



Fachbereich
Gesundheitsförderung

Lehrbrief Gesundheitscoach

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 3 |
| Wegweiser durch den Lehrbrief | 8 |
| Übergeordnete Lernziele des Fernlehrgangs | 12 |
| Teil I Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention | 13 |
| 1 Gesundheit und Krankheit | 14 |
| 1.1 Begriffsklärung Gesundheit und Krankheit | 14 |
| 1.1.1 Was ist Gesundheit? | 14 |
| 1.1.2 (Bio-)medizinisches Gesundheitsverständnis | 15 |
| 1.1.3 Gesundheitsdefinition der WHO: biopsychosoziales Modell | 15 |
| 1.1.4 Was ist Krankheit? | 17 |
| 1.1.5 Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit | 17 |
| 1.2 Entstehung von Krankheit | 18 |
| 1.2.1 Krankheitsmodell nach Koch | 18 |
| 1.2.2 Risikofaktorenmodell | 19 |
| 1.3 Entstehung und Förderung von Gesundheit – Salutogenese-Modell | 23 |
| 1.4 Gesundheitliche Lage in Deutschland | 25 |
| 1.5 Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit | 28 |
| 1.5.1 Modell von Dahlgren und Whitehead | 29 |
| 1.5.2 Unabänderliche Einflussfaktoren: Erbanlagen, Geschlecht, Alter | 30 |
| 1.5.3 Verhaltens- und Lebensweise des Einzelnen | 31 |
| 1.5.4 Soziale und kommunale Netzwerke | 31 |
| 1.5.5 Lebens- und Arbeitsbedingungen, Zugang zu sozialen Einrichtungen und Diensten | 32 |
| 1.5.6 Sozioökonomische, kulturelle und physische Umwelt | 32 |
| 2 Prävention und Gesundheitsförderung | 36 |
| 2.1 Prävention und Gesundheitsförderung | 36 |
| 2.2 Stufen der Prävention | 38 |
| 2.3 Verhaltens- und Verhältnisprävention | 39 |
| 2.4 Gesetzliche Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung | 41 |
| 3 Grundlegendes zu Präventionskonzepten | 45 |
| 3.1 Public Health Action Cycle | 45 |
| 3.2 Messung von Gesundheit | 47 |
| 3.3 Gesundheitspsychologische Grundlagen | 48 |
| 3.3.1 Transtheoretisches Modell (TTM) | 49 |
| 3.3.1.1 Übersicht über das TTM | 49 |
| 3.3.1.2 Stadium 1: Absichtslosigkeit | 50 |
| 3.3.1.3 Stadium 2: Absichtsbildung | 51 |
| 3.3.1.4 Stadium 3: Vorbereitung | 51 |
| 3.3.1.5 Stadium 4: Handlung | 51 |
| 3.3.1.6 Stadium 5: Aufrechterhaltung | 52 |

| | | |
|---|---|------------|
| 3.3.1.7 | Rückfälle gehören dazu..... | 52 |
| 3.3.1.8 | Strategien des Verhaltensänderungsprozesses | 53 |
| 3.3.1.9 | Entscheidungsbalance und Selbstwirksamkeitserwartung | 54 |
| 3.3.1.10 | Praktische Handlungsempfehlungen..... | 55 |
| 3.3.2 | Health Action Process Approach (HAPA)..... | 56 |
| 3.3.2.1 | Motivationale Phase | 57 |
| 3.3.2.2 | Volitionale Phase | 58 |
| 3.3.2.3 | Erfassung der Veränderungsstadien | 59 |
| 3.3.3 | Motivations-Volitions-Prozessmodell (MoVo-Prozessmodell)..... | 60 |
| 3.3.3.1 | Motivation..... | 61 |
| 3.3.3.2 | Volition..... | 63 |
| 3.3.3.3 | Schlussfolgerungen für die Interventionspraxis..... | 65 |
| 3.3.3.4 | MoVo-Intervention | 66 |
| 3.4 | Gesundheitskommunikation | 67 |
| 3.4.1 | Verhaltensweisen und pädagogisches Handeln des Gesundheitscoachs..... | 68 |
| 3.4.2 | Die Coaching-Haltung | 69 |
| Teil II Individuelle Gesundheitsförderung und Prävention | | 77 |
| 1 | Individueller Lebensstil und Gesundheit..... | 78 |
| 1.1 | Gesundheit und Verhalten | 78 |
| 1.2 | Gesundheits- und Risikoverhalten..... | 82 |
| 1.2.1 | Gesundheitsverhalten | 82 |
| 1.2.2 | Risikoverhalten | 82 |
| 1.3 | Möglichkeiten und Grenzen der individuellen Gesundheitsförderung und Prävention | 84 |
| 2 | Zentrale Handlungsfelder der individuellen Gesundheitsförderung..... | 88 |
| 2.1 | Körperliche Aktivität und Gesundheit | 91 |
| 2.2 | Ernährungsverhalten und Gesundheit | 104 |
| 2.3 | Stressbelastungen und Gesundheit..... | 113 |
| 2.4 | Genuss- und Suchtmittelkonsum | 119 |
| 2.4.1 | Alkohol | 120 |
| 2.4.2 | Rauchen | 123 |
| Teil III Gesundheitsförderung in Settings..... | | 131 |
| 1 | Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention..... | 132 |
| 1.1 | Einfluss der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen auf die Gesundheit | 132 |
| 1.1.1 | Soziale Lage und gesundheitliche Ungleichheit | 133 |
| 1.1.2 | Bildung und Gesundheit | 136 |
| 1.1.3 | Migration und Gesundheit | 138 |
| 1.1.4 | Wohnsituation, Wohnumgebung und Gesundheit | 140 |
| 1.2 | Begriffsklärung | 141 |
| 1.3 | Praxis des Setting-Ansatzes | 141 |
| 1.3.1 | Gesundheitsförderung in einem Setting | 142 |
| 1.3.2 | Entwicklung zu einem gesundheitsförderlichen Setting | 142 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 2.1.4 | Good-Practice-Kriterien – Kriterien für gute Praxis der gesundheitsförderlichen Arbeit in Settings..... | 144 |
| 2 | Settings in den Lebensphasen | 149 |
| 2.1 | Lebensphasenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention | 149 |
| 2.1.1 | Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter..... | 149 |
| 2.1.2 | Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Erwerbsalter | 151 |
| 2.1.3 | Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Alter | 151 |
| 2.2 | Setting „Kommune“..... | 152 |
| 2.2.1 | Grundlagen Setting „Kommune“..... | 152 |
| 2.2.2 | Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune | 153 |
| 2.2.3 | Kommunale Gesundheitsförderung für ältere/alte Menschen | 155 |
| 2.2.4 | Beispielprojekt im Setting „Kommune“ | 156 |
| 2.3 | Setting „KiTa“ | 157 |
| 2.3.1 | Grundlagen Setting „KiTa“..... | 157 |
| 2.3.2 | Beispielprojekt im Setting „KiTa“ | 159 |
| 2.4 | Setting „Schule“ | 161 |
| 2.4.1 | Grundlagen Setting „Schule“ | 161 |
| 2.4.2 | Beispielprojekt im Setting „Schule“ | 162 |
| 2.5 | Setting „Betrieb“ | 163 |
| 2.5.1 | Grundlagen Setting „Betrieb“ | 163 |
| 2.5.2 | Beispielprojekt im Setting „Betrieb“ | 164 |
| 2.5.2.1 | „BGM-Programm MSE“ – Ausgangssituation..... | 164 |
| 2.5.2.2 | „BGM-Programm MSE“ – Ziele und Zielgruppen..... | 164 |
| 2.5.2.3 | „BGM-Programm MSE“ – Aufbau und Ablauf..... | 165 |
| Teil IV | Planung und Umsetzung von Konzepten zur Bewegungsförderung..... | 171 |
| 1 | Planung von Interventionen | 172 |
| 1.1 | Grundlage der Interventionsplanung: theoriebasiertes, systematisches Vorgehen | 173 |
| 1.1.1 | Komplexe Interventionen..... | 173 |
| 1.1.2 | Systematisches Vorgehen | 174 |
| 1.1.3 | Theoriebasierung..... | 175 |
| 1.1.4 | Kennzeichen guter Praxis bei Bewegungsinterventionen..... | 176 |
| 1.2 | Kurskonzepte als organisatorischer Rahmen für Angebote zur individuellen Gesundheitsförderung und Prävention | 177 |
| 1.2.1 | Ziele von Kurskonzepten | 177 |
| 1.2.2 | Grundlegender Aufbau von Kurskonzepten..... | 178 |
| 1.2.3 | Planung von Kurskonzepten..... | 179 |
| 1.2.4 | Evaluation von Kurskonzepten..... | 181 |
| 1.3 | Kursplanung gemäß dem GKV-Leitfaden Prävention..... | 182 |
| 1.3.1 | Handlungsfeldübergreifende Qualitätskriterien | 183 |
| 1.3.2 | Kriterien im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten | 185 |
| 1.3.3 | Exkurs – Digitale Präventionsangebote gemäß GKV-Leitfaden | 187 |
| 2 | Praxisbeispiel: BSA-Gesundheitsprogramm „Cardio-Fitness“ | 191 |
| 2.1 | Situationsanalyse..... | 192 |
| 2.1.1 | Ausgangslage und Bedarfsdefinition | 192 |
| 2.1.2 | Einordnung des Konzepts in die Struktur des GKV-Leitfadens | 192 |
| 2.2 | Interventionsplanung | 193 |

| | |
|--|------------|
| 2.2.1 Zielgruppendefinition | 193 |
| 2.2.2 Formulierung von Programmzielen..... | 194 |
| 2.2.3 Struktur des Kurskonzeptes..... | 196 |
| 2.2.4 Inhalte und Methodik des Kurskonzeptes..... | 197 |
| 2.2.5 Voraussetzungen zur Konzeptdurchführung..... | 197 |
| 2.3 Umsetzung | 198 |
| 2.3.1 Konzeptdurchführung..... | 198 |
| 2.3.2 Detailplanung und Stundenbilder..... | 202 |
| 2.4 Evaluation..... | 204 |
| 2.4.1 Konzeptevaluation..... | 204 |
| 2.4.2 Wirksamkeit von <i>Cardio-Fitness</i> | 204 |
| Nachwort..... | 206 |
| Anhang..... | 207 |
| Lösungen und Kommentare zu den Übungen..... | 207 |
| Tabellenverzeichnis..... | 214 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 217 |
| Glossar | 219 |
| Literaturverzeichnis | 226 |



1 Gesundheit und Krankheit



Lernziele

Nach der Bearbeitung des Kapitels . . .

- können Sie verschiedene Definitionen von Gesundheit und Krankheit nennen und erläutern,
 - können Sie das Modell der Salutogenese zur Entstehung von Gesundheit erklären,
 - können Sie das Modell von Koch sowie das Risikofaktorenmodell zur Entstehung von Krankheit und Ansätze zur Vermeidung von Krankheit erläutern,
 - können Sie einen Überblick über die epidemiologisch bedeutsamsten Erkrankungen in Deutschland geben,
 - können Sie unterschiedliche Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand nennen und die Bedeutung der einzelnen Faktoren abschätzen und gewichten.
-

1.1 Begriffsklärung Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit sind Begriffe, die in vielen Zusammenhängen verwendet werden. Aber oft werden diese Begriffe nicht einheitlich verwendet, was zu Missverständnissen führen kann. Um solche Missverständnisse zu vermeiden, werden in den folgenden Kapiteln diese beiden zentralen Begriffe vorgestellt.



Übung 1.1

Bevor Sie jetzt weiterlesen, überlegen Sie bitte, was Sie persönlich unter Gesundheit und Krankheit verstehen. Vergleichen Sie Ihr jeweiliges Verständnis von Gesundheit und Krankheit anschließend mit den nachfolgenden Begriffsdefinitionen.

1.1.1 Was ist Gesundheit?

Gesundheit steht seit Jahrhunderten im Zentrum des Interesses von Menschen. Die vielfältige Beschäftigung mit diesem Begriff hat jedoch nicht dazu geführt, dass es eine einheitliche Definition dafür gibt. Stattdessen ist das Gegenteil der Fall: Gesundheit kann aus vielen Blickwinkeln betrachtet werden und wurde je nach Zeitepoche, Denkströmung und Mode unterschiedlich definiert. Einen Überblick über die Vielfalt der Gesundheitsdefinitionen gibt Tab. 1. Erst mit einem gemeinsamen Gesundheitsverständnis von Gesundheitscoach und Klient können konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit erarbeitet werden.

Tab. 1: Dimensionen von Gesundheit (Franke, 2012, S. 38–50)

| Dimension | Kurzbeschreibung |
|---|---|
| Gesundheit als Störungsfreiheit | Gesundheit als das Nicht-Vorhandensein von Normwertabweichungen und Symptomen. |
| Gesundheit als Wohlbefinden | Gesundheit als subjektives Konstrukt: Gesundheit ist mehr als die Freiheit von Krankheit, denn auch das subjektive Wohlbefühl ist entscheidend. |
| Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung | Funktionale Perspektive: Gesund ist derjenige, der die ihm zugedachte Rolle in der Gesellschaft erfüllen kann. |
| Gesundheit als Gleichgewichtszustand (Homöostase) | Gesundheit als Zustand von Ausgeglichenheit (inneres Gleichgewicht und Gleichgewicht mit der Umwelt), der bei Störungen auch möglichst schnell wieder erreicht werden kann. |
| Gesundheit als Flexibilität (Heterostase) | Gesundheit als die Fähigkeit, auf Störungen zu reagieren, sie zu überwinden und sich gemäß diesen Erfahrungen weiterzuentwickeln. |
| Gesundheit als Anpassung | Gesundheit als die Fähigkeit, sich an die Herausforderungen der Umwelt anzupassen. |

1.1.2 (Bio-)medizinisches Gesundheitsverständnis

Aus (bio-)medizinischer Perspektive ist Gesundheit schlicht die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit wird negativ definiert als das, was sie nicht ist: nämlich Krankheit.

Die Trennung zwischen krank und nicht krank beruht auf ärztlichen Diagnosen beziehungsweise auf der Feststellung von Normwertabweichungen. Die Diagnose wird vom Arzt festgestellt und bestätigt. Hier liegt die besondere Rolle des Arztberufes (Franke, 2012, S. 38–40). Das biomedizinische Gesundheitsverständnis prägt auch die Gesundheitsversorgung in Deutschland: Diese ist krankheitsorientiert ausgerichtet, es besteht eine Tendenz zu zunehmender Spezialisierung (da das medizinische Wissen immer umfassender wird) und das biomedizinische Gesundheitsverständnis prägt das Verhältnis der Gesundheitsberufe untereinander, da es der Medizin die dominante Rolle zuweist (Koch, Schmiemann & Gerhardus, 2017, S. 124–126).

1.1.3 Gesundheitsdefinition der WHO: biopsychosoziales Modell

Unter den vielen Versuchen, Gesundheit zu definieren, ist der Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einer der weitreichendsten und zugleich umstrittensten. Andererseits ist die Definition der WHO aber auch die Definition, auf die sich die bislang größte Anzahl von Experten je verständigen konnte. In der Präambel ihrer Verfassung (1946) definiert die WHO Gesundheit folgendermaßen:



Definition – Gesundheit

„... Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (Franke, 2012, S. 40).

Diese Definition sieht Gesundheit als positives Konstrukt und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit. Sie geht auch über das biomedizinische Modell hinaus, indem sie zusätzlich die Dimensionen Psyche und Soziales einschließt (vgl. Abb. 1). Die drei Dimensionen Physis, Psyche und Soziales sind dabei nicht nur einzeln zu betrachten und zu fördern, sondern sie bedingen sich gegenseitig und können sich zu einem gewissen Teil auch gegenseitig ausgleichen.

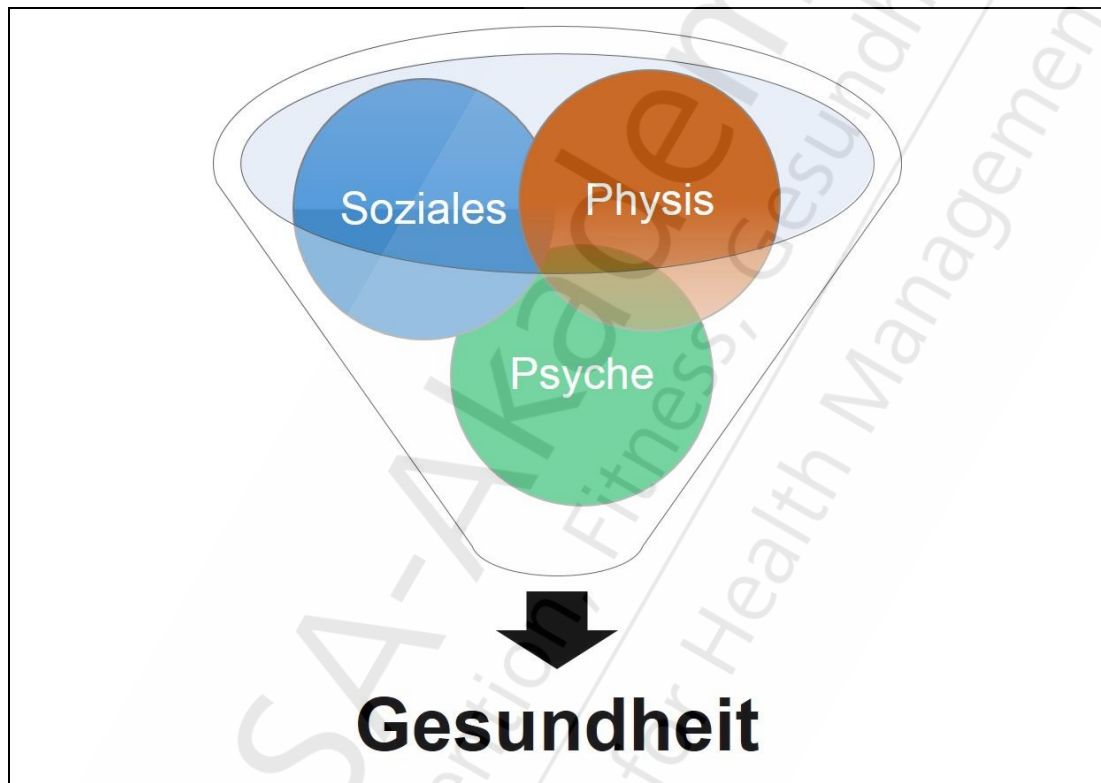


Abb. 1: Biopsychosoziales Modell von Gesundheit (©BSA/DHfPG)

Kritik erntete die WHO-Definition vor allem wegen des Begriffs Wohlbefinden, dessen genauer Inhalt offengelassen wurde. Auch ist der utopische, eigentlich nie zu erreichende Endzustand des „vollständigen Wohlbefindens“ immer wieder angegriffen worden (Franke, 2012, S. 40-41; S. 190-191). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass sich nach der Definition Gesundheit und Krankheit gegenseitig ausschließen (Klemperer, 2010, S. 123). Verschiedene Kritiker merkten zudem an, dass die Definition eher „Glücklichkeit“ (= Happiness) denn Gesundheit beschreibt (Saracci, 1997, S. 1409).

Die drei Dimensionen an sich werden aber zumeist nicht infrage gestellt. Sie alle spielen im Rahmen von Ansätzen zur Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle. Die Modellvorstellung wurde jedoch insofern erweitert, dass man in neueren Definitionsversuchen den fixen Endpunkt aufgegeben hat und von einem **biopsychosozialen Gleichgewicht** spricht, das erhalten oder wiederhergestellt werden soll (Egger, 2015, S. 54–64).

3.4.1 Verhaltensweisen und pädagogisches Handeln des Gesundheitscoachs

Auf drei ausgewählte, für gesundheitsorientierte Beratungsprozesse besonders bedeutsame Schwerpunkte pädagogisch-psychologischer Einflussnahme soll im Folgenden eingegangen werden.

Schwerpunkt 1: Wissen gezielt und erfahrungsgeleitet vermitteln

Eine gute Wissensgrundlage ist hilfreich, wenn es um die Veränderung des eigenen Gesundheitsverhaltens geht. Aber es geht in erster Linie nicht darum, dass der Gesundheitscoach weiß, was der Klient alles tun oder vermeiden sollte, sondern darum, wie das erworbene Gesundheitswissen in das individuelle Verhaltensrepertoire integriert und im Alltag umgesetzt werden kann. Deshalb muss das Wissen im Rahmen der Gesundheitsförderung erfahrungsgeleitet und „ich-nah“ vermittelt werden. Der Berater sollte sich fragen:

- Was kann der Kunde/Klient in seiner Situation tun?
- An welchen Kenntnissen und Erfahrungen sowie Motiven und Bedürfnissen kann angeknüpft und wie können die persönlichen Lebensumstände berücksichtigt werden?
- Wie kann notwendiges Wissen erfahrungsgeleitet vermittelt werden?
- Womit kann der Kunde beginnen und worauf ist bei der Umsetzung zunächst am meisten zu achten?
- Woran erkennt der Kunde, dass er etwas richtig gemacht hat?



Merke

Sie möchten einen Rückenschul- oder Abnehmkurs gestalten, also über einen bestimmten Zeitraum mit einer Gruppe arbeiten? Hier sind folgende Hinweise zur Kommunikation bedeutsam:

- Damit Sie Ihre Wissensvermittlung gezielt planen können, sollte der Kurs entweder mit individuellen Eingangsgesprächen oder einer Erwartungsabfrage in der Gruppe beginnen. Sie benötigen Informationen darüber, weshalb die Teilnehmer diesen Kurs besuchen, welches Ziel sie damit verfolgen und über welche Vorerfahrungen sie zum Thema des Kurses verfügen.
- Verteilen Sie das Wissen, das Sie vermitteln wollen, auf den gesamten Kurs und verbinden Sie es immer mit den praktischen Erfahrungen Ihrer Kursteilnehmer. Beispielsweise lohnt sich Wissensvermittlung über Entspannungswirkungen erst dann, wenn die Teilnehmer körperliche und psychische Entspannung an sich selbst erfahren haben.
- Nutzen Sie das Wissen und die Erfahrungen der Teilnehmenden und organisieren Sie den Erfahrungsaustausch. Als geschickter Moderator können Sie oft mehr bewirken, wenn Sie nicht nur theoretische Vorträge halten. Erinnern Sie sich hierbei an die Bedeutung von Vorbildern und der Rolle der symbolischen Erfahrungen als Quelle der persönlichen Kompetenzerwartung.

Schwerpunkt 2: überwiegend positive Gedanken und Gefühle vermitteln

Kunden/Klienten werden in erster Linie zu Ihnen kommen, wenn Sie Optimismus und positive Gefühle ausstrahlen sowie Spaß und realistische Erfolgsgewissheit vermitteln.

In der Gesundheitsaufklärung wird immer wieder auf Methoden der Abschreckung gesetzt, um die Menschen zu einer gesünderen Lebensweise zu motivieren. Ein Beispiel hierfür sind die Warnungen/Fotos auf Zigarettenverpackungen. Doch diese Furchtappelle scheinen bei der Mehrzahl der Menschen wenig wirksam zu sein (Hastall, 2012, S. 290–291). Eine Verstärkung von Gesundheitsbedrohungen durch Furchtappelle führt eher zu Vermeidungstendenzen und weniger zu einer Verstärkung der Absicht, das gesundheitsschädigende Verhalten zu ändern. Als wesentlich wirksamere Strategie hat sich in diesem Zusammenhang das Aufzeigen der kurzfristig positiven Konsequenzen des erwünschten Gesundheitsverhaltens erwiesen. Das ist auch in der methodischen Gestaltung eines Kurses beziehungsweise einer Interventionsmaßnahme zu berücksichtigen. Insbesondere am Beginn einer Verhaltensänderung benötigen die Teilnehmer Erfolgs- und Aha-Erlebnisse.

Natürlich können auch negative Auswirkungen eines gesundheitsschädigenden Verhaltens angesprochen werden. Es gibt auch immer Menschen, die auf solche Appelle reagieren. Trotzdem sollten die **positive Sicht** und die „Hin zu“-Ziele in der Arbeit mit einzelnen Personen und Gruppen **überwiegen**. So kann das neue, zu erlernende Verhalten von vornherein mit positiven Gefühlen besetzt werden, zum Beispiel Freude an der Bewegung haben (Hastall, 2012).

Schwerpunkt 3: personenzentriert kommunizieren

Der Gesundheitsberater benötigt eine Kommunikationshaltung, die voll auf die zu beratende Person gerichtet ist. Häufig werden Gesundheitsinformationen durch Gesundheitsexperten noch zu aggressiv und belehrend vermittelt (siehe Abb. 12). In Gesprächen und in der Beratung werden Ratschläge mit der inneren Einstellung „Ich weiß, was für dich gut ist“ erteilt. Im Extremfall ist ein solcher Experte von sich und seinem Wissen beziehungsweise seiner Mission derart überzeugt, dass er Gedanken und Gefühle seines Klienten nicht mehr wahrnehmen kann.

3.4.2 Die Coaching-Haltung

Versuche, eine Person zu einer Verhaltensänderung zu bewegen, gehen oft mit Belehren, Vorschriften machen, Drohen, Entmündigen, Indoktrinieren oder ein schlechtes Gewissen erzeugen einher (Höfling, 2001). Diese Vorgehensweise erzeugt ein Machtgefälle zwischen Gesundheitsexperten und Klienten/Kunden und gibt letzteren das Gefühl der Unmündigkeit.

Sieht sich der Gesundheitsförderer hingegen mehr als Coach anstatt als Behlender, ermöglicht er eine bessere Mitarbeit (**Compliance**) seines Klienten/Kunden. Diese ist Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Verhaltensänderung und damit für das langfristige und eigenständige Handeln des Kunden.

1.1 Grundlage der Interventionsplanung: theoriebasiertes, systematisches Vorgehen

1.1.1 Komplexe Interventionen

Im Zuge von Prävention und Gesundheitsförderung wird oft von Interventionen gesprochen. Präventive beziehungsweise gesundheitsförderliche Programme, Projekte und Kampagnen gelten als „komplexe Interventionen“. Was aber sind komplexe Interventionen und was ist bei deren Planung zu beachten? Schlicht und Zinsmeister liefern mit den folgenden beiden Definitionen für die Begriffe „Intervention“ und „komplexe Intervention“ eine erste Orientierung:

- **Intervention:** Vorgang, mit dem beabsichtigt wird, einen unerwünschten Zustand in einen erwünschten Zustand zu überführen (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 13).
- **komplexe Interventionen:** Sie bestehen aus mehreren Einzelkomponenten (Maßnahmen), die sich wechselseitig bedingen. Bei der Beurteilung ihrer beabsichtigten Wirksamkeit, des dadurch bedingten Nutzens und des nicht gewollten Schadens bleibt unklar, in welchem Umfang und wann jede Einzelmaßnahme und die Interaktion mit anderen Maßnahmen zur Wirkung beiträgt (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 13).
- **Programm** (ergänzend): Beschreibung der Methoden und Maßnahmen, mit denen ein Interventionsziel erreicht werden soll. Meist ist dies ein abgestimmtes Bündel von Handlungsanweisungen, die in Manualen oder Handbüchern niedergelegt sind. Programme sind meist zeitlich begrenzt und beziehen sich auf bestimmte Handlungsbereiche (Trojan, 2012, S. 25). Die Begriffe Programm und Intervention werden zum Teil synonym genutzt (Brand, 2008, S. 27).

Aus der Definition ergibt sich, dass bei komplexen Interventionen verschiedene Einzelmaßnahmen zusammenwirken, um einen gewünschten Zustand, in diesem Fall gesundheitsförderliches Verhalten, zu erreichen. Lebensstilinterventionen zur Gewichtsreduktion bei übergewichtigen oder gar adipösen Personen beinhalten beispielsweise als Bausteine Ernährung, körperliche Aktivität und gesundheitspsychologische Elemente, die sowohl in Theorie als auch in der Praxis vermittelt werden sollten (vgl. Abb. 32). So ergeben sich Teilziele und Einzelmaßnahmen, die sich schlussendlich ergänzen sollen, um am Ende zum erwünschten Verhalten zu führen.

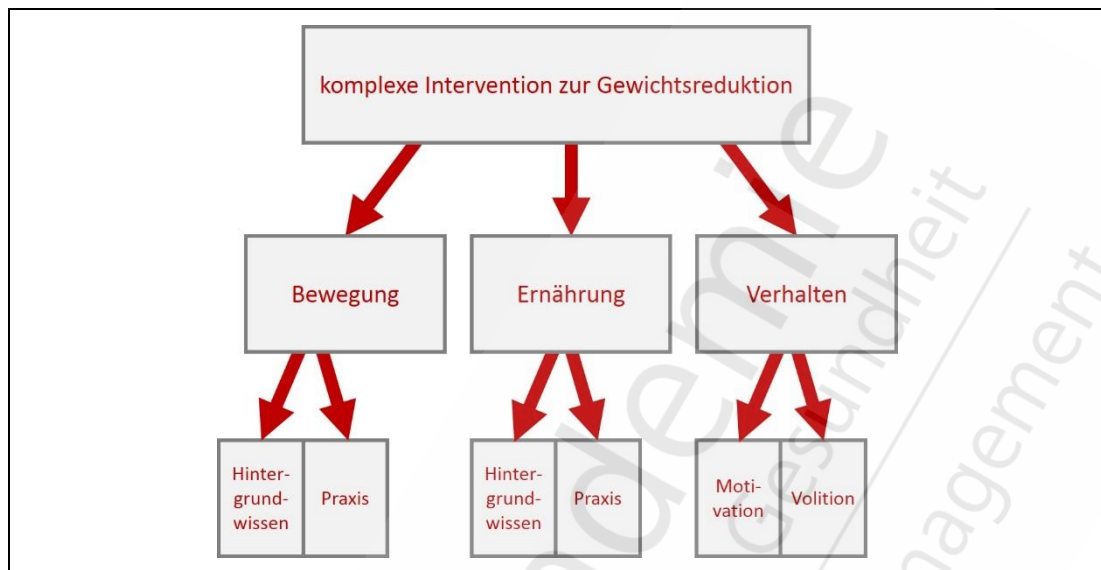


Abb. 32: Bestandteile einer komplexen Intervention am Beispiel Gewichtsreduktion
(© BSA/DHfPG)

Um komplexe Interventionen zu steuern und die Erfolgsaussichten solcher Interventionen zu steigern, ist systematisches Vorgehen nötig, denn die methodischen Herausforderungen hinsichtlich der Entwicklung und Bewertung komplexer Interventionen sind sehr hoch (vertiefend hierzu: Mühlhauser, Lenz & Meyer, 2012).

1.1.2 Systematisches Vorgehen

Warum ist systematisches Vorgehen bei der Interventionsplanung nötig und was zeichnet systematisches Vorgehen aus? Systematische Interventionsplanung geht nach Schlicht und Zinsmeister (2015, S. 14–16) über das Erstellen eines Planes hinaus. Ein Plan beschreibt zunächst möglichst genau den Weg von der zu verbessernden Ausgangssituation hin zum angestrebten Ergebnis und legt fest, mithilfe welcher Prozesse welche Ziele erreicht werden sollen. Um aber einen möglichst passenden Plan erstellen zu können, ist zunächst eine Analyse der Ausgangssituation nötig. Systematische Planung fügt Absichten, Ziele und Umsetzungsmaßnahmen zusammen, überwacht die Umsetzungsprozesse und evaluiert schließlich noch die Ergebnisse der Intervention (um aus der Intervention zu lernen und dem gewünschten Ergebnis näherzukommen). Systematische Planung folgt Modellen wie dem bereits in Kapitel 3.1 in Teil I (Abb. 7) dargestellten Public Health Action Cycle. Um es noch einmal in Erinnerung zu rufen, wichtige Leitfragen bei der Programmentwicklung sind nach Schlicht und Zinsmeister (2015, S. 130):

- Wo stehen wir derzeit?
- Wo wollen wir mit unserer Gesundheitsförderung hin?
- Wie, mit welchem Programm und welchen Maßnahmen kommen wir dorthin?
- Woher wissen wir, ob wir dort angekommen sind, wo wir hinwollten?

Letztendlich bedeutet systematisches Vorgehen eine Verminderung von Unsicherheit, da das zu bewältigende komplexe Gesundheitsproblem nach einem begründeten und