Entspannung’ in allen Kursen eines hohen Zuspruchs. Es wurde großes Interesse geäußert, diese gesundheitsförderlichen Aktivitäten im Rahmen von weiteren Seminarangeboten fortzuführen.

⇨ Weitervermittlung

Die Weitervermittlung zu Anschlußangeboten nach Beendigung des Seminars stellt einen zentralen Baustein des Konzepts dar, was hier aufgrund bisheriger Erfahrungen und Ergebnisse nochmals betont wird. Die Teilnehmer äußern selbst diesbezüglich großes Interesse. Vorhandene Anschlußangebote wirken sich positiv auf die längerfristige Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen aus. Dies wird vor allem im Bereich ‘Bewegung’ deutlich: Viele Teilnehmer steigerten das Ausmaß an Bewegung, was sicherlich nur mit Hilfe der von der Techniker Krankenkasse bereitgestellten Bewegungskurse möglich war. Ca. 1/3 der Teilnehmer (38 Personen) nahm Anschlußangebote im Bereich ‘Bewegung’ wahr.

Extrem wichtig ist die psychologische Weitervermittlung für Seminarteilnehmer, deren Probleme sich im Rahmen der Einzelberatungen nicht ausreichend bearbeiten lassen. Hier können erste Anstöße gegeben, Barrieren abgebaut und Änderungsmotivationen geschaffen werden. Eigenen Veränderungsmöglichkeiten sind jedoch Grenzen gesetzt, so daß eine weitergehende psychologische Unterstützung dringend indiziert ist. Fehlt ein Angebot an solchen Maßnahmen, kann dies sehr negative Folgen haben.

5. Diskussion

Zusammenfassend ergaben die Durchführung und die begleitende Diagnostik für die zweite Modellphase ein sehr erfreuliches Bild. Die Mehrzahl der Teilnehmer konnte das Seminar zur Veränderung eigener Verhaltensweisen und Bewertungen zu nutzen. Bei einer so weit gefaßten Thematik fühlen sich Personen mit unterschiedlichsten Motivationen und Problemkonstellationen in verschiedensten Lebensbereichen angesprochen. Diesen Ansprüchen kann man nur durch eine sorgfältige Vorbereitung auf das Seminar und durch begleitende Einzelberatungen im Verlauf des Seminars gerecht werden. Für die begleitende Einzelberatungen spricht auch ihre positive Bewertung durch die Teilnehmer selbst.

Wie die Ergebnisse belegen, bleibt jedoch ein 12 Sitzungen umfassendes Seminar in seiner Wirkung begrenzt. Das hier vorgestellte Gesundheitsförderungsangebot hat eher eine Screeningfunktion zur besseren Kenntnis des Veränderungsbedarfs, zur Umsetzung erster Ziele und zur Vermittlung weiterer Aktivitäten. Notwendig erscheint es, das Seminar in ein möglichst abgestimmtes Gesamtangebot von - insbesondere psychosozial ausgerichteten - Maßnahmen einzubinden, um neben der kurzfristigen Umsetzung von Änderungswünschen ergänzend die längerfristige Aufrechterhaltung von Veränderungen effektiv unterstützen zu können.

Im Rahmen der Modellphase III wird das Seminar derzeit in weiteren Orten durchgeführt, um so die Effekte der Rahmenbedingungen und Referenten auf den Seminarerfolg prüfen zu können.

Die Adaptation der vorgestellten Seminarkonzeption auf eine stationäre einwöchige Maßnahme ("TK-Gesundheitswoche") belegt ebenfalls die positiven Effekte eines bereichsübergreifenden Gruppenangebotes, das durch Einzelberatungen auf Bedürfnisse und Erwartungen einzelner Personen eingehen und durch Praxiseinheiten konkrete Erfahrungen vermitteln kann (vgl. Krieger, 1995b).

Insgesamt läßt sich festhalten: Das vorgestellte Seminarkonzept zeichnet sich zwar durch einen höheren Zeit- und Organisationsaufwand als ‘traditionelle’ Angebote aus; dieser lohnt sich jedoch, wenn man die erzielten bzw. erzielbaren Ergebnisse betrachtet. Positiv wirkt sich hier vor allem der bereichsübergreifende und interdisziplinäre Ansatz, die Kombination von theorie- und praxisorientierten Einheiten sowie die Beratungsangebote aus. Weitere, zu Beginn als aufwendig eingeschätzte Aspekte wie beispielsweise die telefonische Vorinformation, der Einsatz der diagnostischen Instrumente oder die Weitervermittlung werden sowohl von den Teilnehmern als auch von den Seminarleitern schnell als fruchtbare und gewinnbringende Erweiterung bisheriger Konzepte erlebt.

Literatur

Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.

Badura, B. (1984). Life-style and health: Some remarks on different viewpoints. Social Science and Medicine, 19, 341-347.Becker, 1992

Bowers, K.S. (1987). Toward a multidimensional view of personality and health. Journal of Personality, 55, 343-357.

Dlugosch, G.E. (1994a). Veränderungen des Gesundheitsverhaltens während einer Kur. Eine Längsschnittstudie zur Reliabilitäts- und Validitätsprüfung des Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG) (Psychologie, Band 1). Landau: Empirische Pädagogik.

Dlugosch, G.E. (1994b). Modelle in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie (S. 101-117). Stuttgart: Enke.

Dlugosch, G.E. (1994c). Gesundheitsberatung. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie (S. 222-233). Stuttgart: Enke.

Dlugosch, G.E. & Krieger, W. (1994). "Wege zum Wohlbefinden" - Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines ganzheitlich orientierten, interdisziplinären Gesundheitsförderungsprogrammes. In B.P. Hazard (Hrsg.), Gesundheitsförderung zur aktiven Vorsorge und Rehabilitation (S. 65-72). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Dlugosch, G.E. & Krieger, W. (1995). Der Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG). Frankfurt: Swets Test Gesellschaft.

Dlugosch, G.E., Krieger, W.& Fröhlich, M. (1995). "Wege zum Wohlbefinden - Mit gesunder Ernährung und Bewegung der Lebensfreude auf der Spur." Ergebnisse aus der ersten Phase eines Modellprojektes im Bereich der Gesundheitsförderung. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Dlugosch, G.E., Krieger, W.& Fröhlich, M. (1996). "Wege zum Wohlbefinden - Mit gesunder Ernährung und Bewegung der Lebensfreude auf der Spur." Ergebnisse aus der zweiten Phase eines Modellprojektes im Bereich der Gesundheitsförderung. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Dlugosch, G.E. & Schmidt, L.R. (1992). Gesundheitspsychologie. In R. Bastine (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie (Band 2) (S. 123-177). Stuttgart: Kohlhammer.

Dlugosch, G.E. & Wottawa, H. (1994). Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 149-168). Stuttgart: Enke

Fahrenberg, J. (1975). Die Freiburger Beschwerdenliste FBL. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 4, 79-100.

Jäger, R.S. & Krieger, W. (1994). Zukunftsperspektiven der computerunterstützten Diagnostik, dargestellt am Beispiel der treatmentorientierten Diagnostik. Diagnostica, 40, 217-243.

Jäger, R.S. & Petermann, F. (1992). Psychologische Diagnostik: Ein Lehrbuch. München: Psychologie Verlag Union.

Jäger, R.S., Krieger, W. & Dlugosch, G.E. (1995). Applied Computer Diagnostics - Theoretical Foundations and Future Persepectives. International Journal of Selection and Assessment, 3 (2), 115-132.

Krieger, W. (1994). Treatmentorientierte Diagnostik in der Gesundheitsförderung. In: B.P. Hazard (Hrsg.), Gesundheitsförderung zur aktiven Vorsorge und Rehabilitation (S. 219-229). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Krieger, W. (1995a). CEPAR: Ein computergestütztes Verfahren zur Exploration psychosozialer Anforderungen und Ressourcen. (Psychologie, Band 3). Landau: Empirische Pädagogik.

Krieger, W. (1995b). Akzeptanz und Effektivität der TK-Gesundheitswoche Unveröffentlichter Zwischenbericht. Landau: Zentrum für empirische pädagogische Forschung der Universität Koblenz - Landau.

Schmidt, L.R. & Dlugosch, G.E. (1996). Psychologische Aspekte der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Bundesvereinigung für Gesundheit (im Druck).

Steyer, R.; Schwenkmezger, P.; Notz, P. & Eid, M. (1995). Testtheoretische Analysen des Mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogens (MDBF). Diagnostica: 40, 320-328.

Versteegen, U. (1988). Zur Bedeutung des Konzepts der "Lebensweisen" für die Gesundheitspsychologie. Eine empirische Untersuchung zu den Determinanten des Gesundheitsverhaltens 30-50jähriger Frauen. Freiburg: Hektographie.

Wottawa, H., & Thierau, H. (1990). Lehrbuch Evaluation. Bern: Huber.