

Thomas Ouschan

Matr.Nr. 09460386

Interventionsmaßnahmen zur Gesundheitsvorsorge in der Beratungspraxis

Wie können psychosoziale Berater*innen ihre Klient*innen
dabei unterstützen, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu
entwickeln und Verhaltensänderungen einzuleiten?

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades eines
Master of Science (MSc)
im Rahmen des Universitätslehrganges
Psychosoziale Beratung Masterupgrade

Wissenschaftliche Begutachterin: Univ.-Doz. DDr. Barbara Friehs

Karl-Franzens-Universität Graz
und UNI for LIFE



Schlitters, März 2021

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich vor und während des Schreibens an meiner Masterthesis begleitet, unterstützt, gecoach, motiviert und beraten haben.

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Frau Petra bedanken, die wie schon so oft so viele Rollen für mich einnimmt, um mich ent-wickeln zu lassen. So darf ich sie als Lebenspartnerin, Freundin, Motivatorin, Coach, Supervisorin, Lektorin, um nur einige Rollen zu nennen, wahrnehmen und bekomme immer ihren wunderbaren wertschätzenden Blick, den sie immer auch auf alle Menschen bedingungslos richtet.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Kindern, die mich durch ihr Seins in meiner Entwicklung vorantreiben. Nadine und Shirin, die mich, in unseren gemeinsamen schweren Zeiten, die Kraft gegeben haben, trotz der Umstände an das Leben zu glauben und mich an neuen Zielen auszurichten. Sie haben sich zu wundervoll jungen Frauen entwickelt und haben mich mit ihren Kräften getragen. Mittlerweile bin sehr dankbar für die neue Rolle, die mir Nadine geschenkt hat, die des Großvaters. Auch Dominik zeigt mir, wie man mit Klarheit und Ehrgeiz seinen Weg machen und finden kann. Eine der größten und schwierigsten Entwicklungsaufgaben, die des Loslassens, lernte mir Benjamin und wenn es mir manchmal gelingt, bin ich dafür dankbar, weil wir eines Tages wieder vereint sein werden.

Danken möchte ich auch der wissenschaftlichen Begleitung Frau Univ-Doz. DDr. Barbara Friehs, die mich beim Erstellen der Masterarbeit mit wertschätzender und motivierender Art immer bestens unterstützt hat.

Vielen Dank auch an die Lehrgangsbetreuung Frau Mag. Romana Schneider und Herrn MMMag. Stefan Ruetz, die in jeder Phase meiner Arbeit die richtigen Tipps und Worte gefunden haben.

Abstract

Diese Masterarbeit beschäftigte sich mit Gesundheitsvorsorge und wie psychosoziale Berater*innen Unterstützung bei Entwickeln von entsprechenden Verhaltensänderungen geben können.

Im ersten und theoretischen Teil wurden generell Gesundheitsmodelle betrachtet und gegenübergestellt. Des Weiteren wurden Begrifflichkeiten über Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten beleuchtet und auch einige Gesundheitsverhaltensmodelle kurz beschrieben. Es wurden wesentliche Faktoren wie Ernährung, Bewegung und stressreduziertes Verhalten aus verschiedenen Blickwinkel betrachtet. So wurden die Bereiche Ernährung, Bewegung und Stress aus der Sicht von Gesundheitskompetenz, aber auch aus der Sicht gesundheitsschädigenden Verhaltens in der Theorie beschrieben, um dann im empirischen Teil den Blick auf die Klient*innen zu richten, aber auch die Sicht der Berater*innen erläutert. Im nächsten Schritt wurde auf die Beratung bzw. auf die psychosozialen Berater*innen und ihre Schulen und Methoden näher eingegangen.

Im zweiten und empirischen Teil wurde im ersten Schritt das Forschungsdesign beschrieben. Danach wurde das Leitfadeninterview mittels Expert*innen näher erläutert, und wie es zur Auswahl der Interviewten für die Stichprobe kam. Die Bearbeitung der Interviews, Auswertung und Transkription wurde im nächsten Kapitel dargelegt und beschrieben.

Ein großer Bereich wurde der Darstellung der Interviews und der Kategorienbildung gewidmet, die dann in die Interpretation der Ergebnisse mündeten.

Das Fazit bildet den Abschluss dieser Masterthesis, in welches Gedanken, Interpretation des Autors aus dieser Arbeit eingeflossen sind. Die Ergebnisse wurden zusammengefasst und Schulungsmaßnahmen für Berater*innen speziell zu Gesundheitsmodellen und Verhaltensmodelle angeregt.

Abstract

This master's thesis deals with health care and how psychosocial counselors can provide support behavior change.

In the first and theoretical part, general health models were considered and compared. In addition, terms about health promotion and prevention, health literacy and health behavior were highlighted and some health behavior models were presented. Essential factors such as diet, exercise and stressreduced behavior were viewed from different perspectives. The domain of nutrition, exercise and stress were described from the point of view of health literacy, but also from the point of view of harmful behavior in theory. In the empirical part the perspective of the client, but also from the point of view of the counselor, was explained. In the next step, the counseling or psychosocial counselors and their schools and methods were discussed in more detail.

In the second and empirical part, the research design was described first. Then the guideline interview was explained in more detail by experts and how the interviewpartners were selected. The processing of the interviews, evaluation and transcription was presented and described in the next section.

A large domain was devoted to the presentation of the interviews and the creation of categories, which then led to the interpretation of the results.

The conclusion forms the conclusion of this master's thesis, where thoughts and interpretations of the author from this work have been incorporated. The results were summarized and training measures for counselors specifically on health models and behavior models were encouraged.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
1 Einleitung	7
2 Gesundheit	9
2.1 Definition Gesundheit	9
2.2 Gesundheitsmodelle	9
2.2.1 Biomedizinische Modell.....	9
2.2.2 Biopsychosoziales Modell	11
2.2.3 Salutogenese Modell.....	12
2.2.4 Resilienz als Modell	13
2.2.5 Diathese- Stress- Modell	16
2.2.6 Risikofaktorenmodell	17
2.2.7 Dynamisches Modell der „positiven Gesundheit“	18
2.3 Gesundheitsförderung und Prävention	21
2.3.1 Definitionen, Unterschiede und Ansätze	21
2.3.2 Gesundheitsförderung Ottawa Charta	26
2.3.3 Gesundheitsförderung Österreich	27
2.4 Gesundheitskompetenz	31
2.4.1 Ernährung	32
2.4.2 Bewegung	34
2.4.3 Stress	35
2.5 Gesundheitsverhalten	38
2.5.1 Gesundheitsschädigendes Verhalten.....	38
2.5.2 Gesundheitsverhaltensmodelle (kontinuierlichen Prädiktionsmodellen)	40
2.5.2.1 Das Modell gesundheitlicher Überzeugung	40

2.5.2.2	Die Theorie des geplanten Verhaltens und die Theorie der Handlungsveranlassung	42
2.5.2.3	Die Theorie der Schutzmotivation.....	43
2.5.2.4.	Die sozial- kognitive Theorie von Bandura	45
2.5.3	Gesundheitsverhaltensmodelle (dynamische Stadienmodelle)...	46
2.5.3.1	Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung	46
2.5.3.2	Das Prozessmodell präventiven Handelns	49
2.5.3.3	Das sozial- kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	51
2.5.4	Rückfall	52
3	Psychosoziale Beratung.....	54
3.1	Definition	54
3.2	Beratungssetting	55
3.3	Beratungskonzepte	58
3.3.1	Tiefenpsychologische orientierte Beratung.....	58
3.3.2	Klienten- und personenzentrierte Beratung	58
3.3.3	Logotherapeutische und Existenzanalytisch orientierte Beratung	59
3.3.4	Verhaltensorientierte Beratung	60
3.3.5	Systemische Beratung	60
3.4	Methoden in der Beratung	62
3.4.1	Interventionen und Tools	62
3.4.2	Psychoedukation.....	64
3.4.3	Lernen am Modell/ Beobachtungslernen.....	65
3.4.4	Achtsamkeit.....	67
4	Empirischer Teil	71
4.1	Methode	71
4.2	Qualitative Forschung – quantitative Forschung.....	71
4.3	Forschungsdesign	74
4.4	Erhebungsinstrument	75
4.4.1	Das Leitfadeninterview.....	75
4.4.2	Das Expert*inneninterview	77
4.4.3	Expert*innen als Begriff.....	78

4.5	Durchführung des Interviews	80
4.6	Die Stichprobe	80
4.7	Auswertung des Interviews	81
4.7.1	Die Transkription	81
4.7.2	Auswertungsmethode: Qualitative Inhaltsangabe	81
4.7.3	Das Codesystem	84
5	Darstellung der einzelnen Interviewpartner*innen.....	85
6	Kategorienbildung	93
7	Interpretation der Ergebnisse	94
7.1	Fachkompetenz - Zusammenhänge von Gesundheitsvorsorge	95
7.2	Gesundheitskompetenz - eigenes Gesundheitsverhalten	97
7.3	Methodenkompetenz	100
7.4	Gesundheitskompetenz von Klient*innen	103
7.5	Gesundheit – Wichtige Aussagen	105
8	Fazit	107
	Literaturverzeichnis	110
	Anhang.....	125

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheit und Krankheit als Schalter vergleichbar	10
Abbildung 2: Das biopsychosoziale Modell	11
Abbildung 3: „Gesundheit und Krankheit als Kontinuum“	12
Abbildung 4: Drei Bereiche des Kohärenzsinnns	13
Abbildung 5: Die sieben Säulen der Resilienz.....	15
Abbildung 6: „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“.....	16
Abbildung 7: Rangfolge der Risikofaktoren	18
Abbildung 8: Gesundheit und Krankheit mit sechs Dimensionen	19
Abbildung 9: Sechs Dimensionen subjektiver Gesundheitseinschätzung	20
Abbildung 10: Unterschiede Prävention und Gesundheitsförderung	21
Abbildung 11: Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (HBM)	41
Abbildung 12: Theorie des geplanten Verhaltens (TPB) und Theorie der Handlungs veranlassung (TRA)	43
Abbildung 13: Theorie der Schutzmotivation (PMT).....	44
Abbildung 14: Sozial- kognitive Theorie (SCT).....	46
Abbildung 15: Das Transtheoretische Modell (TTM)	48
Abbildung 16: Die Prozesse der Verhaltensänderung im TTM	49
Abbildung 17: Das Prozessmodell präventiven Handelns (PAPM).....	51
Abbildung 18: Das Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA).....	52
Abbildung 19: Modell des Rückfalls.....	54
Abbildung 20: Soziale Lerntheorie nach Bandura	66
Abbildung 21: Codesystem MAXQDA.....	84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick zu Risiken und Ressourcen.....	25
Tabelle 2: Abgrenzung qualitative und quantitative Forschung	72
Tabelle 3: Daten Frau P	85
Tabelle 4: Daten Frau V	86
Tabelle 5: Daten Herr C	87
Tabelle 6: Daten Herr M	87
Tabelle 7: Daten Frau C	88
Tabelle 8: Daten Frau N	89
Tabelle 9: Daten Frau A	90
Tabelle 10: Daten Frau B	91
Tabelle 11: Daten Frau V	91
Tabelle 12: Daten Frau S	92
Tabelle 13: Gesamtüberblick aller Interviewpartner*innen	92

Abkürzungsverzeichnis

BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
HBM	Health Belief Model (Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen)
HAPA	Health Action Process Approach (Das sozial- kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns)
ICD- 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifizierung von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICD- 11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifizierung von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ÖBIG	Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction
PAPM	Precaution Adoption Process Model (Das Prozessmodell präventiven Handelns)
PMT	Protection Motivation Theory (Die Theorie der Schutzmotivation)
SCT	Social Cognitive Theory (Die sozial- kognitive Theorie)
TPB	Theory of Planned Behaviour (Die Theorie des geplanten Verhaltens)
TRA	Theory of Reasoned Action (Die Theorie der Handlungsveranlassung)
TTM	Transtheoretical Model (Transtheoretisches Modell)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WKO	Wirtschaftskammer Österreich

1 Einleitung

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“

Arthur Schopenhauer

Die Idee, sich mit dem Thema dieser Arbeit zu beschäftigen ergab sich aus mehreren Motivationen heraus. Der Autor kennt verschiedene Themen über Gesundheit, Beratung, und Verhaltensänderung aus den verschiedenen Blickwinkeln. Als psychosozialer Berater in der Gesundheitsvorsorge ebenso wie als Person, die ihren Lebensstil im Bereich der Gesundheit verändert hat.

Viele Jahre wurde kein gesundheitsfördernder Lebensstil gepflegt. Daraus entstanden zwar noch keine lebensbedrohlichen Erkrankungen, es war allerdings höchstwahrscheinlich nur mehr Frage der Zeit. Erst durch ein radikales Umstellen von Gesundheitsverhalten im Bereich Ernährung, Bewegung, Verzicht von Tabakkonsum und stressreduziertem Verhalten, konnte das Risikoverhalten auf ein Minimum reduziert werden. Die daraus entstandenen Verhaltensänderungen brachten oft Rückschläge, dieselbe Art, die auch der Autor bei seinem Klienten*innen beobachten konnte. Durch die Auseinandersetzung mit den Verhaltensmodellen erhielt der Autor ein wirksames Werkzeug, mit dem sich langfristig Veränderungen in Gesundheitsverhalten einstellen lassen.

Als psychosozialer Berater konnte immer wieder beobachtet werden, dass Klient*innen zwar Bescheid wussten, dass sie sich gesünder verhalten müssten. Bei der Umsetzung zeigten sich aber die größten Probleme und somit auch den größten Frust. Um hier optimal unterstützen zu können, habe der Autor das Thema auch gewählt.

Studien belegen, dass viele chronische Erkrankungen aufgrund des Lebensstil entstehen. Somit wäre es grundsätzlich ja doch so einfach, vielen Erkrankungen vorzubeugen. Studien bestätigen auch, dass die Lebenserwartung ständig steigt und die Menschen immer älter werden. Leider sinkt aber auch die gesunde Lebenserwartung, d.h., dass sich Menschen immer früher als ungesund erleben und es auch sind. Dies verursachen nicht nur enorme Kosten für die leidenden Personen, sondern auch für das Gesundheitswesen eines Staates.

Somit wäre es für alle ein Gewinn, wenn Menschen gesündere Lebensweisen entwickeln und lang gesund bleiben. Menschen brauchen dabei Anleitung, es muss ihnen gezeigt werden, wie sie ein gesünderes Leben für sich entwickeln und gesundheitsfördernden Lebensstil pflegen können.

So soll diese Arbeit auch der Sensibilisierung dienen und zeigen, wie psychosoziale Berater*innen ihre Klient*innen unterstützen können, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu entwickeln und Verhaltensänderungen einzuleiten können.

2 Gesundheit

2.1 Definition Gesundheit

Um in der psychosozialen Beratung unterstützende Maßnahmen in der Gesundheitsvorsorge bei Klient*innen einleiten zu können, ist es vorab wichtig als Berater*in, sich mit dem Begriff Gesundheit auseinanderzusetzen. So können Berater*innen sicherstellen, ob sie ihre Klient*innen in ihren Verständnis von Gesundheit verstehen und gegebenenfalls auch hier anzusetzen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit folgendermaßen:

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (Weltgesundheitsorganisation 2020, 1).

2.2 Gesundheitsmodelle

Es gibt verschiedene Modelle, die Gesundheit bzw. Krankheit aus unterschiedlichen Blickwinkel betrachten. Modelle können den Berater*innen Struktur, Ordnung und System geben. Dadurch kann eine optimale Unterstützung in der Beratung zu Gesundheitsvorsorge gewährleistet werden. So lohnt es sich nachfolgende Modelle näher zu betrachten.

2.2.1 Biomedizinisches Modell

Erst mit Ende des 19. Jahrhunderts war klar, dass Mikroorganismen Krankheiten hervorbringen können. In dieser Zeit gab es noch keine Hygienestandards und Chirurgen operierten mit bloßen Händen. Deswegen starben auch viele Frauen in den Krankenhäusern an Kinderbettfieber. Der ungarische Arzt Ignaz Philip Semmelweis konnte mittels Einführung von Hygienestandards die Todesrate bis auf ein Prozent senken. Trotzdem lehnten die Ärzte das Prozedere des Händewaschens vor Untersuchungen ab. Seine Leistungen fanden erst Jahrzehnte später Anerkennung. Aufgrund der Arbeiten von Louis Pasteur konnte die Keimtheorie entwickelt werden. Seitdem verbesserten sich die Hygienemaßnahmen in den Krankenhäusern (vgl. Pharmazeutische Zeitung, 2006).

Zeitgleich mit der Entwicklung der Keimtheorie entstand Ende des 19. Jahrhunderts auch das biomedizinische Modell. Dieses Modell findet noch heute weit verbreitete Nutzung. Es beschreibt ausschließlich nur körperliche Schädigungen und Organfunktionseinschränkungen als Grund von Krankheiten. Aufgrund physiologischer Gegebenheit, wie Körperfunktionsstörungen und Körperstrukturschädigungen, wie sie etwa bei Infizierungen durch Kleinstorganismen vorkommen, entstehen Krankheiten. Psychische Aspekte werden dabei ausgeklammert, was als Kritik an diesem Modell gesehen werden kann. Ebenfalls kritisiert wird die dabei postulierte Gegensätzlichkeit von Gesundheit und Krankheit, wie von Roch und Hampel in der Abbildung gut veranschaulicht (Abb.1). Durch den Zustand der Anwesenheit von Krankheit wird auch gleichzeitig der Zustand der Abwesenheit von Gesundheit dargestellt (vgl. Roch, S./ Hampel, P. 2018, 248f).

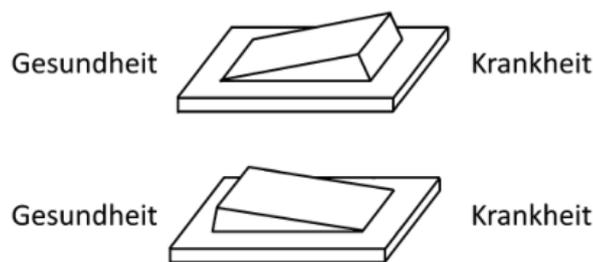


Abbildung 1: Gesundheit und Krankheit als Schalter vergleichbar

Quelle: Roch, S./Hampel, P. 2018, zit. nach W.Jacobson 27.10.2017, 248

„Obwohl somit schon früh die Grenzen des biomedizinischen Modells aufgezeigt und viele neuere Modelle entwickelt wurden, erlebt es weiterhin Relevanz. Dabei spielen gerade medizinische Durchbrüche wie neue Erkenntnisse und Möglichkeiten der Gentherapie und Psychopharmakologie eine zentrale Rolle, da sie den Fokus zurück auf die körperliche Betrachtung von Krankheit lenken und die psychischen und sozialen Aspekte durch biologische Prozesse zu erklären versuchen. Somit wird das Modell trotz der inzwischen schon 70 Jahre zurückliegenden Erweiterung des Krankheitsbegriffs durch die WHO und die vielfältigen neueren Modelle bis heute in Wissenschaft und Forschung genutzt, um die Entstehung von Krankheit zu erklären.“

Dies ist damit zu begründen, dass die Annahme, dass bestimmte physiologische Veränderungen mit bestimmten Erkrankungen zusammenhängen, auch aus heutiger Sicht korrekt ist. Diese Annahme reicht jedoch nicht für die Erklärung aller bekannten Erkrankungen aus, sodass auch auf andere Modelle zurückgegriffen werden muss“ (Roch, S./ Hampel, P. 2018, 249).

2.2.2 Biopsychosoziales Modell

Im biopsychosozialen Modell finden neben biologischen auch psychische und soziale Aspekte bei Entstehung und Verlauf von Krankheiten Berücksichtigung. Angst, Trauer, Depression, aber auch Bewältigungsstrategien, subjektive Denkansätze in Bezug auf Krankheitsverlaufserwartungen und finanzielle Situation sind unter anderem Faktoren, die bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheit in diesem Modell berücksichtigt werden (Abb.2) (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 19).

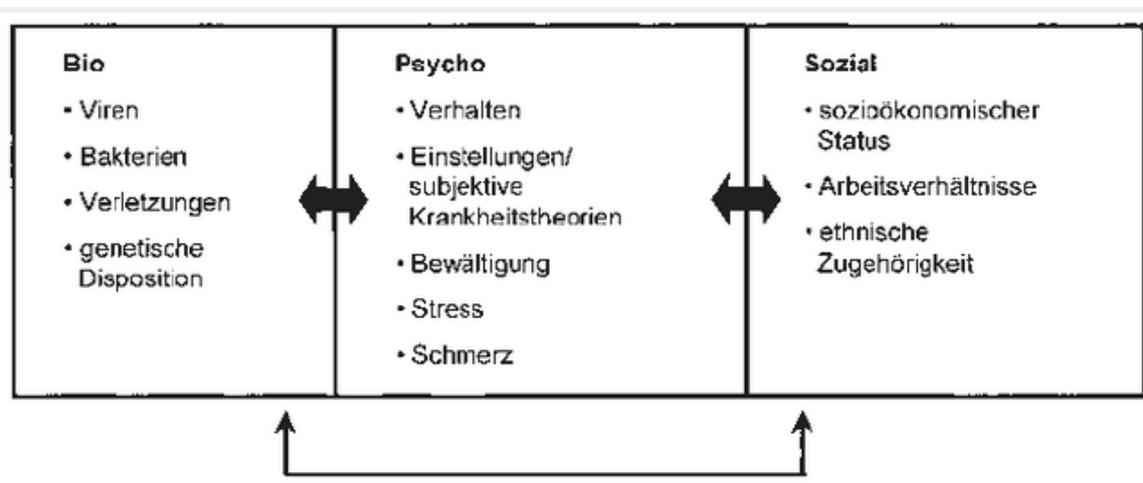


Abbildung 2: Das biopsychosoziale Modell

Quelle: Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017 zit. nach Engel 1977, 1980, 19

Nicht gegensätzlich betrachtet werden Gesundheit und Krankheit in diesem Modell, sondern als eine Art Abfolge, Reihenfolge oder Prozess, also als Endpunkte eines Kontinuums (Abb.3). Das subjektive Befinden eines gesunden oder kranken Menschen hat dabei einen großen Einfluss. Zum Beispiel können zwei Personen mit Hausstauballergien sich unterschiedlich beeinträchtigt fühlen und unterschiedliche Versorgung benötigen (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 19f).

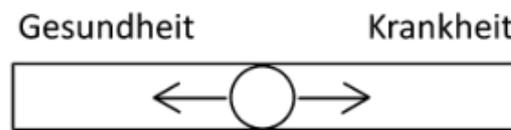


Abbildung 3: „Gesundheit und Krankheit als Kontinuum“

Quelle: Roch, S./Hampel, P. 2018, 249

Wichtig sei auch zu erwähnen, dass im Rahmen des biopsychosozialen Modells, den Menschen eine aktive Rolle zugesprochen wird. Sie sollen und können zur der Erhaltung und Förderung der Gesundheit aktiv beitragen und so den Genesungsprozess unterstützen (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 20).

2.2.3 Salutogenese Modell

Vergleichbar mit dem biopsychosozialen Modell sieht Antonovsky in seinem Modell der Salutogenese Gesundheit und Krankheit als Endpunkte in einem Kontinuum (vgl. Roch, S./Hampel, P. 2018, 251).

Im Gegensatz zum biopsychosozialen Modell, wo der Blick auf Entstehung und Verlauf einer Erkrankung liegt, ist die Perspektive, die beim Salutogenese Modell eingenommen wird, die, wie trotz widriger Umstände der Weg in Richtung Gesundheit eingeschlagen werden kann. Dabei ist es wichtig, den Menschen in seiner Ganzheit wahrzunehmen, inklusiver seiner Lebensgeschichte. Die Erkrankung ist nur ein Teil, der besteht.

Der Kohärenzsinn sollte im Erwachsenenalter stabil sein und wird aus den Erfahrungen der Kindheit und Jugendzeit entwickelt. Er besteht aus den drei Bereichen (Abb.4) Verständlichkeit (Kognition), Bewältigbarkeit (Motivation) und Bedeutung (Emotion). (vgl. Roch, S./Hampel, P. 2018, 251f).

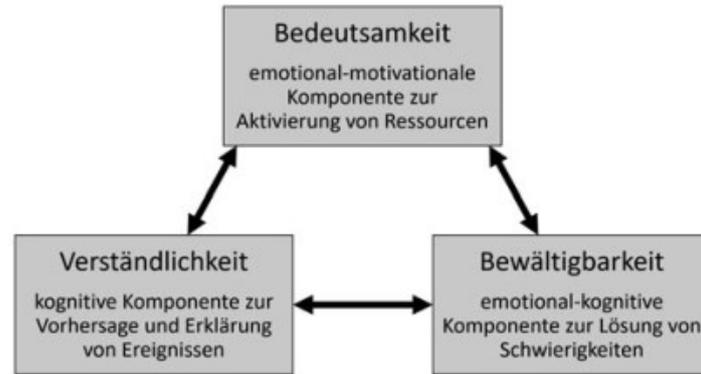


Abbildung 4: Drei Bereiche des Kohärenzsinn

Quelle: Roch, S./Hampel, P. 2018, zit. nach Antonovsky 1988, 252

Antonovski bezieht in seinem Modell „Verständlichkeit“ auf die Wahrnehmung der Umwelt. Wenn Reize und Informationen als positiv bewertet werden, können sie für zukünftige Ereignisse ausgelegt werden.

Wie Personen mit Schwierigkeiten umgehen, beschreibt der Aspekt „Bewältigbarkeit“. Werden diese als positiv und machbar erlebt, können zukünftige Herausforderungen besser angenommen werden.

Bei Deutung einer hohen „Bedeutsamkeit“ als dritter Bereich des Kohärenzsinn ist die Motivation sich zu engagieren erfolgsversprechender (vgl. Roch, S./Hampel, P. 2018, 252).

„Erfahrungen, die überwiegend durch Unvorhersehbarkeit, Unkontrollierbarkeit und Unsicherheit geprägt sind, führen zu einem schwachen Kohärenzgefühl. Das heißt jedoch nicht, dass ein Mensch nie Unsicherheit und Unvorhergesehenes erfahren darf, um ein hohes Kohärenzgefühl zu erwerben. Für die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls ist nach Antonovsky ein ausgewogenes Verhältnis von Konsistenz und Überraschung, von lohnenden und frustrierenden Ereignissen erforderlich“ (Bengel, J./Lyssenko, L. 2012, 17).

2.2.4 Resilienz als Modell

Das Wort Resilienz entspringt aus dem lateinischen Wort *resilire* und bedeutet zurückspringen bzw. abprallen. Auch die Psychologie verwendet, neben anderen Disziplinen, wie Energiewirtschaft oder Ingenieurwesen, den Begriff Resilienz. In den

letzten Jahrzehnten haben einige Psycholog*innen, Psychiater*innen und Mediziner*innen zu Resilienz geforscht um festzustellen, welche Kriterien und Faktoren zur Bewältigung von Lebensereignissen notwendig sind, damit sie gut oder nicht so gut meistern zu können. (vgl. Thun- Hohenstein, L./Lampert, K./Altendorfer- Kling, U. 2020, 8).

Kriterien, die Einfluss auf die psychische Widerstandsfähigkeit haben werden von Thun- Hohenstein/ Lampert/ Altendorfer- Kling in ihrer Übersichtsarbeit wie folgt zusammengefasst:

- „das Nicht- Erkranken im Falle einer erblich belasteten Situation
- die Nicht- Entwicklung einer bekannten Folge eines Risikofaktors
- Kriterien des Gelingens äußerer Anpassung und / oder
- gelungene Lebensbewältigung
- die Verbesserung des Sozialkapitals oder anderer sozialer Parameter (Verheiratung, Arbeit, gesellschaftliche Integration)“ (Thun- Hohenstein, L./Lampert, K./Altendorfer- Kling, U. 2020, 9).

Schutzfaktoren werden in Ressourcen (externe Faktoren) und Eigenschaften (interne Faktoren) unterteilt, die zur einer positiven Lebensadaption führen sollen, oder zur Bewältigung unerwarteter Lebenssituationen. Dabei spielen die Bereiche Kultur (Wertesysteme, Bräuche), Gesellschaft (wie zum Beispiel Staatsformen), der nahe Sozialraum (Nachbarn, gute Schulerfahrung), aber auch die Familie (Großfamilie, Alleinerziehend) und das Individuum (Intelligenz, aktive Kontaktfreudigkeit) eine zentrale Rolle, um den Resilienzfaktor zu erhöhen. Auch die Risiko- bzw. Belastungsfaktoren greifen auf diese Bereiche ein und können die Resilienzfaktoren auch verringern. Armut, geringer sozialer Status und wenig soziale Unterstützung werden als die weltweit häufigsten Faktoren benannt, die zu verringerter Resilienzfähigkeit führen können. (vgl. Thun- Hohenstein, L./Lampert, K./Altendorfer- Kling, U. 2020, 9ff).

Es gibt einige Resilienzförderungsmodelle, die in der psychosozialen Beratung verwendet werden können, um Menschen dabei zu unterstützen resilienter zu werden.

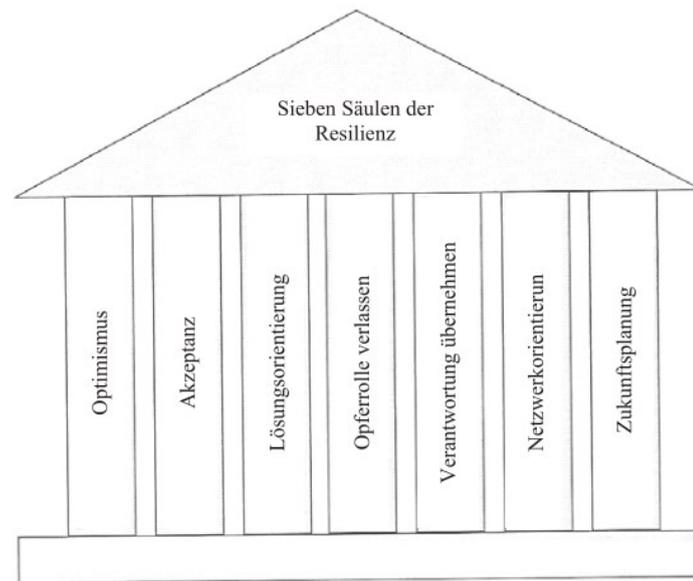


Abbildung 5: Die sieben Säulen der Resilienz

Quelle: Götze, U. 2013 zit. nach Reivich, K./Shuttle, A. 2003, 48

Stellvertretend soll hier kurz auf das Modell der sieben Säulen nach Reivich und Shatte eingegangen werden (siehe Abb.5).

Alle Säulen dienen dazu, Menschen für zukünftige Krisen zu stärken. In der Beratungspraxis sollen Strategien erarbeitet und trainiert werden, um bei Bedarf schneller aus der Krise herauskommen zu können und auf Ressourcen zurückgreifen zu können.

Den Glauben, dass Krisen begrenzt sind zeigt sich als „Optimismus“ im Modell, welcher die Selbstwirksamkeit der Klient*innen fördert. Genauso sollen die Säulen „Lösungsorientierung“, „Opferrolle verlassen“ und „Verantwortung übernehmen“, die Selbstwirksamkeit der Klienten stärken. „Akzeptanz“ fördert die Selbst- und Fremdwahrnehmung, da es wichtig ist, seine Schwächen und Stärken zu kennen, um daraus eine Fähigkeit zu generieren. Seine sozialen Kontakte und sein soziales Umfeld zu kennen und zu nutzen ist als „Netzwerkorientierung“ weitere Säule zur Förderung von Resilienz, welche der sozialen Kompetenz zugeordnet werden kann. Die letzte Säule, die auch zur Selbstwirksamkeit gezählt werden kann ist die Förderung auf die „Zukunftsplanung“. Planen kann ein Schutz vor zukünftigen Krisen sein oder auch Rückschläge vermindern. (vgl. Götze, U. 2013, 47ff).

2.2.5 Diathese- Stress- Modell bzw. Vulnerabilitäts-Stress- Modell

Zentrale Bestandteile des Vulnerabilitäts- Stress- Modell bzw. Diathese- Stress- Modell sind nach Wittchen/ Hoyer erstens die Anfälligkeit in Bezug auf psychologische, soziale und biologischen Stufen der entsprechenden Situationen. Die Verletzlichkeit allein muss nicht zur Beeinträchtigung führen, es braucht auch Situationen die etwas auslösen.

Der zweite Punkt dieses Modells ist Stress, auch Exposition genannt. Es gibt viele unterschiedliche Faktoren, die Stress auslösen. So können schwierige Lebensereignisse als zeitlich genau definiertes Ereignis bestimmt werden, oder es können auch über einen Zeitraum von Wochen oder Monaten Bedingungen vorherrschen, die ständig belasten.

Wie mit der Situation umgegangen wird, zeigt sich in der Resilienz, ein dritter Punkt in diesem Modell. Die Schutz- und Risikofaktoren sind hier von zentraler Bedeutung. Als letztes Element dieses Modelles wird Handlungskompetenz oder Coping beschrieben, welche Kompetenzen die Personen aufweisen können, um schwierige Situationen oder stressreiche Ereignisse umgegangen wird (vgl. Wittchen, H./Hoyer, J. 2011, 20ff).

„Durch die Betrachtung dieser verschiedenen Komponenten integriert das Vulnerabilitäts- Stress- Modell die Interaktionen von Anlage und Umwelt. Vereinfacht können die Belastungen als Summe von Alltagsstress (daily hassles, minor stressors) und kritischen Lebensereignissen (major stressors) beschrieben werden“ (Abb. 6) (Roch, S./Hampel, P. 2018, 250f).

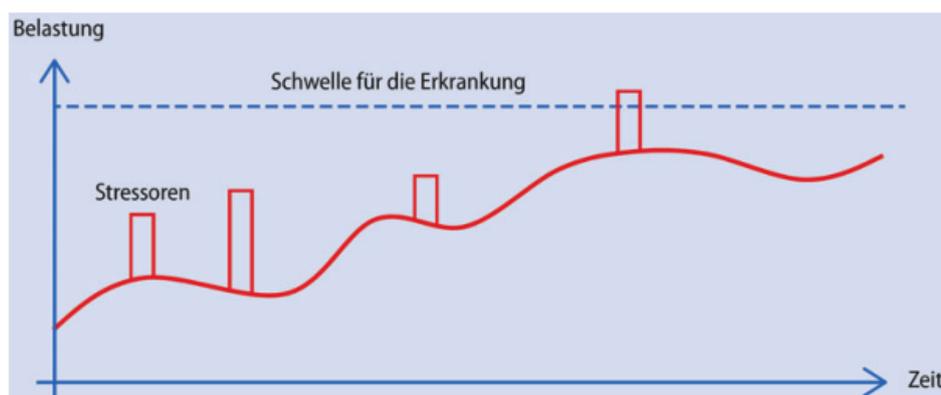


Abbildung 6: „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“

Quelle: Roch, S./Hampel, P. 2018, zit. nach Mohr et al. 2017, 251

Bei Personen die eine hohe Coping Strategie und hohe Resilienz aufweisen, bleiben die Stressoren unterhalb der Schwelle, die zum Ausbruch einer Erkrankung führt. Dadurch kann Krankheiten verhindert werden (vgl. Roch, S./Hampel, P. 2018, 250f).

2.2.6 Risikofaktorenmodell

Genau wie auch beim biomedizinischen Modell wird beim Risikofaktorenmodell der Blickwinkel auf die Erkrankung gerichtet.

Dieses Modell beruht auf Statistiken von Krankheitshäufungen bzw. Krankheitsminderungen bei Personen, mit dem Ziel Faktoren für Häufungen bzw. Minderungen zu identifizieren. Diese Faktoren können unter anderem die Ernährung, Bewegung, Alter, Übergewicht usw. sein. Diese Daten können sehr wichtig für mögliche präventiven Maßnahmen sein (vgl. Schüz, B./Möller, A. 2006, 145).

In der Erforschung der Risikofaktoren geht es um Faktoren, die veränderlich sind, um dadurch eventuell Krankheiten präventiv entgegenwirken können. Herz-Kreislaufkrankungen werden unter anderem oft mit Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel in Verbindung gebracht. Somit sucht die Forschung nach Risikofaktoren einer Krankheit. Wenn diese nicht gefunden werden, wie zum Beispiel bei einer Demenzerkrankung sind keine Präventionsmaßnahmen möglich (vgl. Schüz, B./Möller, A. 2006, 146).

Bruns unterscheidet primäre, sekundäre und tertiäre Risikofaktoren. Es wird eine Rangfolge beschrieben (Abb. 7), innerhalb der Krankheit, Organreaktionen und biologische Messwerte zu den primären Risikofaktoren zählen. Umwelteinflüsse und psychologische Aspekte, gehören zu den sekundären Risikofaktoren. Die gesellschaftlichen Einflüsse werden als tertiäre Risikofaktoren bezeichnet (vgl. Bruns, W. 2013, 27).

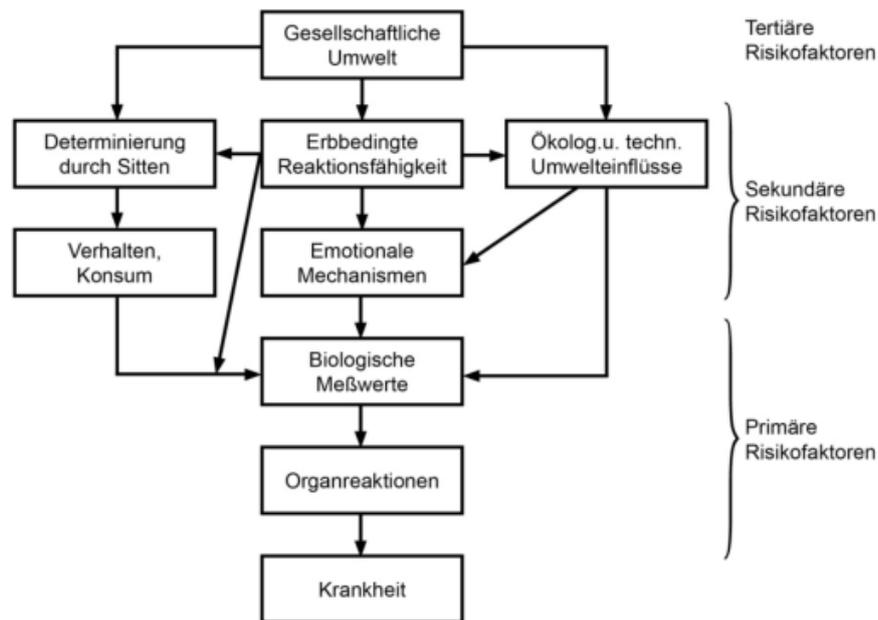


Abbildung 7: Rangfolge der Risikofaktoren

Quelle: Bruns, W. 2013 zit. nach Schaefer/Blohmke 1978,28

2.2.7 Dynamische Modell der „positiven Gesundheit“

In der Zeit, in der die Definition der WHO entwickelt wurde, waren Infektionskrankheiten im Vordergrund. Um das Jahr 2009 wurde ein neues Konzept für Gesundheit und Krankheit eingeführt. Dieses umfangreiche Konzept zeigt, wie facettenreich das Thema Gesundheit ist. In der heutigen Zeit sind chronische Erkrankungen viel stärker verbreitet, deswegen schien eine Anpassung der Gesundheitsmodelle notwendig (vgl. Roch, S./Hampel, P. 2018, 253).

Das neue Modell wurde während einer Expertenkonferenz in den Niederlanden entwickelt. Daraus wurde ein Forschungsprojekt, welches Verwendung in der täglichen Praxis finden sollte. Dazu wurden Teilnehmer*innen bestehend aus den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens ausgesucht. Gesundheitsdienstleistende wie Ärzt*innen und Krankenschwester/ -pfleger, sowie Menschen mit einer chronischen Erkrankung, Personen aus der Politik mit Entscheidungsbefugnis, Bürger*innen und verschiedene Wissenschaftler*innen mit unterschiedlicher Fachkompetenz nahmen an der Studie teil (vgl. Huber, M et.al. 2016, 2).

Aus der Untersuchung ergaben sich schließlich die Dimensionen (Abb.8) Körperfunktionen, Mentale Funktionen und Wahrnehmung, soziale und gesellschaftliche

Teilhabe, spirituelle/ existenzielle Dimension, Lebensqualität und Alltagsfunktionen (vgl. Roch, S./Hampel, P. 2018, 253).

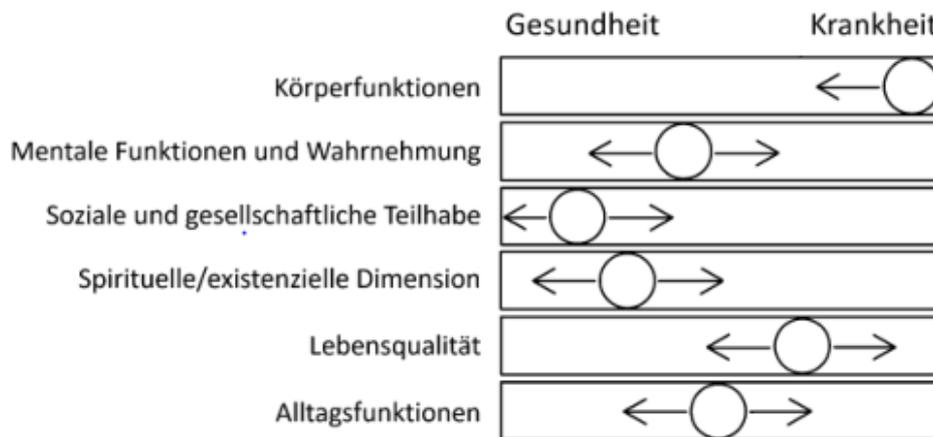


Abbildung 8: Gesundheit und Krankheit mit sechs Dimensionen

Quelle: Roch, S./Hampel, P. 2018 zit. nach W. Jacobsen 27.10.2017, 254

„Körperfunktionen“ umfassen alle biologischen Eigenschaften, vergleichbar mit dem biomedizinischen Modell. Auch die Dimensionen „mentale Funktion“ und „soziale Teilhabe“ entsprechen dem biopsychosozialen Modell. Unter spiritueller Dimension wird Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit der einzelnen Menschen verstanden. Lebensbalance, Lebensfreude und Wohlbefinden zum Beispiel finden sich als Indikator für „Lebensqualität“. „Alltagsfunktionen“ meint hier die Arbeitsfähigkeit und die Sichtweise auf die Funktionsfähigkeit im alltäglichen Leben (vgl. Roch, S./Hampel, P. 2018, 253f).

Huber et. Al. (2016) beschreibt positive und negative Elemente, die bei der Untersuchung herausgekommen sind.

Positive Aspekte waren unter anderen:

- Es wird betont, dass eine Person mehr als ihre Krankheit ist
- Der Fokus liegt auf den Stärken
- Das Selbstmanagement wird mitbedacht
- Die individuelle Verantwortung ist enthalten
- Gesundheit wird als dynamischer Zustand beschrieben

Negative Aspekte waren unter anderem:

- Das Konzept umfasst das ganze Leben und nicht nur auf Gesundheit
- Es ist ein erheblicher persönlicher Beitrag vonnöten – kann das jede*r?
- Es könnte ein Risiko darstellen, dass Menschen zu spät einen Arzt aufsuchen.
- Die Bedeutung und Auswirkungen von „echten“ Krankheiten könnten ignoriert werden.

Auch wurden von den Interviewten Empfehlungen für das Konzept abgegeben, wie zum Beispiel:

- Bezeichnen sie das Konzept als „positive Gesundheit“
- Visualisieren sie ein Webdiagramm (Abb. 9) (vgl. Huber, M et.al. 2016, 3).

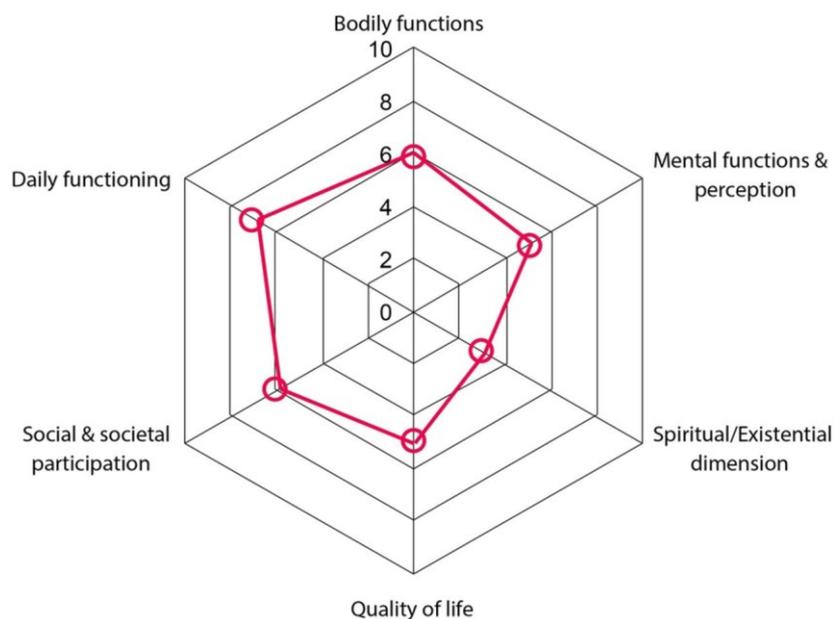


Abbildung 9: Sechs Dimensionen subjektiver Gesundheitseinschätzung

Quelle: Huber, M. et al. 2016, 9

Dieses Modell gibt die Möglichkeit zur Betrachtung mehrerer Dimensionen und kann zwischen den einzelnen Kategorien verschoben werden, was möglicherweise sehr wertvoll sein kann.

Es gibt unterschiedliche Gesundheitsmodelle, die den Blick oder Fokus entweder auf Krankheit oder auf Gesundheit richten. So sind diese Modelle möglicherweise sehr hilfreich um adäquate psychosoziale Beratungen durchführen zu können. Es

kann damit gut eingeschätzt werden, welchen Blick der/ die Klient*in hat, wie er/sie sich und seine Beeinträchtigungen wahrnimmt.

2.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Die Förderung von Gesundheit und Prävention sind wichtige Ansätze für ein gesundes, zufriedenes Leben und das eigene Wohlbefinden. In diesem Kapitel sollen Definitionen und Unterschiede herausgestrichen werden. Die Wichtigkeit der Ottawa Charta und deren Bedeutung für Österreich sollen dieses Kapitel abrunden.

2.3.1 Definitionen, Unterschiede und Ansätze

Nach Faltermaier (2005) unterscheiden sich Prävention und Gesundheitsförderung in ihren Grundprinzipien. Als Grundprinzip der Prävention gilt es Krankheitsrisiken zu vermeiden oder abbauen, wohingegen die Gesundheitsförderung darauf abzielt, gesundheitliche Ressourcen und Lebensweisen zu stärken oder aufzubauen (Abb. 10).

Zugangswege	Prävention	Gesundheitsförderung
	Grundprinzip Krankheitsrisiken vermeiden oder abbauen	Grundprinzip gesundheitliche Ressourcen und Lebensweisen stärken oder aufbauen
personal-körperlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impfungen ▪ Krankheitsfrüherkennung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ körperliche Fitness ▪ Körperbewusstsein
personal-psychisch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikoverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsverhalten ▪ Gesundheitskompetenzen ▪ Bewältigungskompetenzen ▪ Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
soziale Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> ▪ soziale Isolation und Ausgrenzung ▪ soziale Konflikte und Belastungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ soziale Unterstützung und Integration ▪ befriedigende und stabile Beziehungen
Lebenswelt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ belastende und riskante Arbeitsverhältnisse und Familienstrukturen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ befriedigende Arbeit ▪ befriedigende und stabile Beziehungen
gesellschaftliche Verhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Armut ▪ Arbeitslosigkeit ▪ Diskriminierung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gesellschaftliche Anerkennung ▪ gesellschaftliche Integration ▪ ökonomische Sicherheit
Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schadstoffe in Luft, Wasser, Nahrung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Naturerlebnisse ▪ Gesundheit und erholsame Umwelt

Abbildung 10: Unterschiede Prävention und Gesundheitsförderung

Quelle: Faltermaier, T. 2005, 299

Wie in der Abbildung dargestellt sind die Maßnahmen und Zielsetzungen der zwei Ansätzen sehr unterschiedlich (vgl. Faltermaier, T. 2005, 299)

Habermann- Horstmeier/ Lippke (2020) sehen es ähnlich und beschreiben, dass es bei Gesundheitsförderung um eine Förderung geht, bei der die Gesundheitsfähigkeit im Fokus steht und hingegen bei der Prävention es darum geht, die Reduzierung bzw. das Fortschreiten einer Krankheit in der Öffentlichkeit zu verhindern (vgl. Habermann- Horstmeier, L./Lippke, S. 2020, 2).

Auch Ziegler sieht die Präventionsarbeit im Verantwortungsbereich der Politik:

„Prävention ist ein politisch- normativ besetzter Begriff, der verspricht Problementwicklungen frühzeitig zu verhindern, bevor sie als Problemlagen manifestiert werden, die mit höherem Aufwand zu bearbeiten sind. Entsprechend steht Prävention für eine vorausschauende und letztlich kluge Interventions- und Politikgestaltung“ (Ziegler, H. 2019, 660).

Jedes Gesundheitssystem möchte seine Bürger*innen gesund erhalten, sei es um sie bei akuten Krankheiten zu heilen, sie bei chronisch Erkrankten zu begleiten und versorgen oder überhaupt die Gesundheit zu erhalten. Diese Aufgabe stellen sich Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, Entscheidungsträger*innen ebenso wie Professionist*innen. Nur die Schwerpunkte der Arbeit „an der Gesundheit“ könnten verschieden sein (vgl. Faltermaier, R./Wihofszky P. 2011, 257).

Bei der Präventionsarbeit soll es Ziel sein, eine Vermeidung, Verringerung und/ oder eine zeitliche Verschiebung von Mortalität und Morbidiät (Einschränkung Lebensqualität, soziale Teilhabe) und direkte und indirekte Krankheitskosten (Behandlungs-, Rehabilitationskosten, Produktionsreduktion) erreichen zu können (vgl. Habermann- Horstmeier, L./Lippke, S. 2020, 3).

Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung wird oft mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herzinfarkte, Schlaganfälle, rheumatische Erkrankungen, Krebs und so weiter in Verbindung gebracht. Dadurch steigen die Kosten, die oft nicht von den Erkrankten, sondern von der Gesellschaft getragen werden. Deswegen macht auch Prävention zur Kostenreduzierung einen Sinn (vgl. Habermann- Horstmeier, L./Lippke, S. 2020, 2).

Es gibt viele Formen, Methoden und Aspekte, die es bei der Präventionsarbeit zu beachten gilt und auf die nun nachfolgend kurz eingegangen werden soll.

Bei Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention geht es um den zeitlichen Aspekt, wann eine Intervention stattfinden soll. Primärprävention möchte gesunde Menschen ansprechen und sie dabei unterstützen, gesund zu bleiben und ausreichende Schutzfaktoren und Ressourcen aufzubauen. Sekundärprävention möchte Menschen unterstützen, die sogenannten Risikogruppen zählen, um mögliche Erkrankungen frühzeitig sichtbar zu machen. Tertiärprävention dient dazu die Krankheitsfolgen bei Menschen, die schon eine Erkrankung haben, zu reduzieren und spätere Rückfälle zu vermeiden (vgl. Röhrle, B./Behner, C./Christiansen, H. 2012, 142).

Als Beispiel für Verhältnisprävention geben Rosenbrock und Gerlinger, dass in London Anfang 1950 die offene Verfeuerung verboten wurde. Daraufhin sank die Mortalitätsrate auf die Hälfte der statistisch berücksichtigten Personen. Als Beispiel für Verhaltensprävention gaben die obenstehenden Autoren an, dass durch die Benutzung der Sicherheitsgurte beim Autofahren von 90% der Autofahrer in Deutschland jährlich über zweitausend Menschen gerettet worden sind. Die durch Entscheidungsträger herbeigeführten Maßnahmen trugen zum präventiven Erfolg bei (vgl. Rosenbrock, R./Gerlinger, T. 2015, 187f).

Als weitere Formen und Typen der Primärprävention haben Rosenbrock und Gerlinger Interventionsebenen (Individuum, Setting, Bevölkerung) und Interventionen (Information, Abklärung, Beratung oder Veränderung gesundheitsbelastender bzw. ressourcenhemmender Faktoren) beschrieben, die sie auch als sechs Feldtypen bezeichnen.

Feld I (individuell ansetzende Prävention ohne Kontextbeeinflussung) könnten Kurse zu Gesundheit oder Beratung zu Gesundheit bei Ärzten sein. Feld II setzt auch auf der Ebene der individuellen Prävention an, jedoch mit Beeinflussung durch den Kontext. Das könnten Hausbesuche bei einer Entbindenden zum Beispiel sein. Im Feld III, die „settingbasierte Primärprävention“, werden bestimmte Zielgruppen im Setting genutzt. Das können Schulen oder Betriebe sein, wo verhaltensbezogene Präventionsangebote zu Risiken aufgrund wie von Themen um Ernährung, Bewegung, Stress, Genussmittel etc. durchgeführt werden können. Feld IV umfasst die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings, zum Beispiel Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderungen. Feld V und VI findet Primärprävention durch Kampagnen statt, wobei Feld V ohne und Feld VI mit Kontextbezug steht. Kampagnen durch Slogans wie „Nichtraucher leben länger“, oder jeden Tag fünf Stück Obst

sollen der Bevölkerung suggerieren, was guttut. Ein Beispiel für Feld VI, Kampagnen mit Kontextbezug, könnte die schon oben erwähnte Kampagne mit den Sicherheitsgurten sein (vgl. Rosenbrock, R./Gerlinger, T. 2015, 189-201).

Röhrle, Behner, Christiansen benennen in Bezug auf den Ansatzpunkt der Interventionen für Verhaltensprävention auch individuumszentrierte Prävention, oder auch personenzentrierte Prävention, da es sich die Intervention an einzelne Menschen richtet. Umweltorientierte Prävention hingegen setzt nicht am Individuum an, sondern an äußeren Bedingungen (physische, ökologische, soziale und kulturelle Umwelt), was auch Verhältnisprävention genannt wird (vgl. Röhrle, B./Behner, C./Christiansen, H. 2012, 143).

Um den Punkt rund um Prävention abschließen zu können, muss vorher noch kurz auf die Risiko- Ressourcen- Modelle eingegangen werden.

„Den Risiko- Ressourcen- Modellen zufolge ergibt sich die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken, aus dem relativen Verhältnis von Schutzfaktoren (Kompetenzen, Umweltressourcen) und individuellen dispositionellen Verletzlichkeit und Risiken“ (Röhrle, B./Behner, C./Christiansen, H. 2012, 144).

Risiko- Ressourcen- Modelle sind:

- Gleichgewichtsmodelle, ergibt sich aus Zusammenspiel von Ressourcen und Risiken
- Schutz- oder Schildmodelle, Ressourcen lassen keine Gefährdung aufkommen
- Kompensatorische Modelle, mit Ressourcen Mängel ausgleichen
- Puffermodelle, Ressourcen können Stressoren minimieren
- Herausforderungsmodelle, Stressoren in leichter Form können Protektoren aktivieren

Um festzustellen welches Konzept angewandt werden soll, ist es von Bedeutung sich die Auflistung der Risiken und Ressourcen von Röhrle, Behner, Christiansen näher zu veranschaulichen (Abb.11).

Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> - Genetische Veranlagung, konstitutionelle Handicaps - Entwicklungsrückstände, ungesunde Lebensweise oder Lebensstile, geringer Selbstwert, geringer Optimismus, geringer Kohärenzsinn 	Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> - Resilienz - Wachstum - Kognitive Fähigkeiten - Soziale Kompetenzen Stressbewältigungsfertigkeiten - Selbstwert, Autonomie
Umweltbelastungen: <ul style="list-style-type: none"> - Schlechte soziale Lage - Kritische Lebensereignisse - Chronische Belastungen - Schlechtes familiäres Klima - Schlechtes soziale Netzwerke 	Umweltressourcen: <ul style="list-style-type: none"> - Kulturelle Güter - Soziale Güter - Materielle Güter

Tabelle 1: Überblick zu Risiken und Ressourcen

Quelle: In Anlehnung an Röhrle, Behner, Christiansen 2012, 144

Es gibt Maßnahmen in der Prävention, die trainiert und gefördert werden können. Belastungsunspezifische Fertigkeiten beispielweise sind nach Röhrle, Behner, Christiansen Entscheidungsfähigkeit, Problemlösen, kreatives Denken, kritisches Denken, effektive Kommunikation, interpersonale Fertigkeiten, Selbstwahrnehmung, Empathie, Bewältigung von Gefühlen, Stressbewältigung, soziale Unterstützung, materielle Sicherheit, Zugang zu kulturell bedeutsamen Gütern.

Belastungsspezifische Fertigkeiten stehen im Zusammenhang mit bedeutsamen Stressoren, mit denen Kinder oder Jugendliche im Laufe des Lebens konfrontiert werden können und Angebote dazu wie zum Beispiel Scheidungsbewältigung, Umgang mit Verlust/ Trauer, Bewältigung kritischer Lebensphasen, Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern, Bewältigung von Arbeitslosigkeit (vgl. Röhrle, B./Behner, C./Christiansen, H. 2012, 144f).

Es lohnt sich Maßnahmen anzueignen, um in schwierigen Lebensphasen gut durch eine Krise kommen zu können. Jedoch sich mit den Themen wie Trauer, Tod, Scheidung usw. in vorhinein auseinandersetzen, sollte viel mehr initiiert werden. Das

könnte ein spannendes Arbeitsfeld für psychosoziale Berater*innen sein und schließt die Auseinandersetzung mit dem Modell von Risiken und Ressourcen ein. Dies würde in der Beratungspraxis den Klienten ermöglichen, sich für bevorstehende Krisen gut vorzubereiten und geeignete Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Dass Berater*innen zwischen Prävention und Gesundheitsförderung entscheiden können, ist genauso wichtig und würde die tägliche Beratungsarbeit in der Gesundheitsvorsorge erleichtern.

Was bedeutet Gesundheitsförderung? Und wie wird sie in Österreich umgesetzt? Wozu überhaupt Gesundheit fördern? Diesen Fragen widmen sich die nächsten beiden Teilkapitel.

2.3.2 Gesundheitsförderung Ottawa Charta

1986 gab es eine erste internationale Konferenz zu Gesundheitsförderung. Daraus entstand ein Verfassungsdokument, das unter dem Namen Ottawa-Charta bekannt ist. Diesen Namen hat sie erhalten, weil die Konferenz in Ottawa, Kanada stattfand. Die Ottawa-Charta fordert Gesundheit für alle Menschen und zum aktiven Tun auf, um das große Ziel zu erreichen. Die gemeinsame Verpflichtung zur Förderung von Gesundheit ist das zentrale Ziel der Konferenzteilnehmer*innen und sprechen sich für die folgenden Punkte aus:

- Eine gesundheitsfördernde Politik mit Engagement für Gesundheit und Chancengleichheit.
- Entgegenwirken von ungesunden Umwelt- und Lebensbedingungen, wie Luftverschmutzung, ungesunde Ernährung und die Ausbeutung von Ressourcen.
- Unterschiede im gesundheitlichen Bereich der Bevölkerung abzubauen und auszugleichen.
- Anerkennung der Menschen zu Selbstkompetenz der eigenen Gesundheit und sie dabei zu unterstützen.
- Gesundheitsdienste sollen Mittel hin zu Gesundheitsförderung ausrichten.
- Die Erhaltung der Gesundheit ist eine wichtige Investition (vgl. WHO, Regionalbüro für Europa 2020, 1-6).

Die Ottawa- Charta umfasst eine ganzheitliche Gesundheitsförderung und nicht nur Präventionsmaßnahmen bei speziellen Krankheiten. Ziel ist, Menschen zu befähigen, die Gesundheit selbstbestimmt zu erhalten und die eigene Gesundheitskompetenz zu stärken. Fünf Handlungsfelder schlägt die Charta vor, wie Gesundheitsförderung gelingen kann. Als erstes Feld nennt sie die Förderung von Kompetenzen von Menschen. Im zweiten Feld wird das Fördern von Aktionen in Gemeinschaften und soziale Netzwerken vorgeschlagen. Das dritte Handlungsfeld meint gesundheitsfördernde Maßnahmen zu Lebensstilen innerhalb von Beruf, Familie, Umwelt und Freizeit. Ein weiteres Feld beschreibt die Schaffung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und das fünfte Handlungsfeld soll die Gesundheitsförderung in den Gesundheitsdiensten umstrukturieren (vgl. Faltermaier, R./Wihofszky P. 2011, 258f).

2.3.3 Gesundheitsförderung Österreich

In Österreich gibt es ein Gesetz zur Gesundheitsförderung, das im Bundesgesetzblatt 51 von 1998 unter §1 folgende Zielsetzung beschreibt:

„§1.(1) Gegenstand dieses Bundesgesetzes sind Maßnahmen und Initiativen, die zur Erreichung folgender Zielsetzungen beitragen:

1. Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens;
2. Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren“ (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort. BGBl. I Nr. 51/1998 2020, 1).

Im Jahr 2006 wurde das Gesetz verändert und die Gesundheit Österreich GmbH als Forschungs- und Planungsinstitut errichtet. Sie hat drei Geschäftsbereiche. Der erste Geschäftsbereich ist das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen mit der Abkürzung ÖBIG, der zweite Bereich ist das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen mit Abkürzung BIQG und der dritte wichtige Bereich ist der Fonds Gesundes Österreich kurz FGÖ genannt (vgl. Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort. BGBl. I Nr. 132/2006 2020, 2).

Die Firma Gesundheit Österreich GmbH ist dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz unterstellt. Somit hat das Sozialministerium die Aufsichtspflicht über die GmbH. (vgl. Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2020).

Gerlinger (2018) bewertet Österreich mit seinem Gesundheitsförderungsgesetz unter allen anderen Krankenversicherungsstaaten besonders positiv und schreibt Österreich eine

„Vorreiterrolle“ in der Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen primären Prävention“ zu (Gerlinger, T. 2018, 87).

Die Steuerung dieser komplexen vielschichtigen Planungsebenen in der Gesundheitspolitik wurde mit einem Mehrebenen- Steuerungssystemen entwickelt. Die erste Ebene dient den Verhandlungen zwischen Bund, Land und der Sozialversicherung. Hier werden Schwerpunkte gesetzt und eine Grundorientierung vereinbart. Die zweite oder regionale Ebene dient der Verhandlung zwischen den Ländern und der Sozialversicherung, auf welcher Feinabstimmungen durchgeführt und Ergebnisse vereinbart werden. Die dritte und letzte Ebene dient den Akteuren bzw. Einzelorganisationen. Hier erfolgt die Umsetzungen der Ergebnisse aus den Verhandlungen (vgl. Wesenauer, A. 2015, 34f).

Wesenauer führt weiter aus, dass das Mehrebenensystem ein Monitoring- und Informationssystem benötigt, um die Verantwortlichen bei der Umsetzung zu unterstützen und damit Transparenz für Zielerreichung oder Zielnichterreichung zu erzeugen und ergänzt:

„Die qualitative Analyse der gemeinsam erzielten Ergebnisse und das Ableiten von Maßnahmen und Zielen zur Verbesserung der Zielerreichung müssen diesen Prozess ergänzen, und schafften so ein lernendes System im Sinne der „Lernenden Organisation““ (Wesenauer, A. 2015, 36).

Die Gesundheitspolitik in Österreich mit der Fokussierung der Gesundheitsförderung auf die Ressourcen und Stärken und dem Abschwächen von gesundheitlichen Störungen, wurde in den letzten Jahren politisch breit verankert. Vorerst waren keine länderübergreifenden Maßnahmen erkennbar und es schien meist unkoordiniert, mit wenig Struktur. Es gab wenig strategisch geplante Aktionen bundesländerübergreifend. Spitzbart ist der Meinung, dass erst mit den Rahmen- Gesund-

heitszielen, die im Jahr 2012 beschlossen wurden, eine stärkere Gesundheitsförderung und Umsetzung auf breiter Basis erfolgen konnte und es auf mehreren Ebenen bundesweit zur Umsetzung kam (vgl. Spitzbart, S. 2015, 103).

Die Gesundheitsziele für Österreich wurden 2012 beschlossen. Grund bzw. Ausgangslage war, dass die Lebenserwartung der Österreicher*innen immer weiter anstieg. So war es nach Stand 2011 so, dass Kinder, die in Österreich 2010 geboren wurden mit einer Lebenserwartung von 78 Jahren (Buben) und mit einer Lebenserwartung von bis zu 83 Jahren (Mädchen) rechnen können. Erschreckend sind die Zahlen, mit Stand 2012, die eine gesunde Lebenserwartung bei Männer mit durchschnittlich fast 62 Jahren und bei Frauen mit knapp 63 Jahren prognostizieren. Durch die Erkenntnis, viele Jahre im Alter nicht gesund zu sein, wurde die Erhöhung der gesunden Lebenserwartung ein Aufholen an internationalen Vergleichswerte zum Ziel erklärt. (Österreich liegt im internationalen Vergleich nur im unteren Durchschnitt liegt) (vgl. Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 1).

Neuere Zahlen zeigen, dass die Lebenserwartung weiterhin steigt. So liegt die Lebenserwartung bei 2019 geborenen Frauen mittlerweile bei 84,2 Jahren und Männern bei 79,5 Jahren (vgl. Statista 2020, 1).

Wie wichtig die Umsetzung der Gesundheitsziele ist, zeigen die Zahlen zur gesunden Lebenserwartung aus dem Jahr 2018. Dementsprechend sind die gesunden Lebenserwartungen bei Frauen und Männern noch weiter gesunken. Bei Frauen sind es nur mehr 57 Jahre und bei Männer liegt die gesunde Lebenserwartung bei 56,8 Jahren (vgl. Eurostat 2020, 1).

Auch die Entwicklungspsychologie zeigt die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung auf. Vermeidung von Risikofaktoren und Krankheiten sind ebenso zentrale Themen, wie auch das Stärken von Ressourcen und Selbstbestimmung über die Gesundheit. Welche Faktoren man verändern bzw. beeinflussen kann, bestimmen die Determinanten. Das können zum Beispiel Alter, Geschlecht, Erbanlagen, individuelle Lebensweisen, soziale Netzwerke oder Lebens- und Arbeitsbedingungen sein. Es gibt in jedem Entwicklungsabschnitt verschiedene Risikofaktoren, aber auch Ressourcen. So wird in der Kindheit auf die Förderung gesunder Ernährung und viel Bewe-

gung geachtet und bei Jugendlichen liegt der Fokus auf angemessenem und geringem bzw. keinen Alkohol-, Tabak-, und Drogenkonsum. Im Erwachsenenalter kommt noch ein Faktor der Förderung und Prävention dazu. So soll eine lange Funktionsfähigkeit und eine Wiederherstellung der Gesundheit bei Krankheiten Beachtung finden. Schon vor der Geburt setzt Gesundheitsförderung an und auch noch im hohen Alter ist es nicht zu spät für Gesundheitsförderung (vgl. Voelcker-Rehage, C. 2018, 748f).

Der Entwicklungsprozess der Gesundheitsziele dauerte ein Jahr an und es waren viele Personen involviert. Im Mai 2011 gab es eine Bundesgesundheitskonferenz mit über 300 Vertreter*innen aus verschiedensten Gesundheitsbereichen der Politik und Gesellschaften. Auch konnte die Bevölkerung über eine online- Plattform ihre Wünsche äußern. Im Herbst 2011 wurde ein Plenum mit 38 Repräsentant*innen aus Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung, Bevölkerung und Politik gegründet und es wurde in fünf Workshops ein Vorschlag für Gesundheitsziele erarbeitet. Die Ergebnisse wurden im Juni 2012 dem Ministerrat/ Nationalrat zur Beschlussfassung vorgelegt. Diese bilden einen Handlungsrahmen für Österreich bis 2032 (vgl. Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 4f).

Die zehn Gesundheitsziele für Österreich sind:

„Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen“ (Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 7).

„Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“ (Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 12).

„Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ (Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 17).

„Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern“ (Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 22).

„Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken“ (Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 27).

„Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen“ (Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 32).

„Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen“ (Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 37).

„Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern“ (Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 42).

„Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ (Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 47).

„Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“ (Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 51).

2.4 Gesundheitskompetenz

Ein eigener Punkt (Ziel 3) der Gesundheitsziele Österreich ist allein der Gesundheitskompetenz gewidmet. Ein Begriff, der sich für Gesundheitskompetenz etabliert hat, ist Health Literacy. Ein Bewusstsein für verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheit ist ein sehr wichtiges Element der persönlichen Kompetenz. Gesundheitskompetenz erfordert Eigenverantwortung und aktives Mittun. Die Gesundheitskompetenz umfasst unterschiedliche Bereiche, die in den Gesundheitszielen Österreich nach Kickbusch (2006) wie folgt beschrieben werden:

Persönliche Gesundheit (persönliches Gesundheitsverhalten), Systemorientierung (sich im Gesundheitssystem Österreich auskennen), Konsumverhalten, Gesundheitspolitik (sich für die eigenen Rechte einsetzen können) und die Arbeit (Gesundheitsförderlichen Rahmen setzen können) sind die Bereiche, die es zu aktivieren, zu fördern und zu entwickeln gilt (vgl. Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 17ff. zit. nach Kickbusch, 2006).

Die allgemeine Gesundheitskompetenz der Österreicher*innen ist nach einer europäischen Studie gering. Nur zehn Prozent der österreichischen Bevölkerung schätzen die eigene Gesundheitskompetenz als sehr gut ein, als noch ausreichend knapp vierunddreißig Prozent. Ein bisschen mehr als achtunddreißig Prozent der Österreicher*innen schätzen ihre Gesundheitskompetenz als problematisch ein und auch noch über achtzehn Prozent betrachten ihre Kompetenz als unzureichend bzw. mangelnd (vgl. Pelikan, J./Röthlin, F./Ganahl, K. 2012, 33).

Die Realität entspricht der Selbsteinschätzung. Über fünfzig Prozent der Bevölkerung zeigen problematische und mangelnde Gesundheitskompetenz. Dabei hängt die Tendenz mehr Sport zu betreiben und mehr gesunde Nahrungsmittel zu sich zu nehmen, stark vom Grad der Gesundheitskompetenz ab. Menschen mit mittel- oder hochgradiger Gesundheitskompetenz weisen einen gesünderen Lebensstil aus (vgl. Vogt, I. 2020, 34).

Auch in anderen Studien zeigt sich die Wichtigkeit von Gesundheitskompetenz für die Gesundheit und die Auswirkung einer problematischen oder mangelnden Kompetenz. So haben Menschen mit schlechten Gesundheitskompetenzen eine höhere Sterbe- und Krankheitsrate, ein ungesünderes Gesundheitsverhalten und nutzen präventive Angebote weniger. Im Gegensatz dazu nehmen sie mehr Krankheitsbehandlungen in Anspruch und dadurch steigen auch die Behandlungskosten (vgl. Pelikan, J. 2015, 178f).

2.4.1 Ernährung

Dass Ernährung und Gesundheit eng in Verbindung stehen und es zwei sehr bedeutsame Faktoren sind, ist mittlerweile klar. Viele Menschen beschäftigen sich mit Ernährung und gehen der Frage nach, was gesund ist. Doch nicht immer scheint das klar zu sein, denn darüber, welche Ernährung gesund für die Bevölkerung ist, sind sich auch Experten nicht immer einig. Zudem haben Empfehlungen zu Ernährung keine lange Haltbarkeit und verändern sich wieder (vgl. Pietrovski, R. 2020, 323).

Derzeit gibt es unterschiedliche Auffassungen über gesunde Ernährungsformen und viel wird über Ernährung diskutiert, von Seiten der Menschen, aber auch der Wissenschaftler*innen. Manche Wissenschaftler*innen sind überzeugt, dass es eine ganz klare Sache ist, dass wir Omnivore sind. Sie meinen, wir haben ähnliche

Verdauungstrakte und Gebisse wie Schweine und Affen und dies wäre aus ernährungswissenschaftlicher Sicht erklärbar (vgl. Zimmermann, M./Schurgast, H./Burgerstein, U. 2018, 30).

Auf der anderen Seite gibt es wissenschaftliche Expert*innen, die für eine vegane Ernährungsform sind und die deren gesundheitsförderliche Wirkung wissenschaftlich belegen können. Pflanzenbasierte Ernährung könne viele Krankheiten verhindern und behandeln, die aufgrund falscher Ernährung entstanden sind oder entstehen könnten (vgl. Greger, M./Stone, G. 2019, 237).

Die Kriterien, welche Ernährungsform als gesund betrachtet werden kann, müssen nicht unbedingt über den Ernährungsstil omnivor oder vegan bestimmt werden. Wichtiger Aspekt soll hier sein, die Ernährungsweise mit einzubeziehen. So sind Fastfoodprodukte, die in der omnivoren und veganen Ernährung zu finden sind, in jeder Ernährungsform sehr ungesund (vgl. Rittenau, N. 2019, 23).

Die Ernährung dient nicht nur der Versorgung des Körpers und dem Sättigen des Hungers. Das Ernährungsverhalten wird durch emotionale, kognitive, soziale und egoistische Faktoren erweitert. Essen zur Entspannung, aber auch aus Angst, Frust oder Ärger fallen unter die emotionalen Faktoren. Zu kognitiven Faktoren zählen Risikoeinschätzungen und Wirksamkeitserwartungen, da Menschen eher ihre eigene Gefährdung verharmlosen. Soziale Faktoren sind durch soziale Normen, Modelllernen und gesellschaftlichen Schichten geprägt und spiegeln sich im Ernährungsverhalten wieder. Identität und die Erhöhung des Selbstwerts verstehen sich als egoistische Faktoren, weil durch die Art der Ernährung sich die Menschen untereinander unterscheiden können oder auch wollen. Konnte man sich früher mehr über Kleidung, Erscheinungsbild und Verhalten im Außen individualisieren, so nimmt diese Funktion heute oft die Ernährungsweisen ein. So kann durch bestimmte Ernährung gesellschaftliche Zugehörigkeit zu einer Gruppe verkörpert werden (vgl. Pietrowsky, R. 2020, 328ff).

Auch eines der Gesundheitsziele Österreich befasst sich mit der Ernährung. So wurde festgesetzt, dass allen Menschen in Österreich qualitativ hochwertige Lebensmitteln zur Verfügung stehen sollen. Der Fokus im Bereich der Maßnahmen wurde auf drei Bereiche gesetzt. So sollen erstens Nahrungsmittel optimal verarbeitet sein, was es politisch und rechtlich zu steuern gilt. Gemeint ist das Eingreifen in

die Nahrungsmittelindustrie und im Gewerbe, die Lebensmittel erzeugen. Als Beispiel wurde die Transfette- Verordnung genannt.

Die zweite Maßnahme richtet sich an Kindergärten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Altersheime, also alle Einrichtungen, die gemeinschaftliche Verpflegung anbieten. Diese gesundheitsfördernd auszurichten ist das Ziel.

Die dritte Handlung bezieht sich auf die Förderung von Ernährungskompetenz. Dies soll durch Psychoedukation über gesunde Ernährung geschehen, aber auch durch verständlicher Sprache gekennzeichneten Lebensmittel, über Werbung, die ihre Produkte wahrheitsgemäß beschreibt und Marketing, das verantwortungsbewusst betreiben wird. Aktionen sollen auf Zielgruppen ausgerichtet sein und spezifisch zum Beispiel für Kinder, Jugendliche, ältere Menschen, Schwangere ausgeführt werden (vgl. Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 37-40).

Grundsätzlich soll das Ziel einer Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung sein, Menschen dabei zu stärken, ihre Ressourcen dahingehend zu verbessern, dass sich die Erfolgsaussichten zu einer gesunden und ausgeglichenen Ernährung erhöhen können. So sollen Mangel- oder Überernährung vermindert werden (vgl. Waldherr, K. 2020, 1).

Primordiale Prävention, dessen Begriff schon die WHO 1978 eingeführt haben soll, setzt noch vor der Primärprävention an. Die Ernährung ist so anzulegen, dass sie im Vorhinein Erkrankungen unterbindet. So kann man Menschen, die aufgrund zu hoher Cholesterinwerten in die Risikogruppe der Herzinfarkte fallen würden, im Vorfeld dabei unterstützen, durch gesunde Ernährung keine hohen Cholesterinwerten bekommen (vgl. Greger, M./Stone, G. 2019, 3f).

2.4.2 Bewegung

Auch Bewegung und Gesundheit sind unzertrennlich verbunden. Regelmäßiges Bewegen oder Sportbetreiben beeinflusst unsere Gesundheit positiv. Als Punkt acht in den Gesundheitszielen Österreich eingebettet, wird durch verschiedenen Maßnahmen versucht, Raum und Möglichkeiten für die Österreicher*innen zu schaffen, damit sie sich ausreichend bewegen und es leichter fällt, Bewegungskompetenzen zu erwerben. Bewegung in den Alltag zu integrieren kann mit Radwegen, Spielplätzen und Schulwegen angeregt werden. Speziell gefördert sollen Vereine, Altersheim, Schulen und Kindergärten werden, damit Bewegung mit Freude wieder mehr in den

Alltag rückt. Leider hat sich in den letzten Jahren die Bewegungsfreude zurückentwickelt. Sitzende Tätigkeiten wie zum Beispiel Computer spielen und Fernsehen sind in allen Altersgruppen zu finden. Dem entgegenzuwirken ist eine der Aufgaben der Österreich Ziele (vgl. Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 42-45).

Regelmäßige Bewegung oder Sport ist sehr wichtig für unsere Gesundheitsressource. Es wird davon ausgegangen, dass nicht nur einzelne Bewegungseinheiten hilfreich und gesund sind, sondern das gesamte Bewegungsprogramm bestimmend ist. So können Sport und andere Bewegungseinheiten, wie zum Beispiel zu Fuß zur Arbeit gehen, zusammengezählt werden. Wichtige Aspekte sind dabei die Dauer, Häufigkeit und auch die Intensität der Bewegungsprogramme. Die Dauer wird unter anderem auch von der WHO für Erwachsene von mindestens hundertfünfzig Minuten in der Woche beziffert. Die Einheiten von mindestens zehn Minuten können dabei addiert werden, somit würden auch mehrere zehn Minuteneinheiten durchaus förderlich für die Gesundheit sein. In der Intensität wird zwischen leicht, mittel und hoch unterschieden, wobei, leicht geringe Anstrengung bedeutet, bei mittlerer Intensität der Puls und die Atemfrequenz steigt und es zum leichten Schwitzen kommen kann. Hohe Intensität zeigt sich in stark erhöhtem Puls und stark erhöhter Atemfrequenz, sowie in starkem Schwitzen (vgl. Füzèki, E./Banzer, W. 2020, 333f).

2.4.3 Stress

„Stress beschreibt die physiologische, psychologische und verhaltensbezogene Anpassung eines Organismus (Stressreaktion) auf umweltbezogene und psychosoziale Reize, sog. Stressoren. Die Einordnung eines Reizes als Stressor erfolgt im Gehirn“ (Werdecker, L./Esch, T. 2020, 347).

Ständig ist das Gehirn Reizen ausgesetzt, die als innere und äußere Stressoren bezeichnet werden und auf die der Körper reagiert. Dabei werden biochemische Abläufe ausgelöst, die durch ein Zusammenwirken von vegetativem und zentralem Nervensystem eine Ausschüttung von Hormonen stattfinden lässt. Weitere verantwortliche Faktoren sind die Fähigkeit zur Anpassung des Menschen und die individuellen Möglichkeiten zur Bewältigung von Stress.

Das Stressempfinden ist sehr individuell und subjektiv. Während eine Situation für den einen Menschen Motivation und Antrieb darstellt, kann sie für den anderen eine Belastung sein (vgl. Rusch, S. 2019, 6).

Eustress und Distress sind Bezeichnungen, die der Forscher Hans Selye bekannt gemacht hat. Unter Eustress versteht er die positive Bewertung und Bewältigung einer Situation, die als Herausforderung angenommen wird, die Kräfte und Energien aktiviert, um durchzuhalten zu können. Verliebt sein kann auch einen positiven Stress auslösen. Das Gegenteil davon nennt sich Distress und wird als Belastung und Überforderung erlebt. Diese Art von Stress ist für den Körper gesundheitsschädigend und soll verhindert bzw. vermieden werden. (vgl. Rusch, S. 2019, 6 zit. nach Selye H. 1953).

Wie wir Stressänderungen vornehmen, hängt von der persönlichen Wahrnehmung ab, die durch eine zum Beispiel veränderte Sichtweise beeinflusst werden kann. Achtsam mit dem Körper umzugehen, die Symptome erkennen und sich zu entspannen sind dringende Möglichkeiten, wie damit umgegangen werden kann (vgl. Rusch, S. 2019, 6).

Äußere und innere Stressreaktionen setzen Gefühlen und Verhaltensweisen in Kraft, die automatisch und unbewusst ablaufen. Durch einen achtsamen Umgang mit Stress wird ein Bewusstsein dafür gefördert, was wiederum zu günstigeren Bewältigungsstrategien führen kann (vgl. Kabat- Zinn, J. 2013, 318).

Günstige Strategien zur Bewältigung von Stress können von außen kommen, wie zum Beispiel ein gutes soziales Netzwerk (Familie, Freunde, Nachbarn). Aber auch Persönlichkeitseigenschaften können zur positiven Bewältigung beitragen. Das können Bildung, Intelligenz aber auch Extrovertiertheit sein. Welche Bewältigungsstrategien gegen Stress angewandt wird, ist bezeichnet als Umgang mit Stress. Transformative Bewältigung benennt eine Reaktion in eine positive Richtung, regressive Bewältigung eine negative Reaktion (vgl. Csikszentmihalyi, M. 2019, 306). Stressreaktionen werden vom Gehirn aus beherrscht und über den Körper ausgegossen. Neue oder unangenehme Situationen sind situationsbezogene Auslöser. Durch Entspannung oder Meditation können bei regelmäßigem Trainieren der Körper und Geist darauf konditioniert werden, effektiver bzw. besser mit den herausfordernden Situationen umgehen zu können (Esch, T. 2017, 112f)

Stresstheorien dienen dazu, einen Zusammenhang zwischen Stressreaktionen und Stressoren abzubilden. Die Theorien widmen sich den Folgen von Stress und Entspannung auf physiologischen, psychologischen und soziologischen Ebenen. Mit

zunehmendem Kenntnisstand wurden die Stressmodelle immer verflochtener und vielfältiger (vgl. Rusch, S. 2019, 11).

Nachstehend sollen einige Stresstheorien aufgelistet werden. Es stellt aber keine komplette Auflistung dar, denn diese würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

- Fight-or-flight- Response

Walter Cannon, ein Physiologe, charakterisiert die Stressreaktion in seiner Theorie als einen somatischen Vorgang. Auf alles Unerwartete reagiert unser Gehirn unwillkürlich, also reflexartig. In Bruchteilen einer Sekunde wird eine Situation eingeschätzt, auf die dann mit Flucht oder Angriff reagiert wird (vgl. Rusch, S. 2019, 11ff).

- Allgemeines Adaptationssyndrom

Hans Selye definiert Stress als unspezifische und automatische Reaktion des Körpers. Selye nennt dies Allgemeine Adaptationssyndrom und unterteilt es in eine Belastungswahrnehmungsstufe, eine Belastungsanpassungsstufe und Überlastung bzw. Erschöpfungsstufe (vgl. Rusch, S. 2019, 13).

- Transaktionales Stressmodell

Nach dieser Theorie wird Stress durch das Individuum bewertet und die Reaktion darauf von der subjektiven Einschätzung der Gefahr abhängig gemacht. Wenn das Selbstbild des Menschen ein positives ist, ist die Chance auf eine aktive Bewältigungsstrategie zurückzugreifen höher. Der Psychologe Richard Lazarus, der Begründer der Theorie, legt drei Phasen der Bewertung einer Situation fest (vgl. Rusch, S. 2019, 14f).

- Reaktionszentriertes Stressmodell

Stress wird in diesem Modell nach Levi, als eine Form der Reaktion des Körpers auf Belastungen gesehen. So entstehen bei Stress eine Reihe von psychischen, biochemischen und physiologischen Reaktionen, deren Symptome krankmachen (vgl. Rusch, S. 2019, 15).

- Misfit- Modell

Diese Theorie nach Harrison meint, wenn Belastungen und die Möglichkeiten, diese zu bewältigen nicht im Gleichgewicht stehen, kann es zu Stress kommen. Er unterscheidet zwischen der tatsächlichen und wahrgenommenen Umwelt (Rusch, S. 2019, 15f).

- Life-Event-Theorie

Holmes und Rahe meinen, dass es bei jedem Menschen Lebensgeschehnisse geben kann, durch den Stress ausgelöst wird und es dadurch zu Erkrankungen kommen kann. In einer Studie wurde das Stressausmaß von dreiundvierzig Ereignissen auf der sogenannten Life Change Units- Skala bewertet. Nach Holmes und Rahe sollen dreihundert Punkte pro Jahr nicht überschritten werden, sonst wären die Möglichkeiten zur Anpassung überschritten (vgl. Rusch, S. 2019, 16).

Auch die Gesundheitsziele Österreich widmen sich der psychosozialen Gesundheit und deren Förderung bei allen Bevölkerungsgruppen in Österreich (Ziel neun). Stress wird klar als Risikofaktor eingeschätzt, jedoch ist es anzumerken, dass hier lediglich von Arbeitsstress gesprochen wird (vgl. Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz 2020, 47).

2.5 Gesundheitsverhalten

Gesundheitsverhalten umfasst alle Verhaltensweisen, welche die Gesundheit beeinflussen. Jedes Gesundheitsverhalten kann sich positiv und negativ entwickeln. Auch jedes Unterlassen von Risikoverhalten, wie zum Beispiel das Nichtrauchen, wird als positives Verhalten gesehen. Bewegung, Ernährung und Stressverhalten sind weitere Determinanten, die jeweils einen positiven oder negativen Einfluss auf die Gesundheit nehmen können, je nachdem, wie diese Einflussfaktoren eingesetzt und verwendet werden (vgl. Habermann- Horstmeier, L./Lippke, S. 2020, 12).

2.5.1 Gesundheitsschädigendes Verhalten

Eine Vielzahl an chronischer Beschwerden werden den somatischen Erkrankungen zugeordnet. Darunter fallen Herz- Kreislauferkrankungen, rheumatische Krankheiten und auch Krebserkrankungen. Chronische Erkrankungen dauern in der Regel länger an und könnten sich schrittweise verschlimmern, weswegen die Belastungen durch chronische Erkrankungen auch zu psychischen Einschränkungen führen können, die sich unter anderem in Ängsten oder emotionalem Ungleichgewicht zeigen können (vgl. Koch, U./Mehnert, A./Härter, M. 2011, 1).

Auch chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Demenz und Schlaganfälle treten gehäuft in der Bevölkerung auf und verursachen hohe Kosten, die oft nicht

selbst getragen werden, sondern durch die Steuerzahler*innen bezahlt werden müssen (vgl. Habermann- Horstmeier, L./Lippke, S. 2020, 1f).

Die Förderung von gesunden Lebensstilen stellt für viele Staaten und Länder eine große Herausforderung dar, so auch für Österreich. So rauchen 1,8 Millionen Österreicher*innen täglich Zigaretten, wobei Männer (27%) häufiger rauchen als Frauen (22%). Ein positiver Trend zeigt sich bei den 11- 15-jährigen Raucher*innen. Deren Zahl hat in den letzten zwanzig Jahren von 20,8% auf 11,3% abgenommen, was einen Rückgang der rauchenden Jugendlichen bedeutet. Alkohol trinken 80% der Österreicher*innen, wovon zwei Drittel in moderater und mittlerer Dosierung konsumieren. 14% trinken Alkohol in einem Ausmaß, das als gesundheitsgefährdend betrachtet werden muss. 13% der Männer und 4% der Frauen trinken an vier bis fünf Tagen in der Woche.

Der empfohlenen körperlichen Aktivitäten von 150 Minuten wöchentlich kommen 52% der Männer mit und 49% der Frauen in der Altersgruppe der 18 und 64-Jährigen nach. Der empfohlenen zweimal wöchentlichen Muskulaturstärkungen kommen noch ein Drittel der Bevölkerung nach.

Eine deutliche Zunahme an übergewichtigen und adipösen Menschen konnte im Rahmen der Studie aufgezeigt werden. So sind 3,4 Millionen Österreicher*innen übergewichtig, wobei Männer mit 40% deutlich vor den Frauen mit 26% liegen. Auch von Adipositas oder Fettleibigkeit sind Männer mit 16% stärker betroffen. 13% der Frauen leiden unter Adipositas. Zu beobachten ist, dass mit der Erhöhung des Alters die Prozentzahlen an übergewichtigen und adipösen Menschen zunehmen. Auch Arbeit und Bildungsniveau können in Zusammenhang mit Adipositas gebracht werden. Der Empfehlung zu täglichen fünf Portionen an Obst und Gemüse kommen nur 4% der Männer und 10% der Frauen nach (vgl. Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, 14f).

Nachfolgend sollen Gesundheitsverhaltensmodelle vorgestellt werden. Verhaltensveränderungsmodelle sind theoretische Modelle, die den Berater*innen durch Struktur und Orientierung Hilfestellung geben können, um Klient*innen gut dabei zu unterstützen, Verhaltensänderungen einzuleiten.

2.5.2 Gesundheitsverhaltensmodelle (kontinuierliche Prädiktionsmodelle)

Kontinuierliche Prädiktionsmodell sind statische Modelle. Bei diesen Modellen kommen kognitiven und affektiven Faktoren eine große Bedeutung bei der Verhaltensänderung zu (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 26f).

2.5.2.1 Das Modell gesundheitlicher Überzeugung

Dieses Konzept, von Rosenstock und später von Becker erweitert, wurde konstruiert um das Verhalten des Volkes in Bezug auf die Gesundheit zu verändern. Dieses Modell ist schon älter. Es wurde in den fünfziger Jahren entwickelt. Damals gab es noch die Ansicht, dass demografische Faktoren, wie Alter, Geschlecht usw. nicht veränderbare Variablen für ein Gesundheitsverhalten darstellen. Wie in Abbildung 11 ersichtlich sind Faktoren des Modells der gesundheitlichen Überzeugung die demografischen Faktoren, persönliche Eigenschaften und Hinweisreize. Die Hauptfaktoren jedoch sind die wahrgenommene Gesundheitsbedrohung und die wahrgenommene Wirksamkeit des Grundverhaltens. Die wahrgenommene Wirksamkeit des Verhalten bestimmt, welchen positiven Nutzen oder welche Kosten das Gesundheitsverhalten hat. Ein positiver Nutzen könnte zum Beispiel sein, durch gesunde Ernährung das Herzinfarkttrisiko senken zu können. Die Kosten dazu könnten sein, auf viele Lieblingsspeisen verzichten zu müssen.

Die wahrgenommene Gesundheitsbedrohung wird durch die Verletzbarkeit (Vulnerabilität) und die Einschätzung der Schwere der Erkrankung bestimmt. Nach dem Modell der gesundheitlichen Überzeugung, kurz HBM (Health Belief Model) genannt, sind diese zwei Hauptfaktoren bestimmend, ob ein Verhalten ausgeführt wird. Becker hat den Begriff Gesundheitsmotivation noch in das Modell eingefügt und meint damit, dass Menschen auch bereit sein müssen sich Fragen zur Gesundheit zu stellen.

Ein weiterer Faktor sind die Hinweisreize. Das können Symptome sein, aber auch von außen wirkende Gesundheitskampagnen, die dazu beitragen können, sich für eine Verhaltensänderung zu entscheiden (vgl. Knoll, Nina/Scholz, Urte/Rieckmann, Nina 2017, 31-34 zit. nach Abraham, C./Sheeran, P. 2015).

Die Intention, d.h. das Bestreben, die Absicht, die bei vielen anderen Modellen ein wichtige Variable ist, fehlt bei dem HBM gänzlich, was einen Kritikpunkt darstellt.

Auch die Aussage, dass die wahrgenommene Bedrohung der Gesundheit und die wahrgenommene Wirksamkeit ausreichen, um ein Verhalten zu verändern, wird kritisiert betrachtet (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 33).

Knoll/ Scholz/ Rieckmann zitieren Harrison/Mullen/Green (1992):

„Diese Variablen weisen keine große Vorhersageleistung für eine Gesundheitsverhaltensänderung auf, wie z.B. eine Metaanalyse von Harrison und Kollegen (1992) belegt, die insgesamt 147 Studien zum HBM integriert. Die Beforschung der persönlichen Risikowahrnehmung ist übrigens ein eigenes Forschungsfeld in der Gesundheitspsychologie“ (Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 33).

Die Risikowahrnehmung kann durch Falschinformationen oder durch mangelnde Information eingeschränkt werden, oder es wird ein unrealistischer Optimismus gepflegt in Bezug auf die Einschätzung der eigenen Anfälligkeit für eine Krankheit (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 33).

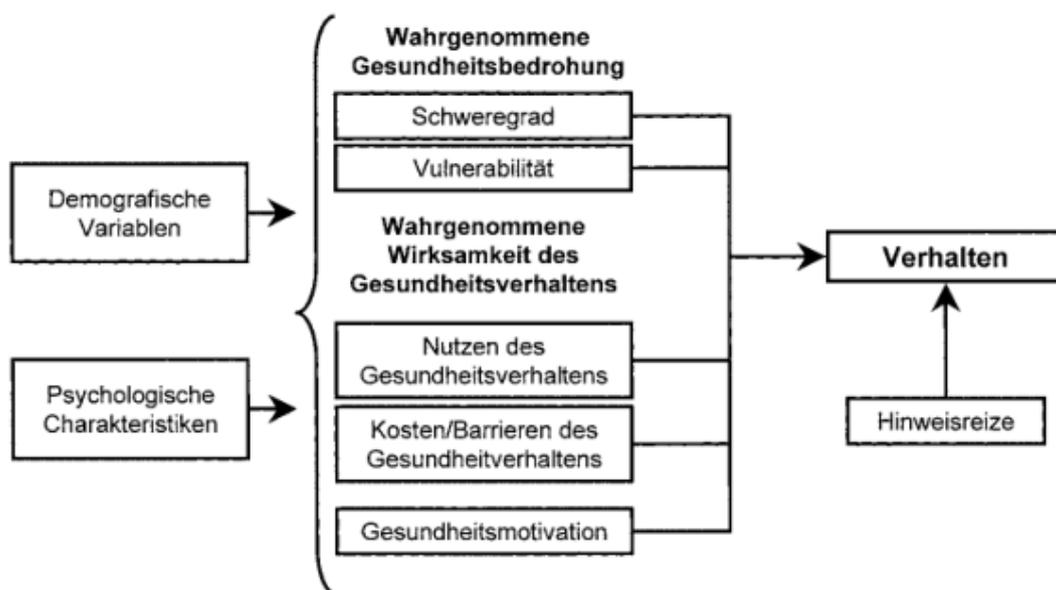


Abbildung: 11: Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (HBM)

Quelle: Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017 zit. nach Abraham und Sheeran 2005, 32

2.5.2.2 Die Theorie des geplanten Verhaltens und Theorie der Handlungsveranlassung

„Die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behaviour, TPB; Aizen 1985; 2002) ... ist einer der am häufigsten verwendeten Ansätze zur Vorhersage und Erklärung von Gesundheitsverhalten“ (Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 35).

Das Modell ist das Nachfolgermodell der Theorie der Handlungsveranlassung (TRA - Theory of Reasoned Action von Fishbein/ Aizen, 1975) und stellt eine Erweiterung da. Das Modell wurde anfänglich konstruiert, um die Verbindung von Einstellung und Verhalten zu erklären. Diese beiden Faktoren reichten aber nicht aus, um zu erleben wie ein Verhalten durch das Bestreben oder einen Plan verändert wird. Das Bestreben oder Intention ist eine Entscheidung, die von einer Person bewusst ausgeführt wird.

So wie in allen Modellen spielen auch hier Persönlichkeitsmerkmale, demografische Faktoren und auch externale Faktoren eine Rolle, um ein Verhalten zu verändern. Dennoch gibt es Kernfaktoren, die für eine Verhaltensänderung notwendig sind (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 35).

So werden als Faktoren sind im TRA- Modell Einstellung und subjektive Norm genannt. Bei der Einstellung geht es nach Fishbein und Aizen (1975) um eine affektive, gefühlsbetonte Bewertung des Verhaltens (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 35 zit. nach Fischbein, M./Aizen, I. 1975).

Beim zweiten Prädiktor oder Faktor, der subjektiven Norm, geht es um die Erwartungshaltung anderer Menschen einer Person gegenüber. Es wird davon ausgegangen, dass dies bei der Bildung der Intention eine wichtige Rolle spielt. Diese Faktoren zur Vorhersage funktionieren aber nur, solange es zu keinen Problemen kommt, die von der Person selbst nicht beeinflussbar sind. Diese subjektiven wahrgenommenen Probleme werden bei dem TRA- Modell nicht berücksichtigt, weswegen sie nicht zur Vorhersage herangezogen werden, sobald Schwierigkeiten aufkommen. Dies wurde bei der Erweiterung des Modells durch das TPB- Modell berücksichtigt und dort durch den Faktor der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle (siehe Abbildung 12) erweitert. Die Variable Verhaltenskontrolle, also wie man ein Problem einschätzt, könnte mit dem Begriff Selbstwirksamkeit von Bandura verglichen werden. Um ein Verhalten zu verändern ist es notwendig ein Bestreben oder

einen Plan zu haben. Diese Intention wird durch die vorhersagbaren Faktoren oder Prädiktoren Einstellung, subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle beeinflusst (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 35-40).

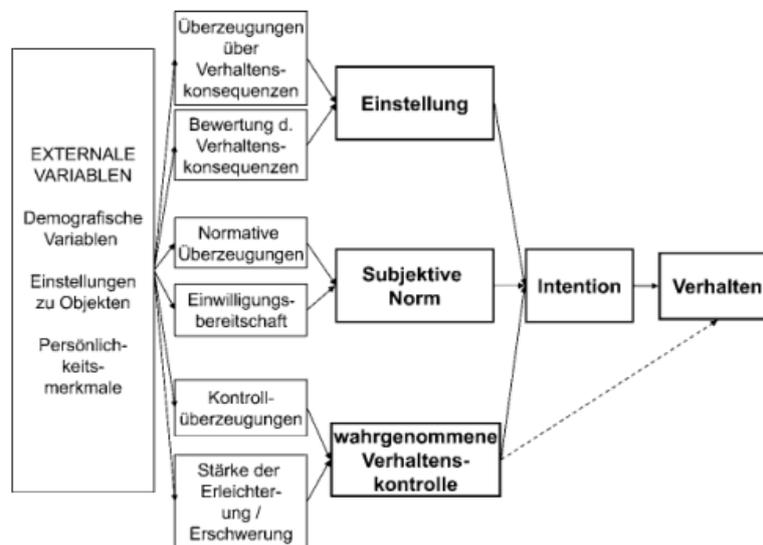


Abbildung 12: Theorie des geplanten Verhaltens (TPB) und Theorie der Handlungsveranlassung (TRA)

Quelle: Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017 zit. nach Ajzen 1985, 2002, 39

2.5.2.3 Die Theorie der Schutzmotivation

Das Modell der Theorie der Schutzmotivation (PMT – Protection Motivation Theory) wurde von Rogers konstruiert, um die Auswirkungen von Mahnrufen und Appellen auf die Schutzmotivation zu beleuchten und zu beobachten. Schutzmotivationen sind spezifisch benannt nach dem Modell und bezeichnet eine Absicht, ein Verhalten zu verändern. In einer Überarbeitung des Modells wurden weitere Faktoren ergänzt. (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 40f, zit. nach Maduix/ Rogers 1983; Rogers 1983).

So wurden die Informationsquellen hinzugefügt, die einerseits umweltbezogene Faktoren beinhalten, wie zum Beispiel Lernen durch Beobachtung und andererseits intrapersonale Faktoren beinhalten. Das könnten demografische Variablen, wie Persönlichkeitsstrukturen, Bildung usw. sein. Diese zwei Faktoren sollen Prozesse der Bewertung anregen, damit es zu einer Bildung von Schutzmotivationen, d.h.

Intentionen kommen kann, nämlich die Einschätzung von Bedrohung und die Möglichkeit zur Bewältigung. Wie in Abbildung 13 ersichtlich, werden aufgrund Faktoren der Informationsquellen (Persönlichkeitsstruktur, Beobachtungslernen usw.) und durch die Bedrohungseinschätzung, die mit der Bewältigungseinschätzung abgeglichen werden, Intentionen oder Schutzmotivationen gebildet, die ein Coping oder eine Bewältigungsreaktion auslösen. Bewältigungsreaktionen können adaptiv oder maladaptiv sein, je nachdem ob eine Anpassung oder eben Nichtanpassung umgesetzt wird. So kann eine adaptive Bewältigungsreaktion im Beenden des Risikoverhaltens und im Beginnen eines Gesundheitsverhaltens zeigen. Bei maladaptiven Reaktionen wird das Risikoverhalten nicht beendet sein und es kann eine kognitive Vermeidungsreaktion auftreten. So wie auch bei anderen Modellen geht es um eine Einschätzung des Schweregrades des Risikoverhalten und Verletzbarkeit. Dies wird als Kosten- Nutzenrechnung gesehen. Dem gegenüber steht die subjektive Sicht, wie die Bewältigung des neuen Verhaltens bzw. die Verhaltensänderung eingeschätzt wird. Auch diese Begrifflichkeiten wie Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeit kennen wir aus anderen Modellen. Hier wird abgeschätzt, ob eine Verhaltensänderung bewältigbar ist (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 41ff).

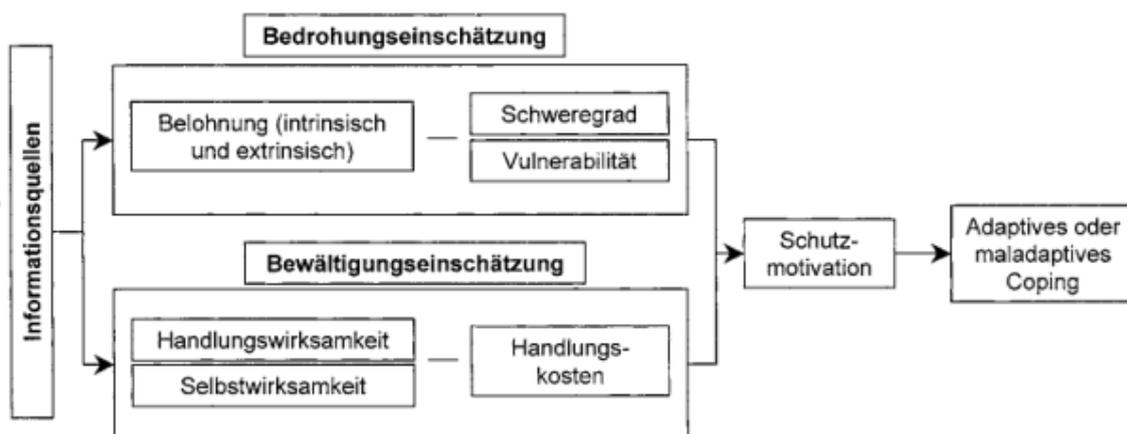


Abbildung 13: Theorie der Schutzmotivation (PMT)

Quelle: Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017 zit. nach Rogers 1983, 42

2.5.2.4 Die sozial- kognitive Theorie von Bandura

Um ein Verhalten zu verändern, sind nach Bandura die Handlungsergebniserwartung und die Selbstwirksamkeit von großer Bedeutung. Sie stellen die zentralen Faktoren im SCT (Social Cognitive Theory) dar. Auch soziostrukturelle Faktoren spielen eine Rolle, wie in Abbildung 14 dargestellt. Woher ein Mensch kommt, welche Bildung er genossen hat, welcher Berufsschicht ein Mensch angehört, um nur einige davon zu nennen, bilden sich in den soziostrukturellen Variablen ab. Bei der Handlungsergebniserwartung, also der erwarteten Auswirkung einer Handlung ist es wichtig, damit eine Veränderung umgesetzt wird, ob das Abwägen zu einem positiven oder negativen Ergebnis führt. So kann zum Beispiel ein Mensch mit einer Lungenerkrankung, der darüber nachdenkt mit dem Rauchen aufzuhören, zu dem Ergebnis kommen, dass sich beim Nichtrauchen das Risiko einer Krebserkrankung verringert und er außerdem dadurch besser atmen kann, weil die Lunge mehr Sauerstoff aufnehmen kann. Dass jedoch durch das Nichtrauchen eine subjektive Gefahr besteht, seine Freunde zu verlieren, oder auf Geselligkeit in der Gruppe verzichten zu müssen und möglicherweise aus einer sozialen Gruppe ausgeschlossen wird, kann ebenfalls ein Ergebnis sein. Was nun stärker ist, ist sein Handlungsergebnis. Die Handlungsergebniserwartung sagt aber noch nicht aus, ob das Verhalten tatsächlich verändert wird. Dafür zuständig wäre die Selbstwirksamkeitserwartung. Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit, das heißt, jene die an ihre Fähigkeiten und Kompetenzen auch glauben, können schneller Ziele umsetzen und sind auch hartnäckiger an der Sache dran. Je höher die Selbstwirksamkeit, desto mehr Vertrauen an die eigenen Kompetenzen.

Nach Bandura gibt es vier Möglichkeiten, um die Selbstwirksamkeit zu erhöhen bzw. zu trainieren. Die stärkste und effektivste Möglichkeit ist, wenn eine Handlung selbst erfolgreich ausgeführt wird, denn darauf kann immer zurückgegriffen werden. Die nächste Möglichkeit stellt eine Stellvertretererfahrung dar. Die Beobachtung, wie eine andere Person eine Veränderung umsetzt kann zur Einschätzung führen, dass es sich um eine ähnliche Situation, wie die eigene handelt. Das kann motivierend sein und das eigene Verhalten beeinflussen. Es entsteht eine Vorbildwirkung, eine Role- Model- Funktion. Durch verbales Ermutigungen von anderen Personen, wie zum Beispiel „das schaffst du“ kann die Selbstwirksamkeit erhöht werden. Diese

wird symbolische Erfahrung genannt. Am wenigsten Einfluss hat die emotionale Erregung. Aufregung vor einer Situation könnte für Personen ein Hinweis sein, es nicht schaffen zu können.

Handlungsergebniserwartung allein ist noch keine Garantie für eine Verhaltensänderung. Auch mit einer hohen Selbstwirksamkeit muss es noch nicht zu einer Änderung des Verhaltens kommen. Dazu werden auch noch weitere Fähigkeiten benötigt, wie zum Beispiel Vorsatz, Wille oder Planung, um einige selbstregulativen Voraussetzungen zu nennen (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 28ff, zit. nach Bandura, A. 1986).

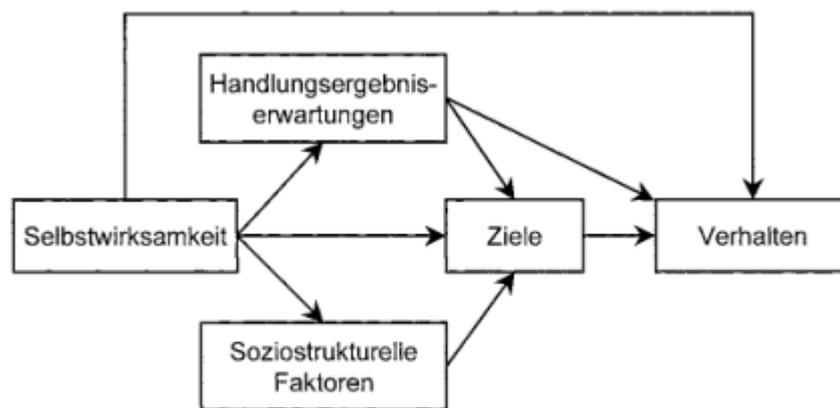


Abbildung 14: Sozial- kognitive Theorie (SCT)

Quelle: Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017 zit. nach Bandura 1977, 28

2.5.3 Gesundheitsverhaltensmodelle (dynamische Modelle)

Die Stadienmodelle sind dynamisch und die Interventionen bei diesen Modellen werden bei den Menschen in jeder Phase individuell und maßgeschneidert angepasst, da die Grundannahme dieser Modelle ist, dass die Menschen während des Verändern von Verhalten unterschiedlichen Phasen zu bewältigen haben. (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 27).

2.5.3.1 Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Das häufigste verwendete Modell zur Verhaltensänderung ist das Transtheoretische Modell (TTM – Transtheoretical Model). Entwickelt wurde es von Prohaska und

Di Clemente im Jahr 1983 zur Verhaltensänderung in Rauchentwöhnungsprogrammen. Mittlerweile findet es bei vielen Gesundheitsverhaltensthemen Anwendung und großen Anklang. In Abbildung 15 sind die wichtigen Gebilde des Modells dargestellt. Die sechs Stadien oder Stufen, die verhaltensorientierte und kognitiv-afektiven Veränderungsprozesse, ebenso wie die Selbstwirksamkeit spielen in diesem Modell eine zentrale Rolle.

Ein bedeutsamer Aspekt, den Prohaska und Di Clemente (1983) in diesem Modell berücksichtigen, sind die Zeitkriterien, die sie streng an die Stadien koppeln. Es meint aber nicht, dass Personen die Zeitphasen einhalten. Es kann sein, dass sie längere Zeit in den einzelnen Phasen verweilen. Auch Rückschläge sind Faktoren, die zu berücksichtigen sind. Personen fallen dann immer eine Phase zurück (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 28ff, zit. nach Prohaska, J.O./DiClemente, C.C. 1982).

In Phase eins, der Präkontemplation, möchten Personen ihr Verhalten nicht innerhalb den nächsten sechs Monaten verändern. Oft erkennen sie ihr risikoreiches Verhalten nicht. Somit gibt es für viele keine Veranlassung, ein gesünderes Verhalten anzustreben.

In Phase zwei sind Menschen bereits im Bewusstsein ihres Risikoverhaltens und denken darüber nach ihr Verhalten zu verändern. Sie haben aber noch kein Bestreben, innerhalb des nächsten Monats zu beginnen.

Phase drei werden Menschen zugeordnet, die ihr Verhalten verändern möchten und bereits einen Versuch gestartet haben. Sie sind in der Vorbereitungsphase und versuchen, dem gewünschten neuen Verhalten näher zu kommen. Zum Beispiel könnte jemand beginnen, mal weniger Süßigkeiten zu essen, oder zwischendurch Obst zu sich zu nehmen.

In Phase vier wird nun jene Phase bezeichnet, in der ein Bestreben nach Verhaltensänderung eintritt und versucht wird, dieses auch aufrecht zu halten. Nach sechs Monaten gelungener Verhaltensänderung werden die Menschen dieser Stufe zugeordnet. Nach diesen sechs Monaten kommen sie in Phase fünf, wo für Stabilisierung gesorgt wird. In dieser Phase wird versucht Rückfälle zu vermeiden. Auch sollte sich die Anstrengung des Aufrechterhaltens des neuen Verhaltens verringern. Prohaska und Di Clemente (1983) prognostizieren von ca. fünf Jahre, innerhalb deren diese Personen in Phase sechs eintreten. Sie verfügen über eine hohe Selbstwirksamkeit

und die Versuchung, zum alten Verhalten zurückzukehren reduziert sich stark. Das Verhalten wird immer automatischer aufrechterhalten (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 53f).

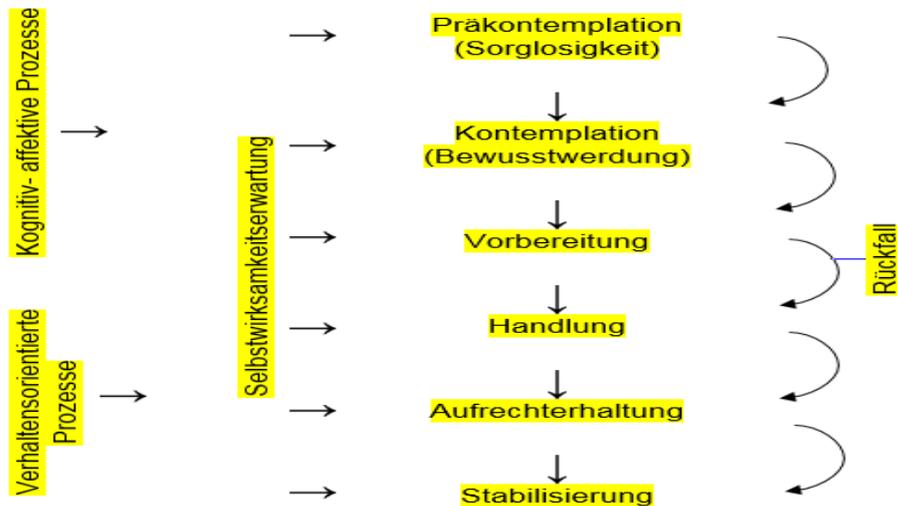


Abbildung 15: Das transtheoretische Modell (TTM)

Quelle: Eigene Abbildung in Anlehnung an Prohaska/ DiClemente 1983 in Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017

Außerdem beeinflussen Prozesse der Verhaltensänderung die Selbstwirksamkeitserwartung. Sie werden in kognitiv- affektive Prozesse und verhaltensorientierte Prozesse unterteilt (siehe Abbildung 16). Zu den kognitiv- affektiven Prozessen gehören Bewusstseinsförderung, Neubewertung der eigenen Person und der Umwelt, emotionale Relevanz und soziale Befreiung, die vor allem in der Phase vor der Handlung zur Unterstützung eingesetzt werden. Zu verhaltensorientierten Prozesse zählen Kontingenzmanagement (Selbstbelohnung oder Selbstbestrafung), hilfreiche Beziehungen, Gegenkonditionierung, sowie Selbstbefreiung und Stimuluskontrolle. Die letzten beiden werden in der Phase der Aktion bzw. Ausführung der Verhaltensänderung eingesetzt. Beide Phasen sollen förderlich in der Vorbereitungsphase sein und auch bei der Handlungphase eingesetzt werden (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 56f).

Kognitiv-affektive Prozesse	Verhaltensorientierte Prozesse
<i>Bewusstseinerhöhung</i> (<i>consciousness raising</i>) Die Wahrnehmung von Ursachen, Konsequenzen und möglichen Lösungswegen für das Problemverhalten wird erhöht.	<i>Kontingenzmanagement</i> (<i>reinforcement management</i>) Sich selbst für erfolgreiche Veränderung belohnen oder für Rückfälle bestrafen.
<i>Neubewertung der eigenen Person</i> (<i>self-reevaluation</i>) Affektive und kognitive Bewertung des Selbstbilds und des Problemverhaltens wird verändert.	<i>Hilfreiche Beziehungen</i> (<i>helping relationships</i>) Offene und vertrauensvolle Beziehungen zur Unterstützung bei der Verhaltensänderung nutzen.
<i>Neubewertung der Umwelt</i> (<i>environmental reevaluation</i>) Wahrnehmung des Einflusses des Problemverhaltens auf die Umwelt wird verändert.	<i>Gegenkonditionierung</i> (<i>counterconditioning</i>) Problemverhalten durch alternative Verhaltensweisen ersetzen.
<i>Emotionale Relevanz</i> (<i>dramatic relief</i>) Negative Gefühle bezüglich des Problemverhaltens werden intensiviert, um eine emotionale Erleichterung im Falle einer Verhaltensänderung zu erzeugen	<i>Selbstbefreiung</i> (<i>self liberation</i>) Verpflichtung zu handeln und die Schaffung neuer Alternativen für das Selbst wird erhöht.
<i>Soziale Befreiung</i> (<i>social liberation</i>) Alternativen für Nicht-Problemverhalten aus der sozialen Umwelt werden verstärkt wahrgenommen.	<i>Stimuluskontrolle</i> (<i>stimulus control</i>) Reize, die das Problemverhalten auslösen, werden vermieden und Reize für alternative Verhaltensweisen werden geschaffen.

Abbildung 16: Die Prozesse der Verhaltensänderung im TTM

Quelle: Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017 zit. nach Prohaska et al. 2001, 57

2.5.3.2 Das Prozessmodell präventiven Handelns

Das Prozessmodell präventiven Handelns, kurz PAPM (Precaution Adoption Process Model) wurde immer wieder überarbeitet. Weinstein (1998) wollte ein Modell, in das auch genügende theoretische Auseinandersetzung über die Wichtigkeit der gesundheitlichen Gefahr für das Verändern von Verhalten einfließen (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 58 zit. nach Weinstein, N.D./Sandman, P.M. 1992, Weinstein et. Al 1998a).

Auch nach diesem Stadienmodell müssen Personen verschiedene Stufen der Verhaltensänderung durchlaufen. Jedoch wird auf den zeitlichen Aspekt, der beim TTM

eine große Rolle spielen, verzichtet. Die Stufen sind dem TTM- Modell sehr ähnlich, doch setzt die erste Stufe im PAPM- Modell an anderer Stelle an als beim TTM.

In Abbildung 17 sind die Phasen dargestellt, nachfolgend nun die Erläuterung.

In Phase eins befinden sich Menschen, die ihr Gesundheitsverhalten gar nicht einschätzen können, da sie keine Kenntnisse über die Bedrohung durch Risikoverhalten haben.

Das Risikoverhalten wird in Phase zwei schon erkannt, jedoch machen sich die Menschen noch keine Gedanken über die Sinnhaftigkeit einer Veränderung ihres Verhaltens.

Die Entscheidungsphase in Stufe drei sieht eine Gabelung vor. Es wird entweder nicht gehandelt (Stufe vier) oder gehandelt (Stufe fünf).

Die Stufe vier unterscheidet sich auch klar vom TTM- Modell. Nach dem PAPM haben die Menschen die Wahlmöglichkeit, zu handeln oder nicht zu handeln. Im letzten Fall würde es bedeuten, dass keine weitere Stufe erreicht wird und der Prozess mit der Entscheidung nicht zu handeln, endet.

Fällt die Entscheidung für eine Verhaltensänderung, kommen die Menschen in die Phase fünf. Hier sollen sie die Änderung einleiten und den Impuls dazu anregen.

Bei Phase sechs kommt es nun zur Ausführung der Änderung und diese muss in Phase sieben aufrechterhalten werden.

Somit kann es zu einem günstigen Verlauf kommen, wenn die Stufen eins, zwei, drei, fünf, sechs und sieben durchlaufen werden. Auch in diesem Modell können Personen zurückfallen in vorherige Phasen. Nur in die Stufe eins, Unwissenheit, kann nicht zurückgefallen werden, da ja ein teilweises Bewusstsein für das Verhalten geschaffen wurde (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 59f).



Abbildung 17: Das Prozessmodell präventiven Handelns (PAPM)

Quelle: Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017 zit. nach Weinstein 1988, Weinstein/ Sandmann 1992, 58

2.5.3.3 Die sozial- kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Nach Schwarzer (2008) kann das Prozessmodell gesundheitlichen Handelns sowohl den dynamischen Stadienmodellen, auch als den konstituierenden Modellen zugeordnet werden und daher bezeichnet er es als Hybridmodell. Entscheidend dabei ist der Fokus bei der Verwendung. Liegt der Blickwinkel auf der präintentionalen Phase, in der es durch Selbstwirksamkeit, Handlungsergebniserwartung und Risikowahrnehmung um die Intentionsbildung geht, wird es den konstituierenden Modellen zugeordnet. Mit Blick auf die präaktionale und aktionale Phase werden die Eigenheiten von dynamischen Modellen sichtbar.

Das HAPA- Modell (Health Action Process Approach) beschreibt zwei bzw. drei Phasen. Werden die Phasen Planung und Ausführung der Veränderung zusammen betrachtet, da diese auch Hand in Hand gehen sollen, ist es zweiphasig. Werden diese getrennt, kann von einem dreiphasigen Modell gesprochen werden.

Phase eins steht im Zeichen der Intentionsbildung, so wie es bei den konstituierenden Modellen beschrieben ist. Wahrnehmung des Risikos, Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeit wirken auf die Bildung der Intention, die wie in Abbildung 18 ersichtlich. Die Selbstwirksamkeit wirkt sich aber auch auf die Planungs-, Initiierungs-, Aufrechterhaltungs- und Wiederherstellungsphase aus.

Wie stark die Bewältigungsselbstwirksamkeit ausgeprägt ist, kann sehr entscheidend für die Planung in Phase zwei sein. Wenn die Bewältigungsmöglichkeit hoch eingeschätzt wird, ist eine motivierte Planung möglich.

Die Phase drei oder auch die Ausführungsphase, wie auch in anderen dynamischen Modellen, ist bestimmt durch das Ausführen einer Verhaltensänderung. Im Falle eines Rückfalles wird die Wiederaufnahme abhängig sein, wie hoch die Wiederaufnahmeselbstwirksamkeit ist (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 49ff).

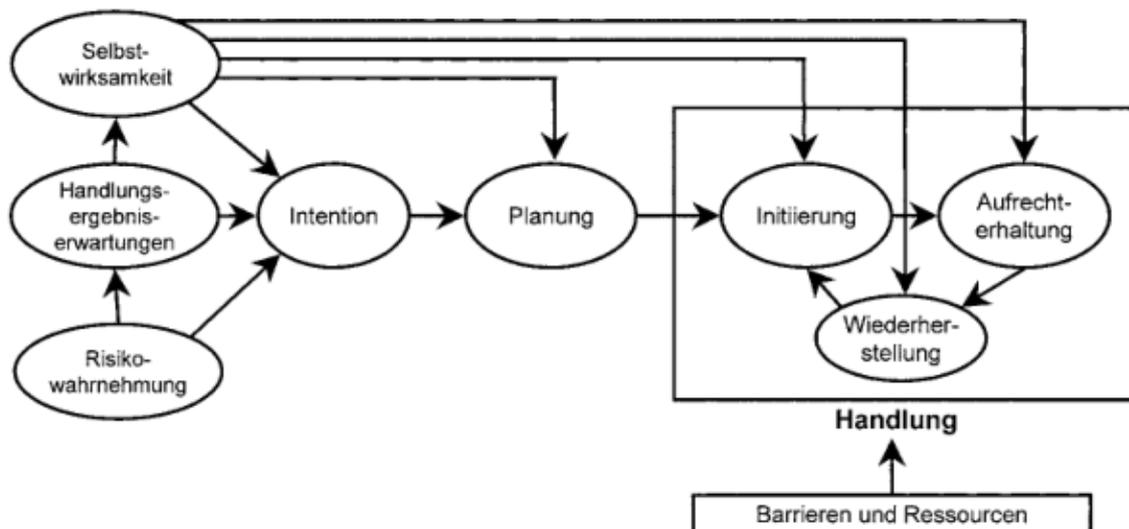


Abbildung 18: Das Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA)

Quelle: Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017 zit. nach Schwarzer 1992,51

2.5.4 Rückfall

Gerade im Bereich des Suchtverhaltens ist es sehr wichtig, auf die der Beratung zugrundeliegende Auffassung von Krankheit bzw. Sucht zu achten. Bei Betrachtung durch ein biomedizinisches Krankheitsmodell, wie im Kapitel 2.2.1 beschrieben, ist man entweder verzichtend (abstinent) oder wiederholend (rückfällig). Dadurch ist das Handlungsspektrum sehr knapp dargestellt. Das biomedizinische Krankheitsmodell hat das damals dominierende Moralmodell aus dem zwanzigsten Jahrhundert abgelöst. Das moralische Modell stigmatisiert Menschen als willens- oder charakterschwach (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 62f).

„Das Krankheitsmodell, das von Jellinek (1960) forciert wurde, betrachtet süchtiges Verhalten als Krankheit. Sie unterliegt nicht der Kontrolle der Person, sondern ist auf genetische Faktoren zurückzuführen“ (Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 63).

Das Krankheitsmodell sah betroffene Personen nicht mehr als willensschwach, jedoch verleitete es zu Annahme, dass die Personen keine Kontrolle auf das Verhalten haben und somit nur solange handlungsfähig bleiben, solange sie abstinent sind.

Marlett und Gordon (1985) nennen diese Besonderheit Abstinenz- Verletzungs- Effekt und meinten damit, dass sich Personen schuldig fühlen, wenn es zu einem Ausrutscher kommt und das würde die Wahrscheinlichkeit eines kompletten Rückfalls erhöhen. Menschen, die im Vorhinein keine Möglichkeit sehen, etwas kontrollieren zu können, werden möglicherweise es gar nicht versuchen, diese Kontrollverlust zu vermeiden (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 63f).

Wie in Abbildung 19 zu sehen, ist ein zentrales Thema in dem Modell des Rückfalls die Hochrisikosituation.

Dazu konnte Marlatt (1996) vier Situationen herausfiltern, die das Risiko eines Rückfalles erhöhen:

- „1. Negative emotionale Zustände, z.B. Ängste, Aufregung, Ärger, Depressivität, Frustration, Langweile.
2. Negative soziale Situationen, z.B. Konflikte in der Familie.
3. Sozialer Druck. Z.B. wenn alle Freunde rauchen.
4. Positive emotionale Zustände; Begegnung mit alkoholbezogenen Stimuli; das Austesten der eigenen Willensstärke und unspezifisches Verlangen“ (Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017, 64 zit. nach Marlatt 1996).

Abbildung 20 zeigt die verschiedene Stufen eines Rückfalles. Bei diesem Modell muss es nicht unweigerlich zu einem völligen Rückfall kommen. In der psychosozialen Beratung können mit Hilfe dieses Modells Hochrisikosituationen identifiziert werden, um dementsprechend schon vorher geeignete Bewältigungsstrategien und Maßnahmen überlegen zu können (vgl. Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017,65).

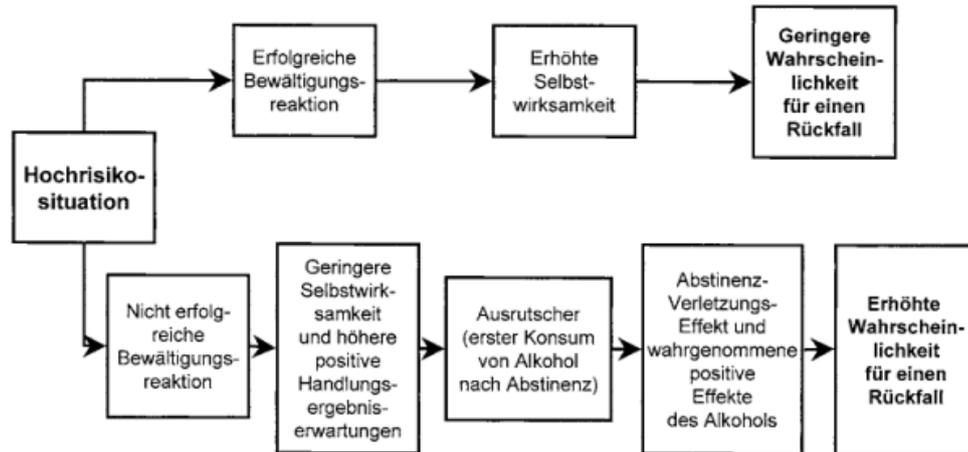


Abbildung 19: Modell des Rückfalls

Quelle: Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. 2017 zit. nach Marlatt, 1996

3 Psychosoziale Beratung

3.1 Definition

Der Fachausdruck psychosoziale Beratung wird in vielen Tätigkeitsbereichen eingesetzt. Oft wurde der Begriff ohne eine klare Definition verwendet. Psychosoziale Beratung kann als Hilfestellung für Klient*innen verstanden werden, die psychische und/ oder soziale Probleme oder Krisen haben. Ziel ist es, zu individuellen Lösungen zu gelangen (vgl. Busch, P. 2011, 27).

Nach Busch gibt es verschiedene Blickwinkel auf psychosoziale Beratung, die jeweils ein eigenes Verständnis davon hervorgebracht haben.

Disziplinentorientierte Definitionen psychosozialer Beratung

Verschiedene wissenschaftliche Disziplinen verwenden den Begriff psychosoziale Beratung in Anlehnung an den eigenen Therapie- oder Beratungsansatz und das darauf aufbauende Menschenbild (vgl. Busch, P. 2011, 28).

Vernetzte Definitionen psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung wird oft als Überbegriff verwendet für Tätigkeiten wie Psychotherapie, Familienberatung, Supervision, Coaching, Meditation, Lebensberatung und Berufsorientierung, um einige Beispiele zu nennen (vgl. Busch, P. 2011, 32f).

Systemtheoretische Aspekte psychosozialer Beratung

„Systemtheoretisch formuliert gehören Wissenschaft und Praxis zwei miteinander zwar strukturell gekoppelten, aber operational differenten Systemen an, die ihre Umwelten nach jeweils anderen (eigenen) Kriterien beobachten und dementsprechend die jeweiligen Umweltkomplexitäten anders (eigenständig) reduzieren“ (Busch, P. 2011, 40).

Definition laut Gewerbeordnung

Bei der psychosozialen Beratung geht es um Unterstützung für Menschen, die psychisch gesund sind und ein konkretes Problem haben. Darin besteht die Abgrenzung zu Psychotherapie, die mit Menschen arbeiten, die als psychisch krank bezeichnet werden. Was krank und was gesund ist, kann aufgrund der internationalen Klassifizierung für Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD- 10) eingeordnet werden (vgl. WKO 2018, 10).

„Folgende Kriterien müssen vorliegen, wenn psychische Störungen diagnostiziert werden:

- »Devianz (Abweichung von Normen und Wertvorstellungen einer Gesellschaft);
- »Leidensdruck (subjektives Gefühl);
- »Beeinträchtigung (in der Bewältigung des Alltags);
- »Gefährdung (es kann zu Selbst- und/oder Fremdgefährdungen kommen).

Die jeweilige Ausprägung dieser „vier Komponenten der Abnormalität“ kann individuell sehr unterschiedlich gewichtet sein, vielfach stehen sie miteinander in Wechselwirkung. Erst wenn alle vier Kriterien vorhanden sind, spricht man von einer psychischen Störung, einer Krankheit“ (WKO 2018, 11).

3.2 Beratungssetting

Beratung spielt sich immer mit Klient*innen ab, die aus verschiedenen Lebenswelten kommen. Auch der Zeitpunkt für Beratung kann sehr unterschiedlich sein. Ob

es sich um eine Krisensituation handelt, oder um eine vorbeugende Beratung, das Setting für eine Beratung ist sehr wichtig. Unterschiedlichste Beratungsfelder, wie zum Beispiel Arbeits-, Ehe-, Paarberatungskontexte zeigen die Wichtigkeit zur Fokussierung auf die Beratungsformate (vgl. Zwicker-Pelzer, R. 2015, 128).

Formale Beratung ist eine Form, die ganz klassisch den Beratungsstellen zugeordnet wird, in denen Menschen ausschließlich als Berater*innen tätig sind, egal welche Profession sie haben. Setting und Ablauf sind klar formuliert und standardisiert. Klient*innen entscheiden sich im Vorfeld, dass sie die Beratungsstelle aufsuchen und dort Unterstützung zu bekommen. Es wird als Komm-Struktur bezeichnet.

Tätigkeitsfelder im Sozialbereich bzw. psychosozialen Bereich umfassen oft halbformelle Beratung. Auch ein/e Mediziner*in wird neben der Behandlung eines Klient*innen auch in einen halbformativen Setting beratend tätig sein. Bei diesem halbformellen Format liegt die Herausforderung darin zu erkennen, wenn Klient*innen Hilfe bzw. Unterstützung durch formale Beratung benötigen.

Unter Freund*innen kommt es sehr oft zu informellen Beratungen. Einen Menschen darüber zu befragen, wie er eine Situation wahrnimmt, oder wie er reagieren würde, ist bezeichnend für die informelle Beratung. Die Form bleibt oft unverbindlich und wird auch nicht überprüft, ob es umgesetzt werden kann (vgl. Zwicker-Pelzer, R. 2015, 128f).

Besonders im Setting von Beratung ist auch der Zeitpunkt, zu dem Beratung einsetzt. So macht es einen Unterschied, ob Beratung in einer Krisensituation einsetzt, oder ob sie vorsorglich, d.h. präventiv stattfindet. Beratung als Hilfestellung in einer Krise verlangt, sich auf das Jetzt zu beziehen und im gegenwärtigen Moment zu bleiben. Während einer Krise über die Vergangenheit zu sprechen ist nicht sehr hilfreich, außer der/ die Klient*in kann dadurch angeleitet werden. Akute Krisenberatung richtet in der Regel den Fokus auf die Bewältigung der jetzigen Situation (vgl. Zwicker-Pelzer, R. 2015, 131f).

In der Beratung mit einem präventivem Ansatz geht es genau darum, Bewältigungsstrategien für zukünftige mögliche Krisen im Vorhinein zu überlegen und dadurch positiv auf zukünftige mögliche Situationen einzuwirken. Das Essverhalten jetzt verändern, damit es später zu keinen gesundheitlichen Problemen kommt, wäre ein Beispiel für präventive Beratung. Bei dieser Art von Beratung zeigt sich jedoch oft, wie hartnäckig sich ungünstige Muster halten und wie wenig veränderungsbereit

Menschen sind, wenn das Leid noch nicht stark genug ausgeprägt ist (vgl. Zwicker-Pelzer, R. 2015, 134).

Ein weiterer Faktor, der für Beratung eine Rolle spielt, ist die Freiwilligkeit oder nicht Freiwilligkeit. Gerade im Beratungsbereich rund um Kinder und Jugendliche (Jugendwohlfahrt) kommt es zu Situationen, wo Beratung unter Zwang ausgeführt werden muss. Eine psychosoziale Beratung ist sehr stark von der Freiwilligkeit geprägt. Wenn Menschen freiwillig eine Beratungsstelle aufsuchen, ist die Wahrscheinlichkeit einer Veränderung im Beratungssetting höher. Die Herausforderung, von unfreiwilligen Beratungen in eine Freiwilligkeit oder wenigstens von der Pflicht in die Selbstverpflichtung zu kommen, ist fordernd, jedoch sollte es Ziel jeder Beratung sein (vgl. Zwicker-Pelzer, R. 2015, 135f).

Ein besonderes Setting stellen auch die aufsuchenden Beratungen dar, die meist im Umfeld der Klient*innen stattfinden. Somit ist das Umfeld den Berater*innen fremd. Das Setting wird von den Gastgeber*innen bestimmt und so scheint es schwer änderbar. Es gibt aber auch Situationen im Leben eines Menschen, in denen die Umstände erschweren, eine Beratungsstelle aufzusuchen, oder es ihnen gar nicht möglich ist. Es gibt gute Erfahrungen in der aufsuchenden Beratung, denn dadurch können auch Menschen ein Beratungsangebot in Anspruch nehmen, die es sonst aufgrund verschiedener Ursachen keine Beratung in Anspruch genommen hätten. Als Beispiel wäre fehlende Infrastruktur, mangelnde Mobilität usw. zu erwähnen (vgl. Zwicker-Pelzer, R. 2015, 139).

„Aufsuchende und zugehende Beratung ist niedrigschwellig im wahrsten Sinne des Wortes: eine leicht überwindbare Schwelle zwischen Professionellen und Lebensumfeld charakterisiert sie. Ein bedeutsamer Schlüssel für die niedrigschwellige Ausgestaltung von Beratung ist das Wahrnehmen, Verstehen und Wissen um den Alltag und die konkrete Lebenssituation. ... lange Zeit galt Beratung als eher hochschwellig, als aufsuchende Beratung ist sie dies aber keineswegs mehr“ (Zwicker-Pelzer, R. 2015, 142).

3.3 Beratungskonzepte

Konzepte entspringen den therapeutischen Schulen. Sie dienen dazu, einen Fokus oder Blickwinkel in der Beratung zu haben, damit das Wie, das heißt, die Methode klar definiert ist und danach gehandelt werden kann (vgl. Hoff, T. 2015, 147).

3.3.1 Tiefenpsychologisch orientierte Beratung

Der Tradition der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie entspringt die tiefenpsychologisch orientierte Beratung. Dabei liegt der Fokus der Beratenden auf dem psychodynamischen Konflikterleben und welche Struktur die Persönlichkeit des Individuums aufweist. Eine hohe Bedeutung haben dabei die unbewussten Anteile eines Menschen. In der Tiefenpsychologie gibt es unterschiedliche Ansätze, wie zum Beispiel nach Hoff (2015) einige aufgelistet, wie das bekannte Strukturmodell von Sigmund Freud, die psychoanalytische Ich- Psychologie von Anna Freud (1936), die psychoanalytische Selbstpsychologie von Heinz Kohut (1971, 1976) und die Objektbeziehungstheorie von Melanie Klein (1973) und Otto Kernberg (1988) (vgl. Hoff, T. 2015, 165ff).

Hoff (2015) zit. nach Wittchen/ Hoyer (2006) Gemeinsamkeiten in den Ansätzen:

- „- Das dynamische Unterbewusste. ... Träume und Phantasien liefern uns Hinweise auf die Funktionsweise des Unbewussten.
- Die Bedeutung der Erfahrungen und der Entwicklung in früher Kindheit. Von Geburt an wirkt sich jedes Lebensstadium auf das nächste aus ...
- Intrapsychischer Konflikt. Von frühester Kindheit an und das ganze Leben hindurch stehen unsere Bedürfnisse und Wünsche oft in Widerspruch zueinander
- Unbewusste Konflikte. Alle psychodynamischen Ansätze versuchen in der einen oder anderen Weise, unbewusste Konflikte aufzudecken und transparent zu machen“ (Hoff, T. 2015, 168 zit. nach Wittchen/ Hoyer 2006).

3.3.2 Klienten- und personenzentrierte Beratung

Die Klienten- und personenzentrierte Beratung wurde von Carl Rogers entwickelt. Das zentrale Konzept der Gesprächstherapie nach Rogers die Übereinstimmung zwischen dem Selbst und der Erfahrung. Dies wird als Kongruenz bezeichnet. Wenn

das Selbstkonzept mit dem Erleben eines Menschen nicht stimmig ist, können aufgrund dieser Inkongruenz psychische Spannungen entstehen.

Auf Seiten der Berater*innen werden Beratungskompetenzen benötigt wie Kongruenz, empathisches Verstehen, so wie radikaler Respekt für die Menschen, die in die Beratung kommen und für ihre individuellen Inhalte. Die eigenen Bewertungen der Berater*innen sollen keine Rolle spielen und zurückgestellt werden können. Wichtig ist auch eine durchschaubare und überschaubare Gestaltung der Beratung und deren Methoden.

Auch auf der Seite der Klient*innen werden Voraussetzungen genannt, um eine klientenzentrierte Beratung erfolgreich durchführen zu können. Beratene müssen beziehungsfähig sein, damit sie Kontakt zum/zur Berater*in aufnehmen können. Es soll ein Leidensdruck vorhanden sein, was bedeutet, dass Inkongruenz erlebt wird. Weiteres soll wahrgenommen werden, dass der/die Berater*in ihnen eine radikale Wertschätzung und hohe Empathie entgegenbringt (vgl. Hoff, T. 2015, 173ff).

3.3.3 Logotherapeutische und Existenzanalytisch orientierte Beratung

Die Existenzanalyse wurde von Viktor Frankl in den dreißiger Jahren entwickelt und später von Alfred Längle weiter ausgeweitet. Im Beratungssetting sollen Bedingungen geschaffen werden, unter welchen die Ratsuchende ein wertfühlendes, menschenwürdiges und selbstgestaltetes Leben konstruieren bzw. finden können. So soll eine sinnvolle Lebensgestaltung erfahren werden, die nicht nur auf Erklärung aufgebaut ist. Diese Form wird deshalb auch als erlebnisorientiert bezeichnet. Wenn Menschen nicht krank sind, jedoch orientierungslos in der Sinnerfüllung ihres Lebens sind und auch darunter leiden, ist die logotherapeutische Ansatz eine gute Möglichkeit sie zu unterstützen. Die Existenzanalyse soll Menschen dazu befähigen, Dinge die für sie wirklich wichtig sind, selbst gestalten zu können und sich nicht durch innerpsychischer Prozesse und Umwelteinflüssen treiben lassen. Das Ziel in der Beratung ist, Menschen dabei zu unterstützen, dass sie von innen heraus stimmig leben können (vgl. GLE International 2017, 1).

Kerngedanken von Viktor's Frankl Anthropologie sind nach Reitingen (2018):

- „(1) Der Mensch bildet eine leib-seelisch-geistige Einheit. Diese Einheit begründet die geistige Person.
- (2) Der Mensch besitzt aufgrund seiner geistigen Dimension die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz.

- (3) Der Mensch ist aufgrund seiner geistigen Dimension als Person frei und verantwortlich.
- (4) Die Motivation des Menschen als geistige Person ist sein Wille zum Sinn.
- (5) Es gibt objektive Werte.
- (6) Es gibt einen objektiven Sinn. Der subjektive Sinn ist im objektiven aufgehoben.
- (7) Sinn wird verwirklicht, indem die wertvollste Möglichkeit in einer Situation gewählt wird.
- (8) Das Sinnorgan des Menschen ist sein Gewissen. Es ist die Stimme der Transzendenz.
- (9) Der Mensch ist auf Gott bezogen, sei dies bewusst oder unbewusst“ (Reitinger, C. 2018, 17).

3.3.4 Verhaltensorientierte Beratung

Bei der verhaltensorientierten Beratung geht es um Beobachtungslernen und kognitives Lernen. Somit beinhaltet Verhalten nicht nur die Ebene des Beobachtens, sondern auch die Ebene der kognitiven Verarbeitung. Verhaltensorientierte Beratung verwendet kognitive und emotionsfokussierte Methoden wie Rollenspiele, Selbststeuerungspraxis oder Verstärkungslernen, um nur einige zu nennen. Kernaufgaben in der Beratung können Psychoedukation, Verhaltensanalyse, Problemanalyse oder auch Motivationserhöhung usw. sein. Im Sinne einer verhaltensorientierten Beratung steht die Selbstbefähigung der Beratenen im Mittelpunkt. Genaue Handlungssteuerung und Verbesserung von Funktionsstörung im Bereich Kognition, Emotion und körperliche Reaktionen sollen für den Beratenden erreicht werden. So soll die Steigerung der Kompetenzen, Aktivierung von Ressourcen und Selbstbefähigung in der Beratung angestrebt werden. Inhalte einer klientenzentrierten Beratung sollen lösungsorientiert, bewältigungsorientiert und selbstbefähigend sein und ein besseres Selbstverstehen ermöglichen, damit der/die Klient*in das eigene Leben aktiv gestalten und so die Führung über das eigene Leben übernehmen kann (vgl. Hoff, T. 2015, 173-178).

3.3.5 Systemische Beratung

Systemische Beratung umfasst ein breites Spektrum an Anwendungsfeldern/ Einsatzgebieten im Leben der Menschen. Sie kann individuell oder im Gruppensetting

beraten werden, lebensweltliche und arbeitsweltliche Bezugsrahmen umfassen: Immer wird dabei Bezug auf ein soziales System genommen (vgl. Schubert, F. 2015, 190f).

Ein System ist geprägt von Beziehungen, die meist emotional gefärbt sind. Es geht um Kommunikation der einzelnen Mitglieder*innen innerhalb des Systems sowie deren Aufgabenstellung und Sinnverständnis. Diese Punkte bestimmen wer Teil eines Systems ist und wer nicht.

Gegenseitige Abhängigkeit oder Zirkularität besagt, dass jede Änderung im System Auswirkungen auf andere Mitglieder hat.

Ein weiterer wichtiger Begriff ist das Wort Muster. Es beschreibt die inneren Prozesse im System. Sie erfüllen für das System und die Menschen innerhalb des Systems einen Zweck. Systeme haben die Tendenz, immer wieder in den Zustand des Gleichgewichts zurückzukehren. So können sie veränderte Bedingungen im Internen und Externen ausgleichen und sich anpassen. Die zweite Fähigkeit ist, bei Stress oder großer Beanspruchung, durch Zusammenhalt und das Abgrenzen von außen in Kohärenz zu bleiben.

Menschen sind immer in mehrere Systeme eingebunden. Sie stehen im Dialog mit Informationen, Handlungen und Emotionen mit den der Umwelt in Beziehung.

Die Durchlässigkeit erlaubt einen Austausch zu anderen Systemen. Diese Annahme wird System- Umwelt- Austausch bezeichnet.

Die System- Kontext- Hierarchie meint, dass jedes System immer nur ein Teil eines größeren Systems ist, gleichzeitig auch ein Gesamtsystem, das wiederum Teilsysteme integriert. Die verschiedenen Ebenen sind hierarchisch und ist als Ordnungsbegriff zu verstehen (vgl. Schubert, F. 2015, 192f).

Systemische Ansätze oder Grundlagentheorien sind die Systemtheorie (klassisch aus der Familientherapie herausentwickelt), der systemisch- kybernetischer Ansatz (selbstregulierende Balance) und der systemisch- konstruktivistischen Ansatz (Bedeutung durch Konversation und Geschichten) (vgl. Schubert, F. 2015, 194ff).

Schubert (2015) zählt einige Grundhaltungen auf, die für die systemische Beratung bezeichnend sind, wie zum Beispiel der Ausbau von Alternativen und Handlungsspielraum für Klient*innen, das Aufdecken von verschütteten Ressourcen, den lösungsorientierten Ansatz, sowie die Ehrfurcht vor Autonomie und Selbstmanagement. Berater*innen verhalten sich neutral und sind nicht parteiisch. Sie orientieren

sich an den Zielen und Vorstellungen des/der Klienten(s)*innen. Auch klar beschrieben ist das Entwickeln von Hypothesen (vgl. Schubert, F. 2015, 200).

Wichtige Ausstattungen in einer systemischen Arbeitsweise nennt Schubert (2015)

„Hypothesenbildung, Formulieren von Handlungsvorschlägen, systemisches Fragen, umdeutendes Kommentieren“ (Schubert, F. 2015, 202).

3.4 Methoden in der Beratung

Nachfolgend sollen exemplarisch einige Werkzeuge, die in der Beratung eingesetzt werden, vorgestellt werden. Für alle Bereiche gibt es wertvolle Methoden, die sich an den Ansätzen orientieren. Keinesfalls kann hier die ganze Palette vorgestellt werden, es sind nur Bruchteile und hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

3.4.1 Interventionen und Tools

Dereflexion beruht auf der Tatsache, dass Probleme sich verstärken oder überhaupt entstehen, wenn der Fokus immer darauf gelenkt wird. Durch Dereflexion soll die Aufmerksamkeit umgelenkt und so der Energie entzogen werden. Durch diese Interventionstechnik konnte Viktor Frankl seinen Schilderungen zufolge überhaupt seine KZ- Zeit überstehen.

Bei Frankls Methode, die paradoxe Intention bzw. Intervention, sollen die Klienten ihr Symptome verstärken. Bei dieser Technik geht es vorrangig um die Paradoxie, jedoch auch um die Art und Weise, wie sie durchgeführt wird. Es soll mit Humor geschehen, so dass eine gewisse Absurdität der Situation entsteht und erkannt werden kann. (vgl. Mahr, C. 2018, 104)

Als Interventionsmaßnahmen zum Starten sind Tools gemeint, die sich eignen, um zum Beginn einer Einheit Lust auf ein Thema zu bekommen und aktiv zu werden. Dies könnten Übungen sein, um mit sich selbst in Kontakt zu kommen, mit anderen in Kontakt zu kommen oder auch Wahrnehmungsübungen, die Sensibilisierung bringen sollen. Auch eignen sich Übungen um die Kreativität zu wecken und so die eigenen Prozesse in Gang zu bringen (vgl. Stadler, C. et.al 2016, 29).

Beispiele können dafür sein:

- Arm- Bein- Countdown – Klienten sollen in Bewegung gebracht werden oder ein Prozess soll wieder energiegeladener werden (vgl. Stadler, Christian et.al 2016, 30f).

- Innere Stimmigkeit – Menschen sollen zur Ruhe kommen und sich auf das Innere konzentrieren und einverstehen, dass psychische Gemütsverfassung sich im Körper zeigen können (vgl. Stadler, C. et.al 2016, 36ff).

Um sich in Beratungen mit Themen vertiefend auseinanderzusetzen können kreative Prozesse angeregt werden. Dadurch können Beratene über andere Zugänge lernen und begreifen (vgl. Stadler, C. et.al 2016, 81).

Wahrnehmungsübungen können den Veränderungswunsch stärken und innere Konflikte sichtbar machen, seine versteckten Ressourcen auffinden. Ein Beispiel dafür wäre:

- Seelenlandschaft aufstellen. Diese Technik dient unter anderem dazu, alternative Muster im Verhalten zu entwickeln (vgl. Stadler, C. et.al 2016, 90ff).

Einen Perspektivenwechsel einzuleiten schafft es oft eine Distanz zur eigenen Person oder zur Thematik herzustellen. Diese kann zur Erhöhung von Gelassenheit führen. Außerdem können blinde Flecken spielerisch beleuchtet werden. Beispielhaft kann hier das Tool genannt werden:

- Axio- Atom: Meine Werte – Wenn Handlungen nicht ausgeführt werden, können Wertekonflikte im Spiel sein (vgl. Stadler, C. et.al 2016, 130ff).

Um Konfliktbearbeitung in der Beratung geht es sehr oft, auch deshalb, weil die Klient*innen Anteile in sich selbst ablehnen. Dazu kann über diese Technik Abhilfe geschaffen werden:

- Brief von meinem Schatten-Ich – Abgelehnte Anteile bzw. Zugang zu ihnen soll gefunden werden (vgl. Stadler, C. et.al 2016, 153ff).

Ressourcen- und Aktivierungsstärkung dienen dazu, sich der eigenen Ressourcen bewusst zu werden. Beispielhaft kann hier sein:

- Sieben Säulen meines Lebens – Bewusstwerdung der Stärken und Möglichkeiten sollen hier erreicht werden. Die Qualität der Ressourcen können analysiert und gewichtet werden (vgl. Stadler, C. et.al 2016, 201ff).

Ein häufiger Grund, um eine Beratung aufzusuchen ist, Lösungen für ein Thema zu bekommen oder gemeinsam mit dem/der Berater*in Lösungen zu kreieren. Ein Tool, das sich dazu eignet, wäre zum Beispiel:

- Der rote Faden der Zeit – Wenn sich Menschen in Krisen befinden und die Situation sich starr anfühlt und aussichtslos, unterstützt dieses Werkzeug den Prozess aus dieser Starre zu kommen (vgl. Stadler, C. et.al 2016, 233ff).

3.4.2 Psychoedukation

Um eine Gesundheitsförderung bei Menschen anzustreben und so eine Erweiterung der Gesundheitskompetenz zu erreichen, werden in den Beratungen aber auch auf anderen Ebenen Maßnahmen zur Psychoedukation eingesetzt. Psychoedukation kann für einzelne Personen, Gruppen oder Bevölkerungsschichten angelegt sein, zum Beispiel: Informationsvermittlung, Aufklärungs- und Abschreckungskampagnen, Training von Verhalten und auch Selbstmanagementmethoden. Sozioedukative Maßnahmen werden zum Beispiel bei Organisationen, Gruppen, Gemeinde usw. angewendet. Dort sollen präventive Prozesse in Bewegung gebracht oder ausgelöst werden, die der Verhältnisprävention zu geordnet werden kann (vgl. Habermann- Horstmeier, L./Lippke, S. 2020, 9).

Mühlig und Jacobi (2011) definieren Psychoedukation folgendermaßen:

„Psychoedukation ist die systematische und strukturierte Vermittlung wissenschaftlich fundierter gesundheits- und/oder störungsrelevanter Informationen und Kompetenzen mit psychologischen Methoden. Es handelt sich also nicht um ein umschriebenes Therapieverfahren, sondern lediglich um eine Behandlungskomponente in einem übergeordneten Interventionskonzept“ (Mühlig, J./Jacobi, F. 2011, 478).

Als Zielgruppe kommen sowohl alle Risikopersonen, aber auch deren Angehörige in Frage. Psychoedukation kann dabei auch alle Informationen rund um das Krankheitsbild oder die Diagnosen, sowie mögliche Behandlungsprogramme umfassen. Aufklärung über Chancen und Risiken und Stärkung sozialer Kompetenzen können hilfreich sein, Menschen dabei zu unterstützen, Lösungs- und Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Rückfallstrategien zu erarbeiten kann eine weitere Maßnahme sein, die unter Psychoedukation fallen kann.

Wie Wirkmechanismen der Psychoedukation funktionieren, kann noch nicht gesagt werden, da es noch zu wenig Forschung dazu gibt. Es wird angenommen, dass fehlende oder falsche Informationen oder Vorstellungen mittels Informationen ausgeglichen werden können. Informationen sachlich aufbereitet, können auch kranke Menschen oder auch deren Angehörigen entlasten.

Psychoedukation soll Menschen dabei unterstützen, auch nach Behandlungen und Therapien verändertes Verhalten in den Alltag zu integrieren. Die Hilfe zur Selbsthilfe soll nicht nur ein Schlagwort sein, sondern auch wirkungsvoll von jedem umgesetzt werden. Didaktische Aufbereitung kann mit Vorträgen, Diskussionen, aber auch Verhaltensänderungstool oder Rollenspiele erreicht werden. Dabei können auch Selbsthilfebücher unterstützen, wie es etwa in der Bibliotherapie praktiziert wird (vgl. (Mühlig, J./Jacobi, F. 2011, 478f).

Auch Worringen (2011) betont die Wichtigkeit Psychoedukation im Rahmen eines Gesundheitstrainings für die Erreichung des Zieles, das Empowerment der Patienten zu erhöhen. Während er Psychoedukation als gut geeignet bei chronische Erkrankungen sieht, betont er jedoch die Grenzen bei Patienten mit intensiver Aufmerksamkeitsstörungen. Für Menschen mit Hypochondrie oder mit eingeschränkter Wahrnehmung sei diese Art von Gesundheitstraining möglicherweise nicht geeignet (vgl. Worringen, U. 2011, 419).

3.4.3 Lernen am Modell/ Beobachtungslernen

Beobachtungslernen, Nachahmungslernen, soziales Lernen oder Imitationslernen sind einige Synonyme, die für die Bezeichnung Lernen am Modell verwendet werden. Damit wird gemeint, dass Menschen nicht nur ausschließlich lernen, wenn sie es selbst ausprobieren, sondern es schon ausreichen kann, wenn sie andere Menschen bei einer Handlung beobachten. Dieser kraftvolle Mechanismus des Beobachtungslernen gibt die Möglichkeit, unser Handeln neu auszurichten ohne selbst Missgeschicke in Kauf nehmen zu müssen. Eine Form des Nachahmens ist die automatische, angeborene Imitation. In Untersuchungen konnte unkompliziertes Nachahmen schon bei Neugeborene beobachtet werden, zum Beispiel das Herausstrecken der Zunge (vgl. Kiesel, A./Koch, I. 2012, 73ff).

Zum automatischen Imitieren wird gehört auch, wenn Menschen zum Beispiel durch Gähnen eines Gegenübers selbst zu gähnen beginnen, oder wenn automatisch ein Lächeln erwidert wird. Auch eine vermutlich gedankliche Annahme, was beim Gegenüber gerade im Inneren stattfindet, kann die selbe Verhaltensweise auslösen (vgl. Bak, M. 2019, 40).

Es gibt aber auch erlerntes Nachahmen, oder gelerntes Imitieren. Kiesel/Koch beziehen sich auf Untersuchungen von Bandura (1965) und betonen, dass komplexes

Verhalten durch Beobachtung gelernt wird und es nicht automatisch stattfindet. In einer Untersuchung von Bandura mit Kindern konnte beobachtet werden, dass Kinder das Verhalten von Erwachsenen imitieren bzw. das Verhalten von Erwachsenen nachahmen und somit diese auch erlernt haben (vgl. Kiesel, A./Koch, I. 2012 zit. nach Bandura 1965, 75f).

Für Beratungen im Bereich der Verhaltensänderung kann die soziale Lerntheorie von Bandura (1977) herangezogen werden. Funktionen bei dem Modelllernen sind dieser zufolge neue Verhaltensweisen zu adaptieren, bestehendes Verhalten zu verbessern und positive und/ oder negative diskriminative Reize zu bilden. Wie in Abbildung 20 zu sehen, ist das Lernen in zwei Phasen aufgeteilt. In der Aneignungsphase werden Handlungen modelliert. Hat das Modell eine hohe Ausstrahlung, ist auch die Aufmerksamkeit höher. Bei Kindern wirkt es besonders. Es kommt so zu Vorstellungsbildern, die dann im Prozess des Gedächtnisses abgespeichert werden.

In der Ausführungsphase werden diese inneren Bilder nachgeahmt und ausprobiert. Dies wird als motorischer Reproduktionsprozess bezeichnet. Durch Motivation wird es dann verstärkt und weiter ausgeübt. Je ähnlicher die Situation des Modells und die der Person, die das Verhalten nachahmt ist, desto leichter kann Verhalten imitiert werden (vgl. Ittel, A./Raufelder, D./Scheithauer, H. 2014, 340).

Die bereits bei dem SCT- Modell von Bandura erwähnte Selbstwirksamkeit nimmt diese auch beim Modelllernen eine wichtige Funktion ein. Wenn Menschen überzeugt sind, dass sie das neue Verhalten bewältigen können, ist dies ein guter Wirkfaktor für die Ausführungsphase und die Kompetenzerwartung steigt. Die Lerntheorie von Bandura hatte einen großen Einfluss auf die Lernforschung (vgl. Bak, M. 2019, 43).

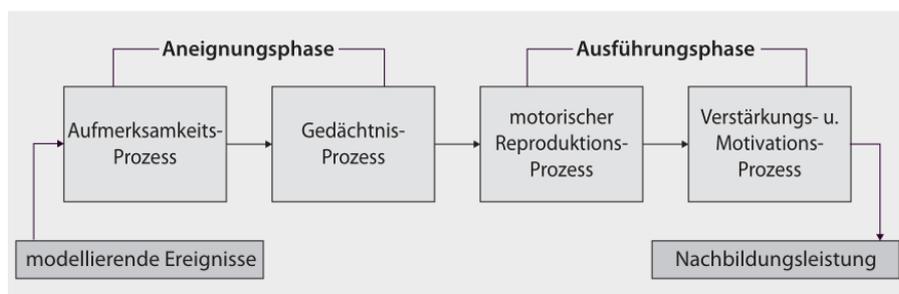


Abbildung 20: Soziale Lerntheorie nach Bandura

Quelle: Ittel, A./Raufelder, D./Scheithauer, H. 2014 zit. nach Bandura, 1977a

„Da Beobachtung, Imitation und anschließende Modulierung des Verhaltens das Individuum in einen kontinuierlichen Austausch mit seiner Umwelt bringen, wird vom reziproken Determinismus gesprochen, der auf drei Ebenen (hier für Lernkontexte) beschreiben werden kann:

- (1) Individuelle Ebene. Gemeint sind Erwartungen an den Lernenden, seine Einstellung zu den Lerninhalten, seine Selbstwirksamkeit und individuelle Kontrollüberzeugung.
- (2) Äußere und soziale Ebene. Auf diesen Ebenen werden die physikalischen Gegebenheiten des Lernkontexts und die Charakteristika anderer im Lernkontext involvierter Menschen charakterisiert.
- (3) Ebenen des beobachtbaren Verhaltens. Handlungen, verbale Äußerungen, körperliche Bewegungen sind die beobachtbaren Verhaltenseinheiten, die auf Entwicklung und Lernen Einfluss nehmen und Verhaltensänderungen im unmittelbaren sozialen Kontext nach sich ziehen“
(Ittel, A./Raufelder, D./Scheitthauer, H. 2014, 340f).

Problematische Verhaltensweisen, wie zum Beispiel aggressives Handeln werden im klinischen Kontext oft diskutiert, zum Beispiel welche Auswirkungen Kriegsspiele oder Gewaltszenen in den Medien haben und ob sich Rückschlüsse auf das Modelllernen ziehen lassen. Auch Suizide werden in Bezug auf das Modelllernen und Nachahmen untersucht und finden unter der Bezeichnung Werther- Effekt Einzug in die Literatur. Das Nachahmen von Suiziden oder Werther- Effekt deswegen, da es nach einer Veröffentlichung von Goethes, im 18. Jahrhundert erschienenen Werk, die Leiden des jungen Werthers, vermehrt zu Suiziden kam, die Menschen dieselbe Kleidung trugen und die Art der Suizide einander sehr ähnelte. Auch kann beobachtet werden, dass die Suizidrate steigt, wenn Persönlichkeiten Selbstmord begehen (vgl. Kiesel, A./Koch, I. 2012 zit. nach Phillips 1974, 79).

3.4.4 Achtsamkeit

„Burn-out is a syndrome conceptualized as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. It is characterized by three dimensions:

- feelings of energy depletion or exhaustion;

- increased mental distance from one`s job, or feelings of negativism or cynicism related to one`s job; and
- reduced professional efficacy

Burn-out refers specifically to phenomena in the occupational context and should not be applied to describe experiences in other areas of life” (WHO 2019)

So definiert die WHO (2019) Burnout neu. Das Phänomen wird nun als Krankheitsbild in den ICD-11 aufgenommen und zeichnet damit nun ein realistisches Bild der Arbeitsbedingungen in der Arbeitswelt (vgl. WHO 2019).

Als Auswirkungen der Technologie sind wir immer erreichbar. Mit Handys oder Laptops können wir jederzeit Nachrichten, Mailtexten abrufen, Anrufe tätigen oder geschäftliche Aufgaben erledigen. Die Lebensgeschwindigkeit der Menschen wird von dieser exponentiellen Beschleunigung forciert. Nach Gordon Moore, Gründer von Intel, wurde dazu der Begriff das Moore`sche Gesetz geprägt, weil er dies als erste Person so formuliert hat (vgl. Kabat- Zinn, J. 2019, 231f).

Junghanns/Kersten (2020) geben als Folgen der Reiz- und Informationsüberflutung am Arbeitsplatz aufgrund immer schneller werdenden Technologie und Digitalisierung einige Gesundheitsbeschwerden wie Rückenschmerzen, emotionale Erschöpfung, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit an, die oft Stress als Ursache haben (vgl. Junghanns, G./Kersten, N. 2020, 8).

Übungen und Methoden in der Achtsamkeitspraxis zielen darauf ab, in die Gegenwart zu kommen, achtsamer zu sein, unbewussten und automatisierten Verhaltensmustern auf die Schliche zu kommen und die eigenen Reaktionen bewusst wahrzunehmen. Die Möglichkeiten, welche sich durch Achtsamkeitspraxis ergeben, bekommen immer mehr Bedeutung in der Psychologie. Die bewusste Betrachtung des Selbst wird bei der Achtsamkeit in den Mittelpunkt gestellt. Zwar bestehen hier Parallelen zu den Elementen der Selbstwirksamkeit und Selbstreflexion, jedoch gibt es auch Abgrenzung zu den beiden. In der Selbstwirksamkeit kann die Aufmerksamkeit auf innere und äußere Geschehnissen gelenkt werden. Bei der Achtsamkeitspraxis soll der Fokus auf dem inneren Erleben liegen. Im Unterschied zur Achtsamkeitspraxis, liegt der Beginn der Selbstreflexion bei einem negativen Ereignis. Es ist

ein klares Ziel, sich bestimmte Erlebnisse reflektierend anzuschauen. Die Achtsamkeitspraxis verfolgt grundsätzlich keine Ziele und keinen Zweck (vgl. Kuschel, H. 2016, 15f).

Der Ursprung der Achtsamkeit liegt im Buddhismus. Grundlage bilden Beobachtung und Fokussierung auf den achtsamen und bewussten Umgang mit dem Körper (Atmen, Haltung, Tätigkeit), bewusstes Achten auf die Gefühle, achtsames Beobachten des Geistes (Konzentration) und bewusstes Achten auf Dinge und Gedanken, die im jetzigen Moment wahrgenommen werden können. Nicht- Bewertung ist in der Achtsamkeitspraxis generell, aber auch im Buddhismus ein zentrales Element der Praxis (vgl. Heschel, L. 2018, 34).

Es gibt verschiedene Möglichkeiten Achtsamkeit zu praktizieren. Grundsätzlich werden informelle und formelle Meditationen unterschieden, die in der Achtsamkeit geübt werden. Zur formellen Meditation gehören durch unterschiedliche Methoden wie zum Beispiel gedankliche Körperabtastung (bodyscan), Sitz- und/ oder Gehmeditationen, Yoga, Qi-Gong sein. Hier wird zuerst die Methode erlernt und dann durch regelmäßiges Ausführen geübt.

Bei der informellen Meditation liegt der Fokus bei alltäglichen Aufgaben und der Nichtabschweifung der Gedanken. Die Gedanken und die Tätigkeiten sollen synchron sein (vgl. Heschel, L. 2018, 12).

In der klinischen Psychologie wurde in den 70iger Jahren ein Programm für ein achtsamkeitsbasiertes Training entwickelt. Auch die sehr bekannte Rosinenübung zur Übung eines achtsamen Momentes findet immer wieder Verwendung, wenn es um Trainings rund um Achtsamkeit geht. (vgl. Heschel, L. 2018, 17f).

Das Programm Stressbewältigung durch Achtsamkeit von Kabat- Zinn, Mindfulness based stress reduction (MBSR) hatte seinen Anfang in dem Medical Center der University of Massachusetts in Worcester. Es wurde entwickelt, um Schmerzpatienten die Möglichkeit zu geben, sich auf den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung und Selbstfindung einzulassen, damit sie ihre Gesundheit wiederherstellen können oder zumindest zur Ruhe zu finden. Durch dieses achtwöchige Programm sollen die Patient*innen lernen, sich selbstständig eine bewusstere Lebensführung aufzubauen und auszuführen (vgl. Kabat-Zinn, J. 2013, 29f).

Nach Kabat- Zinn (2013) ist das MBSR- Programm auf den sieben Pfeilern der inneren Einstellung aufgebaut.

Pfeiler 1 – Nichtbeurteilung – Menschen sind ständig dabei, zu bewerten und zu urteilen. Alle Wahrnehmungen, sei es im Inneren oder Äußeren werden ständig einer Bewertung unterzogen. Durch Übungen wird gelernt, die inneren Abläufe der Gedanken bewusst wahrzunehmen und sie anzunehmen, als dass was sie sind.

Pfeiler 2 – Geduld – Veränderungen sollen immer sofort sichtbar werden, so der Wunsch von Personen, die in unangenehmen Situationen sind. Dinge, oder wiederkehrende Gesundheit brauchen aber Zeit um die volle Wirkung entfalten zu können. Dies so anzunehmen erfordert eine gewisse Weisheit, die in der Praxis bewusst werden soll.

Pfeiler 3 – Anfängergeist – Die Erfahrung im jetzigen Augenblick beschreibt die Qualität des Lebens. Oft wird sie nicht erkannt, da mit Glaubenssätzen und automatisierten Denkläufen das Verweilen im Moment verhindert wird. Sich immer wieder auf das Jetzt und den Geist des Anfangs zu besinnen, soll begriffen werden.

Pfeiler 4 – Vertrauen – Viele Menschen verlieren das Vertrauen in sich selbst. Es ist wichtig, sich der Entwicklung des Vertrauens auf die eigenen Gefühle zu widmen.

Pfeiler 5 – Kein Erzwingen – Menschen sind es gewohnt, immer ein Ziel zu verfolgen und leben und arbeiten zielgerichtet, oder auch einen Zweck bestimmend. In der Meditation kann das jedoch hinderlich werden. Nichts erzwingen, ohne Gewalt zu sich selbst, darauf soll diese Säule hinweisen.

Pfeiler 6 – Akzeptanz – Anzunehmen, sich selbst, die Krankheit ist wichtig für den Heilungsprozess und stellt eine sehr fordernde Übung dar.

Pfeiler 7 – Loslassen – Eine der möglicherweise schwersten Übung, denn loslassen kann auch zulassen sein. Das Gegenteil, wie das Klammern oder Festhalten sind hinderliche Aspekte bei einer gesunden und bewussten Lebensführung.

Weitere Aspekte sind für eine gelungene Achtsamkeitspraxis hilfreich. So ist es auch notwendig mit Entschlossenheit, Disziplin und Zielorientiertheit das Programm zu absolvieren und sollen sich dabei mit Dankbarkeit, Versöhnlichkeit und auch Gelassenheit zu begegnen. Wenn Menschen beim Praktizieren Gefühle wie Misstrauen, Ungeduld, Selbstsüchtig entwickeln, sie den Impuls des Festhaltens statt des Loslassens in sich spüren, aber sich dessen bewusst sind, ist es Achtsamkeit. Durch dieses Bewusstsein kann die innere Haltung sich langsam umwandeln und es kann eine Veränderung stattfinden. Das MBSR- Programm ist für viele Personen

eine neue und sehr intensive Erfahrung und erfordert körperliche und geistige Übungen, die regelmäßig durchgeführt werden sollen. Somit ist es ein großer Eingriff in den Tagesablauf und es bedarf Zeit, bis diese Übungen in den Alltag integriert werden. MBSR- Lehrer absolvieren auch laufend diese Programme und sind in der Vermittlung der Übungen überzeugend. So greifen in diesem Programm das Konstrukt des Modellernen (siehe Kapitel 3.4.3) ebenso wie die Methode der Psychoedukation durch Wissensübermittlung (siehe Kapitel 3.4.2) (vgl. Kabat-Zinn, J. 2013, 68-79).

4 Empirischer Teil

4.1 Methode

In diesem Teil der Masterarbeit wird die Methode zur empirischen Forschung dargestellt. Dabei wird das Forschungsdesign beschrieben, sowie die Kriterien der Auswahl der Interviewpartner*innen dargelegt. Weiteres soll auf die Planungsphase und Ausführung der Interviews eingegangen werden. Zum Schluss soll die Datenausarbeitung und die Analyse dargestellt werden.

Das Thema der Auseinandersetzung sind Interventionsmaßnahmen zur Gesundheitsvorsorge in der Beratungspraxis, die im Mittelpunkt der interviewten Personen stehen. Dabei wird ihr subjektives Wahrnehmen und Erfahrungen abgefragt, wie psychosoziale Berater*innen ihre Klient*innen bei gesundheitsfördernde Maßnahmen optimal unterstützen können.

4.2 Qualitative Forschung – quantitative Forschung

Für die vorliegende Arbeit wird ein qualitativer Zugang gewählt. Um diese Wahl zu begründen, werden beide Methoden nachfolgend kurz vorgestellt.

Die qualitative Methode hat in den letzten Jahren immer größeren Stellenwert bekommen, trotz aller Kritik und Vorbehalte in der Literatur. Die qualitative Forschung eignet sich sehr gut dafür soziale Wirklichkeiten angemessen darzustellen und auszulegen, weil sie Lebenswelten von innen heraus beschreibt. Dabei kann das Augenmerk auf Deutungsmuster, Strukturmerkmale und Abläufe gerichtet werden. In der qualitativen Forschung werden subjektive Beobachtungen der Forscher*innen akzeptiert, wo hingegen bei der quantitativen Methode der erforschte Gegenstand im Zentrum steht. Sie richtet sich mit ihrem vergleichend statistischen Ansatz an standardisierten Datenerhebungsmethoden aus.

Die qualitative Forschung zeigt sich offen und flexibel in ihrer Option, über den noch wenig erforschten Teil des sozialen Wirkungsbereichen Aufschluss zu erlangen. Die aus den Erhebungen entnommenen deutlich sichtbaren Informationen können interpretiert und anhand quantitativen Methoden überprüft werden. (vgl. Flick, U./Kardoff, E./Steinke, I. 2010, 13ff)

Die Tabelle 2 zeigt, in welchen Punkten sich qualitative Forschung und quantitative Forschung unterscheiden.

Qualitative Forschung	Quantitative Forschung
<ul style="list-style-type: none"> - will komplexe soziale Sachverhalte verstehen - rekonstruiert subjektive Deutungsmuster - hält das eigene Vorverständnis möglichst weit und lange zurück - versteht Deutungen und subjektive Sichtweisen - gestaltet sich nach dem Prinzip der Offenheit - offene Fragen, die Antworten sind Texte - kleine Stichproben 	<ul style="list-style-type: none"> - will soziale Sachverhalte erklären - gibt „objektive“ Definitionen vor - testet vorab formulierte Hypothesen (Hypothesentestendes Verfahren) - misst Häufigkeiten und Zusammenhänge - gestaltet sich nach dem Prinzip der - standardisierte, geschlossene Fragen, die Antworten bilden Datensätze - große Stichproben

Tabelle 2: Abgrenzung qualitative und quantitative Forschung

(Quelle: Kruse, J. 2004, 2)

Helferich (2006) charakterisiert drei Grundideen der qualitativen Forschung:

Das Übertragen eines Gefühlseindrucks in das eigene Bezugssystem. Es ist wichtig den Filter des eigenen Bezugssystems gering zu halten, ebenso das Vorverständnis und bereit zu sein, Neues auszuweiten. Das Hintenanstellen des eigenen Vorverständnisses soll als Grundprinzip der Offenheit implizieren (vgl. Helfferich, C. 2009, 1 f.).

Wie schon dargelegt, sollen die Erfahrungen, Erkenntnisse und die Sichtweisen der Interviewpartner*innen im Fokus stehen. Um die Frage, wie können psychosoziale Berater*innen dabei unterstützen, gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Gesundheitsvorsorge zu entwickeln, beantworten zu können, werden in der vorliegenden Masterarbeit das qualitative Verfahren und das leitfadengestützte Expert*inneninterviews verwendet. Die quantitative Erhebungsmethode hätte nur ungenügende Antworten geben können, da von den Expert*innen subjektive und emotionale Betrachtungsweisen, Erkenntnisse und Erlebnisse abgefragt werden, In der Besprechung können die Interviewpartner*innen ermutigt werden, ihre subjektiven Anschauungen zu äußern. Wenn Fragen nicht klar verstanden werden, kann dies anders geäußert und verständlicher transportiert werden. Die Möglichkeit bei interessanten Antworten nachzufragen und dadurch zusätzliche spannende Antworten zu bekommen, ist ebenfalls vorteilhaft bei der qualitativen Forschungsmethode. In der Literatur findet man folgende Beschreibung:

„Die qualitative Forschung als empirische Forschung, die Daten aus der Lebenswelt von Menschen sammelt und interpretiert, so meint die ‚wissenschaftliche‘ Arbeit an einer Bedeutungsgrenze, dass kommunizierbare und kommunizierte Bedeutungen untersucht werden. Die Bedeutungen müssen als sozialer Ausdruck menschlichen Lebens verstanden werden, sie sind in ihrer materialisierten Form (Sprache, Bilder, Dinge, Handlungen) empirisch beobachtbar und als kulturelle Phänomene eines historischen Prozesses verstehbar“ (Fuhs, B. 2007, 19).

4.3 Forschungsdesign

Den Ablauf einer empirischen Studie beschreibt Diekmann so:

„I. Formulierung und Präzisierung des Forschungsproblems, II. Planung und Vorbereitung der Erhebung, III. Datenerhebung, IV. Datenauswertung und V. Berichterstattung“ (Diekmann, A. 2009, 187).

Das individuelle und gefühlsbestimmte Erleben sowie der Umgang mit Interventionsmaßnahmen zu Gesundheitsvorsorge in der Beratungspraxis werden sehr nah aus der subjektiven, sozialen Umgebung der Expert*innen erfragt. Die Experten*inneninterviews, die leitfadengestützt sind, geben Aufschluss auf das fundierte Wissen der/ die Berater*innen an die Themen der Gesundheitsvorsorge und Interventionsmaßnahmen.

Helfferich beschreibt das Interview als einen Prozess und wechselseitige Kommunikation. Es geht um Interaktion und Kooperation und die Beeinflussung im Interview. Diese Einwirkung soll kontrolliert, reflektiert, kompetent und der Interviewform und dem Forschungsobjekt entsprechend gestalten werden (vgl. Helfferich, C. 2005, 10).

Was im Interview Beachtung finden soll, beschreibt Helfferich (2005) in vier Grundregeln folgendermaßen:

- Kommunikation – Interaktion und Kommunikation der Interviewer*innen und dem Interviewten steht in der Mitte der Befragung
- Offenheit – Der/ die Interviewer*in müssen dem Interviewten die Möglichkeit geben, Zeit für eigene Worte und Gedanken zu bekommen
- Umgang mit Vertrautheit und Fremdheit – Anschauungen und Annahmen der Interviewten sollen anerkannt und zu akzeptiert werden.
- Reflexivität – Über die Rolle der Interviewer*innen während des Interviews und bei der Auswertung soll laufend reflektiert werden (vgl. Helfferich, C 2005, 22f.).

„Befragung bedeutet Kommunikation zwischen zwei oder mehreren Personen. Durch verbale Stimuli (Fragen) werden verbale Reaktionen (Antworten) hervorgerufen: Dies geschieht in bestimmten Situationen und wird geprägt durch gegenseitige Erwartungen. Die Antworten beziehen sich auf erlebte und erinnerte soziale Ereignisse, stellen Meinungen und Bewertungen dar (Atteslander, P. 2003, 120 ff).

4.4 Erhebungsinstrument

In der empirischen Sozialforschung gilt als wichtigen Faktor das Erhebungsinstrument, welches die Qualität der Ergebnisse beeinflusst und es führt aus, wie die empirische Fragestellung betrachtet wird.

4.4.1 Das Leitfadeninterview

Ein Interviewleitfaden entwickelt sich aus:

- Intensiver Literaturrecherche des aktuellen Forschungsstandes
- Empirischen Befunden
- Eigenen Erfahrungen, Erkenntnissen und Vorüberlegungen

und dem daraus ergebenden Wissen und Vorverständnis (vgl. Friebertshäuser, B./Langer, A. 2013, 439).

„Ein Leitfaden besteht aus Fragen, die einerseits sicherstellen dass bestimmte Themenbereich angesprochen werden, die andererseits aber so offen formuliert sind, dass narrative Potentiale des Informanten dadurch genutzt werden können (...) Der Vorteil eines Leitfaden (...) besteht also darin, sicher zu stellen, dass die interessierenden Aspekte auch angesprochen werden und insofern eine Vergleichbarkeit mit anderen Interviews, denen der gleiche Leitfaden zugrunde lag, möglich ist“ (Marotzki, W. 2006, 114).

„Die Fragen begrenzen die Leitfaden- Interviews den Horizont möglicher Antworten und strukturieren die Befragung“ (Friebertshäuser, B./Langer, A. 2013, 439).

Mit dem Leitfaden werden einzelne Personen mündlich befragt. Dieser und die Themen selbst dienen als Basis zur Erhebung und Analyse. Für Interviewer*innen gibt der Leitfaden genug Autonomie für Formulierung der Fragen und Strategien zum Nachfragen (vgl. Bortz, J./Döring, N. 2006, 314).

Interviewte sollen nicht zu sehr in ihren Beschreibungen und Beantwortungen eingeschränkt werden. Deswegen kommen teilstandardisierte Befragungen zum Einsatz. Damit die Interviewten den Dialog und die Interviewer*innen den Gesprächsverlauf lenken können, kann der Strukturierungsgrad unterschiedlich ausgeprägt sein. Dies soll dem Ablauf der Befragung größere Entfaltungsmöglichkeiten und Freiheiten einräumen (vgl. Fuhs, B. 2007, 73).

So können die Interviewten die Fragen nach eigenem Ermessen weiter ausdehnen (vgl. Hopf, C. 1995, 177).

Interviewfragen des Leitfadeninterviews werden von Helfferich wie folgt in drei Gruppen eingeteilt:

Leitfrage:

- Eine offen formulierte Erzählaufforderung – „Erzählen Sie mir bitte ...“

Aufrechterhaltungsfrage:

- Bei gleichem Thema wird kurz aufgefordert, mehr darüber zu erzählen – „Was fällt Ihnen sonst noch ein?“

Konkretes Nachfragen:

- Noch nicht angesprochener, wesentlicher Content kann nachgefragt werden (vgl. Helfferich, C. 2006/ 2007, 10).

In dieser Masterthesis wurde das Leitfadeninterview für die Befragung genutzt. Anfangs wurden die Leitfrage als Erzählaufforderung gestellt. Im Verlauf des Interviews wurde die Aufrechterhaltungsfragen und Nachfragen eingebracht.

Gemäß der Forschungsfrage dieser Masterthesis:

Wie können psychosoziale Berater*innen ihre Klient*innen dabei unterstützen, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu entwickeln und Verhaltensänderung einzuleiten?

Wie die im theoretischen Teil beschriebenen wissenschaftlichen Feststellungen zu Interventionsmaßnahmen in der Gesundheitsvorsorge im Rahmen in der Beratungspraxis wurden die Fragen für das Interview entwickelt. Hierbei entstanden sechs Hauptkategorien bzw. Fragestellungen, die im Fokus der Befragung standen:

- Über welche Fachkompetenzen in Bezug auf Ernährung, Bewegung und stressreduziertem Verhalten verfügen psychosoziale Berater*innen, um die Klient*innen optimal bei der Gesundheitsförderung unterstützen zu können? Diese Frage wird nicht direkt im Interviewleitfaden abgefragt.
- Welche Gesundheitskompetenzen haben Berater*innen in Bezug auf das eigene Gesundheitsverhalten? Diese Frage findet sich im Leitfadeninterview unter dem Punkt 2/ II, III, IV, V wieder.
- Über welche Methodenkompetenzen verfügen Berater*innen in der Arbeit der Sekundärprävention? Diese Frage findet sich im Leitfadeninterview unter dem Punkt 5/ XII, XIII, XIV, XV wieder.
- Wie nehmen Berater*innen subjektiv die Gesundheitskompetenz in Bezug auf Ernährung, Bewegung und stressreduziertem Verhalten der Klient*innen auf deren Gesundheitsverhalten wahr? Diese Frage findet sich im Leitfadeninterview unter dem Punkt 3/ VI, VII, VIII wieder.
- Gibt es Visionen, Innovationen und Ideen der Berater*innen, die zusätzliche Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge bringen könnten? Diese Frage findet sich im Leitfadeninterview unter dem Punkt 4/ XI wieder.
- Welche relevanten Aspekte beeinflussen die Gesundheitsförderung der Menschen? Diese Frage findet sich im Leitfadeninterview unter dem Punkt 4/ XI wieder.

4.4.2 Das Expert*inneninterview

Laut Literatur sind Expert*innen Menschen, die über ein ausgesprochenes Wissen verfügen. Dies können sie sowohl zur Problemlösung einsetzen, als auch weitervermitteln (vgl. Gläser, J./Laudel, G. 2010, 9).

In dieser Studienarbeit wurden zehn Expert*innen zum Thema „Interventionsmaßnahmen zur Gesundheitsvorsorge“ mittels Leitfaden befragt. Die Expert*innen arbeiten in der Gesundheitsvorsorge und beraten Menschen im Rahmen der Sekundärprävention. Alle zehn Expert*innen zusammen bringen über fünfundachtzig Jahre Berufserfahrung mit, wobei die eine Hälfte zweiundachtzig Jahre und die andere Hälfte dreieinhalb Jahre Erfahrung für diese Untersuchung mitbringen. Durch diese Kombination war es möglich, interessante und aufschlussreiche Erkenntnisse zur dieser Thematik zu gewinnen.

Mit den Expert*inneninterviews lassen sich umfassende Wissensbestände erfassen und nachbilden. Expert*inneninterviews als Erhebungsinstrument sind wenig formatiert und werden meistens zu explorativen Zwecken eingesetzt (vgl. Meuser, M./Nagel, U. 2010, 457 f.).

Sie werden in Bezug auf das Erkenntnisinteresse in zwei Kategorien eingeteilt:

- Betriebswissen – Expert*innen werden nach eigenem Handeln und institutionellen Maximen und Regeln befragt
- Kontextwissen – Expert*innen geben Auskunft über „Kontextbedingungen des Handelns anderer (vgl. Meuser, M./Nagel, U. 2010, 470).

Die vorliegende Masterarbeit ist an einer kombinierten Betrachtung interessiert. Sowohl das Handeln der Expert*innen, als auch das Handeln anderer ist für die Forschungsarbeit relevant und aufschlussreich.

Vor der Aneinanderreihung des leitfadengestützten Interviews mit den Expert*inneninterview, wird für die Arbeit der Begriff Expert*in erklärt, die auch die Stichprobe definiert.

Als eine der wichtigen Auswahlkriterien für die Stichprobe wurde festgelegt, dass die Expert*innen in der Gesundheitsvorsorge, bzw. in der Präventionsarbeit tätig sein müssen. Dies konnte gewährleistet werden, alle Expert*innen sind in der Gesundheitsvorsorge tätig, neun in einem staatlich geförderten Projekt.

4.4.3 Expert*innen als Begriff

Fachleute für einen konkreten Bereich oder die sich besondere Wissensstände angeeignet haben, werden allgemein als Expert*innen definiert (vgl. Liebold, R./Trinczek, R. 2009, 32).

Meuser/ Nagel unterteilen drei Erklärungsweisen für die Begrifflichkeit Expert*innen:

1. Die gesellschafts- und modernisierungstheoretisch formatierte Debatte über die sogenannte Expertokratisierung der Gesellschaft. Diese Betrachtungsweise ist eher negativ ausgerichtet, als mögliche Art von Entmündigung der demokratischen Gesellschaft durch dominante Expert*innen.
2. Der Erklärungsversuch von Alfred Schütz in dem Aufsatz „gut informierte Bürger“ (Schütz 1972 zit. nach Meuser/ Nagel 2010, 460 f.), der drei Typen von Wissen klassifiziert. Einmal beschreibt er (ebda) den „Mann auf der Straße“, „den gut informierten Bürger“ und den „Experten“. Die Unterscheidungen dieser drei Typen liegt darin die „Bereitschaft, Dinge als fraglos gegeben anzunehmen“ (ebda. 461). Die Expert*innen operieren in einem beschränkten Fachbereich, „in einem System von Relevanzen, die ihm durch die auf seinem Gebiet vorausgesetzten Problem auferlegt sind“ (ebda).
3. Methodologische Unterscheidung zum Expert*innenbegriff – Forscher*innen definieren die Expert*innen in Verbindung mit dem Forschungsinteresse.

„Eine Person wird zum Experten gemacht, weil wir wie auch immer begründet annehmen, dass sie über ein Wissen verfügt, das sie zwar nicht alleine besitzt, das doch nicht jedermann bzw. jederfrau in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist“ (Meuser, M./Nagel, U. 2010, 461).

In der vorliegenden Masterthesis wurden zehn Personen als Expert*innen bestimmt, die in der Sekundärprävention beschäftigt sind und Menschen in außernatürlichen Situationen beraten. Die hier ausgewählten Expert*innen arbeiten mit Menschen, die aufgrund psychischer und/ oder physischer Beeinträchtigungen gefährdet sind, ihre Arbeit zu verlieren oder die aufgrund diesen den Arbeitsplatz schon verloren haben. Die Maßnahmen für psychische und/ oder physische Stabilisierungen und die Wiedereingliederung bzw. der Wiedereinstieg in das Berufsleben erfordern oft große Verhaltensänderungsprozesse, die ein zentrales Thema in der vorliegenden Arbeit sind.

4.5 Durchführung des Interviews

Heistinger (2006) beschreibt als wesentliche Betrachtungsweise die Durchführung von Interview wie folgt:

- Zentral in der Anfangsphase ist die Ausformung einer freundlichen und aufrichtigen Atmosphäre. Die Forschungsfrage wird nicht bekanntgegeben, um einer Beeinflussung vorzubeugen.
- Der Raum für das Interview muss Bedingungen erfüllen, um ungestörte Aufmerksamkeit zu ermöglichen. Für eine gute Audioaufnahme ist auch auf guter Akustik zu achten
- Die Interviews sollen nicht länger als eineinhalb Stunden dauern, damit die Interviewten ihre Konzentration aufrecht halten können. Im Vordergrund stehen Form und Inhalts des Gesprächs (vgl. Heistinger, A. 2006, 13).

Aufgrund der sensiblen Fragen und Themen rund um die Gesundheitsvorsorge, die auch die Berater*innen selbst betreffen und um einen sanften Einstieg in das Interview zu ermöglichen, wurden am Anfang biographische Daten abgefragt.

4.6 Die Stichprobe

„Unter einer Stichprobe versteht man die Auswahl der zu untersuchenden Fälle aus einer Gesamtheit“ (Halbmayer, E./Salat, J. 2011, o.S.).

Die Stichprobe in dieser Arbeit wurde aus zehn Expert*innen zusammengesetzt, die interviewt wurden. Die Auswahl folgte dabei nachstehenden Kriterien:

- Die Freiwilligkeit und Bereitschaft zu einem Interview
- Alter: Die Interviewten müssen im Arbeitsleben stehen
- Geschlecht: Weiblich und männlich
- Wohnort: Die Interviewten sollen aus ganz Tirol sein und an verschiedenen Orten leben (Stadt/ Land)
- Bildungsstand: Unterschiede im Bildungsstand ergeben verschiedene Blickwinkel

Es wurden zehn Interviews durchgeführt. Die Gesprächsdauer betrug zwischen 36 und 70 Minuten. Alle Interviews wurden in Beratungsräumen in Tirol (Imst, Innsbruck, Schlitters, Lienz) geführt, sodass konzentrierte und ruhige Gespräche gewährleistet werden konnten. Es konnten sich acht Frauen und zwei Männer für das Interview finden, die zwischen 29 und 55 Jahre alt waren. Die Berufserfahrung der zehn Proband*innen ergaben eine beachtliche Zahl von insgesamt über 85 Jahren. Eine Hälfte konnte 82 Jahre Erfahrung aufweisen, die zweite Hälfte 2,5 Jahren berufliche Erfahrung. Anonymität wurde den Interviewten zugesichert. Nach schriftlicher Zustimmungserklärungen konnten alle Interviews mit einem Tonträger aufgenommen und transkribiert werden.

4.7 Auswertung des Interviews

4.7.1 Die Transkription

Die Interviews, die mittels Tonträger aufgenommen werden, ergeben Audiodateien, die niedergeschrieben in ein Format gebracht werden müssen (vgl. Knoblauch, H. 2011, 159). Das Datenmaterial muss beim Protokollieren wörtlich und vollständig aufgeschrieben werden. Erst dann ist eine sorgfältige und qualitative Auswertung möglich, wenn alle essenziellen Aussagen erhalten bleiben. Es wird in der Schriftsprache transkribiert. Dialekte werden ausgebessert und Satzbaufehler korrigiert (vgl. Kittl-Satran, H. 2012, 296 f.).

Laut Kuckartz (2010) gibt es klare Regeln zur Transkription. Einige werden in dieser Masterarbeit verwendet:

- Transkription wortwörtlich, keine Dialekte und keine Zusammenfassung
- Die Sprache wurde geglättet und interpunktioniert
- Anonymisiert
- Sprecherwechsel wurde durch eine Leerzeile gekennzeichnet
- Zeilen wurden nummeriert (vgl. Kuckartz, U. 2010, 44).

4.7.2 Auswertungsmethode: Qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse der ausgewerteten Transkriptionen erfolgt nach Mayring (vgl. 2010).

In diesem Prozess entstehen Dokumente, Beobachtungs- und Interviewprotokolle, deren Texte noch auszuwertende Rohdaten sind. In der qualitativen Erhebungsmethode beinhalten die Texte eine gewisse Unschärfe. Es muss noch untersucht werden, welche wichtigen Informationen das Material für die Untersuchung noch bereithält.

Das Problem ist, dass schwer zu interpretierende, unwichtige und widersprechende Informationen im Text vorkommen (vgl. Gläser, J./Laudel, G. 2010, 43).

Um Texte ordnungsgemäß und schlüssig bearbeiten zu können, kann die qualitative Inhaltsanalyse als Anleitung gesehen werden (vgl. Bortz, J./Döring, N. 2006, 331).

„Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Form der Auswertung, in welcher Textverstehen und Textinterpretation eine wesentliche (...) Rolle spielen“ (Kuckartz, U. 2012, 39).

Nachfolgende Aspekte und Techniken sind nach Mayering bei der Aufgliederung und Interpretation der Texte zu berücksichtigen:

- Das Material in den Kommunikationszusammenhang einbinden – Der Text wird innerhalb des Bezugsrahmens interpretiert.
- Überlegtes und schlüssiges Vorgehen – Nachvollziehbare Schritte der Analyse, jede Entscheidung im Prozess muss begründbar und testbar sein.
- Kategoriensystem – Im Mittelpunkt der Kategorien stehen die Konstruktion und Begründung, deren Vergleichbarkeit ein wichtiger Faktor ist.
- Nicht Technik, sondern Gegenstandsbezug – Eine deutliche Anbindung an den Gegenstand der Analyse ist erforderlich.
- Theoriegeleitete Analyse– Validität kommt immer vor Reliabilität, dh. Inhaltsargumentationen haben immer Vorrang gegenüber Verfahrensargumenten. Der Forschungsstand wird systematisch herangezogen (Gegenstand und vergleichbaren Gegenstandsbereichen)
- Beachtung quantitativer Analyseschritte – Im Analyseprozess müssen die Standpunkte angegeben und begründet werden. Im Anschluss daran können qualitative Schritte sinnvoll eingebettet werden.

- Gütekriterien – Besondere Wichtigkeit ist die Abschätzung nach den Gütekriterien „Objektivität, Reliabilität und Validität“, da bei der qualitativen Analyse die Standards aufgeweicht wurden.

In der Datenauswertung können Regeln erzeugt werden, die danach zur Textanalyse verwendet werden (vgl. Mayring, P. 2010, 603).

Nach Gläser und Laudel werden dem Text durch die Inhaltsanalyse Informationen entnommen und diese werden dann getrennt vom originalen Text bearbeitet. Diese Informationen werden Kategorien zugeführt, um dann weitere analytische Schritte durchzuführen. Die begründeten Analyseaspekte werden in Kategorien gefasst und überarbeitet (vgl. Gläser, J./Laudel, G. 2010, 46).

Induktive Kategorienbildung:

Diese werden direkt aus dem Material abgeleitet. Mayring bezeichnet dies als zusammenfassende Inhaltsanalyse, deren Ziel es ist, Textelemente zu verringern, ohne die Kernaussage des Inhalts zu verändern. Eine reduzierte Anordnung der transkribierten Interviewaussagen soll nur wichtige Teile der Inhalts beibehalten werden. Kategorienbildung wird als Codierung bezeichnet (vgl. Mayring, P. 2010, 65).

Deduktive Kategorienbildung:

Mayring bezeichnet diese Arbeitsweise als strukturiertes Verfahren. Kategorien werden vor der Analyse erstellt und definiert (vgl. Mayring, P. 2010; Meier, 2014, 2 ff).

Die vorliegende Masterarbeit verwendet anfangs die deduktive Kategorienbildung um dazustellen, was bei den Interviews erfragt werden soll. Infolgedessen wird auch induktive Kategorienbildung verwendet.

Für die Auswertung qualitativer Daten wurde zur Hilfe das Softwareprogramm MAXQDA verwendet.

„Die Abkürzung QDA steht für Qualitative Daten-Analyse. (...) Qualitative Daten mit der Unterstützung von Computerprogrammen zu analysieren, ist eine

verhältnismäßig neue Entwicklung im Bereich der Forschungsmethodik. (...) Die Software hilft bei einer Vielzahl von Auswertungsoperationen, die zentrale Bestandteile qualitativer Forschungsprozess sind. Dazu gehören zum Beispiel: die Zusammenstellung von Schlüsselpassagen des Textes, das Codieren von Textpassagen nach bestimmten Kriterien, das spätere Wiederauffinden von codierten Textsegmenten, das Arbeiten mit Memos, Diagrammen und Konzept-Maps“ (Kuckartz, U./Grunenberg, H. 2013, 501).

Es wurden mit MAXQDA 2020 in dieser Arbeit zehn Interviews durchleuchtet.

4.7.3 Das Codesystem

Das Kategoriensystem wurde im MAXQDA festgelegt. Mit dieser wurde die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse vorgenommen. Untenstehend die Ausführung dazu:

-
- ▲  **Codesystem**
 - ▲  FACHKOMPETENZ - Zusammenhänge in der Gesundheitsvorsorge
 - ▶  Ernährung
 - ▶  Bewegung
 - ▶  Gesundheitsschädigendes Verhalten
 - ▲  GESUNDHEITSKOMPETENZ - eigenes Gesundheitsverhalten
 - ▶  Eigenes Essverhalten
 - ▶  Eigenes Bewegungsverhalten
 - ▶  Eigenes Stressverhalten
 - ▲  METHODENKOMPETENZ - Interventionen, Tools
 - ▶  Interventionen und Tools
 - ▶  Information und Psychoedukation
 - ▶  Role Model, Vorbild, Lernen am Modell
 - ▶  Achtsamkeit und Bewusstsein
 - ▶  Gesundheits- und Verhaltensänderungsmodelle
 - ▲  GESUNDHEITSKOMPETENZ der Kund*innen
 - ▶  Ernährung
 - ▶  Bewegung
 - ▶  Stressreduziertes Verhalten
 - ▲  GESUNDHEIT - wichtige Aussagen
 - ▶  Prävention - Wichtig bei Kindern anfangen
 - ▶  Gendermedizin
 - ▶  Globale Zusammenhänge
 - ▶  Sozialkontakte/ Einsamkeit

Abbildung 21: Codesystem MAXQDA

Quelle: MAXQDA 2020 Selbstausswertung Ouschan

Welche Kategorien vorab festgelegt wurden und welche sich induktiv ergaben, wird im Kapitel sechs dargestellt.

5 Darstellung der einzelnen Interviewpartner*innen

Interview B1:

Frau P.

Datum des Interviews: 23.5.2020

Tätigkeit: psychosoziale Beraterin für Prävention, Achtsamkeit und Selbstwert selbstständig

Geschlecht: weiblich Alter: 41 Berufserfahrung: 15 Jahre

Ort der Durchführung des Interviews: Schlitters/ Tirol

Das Interview wurde in einem Büro durchgeführt.

Dauer des Interviews: 70 Minuten

Ernährungsform	Vegan
Bewegung/ Woche/ Art	Laufen, 5 mal pro Woche
Achtsamkeitstraining/ Woche/ Art	Yoga, 4 mal pro Woche
Rauchen täglich	Nein
Alkohol täglich	Nein
Drogen täglich	Nein
Gesundheitliche Probleme	Nein
Chronische Erkrankungen	Schilddrüsen – nicht behandlungswürdig
Subjektives Gesundheitsbefinden (0 = schlecht, 10 = sehr gut)	9

Tabelle 3: Daten Frau P.

Quelle: Eigene Abbildung

Interview B2:

Frau V.

Datum des Interviews: 26.5.2020

Tätigkeit: psychosoziale Beraterin in einem Gesundheitsvorsorgeprojekt unselbstständig

Geschlecht: weiblich Alter: 40 Berufserfahrung: 18 - 20 Jahre

Ort der Durchführung des Interviews: Imst/ Tirol

Das Interview wurde in einem Büro durchgeführt.

Dauer des Interviews: 60 Minuten

Ernährungsform	Mischkost – viel Gemüse
Bewegung/ Woche/ Art	Spazieren gehen, klettern, 2 - 4 mal pro Woche
Achtsamkeitstraining/ Woche/ Art	Spazieren gehen, klettern, 2 - 3 mal pro Woche
Rauchen täglich	Nein
Alkohol täglich	Gelegentlich
Drogen täglich	Nein
Gesundheitliche Probleme	Allergien, Herzfehler
Chronische Erkrankungen	Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten
Subjektives Gesundheitsbefinden (0 = schlecht, 10 = sehr gut)	7 – 8

Tabelle 4: Daten Frau V.

Quelle: Eigene Abbildung

Interview B3:

Herr C.

Datum des Interviews: 28.5.2020

Tätigkeit: psychosozialer Berater in einem Gesundheitsvorsorgeprojekt

unselbstständig

Geschlecht: männlich Alter: 43 Berufserfahrung: 20 Jahre

Ort der Durchführung des Interviews: Innsbruck/ Tirol

Das Interview wurde in einem Büro durchgeführt.

Dauer des Interviews: 55 Minuten

Ernährungsform	Mischkost, Mediterrane
Bewegung/ Woche/ Art	Nein

Achtsamkeitstraining/ Woche/ Art	Spazieren gehen, 1 -2 mal pro Woche
Rauchen täglich	Nein
Alkohol täglich	Gelegentlich
Drogen täglich	Nein
Gesundheitliche Probleme	Wirbelsäule, Skoliose, Hohlkreuz
Chronische Erkrankungen	Nein – minimal Heuschnupfen
Subjektives Gesundheitsbefinden (0 = schlecht, 10 = sehr gut)	7

Tabelle 5: Daten Herr C.

Quelle: Eigene Abbildung

Interview B4:

Herr M.

Datum des Interviews: 28.5.2020

Tätigkeit: psychosozialer Berater in einem Gesundheitsvorsorgeprojekt

unselbstständig

Geschlecht: männlich Alter: 39 Berufserfahrung: 0,5 Jahre

Ort der Durchführung des Interviews: Innsbruck/ Tirol

Das Interview wurde in einem Büro durchgeführt.

Dauer des Interviews: 40 Minuten

Ernährungsform	Mischkost
Bewegung/ Woche/ Art	Spazieren gehen, joggen, Volleyball, 5 – 7 mal pro Woche
Achtsamkeitstraining/ Woche/ Art	Nein
Rauchen täglich	Nein
Alkohol täglich	Nein
Drogen täglich	Nein
Gesundheitliche Probleme	Lungenerkrankung
Chronische Erkrankungen	COPD
Subjektives Gesundheitsbefinden (0 = schlecht, 10 = sehr gut)	7

Tabelle 6: Daten Herr M.

Quelle: Eigene Abbildung

Interview B5:

Frau C.

Datum des Interviews: 3.6.2020

Tätigkeit: psychosoziale Beraterin in einem Gesundheitsvorsorgeprojekt
unselbstständig

Geschlecht: weiblich Alter: 55 Berufserfahrung: 7 Jahre

Ort der Durchführung des Interviews: Innsbruck/ Tirol

Das Interview wurde in einem Büro durchgeführt.

Dauer des Interviews: 51 Minuten

Ernährungsform	Mischkost – viel Gemüse, Ballaststoffe
Bewegung/ Woche/ Art	Joggen, 2 mal pro Woche
Achtsamkeitstraining/ Woche/ Art	MBSR – Body Scan, Achtsamkeit im Alltag einbauen, 1 mal pro Woche und täglich im Alltag
Rauchen täglich	Nein
Alkohol täglich	Gelegentlich
Drogen täglich	Nein
Gesundheitliche Probleme	Vor 10 – 12 Jahren Burnout – 2 Jahre krank
Chronische Erkrankungen	Rezidivierende Depression
Subjektives Gesundheitsbefinden (0 = schlecht, 10 = sehr gut)	7

Tabelle 7: Daten Frau C.

Quelle: Eigene Abbildung

Interview B6:

Frau N.

Datum des Interviews: 3.6.2020

Tätigkeit: psychosoziale Beraterin in einem Gesundheitsvorsorgeprojekt

unselbstständig

Geschlecht: weiblich Alter: 38 Berufserfahrung: 0,5 Jahre

Ort der Durchführung des Interviews: Innsbruck/ Tirol

Das Interview wurde in einem Büro durchgeführt.

Dauer des Interviews: 43 Minuten

Ernährungsform	Mischkost
Bewegung/ Woche/ Art	Rad fahren, schwimmen, laufen, wandern, spazieren gehen, 7 mal pro Woche
Achtsamkeitstraining/ Woche/ Art	Yoga, Coaching, 1 mal pro Woche
Rauchen täglich	Ja, 2-3
Alkohol täglich	Gelegentlich
Drogen täglich	Nein
Gesundheitliche Probleme	Psychisch – Selbstzweifel, Arbeitsbelastung
Chronische Erkrankungen	Wurde nicht abgefragt
Subjektives Gesundheitsbefinden (0 = schlecht, 10 = sehr gut)	6

Tabelle 8: Daten Frau N.

Quelle: Eigene Abbildung

Interview B7:

Frau A.

Datum des Interviews: 10.6.2020

Tätigkeit: psychosoziale Beraterin in einem Gesundheitsvorsorgeprojekt

unselbstständig

Geschlecht: weiblich Alter: 53 Berufserfahrung: 1 Jahr

Ort der Durchführung des Interviews: Innsbruck/ Tirol

Das Interview wurde in einem Büro durchgeführt.

Dauer des Interviews: 46 Minuten

Ernährungsform	Mischkost
----------------	-----------

Bewegung/ Woche/ Art	Schwimmen, gerade in Planung
Achtsamkeitstraining/ Woche/ Art	Gehmeditation, 4 -5 mal pro Woche
Rauchen täglich	Ja, 0 -10
Alkohol täglich	Gelegentlich
Drogen täglich	Nein
Gesundheitliche Probleme	Bandscheibenprobleme
Chronische Erkrankungen	Nein
Subjektives Gesundheitsbefinden (0 = schlecht, 10 = sehr gut)	6 – 7

Tabelle 9: Daten Frau A.

Quelle: Eigene Abbildung

Interview B8:

Frau B.

Datum des Interviews: 12.6.2020

Tätigkeit: psychosoziale Beraterin in einem Gesundheitsvorsorgeprojekt

unselbstständig

Geschlecht: weiblich Alter: 52 Berufserfahrung: 20 Jahre

Ort der Durchführung des Interviews: Lienz/ Osttirol

Das Interview wurde in einem Büro durchgeführt.

Dauer des Interviews: 40 Minuten

Ernährungsform	Vegetarisch
Bewegung/ Woche/ Art	Gehen mit Hund, 8-10 km 7 mal pro Woche
Achtsamkeitstraining/ Woche/ Art	Training nach Kristin Neff, 2 mal pro Woche
Rauchen täglich	Nein
Alkohol täglich	Nein
Drogen täglich	Nein
Gesundheitliche Probleme	Psychisch – ängstlicher geworden
Chronische Erkrankungen	Nein
Subjektives Gesundheitsbefinden	9

(0 = schlecht, 10 = sehr gut)

Tabelle 10: Daten Frau B.

Quelle: Eigene Abbildung

Interview B9:

Frau V.

Datum des Interviews: 16.6.2020

Tätigkeit: psychosoziale Beraterin in einem Gesundheitsvorsorgeprojekt
unselbstständig

Geschlecht: weiblich Alter: 29 Berufserfahrung: 1 Jahr

Ort der Durchführung des Interviews: Innsbruck/ Tirol

Das Interview wurde in einem Büro durchgeführt.

Dauer des Interviews: 50 Minuten

Ernährungsform	Mischkost – viel Gemüse
Bewegung/ Woche/ Art	Spazieren gehen, 3 -4 mal pro Woche
Achtsamkeitstraining/ Woche/ Art	Yoga, in Coronazeit täglich – zurzeit nicht
Rauchen täglich	Nein
Alkohol täglich	Gelegentlich
Drogen täglich	Nein
Gesundheitliche Probleme	Erhöhter Blutdruck, Übergewicht
Chronische Erkrankungen	Allergien, Neurodermitis, Asthma
Subjektives Gesundheitsbefinden (0 = schlecht, 10 = sehr gut)	8 – 9

Tabelle 11: Daten Frau V.

Quelle: Eigene Abbildung

Interview B10:

Frau S.

Datum des Interviews: 16.6.2020

Tätigkeit: psychosoziale Beraterin in einem Gesundheitsvorsorgeprojekt
unselbstständig

Darstellung der einzelnen Interviewpartner*innen

Geschlecht: weiblich Alter: 53 Berufserfahrung: 0,5 Jahre

Ort der Durchführung des Interviews: Innsbruck/ Tirol

Das Interview wurde in einem Büro durchgeführt.

Dauer des Interviews: 36 Minuten

Ernährungsform	Mischkost – viel Gemüse
Bewegung/ Woche/ Art	Berg gehen, 2 -3 mal pro Woche
Achtsamkeitstraining/ Woche/ Art	Nein
Rauchen täglich	Nein
Alkohol täglich	Selten
Drogen täglich	Nein
Gesundheitliche Probleme	Nein
Chronische Erkrankungen	Nein
Subjektives Gesundheitsbefinden (0 = schlecht, 10 = sehr gut)	8

Tabelle 12: Daten Frau S.

Quelle: Eigene Abbildung

Ein Gesamtüberblick der abgefragten Daten aller zehn Interviewpartner*innen geben Einblick über Lebensgewohnheiten im Vergleich. Im Anhang befindet sich eine vergrößerte Ansicht.

Daten	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10
Geschlecht	w	w	m	m	w	w	w	w	w	w
Berufserfahrung	15	18-20	20	0,5	7	0,5	1	20	1	0,5
Alter	41	40	43	39	55	38	53	52	29	53
Ernährungsform	vegan	Mischkost - gemüselastig	Mischkost, Mediterrane	Mischkost	Mischkost, Gemüse und Ballaststoffe	Mischkost	Mischkost	Vegetarisch	Mischkost - gemüselastig	Mischkost - gemüselastig
Rauchen täglich	nein	gelegentlich	nein	nein	nein	regelmäßig 2-3	regelmäßig 0-10	nein	nein	nein
Alkohol täglich	nein	am Wochenende	gelegentlich	nein	gelegentlich	gelegentlich	gelegentlich	nein	gelegentlich	selten
Drogen täglich	nein	nein	nein	nein	wurde nicht abgefragt	nein	nein	nein	nein	nein
Bewegung/Woche	5	2-4	0	5-7	2	7	gerade in Planung	7	3-4	2-3
Bewegung Was?	laufen	klettern, Klettersteig, spazieren gehen	nein	spazieren gehen, joggen, Volleyball	joggen	Rad fahren, schwimmen, laufen, wandern, spazieren.	schwimmen,	gehen - 8 - 10 Kilometer mit Hund	spazieren gehen	Berg gehen
Achtsamkeits- training pro Woche	4	2-3	1-2	nein	1 und im Alltag täglich	1	4-5	2	2 Monate täglich, jetzt nicht	nein
Achtsamkeits- training Was?	Yoga	klettern, Klettersteig, spazieren gehen	spazieren gehen	hohen Toleranzspiegel - hat kleines Kind	MBSR - Bodyscan, Achtsamkeit in Alltag einbauen	Yoga, Coaching	Gehmeditationen	Achtsamkeitstraining nach Kristin Neff	Yoga	nein
gesundheitliche Probleme	nein	Allergien, Herzfehler	Wirbelsäule, Skoliose, Rücken, Hohlkreuz	Lungenerkrankung	vor 10, 12 Jahren Burn out - 2 Jahre ausgefallen	psychisch - Selbstzweifel, Arbeitsbelastung	Bandscheiben	psychisch - ängstlicher geworden	erhöhter Blutdruck, Übergewicht	nein
chronische Erkrankungen	Schilddrüsen - nicht behandlungsunwürdig	Allergien, Lebensmittel- unverträglichkeiten	nein - minimal Heuschnupfen	COPD	rezidivierende Depression	wurde nicht abgefragt	nein	nein	Allergien, Neurodermitis, Asthma	nein
subjektives Gesundheits- befinden	9	7-8	7	7	7	6	6-7	9	8-9	8

Tabelle 13: Gesamtüberblick aller Interviewpartner*innen

Quelle: Eigene Abbildung

6 Kategorienbildung

Kategorien können deduktiv (aus der Theorie) und induktiv (aus dem Material) entwickelt werden. Es wurden fünf Oberkategorien und neunzehn Unterkategorien gebildet, wobei sich drei Unterkategorien (Ernährung, Bewegung, stressreduziertes Verhalten) in drei Oberkategorien wiederholen. Um diese genannten Unterkategorien aus verschiedenen Blickwinkel betrachten zu können, wurden sie mehreren Oberkategorien zugeordnet. Somit ergeben sich dreizehn unterschiedliche Unterkategorien.

Auf der Basis der Hauptkategorien, wie sie auch im Interviewleitfaden realisiert wurden, wurde das Kategoriensystem festgelegt. Es umfasst zunächst die deduktiven Kategorien Fachkompetenz, Methodenkompetenz und Gesundheitskompetenz und wurde nach Sichtung des Materials um die induktiven Kategorien ergänzt.

Fachkompetenz – Zusammenhänge in der Gesundheitsvorsorge (deduktiv)

Ernährung (deduktiv)

Bewegung (deduktiv)

Stress (deduktiv)

Gesundheitsschädigendes Verhalten (induktiv)* /

Gesundheitskompetenz – eigenes Gesundheitsverhalten (deduktiv)

Eigenes Essverhalten (deduktiv)

Eigenes Bewegungsverhalten (deduktiv)

Eigenes Stressverhalten (deduktiv)

Methodenkompetenz (deduktiv)

Interventionen und Tool (deduktiv)

Information und Psychoedukation (deduktiv)

Role Model, Vorbild, Lernen am Modell (deduktiv)

Achtsamkeit/ Bewusstsein (induktiv)

Gesundheits- und Verhaltensänderungsmodelle (deduktiv)

Gesundheitskompetenz – Gesundheitsverhalten von Kund*innen (induktiv)

Ernährung (induktiv)

Bewegung (induktiv)

Stress (induktiv)

Gesundheit – Wichtige Aussage (induktiv)

Prävention – Wichtig bei Kinder anfangen (induktiv)

Gendermedizin (induktiv)

Globale Zusammenhänge (induktiv)

Sozialkontakte/ Einsamkeit (induktiv)

7 Interpretation der Ergebnisse

In diesem Teil werden die Ergebnisse aus dem Expert*inneninterviews dargelegt und die Betrachtungsweise in Bezug auf die Forschungsfragen erläutert. Folgende Vorgehensweise wird in der Literatur beschrieben:

„Die Qualitative Forschung verbindet in der Auswertung Empirie und Theorie. Unter einer problemgeleiteten Fragestellung des Forschenden und seiner Herkunftskultur werden empirische Daten einer ‚fremden‘ Lebenswelt in einem definierten Feld erhoben und durch Interpretation für eine Zielkultur verstehbar gemacht. Die gesamte Forschung muss sich an Problemen der Beziehung zwischen dem Eigenen und dem Anderen (Fremden) orientieren und einen theoretischen Ertrag zum Verständnis von Kultur bringen“ (Fuhs, B. 2007, 90).

Die Darstellung und Zusammenfassung der Resultate erfolgt nach dem Grundprinzip des Kategoriensystems aus dem Softwareprogramm MAXQDA. Es wurden relevante Kategorien für die Beantwortung der Forschungsfragen dargestellt.

7.1 Fachkompetenz – Zusammenhänge in der Gesundheitsvorsorge

Ausgehend von der Frage, über welche Fachkompetenzen in Bezug auf Ernährung, Bewegung und stressreduziertem Verhalten psychosoziale Berater*innen verfügen, um Klient*innen optimal bei der Gesundheitsförderung unterstützen zu können, werden in diesem Abschnitt die subjektiven Wahrnehmungen der Berater*innen über die Zusammenhänge zur Gesundheitsvorsorge beleuchtet. Ebenso werden die Faktoren untersucht, wie weit Gesundheitsmodelle und Verhaltensänderungsmodelle in die Beratungen einfließen und eine Rolle spielen.

○ Ernährung

Gesundheitsvorsorge und Ernährung hängen ganz dicht aneinander und lassen sich nicht trennen. Es gibt viele Ernährungsempfehlungen sei es zum Beispiel von Seiten der WHO oder auch über die Gesundheitsziele Österreich. In der Befragung der Berater*innen werden Aussagen zur Ernährung getätigt, die auf ein Basiswissen über Zusammenhänge zwischen Ernährung und Gesundheit schließen lassen. Unter anderem gab ein/e Berater*in an, dass es wichtig wäre, „[...] etwas mehr Obst und Gemüse zu essen [...]“ (B10, Z. 385). Ein/e andere/r Interviewpartner*in meint auch, dass „[...] es ungesund ist, wenn man viel fette Sachen isst [...]“ (B4, Z. 412).

B1 formulierte es sogar sehr klar und deutlich, dass „[...] Herz-Kreislauf-Erkrankungen (...) als eine der, wenn nicht die Top Todesursache weltweit [...]“ (B1, Z. 500) ist.

Auffallend war, dass Aussagen über Ernährung einen defizitären Fokus zu haben scheinen. Es konnten keine Aussagen gefunden werden, die formuliert wurden, dass der Eindruck entstehen könnte, gesunde Ernährung wäre auch genussvoll und geschmackvoll. Dies könnte für eine gesunde Ernährungsweise auch sehr hilfreich sein. Genussstraining wäre eine Möglichkeit, um Klient*innen zu einem bewussten, achtsamen und gesunden Weg zu motivieren.

○ Bewegung

Wie im Kapitel Bewegung beschrieben ist bei den Gesundheitszielen Österreich der Bewegung ein eigener Punkt gewidmet. Jede Art von Bewegung und sei es der Weg zur Arbeit kann als Bewegungseinheit gesehen werden und dies kann sich positiv

auf unsere Gesundheit auswirken. Wichtig ist es, dass Bewegung regelmäßig und auch mit gewisser Intensität ausgeführt wird (siehe Kapitel 2.4.2). Das sehen auch die Befragten so. Bewegung wird in Zusammenhang mit Gesundheitsvorsorge als wichtigen Punkt gebracht. Einige der Interviewpartner*innen bringen Bewegung und Stress in Verbindung und meinen, dass dadurch Stress abgebaut werden oder reduziert werden kann. Aussagen zu Bewegung und Ernährung machte keiner der Befragten. „[...] Tirol ist schon ein recht bewegungsfreudiges Land, [...]“ (B2, Z. 629) formuliert B2 und meint vermutlich damit, dass durch die Gegebenheiten der Region, Menschen leichter Zugang zu ausreichend Bewegung finden und es dadurch mehr Bewusstsein dafür gibt. Auch in der Literatur zu finden bzw. in den Gesundheitszielen Österreich verankert ist die Gestaltung der Lebenswelten um gesunde und sichere Bewegung zur Verfügung zu stellen (siehe Kapitel 2.3.3). So kann und sollte Bewegung als Primärprävention eingesetzt werden, um eine gesunde Lebensweise zu kultivieren und um in schwierigen Zeiten auf ein Werkzeug zurückgreifen zu können. So soll „[...] großes Augenmerk auf Bewegung (...), bevor die Leute krank werden, [...]“ (B4, Z. 356 – 357) gesetzt werden, wie auch ein/e Interviewpartner*in es treffend formuliert hat.

- Stress

Viele Stressoren wirken ständig auf die Menschen ein. Wie Stresssituationen verarbeitet werden und auf welche Bewältigungsstrategien zurückgegriffen werden kann, ist eine sehr individuelle Angelegenheit. Zahlreiche Wissenschaftler*innen haben sich mit Stress beschäftigt und so wurden auch viele Stresstheorien dazu entwickelt. Das neunte Ziel in den Gesundheitszielen Österreich ist der psychosozialen Gesundheit gewidmet. Stress wird hier als Risikofaktor für die Bevölkerung gesehen, es wird aber nur in Bezug auf Arbeitsstress als solches benannt (siehe Kapitel 2.4.3). Stress wird in der Arbeitswelt oft durch riesiges Arbeitspensum und allgemeiner Arbeitsdruck verstanden, so waren dazu die Aussagen einiger Berater*innen. Dass Stress in der Arbeitswelt mittlerweile oft gesellschaftlich normal und manchmal auch als Statussymbol gesehen wird und es auch wegen Angst der Menschen sehr oft hingenommen wird, könnte aus der Aussage von B8 interpretiert werden, die meint, „[...] es ist viel Angst in der Gesellschaft, Angst den Arbeitsplatz zu verlieren, Angst die Wohnung nicht mehr zu zahlen, Angst, Angst, Angst.“ (B8, Z. 601 – 602)

Einen Zusammenhang der Gesundheitsvorsorge und Stress konnte aus den Interviews herausgelesen werden, obwohl bei den Gesprächen speziell Stress und Arbeit in Verbindung gebracht worden. B1 bringt es treffen auf den Punkt in dem sie meint, dass „[...] wenn im Alltag von Stress die Rede ist, (...) ist das Berufliche im Vordergrund, obwohl das andere ja gleich krankmachend ist, [...]“ (B1, Z. 633 – 634).

- Gesundheitsschädigendes Verhalten

Wie im Kapitel (siehe 2.5.1) über gesundheitsschädigendes Verhalten schon ausführlich beschrieben ist, sind viele chronische Erkrankungen darauf zurückzuführen, dass Menschen aufgrund von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Stress und Konsumieren von Genussmitteln ungünstige Entscheidungen dazu treffen und oft zu maßlos oder auch zu bequem sind. Aussagen der Befragten zu dem Thema betreffen den Konsum von Alkohol. „Mir kommt schon vor, der Alkohol hat schon einen großen Einfluss, [...]“ (B5, Z. 491 – 492), meint einer der Befragten.

Weitere Aussagen zu gesundheitsschädigendem Verhalten sind bei den Themen Ernährung (siehe oben) zu finden. Die Befragten tätigten Aussagen zu risikoreichem und gesundheitsschädigendem Verhalten. Die Aussagen wirken jedoch sehr allgemein und pauschal. Detailliertere Aussagen werden in den Interviews nicht getätigt. Auch das Thema Tabakkonsum kam in den Gesprächen mit dem/den Interviewpartner*innen nicht vor.

7.2 Gesundheitskompetenz – eigenes Gesundheitsverhalten

Wie schon auch im Kapitel 3.4.3 beschrieben lernen Menschen durch Beobachtung. Das Lernen am Modell kann auch in der Beratung wertvoll eingesetzt werden. Diesbezüglich ist es in der Gesundheitsvorsorge aber wichtig, eine gute Fürsorge für sich selbst zu tätigen, um so als Rolemodel oder Vorbild agieren zu können. Viel überzeugender ist der Berater*in erst dann, wenn er auch gut auf sich schaut und überlegt, welche Ernährung er zu sich nimmt, wie viel Bewegung er macht und wie stressreduziert sein Leben ausschaut. Daher sind in dieser Kategorie alle Aussagen zusammengefasst, die die Frage beantworten, welche Gesundheitskompetenzen

die Expert*innen in Bezug auf ihr eigenes Gesundheitsverhalten mitbringen, um gegebenenfalls Hinweise darauf zu bekommen, wie diese den Beratungsprozess unterstützen.

- Eigenes Essverhalten

Sieben der Interviewten versuchen sich gesund zu ernähren und sind sich auch bewusst, was sie für sich als gesund bezeichnen. So werden von der/dem Berater*in Ernährungsentscheidungen meist bewusst getätigt und es wird versucht gesunde Lebensmittel zu bekommen, die regional, saisonal und biologisch sind. Fast-foodprodukte werden wenig bis gar nicht konsumiert und auch auf Alkohol wird fast verzichtet. Bei Getränken wird auf ungesüßte Tee's und Wasser zurückgegriffen. Süßigkeiten werden kontrolliert und nur manchmal konsumiert. Die Kategorie Gesundheitskompetenz der psychosozialen Berater*innen auf ihr eigenes Gesundheitsverhalten bei Ernährung zeigt ein hohes Bewusstsein dafür. So kann interpretiert werden, dass sie als Berater*innen überzeugend Klient*innen durch Vorbildwirkung beraten können. Stellvertretend für die sieben ernährungsbewussten Berater*innen passt dazu die folgende Aussage. „Ich finde es schon wichtig, wie man sich ernährt und ich schaue auch drauf, [...]“ (B7, Z. 198).

Drei der Interviewten sind sich auch über ihre ungesunden Ernährungsgewohnheiten auch bewusst und tun sich schwer ihr Verhalten dazu zu ändern. „[...] Also ich weiß ganz genau, was gesund wäre. Bin aber total inkonsequent, ich habe Gemüse und so weiter und Salat im Kühlschrank, esse es aber nicht immer.“ (B10, Z. 93 - 95), formuliert B10 und zeigt, stellvertretend, dass Bewusstsein noch nicht ausreicht um ein Verhalten auch zu ändern.

In Bezug auf das Essverhalten konnte aus den Antworten interpretiert werden, dass die Berater*innen großteils ein Bewusstsein für günstiges Verhalten entwickelt haben und diesbezüglich Klient*innen die Möglichkeit haben, durch Beobachtungslernen von dem Berater*innen als Personen zu profitieren.

- Eigenes Bewegungsverhalten

Im Bewegungsverhalten der Berater*innen zeigt sich ein sehr hohes Maß an Aktivität. Mehr als die Hälfte machen regelmäßig Sport wie zum Beispiel Laufen oder Bergwandern. Einer der Befragten verbindet die Arbeitsstrecke als Bewegungspro-

gramm und fährt immer mit dem Fahrrad zur Arbeit. Aus den Interviews heraus interpretiert hat Bewegung „[...] mittlerweile einen sehr hohen Stellenwert, weil ich weiß das Bewegung genauso wie die Ernährung notwendige Voraussetzung ist um gesund zu bleiben. [...]“ (B1, Z. 147 – 149), meint dazu eine der Befragten. Auch im Bewegungsverhalten zeigt sich eine gute Gesundheitskompetenz der Berater*innen, oder wenigstens ein Bemühen oder Bewusstsein zu Veränderung.

- Eigenes Stressverhalten

Bei dem Thema des eigenen Umgangs mit Stress konnte eine hohe Sensibilisierung dafür vermutet werden. Psychosoziale Berater*innen kommen in der Beratung oft mit den Themen Burnout, psychische Überforderung und Überlastung in Berührung. Ständig mit dieser Thematik in Berührung sein, könnte eine noch höhere Sensibilität auslösen. So haben sich die Berater*innen wie aus der Kategorie ersichtlich, einige Stressbewältigungstools für sich selbst erarbeitet wie zum Beispiel mit Achtsamkeitsübungen, Atemübungen, oder wie oben schon erwähnt über Bewegung, genauso den Ausgleich über Kreativität und üben sich in Meditation. Wenn Berater*innen über Tools verfügen, die für sie funktionieren, ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass sie in der Beratung die Fähigkeit haben, Klient*innen dabei zu unterstützen auch für sie geeignete Tools zu finden und somit können sie gut als Vorbild bzw. Role Model fungieren. Stress wahrzunehmen und zu reduzieren verlangt ein gewisses Maß an Bewusstheit und funktionieren könnte auch Tool, das versucht, „[...] am Abend eben den Tag positiv abzuschließen, indem ich mir Sachen aufschreibe, die positiv waren [...]“ (B6, Z. 204 – 205). Die Fachkompetenz eigenes Gesundheitsverhalten gibt Berater*innen die Möglichkeit als Role Model fungieren zu können. Es gibt Klient*innen die Möglichkeit ihr Verhalten durch Beobachtungslernen zu verändern. In Tabelle 13 (Kapitel 5 und im Anhang vergrößert) werden Tendenzen zu einem positiven Gesundheitsverhalten der Berater*innen sichtbar. So befinden sich unter den zehn Interviewten sieben Nichtraucher*innen und eine Person raucht gelegentlich. Nur zwei Personen rauchen regelmäßig. Auch in anderen Bereichen wie Bewegung und Achtsamkeitstraining kann ein bewusstes und gesünderes Verhalten erahnt werden.

7.3 Methodenkompetenz

- Interventionen und Tool

Diese Kategorien wurden auch im Leitfaden verwirklicht, indem gezielt nach Tools, Maßnahmen, und Beratungskonzepten gefragt wurde. Die Antworten brachten einen Fundus an Haltungen und Methoden zutage, die auf zielorientiertes Arbeiten hin zu Verhaltensänderungen schließen lassen. So lassen sich oft die Interventionen und Tools an den Basisausbildungen zum psychosozialen Berater*in erkennen. Es finden sich viele Hinweise darauf, dass der systemische Ansatz eine beliebte Methode in der Beratung darstellt, weil unter anderem es „[...] ein recht einfacher und schneller Weg ist, um Dinge bewusst zu machen, gerade wenn es um eigene Einstellungen geht, um die Bewertung von bestimmten Aspekten [...]“ (B1, Z. 677 – 680). Neben der favorisierten Methode aus der Systematik wurden auch Tools aus der Klienten- und personenzentrierten Beratung genannt.

Ein wichtiger Aspekt in der Beratung ist auch, den Klient*innen die Expert*innenrolle zum eigenen Leben zukommen zu lassen. Die Berater*innen nutzen Methoden zur Aktivierung der Ressourcen und tun „[...] viel Hilfe zur Selbsthilfe geben [...]“ (B10, Z. 517).

In der Beratung mit Zielen zu arbeiten, an den kleinen Schrauben zu drehen, um Verhaltensänderungen einzuleiten wurden von den Berater*innen auch beschrieben. So werden Reflexionen in der Beratung eingesetzt und auch Ziele werden vereinbart, um Veränderungen einleiten zu können. „[...] das ist eine kleine Schraube, aber, die kleine Schraube kann man drehen [...]“ (B5, Z. 631 – 632), meint B5. Jedoch sind bei dieser Kategorie die Aussagen meist allgemein gehalten und können noch keinen Hinweis geben, ob sie die Klient*innen bei Verhaltensänderungen gut unterstützen können. An welchen Schrauben für Verhaltensänderungen gedreht werden kann, zeigen uns Verhaltensänderungsmodelle. Einer dieser Schrauben könnte es sein, mit den Klient*innen an der Kosten-Nutzen-Rechnung zu arbeiten. Eine Aussage eines Interviewpartners folgend lässt in diese Richtung hindeuten, „[...] die Klärung wäre die Motivation und die Sinnhaftigkeit, [...]“ (B8, Z. 719 – 720)

- Information und Psychoedukation

Um Kompetenzerweiterung für Klient*innen zu erreichen kann durch Vermittlung von relevanten Informationen angestrebt werden. Im Kapitel 3.4.2. wurde ausführlich dazu beschrieben. Auch Worringer (2011) sieht eine hohe Bedeutung durch Gesundheitstraining mittels Psychoedukation, um dadurch Empowerment bei den Klient*innen zu erreichen. Aus den Aussagen der Berater*innen lässt sich ableiten, dass sie die Bedeutung von Informationsweitergabe kennen. Ob diese gezielt als Interventionsmaßnahme in der Beratung eingesetzt wird, konnte nicht erkannt werden. Nur eine Person setzt diese auch bewusst in die Beratung bzw. in den Beratungsprozess ein und verwendet „[...] Podcast sind schon ein Herzensprojekt von mir, (...) erstens einmal Information anzubieten, also Information in leicht verständlicher Art, in unterhaltsamer Art, ... (B1, Z. 717 – 719)

- Role Model, Vorbild, Lernen am Modell

Gesundheitskompetenz oder Gesundheitsvorsorge sind Themen, die sowohl Berater*innen als auch Klient*innen gleichermaßen betreffen. Diese Ähnlichkeiten können günstig sein, denn je ähnlicher die Situation des Modells, dies wäre ja allein wegen dem Thema schon gegeben, mit jenen der Klient*innen, desto leichter kann Verhalten nachgeeffert werden, wie Ittel/ Raufelder/ Scheitthauer (2014) anmerken und im Kapitel 3.4.3. beschrieben wird.

Die Kraft und Wirkung von Vorbildern beschreiben nur drei der zehn Befragten. So werden zum Beispiel eigene Erfahrungen der Berater*innen in den Beratungsprozess eingebracht. Hier könnten die Berater*innen sich mehr bewusst sein über die Möglichkeiten als Vorbild. Jedoch, Vorbild sein, heißt auch eine Verantwortung zu haben, denn „[...] ich kann dann nicht irgendwas, ja so Wasser predigen und Wein trinken, so in diese Richtung, ...“ (B7, Z. 668 – 669), wie B7 es so treffend ausdrückt.

- Achtsamkeit/ Bewusstsein

Dieser Aspekt wurde aufgrund der Mehrfachnennung und der Bedeutung, die ihm auch in der neueren Literatur zukommt, als induktive Kategorie im System aufgenommen.

Unachtsamkeit und unbewusstes oder automatisiertes Verhalten sind oft Ursachen für ungesundes Verhalten in unserer schnelllebigen Zeit. Schnell mal nebenbei etwas

essen, sich keine Zeit nehmen für Bewegung und durch die ständige Erreichbarkeit immer den Stresspegel oben zu haben sind mögliche Ursachen für chronische Erkrankungen. Als Berater*in darüber fachlich informiert zu sein und Menschen dabei zu unterstützen, sich mal bewusst auseinanderzusetzen mit ihrer Gesundheit, ist ein wichtiges Werkzeug in der Beratung. Die Interviewpartner*innen scheinen den Wert dieses Werkzeuges zu kennen und es in ihrer Arbeit mit Menschen in der Gesundheitsvorsorge zu verwenden. Achtsamkeitspraxis zu vermitteln, sich bewusst machen, wird bei den Befragten in der Beratung eingesetzt, das konnte diese Kategorie deutlich zeigen. Die hohe Bedeutung durch Achtsamkeit formulierte B9 und meint dazu „[...] mal bewusst machen, eigentlich, weil oft scheitert es daran, dass man viele Sachen automatisiert macht und gar nicht wahrnimmt, dass es auch andere Möglichkeiten gäbe, [...]“ (B9, Z. 269 – 270).

- Gesundheits- und Verhaltensänderungsmodelle

Durch den Einsatz von Gesundheitsmodellen in der Beratungspraxis ergeben sich wertvolle Erkenntnisse für Berater*innen und Erklärungshinweise, um zu verstehen, wo die Klient*innen stehen (siehe Kapitel 2.2). Entsprechend lassen sich Maßnahmen ableiten.

Auch Verhaltensänderungsmodelle geben durch die kontinuierlichen und dynamischen Ansätze Erklärungsversuche. Durch wissenschaftliche Untersuchungen sind sie auch empirisch bestätigt. Verhaltensmodelle sind daher sehr wertvolle Werkzeuge, die bei Beratungen rund um Gesundheitsumstellungen gut unterstützen zu können. Zu sehen an welcher Stelle sich Klient*innen befinden und welche wahrgenommene Gesundheitsbedrohung der wahrgenommenen Wirksamkeit des Gesundheitsverhaltens, wie im Modell der gesundheitlichen Überzeugung (siehe Kapitel 2.5.2.1) beschrieben gegenübersteht, sind notwendig um gut beraten zu können. Bei den meisten Modellen sind es die Schrauben an denen im Beratungsprozess gedreht werden kann, wie zum Beispiel an der Selbstwirksamkeit und an der Nutzen- Kostenabwägung.

Mit dem HAPA- Modell (2.5.3.3) gibt es ganz konkrete Möglichkeiten, genau dort anzusetzen, wo der/die Klient*in steht und gezielt an den Schrauben zu drehen, wo es notwendig ist. Fehlt es zum Beispiel an der Selbstwirksamkeit, ist es notwendig

dabei zu unterstützen eine höhere Selbstwirksamkeit zu erlangen, bevor es an die Planung des Projekts geht.

Deswegen ist es nicht nur hilfreich, sondern auch wichtig mit Gesundheitsmodellen und Verhaltensänderungsmodellen vertraut zu sein, um gut begleiten zu können.

Nur drei von den zehn Berater*innen konnten Gesundheitsmodelle benennen, sie näher beschreiben, war schon schwieriger. So wird das biopsychosoziales Gesundheitsmodell genannt und ein Interviewpartner erwähnt „[...] so Salutogenese, Antonovski, so die Geschichten, (...) da wird ja Gesundheit als Kontinuum gesehen, ...“ (B8, Z. 911 – 912) und eine Person nannte den Namen eines Modells zur Verhaltensänderung, ohne es genauer beschreiben zu können, „[...] ja das transtheoretische Modell, [...]“ (B1, Z. 938).

Die Ergebnisse dieser Kategorie haben besonders überrascht. Von besonderem Interesse im Hinblick auf die Forschungsfrage war ursprünglich, auf welche Modelle die Expert*innen hier zurückgreifen. Die Interviewpartner*innen nannten die zitierten Konzepte auf Nachfragen, ohne sie weiter auszuführen.

Aus subjektiver Sicht des Interviewers kamen beim Thema Verhaltens- und Gesundheitsmodelle die Antworten eher zögerlich und nur auf Nachfragen im letzten Drittel der Interviews. Es entstand der Eindruck, als hätten sich die Berater*innen aufgeklatscht gefühlt und als wäre eine Erleichterung zu spüren gewesen, als dieser Teil des Interviews beendet war.

7.4 Gesundheitskompetenz – Gesundheitsverhalten von Klient*innen

Wie äußern sich Berater*innen zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung? Im Interviewleitfaden wurde hier nach Ernährung, Stressregulierung und Sport gefragt. Ein besonderer Bezug zu den Klient*innen wurde dabei nicht explizit genommen. Dies könnte aber auch der Fragestellung geschuldet sein. Auch wurde das Verhalten der Österreicher*innen abgefragt, wobei die Befragten bei der Bewegung speziell die Tiroler*innen erwähnten.

Im Kapitel 2.5.1. wurde darauf eingegangen, welche Folgen gesundheitsschädigendes Verhalten auf den Organismus hat und das in Österreich viele Menschen an chronischen Erkrankungen aufgrund der Lebensstil leiden. Dies spiegeln sich auch

in den Aussagen wieder, in denen Berater*innen das fehlende Bewusstsein der Klient*innen zu einem gesünderen Lebensstil thematisieren.

- Ernährung

Aussagen, die über Klient*innen zum Thema Ernährung geäußert wurden, beschreiben, dass Tirol eine sehr traditionelle, deftige Küche habe und die Tiroler Gerichte nicht gemüselastig bzw. gemüsehaltig sei. Die Berater*innen sehen kein bewusstes Verhalten in Bezug auf Ernährung und meinen, dass die wenigsten Leute wüssten, dass sie „[...] über die Ernährung unmittelbar eingreifen könnten, in ihr Wohlbefinden, [...]“ (B1, Z. 510 – 511).

- Bewegung

Die Berater*innen beschreiben günstiges Verhalten der Klient*innen mit der Begründung, dass Tiroler*innen grundsätzlich bewegungsfreudiger seien und auch „[...] das Bewusstsein der Tiroler schon eher größer, hätte ich gesagt, aufgrund der Nähe zu den Bergen...“ (B9, Z. 617 – 618) und ein anderer behauptet „[...] grundsätzlich eigentlich in Tirol ist man sportlich, das fällt mich wirklich auf. [...]“ (B5, Z. 493). Wie auch schon in Kategorie Fachkompetenz Bewegung werden Tiroler*innen als bewegungsfreudiger gesehen. Wie diese subjektive Sichtweise zustande kommt, wäre spannend zu beleuchten.

Die gegensätzliche Aussage eines Beraters, der ungünstige Verhaltensweisen bei den Klient*innen beobachtet, meint, dass es Leute gibt, [...] die schauen fit aus, sind es aber nicht. (...), also ich glaube die wenigsten machen wirklich genug Bewegung. [...]“ (B4, Z. 452 – 453). Hier stellt sich die Frage, wie viel eigenes Gesundheitsverhalten miteinfließt in der Bewertung von anderen Menschen.

- Stress,

Vier Berater*innen sehen großen Handlungsbedarf bei der Unterstützung von Klienten zum Thema Stressmanagement. So beobachteten Berater*innen, dass „[...] die Burnout Rate ist sehr hoch [...]“ (B3, Z. 520). Dass die Berater*innen für Stressreduzierung sensibilisiert sind, gibt folgende Aussage zum Ausdruck. B6 sagt dazu: „[...] ich glaube, dass viele nicht, keine positive Stressbewältigung haben. [...]“ (B6, Z. 367).

7.5 Gesundheit – Wichtige Aussagen

Nachstehende Themen wurden als induktive Kriterien in den Gesprächen erhoben. Diese Themenblöcke werden als so wichtig erachtet, dass sie in dieser Masterthesis berücksichtigt werden müssen, um nicht verloren zu gehen. Es würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen, näher und intensiver auf diese Themenblöcke einzugehen. Es könnte sich aber lohnen, darüber nachzudenken, in welcher Form dies bearbeitet werden sollten.

- Prävention – Wichtig bei Kinder anfangen

Drei Interviewte sehen die Wichtigkeit, mit Prävention in der Gesundheitsvorsorge in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Stressreduzierung bereits bei den Kindern anzusetzen. Je früher Prävention beginnt, desto besser können sich gesunde Verhaltensweisen manifestieren. Speziell auch beim Lernen zur Bewältigung von Stress meinte B2, „[...] dann erst, die ganzen Stressgeschichten, sollten die Kinder schon lernen, was ist Stress, wann fühle ich mich gestresst, was kann ich tun, so, ja. [...]“ (B2, Z. 546 – 547). Das wäre ein guter Ansatz, der es wert wäre es näher zu beleuchten.

- Gendermedizin

Einer Interviewpartnerin war es wichtig, den Zusammenhang zwischen Gesundheitsvorsorge und Gendermedizin aufzuzeigen. Auffallend dabei ist, dass von den acht weiblichen Interviewten dieses Thema nur von einer Person aufgegriffen wurde. Diese Kategorie alleine schon wäre wohl interessant eine Arbeit darüber zu schreiben, da das Thema Gendermedizin nach wie vor sehr aktuell ist, denn „[...] Gesundheit Mann und Frau, das sind für mich zwei total unterschiedliche Themen [...]“ (B2, Z. 984 – 985), sieht nicht nur B2, sondern findet sich in zahlreicher Literatur wieder.

- Globale Zusammenhänge

„[...] Umwelt, also Umweltfaktoren und das wäre für mich, etwas so. Wenn ich an das Glyphosat denke und so, [...]“ (B8, Z. 300), zeigt, dass globale Zusammenhänge und Gesundheitsvorsorge zusammenhängen können.

- Sozialkontakte/ Einsamkeit

Die Bedeutung von Sozialkontakten für die psychosoziale Gesundheit ist spätestens seit Ausbruch der Pandemie Covid 19 klar und aktueller denn je. Folgen fehlender Kontakte können möglicherweise sehr schnell mit Risikoverhalten kompensiert werden.

„[...] so ein bisschen eine Frage wie kann man Menschen aus der Einsamkeit herausholen, [...]“ (B8, Z.656 – 657), ist eine grundsätzlich eine wichtige Frage und gehört auch in Zusammenhang mit Gesundheitsvorsorge gebracht.

Die Kategorie wichtige Aussagen der Berater*innen zu Gesundheit soll dazu dienen, weitere vertiefende Aspekte und Forschung zur Gesundheitsvorsorge zu ermöglichen und soll mit dem aufgeschriebenen Wort nicht in Vergessenheit geraten. Das darauf nur sehr kurz eingegangen wurde, sagt jedoch nicht über die Wichtigkeit dieser neuen Kategorien aus, sondern ist der begrenzten Möglichkeit im Rahmen dieser Masterarbeit geschuldet.

8 Fazit

Ziel der Masterarbeit war es, Antworten zu finden, wie psychosoziale Berater*innen ihre Klient*innen dabei unterstützen können, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu entwickeln und Verhaltensänderungen einzuleiten. Bezugnehmend auf die Recherche aus der Literatur wurden Kategorien bzw. Bereiche festgelegt. Mit dem daraus entstandenen Leitfadenterview wurden die Interviews geführt. Danach konnten die Kategorien verfeinert bzw. nachgebessert werden.

Die Kategorie Fachkompetenz wurde in die Subkategorien Ernährung, Bewegung, stressreduziertes Verhalten und gesundheitsschädigendes Verhalten unterteilt. Die Auswertung der Befragungen ergab ein Basiswissen in Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung. Auffallend in der Kategorie Ernährung war, dass keine Aussagen über Genuss getroffen wurden, sondern das Thema eher negativ besetzt war. Die Berater*innen sprachen der Kategorie Bewegung eine hohe Bedeutung zu. Stress wurde fast gänzlich nur mit Arbeit in Verbindung gebracht, eine Person setzte Stress auch in Verbindung mit dem privaten Bereich.

Mit dem Thema gesundheitsschädigendes Verhalten wurde eine induktive Kategorie gebildet.

Die Berater*innen nannten Auswirkungen in Bezug auf falsche Ernährung, zu wenig Bewegung und Stress. Auch wurde das Thema Alkohol als Problemverhalten angesprochen. Über Tabakkonsum wurden keine Aussagen dazu getätigt.

Die Aussagen der Kategorie Fachkompetenz lassen vermuten, dass die Berater*innen zu Gesundheitsthemen grundsätzlich informiert sind, allerdings lässt sich allein durch die Äußerungen nicht sagen, ob dieses Wissen auch in die Tiefe geht.

Aus den induktiven Kategorien wurden Themen wie Achtsamkeit, Bewusstsein, Präventionsarbeit schon ab Kinder/ Jugendzeit, Gendermedizin, Einsamkeit bzw. Sozialkontakte und globale Zusammenhänge mit Gesundheitsvorsorge in Verbindung gebracht. Diese Themen würden sich alle lohnen, um vertiefend draufzuschauen und in Verbindung mit Gesundheitsvorsorge wissenschaftlich zu untersuchen. Speziell der Frage nachzugehen, warum von acht Beraterinnen nur einmal die Thematik

Gendermedizin zur Sprache gekommen ist und ob Gendermedizin noch nicht in der Beratung angekommen ist, wäre eine interessante Frage.

In der Forschungsfrage wurde auch nachgefragt, inwieweit Berater*innen dabei unterstützen können, Maßnahmen zu entwickeln und Verhaltensänderungen einzuleiten. Um hier adäquat unterstützen zu können, finden sich in der Literatur zahlreiche Modelle zu Gesundheit, Verhaltensänderungen, Rückfälle usw., die aufzeigen, wie neue Verhaltensweisen entwickelt werden könnten. Diese Modelle können Klarheit und Orientierung geben wo sich der Klient*in gerade befindet und wo wirkungsvolle Maßnahmen zu setzen sind. Für die vorliegende Arbeit wurde davon ausgegangen, dass Expert*innen, die in der Gesundheitsvorsorge tätig sind, diese Modelle kennen, verstehen und sie auch anwenden.

In den Interviews haben die Berater*innen auch auf Nachfragen nur sehr wenig über die Modelle erzählt. Es wurde festgestellt, dass die Berater*innen weder Gesundheitsmodelle noch Verhaltensänderungsmodelle kennen, oder sie überhaupt anwenden.

Ein Kriterium der Stichprobe für die Interviews war es, dass Berater*innen in der Präventionsarbeit tätig sein mussten. Dies wurde auch erfüllt. Neun der zehn Berater*innen sind überhaupt in einer staatlichen Gesundheitsmaßnahme tätig und wurden dadurch als Expert*innen zugeordnet.

Es könnte diskutiert werden, ob es lohnenswert wäre Expert*innen in der Gesundheitsvorsorge entsprechende Fortbildungsmaßnahmen anzubieten.

Des Weiteren wurde den Interviews entnommen, dass es Berater*innen schwerfällt, ihre eigenen Verhaltensweisen gesundheitsfördernd zu verändern. Dies würde aber sehr hilfreich sein, um Klient*innen durch Lernen am Modell als Vorbild zu Verfügung zu stehen. Mit Wissen über die Modelle könnten die Berater*innen für sich selbst und dann auch für andere wirksame Schrauben finden, um nachhaltig Veränderungen einleiten zu können.

Um Klient*innen dabei zu unterstützen ihr schädigendes Verhalten durch Fehlernährung, Bewegungsmangel, stressreiches Leben und dem Konsum von Genussmittel verändern zu können, ist es notwendig Fachkompetenz über gesundheits-schädigendes Verhalten zu haben. Diesbezüglich sind vertiefte Auseinandersetzung mit den obengenannten Themen sehr wichtig, um deren Auswirkungen zu

kennen auch im Sinne der Psychoedukation diese auch an die Klient*innen weitergeben zu können.

Somit könnte es lohnenswert sein, nach einer eventuellen quantitativen Erhebung, psychosoziale Berater*innen Schulungen anzubieten, damit sie als Expert*innen in der Gesundheitsvorsorge ihren Klient*innen optimale Unterstützung anbieten könnten.

Literaturverzeichnis

ABRAHAM, C./SHEERAN, P. (2015): The Health Belief Model. In: Conner, M./Norman, P. (Eds.): Predicting and changing Health Behaviour. Research and Practice with Social Cognition Models. Open University Press. Buckingham: UK, 30-70.

AJZEN, I. (1985): From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Kuhl, J./Beckmann, J. /Eds.): Action Control: From Cognition to Behavior. Springer: Berlin, 11-39.

AJZEN, I. (2002): Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. Journal of Applied Social Psychology 32, 665-683.

ANTONOVSKY, Aaron (1979): Health, stress, and coping. Jossey-Bass Publisher: San Francisco.

ANTONOVSKY, Aaron (1988): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass: San Francisco.

ATTESLANDER, Peter (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Campus.

BAK, Michael Peter (2019): Lernen, Motivation und Emotion. Allgemeine Psychologie II – das Wichtigste, prägnant und anwendungsorientiert. Berlin: Springer Nature.

BANDURA, A. (1965): Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. Journal of Personality and Social Psychology. 1, 589- 595.

BANDURA, A. (1977): Social Learning Theory. New York: General Learning Press.

BANDURA, A. (1986): Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Prentice- Hall: Cliffs, NJ.

BENGEL, Jürgen/LYSSENKO, Lisa (2012): Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: BZgA Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung.

BORTZ, J./DÖRING, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

BRUNS, Wiebke (2013): Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

BUNDESMINISTERIUM FÜR DIGITALISIERUNG UND WIRTSCHAFTSSTANDORT (2020): Rechtsinformationssystem des Bundes. Bundesgesetzblatt Nr. BGBl. I Nr. 51/1998. Verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011127>, 4, (letzter Zugriff: 2020-09-13).

BUNDESMINISTERIUM FÜR DIGITALISIERUNG UND WIRTSCHAFTSSTANDORT (2020): Rechtsinformationssystem des Bundes. Bundesgesetzblatt Nr. BGBl. I Nr. 132/2006. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/I/2006/132>, 4, (letzter Zugriff: 2020-09-13)

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND KONSUMENTENSCHUTZ (2019): Das österreichische Gesundheitssystem/ Zahlen – Daten – Fakten. Wien: BMASGK.

BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES, PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ (2020): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Verfügbar unter: <https://gesundheitsziele->

oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_langfassung_2018.pdf, 1-55, (Letzter Zugriff: 2020-09-03).

BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES, PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ (2020): Organisation. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Ministerium/Organisation.html> 7-55, (Letzter Zugriff: 2020-09-13).

BUSCH, Peter (2011): Ökologische Lernpotenziale in Beratung und Therapie. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

CSIKSZENTMIHALYI, Mihali (2019): Flow. Das Geheimnis des Glücks. Stuttgart: J.G. Cotta`sche Buchhandlung.

DIEKMANN, Andreas (2009): Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek: Rowohlt

ESCH, Tobias (2017): Die Neurobiologie des Glücks. Wie die Positive Psychologie die Medizin verändert. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

EUROSTAT STATISTICS EXPLAINED (2020): Healthy life years statistics. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_life_years_statistics, (Letzter Zugriff: 2020-09-13).

FALTERMAIER, Toni (2005): Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

FALTERMAIER, Toni/WILHOF SZKY, Petra (2011): Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext von Public Health. In: Schott, Thomas/Hornberg, Claudia (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 257-274.

FISHBEIN, M./AJZEN, I. (1975): Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Addison- Wesley, Reading, MA.

FLICK, U./KARDORFF, E./STEINKE, I. (2009): Was ist qualitative Forschung. In: Kardorff, E./Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Verlag, 13-29.

FRIEBERTSHÄUSER, Barbara/LANGER, Antje (2013): Interviewformen und Interviewpraxis. In: Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje/Prenzel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag, 437-455.

FUHS, Burkhard (2007): Qualitative Methoden in der Erziehungswissenschaft. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

FÜZE`KI, Eszter/BANZER, Winfried (2020): Bewegung und Gesundheit. In: Haring, Robin (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer Verlag GmbH Deutschland, 333-346.

GERLINGER, Thomas (2018): Gesundheitsförderung und Primärprävention in Krankenversicherungsstaaten. In: Public Health Forum 26 (2), 86-88.

GLÄSER, Jochen/LAUDEL, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Verlag für Sozialwissenschaften.

GEL INTERNATIONAL – Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (2017): Was ist Existenzanalyse und Logotherapie? Verfügbar unter: <https://www.existenzanalyse.org/existenzanalyse/existenzanalyse-einblick>, (Letzter Zugriff: 2020-10-10).

GÖTZE, Ulrike (2013): Resilienzentwicklung im Personalmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

GREGER, Michael/STONE, Gene (2019): How not to die. Entdecken Sie Nahrungsmittel, die ihr Leben verlängern und bewiesenermaßen Krankheiten vorbeugen und heilen. New York: Narayana Verlag

HABERMANN- HORSTMEIER, Lotte/LIPPKE, Sonja (2020): Grundlagen, Strategien und Ansätze der Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention. In: Tiemann, Michael/Mohokum, Melvin (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 1-17.

HALBMAYER, Ernst/SALAT, Jana (2011): Qualitative Methoden der Kultur- und Sozialanthropologie. Verfügbar unter: <http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-titel.html>. (Letzter Zugriff: 2020-12-12).

HARRISON, J.A./MULLEN, P.D./GRENN, L.W. (1992): A Meta- Analysis of Studies of the Health Belief Model with Adults. Health Education Research 7, 107-116.

HEIMGARTNER, Arno (2005): Auswertung qualitativer Daten – Ein Vergleich verschiedener Softwaretools. In: Stigler, Hubert/Reicher, Hannelore (Hrsg.): Praxisbuch. Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Innsbruck/ Wien/Bozen: Studien Verlag, 225-238.

HEISTINGER, Andrea (2006): Qualitative Interviews – Ein Leitfaden zu Vorbereitung und Durchführung inklusive einiger theoretischer Anmerkungen. Verfügbar unter: https://www.uibk.ac.at/iezw/mitarbeiterinnen/senior-lecturer/bernd lederer/downloads/durchfuehrung_von_qualitativen_interviews_uniwien.pdf. (Letzter Zugriff: 2020-12-12).

HELFFERICH, Cornelia (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

HEINZE, Thomas (2001): Qualitative Sozialforschung: Einführung, Methodologie und Forschungspraxis. München: Oldenbourg.

HERMANN, H. (1991): Narratives Interview. In: Flick, U. / Kardorff, E. v. / Keupp, H. / Rosenstiel, L.v. / Wolff, St. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union, 182-185.

HESCHEL, Lisa (2018): Deep Breath: Die neue Achtsamkeit einer beschleunigten Gesellschaft. Wiesbaden: Springer Nature.

HOFF, Tanja (2015): Konzepte in der Beratung. In: Hoff, Tanja/Zwicker-Pelzer, Renate (Hrsg.): Beratung und Beratungswissenschaft. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaften, 147-190.

HOPF, Christel (1995): Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, Uwe et al. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung, Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Beltz, 177-182.

HUBER, M/VAN VLIET, M/ GIEZENBERG, M/WINKENS, B/HEERKENS, Y/DAGNELIE, PC/KNOTTNERUS, JA (2016): Towards a ‚patient-centred‘ operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. BMJ Open 5:e010091. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>, (Letzter Zugriff: 2020-08-29).

ITTEL, Angela/RAUFELDER, Diana/SCHEITHAUFER, Herbert (2014): Soziale Lerntheorien. In: Ahnert, Lieselotte (Hrsg.): Theorien in der Entwicklungspsychologie. Berlin: Springer Verlag, 330-353.

JELLINEK, E.M. (1969): The Disease Concept in Alcoholism. Hill House: New Brunswick, NJ.

JUNGHANN, Gisa/KERSTEN, Norbert (2020): Informationsüberflutung am Arbeitsplatz. In: Zbl Arbeitsmed (Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie) 1, 8-17.

KABAT- ZINN, Jon (2013): Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung durch MBSR. München: O.W. Barth Verlag

KABAT- ZINN, Jon (2019): Meditation ist nicht, was Sie denken. Warum Achtsamkeit so wichtig ist. Freiburg: Arbor Verlag GmbH.

KICKBUSCH, Ilona (2006): Gesundheitskompetenz News: Public Health Schweiz (3). Verfügbar unter: http://www.publichealth.ch/client/publichealth/file/PHS-Newsletter_2006_3.pdf, (Letzter Zugriff: 2008-03-14).

KIESEL, Andrea/KOCH, Iring (2012): Lernen. Grundlagen der Lernpsychologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

KITTL- SATRAN, Helga (2012): Vom Text zur Interpretation. In: Stigler, H./Reicher, H. (Hrsg.): Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Innsbruck: Studien Verlag, S. 293 – 302.

KNOBLAUCH, H. (2011): Transkription. In: Bohnsack, R./ Marotzki, W./ Meuser, M. (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, S. 159.

KNOLL, Nina/SCHOLZ, Urte/RIECKMANN, Nina (2017): Einführung Gesundheitspsychologie. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag.

KOCH, U./MEHNERT, A./HÄRTER, M. (2011): Chronische körperliche Erkrankungen und psychische Komorbidität. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 54 (1), DOI: 10.1007/s00103-010-1196-7, 1-3.

KRUSE, Jan (2004): Arbeit und Ambivalenz. Eine qualitative Studie zum subjektiven Arbeitsverständnis in der Sozialen Arbeit und in der Dienstleistung mit Informations- und Kommunikationstechnologien. Diss., Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität.

KUCKARTZ, Udo/GRUNENBERG, Heiko (2013): Qualitative Daten computergestützt auswerten: Methoden, Techniken, Software. In: Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje/Prenzel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag, 501-514.

KUCKARTZ, Udo (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag.

KUSCHEL, Hanna (2016): Achtsamkeit. In: Frey, Dieter (Hrsg.): Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage – Basiswissen aus Psychologie und Philosophie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

LIEBOLD, R./TRINCZEK, R. (2009): Experteninterview. In: Kühl, S./Strodtholz, P./Taffertshofer, A. (Hrsg.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 32 – 56.

LUCIUS-HOENE, Gabriele/DEPPERMAN, Arnulf (2004): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

MADDUX, J.E./ROGERS, R.W. (1983): Protection Motivation and Self-Efficacy: A Revised Theory of Fear Appeals and Attitude Change, *Journal of Experimental Social Psychology* 19, 469-478.

MAHR, CHRISTOPH (2018): Praxishandbuch Integrative Psychotherapie. Ein methodenorientiertes und wegweisendes Grundlagenwerk. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

MARLOTT, A.G./GORDON, J.R. (Eds.)(1985): Relapse Prevention. The Guilford Press: New York.

MARRLOTT, A.G. (1996): Taxonomy of High- Risk Situations for Alcohol Relapse: Evolution and Development of a Cognitive- Behavioral Model. *Addiction* 91, 37-49.

MAROTZKI, Winfried (2006): Leitfadeninterview. In: Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hrsg.): *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, 114-114.

MAYRING, Philipp/BRUNNER, Eva (2013): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje/Prenzel, Annedore (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. 4., durchgesehene Auflage. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa Verlag, 323-333.

MAYRING, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

MEUSER, M./NAGEL, U. (2010): Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B./Langer, A./Prenzel, A. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa Verlag, 457 – 472.

MÜHLIG, S/JACOBI, F. (2011): Psychoedukation In: Wittchen Hans- Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hrsg.): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin: Springer, 477-490.

PELIKAN, Jürgen M. (2015): Gesundheitskompetenz – ein vielversprechender Driver für die Gestaltung der Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems. In: Bauer, Robert/Wesenauer, Andrea (Hrsg.): *Zukunftsmotor Gesundheit. Entwürfe für das Gesundheitssystem von morgen*. Heidelberg: Springer Fachmedien Wiesbaden, 173-194.

PELIKAN, Jürgen/RÖTHLIN, Florian/GANAHL, Kristin (2012): Comparative Report on health literacy in eight EU Members states. First slightly extended and revised version. Verfügbar unter: <http://bihpr-pub.lbg.ac.at/de/suche.phtml?task=Suche&>

[year=&author=Pelikan%2CJ%FCrgen&stichwort=The+European+Health+L](#), 33,
(Letzter Zugriff: 2020-09-16).

PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG (2006): Fortschritt jagt Fortschritt. Verfügbar unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-142006/fortschritt-jagt-fortschritt/>, 14, (Letzter Zugriff: 2020-08-24).

PHILLIPS, D.P. (1974): The influence of suggestion on suicide. Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review* 39, 340- 354.

PIETROWSKY, Reinhard (2020): Ernährung und Gesundheit: Haring, Robin (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer Verlag GmbH Deutschland, 323-332.

PROHASKA, J.O./DICLEMENTE, C.C (1983): Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative- Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51, 390-395.

REITINGER, Claudia (2015): Viktor Frankls Logotherapie From a Philosophical Point of View. In: *Journal of the Society for Existential Analysis*, 26/2 (2015), 344-357

REITINGER, Claudia (2018): Zur Anthropologie von Logotherapie und Existenzanalyse. Viktor Frankl und Alfred Längle im philosophischen Vergleich. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

RITTENAU, Niko (2019): Vegan – Klischee ade!. Wissenschaftliche Antworten auf kritische Fragen zu veganer Ernährung. Mainz: Ventil Verlag UG (haftungsbeschränkt) & Co. KG.

ROCH, Svenja/HAMPEL, Petra (2018): Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Robin Haring (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer Berlin Heidelberg, 247-256.

ROGERS, R.W. (1983): Cognitive and Physiological Processes in Fear Appeals and Attitude Change: A Revised Theory of Protection Motivation. In: Cacioppo, J.R./Petty, R.E. (Eds.): Social Psychology: A Sourcebook. The Guilford Press: New York, 153-176).

ROSENBROCK, Rolf/GERLINGER, Thomas (2015): Gesundheitspolitik. In: Thiel-scher, Christian (Hrsg.): Medizinökonomie 1. Das System der medizinischen Versorgung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 159-224.

RÖHRLE, Bernd/BEHNER, Catarina/CHRISTIANSEN, Hanna (2012): Prävention. In: Berking, Matthias/Rief, Winfried (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 141-148.

RUSCH, Stephan (2019): Stressmanagement. Ein Arbeitsbuch für die Aus-, Fort-, und Weiterbildung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

SCHUBERT, Franz- Christian (2015): Systemische Beratung. In: Hoff, Tanja/Zwicker-Pelzer, Renate (Hrsg.): Beratung und Beratungswissenschaft. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaften, 190-202.

SCHÜTZE, Fritz (1982): Narrative Repräsentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit. In: Lämmert, Eberhard (Hrsg.): Erzählforschung. Ein Symposium. Stuttgart: Metzler, 568-590.

SCHÜTZE, Fritz (1984): Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, Martin/Günther, Robert (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Stuttgart: Metzler, 78-117.

SCHÜZ, Benjamin/MÖLLER, Arnulf (2006): Prävention. In: Renneberg, Barbetta/Hammelstein, Philipp (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 143-155.

SCHWARZER, R. (1992): Self- Efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors: Theoretical Approaches and a New Model. In: Schwarzer, R. (Ed.): Self-Efficacy: Thought Control of Action. Hemisphere: Washington, DC, 217-242.

SCHWARZER, R. (2008): Modelling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. Applied Psychology 57, 1-29.

SELYE, Hans (1953): Einführung in die Lehre von Adaptationssyndrom. Stuttgart: Thieme.

SPITZBART, Stefan (2015): Gesundheitsziele, Gesundheitsförderung und Prävention für die Zukunft. In: Bauer, Robert/Wesenauer, Andrea (Hrsg.): Zukunftsmotor Gesundheit. Entwürfe für das Gesundheitssystem von morgen. Heidelberg: Springer Fachmedien Wiesbaden, 103-113.

STADLER, CHRISTIAN/SPITZER- PROCHASZKA, SABINE/KERN, EVA/KRESS, BÄRBEL (2016): Act creative! Effektive Tools für Beratung, Coaching, Psychotherapie und Supervision. Stuttgart: Klett- Cotta.

STATISTA (2020): Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich nach Geschlecht von 2009 bis 2019, Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/18642/umfrage/lebenserwartung-in-oesterreich/>, (Letzter Zugriff: 2020-09-13).

THUN- HOHENSTEIN, Leonhard/LAMPERT, Kerstin/ALTENDORFER- KLING, Ulrike (2020): Resilienz – Geschichte, Modelle und Anwendung. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 7-20.

VOGT, Irmgard (2020): Grundlage der Gesundheitspsychologie. In: Haring, Robin (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer Verlag GmbH Deutschland, 29-37.

VOELCKER- REHAGE, Claudia (2018): Gesundheit In: Schneider, Wolfgang/Lindenberger, Ulmann (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim Basel: Programm PVu Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, 745-759.

WALDHERR, Karin (2020): Evaluation und Assessmentverfahren in der ernährungsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, Michael/Mohokum, Melvin (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 1-10.

WEINSTEIN, N.D./SANDMAN, P.M. (1992): A Model of the Precaution Adoption Process: Evidence from Home Radon Testing. Health Psychology 11, 170-180.

WEINSTEIN, N.D./LYON, J.E./SANDMAN, P.M./CUIE, C.L. (1998a): Experimental Evidence for Stages of Health Behavior Change: The Precaution Adoption Process Model Applied to Home Radon Testing. Health Psychology 17, 445-453.

WELTGESUNDHEITSORGANISATION, Regionalbüro für Europa (2020): Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>, (Letzter Zugriff: 2020-09-03).

WELTGESUNDHEITSORGANISATION (2020): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/202007060000/0.810.1.pdf>, (Letzter Zugriff: 2020-08-22).

WERDECKER, Lena/ESCH Tobias (2020): Stress und Gesundheit. In: Haring, Robin (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer Verlag GmbH Deutschland, 347-359.

WESENAUER, Andrea (2015): Komplexe Mehrebenensysteme zukunftsorientiert ausrichten und steuern. In: Bauer, Robert/Wesenauer, Andrea (Hrsg.): Zukunftsmotor Gesundheit. Entwürfe für das Gesundheitssystem von morgen. Heidelberg: Springer Fachmedien Wiesbaden, 25-63.

WITTCHEN, Hans- Ulrich/Hoyer, Jürgen (2006): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Berlin.

WITTCHEN, Hans-Ulrich/HOYER, Jürgen (2011): Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In: Wittchen Hans- Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin: Springer, 3-25.

WKO (2018): Memorandum - Psychologengesetz 2013. Verfügbar unter: <https://www.wko.at/branchen/w/gewerbe-handwerk/personenberatung-betreu-ung/Memorandum-NEU-2016-JUNI.pdf>, (Letzter Zugriff: 2020-10-09).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2019): Mental Health. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Verfügbar unter: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en, (Letzter Zugriff: 2020-10-18).

WORRINGEN, U. (2011): Gesundheitstraining: Psychoedukation und Patientenschulung. In: Linden, Michael/ Hautzinger, Martin (Hrsg.): Verhaltenstherapiemanual. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 419-424.

ZIEGLER, Holger (2019): Prävention als sozialraumbezogenes Handlungsfeld. In: Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (Hrsg.): Handbuch Sozialraum. Grundlagen für den Bildungs- und Sozialbereich. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 659-673.

ZIMMERMANN, Michael/SCHURGAST, Hugo/BURGERSTEIN, Uli P. (2018): Burgerstein Handbuch der Nährstoffe. Vorbeugen und heilen durch ausgewogene Ernährung. Alles über Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente. Stuttgart: TRIAS Verlag in Georg Thieme Verlag KG.

ZWICKER- PELZER, Renate (2015): Formate und Orte von Beratung. In: Hoff, Tanja/Zwicker- Pelzer, Renate (Hrsg.): Beratung und Beratungswissenschaft. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaften, 128-146.

Anhang

Leitfadeninterview

1

Thomas Ouschan

INTERVENTIONSMAßNAHMEN ZU GESUNDHEITSVORSORGE IN DER BERATUNGSPRAXIS				
Wie können psychosoziale Berater*innen ihre Klient*innen dabei unterstützen gesundheitsfördernde Maßnahmen zu entwickeln und Verhaltensänderung einzuleiten?				
Interview Nr:		Datum:	Anfang- Uhrzeit:	Ort:
1. BIOGRAPHISCH, ALLGEMEINE DATEN:				
Vielen Dank für deine Bereitschaft an diesem Interview teilzunehmen. Wie schon vorangekündigt, möchte ich dich gerne über Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten interviewen. Ich möchte, wenn es dir recht ist, ungefähr eine Stunde dazu einplanen. Das Interview ist anonym, für die wissenschaftliche Arbeit muss ich unser Gespräch aufzeichnen, damit ich es später transkribieren und auswerten kann. Das steht in der Einverständniserklärung, die du dankenswerterweise unterschrieben hast.				

I. Zum Beginn möchte ich dich bitten, ein paar allgemeine Daten zu beantworten:

a) Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich			
b) Wie viele Jahre bist du beruflich in der Gesundheitsvorsorge tätig?	<input type="text"/>	Jahre			
c) Alter	<input type="checkbox"/> 20 - 30	<input type="checkbox"/> 31 - 40	<input type="checkbox"/> 41 - 50	<input type="checkbox"/> 51 - >	
d) Ernährung	<input type="checkbox"/> Mischkost	<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> vegan	<input type="text"/> sonstiges:	
e) Rauchen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja, täglich:	<input type="checkbox"/> 1 - 5	<input type="checkbox"/> 6 - 10
				<input type="checkbox"/> 11 - 15	<input type="checkbox"/> mehr als 15
f) Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja, wöchentlich:	<input type="checkbox"/> 1 - 2	<input type="checkbox"/> 3 - 4
				<input type="checkbox"/> 5 - 6	<input type="checkbox"/> 7 und mehr

Leitfadeninterview

2

Thomas Ouschan

g) Drogen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja, regelmäßig							
h) Bewegung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja, regelmäßig	<input type="checkbox"/> 1 - 2	<input type="checkbox"/> 3 - 4	<input type="checkbox"/> 5 oder >				
i) Achtsamkeitstraining wie Yoga, Qi Gong, Meditation, sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja, regelmäßig:	<input type="checkbox"/> 1 - 2	<input type="checkbox"/> 3 - 4	<input type="checkbox"/> 5 oder >	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich				
j) gesundheitliche Probleme	<input type="checkbox"/> psychisch	<input type="checkbox"/> physisch	<input type="text"/> sonstiges:							
k) chronische Erkrankung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja								
l) subjektives Gesundheitsbefinden - ich fühle mich nicht gesund (0) - zu - ich fühle mich gesund (10)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. EIGENES GESUNDHEITSVERHALTEN
II. Wie würdest du dein eigenes Gesundheitsverhalten im Bereich der Ernährung beschreiben?
<i>Steuerungsfragen: Kannst du mir bitte deinen Essrhythmus beschreiben, Welchen Stellenwert hat Essen für dich?</i>
III. Wie würdest du dein eigenes Gesundheitsverhalten im Bereich der Bewegung/ Sport beschreiben?
<i>Steuerungsfragen: Wie sieht so eine Bewegungswoche für dich aus? Gibt es Lieblingstätigkeiten in Bezug auf Sport und Bewegung, wenn ja welche? Was würdest du gerne mal ausprobieren?</i>
IV. Wie würdest du dein eigenes Gesundheitsverhalten im Bereich der Stressregulierung beschreiben?
<i>Steuerungsfragen: Welche Methode funktioniert bei dir besonders gut, wenn du sehr gestresst bist und wieder zur Ruhe kommen willst? Was würdest du mal ausprobieren wollen?</i>
V. Welche Themen fallen dir zu deinem eigenen Gesundheitsverhalten jetzt noch ein, die wir besprechen sollten?
<i>Steuerungsfragen: Kannst du mir das genauer beschreiben? Habe ich es richtig verstanden, dass....?</i>
3. GESUNDHEITSVERHALTEN der ÖSTERREICHER*INNEN
VI. Wie würdest du das Gesundheitsverhalten der Österreicher*innen im Bereich der Ernährung beschreiben?
<i>Steuerungsfragen: Spezielle Eigenheiten der Österreicher*innen zu Essrhythmus usw, Welchen Stellenwert hat Essen?</i>

VII. Wie würdest du das Gesundheitsverhalten der Österreicher*innen im Bereich Bewegung/ Sport beschreiben?
<i>Steuerungsfragen: Wie sieht so eine Bewegungswoche für aus? Gibt es Lieblingstätigkeiten in Bezug auf Sport und Bewegung, wenn ja welche?</i>
VIII. Wie würdest du das Gesundheitsverhalten der Österreicher*innen im Bereich der Stressregulierung beschreiben?
<i>Steuerungsfragen: Wie glaubst du gehen die Österreicher*innen mit Stress um? Welche Stressbewältigungsmöglichkeiten werden angewendet?</i>
4. BERATER*IN ALS EXPERT(E)*IN
IX. Wie erlebst du die soziale gesundheitsvorsorgende Landschaft in Österreich?
<i>Steuerungsfragen: Ist sie für dich sichtbar, wenn ja... was fällt dir dazu ein? Wenn nein, was würdest du dir wünschen für dich und deine Klient*innen?</i>
X. Kannst du mir ein paar Gesundheitsvorsorgeprogramme in Österreich nennen?
<i>Steuerungsfragen: Welche Programme macht Österreich im Bereich Ernährung/ Bewegung/ Stressbewältigung/ Arbeit? Gibt es deiner Meinung nach genug Vorsorgeprogramme, wenn nein, welcher Bereich wird deiner Einschätzung nach vernachlässigt?</i>
XI. Angenommen, über Nacht geschieht ein Wunder und du hast die politische Macht über die Gesundheitsvorsorge in Österreich bekommen und darfst nun ein perfektes System für die Österreicher*innen aufbauen, wie würde das für dich aussehen?
<i>Steuerungsfragen: Welche Bereiche würdest du vorrangig aufbauen? Gibt es für dich eine Prioritätenliste?</i>

5. INTERVENTION, TOOL
XII. Welche Maßnahmen verwendest du in deiner Arbeit, welche drei Lieblingstools hast du?
<i>Steuerungsfragen: Kannst du mir die Methode 1,2,3 näher beschreiben? Was ist das Gute/ Schlechte an dieser Methode?</i>
XIII. Was machst du, wenn die Klient*innen deine Angebote nicht annehmen können bzw. wollen?
<i>Steuerungsfragen: Wie stellst du fest, ob sie nicht "wollen" oder nicht "können"? Wie gehst du mit Widerstand um?</i>
XIV. Wie würdest du dein Beratungskonzept beschreiben?
<i>Steuerungsfragen: Was ist gut an diesem Konzept (tiefenpsychologisch, klienten- oder personenzentriert, logotherapeutisch oder systemisch oder...?)</i>
XV. Wie unterstützt du deine Klient*innen beim Verändern ihres Gesundheitsverhalten?
<i>Steuerungsfragen: Was funktioniert gut, was nicht?</i>
Wir kommen jetzt zu der letzten Frage:
XVI. Welchen Einfluss glaubst du, hat deine Tätigkeit als Berater in der Gesundheitsvororge auf dein eigenes Gesundheitsverhalten?

<i>Steuerungsfragen: Kannst du es mir genauer beschreiben? Kannst du mir dazu bitte ein Beispiel geben?</i>
6. SONSTIGES, HILFREICHES
XVII. Wir sind nun am Ende des Interviews angelangt. Gibt es noch etwas, was du ergänzen oder noch loswerden möchtest?
Vielen Dank für das Interview, deine Antworten und deine Zeit!
Ende - Uhrzeit:

Daten	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10
Geschlecht	w	w	m	m	w	w	w	w	w	w
Berufserfahrung	15	18-20	20	0,5	7	0,5	1	20	1	0,5
Alter	41	40	43	39	55	38	53	52	29	53
Ernährungsform	vegan	Mischkost - gemüselastig	Mischkost, Mediterrane	Mischkost	Mischkost, Gemüse und Ballaststoffe	Mischkost	Mischkost	Vegetarisch	Mischkost - gemüselastig	Mischkost - gemüselastig
Rauchen täglich	nein	gelegentlich	nein	nein	nein	regelmäßig 2-3	regelmäßig 0-10	nein	nein	nein
Alkohol täglich	nein	am Wochenende	gelegentlich	nein	gelegentlich	gelegentlich	gelegentlich	nein	gelegentlich	sellen
Drogen täglich	nein	nein	nein	nein	wurde nicht abgefragt	nein	nein	nein	nein	nein
Bewegung/Woche	5	2-4	0	5-7	2	7	gerade in Planung	7	3-4	2-3
Bewegung Was?	laufen	klettern, Klettersteig, spazieren gehen	nein	spazieren gehen, joggen, Volleyball	joggen	Radfahren, schwimmen, laufen, wandern, spazieren,	schwimmen,	gehen - 8 - 10 Kilometer mit Hund	spazieren gehen	Berg gehen
Achtsamkeits- training pro Woche	4	2-3	1-2	nein	1 und im Alltag täglich	1	4-5	2	2 Monate täglich, jetzt nicht	nein
Achtsamkeits- training Was?	Yoga	klettern, Klettersteig, spazieren gehen	spazieren gehen	hohen Toleranzspiegel - hat kleines Kind	MBSR - Bodyscan, Achtsamkeit in Alltag einbauen	Yoga, Coaching	Gehmeditationen	Achtsamkeitstraining nach Kristin Neff	Yoga	nein
gesundheitliche Probleme	nein	Allergien, Herzfehler	Wirbelsäule, Skoliose, Rücken, Hohlkreuz	Lungenerkrankung	vor 10, 12 Jahren Burnout - 2 Jahre ausgefallen	psychisch - Selbstzweifel, Arbeitsbelastung	Bandscheiben	psychisch - ängstlicher geworden	erhöhter Blutdruck, Übergewicht	nein
chronische Erkrankungen	Schilddrüsen - nicht behandlungswürdig	Allergien, Lebensmittel- unverträglichkeiten	nein - minimal Heuschreckentyp	COPD	rezidivierende Depression	wurde nicht abgefragt	nein	nein	Allergien, Neurodermitis, Asthma	nein
subjektives Gesundheits- befinden	9	7-8	7	7	7	6	6-7	9	8-9	8