

Entwicklung eines Moduls im Bereich der „Gesundheitspsychologie“ für Masterstudierende

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science (M.Sc.) an der
Hochschule Magdeburg-Stendal

Studiengang: Rehabilitationspsychologie

Vorgelegt von:

Albrecht Bergmann, B.Sc. (Matrikelnr.: 2008 2730)

Karl-Liebknecht-Str. 45

01109 Dresden

E-Mail: albrecht.bergmann@gmx.de

Erstgutachterin: Prof. Dr. habil. G. H. Franke

Zweitgutachterin: M. Jagla, M.Sc., Dipl. Reha.-Psych. (FH)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1. Einleitung	7
1.1 Methodik und Zielsetzung	8
1.2 Didaktisches Vorgehen.....	8
2. Gesundheit und Krankheit – Ein Kontinuum.....	10
2.1 Definitionen von Gesundheit/ Krankheit.....	12
2.2 Modelle von Gesundheit und Krankheit.....	13
3. Das Arbeitsfeld der Gesundheitspsychologie	16
4. Moduleinheiten.....	18
4.1 Der „Sense of Coherence“ und dessen Einfluss auf den Studienbeginn	18
4.1.1 Das Kohärenzgefühl nach Antonovsky	18
4.1.2 Entstehung und Veränderbarkeit.....	20
4.1.3 Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit.....	21
4.1.4 Coping nach Antonovsky.....	22
4.1.5 Kohärenz beim Übergang ins Studium	23
4.2 Selbstwirksamkeitserwartung.....	26
4.2.1 Definition und Abgrenzung	26
4.2.2 Verortung des Konstrukts nach Bandura	28
4.2.3 Verortung des Konstrukts nach Schwarzer.....	31
4.2.4 Bedeutung der Selbstwirksamkeit in aktuellen Studien.....	32
4.3 Selbstwirksamkeitserwartung II - berufsbezogene Selbstwirksamkeit am Beispiel der Lehrtätigkeit.....	34
4.3.1 Relevanz für die Lehrtätigkeit	34
4.3.2 Individuelle und kollektive Selbstwirksamkeit bei Lehrenden.....	35
4.3.3 Selbstwirksamkeit als Schutzfaktor der Gesundheit Lehrender	37
4.4 Subjektive Krankheitskonzepte am Beispiel des IPQ-R	40
4.4.1 Definition subjektiver Krankheitskonzepte	40
4.4.2 Das Selbstregulationsmodell nach Leventhal & Niles.....	41
4.4.3 Operationalisierung durch den IPQ-R	44

4.5 Soziale Unterstützung und dyadisches Coping	46
4.5.1 Definition	46
4.5.2 Differenzierung von sozialer Unterstützung	48
4.5.3 Wirkung von sozialer Unterstützung	49
4.5.4 Konzept des „dyadischen Copings“	50
4.5.5 Bedeutung für die Krankheitsbewältigung	51
4.5.6 Erhebungsmethoden.....	51
4.5.7 Forschungsprojekt – soziale Unterstützung und subjektive Krankheitskonzepte....	52
4.6 Wohlbefinden und Lebensqualität im Kindesalter	54
4.6.1 Definition und Abgrenzung des Konzeptes	54
4.6.2 Bedeutung des Wohlbefindens in Psychologie und Medizin	56
4.6.3 Soziale Beziehung und Wohlbefinden.....	57
4.6.4 Die KIDSSCREEN-Projekt	59
4.7 Das Wohlbefindensparadoxon.....	62
4.7.1 Definition des Paradoxon.....	62
4.7.2 Interpretation auf methodischer Ebene	64
4.7.3 Psychologische Einflüsse.....	66
4.7.4 Aspekte des Krankheitsgeschehens	68
4.7.5 Versuche der Integration.....	68
4.8 Gesundheit im Alter.....	69
4.8.1 Demographischer Wandel und Gesundheitszustand im Alter	70
4.8.2 Krankheit als multidimensionales Konstrukt.....	72
4.8.3 Altern im gesellschaftlichen Kontext.....	73
4.8.4 Funktionale Gesundheit	74
4.8.5 Subjektive Gesundheit	75
4.8.6 Zusammenhang von subjektivem Alter und Gesundheit	76
4.9 Gesundheit und „neue Medien“ am Beispiel Internetnutzung	79
4.9.1 Bedeutung für die Gesundheitspsychologie.....	80
4.9.2 Verbreitung neuer Medien	81
4.9.3 Pathologischer Internetgebrauch.....	82
4.9.4 Pathologischer Internetgebrauch als eigenständiges Störungsbild	85

4.10 Rehabilitationsmotivation am Beispiel von Herzerkrankungen.....	88
4.10.1 Definition und begriffliche Einordnung.....	88
4.10.2 Einflussfaktoren auf die Behandlungskontrolle.....	89
4.10.3 Risikofaktoren.....	92
4.10.4 Besonderheiten der Reha-Motivation	93
4.10.5 Reha-Motivation bei Herzerkrankungen.....	94
4.11 Schnittstellen der Gesundheitspsychologie	96
5. Diskussion	99
6. Literaturverzeichnis.....	102
7. Tabellenverzeichnis.....	123
8. Abbildungsverzeichnis	124
9. Selbständigkeitserklärung	125

Zusammenfassung

Einleitung: Seit der Gründung der Fachgruppe für Gesundheitspsychologie in der „Deutschen Gesellschaft für Psychologie“ gewinnt die Gesundheitspsychologie im Verlauf der vergangenen zwanzig Jahre zunehmend an Bedeutung. Gesundheitspsychologische Inhalte und deren Einfluss auf die Entstehung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung gesundheitsrelevanten Verhaltens stellen hierbei eine wesentliche Verknüpfung zur klinischen Psychologie und Rehabilitation dar. **Ziel:** Ziel dieser Arbeit ist die Entwicklung eines Moduls „Gesundheitspsychologie“ im Rahmen eines Masterstudiengangs im psychologischen Fachbereich. **Methodik:** Das methodische Vorgehen basiert auf einer Datenbankrecherche der Fachdatenbanken „Psyndex“, „Psycontent“, „SPRINGERLINK“ sowie „SCHATTAUER“. Das Modul ist für den Rahmen eines Seminars mit 30 Teilnehmern konzipiert und schlägt bei der Umsetzung eine reflexive Lehr- und Lernform vor. **Ergebnisse:** Innerhalb des entwickelten Moduls wurden wesentliche Theorien und Modelle der Gesundheitspsychologie sowie klinisch-psychologische Konzepte, wie z.B. Behandlungsmotivation oder dyadisches Coping, thematisiert und in elf Seminareinheiten aufgearbeitet. Anhand des theoretischen Kenntnisstandes und der aktuellen Forschung können wesentliche Verknüpfungen zwischen den Disziplinen dargestellt und kritisch diskutiert werden. Eine abschließende Gruppenarbeit ermöglicht die Überprüfung und Verortung der Lerninhalte innerhalb der für dieses Modul ausgewählten aktuellen Leitlinien. **Diskussion:** Die dargestellten Einflussgrößen und deren Wechselwirkungen unterstreichen die Bedeutung der Gesundheitspsychologie für die klinisch-psychologische Arbeit. Vereinzelt respektieren Studiengänge schon heute die Relevanz gesundheitspsychologischer Themen innerhalb der hochschuldidaktischen Bildung; eine umfassende Implementierung steht jedoch noch aus.

Abstract

Introduction: Since the foundation of the professional group for health psychology in the „German society for psychology“, health psychology is gaining in importance during the past 20 years. The contents of health psychology and their influence on emergence, maintenance and rehabilitation of health relevant behaviour are affecting clinical psychology and rehabilitation importantly. **Aim:** The aim of this master thesis is the development of a module called „Health Psychology“ for implementation in a master course in the department of psychology. **Methodology:** The methodology is based on a database research using the professional databases „Psyndex“, „Psycontent“, „SPRINGERLINK“, and „SCHATTAUER“. The module is developed for the context of a seminar (tutorial) with 30 participants and presents a reflexive form of teaching and learning. **Results:** In the developed module the essential theories and models of health psychology as well as clinical psychological conceptions like treatment motivation or dyadic coping are discussed. The module is edited in 11 tutorial parts. Based on the theoretical level of knowledge and the current research it is possible to constitute the essential overlaps between the several disciplines and discuss them critically. A final teamwork allows the deeper understanding and validation of the learning contents with regard to the current guidelines which were developed for this module. **Conclusion:** The illustrated independent variables of influence and their interactions underline the importance of health psychology in the clinical psychological work. Today, several courses of studies promote the relevance of health psychological themes within the university didactics; but until today, a widespread implementation is still missing.

1. Einleitung

Was ist Gesundheit? Wie wird sie in unserer heutigen Gesellschaft verstanden? Welche Modelle und Theorien bestehen, um die Gesundheit zu verbessern, zu erhalten und vorherzusagen? Wo und wie können die Erkenntnisse die praktische Arbeit beeinflussen? Diese und weitere Fragen haben dazu beigetragen, das wissenschaftliche Feld der Gesundheitspsychologie international zu etablieren. In Deutschland begann die Organisation dieser wissenschaftlichen Fachdisziplin 1992 mit der Gründung der Fachgruppe „Gesundheitspsychologie“ innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Renneberg, 2006). Im Verlauf der vergangenen Jahre zeigte sich die Bedeutung der Gesundheitspsychologie insbesondere für den Bereich der Rehabilitations- sowie der Klinischen Psychologie. Die Inhalte der Gesundheitspsychologie umfassen ein breites Spektrum von Theorien und Modellen, die vor allem die Erhaltung und Förderung der Gesundheit fokussieren und darüber hinaus die Ressourcen des Individuums erfassen und in entsprechende Therapiemaßnahmen integrieren. Das 20-jährige Jubiläum dieser recht jungen Disziplin im Jahre 2012 gab Inspiration und Motivation, um das bisherige Wirken der Gesundheitspsychologie anhand des aktuellen, wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und ausgewählter Vertiefungen für die didaktische Wissensvermittlung aufzubereiten.

Dieses Modul „Gesundheitspsychologie“ umfasst dabei Themen, wie die kritische Würdigung und Definition des Faches Gesundheitspsychologie und vertiefende Konstrukte, wie der „Sense of Coherence“ des Salutogenese-Konzeptes (Antonovsky, 1979), die Selbstwirksamkeitserwartung innerhalb verschiedener theoretischer Modelle (Bandura, 1977; Schwarzer, 2004) und die berufsbezogene Selbstwirksamkeit von Lehrenden. Darüber hinaus werden subjektive Krankheitskonzepte (Filipp & Aymans, 1997) sowie das dyadische Coping (Bodemann, 2000) näher betrachtet und deren Bedeutung für die Krankheitsbewältigung herausgearbeitet. Theoretische Vertiefungen erfassen zudem Konzepte der Gesundheit im Alter und Auswirkungen des Umgangs mit den neuen Medien. Ergänzt werden diese Themen durch rehabilitationswissenschaftliche Ansätze, wie zum Beispiel das Wohlbefinden von Kindern oder dessen paradoxe Veränderungen im Verlauf des Lebens (Staudinger, 2000) sowie das Konstrukt Behandlungsmotivation (Meichenbaum & Turk, 1994).

Abschließend lädt eine Übung die Studenten dazu ein, sich sowohl kritisch als auch würdigend mit den in diesem Modul vorgestellten gesundheitspsychologischen Inhalten anhand aktueller S3-Leitlinien auseinanderzusetzen und diese vor dem Hintergrund der Rehabilitations- sowie der Klinischen Psychologie zu verorten.

1.1 Methodik und Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist die Entwicklung eines Manuals zur Vorbereitung und Durchführung des Lehrmoduls „Vertiefung der Gesundheitspsychologie“ für den Studiengang Rehabilitationspsychologie, M.Sc. an der Hochschule Magdeburg-Stendal. Das vorgestellte Manual baut auf dem Grundlagenkurs „Einführung in die Gesundheitspsychologie“ des gleichnamigen Bachelorstudienganges auf, so dass elementare Grundkenntnisse nur auszugsweise und wiederholend in diese Arbeit einfließen. Die Studierenden sollen differenzierte Kenntnisse über ausgewählte Themenschwerpunkte der Gesundheitspsychologie gewinnen und sich innerhalb der aktuellen Theorielandschaft sicher bewegen können. Neben der Wiederholung gesundheitspsychologischer Grundlagen, werden verschiedene fachspezifische Konstrukte beleuchtet und kritisch gewürdigt. Des Weiteren sollen die Studierenden die Kompetenz erlangen, das erworbene Wissen in die klinische und rehabilitationspsychologische Praxis zu transferieren und Einflussmöglichkeiten anhand aktueller Forschungsliteratur zu überprüfen.

Die Modulentwicklung basiert auf einer Literaturrecherche unter Zuhilfenahme der Fachdatenbanken PSYINDEX, PSYCONTENT, SPRINGERLINK sowie SCHUTTAUER. Die gewählten Suchbegriffe entsprechen den inhaltlichen Konzepten der Seminareinheiten und wurden zweisprachig (Englisch und Deutsch) recherchiert.

1.2 Didaktisches Vorgehen

Das didaktische Vorgehen der Lehrveranstaltung ist für die Umsetzung eines Seminars konzeptualisiert und für Teilnehmergruppen von 30 Studenten geplant. Neben der theoretischen Wissensvermittlung wird eine reflexive Lehr- und Lernform angestrebt, welche den Seminarteilnehmern sowohl ein interessengeleitetes Mitspracherecht als auch die Möglichkeit zur Reflexion und Evaluation einräumt.

Hieraus ergibt sich für die Lehrtätigkeit die Verantwortung, die didaktischen Fähigkeiten an die Teilnehmer, ihren lernbiographischen Hintergrund sowie ihre themenbezogenen Erfahrungen anzupassen. Zudem soll der Lehrstoff in praktische und theoretische Bestandteile geteilt sein, so dass die Möglichkeit zur eigenen Erprobung der Inhalte gegeben ist. Neben der Integration von kognitiven und motivationalen Bestandteilen ist besonders die kommunikative sowie soziale Funktion zu Gunsten eines wechselseitigen Austausches zu fördern und aufrecht zu erhalten (Wildt, Encke, Blümcke, 2003).

Für den Ablauf der Seminareinheiten ist das Vorgehen nach Meyer (2011) angedacht, welcher fünf Phasen eines idealtypischen didaktischen Vorgehens beschreibt. In der ersten Phase (Inputphase) sollen die Studierenden einen Überblick über den theoretischen Rahmen erhalten. Die Wissensselektion und -vermittlung ist in abwechslungsreicher sowie ansprechender Form (Film, Ton, Powerpoint) durch den Lehrenden zu gestalten. Die zweite Phase (Ist-Soll-Standerhebung) dient der Kommunikation über die vermittelten theoretischen Kenntnisse innerhalb der Seminargruppe. Mit Hilfe von Befragungen und Diskussionen sollen die theoretischen Inhalte im praktischen Kontext kritisch betrachtet sowie reflektiert werden. In der dritten Phase (Zielvereinbarung) wird, auf Grundlage des vorangegangenen Theorie-Praxis-Abgleichs, das weitere schrittweise Vorgehen der Seminareinheit besprochen. Die Produktionsphase (Phase 4) dient der Vertiefung des theoretischen Wissensstandes. Die Studierenden sollen in Absprache mit dem Lehrenden selbstständig eine Auseinandersetzung mit der Theorie anstreben und diese der Seminargruppe präsentieren. Dafür eignen sich Aufgaben zur Literaturrecherche, Fallbeispiele, Gruppenarbeiten oder Konzeptentwicklungen, welche nicht im Inhalt dieses Seminar integriert sind, da sie dem Kenntnis- und Wissensstand der Seminarteilnehmer angepasst werden sollen. Der Lehrende steht hierbei zur Förderung des Arbeitsprozesses und für Feedback bereit. Abschließend wird während der Evaluation und Reflexion (fünfte Phase) der Lernfortschritt und der Ablauf der Seminareinheit mit den Studierenden gemeinsam bewertet, wodurch eine Anpassung der Konzeptualisierung an die künftigen Termine möglich wird. Der Student ist als vollwertiger Teilnehmer des Lehr- und Lernprozesses zu betrachten, in den er sich mit seiner Meinung, eigenen Wünschen und der tätigen Leistung aktiv einbringen kann (Meyer, 2011).

2. Gesundheit und Krankheit – Ein Kontinuum

Die Frage danach, was krankhaft ist und was als gesund gilt, hat in Medizin und Psychologie aber auch in Philosophie, Jura und Theologie eine jahrhundertelange Tradition. Vor allem in den vergangenen einhundert Jahren sind hierbei wesentliche Veränderungen in der Betrachtung und Definition zu verzeichnen. Um die Begriffe Gesundheit und Krankheit umfassend zu verstehen, ist es notwendig, eine Vielzahl verschiedener theoretischer Ansätze zu betrachten und aufzuzeigen, da diese keine feststehenden Begriffe darstellen, sondern als Kontinuum zu verstehen sind. Es stellt sich die Frage, warum ein einheitliches Verständnis so schwer zu erfassen ist (Franke, 2012).

Eine Schwierigkeit bei der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit entsteht durch die Veränderungen der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie durch das Voranschreiten technischer Entwicklungen. Hierbei ist zu beachten, dass die Konzeptualisierung von Krankheit und Gesundheit maßgeblich von der Diagnostik abhängig ist. Somit werden durch den Fortschritt der diagnostischen Möglichkeiten Krankheiten erstmalig beschrieben sowie als pathologisch erkannt und befunden. Die normabweichenden Zustände, welche vorher keinen Diagnosewert besaßen, gelten nunmehr als krankhaft. Zudem lassen sich in der Therapie ähnliche Vorgehensweisen finden. Exemplarisch hierfür seien die Identifikation des HI-Virus in der Diagnostik oder die Therapiemöglichkeiten der Chirurgie von Körperbehinderungen, wie einer Kiefer-Gaumen-Spalte, genannt. Letztlich variiert das Verständnis von Gesundheit und Krankheit auch mit der Wahl der diagnostischen Verfahren (Franke, 2012).

Eine zweite Schwierigkeit bei der Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit besteht im Unterschied zwischen dem erhaltenen Befund und dem subjektiven Befinden. Die fehlende Übereinstimmung in der Betrachtung von Krankheit und Gesundheit variiert nicht selten zwischen den Ansichten von Patient und Professionellen und kann erhebliche Folgen für die Krankheitseinsicht und Verarbeitung haben. Ein Beispiel stellt das geringe Krankheitserleben von Menschen mit Hypertonie dar, welches der medizinischen Expertise entgegenstehen kann (Franke, 2012).

Eine weitere Schwierigkeit bei der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit entsteht bei der Differenzierung durch die Abweichung von der Norm.

Hierbei wird über das statistische Maß der Normverteilung bestimmt, was als „normal“ angesehen werden kann. Schwierigkeiten ergeben sich bei der klaren Zuordnung von Normabweichungen, welche weder aus professioneller noch aus subjektiver Sicht einen Krankheitswert darstellen. Dies ist beispielsweise der Fall bei Personen, die das Herz auf der rechten Seite tragen oder nur eine Niere besitzen (Franke, 2012).

Im Zusammenhang mit der Norm ergibt sich ein viertes Hindernis bei der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit. So variieren Normen im jeweiligen Bezugsrahmen und müssen daher als kulturgebunden angesehen werden. Einzelne Krankheiten, wie die Frigophobie, welche im japanischen Kulturkreis als Krankheit angesehen wird, sind im europäischen Raum nicht anerkannt. Jedoch müssen diese Differenzen in der Normbetrachtung nicht nur bei solch weiten Entfernungen bestehen. Selbst im Vergleich zu Deutschlands Nachbarländern bestehen Varianzen, die zum Beispiel in der unterschiedlichen Auffassung vom Krankheitswert von Rückenschmerzen in den skandinavischen Ländern zu finden sind (Franke, 2012).

Die fünfte Differenzierungsproblematik besteht in der Funktionalität verschiedener Erkrankungen. Hierbei zeigt sich, dass ähnliche Befunde zu unterschiedlichem Behandlungsbedarf und Krankheitswert führen können. Eine vergleichbare Veränderung am Wirbelkörper kann für die eine Person, welche als Sportlehrer tätig ist, Schmerzen und schwerwiegende Symptome auslösen, wohingegen eine andere Person mit primär sitzender Tätigkeit keine Beschwerden aufweist (Franke, 2012).

Als sechste Schwierigkeit lässt sich die Definition von Krankheits- und Gesundheitszuständen durch Lobbyismus und wirtschaftliche Interesseneinflüsse beschreiben. Dabei können beispielsweise physiologische Prozesse, wie das weibliche Klimakterium mit den Veränderungen im hormonellen Haushalt oder das Auftreten von abstehenden Ohren pathologisiert werden und Handlungsbedarf suggerieren. Eine mögliche Folge davon ist die gesteigerte Inanspruchnahme von therapeutischen Maßnahmen, Medikamentengebrauch und Erwerb von Medizinbedarf, welche für die Medizinlobby ein hohes Gewinnpotenzial darstellen (Franke, 2012).

Eine letzte bedeutende Abgrenzungsschwierigkeit zur Differenzierung von Gesundheit und Krankheit ist die bereits bestehende Definitionsvielfalt, die je nach theoretischem Grundkonstrukt unterschiedliche Einflüsse und Gewichtungen aus biologischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und umweltbezogenen Variablen postulieren (Franke, 2012).

2.1 Definitionen von Gesundheit/ Krankheit

Die Vielzahl an möglichen Definitionen von Gesundheit oder Krankheit sind ähnlich heterogen wie die Fachbereiche aus denen sie entspringen. Im Verlauf der Jahrhunderte wurde eine Vielzahl an Überlegungen zur Definition der wissenschaftlichen Diskussion bereitgestellt. Im Folgenden sollen ausgewählte Definitionen zur Darstellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden herangezogen werden.

Eine eher strukturelle und arbeitsweltbezogene Definition wurde 1958 in Folge eines Urteils des Bundesgerichtshofes entwickelt: „Krankheit ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Heilbehandlung oder – zugleich oder allein – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“ (BSGE 35, 10,12f.). Diese Definition ist jedoch als zu eng und einseitig anzusehen, da Krankheit alleinig über die berufspolitische Ebene und die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfeleistungen definiert ist (Kasten, 2012). Eine umfassendere Definition findet sich bei Badura, Walter und Hehlmann (2010). Gesundheit wird hierbei definiert als „eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird.“ (Badura et al., 2010, S. 32).

Hierbei wird vom Autor Gesundheit als ein positiv definierter Zustand angesehen, der psychische und physiologische Zustände sowie die Handlungsmöglichkeit (Problemlösung) und soziale Aspekt beinhaltet (Bandura et al., 2010). Eine weitere Definition von Hurrelmann (2006) betrachtet die Gesundheit als homöostatisches Gleichgewicht:

Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt. (Hurrelmann, 2006, S. 146).

Die aus heutiger Sicht am häufigsten gebräuchliche Definition von Gesundheit verfasste die Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 22. Juli 1946: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (World Health Organisation, 1946).

2.2 Modelle von Gesundheit und Krankheit

Neben den Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit sowie der Definitionsvielfalt, sollen die Krankheitsvorstellungen der einzelnen psychologischen Disziplinen wiederholend dargestellt werden.

Innerhalb des Verhaltensmodells wird eine Erkrankung überwiegend im Zusammenhang mit den etablierten Verhaltensweisen der betroffenen Person betrachtet. Hierbei spielt das gezeigte Verhalten sowohl eine Rolle für die Krankheitsentstehung als auch für therapeutische Prozesse und präventive Maßnahmen. Das dargebotene Verhalten und die dahinterliegenden Maßnahmen sind somit Grundlage für Gesundheitsförderung oder -schädigung. Die Basis dieser Betrachtung von Krankheit stellen kognitive Lerntheorien, wie die klassische Konditionierung nach Pawlow, die operante Konditionierung nach Skinner oder das Modellernen nach Bandura dar. Jede dieser Lernkonzepte kann zur Erklärung spezifischer Verhaltensweisen genutzt werden und bietet die Möglichkeit, die Entwicklung einer Störung zu beschreiben. Welche Verhaltensweisen für die Entstehung einer Krankheit ausschlaggebend sind, lässt sich durch Verhaltensanalysen näher betrachten. Ein klassisches Modell stellt hierbei das von Kanfer und Saslow im Jahr 1965 entwickelte SORCK-Schema (Situation, Organismus, Reaktion, [C]ontingenz, Konsequenz) dar. Zur Erklärung der Aufrechterhaltung von krankheitsfördernden Verhaltensweisen werden unter anderem Effekte wie Verstärkungsmechanismen, Festigung durch Konditionierung, Vermeidungsverhalten oder erlernte Hilflosigkeit herangezogen und betrachtet. Die Linderung einer Störung wird sowohl durch den Abbau beziehungsweise die Veränderung von dysfunktionalem Verhalten (Modifikation) als auch den Aufbau funktionaler Verhaltensweisen (Adaption) angestrebt und beispielsweise in der Verhaltenstherapie erarbeitet. Direkte Parallelen zwischen den Lerntheorien und dem therapeutischen Setting lassen sich anhand verschiedener Techniken aufzeigen (Kasten, 2012).

So basiert die systematische Desensibilisierung auf der Grundlage der klassischen Konditionierung oder die kognitive Umstrukturierung auf dem Einsichtslernen (Kasten, 2012).

Eine weitere Modellvorstellung von Krankheit entspringt der Psychodynamik. Die nach Freud beschriebenen psychologischen Modelle und deren Wechselwirkung werden für die Erklärung von Erkrankungen herangezogen. Vor allem das topographische Modell (Bewusst, Vorbewusst, Unbewusst) und das Strukturmodell (Es, Ich, Über-Ich) stehen in Interaktion und beeinflussen die Triebentwicklung (Kasten, 2012).

Das Modell der psychosexuellen Entwicklung stellt die Erfahrungen der frühen Kindheit als ausschlaggebend für die Entwicklung der Person in den Vordergrund. Je nach Phase - oral, anal, phallisch, genital, Latenz - können Störungen in Form von traumatischen Ereignissen und unbewussten Konflikten zur Ausprägung von Symptomen und Krankheit führen. Einmalige schwere oder wiederkehrende Traumatisierungen bedrohen die Integrität des „Ich“ und beeinträchtigen die Triebregulation und die Objektbeziehung. Die dabei entstehenden Konflikte werden zum Schutz des Selbstwertgefühls und mit Hilfe der Abwehrmechanismen aus dem Bewusstsein ausgeschlossen. Sie können im Verlauf des späteren Lebens durch Fixierungen und Retraumatisierungen Symptome ausbilden. Eine Depression kann hiernach Folge einer unzureichenden Triebbefriedigung innerhalb der oralen Phase sein (Kasten, 2012).

Das Biopsychologische Modell nach Kraepelin und Bleuler betrachtet neurobiologische Veränderungen als Kernelement von psychischen und psychosomatischen Störungen. Jedoch sind diese nicht alleinig für die Symptomausprägung verantwortlich, sondern folgen dem Multikausalitätsprinzip. Hierbei muss ein gemeinsames Auftreten genetischer Prädisposition, biologischer Faktoren (wie Veränderungen in der Hirnmorphologie und Transmitterstörungen) sowie psychologische Faktoren in Form von frühkindlicher Deprivation und belastenden Lebensereignissen bestehen. Beispielhaft ist die Ausprägung einer Schizophrenie eine mögliche Folge von genetischer Häufung, Veränderungen im Dopamin- und Glutamathaushalt, modulierenden psychologischen Mangelereignissen oder belastenden Lebensereignissen (Kasten, 2012).

Die Betrachtung einer Erkrankung aus sozialpsychologischer Sicht beschäftigt sich überwiegend mit der Herstellung und Aufrechterhaltung von sozialen Rollen, Einstellungen und Normen. Welche Rolle eine Person inne hat und welche Rollenerwartungen, Normen und Aufgaben damit verbunden sind, ist kulturabhängig. Sie wird somit durch die Mitmenschen des sozialen Bezugssystems definiert. Die individuellen Einstellungen und das gezeigte Verhalten einer Person entsprechen jedoch nicht zwangsläufig der Rollenerwartung, so dass eine Diskrepanz zwischen Ist- und Sollzustand folgen kann. Diese Diskrepanz hat das Potenzial zu gesundheitsschädlichem Verhalten und kann bei zu starker oder nichtintegrierbarer Differenz zur Ausprägung von körperlichen und psychischen Symptomen führen (Kasten, 2012). Bereits Festinger beschreibt, dass diese kognitive Dissonanz im Regelfall durch die Anpassung der eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen an die Rolle erfolgt (Festinger, 1957).

Dennoch ist die Adaption der eigenen Person an die soziale Rolle besonders bei schwerwiegenden Veränderungen, wie dem Verlust der sozialen Rolle durch Arbeitslosigkeit oder chronische Krankheit, nicht immer möglich. Der Verlust des sozialen Ansehens und der eigenen Identifikation sowie die fehlende Integration in das soziale System können die Gesundheit oder den Verlauf einer Erkrankung negativ beeinflussen (Kasten, 2012).

Ein letztes Krankheitsmodell befasst sich mit den soziologischen Einflüssen auf Gesundheit und Krankheit. Hierbei wird vor allem soziale Ungleichheit und sozioökonomischer Status als Risiko für Erkrankungen fokussiert. Durch die Analyse von personenbezogenen Daten zu Bildung, Einkommen, beruflicher Stellung und des Gesundheitszustandes lassen sich statistische Differenzierungen sowie Zusammenhänge unter anderem im Hinblick auf Schichtzugehörigkeit, Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems, Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsverhalten erstellen. Auf dieser Grundlage können Personengruppen unterschieden und Risikogruppen identifiziert werden (Kasten, 2012). Beispielweise zeigte Schulz (2004), dass gesundheitsschädliches Verhalten zwischen den Schulformen variiert. Demnach rauchten 64% der Hauptschüler jedoch nur 39% der Gymnasialschüler im Alter von 18-19 Jahren (Schulz, 2004).

3. Das Arbeitsfeld der Gesundheitspsychologie

Der Fachbereich Gesundheitspsychologie wurde 1978 als „Health Psychology“ in der American Psychological Association erstmals beschrieben. In Deutschland markiert das Jahr 1992 den Beginn der Gesundheitspsychologie innerhalb der wissenschaftlichen Landschaft mit der Gründung der Fachgruppe Gesundheitspsychologie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Auf dieser Basis haben sich bis zum heutigen Tag eine Vielzahl verschiedener nationaler und internationaler Institutionen innerhalb der Forschung, Praxis und Lehre etabliert, die gesundheitspsychologische Theorien entwickeln, evaluieren und umsetzen (Renneberg & Hammelstein, 2006).

Eine der ersten und weitverbreiteten Definitionen stammt von Matarazzo: „Health psychology is the aggregate of the special educational, scientific, and professional contributions of the discipline of psychology to the promotion and maintenance of health, the prevention and treatment of illness, the identification of the etiologic and diagnostic correlates of health, illness, and related dysfunction.“ (Matarazzo, 1980, S. 815). Diese Definition wurde zwei Jahre nach der Veröffentlichung von ihm durch den Zusatz: „[...] and the analysis and improvement of the health care system and health policy formation.“ (Matarazzo, 1982, S. 4), auf das Gesundheitssystem und die -politik erweitert.

In der aktuelleren Definition von Lippke und Renneberger (2006a) wird Gesundheitspsychologie definiert, als „[...] die Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Dabei stehen vor allem riskante und präventive Verhaltensweisen, psychische und soziale Einflussgrößen sowie deren Wechselwirkungen auf körperliche Erkrankungen und Behinderungen im Mittelpunkt.“ (Lippke & Renneberg, 2006a, S.3). Mit dieser Definition postulieren sie, dass das theoriegeleitete Vorgehen in der Forschung und Praxis der Gesundheitspsychologie auf den Annahmen eines bio-psycho-sozialen Grundmodells basiert (Lippke & Renneberg, 2006a).

Die Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie benennt verschiedene Hauptaufgaben. Als prophylaktisch wird die Identifizierung und Förderung von Einflüssen, welche die Gesundheit erhalten und eine Erkrankung verhüten können, verstanden. Dies beinhaltet psychische, soziale sowie strukturelle Faktoren (DGPs, Fachgruppe Gesundheitspsychologie, 2013).

Zur Überprüfung wissenschaftlicher Theorien in Bezug auf Krankheit und Gesundheit griff die Gesundheitspsychologie auf epidemiologische Daten zurück, die durch die soziodemographischen und krankheitsbezogenen Informationen Rückschlüsse auf negative oder protektive Verhaltensweisen von Erkrankten ermöglichen. Die Identifikation von Risikoverhaltensweisen ist jedoch nicht separiert zu betrachten, sondern steht in starker Wechselwirkung mit Persönlichkeitseinflüssen, statischen und dynamischen Gesundheitsverhaltensmodellen oder der Gesundheitsförderung. Neben der langfristigen Verbesserung gesundheitsförderlicher Einstellungen und der Reduktion von Risikoverhalten beschäftigt sich die Gesundheitspsychologie zudem mit gesellschaftlichen Normen (z.B. Meinungsbildung und Aufklärung), Umweltschutz (z.B. Lärmbelastung) und Gesetzesgrundlagen (z.B. Nichtrauchergesetz). Diese Bemühungen stellen zugleich eine Schnittstelle zur ökologischen Psychologie, Gesundheitspolitik und Medizin dar (Lippke & Renneberg, 2006a).

Im Zusammenhang mit einer bestehenden Erkrankung sind besonders die Förderung der Behandlung und Rehabilitation, Genese und Krankheitsverarbeitung sowie die Identifikation von Störeinflüssen von maßgeblichem Interesse. Zudem spielt der Einfluss der Interaktion zwischen Erkrankten und Gesundheitssystem eine wichtige Rolle (DGPs, Fachgruppe Gesundheitspsychologie, 2013). Auch die hohen Latenzzeiten von Krankheiten, die Zunahme an chronischen Erkrankungen und das ansteigende durchschnittliche Lebensalter stellen die steigende Bedeutung von gesundheitspsychologischen Themen heraus. Die Suche nach persönlichen und gesellschaftlichen Ressourcen, aber auch das Aufdecken von Barrieren innerhalb der Gesundheitspolitik, kann positiven Einfluss auf gesundheitsschädliches Verhalten und den Krankheitsverlauf haben. Die Auswirkungen von subjektiven Krankheitskonzepten und dyadischem Coping im Rahmen der Krankheitsverarbeitung sowie die Folgen einer Krankheit für das soziale System und die Familie einer erkrankten Person sind nur einige Themen gesundheitspsychologischer Forschung. Zusammenfassend ist das Ziel der Gesundheitspsychologie, „[...] gesichertes Wissen über Mechanismen und Prozesse der Gesundheitsverhaltensänderung und der Bewältigung von Krankheiten und Stress zu erhalten sowie effektive Strategien und wirksame Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu entwickeln bzw. zu identifizieren.“ (Lippke & Renneberg, 2006a, S.4).

4. Moduleinheiten

In den folgenden Kapiteln werden ausgewählten Themen und Konstrukte der Gesundheitspsychologie vorgestellt und für ein hochschuldidaktisches Lehrformat vorbereitet. Die Auswahl der Inhalte erfolgte nach den Kriterien der Aktualität und Relevanz für ein klinisch- und rehabilitationspsychologisches Arbeitsfeld. Die elf Seminareinheiten beinhalten hierbei sowohl grundlegende Anteile zur Wiederholung und Festigung vorangegangenen Wissens aus dem Bereich der Gesundheitspsychologie als auch vertiefende Fokussierungen, die vor allem vor dem Hintergrund der Rehabilitationspsychologie diskutiert und verortet werden können. Die Studierenden sollen die Kompetenz erlangen, die Gesundheitspsychologie sowie deren Möglichkeiten und Grenzen für die psychologische Praxis zu erfassen und kritisch reflektieren zu können.

4.1 Der „Sense of Coherence“ und dessen Einfluss auf den Studienbeginn

Den „Sense of Coherence“ (SOC) beschreibt Antonovsky als eine Grundhaltung einer Person gegenüber sich selbst, seinem Leben und der Außenwelt (Bengel et al. 2001). Zusätzlich erläutert Antonovsky (1993), dass die Gesundheit einer Person von äußeren Faktoren abhängig ist. Welchen Einfluss diese innere „Globale Lebensorientierung“ auf die äußeren Reize haben kann und wie diese das Stresserleben auf kognitiver, emotionaler und motivationaler Ebene beeinflussen kann, soll im folgenden Seminar näher betrachtet werden. Hierbei spielt die Art der Nutzung individueller Ressourcen eine wesentliche Rolle für die gesundheitlichen Bedrohungen und die Gesunderhaltung.

4.1.1 Das Kohärenzgefühl nach Antonovsky

Im Rahmen der Salutogenese betrachtet Antonovsky eine Vielzahl von Aspekten, welche eine Person befähigen, potenziell stressauslösende Reize zu bewältigen. Die Wahrnehmung von Stressoren wird durch eine Reihe von innerpsychischen Bewertungsmechanismen sowie dem Ausmaß an zur Verfügung stehenden Ressourcen modelliert und somit in ihrer Bedrohlichkeit abgeschwächt oder verstärkt.

Um die Summe der Überzeugungen in der Interaktion mit der Umwelt einer Person näher beschreiben zu können, definiert Antonovsky den „*Sence of Coherence*“ als „[...] a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.“ (Antonovsky, 1979, S. 10).

Die deutsche Übersetzung als *Kohärenzgefühl* ist jedoch nicht diskussionsfrei. Die englische Beschreibung betrachtet den „*Sence of Coherence*“ als globale Orientierung einer Person, welche sowohl Teile der Persönlichkeit beinhaltet als auch auf die Umwelt gerichtet ist. Die Übersetzung als *Kohärenzgefühl* lässt jedoch eine überwiegend emotionale Ausrichtung vermuten und droht dadurch das Grundkonstrukt in seiner Tragweite zu reduzieren (Faltermeier, 2000). Das Kohärenzgefühl soll auch im Deutschen als umfassendes, durchdringendes, dynamisches und andauerndes Gefühl von Vertrauen verstanden werden, welches sich auf drei wesentliche Inhalte des Kohärenzgefühls richtet. Der Teilbereich (1. Teilinhalt) der *Verstehbarkeit* beschreibt das Ausmaß einer Person, mit der sie Erfahrungen und Stimuli als kognitiv sinnhaft, geordnet, konsistent, vorhersehbar und durchschaubar wahrnimmt. Die Verstehbarkeit ist somit als kognitives Verarbeitungsmuster anzusehen, wodurch die Stimuli für die weitere Nutzung strukturiert werden. Die *Handhabbarkeit/Bewältigbarkeit* (2. Teilinhalt) umfasst den Glauben einer Person, schwierige Situationen durch die Nutzung eigener Ressourcen, fremder Unterstützung oder dem Wirken höherer Mächte bewältigen zu können. Dieser Glaube kann auch als instrumentelles Vertrauen verstanden werden und beinhaltet sowohl kognitive als auch emotionale Verarbeitungsmuster. Der Teilinhalt der *Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit* (3. Teilinhalt) wird von Antonovsky als die treibende und stärkste Kraft des Kohärenzgefühls verstanden. Das Ausmaß an Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit entscheidet darüber, ob Herausforderungen als emotional sinnvoll eingeschätzt werden und die Anstrengungen die Bemühungen wert sind. Dieser Teilinhalt wird als motivationale Komponente angesehen und dominiert die Verstehbarkeit und Handhabbarkeit. Die individuelle Ausprägung der drei Kerninhalte bildet das globale Konstrukt des Kohärenzgefühls (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

Personen, welche eine hohe Ausprägung des Kohärenzgefühls haben, sind in der Lage flexibel mit Aufgaben, Problemen und Anforderungen der eigenen Person und Umwelt umzugehen und wählen für die Bewältigung der Situation entsprechende Ressourcen (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

Andererseits haben Personen mit einer geringeren Ausprägung des Kohärenzgefühls Schwierigkeiten, die zur Verfügung stehenden Ressourcen wahrzunehmen und für sich zu nutzen. Im Umgang mit Anforderungen und Problemen zeigen sie sich starrer und weniger flexibel (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). Hierbei soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass das Kohärenzgefühl nicht mit einem Copingstil gleichzusetzen ist, sondern ein übergeordnetes Steuerelement darstellt, das den Copingstil maßgeblich beeinflusst und gemäß der situativen Anforderung auswählt (Antonovsky, 1993).

4.1.2 Entstehung und Veränderbarkeit

Die Entwicklung des Kohärenzgefühls erstreckt sich über die Kindheits- und Adoleszenzphase eines Menschen. Hierbei ist es wichtig, Kohärenz nicht auf ein Produkt der Erfahrungen des Kindes und seiner Bezugsperson zu reduzieren, sondern eine Vielzahl an kontextuellen, sozialen und kulturellen Lebensbedingungen mit zu betrachten. In der Kindheit besteht eine hohe Entscheidungsvielfalt und Flexibilität in der Ausbildung der globalen Überzeugung. Die getroffenen Entscheidungen und deren angenehmen oder unangenehmen Folgen modellieren und stabilisieren das Kohärenzgefühl im Verlauf der Jugend. Ab dem 30. Lebensjahr wird die individuelle Ausprägung als relativ stabil angesehen und unterliegt nur noch geringen Veränderungen (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

Zur Erklärung von Veränderungen können Assimilations- und Akkomodationsprozesse herangezogen werden. Die Vielzahl an Reizen aus der direkten Umwelt hat einen Einfluss auf die Einstellungen einer Person und trägt zur Prägung dieser bei. Zudem führen die Einstellungen selbst bereits zu einer Selektion von Situationen, indem bekannte und sichere Erfahrungswelten präferiert werden. Die bestehenden Einstellungen werden somit wiederholt gefestigt (Piaget, 1969). Der Gehalt der Verstehbarkeit wird hierbei durch die Erfahrung von Konsistenz und die Erkenntnis, dass Reize nicht gänzlich willkürlich und unvorhersehbar, sondern strukturierbar sind, gebildet. Die Handhabbarkeit entwickelt sich durch die Erfahrung von ausbalancierten Belastungen, welche weder unter- noch überfordernden Charakter haben. Die Sinnhaftigkeit entsteht mit dem Erleben der eigenen Handlungsmöglichkeiten. Die Person hat somit die Möglichkeit, ihre eigene Wirksamkeit zu erfahren und diese den Ressourcen entsprechend auszutesten (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

Die Ausprägung des Kohärenzgefühls ist zusätzlich von der Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsressourcen abhängig. Die Ausprägung der Ressourcen ist überdauernd und beeinflusst die Einschätzung und Wahrnehmung von Belastungen, indem sie eine Überbeziehungsweise Unterforderung kompensieren (Antonovsky, 1997). Hierunter zählen physikalische/biochemische Ressourcen, wie zum Beispiel das Immunsystem, materielle Ressourcen in Form von Geld und kognitiv/emotionale Ressourcen wie Intelligenz, Wissen oder Ich-Identität (Höfer, 2000).

Die Stärkung des Kohärenzgefühls erfolgt durch bestehende Widerstandsressourcen, wodurch eine konsistente Erfahrung, Einflussmöglichkeit und ein angemessenes Maß an Schwierigkeit ermöglicht wird (Antonovsky, 1989).

Erfahrungen mit fehlender Kontrollmöglichkeit, Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit schwächen die Ausprägung von Kohärenz hingegen. Diese schwächenden Erfahrungen sind jedoch Teil der Entwicklung und zudem für ein positives Kohärenzgefühl notwendig (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

Die gefestigte Struktur des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter ist nur durch radikale Veränderungen im Umfeld einer Person möglich. Umzüge, Jobwechsel oder Veränderungen des Beziehungsstatus machen wesentliche gravierende Anpassungen der Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten notwendig. Innerhalb der Psychotherapie ist eine Veränderung des Kohärenzgefühls nur durch langfristige therapeutische Arbeit möglich. Dies kann geschehen, wenn der Therapeut eine Person in die Lage versetzt, in ihrem Lebensbereich etwas zu identifizieren, was als kohärenzverbessernde Erfahrung bezeichnet werden kann. Eine vollständige Kohärenz innerhalb seines Lebens zu erfahren ist jedoch nicht möglich. Menschen müssen sich stets mit inkonsistenten Erfahrungen auseinandersetzen und greifen hierbei auf ihre eigenen Emotionen, interpersonelle Beziehungen, existenzielle Fragestellungen und subjektiv wichtige Handlungsschemata zurück (Antonovsky, 1997).

4.1.3 Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit

Nach Antonovsky lassen sich drei wesentliche Wirkungsmechanismen des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit beschreiben. Zum einen besteht eine direkte Auswirkung auf den Organismus. Das Ausmaß an Kohärenz kann als Filter für die Wahrnehmung und Informationsverarbeitung angesehen werden und wirkt hierbei direkt auf die Kognitionen, die einen Stressor hinsichtlich des Gefahrenpotenzials einschätzen (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

Personen, welche ein hohes Kohärenzgefühl haben, schätzen Situationen als weniger bedrohlich ein und beeinflussen somit das Ausmaß von Spannungszuständen. Zum anderen beeinflusst das Kohärenzgefühl die Auswahl und Mobilisierung vorhandener Ressourcen, wodurch eine Spannungsreduzierung und Stressminderung zum Schutz des Organismus vor Krankheit erreicht wird. Die dritte Wirkung bezieht sich auf das Gesundheitsverhalten der Person. Ein hohes Kohärenzgefühl erhöht die Wahrscheinlichkeit für präventives Copingverhalten. Dies kann in Form von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen, wie zum Beispiel gesunder Ernährung und medizinischen Voruntersuchungen oder häufigeren Arztbesuchen, ausgedrückt werden. Indirekt besteht somit eine Wirkung des Kohärenzgefühls auf den Gesundheitszustand der Person (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

4.1.4 Coping nach Antonovsky

Für die Bewältigung von Belastungen oder Anforderungen beschreibt Antonovsky einen dreistufigen Ablauf mit Feedbackschleife (Abbildung 1).

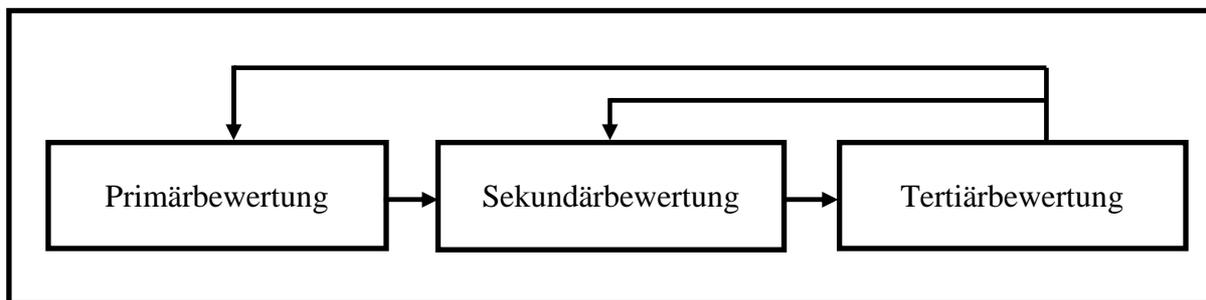


Abb. 1: Darstellung des Copingprozesses nach Antonovsky (erstellt nach Antonovsky, 1997, S. 125ff.)

Die *Primärbewertung* hat das Ziel die belastenden Reize in ihrer Qualität und Bedrohlichkeit zu erfassen. Auf dieser ersten Ebene erfolgt die Einschätzung des Stimulus danach in welchem Ausmaß er als stresshaft zu betrachten ist. Die Einschätzung als stresshaft führt zu einem Aufbau von Spannungszuständen, wohingegen eine geringere Einschätzung der Stresshaftigkeit eher durch das Vertrauen auf eigene Ressourcen gekennzeichnet ist. Daraufhin (zweite Ebene) wird die Bedrohung des eigenen Wohlbefindens eingeschätzt und unterliegt der Bewertung des Stressors als günstig, irrelevant oder bedrohlich. Die dritte Ebene erfasst die Emotionen, die mit dem Stressor einhergehen und beurteilt die daraus resultierende instrumentelle Herausforderung. Auf dieser Ebene ist der Einfluss des Kohärenzgefühls am größten. Die primäre Bewertung läuft sehr schnell und weitestgehend unbewusst ab (Antonovsky, 1979).

In der *Sekundärbewertung* erfolgt die möglichst flexible Wahl der angemessenen Copingreaktionen (instrumenteller Teil der Spannungsbewertung) anhand von zwei Komponenten. Die Bedeutungskomponente beinhaltet die Wichtigkeit des Stresszustandes und der damit verbundenen situativen Merkmale für die betroffene Person. Die Verstehbarkeitskomponente schätzt die Struktur des Stresszustandes ein und versucht die verschiedenen Einflüsse zu einem konsistenten Bild zu vereinen. Daraufhin wird die Zusammensetzung der Ressourcen für die spezielle Situation ausgewählt und umgesetzt. Die *Tertiärbewertung* funktioniert als Feedbacksystem und überprüft sowie adaptiert den Ablauf des Bewältigungsprozesses auf dem Weg erfolgreicher Bewertung. Die Veränderungen im Copingprozess werden hierbei stetig an die Primärbewertung zur Anpassung der Einschätzung des Stressors und an die Auswahl der Ressourcen (Sekundärbewertung) rückgemeldet (Antonovsky, 1979).

4.1.5 Kohärenz beim Übergang ins Studium

Welche Wirkung die Ausprägung sozialer Unterstützung auf den Umgang mit stresshaften und belastenden Situationen haben kann, soll nun am Beispiel des Studienbeginns dargestellt werden.

Born, Crackau und Thomas (2008) untersuchten den positiven Effekt des Kohärenzgefühls bei Studierenden zu Beginn des ersten Semesters. Hierbei gehen sie drei verschiedenen Fragestellungen nach. Ist eine hohe Ausprägung des Kohärenzgefühls ein positiver Prädiktor für Wohlbefinden, positive Situationseinschätzung und problemorientierte Bewältigung? Kann ein geringes Kohärenzgefühl als negativer Prädiktor für negative Situationseinschätzung und emotionsorientierte Bewältigung identifiziert werden? Ist die aktuelle Situationseinschätzung ein Prädiktor für die Bewältigungsstrategie und das Wohlbefinden (Born et al., 2008)?

Die hierfür genutzte Stichprobe wurde im Wintersemester 2004/2005 an der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg erhoben. Sie beinhaltete 157 Studierende (73 Männer) aus den Bereichen Verfahrenstechnik (N=94), Maschinenbau (N=4), Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften (N=15), Wirtschaftswissenschaften (N=37) und Informatik (N=7). Das durchschnittliche Alter betrug $m=20.28$ Jahre ($SD= 1,28$) (Born et al., 2008).

Die Datenerhebung erfolgte über die Verteilung eines Fragebogens, welcher den Studierenden in der neunten Woche des Semesters ausgehändigt wurde. Hierbei wurde der Appraisal-Fragebogen (Jerusalem, 1990) in abgewandelter Form (Bachmann et al. 1999) verwendet und wiederum nach dem Vorbild von Keller (1997) für den Studienbeginn angepasst. Die Skala der positiven Situationseinschätzung (4 Items) erfasst die Situation als Gewinn und Herausforderung, wohingegen die Skala der negativen Situationseinschätzung (4 Items) Verlust und Bedrohung misst. Der Fragebogen zu problem- und emotionsorientierter Bewältigung von Jerusalem (1990) erfasste wiederum in der adaptierten Version von Bachmann, Berta, Eggli und Hornung (1999) das Copingverhalten (8 Items) der Studierenden. Der Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden (MFHW) (Basler, Herda & Schafenstein, 2003) dient der Erhebung des Wohlbefindens der vergangenen 14 Tage vor der Testung und nutzt hierfür 7 Items. Diese drei Fragebögen greifen auf ein vierstufiges Antwortformat (Likert-Skala) zurück. Abschließend wurde das Kohärenzgefühl mittels der SOC-Skalen (Antonovsky, 1997) in der deutschen modifizierten und normierten Version von Schumacher, Gunzelmann und Bräher (2000) erhoben. Die 29 Items erfassen die Art, den Ursprung, die Zeit der Stimuli sowie die an eine Person gestellten Anforderungen (Born et al., 2008).

Die erste Analyse diente der faktorenanalytischen Überprüfung der SOC-Skala. Die drei Hauptfaktoren Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit konnten hierbei nicht bestätigt werden. Vielmehr zeigt sich durch eine Hauptachsen-Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation eine neunfaktorielle Lösung nach dem Kaiser-Kriterium, welche 64,7% der Varianzaufklärung nicht theorieentsprechend zuordnen konnten. Nach den Empfehlungen von Rimann und Udris (1998) wurde eine Einfaktorlösung umgesetzt, welche das Konstrukt als „globale Orientierung“ auf einer Skala erfasste. Die Kontrolle der internen Konsistenz führte zu einer Reduktion der Items auf 12 (Trennschärfe $<.30$) (Born, Crackau & Thomas, 2008).

Diese wurden für die weiteren Berechnungen genutzt. Die weiterführenden Analysen untersuchten mittels multipler Regressionen die signifikanten Prädiktoren für Kohärenz, Wohlbefinden, emotions- bzw. problemorientierte Bewältigung und negative bzw. positive Situationseinschätzung (Born et al., 2008).

Die Ergebnisse berichten über signifikante Prädiktoren für vier der untersuchten Konstrukte. Die Abbildung 2 fasst die Ergebnisse zusammen. Zur Vorhersage des Wohlbefindens zeigte sich das Kohärenzgefühl als positiver Prädiktor ($\beta=.44$, $p<.05$), sowie die negative Situationseinschätzung ($\beta=-.34$, $p<.05$) als negativer Prädiktor und konnten gemeinsam 61% der Gesamtvarianz aufklären (Born et al., 2008).

Für die problemorientierte Bewältigung stellten sich das Kohärenzgefühl ($\beta=.58$, $p<.05$) und die negative Situationseinschätzung ($\beta=.25$, $p<.05$) als positive signifikante Prädiktoren heraus. Diese konnten 34% der Gesamtvarianz darstellen (Born et al., 2008).

In Bezug auf die emotionale Bewältigung konnten wiederum zwei signifikante Prädiktoren identifiziert werden. Wiederholt zeigten sich hier die negative Situationseinschätzung ($\beta=.29$, $p<.05$) als positiver Prädiktor, wohingegen das Kohärenzgefühl ($\beta=-.31$, $p<.05$) als negativer Prädiktor für die emotionale Bewältigung beschrieben werden konnte. 44% der Gesamtvarianz der emotionalen Bewältigung kann durch die Prädiktoren aufgeklärt werden. Für die negative Situationseinschätzung zeigte sich die positive Situationseinschätzung ($\beta=.61$, $p<.05$; $R^2=.67$) als signifikant positiver und die Kohärenz ($\beta=-.24$, $p<.05$; $R^2=.06$) als signifikant negativer Prädiktor (Born et al., 2008).

Zusammenfassend konnte belegt werden, dass Studierende mit einem höheren Kohärenzgefühl dazu neigen, die Situation als positiv und herausfordernd anzunehmen, mehr problemorientiertes Coping zu nutzen und ein höheres Wohlbefinden aufzuweisen. Im Gegensatz dazu schätzen Studierende mit geringerem Kohärenzgefühl die Situation eher als verlustbringend und bedrohend ein, nutzen mehr emotionsorientiertes Coping und verfügen über ein geringeres Wohlbefinden (Born et al., 2008).

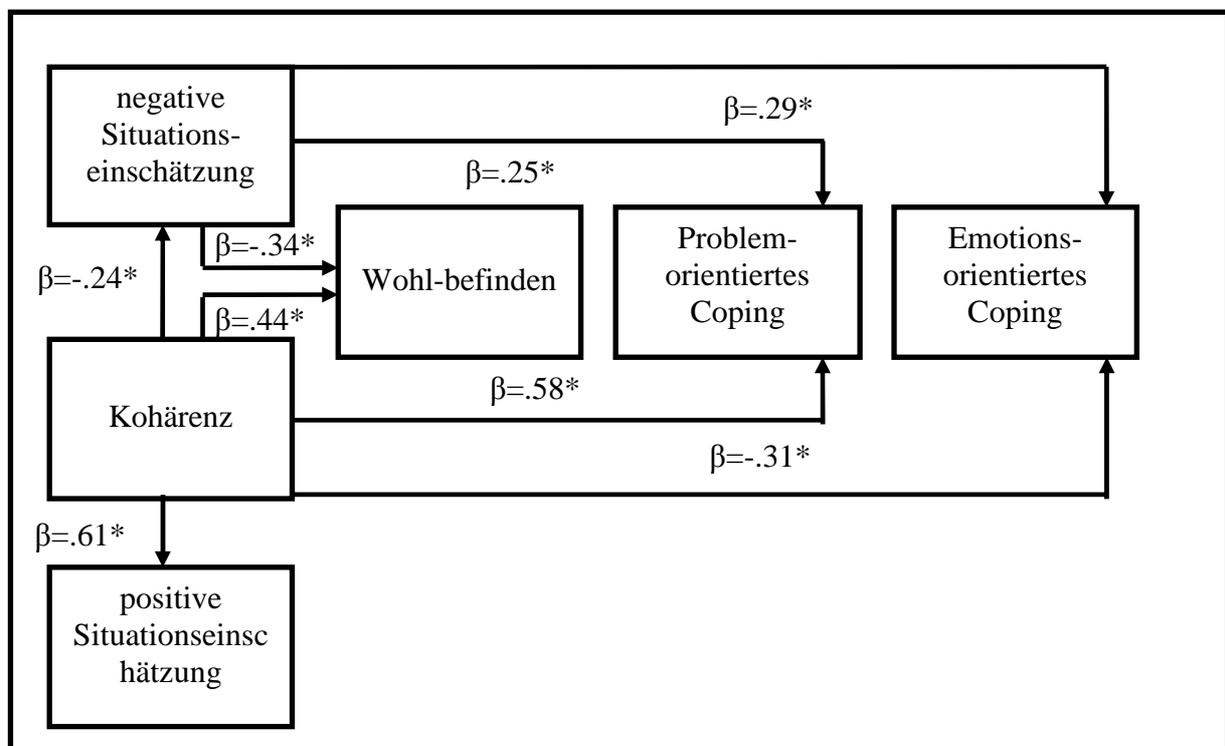


Abb. 2: Darstellung der signifikanten Prädiktoren des Kohärenzgefühls bei dem Übergang ins Studium; Signifikanzen: *= $<.05$, **= $<.01$, ***= $<.001$ (erstellt nach Born et al., 2008, S. 56ff.)

4.2 Selbstwirksamkeitserwartung

Das Konzept Selbstwirksamkeitserwartung ist ein weitverbreitetes Konstrukt, dem bis zum heutigen Zeitpunkt eine Vielzahl von Untersuchungen und theoretischen Überlegungen aus den Bereichen der Pädagogik und Psychologie gewidmet wird. Neben einleitenden Überlegungen zur Relevanz und Definitionsmöglichkeit sollen zwei der wesentlichen Theorien innerhalb der Veranstaltung gewürdigt werden. Anhand einiger aktueller Untersuchungen wird anschließend die Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung innerhalb der Gesundheitspsychologie und die Vielseitigkeit der Anwendung herausgestellt.

4.2.1 Definition und Abgrenzung

Ein klares Verständnis der Selbstwirksamkeit gestaltet sich als grundlegend schwierig, da innerhalb der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im Verlauf der vergangenen Jahre eine Vielzahl an synonym verwendbaren Begrifflichkeiten vorzufinden ist. So nutzt Albert Bandura zum Beispiel in seinen Forschungen (1997) die Begrifflichkeiten Selbstwirksamkeit, Selbstwirksamkeitserwartung oder auch Leistungseffizienz-Erwartung. Auch Schwarzer nennt in seinen Schriften (2002; 1994; 1992) die Bezeichnung Selbstwirksamkeitserwartung und erweitert die Varianz um die Bezeichnungen Kompetenzerwartung, Optimistische Selbstüberzeugung und Self-efficacy expectancies. Eine weitere Begrifflichkeit nutzt die Bezeichnung Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Glier et al., 1994).

Schwarzer definiert die Selbstwirksamkeit als „[...] die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können.“ (Schwarzer, 2002, S. 521). Eine etwas differenziertere Definition lässt sich bei Mielke (1984) finden. Er betrachtet die eigenen Erfahrungen und das eigene Verhalten als Kernelemente:

„Selbstwirksamkeitserwartungen sind ein Indikator für die Schlussfolgerungen, die die Person aufgrund der Erfahrungen mit der Ausführung bestimmter Verhaltensweisen für das Ausführen dieser Verhaltensweisen in zukünftigen Situationen zieht.“ (Mielke, 1984, S. 129) Die erste Erwähnung des Begriffes entspringt der Lerntheorie von Bandura (1977) und beschreibt Selbstwirksamkeit als „[...] the conviction, that one can successfully execute the behavior required to produce the outcomes.“ (Bandura, 1977, S. 32).

Von ihm stammt auch die grundlegende Aufteilung der Inhalte von Selbstwirksamkeit, wobei ein erwünschtes Ergebnis mit Hilfe individueller Überzeugungen und einem entsprechenden Verhalten erreicht wird. Die hierfür notwendigen kognitiven motivationalen Prozesse benennt er als Selbstwirksamkeitserwartung und Konsequenzerwartung und ordnet sie innerhalb eines Schemas (Abbildung 3) (Bandura, 1977).

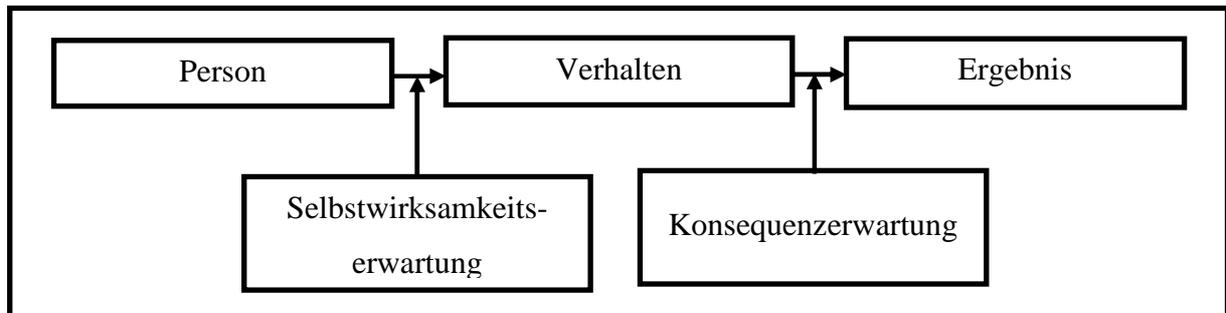


Abb. 3: Differenzierung von Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung (entnommen und adaptiert nach Bandura, 1997, S. 86)

Die Konsequenzerwartung beschreibt, wie sicher eine Person glaubt, ein bestimmtes Ergebnis auf ein spezielles Verhalten hin erwarten zu können. Zudem lässt sich anhand der Selbstwirksamkeitserwartung beschreiben, wie überzeugt die Person von der Möglichkeit der Umsetzung ist (Herkner, 1991).

Stadler (1985) nutzte die beiden Erwartungstypen und setzte sie in der Form eines Erwartungsquadrates in Beziehung. Hierbei ergeben sich vier Kombinationstypen, welche die unterschiedliche Wahrscheinlichkeit beschreiben, dass das gewünschte Ergebnis erreicht wird. Der erste Typ (*universelle Hilflosigkeit*) ist durch eine geringe Ausprägung von Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartung gekennzeichnet. Die Person glaubt demzufolge weder daran, die Kompetenzen zu besitzen und umsetzen zu können, noch daran, dass eine Umsetzung zielführend wäre. Der zweite Typ (*persönliche Inkompetenz*) zieht ein zielführendes Verhalten in Betracht (hohe Konsequenzerwartung), glaubt aber nicht an die Kompetenz zur Durchführung (geringe Selbstwirksamkeitserwartung). Ein dritter Typ wird als *relative Wirkungslosigkeit* beschrieben und zeichnet sich durch eine geringe Konsequenzerwartung und hohe Selbstwirksamkeitserwartung aus. Die Person nimmt sich als wirksam wahr, bezweifelt aber den Erfolg des Verhaltens. Der letzte Typ zeigt in beiden Dimensionen (Selbstwirksamkeitserwartung, Kompetenzerwartung) eine hohe Ausprägung und erwartet daher, dass er sowohl in der Lage ist, ein Verhalten umzusetzen, als auch, dass dieses zielführend ist. Dieser Typ wird als „intrinsisch motiviert“ beschrieben und ihm wird weiterhin ein Flowerleben zugeschrieben (Stadler, 1985).

Neben der Differenzierung der beiden Erwartungstypen lässt sich der Begriff Selbstwirksamkeit ebenso noch einmal unterteilen. Bandura (1997) etablierte eine Unterteilung in drei Gültigkeitsbereiche. Die *allgemeine Selbstwirksamkeit* bezieht sich auf die übergeordnete Überzeugung, die meisten Situationen und Probleme durch eigene Ressourcen und Kompetenzen meistern zu können. Die *bereichsspezifische Selbstwirksamkeit* bezieht sich dahingegen auf eine Gruppierung von Situationen, wie zum Beispiel den Bereich der Sportlichkeit. Die *situationsspezifische Selbstwirksamkeit* fokussiert einzelne Verhaltensabläufe (Bandura, 1997).

Eine weitere Differenzierung unterteilt die Selbstwirksamkeit in *individuelle Selbstwirksamkeit* und *kollektive Selbstwirksamkeit*. Im Gegensatz zu der individuellen ist die kollektive Selbstwirksamkeit nicht nur die Einschätzung der eigenen Wirkungsmöglichkeit, sondern auch die Betrachtung der ganzen Gruppe. Hierbei spielt die Kombination und Koordination der individuellen Selbstwirksamkeiten eine wesentliche Rolle für die kollektive Selbstwirksamkeit (Zaccaro et al., 1995).

Grundlegend wird die Wirkung von Selbstwirksamkeit in vielen verschiedenen Bereichen beschrieben. So gehen zum Beispiel Bengle et al. (2001) davon aus, dass die Selbstwirksamkeit einen positiven Effekt auf die Bewertung von Krisen, die Verhaltensänderung, die Auswahl von Bewältigungsstrategien und das Gesundheitsverhalten hat. Des Weiteren werden Wirkungen auf die Ausdauer und die Bemühungen in Problemsituationen beschrieben (Bandura & Adams, 1977). Im negativen emotionalen Bereich wird die Verletzlichkeit bei Stress, Depressionen, Gefahr und Leid durch die Selbstwirksamkeit beeinflusst (Bandura, 1997). Auch das Selbstmanagement ist in der Umsetzung, Entscheidungsfindung und Motivation beeinflusst (Bandura et al., 2003).

4.2.2 Verortung des Konstrukts nach Bandura

Die Entwicklung der Selbstwirksamkeit wurde von Bandura (1977) im Rahmen seiner *sozialkognitiven Theorie* ausgebaut und soll keine reine passive Vorhersage, sondern eine aktive Beeinflussung bewirken. Demnach ist eine Person in ihrem Gesundheitsverhalten umso motivierter, je stärker sie an ihre Handlungsmöglichkeiten glaubt. Hierbei wird jedoch vorausgesetzt, dass die Person Kenntnis über ihre Fertigkeiten besitzt (Bandura, 1977).

Aus welchen Bestandteilen Selbstwirksamkeitserwartung gebildet wird und welche Wege für die Verhaltensregulation genutzt werden, ist in Abbildung 4 dargestellt.

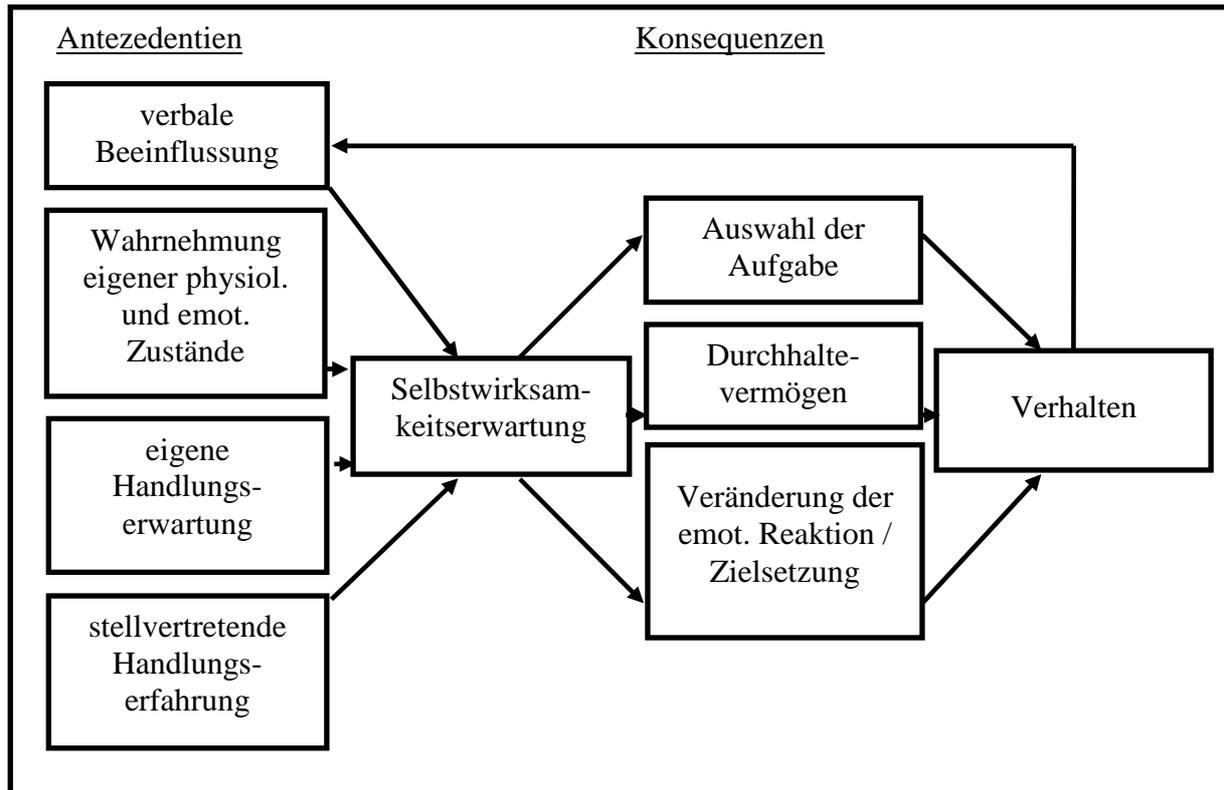


Abb. 4: Quellen und Wege der Verhaltensregulation (entnommen aus und adaptiert nach Berry & West, 1993, S.354)

Anhand des Modells zeigt sich, dass Selbstwirksamkeit durch vier Ursachen gebildet wird. Den stärksten Einfluss hat die *eigene Handlungserfahrung*. Zudem tragen Modellernen (*stellvertretende Handlungserfahrung*) sowie *verbale Beeinflussung* und die eigene *Wahrnehmung von emotionalen und physiologischen Zuständen* zur Ausbildung der Selbstwirksamkeitserwartung bei. Die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst wiederum die motivationale Komponente zur *Auswahl der Aufgabe* und die volitionalen Komponenten (*Durchhaltevermögen und Veränderungen der emotionalen Reaktion bzw. Zielsetzung*). Hierbei entsteht ein Rückkopplungsprozess, welcher das Erleben des umgesetzten Verhaltens wiederum als Lernerfahrung der eigenen Handlungserwartung zuführt (Bandura 1977; Berry & West, 1993).

Die Selbstwirksamkeit lässt sich nach Bandura anhand der individuellen Ausprägung von drei Eigenschaften beschreiben. Hierzu gehört die Stärke der eigenen Effizienzerwartung (Gewissheit; *strength*), die Situationspezifität (Allgemeinheit; *generality*) sowie die Schwierigkeit der zu bewältigenden Aufgabe (Niveau; *magnitude*) (Schwarzer, 1992).

Diese Art der Beschreibung ist Grundlage der Diagnostik der Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer, 1992).

Im Rahmen der sozialkognitiven Theorie wird die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserwartung, Ergebniserwartung, Zielsetzung und soziale Unterstützung als Basis für die Verhaltensänderung angesehen und in Beziehung gesetzt (Abbildung 5).

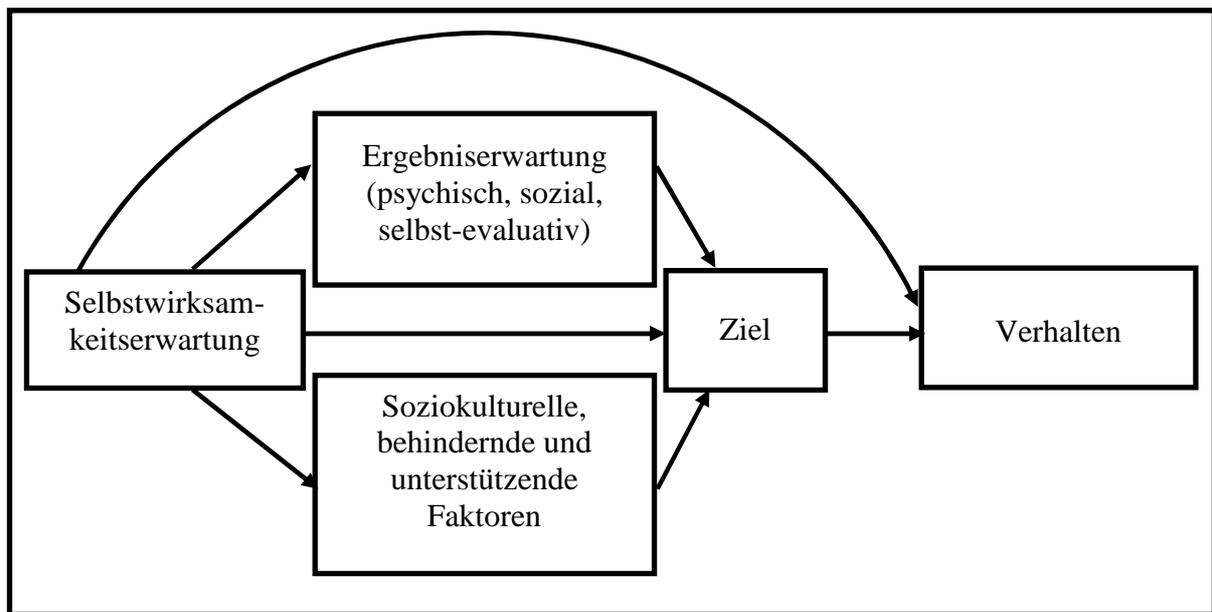


Abb. 5: Sozialkognitive Theorie nach Bandura (entnommen und adaptiert nach Bandura, 2004, S.146)

Innerhalb der Theorie spielt die Selbstwirksamkeitserwartung die zentrale Rolle, sie ist maßgeblich an der Verhaltensänderung beteiligt. Sie hat einen Einfluss auf die Auswahl der Ziele, die Ausprägung von Ergebniserwartung/ Konsequenzerwartung und der Nutzung von sozialen Ressourcen. Zudem wirkt sie direkt auf die Umsetzung und Aufrechterhaltung des Verhaltens. Ergebniserwartungen beruhen hierbei immer auf verschiedenen psychischen, sozialen und selbst-evaluativen Komponenten. Die Auswahl der Ziele kann in kurz- oder langfristig unterteilt werden. Um ein Verhalten zu ändern, ist somit ein ausreichendes Maß Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung unter der Berücksichtigung der soziokulturellen Einflüsse notwendig (Bandura, 2004).

4.2.3 Verortung des Konstrukts nach Schwarzer

Schwarzer greift die Gedanken und Modelle von Bandura auf und beschreibt Selbstwirksamkeit in einer dispositionellen Form zur Handlungsvorhersage (Schwarzer, 1979). „Die generelle Selbstwirksamkeitserwartung ist eine stabile Persönlichkeitsdimension, die die subjektiven Überzeugungen zum Ausdruck bringt, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können.“ (Schwarzer, 1994, S. 105)

Die Beschreibung und Differenzierung von Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartung nach Bandura erweiterte Schwarzer (1996) um eine dritte Kraft zum Erwartungs-Wert-Modell (Abbildung 6).

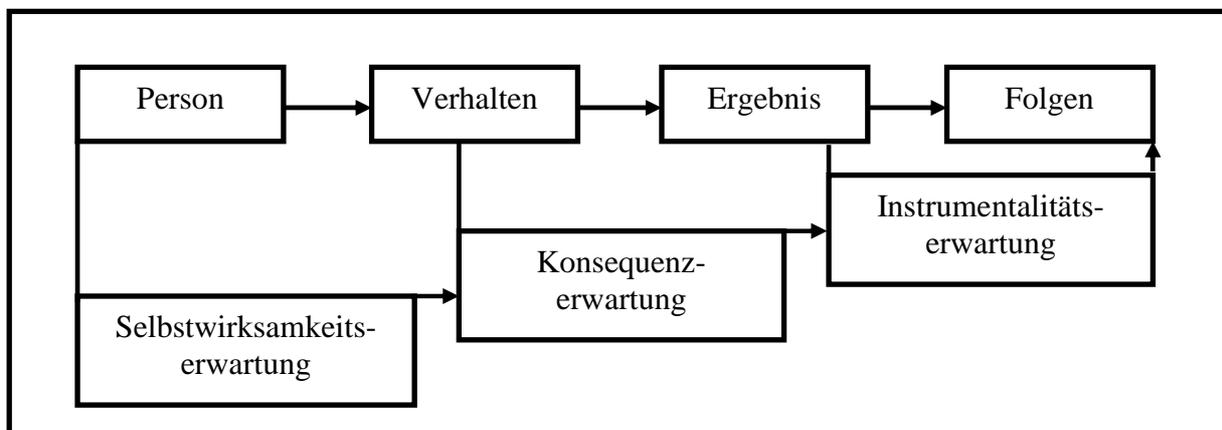


Abb. 6: Erwartungs-Wert-Modell (entnommen aus Schwarzer, 1996, S. 13)

Die Veränderung ist nicht nur darin zu sehen, dass Schwarzer an das Ergebnis eine weitere Instanz anschließt, welche die Folgen des Handlungsergebnisses berücksichtigt. Die zweite Neuheit beruht auf der Etablierung einer dritten Erwartungshaltung (Instrumentalitätserwartung), die die Intentionalität einer Handlung fokussiert. Zur Erklärung ordnet Schwarzer die Erwartungshaltungen in hierarchischer Form. Die Basis stellt hierbei die *Instrumentalitätserwartung* dar, auf deren Grundlage eine Verhaltensänderung und der Glaube an eine angenehme Folge auf ein umgesetztes Ergebnis basiert. Darauf baut die Konsequenzerwartung mit der eigenen Einschätzung einer erfolgreichen Verhaltensumsetzung auf. Die Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt weiterhin die Überzeugung, durch eigene Fähigkeiten und Kompetenzen wirksam handeln zu können (Schwarzer, 1996).

Auch innerhalb des *Health Action Process Approach*-Modells wird die Bedeutung der Selbstwirksamkeit unterstrichen. Das Modell beinhaltet sowohl den motivationalen als auch den volitionalen Bereich und ist aufgrund der Kombination von Linearen- und Stadienannahmen als Hybridmodell zu betrachten (Schwarzer, 2004). Die differenzierteren Annahmen sind in Abbildung 7 zusammengefasst.

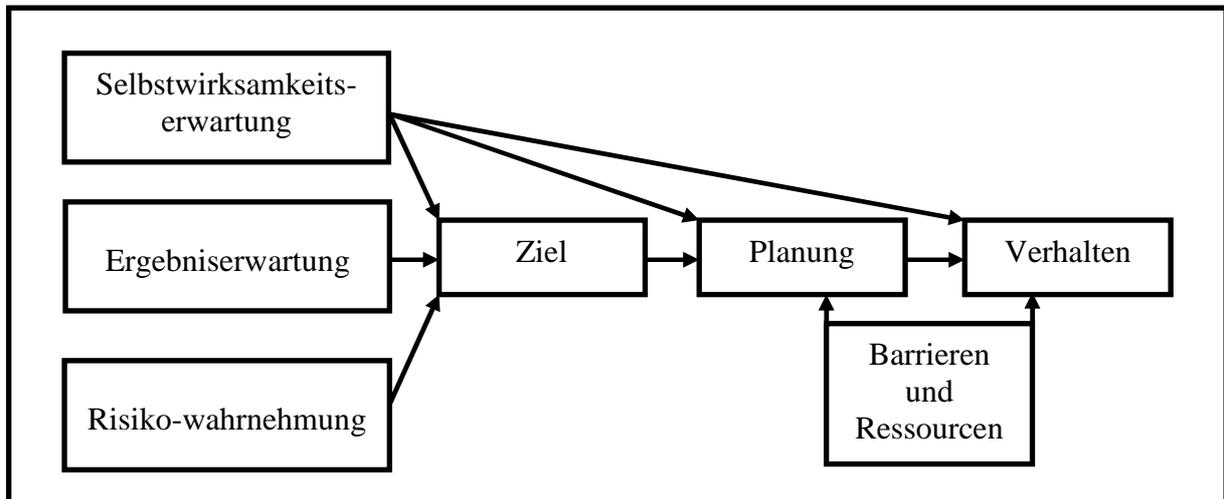


Abb. 7: HAPA-Modell (entnommen aus Schwarzer, 2004, S. 91)

Die motivationale Komponente gilt für die Phase der Zielfindung, welche auch als *non-Intender* anzusehen ist. Auf die Zielfindungen wirken Risikowahrnehmung, Ergebniserwartung und Selbstwirksamkeitserwartung. In der nächsten Phase (*intender*) erfolgt die Planung und beginnt die volitionale Komponente. Die dritte Phase (*aktiver*) ist durch die Umsetzung der Handlungsplanung gekennzeichnet und steht unter ständiger Handlungsausführungskontrolle. Die Handlung soll mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Ressourcen optimiert beziehungsweise gegen Störeinflüsse abgeschirmt werden. Unterstützend spielt für jede Phase die Selbstwirksamkeit eine wesentliche Rolle (Zielfindung, Planung, Umsetzung und Aufrechterhaltung). Eine letzte Phase beschreibt die postaktionale Phase zur Zielentbindung, welche in Bezug auf das Gesundheitsverhalten nicht wünschenswert ist (Schwarzer, 2004).

4.2.4 Bedeutung der Selbstwirksamkeit in aktuellen Studien

Die Vielfalt an Publikationen für den Bereich der Selbstwirksamkeit lässt sich grob in zwei wesentliche Bereiche unterteilen.

Die Studien im Bereich Selbstwirksamkeit und Krankheit konzentrieren sich auf die Erforschung von Zusammenhängen zwischen Selbstwirksamkeit und dem Krankheitsgeschehen sowie psychologischer und sozialer Bezüge. Zur exemplarischen Darstellung wird hier die Diagnose Brustkrebs herangezogen. Northouse, Kershaw, Schafenacker, Mellon, Walker et al. (2002) konnten in diesem Zusammenhang nachweisen, dass Brustkrebspatientinnen mit hoher Selbstwirksamkeit eine höhere Lebenszufriedenheit aufzeigten und hoffnungsvoller an ihre Erkrankung herantraten. Eine weitere Untersuchung betrachtet das Maß an Selbstwirksamkeit im Verlauf des Rehabilitationsprozesses (12 Monate Längsschnitt). Hierbei zeigten die Personen mit hoher Selbstwirksamkeit ein höheres emotionales Wohlbefinden und aktivere Bewältigungsversuche als die Brustkrebspatientinnen mit geringerer Selbstwirksamkeit (Rottmann et al., 2010). Ähnliche Untersuchungen existieren für eine Vielzahl weiterer Diagnosen, wie beispielsweise Schmerz (Brister, Turner, Aaron, & Mancl, 2007), HIV-Infektionen (Peltzer, 2002), Alkoholabhängigkeit (Engels et al., 2005) oder Depression (Brody, Roch-Levecq, Kaplan, Moutier, & Brown, 2006).

Der Bereich Selbstwirksamkeit und Gesundheit befasst sich hingegen mit der Erforschung von Zusammenhängen zwischen Selbstwirksamkeit und bestehender Gesundheit sowie deren Erhalt und Förderung von Gesundheitsverhalten. Der Einfluss von Selbstwirksamkeit auf die Umsetzung des Gesundheitsverhaltens ist zum Beispiel bei Rimal (2000) beschrieben. Innerhalb einer umfassenden Quer- und Längsschnittstudie wurden die Variablen Wissen über gesunde Ernährung, Selbstwirksamkeit und Umsetzung von gesunder Ernährung erforscht. Die Ergebnisse zeigten, dass die Gruppe von Personen mit hoher Selbstwirksamkeit einen stärkeren Zusammenhang zwischen dem Wissen um die gesunde Ernährung und deren Umsetzung hatte. Dieser Zusammenhang variierte zudem mit einer Zu- bzw. Abnahme der Selbstwirksamkeit. Des Weiteren kann die Selbstwirksamkeit bei der Gewichtsreduktion mit Hilfe verschiedener Interventionen (Verstärkung, Ermutigung, psychologisches Feedback) gesteigert werden. Diese Steigerung zeigte wiederum einen Zusammenhang zur Gewichtsreduktion innerhalb der Längsschnittstudie von Warziski, Sereika, Styn, Music & Burke, 2008). In Bezug auf die Gesundheit werden den Untersuchungen aus dem pädagogischen Bereich besonderen Wert zugemessen. Diese zeigten, dass das Lehrpersonal mit hoher Ausprägung an Selbstwirksamkeit geringere biologische Belastungen, optimistischere Einstellungen und einen besseren Umgang in Krisensituationen (Schwerdtfeger, Konermann & Schönhofen, 2008) aufweist. Diese Einflüsse von Selbstwirksamkeit innerhalb der Lehre und Bildung soll innerhalb des folgenden Seminars noch gesondert beleuchtet werden.

4.3 Selbstwirksamkeitserwartung II - berufsbezogene Selbstwirksamkeit am Beispiel der Lehrtätigkeit

Innerhalb der Veranstaltung wird das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1977) spezialisiert und auf die Berufsgruppe von Lehrern und Lehrerinnen angewendet. Grundlage hierfür ist das Verständnis der bereichsspezifischen Selbstwirksamkeit. (Bandura, 1997). Hierdurch ist die Annahme variierender Ausprägungen der Selbstwirksamkeit zwischen Privatleben und dem beruflichen Kontext für die wissenschaftliche Forschung eröffnet. Anhand der beiden gewählten Studien sollen die Unterschiede der Selbstwirksamkeit in diesen Bereichen herausgestellt und Einflüsse auf die Gesundheit aufgezeigt werden.

4.3.1 Relevanz für die Lehrtätigkeit

Der Beruf des Lehrers bzw. der Lehrerin ist von einer Vielzahl spezieller Belastungen gekennzeichnet. In diesem Rahmen ist die Berufsgruppe täglich intensiven kognitiven und emotionalen Auseinandersetzungen ausgesetzt, welche nur schwer am Ende eines Arbeitstages abgelegt werden können. Besonders herausfordernd ist die hohe Verantwortung für die Schüler und die Notwendigkeit einer kontinuierlichen sozialen Anpassungsleistung (Schaarschmidt, 2010). Lehrende beschreiben das Verhalten schwieriger Schüler, großer Klassen und das hohe Stundenkontingent als zusätzliche wesentliche Belastungen. Die hieraus resultierenden Folgen für das psychische Wohlbefinden und die Gesundheit sind erheblich. Viel Lehrende leiden unter psychischen Beschwerden, wie depressiver Verstimmung oder Burnoutsymptomatik. Ebenso treten körperliche Beeinträchtigungen, wie Müdigkeit, Schmerzen, Herz-Kreislauf- und Magen-Darm-Beschwerden häufig auf (Schaarschmidt & Kieschke, 2007). Nach Schaarschmidt (2004) erreichten krankheitsbedingt nur 72% der Lehrenden in Deutschland ihr reguläres Rentenalter.

Nach Bandura (1982) ist Selbstwirksamkeit ein wesentliches Kriterium zur Modulation des Belastungserlebens. Personen mit hoher Selbstwirksamkeit verfolgen ihre Ziele, trotz der Wahrnehmung von Belastungen, zielstrebig und kontinuierlich. Die Wahrnehmung von Stress, negativen Emotionen und Versagen schädigt jedoch die Selbstwirksamkeit der Person und führt dazu, dass kommende Herausforderungen gar nicht erst angenommen werden (Wolf, 2010).

4.3.2 Individuelle und kollektive Selbstwirksamkeit bei Lehrenden

Zur Erfassung der Selbstwirksamkeit von Lehrenden wurde im Zeitraum von 1996-1999 eine ein bundesweiter Modellversuch im *Verbund Selbstwirksamer Schulen* umgesetzt. Hierbei wurden 10 Schulen aller Schulformen zu vier Messzeitpunkten durch Fragebögen zu individueller und kollektiver Selbstwirksamkeit sowie außerschulischem Engagement befragt. Die Stichproben wurden nach dem Alter in vier Gruppen ((1) 21-30Jahre; (2) 31-40 Jahre, (3) 41-50 Jahre; (4) 51-60 Jahre) unterteilt. Eine genauere deskriptive Beschreibung ist in Tabelle 1 dargestellt (Schwarzer & Schmitz, 1999a).

	T1	T2	T3	T4
N	N= 270	N=261	N=290	N=290
Alter	M=2.77	M=2.82	N=2.87	N=2.87
	SD= .87	SD= .87	SD=.91	SD=.91
Geschlecht	41% männlich	39% männlich	41% männlich	41% männlich
	55% weiblich	59% weiblich	55% weiblich	55% weiblich

Tab 1.: deskriptive Stichprobenbeschreibung der Selbstwirksamkeitserfassung von Lehrenden (erstellt nach Schwarzer & Schmitz, 1999a)

Im Rahmen dieser Stichprobe wurde die *Deutsche Lehrer-Selbstwirksamkeitsskala* (WIRKLEHR) zur Erfassung der individuellen Selbstwirksamkeit von Lehrenden innerhalb des beruflichen Kontextes erstellt und evaluiert. Die Skala umfasst 10 Items aus den Bereichen allgemeine berufliche Leistung, berufsbezogene soziale Interaktion, Umgang mit Stress und Emotionen sowie spezifische Selbstwirksamkeit und innovatives Handeln. Für das Antwortformat wurde eine vierstufige Likertskala gewählt. Das psychometrische Gütekriterium der internen Konsistenz variierte zu den vier Messzeitpunkten zwischen $\alpha=.76$ - $\alpha=.82$ und bewies damit Homogenität und Zuverlässigkeit. Die Retest-Reliabilität betrug für das erste Jahr $r_{12}=.67$, $r_{23}=.76$ und $r_{82}=.78$, für das zweite Jahr $r_{13}=.65$ und das dritte Jahr $r_{14}=.61$. Hierdurch wird die Stabilität des Messinstrumentes zusätzlich unterstrichen (Schwarzer & Schmitz, 1999a).

Ein weiteres, neu etabliertes Erhebungsinstrument ist die *kollektive Selbstwirksamkeitserwartung* (WIRK_KOLO). Diese dient der Erhebung der individuellen Wahrnehmung über die Selbstwirksamkeit aus der Gruppenperspektive und beinhaltet 12 Items mit vierstufigem Antwortformat (Schwarzer & Schmitz, 1999b).

Diese wurde erstmalig zum zweiten Messzeitpunkt eingesetzt. Die interne Konsistenz zeige Werte zwischen $\alpha=.90$ und $\alpha=.92$, so dass eine homogene und zuverlässige Messung angenommen werden kann. Die Retest-Reliabilität betrug nach ein- bis zwei Jahren $r_{23}=.77$; $r_{34}=.74$ und $r_{24}=.66$ und belegt damit die Stabilität der Messung (Schwarzer & Schmitz, 1999b). Zu den beschriebenen Skalen wurde neben den epidemiologischen Daten noch die Zeit in „Unterrichtsstunden“ (45 Minuten) erfasst, die die Lehrer in der Freizeit mit den Eltern und Schülern verbrachten (Schmitz & Schwarzer, 2002). Auf der Basis dieser Messinstrumente standen zwei Hauptfragestellungen im Fokus. Im ersten Teil der Untersuchung wird mittels einfaktorieller Varianzanalysen und Pearson Korrelation die Fragestellung beantwortet, in wie weit das Maß der Selbstwirksamkeit der Lehrpersonen die Anzahl außerschulischer Zusatzstunden vorhersagt. Hierfür diente die Erfassung der Selbstwirksamkeit zu den Erhebungszeitpunkt T2 und T3 und die Anzahl der Zusatzstunden aus T3 und T4. Der zweite Teil der Studie untersucht mittels einer Zweiwegevarianzanalyse (Faktoren: Ost, West), ob sich die Ausprägung der individuellen und kollektiven Selbstwirksamkeitserwartung in den alten beziehungsweise neuen Bundesländern dominant unterscheidet. Des Weiteren wurden die Faktoren Schule und Zeit durch Varianzanalysen mit Messwiederholung betrachtet (Schmitz & Schwarzer, 2002).

Die Ergebnisse zeigen eine schwach signifikante Korrelation zwischen der Selbstwirksamkeit und der Anzahl der Zusatzstunden des Folgejahres (T3: $r_{23} = .25$ ($p<.01$); T4: $r_{34} = .20$ ($p<.01$)). Zur Berechnung der einfaktoriellen Varianzanalyse wurden die Probanden ($n= 175$ je Messzeitpunkt) entsprechend ihrer Selbstwirksamkeit in drei Gruppen (niedrig, mittel, hoch) eingeteilt. Die Ergebnisse belegen, dass sich die drei Gruppen zu beiden Messzeitpunkten signifikant (T3: $F_{[2, 173]}=3,37$, $p=.04$; T4: $F_{[2, 169]}=5.10$, $p=<.01$) hinsichtlich der Zusatzstunden im kommenden Jahr unterschieden. Hierbei zeigten die Probanden mit der niedrigsten Selbstwirksamkeit auch die geringste durchschnittliche Anzahl Zusatzstunden (T3: 2,29; T4: 1,88 pro Woche). Durchschnittlich die meisten Zusatzstunden (T3: 3,46; T4: 3,59 pro Woche) absolvierten die Probanden mit der höchsten Selbstwirksamkeit. Die Ergebnisse belegen somit, dass Lehrende mit hoher Selbstwirksamkeit ein stärkeres außerschulisches Engagement aufweisen (Schmitz & Schwarzer, 2002).

Für den zweiten Teil der Untersuchung wurden die Werte der individuellen und kollektiven Selbstwirksamkeit zur Vergleichbarkeit z-transformiert und anschließend subtrahiert. Dies geschah für alle drei Messzeitpunkte (T2, T3, T4) separat (Schmitz & Schwarzer, 2002).

Bei der Zweiwegevarianzanalyse konnte kein signifikanter Ost-West-Effekt nachgewiesen werden. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung ließ einen grenzwertigen Haupteffekt ($F_{[9, 132]} = 1.88, p = .06, \epsilon^2 = .114$) bei dem Faktor Schule erkennen. Demnach können Schulen mit überwiegend kollektiver oder individueller Selbstwirksamkeit herausgestellt werden. Diese Ausprägung zeigte sich über den Messzeitraum von zwei Jahren überwiegend stabil (Schmitz & Schwarzer, 2002).

Für den Faktor Zeit konnte kein signifikantes Ergebnis nachgewiesen werden ($F_{[1,132]} = 1.54, p < .22$). Zusätzlich wurde mit Hilfe einer Pearson-Korrelation ein schwach negativ signifikanter Zusammenhang (T2: $r = -.18$ ($p < .05$); T3: $r = -.25$ ($p < .01$); T4: $r = -.12$ (n.s.)) zwischen der individuellen beziehungsweise kollektiven Selbstwirksamkeit und der Beschäftigungsdauer an der jeweiligen Schule nachgewiesen. Je kürzer eine Lehrperson an der Schule beschäftigt ist, umso mehr vertraut sie auf die kollegiale Selbstwirksamkeit. Im Verlauf der Beschäftigungszeit nimmt diese individuelle Selbstwirksamkeit zu (Schmitz & Schwarzer, 2002).

4.3.3 Selbstwirksamkeit als Schutzfaktor der Gesundheit Lehrender

Die Studie von Schwerdtfeger, Konermann und Schönhofen (2008) untersucht die biopsychologischen Zusammenhänge von Selbstwirksamkeit auf die Gesundheit von Lehrenden. Der Frage danach, ob Selbstwirksamkeit eine protektive Funktion auf die Gesundheit hat, wird innerhalb von zwei Teilstudien nachgegangen. Die erste Teilstudie überprüft den Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und der Herzaktivität während des Arbeitstages (Schwerdtfeger et al., 2008).

Zur Erhebung nutzten die Autoren ein Fragebogenset auf vierstufigen Likert-Skalen, dass aus der *Deutschen Lehrer-Selbstwirksamkeitsskala* (WIRKLEHR ; Schmitz & Schwarzer, 2000), einer modifizierten Kurzform des *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Enzman & Kleiber, 1998) und den „*Positive and negative affect schedule*“ (PANAS) (Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996) besteht. Des Weiteren wurden Herzrate, Herzvariabilität und Bewegungsaktivität über Beschleunigungssensoren und ein Elektrokardiogramm (EKG) erhoben und mit Hilfe eines Varioport-b aufgezeichnet (Schwerdtfeger et al., 2008).

Die Erhebung wurde morgens im Zeitraum zwischen 8:30 und 12:30 (Arbeit), nachmittags zwischen 17:00 und 19:00 Uhr (Freizeit) und nachts zwischen 1:00 und 5:00 Uhr durchgeführt. Zur Stichprobe gehörten 44 Lehrende (davon 6 Männer) im Alter zwischen 26 und 60 Jahren ($M = 43,21$; $SD = 11,44$), welche im Mittel 17,15 Jahre ($SD = 12,95$) berufstätig waren (Schwerdtfeger et al., 2008).

Die Analyse der Daten erfolgte in drei Schritten. Zuerst erfolgte durch t-Tests die Überprüfung von Unterschieden zwischen wahrgenommener Belastung und Stress während der Arbeitszeit und in der Freizeit. Des Weiteren wurden Pearson-Korrelationen und lineare Regressionen genutzt, um mögliche Zusammenhänge zwischen den psychologischen und den physiologischen Variablen zu erfassen (Schwerdtfeger et al., 2008).

Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen Arbeit und Freizeit in Bezug auf den wahrgenommenen Stress ($t(43) = 4,00$, $p < .01$), das Ausmaß an positiven Affekten ($t(43) = 3,71$, $p < .01$), der Herzrate ($t(43) = 2,41$, $p < .05$) und der Beweglichkeit ($t(43) = 4,88$, $p < .01$). Die Zusammenhangsmaße wiesen in Bezug auf die Wahrnehmung einer Burnoutsymptomatik eine mittelstarke negative Korrelation zwischen Selbstwirksamkeit und Burnout ($r = -.77$, $p < .001$) nach. Im Arbeitskontext korrelierten positive Affekte mittelstark signifikant negativ ($r = -.56$, $p < .01$) und negative Affekte schwach signifikant positiv ($r = .35$, $p < .05$) mit dem Ausmaß an Burnoutsymptomatik. In der Freizeit zeigte sich eine schwach signifikant negative Korrelation zu den positiven Affekten ($r = -.35$, $p < .05$). Darüber hinaus konnten schwache bis mittlere Korrelationen zur Selbstwirksamkeit während der Arbeitszeit nachgewiesen werden. Positive Affekte korrelierten positiv ($r = .61$, $p < .001$), negative Affekte negativ ($r = -.38$, $p < .05$) und die Herzrate positiv ($r = .37$, $p < .05$) zur Selbstwirksamkeit während der Arbeitszeit. Die Ergebnisse belegen, dass sowohl die Affekte (psychologisches Maß), aber auch die Herzrate (physiologisches Maß) in Wechselwirkung zu Selbstwirksamkeit und Burnoutgefahr stehen. Eine hohe Ausprägung an positiven Effekten und Selbstwirksamkeit kann somit als protektiver Faktor zum Schutz der Gesundheit und zum Schutz vor Burnoutsymptomatiken von Lehrenden angesehen werden (Schwerdtfeger et al., 2008).

Der zweite Teil der Studie diente der Überprüfung des morgendlichen Cortisolspiegels als Maßstab von Sympathikusstimulierung im Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeit des Lehrenden (Schwerdtfeger et al., 2008).

Die Untersuchung erfolgte wiederholt mit der Lehrer-Selbstwirksamkeitsskala von Schmitz und Schwarzer (2000) und wurde durch den Gießener Beschwerdefragebogen (GBB) von Brähler und Scheer (1995) ergänzt. Die 50 Lehrenden (davon 32 Männer) waren im Mittel 43.82 Jahre alt ($SD = 9.35$; $min = 28$; $max = 58$). Sie führten zusätzlich zu dem Ausfüllen der Fragebögen einen Speichelabstrich 0 min, 15min, 30min, 45 min nach dem Aufwachen im nüchternen Zustand durch (Schwerdtfeger et al., 2008).

Die Analyse der erhobenen Daten erfolgte mittels Spearman Korrelationen zur Erfassung des Zusammenhangs zwischen Selbstwirksamkeit und körperlichen Beschwerden (Herzbeschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, Schmerzen, Fatigue). Des Weiteren wurde die Selbstwirksamkeit und die somatischen Beschwerden in jeweils zwei Gruppen (hohe Ausprägung/ niedrige Ausprägung) unterteilt und durch MANOVs mit dem Geschlecht, der Zeit nach dem Aufstehen und dem morgendlichen Cortisolwert in Beziehung gesetzt (Schwerdtfeger et al., 2008).

Die Ergebnisse aus der Überprüfung (MANOVA) der Selbstwirksamkeit konnten signifikante Haupteffekte zu der Zeit nach dem Aufstehen (Wilks $\Lambda = .48$, $F(3,36) = 12.90$, $p < .01$, $\eta^2 = 0.52$) und der Selbstwirksamkeit ($F(1,38) = 5.96$, $p < .05$, $\eta^2 = .14$) herausstellen. Demnach stieg der Cortisolwert mit der Zeit nach Erwachen bis zu T3 (30 min) und sank danach leicht bis T4 (45 min) wieder ab, wobei Lehrende mit höherer Selbstwirksamkeit zu allen Messzeitpunkten über geringere Cortisolwerte verfügten. Bei der Überprüfung der Ergebnisse (MANOVA) der somatischen Beschwerden im Hinblick auf den Cortisolspiegel konnte ebenfalls ein signifikanter Haupteffekt zu der Zeit nach dem Aufstehen (Wilks $\Lambda = .49$, $F(3,35) = 12.13$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.51$) und den somatischen Beschwerden ($F(1,37) = 5.27$, $p < .05$, $\eta^2 = .13$) festgestellt werden. Wiederholt zeigte sich ein Anstieg der Cortisolwerte nach dem Erwachen bis T3 (30 min) mit darauffolgender geringer Absenkung zu T4 (45 min). Entsprechend dieses Verlaufes unterschieden sich die beiden Gruppen (hohe somatische Beschwerden, niedrige somatische Beschwerden) signifikant, wobei die Gruppe mit den höheren somatischen Beschwerden höhere Cortisolwerte im morgendlichen Verlauf aufzeigten. Die Spearman Korrelation zwischen den somatischen Beschwerden und der Selbstwirksamkeit konnte für die Summe der Beschwerdegruppen kein signifikantes Ergebnis nachweisen ($r = -.22$, $p = .14$). Für die somatischen Untergruppen korrelierte nur die Gruppe der Herzbeschwerden schwach negativ signifikant mit der Selbstwirksamkeit der Lehrer (Schwerdtfeger et al., 2008).

Entsprechend dieser Ergebnisse kann eine hohe Selbstwirksamkeit bei Lehrenden den morgendlichen Spiegel des Stresshormons Cortisol beeinflussen und somit auch die Gesundheit der Probanden positiv beeinflussen (Schwerdtfeger et al., 2008).

Die Grenzen der beiden Studien bestehen in der geringen Probandenzahl sowie der Vorselektion von gesunden, motivierten und engagierten Teilnehmern. Es ist zudem schwierig die Ergebnisse von ähnlichen psychosozialen Konstrukten (soziale Unterstützung, Optimismus) abzugrenzen. Durch die Erweiterung des Fragebogensets und der Messzeitpunkte auf mehrere Schultage könnte eine Längsschnittbetrachtung ermöglicht und die bestehenden Ergebnisse zusätzlich gesichert werden (Schwerdtfeger et al., 2008).

4.4 Subjektive Krankheitskonzepte am Beispiel des IPQ-R

Innerhalb dieser Veranstaltung sollen die Studierenden fundiertes Wissen über subjektive Krankheitskonzepte von Menschen, die unter einer chronischen oder akuten Krankheit leiden, erwerben. Hierbei werden die Teilaspekte von subjektiven Krankheitskonzepten beleuchtet und deren Relevanz für den Krankheitsverlauf sowie die Krankheitsverarbeitung herausgestellt. Einen besonderen Schwerpunkt stellt die Operationalisierung durch den „Illness Perception Questionnaire Revised“ (IPQ-R) Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron et al., 2002).

4.4.1 Definition subjektiver Krankheitskonzepte

Das subjektive Verständnis über eine chronische Erkrankung und die damit verbundenen Einstellungen spielt eine immer bedeutendere Rolle in der wissenschaftlichen Diskussion um chronische Krankheiten (Baumeister et al., 2008).

Subjektive Krankheitskonzepte beinhalten die „[...] Vorstellungen von Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung ihrer Erkrankungen.“ (Faller, 1997) Filipp & Aymanns (1997) definieren subjektive Krankheitskonzepte umfassender als „[...] komplexe Aggregate krankheitsbezogener Kognitionen, die in bestimmter Weise organisiert und repräsentiert sind und das Ingesamt aller Wissens- und Vorstellungsinhalte abbilden, die mit der jeweils betrachteten Erkrankung assoziiert sind.“ (1997, S. 4)

Die individuelle Beschaffenheit und Ausprägung der Krankheitskonzepte stellen eine wesentliche Variable bei der Selbstregulation sowie Adaption an die Erkrankung dar und beeinflussen das gesundheitsbezogene Handeln der betroffenen Person (Cameron & Leventhal, 2003).

Weinman, Petrie, Sharpe & Walker (2000) beschrieben den Einfluss der subjektiven Krankheitskonzepte auf die Krankheitsbewältigung und betonten, dass dieser auch auf den Partner der erkrankten Person übertragbar ist. Jedoch kann an dieser Stelle davon ausgegangen werden, dass sich Auffassungen zwischen den Personen unterscheiden können. Nach Flick (1998) ermöglichen die subjektiven Krankheitskonzepte die retrospektive Kausalattribution und Erklärung von Ereignissen, stabilisieren den Selbstwert, erleichtern die Auswahl von Handlungsalternativen und die subjektive Vorhersage des Krankheitsgeschehens.

Die Entstehung von subjektiven Krankheitstheorien basiert auf den Betrachtungen von Gesundheit und Krankheit durch Lagentheorien von gesunden und anderen erkrankten Personen sowie der eigenen subjektiven Auffassungen und ist somit als subjektive und soziale Konstruktion anzusehen (Faltermaier, 2005). Die kulturellen Einflüsse können beispielweise die Betrachtungen von Familie und Freunden aber auch der Professionellen des Medizinsystems beinhalten (Leventhal, Bodnar-Deren, Brelans, Hash-Converse, Philips et al., 2012). Hierdurch bilden sich soziale Erwartungen an die Rolle der betroffenen Person (aktiver vs. passiver Patient), die zwischen den Krankheiten und Personen variieren können (Leventhal et al., 2012). Zusammen mit den personenbezogenen Variablen und den Merkmalen der Symptome (Art, Schwere, Dauer) bildet sich so ein relativ stabiles, jedoch veränderbares Konzept der Erkrankung (Verres, 1989; Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992; Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal & Ozakinci, 2004).

4.4.2 Das Selbstregulationsmodell nach Leventhal & Niles

Das „Common-Sens-Modell of Illness Representation“ (CSM) von Leventhal & Niles (1965) ist das international am meisten verbreitete theoretische Modell zur Erfassung und Darstellung von subjektiven Krankheitstheorien (Buckert, Knoll, Daig, 2012). Des Weiteren stellt es die Basis für die Erhebung von Krankheitskonzepten innerhalb des „Illness Perception Questionnaire“ (IPQ; Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996) und der revidierten Version (IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002) dar.

Das CSM-Modell beschreibt den prozesshaften Verlauf, den ein Mensch durchläuft, wenn er in seiner Gesundheit bedroht ist. Dabei werden drei wesentliche Grundvoraussetzungen notwendig. Zum einen ist das Individuum als selbsthandelndes Wesen zu verstehen, das nach Lösungsmöglichkeiten aktiv sucht und dabei Hypothesen über die Bedrohung entwickelt sowie anhand der eigenen Person überprüft (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Des Weiteren ist Symptomatik bzw. Erkrankung sowie die Möglichkeiten und Einschränkungen der Bewältigung als kognitives Konzept zu verstehen. Als dritte Voraussetzung ist keine Generalisierung dieser Konzepte möglich, wobei die individuelle Repräsentation nicht mit dem medizinischen Verständnis übereinstimmen muss. Die subjektiven Krankheitskonzepte, mit deren kognitiven und emotionalen Repräsentationen, sowie das darauf folgende Gesundheits- und Krankheitsverhalten stellen einen wesentlichen Einfluss auf erfolgreiche Krankheitsbewältigung dar. Eine schematische Darstellung zeigt die Abbildung 8 (Diefenbach & Leventhal, 1996).

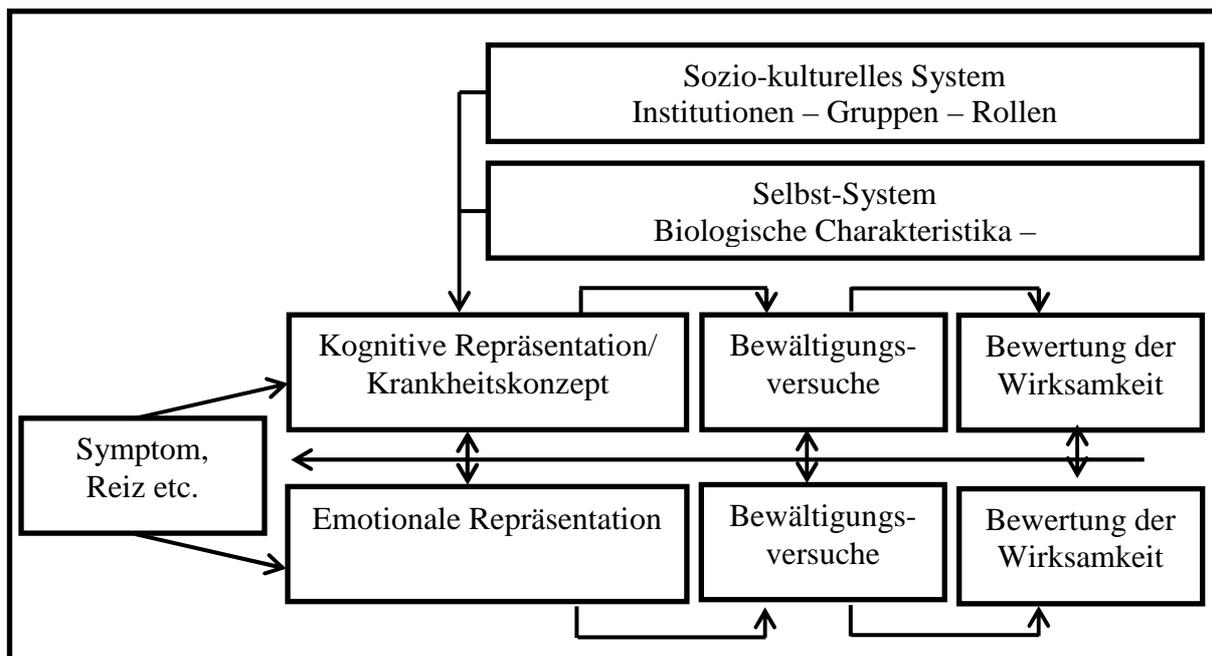


Abb. 8: schematische Darstellung des CSM (entnommen und adaptiert nach Diefenbach & Leventhal, 1996, p. 147)

Nach Diefenbach & Leventhal, entsteht mit der Wahrnehmung der Symptomatik und der Diagnoseeröffnung eine potenzielle Bedrohung der eigenen Person, wodurch das innere Gleichgewicht gestört werden kann. Im Verlauf der Krankheitsbewältigung ist die betroffene Person motiviert diesem Ungleichgewicht aktiv entgegen zu wirken in dem sie die Krankheit wirksam bewältigt (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Der Bewältigungsprozess verläuft auf zwei parallelen und in wechselseitiger Beziehung stehenden Ebenen. Die *emotionale Repräsentanz* beinhaltet den Umgang mit Gefühlen, wie zum Beispiel Trauer und Angst, welche Folge der erlebten Symptome sein können. In der *kognitiven Ebene* der Krankheitsbewältigung entstehen die subjektiven Krankheitskonzepte, die sich wiederum aus zwei Subsystemen zusammensetzen. Hierbei spielen sowohl die Vorstellungen des *sozialen und kulturellen Systems* über die Erkrankung als auch die Faktoren und Merkmale der eigenen Person eine wesentliche Rolle. Die Merkmale der eigenen Person können Faktoren wie Alter, Geschlecht, Persönlichkeit oder auch Risikowahrnehmung beinhalten. Somit ist die kognitive Repräsentation einer Symptomatik oder Erkrankung als individuelle Kombination sozio-kultureller und persönlicher Vorstellungen bezüglich der Krankheit anzusehen (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Die Auswahl der Bewältigungsstrategie richtet sich zum einen nach der emotionalen und kognitiven (subjektiven Krankheitskonzept) Repräsentation der Person und zum anderen nach der Dauer und Schwere der Beeinträchtigung (Leventhal, Leventhal & Breland, 2011). Der Bewältigungsprozess ist dabei als eine Wiederholung von Bewältigungsversuchen anzusehen, welche stetig in ihrer Wirksamkeit bewertet werden. Erst mit einer subjektiv zufriedenstellenden Adaption an die veränderte Umwelt auf kognitiver und emotionaler Verhaltensebene ist die Bewältigung als erfolgreich anzusehen (Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003).

Die Repräsentation des jeweiligen Krankheitskonzeptes lässt sich nach Diefenbach und Leventhal (1996) in fünf wesentlichen Dimensionen beschreiben, die sich gegenseitig bedingen. Hierzu zählt die *Identität* der Erkrankung, wiedergespiegelt in der beschriebenen Symptomatik und der wahrgenommenen Zusammengehörigkeit der Emotionen und Beschwerden zum Krankheitsgeschehen. Die Dimension des *Zeitverlaufes* beinhaltet die Auffassungen der betroffenen Person über die Dauer von Symptomen und den Verlauf (chronisch versus akut) der Erkrankung. Im Bereich *Ursache* werden die Kausalattributionen der Person erfasst. Die vierte Dimension beschreibt die subjektiven Auffassungen zur *Kontrollierbarkeit* der Symptomatik durch das eigene Handeln und die medizinische Intervention. Abschließend werden die erwarteten und vermuteten *Konsequenzen* differenziert betrachtet.

4.4.3 Operationalisierung durch den IPQ-R

Zur Erfassung von subjektiven Krankheitskonzepten wurde 1996 erstmalig die englischsprachige Version des „Illness Perception Questionnaire“ (IPQ) von Weinman et al. publiziert. Die ursprüngliche Version beinhaltete die fünf Dimensionen (*identity, cause, consequences, timeline, control/cure*) des CSM, wie sie von Diefenbach & Leventhal (1996) beschrieben wurden.

Im Jahr 2002 folgt eine Revidierung (IPQ-R) des ursprünglichen Inventars. Der IPQ-R wurde hierbei um die Skalen der *emotionalen Repräsentation und Kohärenz* der Erkrankung ergänzt sowie die bestehenden Skalen des Zeitverlaufes und der Heilung / Kontrolle auf jeweils zwei Skalen (Zeitverlauf akut / chronisch und zyklischer Zeitverlauf; persönliche Kontrolle und Behandlungskontrolle) aufgeteilt. Des Weiteren wurden einzelne Items ergänzt, um die interne Konsistenz und den Gültigkeitsbereich zu erhöhen. Die Durchführung des Tests erfolgt in drei Teilbereichen. Im ersten Abschnitt erfolgt die Erfassung der Zugehörigkeit bestehender Symptome zum Krankheitsbild und gibt Aufschluss über die Auffassung der Krankheitsidentität (*Identität*). Der zweite Abschnitt beinhaltet die Items der Skalen *Verlauf akut/ chronisch, Verlauf zyklisch, Konsequenzen, Persönliche Kontrolle, Behandlungskontrolle, Kohärenz* und *emotionale Repräsentation*. Der dritte Abschnitt erfasst die individuellen Vorstellungen der Person über die *Ursachen* aus den Bereichen psychische Attribution, Risikofaktoren, Immunstatus und Zufall/ Unfall (Moss-Morris et al., 2002; Glattacker, Bengel & Jäckel, 2009).

In der deutschen Version des IPQ-R wurden wiederum, zum Vorteil von Konstruktvalidität und internen Konsistenz, sechs Items reduziert (Gaab, Latanzia-Bunschoten, Sprott, 2008). Der Aufbau des Fragebogens mit entsprechenden Beispielitems ist noch einmal in Tabelle 2 zusammen gestellt.

Die Forschungsgruppe von Glattacker et al. (2009) konnte akzeptable bis hohe Gütekriterien und eine weitestgehend vergleichbare Faktorstruktur des deutschsprachigen IPQ-R im Vergleich zum englischen Originalfragebogen nachweisen. Die interne Konsistenz mittels Cronbach's Alpha liegt mit Werten zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .87$ im befriedigenden bis guten Bereich. Lediglich die Skala „Behandlungskontrolle“ zeigte mit $\alpha = .58$ inakzeptable Werte.

Abschließend ist zu erwähnen, dass der IPQ-R in den vergangenen Jahren in weitere Sprachen übersetzt und an verschiedene Krankheitsgruppen adaptiert wurde. Hierbei finden sich zum Beispiel chinesische, französische und türkische Versionen und Spezialisierungen auf Krankheiten wie Chronische Schmerzen, Diabetes und HIV (Moss-Morris, 2002). Die Universität von Bergen hat noch einmal die verschiedenen krankheitsspezifischen Versionen und Sprachen zusammengetragen und nennt unter anderem weitere Übersetzungen ins Griechische, Hebräische, Ungarische, Italienische, Norwegische und Schwedische sowie Spezialisierungen für Fatigue, Hypertonie und Asthma (UIB, The Illness Perception Questionnaire, Stand: 04.08.2013).

Teil	Skala	Bsp.-Item	Item-anzahl	Antworttyp
I	Identität	„Ich habe diese Symptome im Verlauf meiner Erkrankung erlebt“ und „Diese Symptome sind durch meine Krankheit (z.B.: Schmerzen) verursacht“	14	dichotom
II	Krankheitsursachen	„[...] schätzen sie [...] ein, was sie als mögliche Ursache für Ihre Erkrankung ansehen" z.B.: Stress und Sorgen “	18	fünfstufige Likert-Skala
III	Verlauf – akut/ chronisch	„Meine Erkrankung wird nur kurze Zeit dauern.“	5	fünfstufige Likert-Skala
	Verlauf – zyklisch	„Die Symptome meiner Krankheit verändern sich von Tag zu Tag.“	4	fünfstufige Likert-Skala
	Konsequenzen	„Meine Krankheit hat große Auswirkungen auf mein Leben.“	6	fünfstufige Likert-Skala
	Persönliche Kontrolle	„Ich kann eine Menge tun, um meine Symptome zu kontrollieren.“	4	fünfstufige Likert-Skala
	Behandlungskontrolle	„Meine Behandlung wird meine Krankheit wirksam heilen.“	4	fünfstufige Likert-Skala
	Kohärenz	„Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel.“	5	fünfstufige Likert-Skala
	Emotionale Repräsentation	„Meine Krankheit macht mich wütend.“	5	fünfstufige Likert-Skala

Tab 2.: Aufbau des der deutschen Version des IPQ-R mit Beispielitems (erstellt nach Glattacker, Bengel & Jäckel, 2009. S. 160)

4.5 Soziale Unterstützung und dyadisches Coping

Ziel dieser Veranstaltung ist es, die soziale Unterstützung und deren Einfluss auf die Krankheitsbewältigung gesondert zu betrachten.

Soziale Einflüsse sind in vielen psychologischen und wissenschaftstheoretischen Modellen von wesentlicher Bedeutung. Das soziale System, welches dem Bedürfnis nach Bindung entspringt, folgt einer Vielzahl an sozialen Normen und Regeln, wie der Beachtung von Hierarchien oder auch gelegentlich die Zurückstellung eigener Bedürfnisse zu Gunsten der Gruppe. Im Falle einer chronischen Erkrankung folgt eine Störung der bekannten Interaktionsmuster von Teilnehmern des sozialen Gefüges wie Eltern, Verwandte, Freunde oder Partner. Die Regulation der sozialen Beziehung ist als wechselseitiger Anpassungsprozess zu verstehen, erfordert Anpassungsleistungen der gesamten Gruppe und kann insbesondere für die erkrankte Person unterstützend sein. Die zumeist positive Auswirkung von sozialen Faktoren als Unterstützung im Umgang mit Stress und der Bewältigung von chronischen Krankheiten wird vielfach aufgegriffen und postuliert. Das zeigt sich zum Beispiel in der Stresstheorie nach Lazarus, dem Ressourcenmodell nach Hobfoll oder dem Selbstregulationsmodell nach Leventhal und Niels (Kendel & Sieverding, 2012).

Im Folgenden soll das Konzept soziale Unterstützung in der Bedeutung von ähnlichen Konzepten abgegrenzt, Formen sozialer Unterstützung differenziert und Wirkungsweisen thematisiert werden. Die Spezialisierung auf den Bereich der partnerschaftlichen Unterstützung (dyadisches Coping) und deren Zusammenhang mit subjektiven Krankheitskonzepten wird genauer beleuchtet.

4.5.1 Definition

Ein erster Schritt bei dem Versuch soziale Unterstützung zu definieren, ist die Differenzierung von ähnlichen Begrifflichkeiten, welche die soziale Unterstützung umgeben jedoch nicht als gleichwertig anzusehen sind. Die Begriffe *soziales Netzwerk*, *soziale Integration* und *soziale Unterstützung* haben hierbei unterschiedliche Bedeutungen für die wissenschaftliche Disziplin und folgen verschiedenen quantitativen sowie qualitativen Vorstellungen (Knoll & Schwarzer, 2005).

Der Begriff soziales Netzwerk umfasst die Summe aller potenziellen Beziehungen, unabhängig von deren Nutzung, und gibt Aufschluss über die Dichte und Größe des Netzwerkes. Es wird eine stark quantitative Betrachtung herangezogen, um sowohl formale, informale, direkte und indirekte Beziehungen zu integrieren (Röhrle, 1994; Fooker, 1997). Die soziale Integration beschreibt nach Knoll und Burkert (2009) das Maß an Eingliederung in eine soziale Struktur. Die Aspekte des Netzwerkes, die innerhalb der sozialen Integration beschrieben werden, umfassen die Größe des Netzwerkes, deren Homogenität und Reziprozität sowie die Vielzahl an Verbindungen zwischen den Personen und deren Kontakthäufigkeit sowie Dauer (Berkman et al., 2000; Knoll, Scholz & Rickmann et al., 2005). Leireiter (1993) fasst diese verschiedenen Netzwerkaspekte in den Beschreibungsdimensionen Struktur, Relation und Interaktion, Inhalt und Funktion sowie Evaluation zusammen. Hierbei wird ersichtlich, dass sowohl qualitative als auch quantitative Elemente unter dem Begriff der sozialen Integration zusammengefasst werden (Knoll & Schwarzer, 2005). Die soziale Unterstützung fokussiert hingegen primär die qualitativen und funktionalen Aspekte in der Interaktion und beschreibt die Beschaffenheit der tatsächlich geleisteten Unterstützungsleistung sowie die von der belasteten Person erwartete soziale Unterstützung.

Eine einheitliche Definition sozialer Unterstützung ist innerhalb der wissenschaftstheoretischen Landschaft nicht zu finden. Grundlegend kann soziale Unterstützung als eine Interaktion verstanden werden, bei welcher eine unterstützungsbedürftige Person eine Belastung empfindet und mindestens weitere Personen versuchen Unterstützung zu leisten (Dunker-Schetter, Blasband, Feinstein & Bennett, 1992). Daher ist soziale Unterstützung als eine wesentliche externale Ressource zu verstehen. Diese kann die Wahrnehmung und den Umgang mit Stress modulieren (Hobfoll, 2001). Das Ziel sozialer Unterstützung ist zum einen die Veränderung der Problemsituation des Betroffenen hin zum Positiven und zum anderen die Optimierung des Umgangs mit belastenden Situationen, wenn diese nicht weiter veränderbar sind (Schwarzer, 2000).

Der tatsächliche Nutzen einer Unterstützungsleistung ist jedoch abhängig von der Passgenauigkeit der Leistung an die belastete Person (Burkert, Knoll & Gralla, 2006). Dunker-Schetter et al. (1992) betonen im Rahmen ihres Unterstützungsmodells, dass soziale Unterstützung nicht aus der Perspektive einer einzelnen Person zu betrachten ist, sondern verschiedenen Bewertungsebenen unterliegt. Neben den Betrachtungen und Bewertungen des Unterstützungsempfängers und des Unterstützungsleisters spielt die Perspektive von Beobachtern eine wesentliche Rolle der Unterstützungsinteraktion.

4.5.2 Differenzierung von sozialer Unterstützung

Soziale Unterstützung ist nicht als einheitliches und oberflächliches Konstrukt zu verstehen, sondern wurde von verschiedenen Autoren in Subformen untergliedert.

Um ein vielseitiges, möglichst vollständiges und ausdifferenziertes Bild des Konstrukts zu erreichen, unterteilte Dunker-Schetter et al. (1992) soziale Unterstützung in *informelle, instrumentelle* und *emotionale soziale Unterstützung*. Die informelle soziale Unterstützung beschreibt alle Unterstützungsleistungen, welche durch die Weitergabe von Informationen, Ratschlägen oder Wissen den Bewältigungsprozess einer erkrankten Person beeinflusst. Die emotionale Unterstützung fasst die gefühlsbezogenen Hilfeleistungen zusammen und beeinflusst beispielsweise durch das Zusprechen von Mut und Trost sowie der Vermittlung von Wärme und Geborgenheit die Stimmung der belasteten Person. Im Gegensatz zu den ersten beiden Formen ist mit der instrumentellen sozialen Unterstützung die Summe aller tätigen Hilfestellungen gemeint, welche durch die Übernahme von Pflichten und Aufgaben im Alltag oder die Übertragung von finanziellen Mitteln geschehen kann (Dunker-Schetter et al., 1992). Die emotionale Unterstützung wird vor allem durch nahestehende Angehörige geleistet. Der informellen sozialen Unterstützung wird eine besondere Bedeutung im Kontakt mit Professionellen des Gesundheitsapparates zugemessen (Lairaiter, 2002).

Eine weitere Unterteilung im Konstrukt der sozialen Unterstützung trennt zwischen der *wahrgenommenen und erhaltenen sozialen Unterstützung*. Mit der wahrgenommenen Unterstützung (received support) wird die prospektive Vorstellung einer Person über das Ausmaß der ihr zu Verfügung stehenden sozialen Unterstützungen beschrieben (Schwarzer, 2000). Die Einschätzung einer Person ist über viele Jahre stabil und kann daher als Trait und Teil des Selbstkonzeptes der Person betrachtet werden (Sarason, Pierce, Sarason, 1990). Die erhaltene soziale Unterstützung (perceived support) stellt die retrospektive Einschätzung der erhaltenen Hilfeleistungen dar. Der Verlauf von dem Bedürfnis nach Unterstützung bis zum Erhalt dieser ist im *Modell der Unterstützungsinteraktion* beschrieben. Hiernach erlebt eine belastete Person den Bedarf an Unterstützung und mobilisiert anhand seiner Erwartungen soziale Hilfe (wahrgenommene soziale Unterstützung) innerhalb seines Bezugssystems (Schwarzer, 2000).

Daraufhin erfolgt die Hilfe durch Freunde, Familie, Partner oder weiterer Personen. Unabhängig von der Qualität und Quantität der Hilfe wird diese durch die belastete Person retrospektiv eingeschätzt und der Bedarf an sozialer Unterstützung neu ausgerichtet (Schwarzer, 2000).

Abschließend kann soziale Unterstützung auch in sichtbare und unsichtbare soziale Unterstützung untergliedert werden, wodurch erkenntlich wird, dass Unterstützungsleistungen für den Belasteten nicht immer erkennbar sind oder nicht als solche interpretiert werden (Bolger, Zuckermann & Kessler, 2000).

4.5.3 Wirkung von sozialer Unterstützung

Für die Wirkungsweisen von sozialer Unterstützung sollen die beiden wesentlichsten Modelle zur Erklärung herangezogen werden. Das Haupteffektmodell folgt der Annahme, dass soziale Unterstützung generell eine gesundheitsfördernde Wirkung hat und dazu beiträgt, bestehende Belastungen zu reduzieren oder nicht in dem Maß als belastend wahrzunehmen. Demnach wirkt soziale Unterstützung als eigenständiger Effekt, welcher durchgehend und unabhängig vom Auftreten einer Belastung einen positiven Einfluss auf die Gesundheit einer Person hat (Park, Wilson & Lee, 2004). Eine gute soziale Integration kann daher Belastungsreaktionen verringern, Wohlbefinden und Stimmung steigern sowie Zuversicht vermitteln (Nestmann, 2000).

Das Moderatormodell („Puffermodell“) sieht soziale Unterstützung hingegen als Wirkmechanismus, welcher zwischen der belastenden Situation und der Wahrnehmung von psychischen oder physischen Symptomen steht. In Wechselwirkung mit den Stressoren kann soziale Unterstützung hierbei stresshaftes Erleben reduzieren oder neutralisieren. Besonders bei dem Bewältigungsprozess einer chronischen Erkrankung kann die Wahrnehmung und Interpretation von Belastungen sowie die Qualität und Quantität von Ressourcen beeinflusst werden (Nestmann, 2000). Die Abbildung 9 und 10 stellt diese beiden Modelle gegenüber.

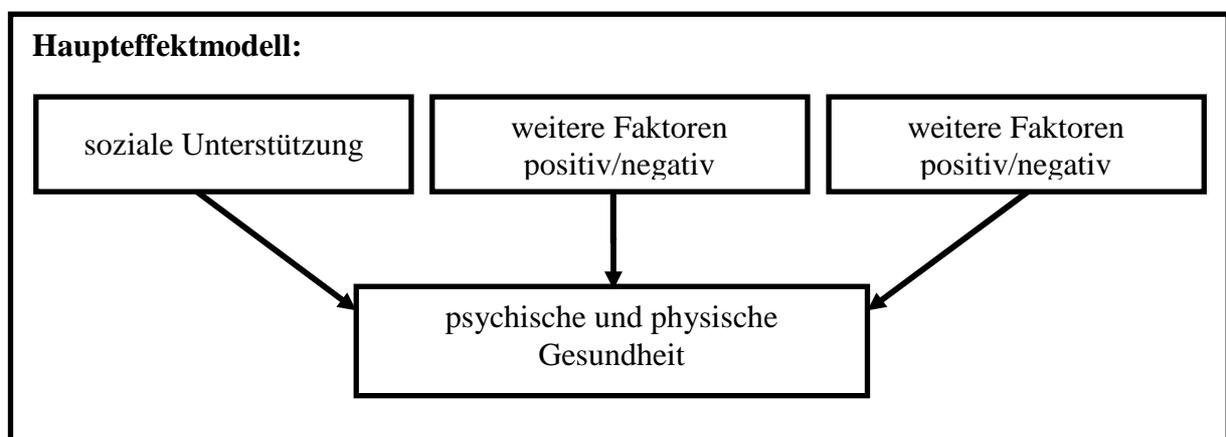


Abb. 9: Das Haupteffektmodell (entnommen und adaptiert nach Rolf, Knoll & Renneberg, 2006, S. 115)

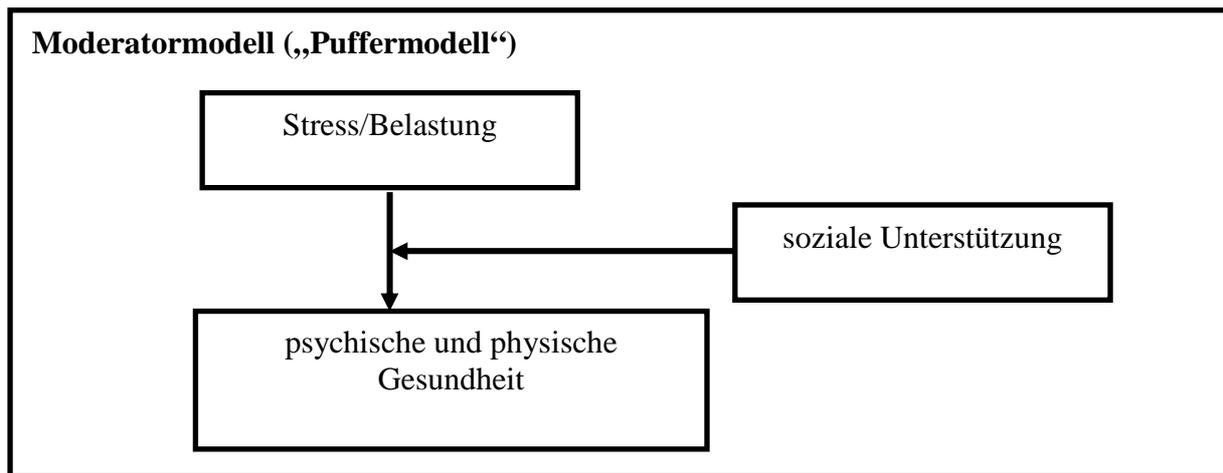


Abb. 10: Das Moderatormodell (entnommen und adaptiert nach Rolf et al., 2006, S. 115)

4.5.4 Konzept des „dyadischen Copings“

Das Konzept des *dyadischen Copings* wurde im Jahr 2000 durch Bodemann publiziert und beschreibt speziell die wechselseitige Interaktion der belasteten Person und dem Partner. Die erkrankte Person kommuniziert in impliziter oder expliziter Form den Wunsch nach Unterstützung. Die Besonderheit des dyadischen Copings besteht in der Festigkeit der Beziehung. Beide Partner teilen eine Vielzahl von Gemeinsamkeiten, wie den gemeinsamen Wohnraum, Kinder, Freizeit und Sexualität. Der Einfluss von Belastungen oder Erkrankungen wirkt direkt auf die dyadische Beziehung und beeinflusst beide Partner in besonderer Weise. Zudem ist die Form der Motivation zu sozialer Unterstützung eine andere im Vergleich zum weiteren sozialen System. Die soziale Unterstützung hilft das Paarsystem zu stabilisieren, wirkt nach erfolgreicher Bewältigung positiv auf den Selbstwert und stärkend auf die Qualität der Beziehung. Es werden vier Formen von dyadischen Coping beschrieben. Die erste Form wird als *positiv supportives Coping* bezeichnet und definiert die Unterstützung der belasteten Person bei deren Bewältigungsaufgaben. Dies kann in emotionaler oder sachbezogener Form geschehen, beinhaltet jedoch nicht die Übernahme der Handlungen und Aufgaben für die betroffene Person. Der Partner ist hierbei als fördernde und begleitende Instanz in den Copingprozess eingebunden. Die zweite Form des dyadischen Copings wird als *delegierend* beschrieben, wobei der Partner instrumentalisiert wird und aktiv Aufgaben des Partners übernimmt. Die dritte Form ist das *negative dyadische Coping* und behindert oder verlangsamt den Copingprozess (Bodemann, 2000).

Mögliche Unterstützungsformen sind hierbei durch feindselige verbale oder nonverbale Äußerungen gekennzeichnet, beinhalten Floskeln oder verwehren die Unterstützung vollständig. Abschließend ist noch die Form des *gemeinsamen dyadischen Copings* zu nennen, bei dem beide Partner komplementär am Copingprozess teilnehmen (Bodemann, 2000).

4.5.5 Bedeutung für die Krankheitsbewältigung

Die Effekte und Bedeutung von sozialer Unterstützung sind recht vielseitig. So lassen sich positive Effekte auf gesundheitsrelevantes Verhalten und den Umgang mit chronischen Erkrankungen beschreiben. Zudem wird eine positive Wirkung auf die Wahrnehmung und Interpretation von Stresssituationen aufgezeigt (Berkmann et al., 2000). Bei bestehenden Stressreaktionen kann sich soziale Unterstützung kompensierend auf die Krankheitsbewältigung auswirken (Schwarzer & Knoll, 2007).

Martire und Schulz (2007) vergleichen in zwei Metaanalysen die Wirksamkeit von Interventionen unter der Einbeziehung der Familie bei chronischen Erkrankungen. Die erste Analyse verglich 70 Studien mit psychosozialer Intervention mit Familienbeteiligung in verschiedenen Krankheitsgruppen. Die Einzelstudien stammten aus den Bereichen Demenz, koronare Herzkrankheit, chronische Schmerzen, Krebs, Schlaganfall, Rheuma und Schädelhirntrauma. Hierbei stellte sich eine gering signifikante Steigerung des emotionalen Wohlbefindens des Patienten bei der Einbeziehung des Partners, nicht aber bei der Einbeziehung der Familie heraus. Dahingegen führte die Beteiligung an den Interventionen auf der Seite der Familien zu einer signifikanten Steigerung des Wohlbefindens und einer Reduktion der Belastung im pflegerischen Kontext. Die zweite Analyse umfasste 12 Einzelstudien, die rein patientenorientierte mit familienorientierten psychosozialen Interventionen verglichen. Die Hälfte der familienorientierten Interventionen zeigten positive Effekte oder sogar Vorteile gegenüber der patientenorientierten Intervention.

4.5.6 Erhebungsmethoden

Zu den Erhebungsmethoden sollen drei der wesentlichen Fragebögen zur Erfassung der sozialen Unterstützung kurz benannt werden. Der *Fragebogen zur sozialen Unterstützung* (F-SozU) erfasst auf vier Hauptskalen (emotionale Unterstützung, praktische Unterstützung, soziale Integration und soziale Belastung; 38 Items), drei Nebenskalen (Reziprozität,

Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung, Verfügbarkeit von Vertrauenspersonen; 13 Items), das Konstrukt soziale Unterstützung (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007).

Desweiteren beinhaltet das Messinstrument 10 Items zur Erhebung unterstützender und belastender Personen (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Ein weiterer Fragebogen ist das *Inventar zur sozialen Unterstützung in Dyaden* (ISU-DYA). Dieser beinhaltet sowohl Skalen für die Erfassung von Verhaltensweisen zur Mobilisierung von sozialer Unterstützung (Bitten um Rat und Rückmeldung, Einfordern von Unterstützung, Suche nach körperlicher Nähe, offener Ausdruck von Emotionen, Ostentativer Rückzug; 27 Items) als auch Skalen zur Erfassung von erhaltener sozialer Unterstützung (emotionale Unterstützung, informationelle Unterstützung, instrumentelle Unterstützung; 34 Items). Hierbei erfolgt die Erfassung sowohl aus der Sicht des Belasteten als auch des Partners (Winkler & Klauer, 2003). Ein letztes exemplarisches Erhebungsverfahren sind die *Berliner Sozial Support-Skalen* (BSSS). In diesen werden soziale Unterstützungen auf fünf Skalen (Wahrgenommene soziale Unterstützung, Erhaltene soziale Unterstützung, Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, Suche nach sozialer Unterstützung, Protektives Abpuffern; 33 Items) erfasst (Schulz & Schwarzer, 2003).

4.5.7 Forschungsprojekt – soziale Unterstützung und subjektive Krankheitskonzepte

In Anlehnung an die Veranstaltung 4.4 Subjektive Krankheitskonzepte soll ein Forschungsprojekt beleuchtet werden, welches die Untersuchung des Einflusses von Ähnlichkeit (Konkordanz) bzw. Unterschiedlichkeit (Diskordanz) der subjektiven Krankheitskonzepte zwischen chronisch Kranken und ihren Partnern auf die Wahrnehmung instrumenteller Unterstützung des Kranken zum Ziel hatte. Hierfür wurden im Rahmen des Forschungsprojekts „Chronische Krankheit und Partnerschaft“ an der Hochschule Magdeburg-Stendal 119 chronisch Kranke und ihre Partner zu ihren subjektiven Krankheitskonzepten und ihrer wahrgenommenen instrumentellen Unterstützung befragt (Bergmann, Bejga, Salewski, & Marks, 2013).

Als Instrumente wurden das Illness Perceptions Questionnaire-Revised (IPQ-R; subjektive Krankheitskonzepte mit den sieben Dimensionen Zeitverlauf akut/chronisch, Zeitverlauf zyklisch, Konsequenzen, persönliche Kontrolle, Behandlungskontrolle, Kohärenz und emotionale Repräsentation) sowie die Berliner Social Support Skalen (BSSS; wahrgenommene instrumentelle Unterstützung) verwendet (Bergmann et al, 2013).

Bei der Datenanalyse wurde zunächst für alle sieben Krankheitskonzept-Dimensionen bestimmt, ob Erkrankter und Partner hinsichtlich der jeweiligen Dimension gleichermaßen positive Konzepte (Positiv-Konkordante; Beispiel Behandlungskontrolle: beide glauben, dass Krankheit durch Behandlung gut kontrollierbar ist), gleichermaßen negative Konzepte (Negativ-Konkordante; Beispiel Behandlungskontrolle: beide glauben, dass Krankheit durch Behandlung kaum kontrollierbar ist) oder unterschiedliche Konzepte (Diskordante; Beispiel Behandlungskontrolle: beide sind uneins bezüglich Kontrollierbarkeit der Krankheit durch Behandlung) haben. Anschließend wurde mittels Varianzanalysen und Post-hoc-Tests pro Dimension analysiert, ob sich die Wahrnehmung instrumenteller Unterstützung auf Seiten des Erkrankten zwischen den drei Gruppen der positiv- bzw. negativ-konkordanten und diskordanten Dyaden unterscheidet. Die einfaktoriellen Varianzanalysen ergaben signifikante Unterschiede in wahrgenommener instrumenteller Unterstützung zwischen Positiv-Konkordanten, Negativ-Konkordanten und Diskordanten auf den Dimensionen Behandlungskontrolle ($F(2, 116) = 3.14, p < .05$) und persönliche Kontrolle (Welch's $F(2, 70.380) = 5.77, p < .01$). Post-hoc-Tests zeigten, dass bezüglich der Behandlungskontrolle die Negativ-Konkordante ($M = 13.44, 95\% \text{ KI } [12.73, 14.14]$) signifikant höhere instrumentelle Unterstützung berichtete als die Diskordante ($M = 12.12, 95\% \text{ KI } [11.33, 12.90]$), $p < .05$ (Bergmann et al, 2013).

Bezüglich der persönlichen Kontrolle zeigte die Negativ-Konkordante ($M = 13.67, 95\% \text{ KI } [13.16, 14.18]$) eine signifikant höhere instrumentelle Unterstützung auf als die Positiv-Konkordante ($M = 12.17, 95\% \text{ KI } [11.39, 12.95]$), $p < .01$ (Bergmann et al, 2013).

Die Studie belegt, dass Übereinstimmungen bzw. Unterschiede in der subjektiven Wahrnehmung von Erkrankungen zwischen Erkranktem und Partner einen Einfluss auf die Wahrnehmung instrumenteller Unterstützung auf Seiten der Erkrankten haben. Dies unterstreicht die Bedeutsamkeit des Partners für den Prozess der Bewältigung von Erkrankungen und impliziert, dass die Partnerperspektive bei der Behandlung chronischer Erkrankungen stärker berücksichtigt werden sollte. Als methodische Grenzen sind hierbei das ungleiche Geschlechtsverhältnis (2:1) und die hohe Varianz der Krankheitsgruppen zu nennen. Als Ausblick für spätere Untersuchungen wäre eine deutsche Normierung des Testverfahrens sowie eine Überprüfung der Stabilität der Ergebnisse durch den Einsatz von Längsschnittstudien denkbar (Bergmann et al, 2013).

4.6 Wohlbefinden und Lebensqualität im Kindesalter

Innerhalb der Sozialwissenschaft und Gesundheitsforschung ist die Thematik „Wohlbefinden“ schon seit geraumer Zeit fest etabliert. Die bestehenden Untersuchungen und Theorien richten sich jedoch überwiegend auf das Erwachsenenalter. Im Verlauf der vergangenen Jahre haben sich die Unsicherheiten im Umgang mit dieser Thematik bezogen auf das jüngere Klientel minimiert, wodurch dieser Forschungsbereich zunehmend an Bedeutung gewinnt (Bullinger, 2009).

Innerhalb dieses Seminars werden die Begrifflichkeiten Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Hinblick auf das Kindes- und Jugendalter dargestellt und voneinander abgegrenzt. Besonderes Interesse gilt den Einflussfaktoren, welche die Ausprägung des Wohlbefindens aus gesundheitlicher und sozialer Ebene modulieren.

4.6.1 Definition und Abgrenzung des Konzeptes

Der Begriff des subjektiven Wohlbefindens ist stark mit der Definition von Gesundheit verbunden. Innerhalb der Definition von Gesundheit der WHO (1946) stellt es das erstrebenswerte Maß dar, welches es auf körperlicher, geistiger und sozialer Dimension zu erreichen gilt. In dieser Betrachtungsweise kann *Wohlbefinden* als parallele und gleichgestellte Komponente zur Funktionalität (körperlich, psychisch, sozial) definiert werden und beschreibt das Erleben einer Person (Bullinger & Ravens-Siberer, 1995).

Nach Eid und Diener (2000) lässt sich das subjektive Wohlbefinden in eine emotionale und eine kognitiv-evaluative Komponente unterteilen. Die emotionale Komponente summiert jede Form von affektivem Erleben und differenziert zwischen der Einordnung als positiver oder negativer Affekt (Russell & Carroll, 1999). Die kognitiv evaluative Komponente kann auch als *Lebenszufriedenheit* definiert werden und ergänzt die Wahrnehmung von Affekten um Bewertungsprozesse in dem jeweiligen Lebensbereich (Sullivan, 2003). Die Lebenszufriedenheit kann wiederum unterteilt werden in den Bereich der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. Die allgemeine Lebenszufriedenheit bezieht sich auf die Beurteilung des ganzen Lebens, wohingegen die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit nur Teilbereiche, wie zum Beispiel die partnerschaftliche Beziehung einschätzt (Eid & Diener, 2000; Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000).

Die Differenzierbarkeit des subjektiven Wohlbefindens wurde von Becker (1991) innerhalb seines Strukturmodells dargestellt. Die erste Ebene unterteilt das Wohlbefinden nach ihrer Körpergebundenheit. Hierbei wird zwischen dem psychischen und körperlichen Wohlbefinden differenziert. Die temporäre Ebene (zweite Ebene) unterteilt zwischen dem habituellen und aktuellen Wohlbefinden. Das aktuelle Wohlbefinden wiederum beschreibt die Wahrnehmung und Interpretation der Emotionen der momentanen Situation, wohingegen das habituelle Wohlbefinden als Zusammenführung der Erfahrungen im Verlauf des Lebens zu verstehen und durch relative zeitliche Stabilität gekennzeichnet ist. Aus der Kombination dieser beiden Dimensionen ergeben sich vier Unterscheidungsarten des Wohlbefindens (Abbildung 11).

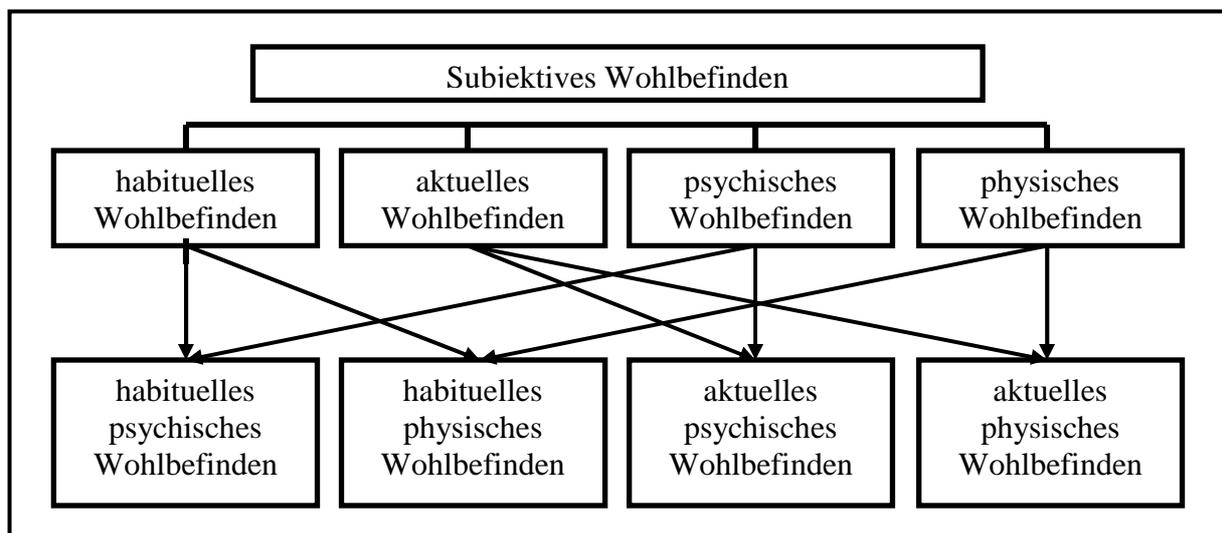


Abb. 11: Differenzierung des subjektiven Wohlbefindens (erstellt nach Becker, 1991, S. 14)

Das *aktuelle psychische Wohlbefinden* bezieht sich auf die Stimmung in der momentanen Situation. Die wahrgenommenen Emotionen und Kognitionen sind zeitlich begrenzt und zeichnen sich zudem durch die Abwesenheit von Beschwerden aus. Das *aktuelle physische Wohlbefinden* beschreibt eine Symptombefreiheit und ein positives Körpergefühl auf den aktuellen Moment begrenzt. Das *habituelle psychische Wohlbefinden* beinhaltet die überdauernde Tendenz, vermehrt positive Emotionen und Stimmungen zu erleben, wohingegen sich das *habituelle physische Wohlbefinden* auf das vermehrte Erleben von positiven körperlichen Empfindungen bezieht (Becker, 1991).

Im Gegensatz zu der Lebenszufriedenheit und dem Wohlbefinden ist der Begriff der *Lebensqualität* komplexer definiert und integriert sowohl die Befindlichkeit als auch Funktionsfähigkeit auf verschiedenen Ebenen. Hierzu zählen zum einen kulturelle beziehungsweise wirtschaftliche Ebenen, wie das Ausmaß an politischer Freiheit oder materieller/finanzieller Sicherheit, und zum anderen personenbezogene Ebenen, wie Herausforderungen oder Gesundheitsstatus einer Person. Innerhalb dieser Arbeit ist vor allem die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit von Bedeutung. Diese beschreibt neben dem Befinden der Person seine psychische, soziale, physiologische und mentale Funktionalität (Herdman, Rajmil, Ravens-Sieberer et al. 2002; Ware, 2003). Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003) definieren die gesundheitsbezogene Lebensqualität als „... körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponente des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus der subjektiven Sicht des Betroffenen“ (S. 2). Synonym kann die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit als subjektive Gesundheit bezeichnet werden, wobei Teile des subjektiven Wohlbefindens ebenfalls zur Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität dienen (Nitzko & Seiffge-Krenke, 2009).

4.6.2 Bedeutung des Wohlbefindens in Psychologie und Medizin

Innerhalb der Medizin, Psychologie aber auch Pädagogik besitzt das Konzept des Wohlbefindens bis heute eine unterrepräsentierte Rolle. Dementgegen steht die wesentliche Bedeutung des Konzeptes innerhalb der Therapie und Betreuung des erwachsenen Klientels. In den vergangenen Jahren ist jedoch eine erhebliche Zunahme an Literatur und Forschung zum Thema Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen innerhalb des entwicklungspsychologischen Kontextes entstanden (Eiser & Morse, 2001). Hierbei zeichnet sich ein Paradigmenwechsel ab. Die zunehmende Bedeutung des Wohlbefindens macht eine Veränderung in der Betrachtung des Kindes oder Jugendlichen notwendig. Externe Einschätzungen und Beschreibungen auf verhaltensbezogener Ebene weichen der empathischen Erfassung des kindlichen Erlebens (Warschburger, 2000).

Die kognitiven Repräsentationen und Weltanschauungen sowie das emotionale Befinden sind die Basis zur Stärkung des Wohlbefindens und zur Förderung der Entwicklung (Eiser & Morse, 2001).

Die Erfassung der Lebenszufriedenheit im Kindes- und Jugendalter ist durch die Vielzahl an Entwicklungsschritten erschwert, wodurch die Entwicklung von altersspezifischen Verfahren notwendig wird. Die Erfassung des Wohlbefindens von Kindern unter vier Jahren ist nur durch das Urteil der Eltern möglich. Für das Altersspektrum von vier- bis siebenjährigen Kindern werden kombinierte Fragebogenformen empfohlen, wobei die Selbstbeurteilung des Kindes durch die Angaben der Eltern ergänzt wird. Ab dem siebenten Lebensjahr ist eine alleinige Selbstbeurteilung möglich. Im Verlauf der vergangenen Jahre entstand eine Vielzahl an nationalen und internationalen Fragebögen, die generisch oder auch krankheitsspezifisch ausgerichtet sind (Wallander, Schmitt & Koot, 2001). Exemplarisch kann für den klinischen Kontext der Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung sowie deren Familien (DISABKIDS) genannt werden (Bullinger, Schmidt & Petersen, 2002). Für die epidemiologischen Untersuchungen kann zum Beispiel der KIDSSCREEN - Fragebogen genutzt werden, der die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen auf internationalem Niveau erfasst. Dieser wird im Kapitel 4.6.4 näher dargestellt.

4.6.3 Soziale Beziehung und Wohlbefinden

Der Einfluss des sozialen Bezugssystems auf die Entstehung und das Ausmaß des Wohlbefindens kann auf verschiedenen Ebenen beschrieben werden. Im Verlauf der Entwicklung zeigen sich diese mit unterschiedlicher Relevanz. Ein wesentlicher Einflussfaktor ist das Schulsystem, welches die Kindheit und Jugend ab dem vollendeten sechsten Lebensjahr, je nach Bundesland, neun bis zehn begleitet (KMK, 2013). Konu und Rimpelä (2002) entwickelten zur Darstellung dieses komplexen Wirkungsgefüges das „School Well-Being Model“ (Abbildung 12).

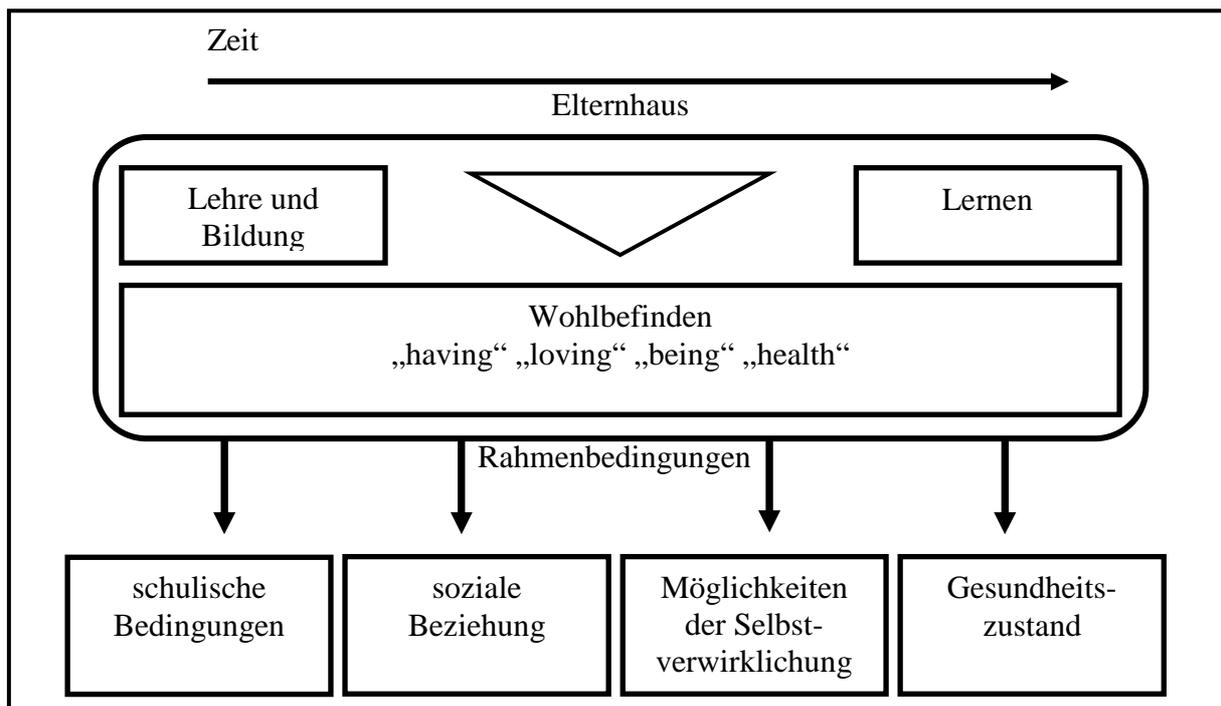


Abb. 12: Das "School Well-being Model" (entnommen und adaptiert nach Konu & Rimpelä, 2002, S. 83)

Die schulische Umgebung von Kindern oder Jugendlichen setzt sich aus drei wesentlichen Komponenten zusammen, die sich stetig wechselseitig beeinflussen und im Verlauf der Zeit in ihrer Bedeutung variieren. Die bestehende Interaktion der Komponenten „Lehre und Bildung“, „Lernen“ und des „Wohlbefindens“ sind zudem durch die jeweiligen Rahmenbedingungen und das Elternhaus beeinflusst. Das Wohlbefinden ist hierbei abhängig von der Ausprägung von "having", "loving", "being" und "health". Unter dem Begriff "having" beschreiben die Autoren die schulischen Bedingungen und deren Einfluss auf struktureller Ebene auf das Wohlbefinden der Jugendlichen. Hierzu gehören zum Beispiel die Sicherheit, Klassengröße oder das Serviceangebot der Schule. "Loving" bezieht sich auf die Qualität und Struktur von sozialen Beziehungen, wobei die Gruppengröße, die Beziehung zu Mitschülern und dem Lehrer, aber auch negative Einflüsse, wie Bullying, auf das Wohlbefinden wirken. Die Möglichkeit der Selbstverwirklichung wird als "being" bezeichnet. Unter anderem können kreatives Handeln, Wahrnehmung der Bedeutsamkeit der eigenen Arbeit und die Förderung des Selbstwertgefühls Einfluss nehmen. Zuletzt stellt auch Gesundheit ("health") auf psychischer und somatischer Sicht sowie deren subjektiven Krankheitskonzepte ein Einflussfaktor auf das Wohlbefinden dar (Konu & Rimpelä, 2002, S. 83).

Neben dem schulischen Umfeld ist vor allem die Familie von wesentlicher Bedeutung für die Entwicklung von Wohlbefinden und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Eine wichtige Rolle nimmt die Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind ein. Unerfüllte Bindungsbedürfnisse zeigen einen erheblichen Einfluss auf die Emotionsregulation (Papoušek, & Wurmser, 2004). Zudem kann die Stressverarbeitung und das körperliche Wachstum bei vorliegenden Bindungsstörungen beeinträchtigt werden (Meaney, 2001). Familiensysteme, welche hingegen durch starke, wechselseitige Unterstützung gekennzeichnet sind, fördern dadurch die Entwicklung des Wohlbefindens der Kinder (Schauerte, Branje, & van Aken, 2003). Das Wissen um die Unterstützung der Eltern ist wichtiger für das Wohlbefinden als die Unterstützung durch Freunde (Helsen, Vollebergh, Meeus, 2000).

Eine weitere wichtige Einflussgröße ist die Beziehung, welche sich zu familienexternen Personen auf freundschaftlicher Ebene ausprägt. Im Vorschulalter ist die räumliche Nähe prägendes Element, wohingegen im Grundschulalter die einseitige Hilfe und Kooperation zum eigenen Vorteil im Mittelpunkt steht. Erst im Jugendalter etablieren sich Freundschaftskriterien, wie Reziprozität und Intimität, und beeinflussen das Ausmaß an Wohlbefinden (Selman, 1984). Unzureichende soziale Kontakte, die durch unbefriedigende Qualität oder Abwesenheit gekennzeichnet sind, haben einen negativen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden (Ravens-Sieberer, Thomas & Erhart, 2003). Mit dem zunehmenden Alter verändern sich die Freundschaften im Verlauf der Adoleszenz zu langfristig sexuell erfüllenden Beziehungen. Hierbei gewinnt der Partner tiefgreifend an Bedeutung und wird zur wichtigsten Unterstützungsperson, welche über der Bedeutung von Freunden und Familie steht (Seiffge-Krenke, 2003). Eine Längsschnittstudie von Beyers und Seiffge-Krenke (2007) zeigte, dass familiäre Beziehungen, welche sich im Verlauf der Jugend zu mehr Individuation veränderten, zu einer besseren Qualität an Freundschaften und romantischen Beziehungen führen. Diese stellen wiederum eine bedeutende Pufferfunktion für das Wohlbefinden dar.

4.6.4 Die KIDSCREEN-Projekt

Das KIDSCREEN-Projekt diente der Erfassung der Lebensqualität und des Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Europa. Seit dem Jahr 2001 konnte mit der Unterstützung der teilnehmenden Länder ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen entwickelt und im Rahmen eines Surveys getestet werden.

Zum Projektbeginn beteiligten sich sieben Länder, wobei neben Österreich, Frankreich, der Niederlande, Spanien, Schweiz und Großbritannien auch Deutschland involviert war. Bis zum Jahr 2006 folgte eine Erweiterung durch die Länder Schweden, Polen, Irland, Griechenland, Ungarn und Tschechien (Ravens-Sieberer & the KIDSCREEN Group Europe, 2006).

Innerhalb der Survey-Phase erfolgte die Datenerhebung mittels Fragebögen, wobei sich die Rekrutierung in den verschiedenen Ländern unterschied. Der überwiegende Teil der Länder, wozu auch Deutschland, Österreich und die Schweiz zählen, nutzten zur Rekrutierung der Probanden telefonische Interviews (PC-gestützt), auf deren Grundlage der postalische Versand des Fragebogens erfolgte. Andere Länder, wie zum Beispiel Ungarn, Schweden oder Irland, führten hingegen eine schulbezogene Datenerhebung und Rekrutierung durch. Tschechien nutzte beide Verfahren parallel. Insgesamt konnten 22.830 Datensätze von Kindern und Jugendlichen zwischen dem achten und achtzehnten Lebensjahr, bei einer Rücklaufquote von 61%, erhoben werden (Ravens-Sieberer & the KIDSCREEN Group Europe, 2006).

Die sechs Messinstrumente des Fragebogens bilden eine Vielzahl an Konstrukten ab, welche als potenzieller Einfluss auf das Wohlbefinden gelten.

Der innerhalb des Projektes erstellte *KIDSCREEN-Fragebogen* (27 Items) erhebt die Dimensionen körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Autonomie und Beziehung zu den Eltern, soziale Unterstützung und Beziehung zu Gleichaltrigen sowie das Schulleben und Leistungsfähigkeit (Ravens-Sieberer & the KIDSCREEN Group Europe, 2006). Der *Children with Special Health Care Needs Screener (CSHCN)* nutzt die elterlichen Angaben zur Erfassung der funktionalen Einschränkung und des Versorgungsbedarfs (spezielle Therapien, Behandlung und Beratung) der Kinder, welche unter einer chronischen Erkrankung oder Behinderung leiden. Zudem werden Angaben zur Einnahme von Medikamenten sowie dem Bedarf und Inanspruchnahme an psychologischer, medizinischer und pädagogischer Unterstützung erhoben. Im Folgenden wird für jeden Bereich eingeschätzt, ob der Bedarf auf die Behinderung oder das Krankheitsgeschehen zurückzuführen ist (Bethell, Read, Stein, Blumberg, Wells et al., 2002).

Mit Hilfe der *Symptom-Checklist der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie* (Currie, Gabhainn, Godeau et al., 2008) lassen sich Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, allgemeines „sich schlecht-fühlen“, Gereiztheit, Nervosität, Benommenheit und Schwindel mit Hilfe von 7 Items erfassen (Ravens-Sieberer & the KIDSCREEN Group Europe, 2006).

Zudem integriert die Erhebung den *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* zur Erfassung von Verhaltensproblemen auf der Ebene der emotionalen Probleme, der Hyperaktivitätsprobleme, Verhaltensprobleme und der Probleme mit Gleichaltrigen (20 Items) (Goodman, 1997). Die soziale Unterstützung erfasst die *Oslo-Social-Support-Scale (OSSS)* von Brevik und Dalgard (1996) mit Hilfe von 3 Items. Als letzter Inhalt dieses Fragebogens folgen 2 Items, welche das Ausmaß des Rauch- und Trinkverhalten in der Selbstbeurteilung erfassen (Ravens-Sieberer & the KIDSCREEN Group Europe, 2006).

Auf der Datenbasis des KIDSCREEN beschäftigten sich Ravens-Sieberer, Wille, Nickel, Ottova und Erhart (2009) mit der Fragestellung, welche komplexen Beziehungen zwischen dem Wohlbefinden und den relevanten Aspekten, wie Gesundheitsstatus, Risikoverhalten und soziale Unterstützung, mittels statistischer Modellierungsansätze nachweisbar sind. Zur Überprüfung der Determinanten auf das Wohlbefinden nutzten sie lineare Strukturgleichungsmodelle.

Die Ergebnisse belegen eine geringe negative Wirkung des Ausmaßes an Gesundheitsbeeinträchtigungen (Pfadkoeffizient = -0.09) auf das Wohlbefinden, wodurch sich die Varianz von 1% hinsichtlich des Wohlbefindens erklären. Des Weiteren wirken sich die emotionalen- und Verhaltensprobleme (Pfadkoeffizient = -0.21) gering negativ auf das Wohlbefinden aus, was sich in einer Varianz von 5% ausdrückt. Die psychosomatischen Beschwerden (Pfadkoeffizient = 0.26) zeigen eine gering positive Korrelation zum Wohlbefinden, wobei hohe Werte als geringe Beschwerden einzuschätzen sind und in einer Wohlbefindensvarianz von 7% deutlich sichtbar wird. Die Interpretation dieser Ergebnisse führt dementsprechend hohe psychosomatische Beschwerden auf eine Minderung des Wohlbefindens zurück. Das höchste Maß an Einfluss zeigten jedoch die sozialen Ressourcen, welche 50% des Wohlbefindens (Pfadkoeffizient = 0.71) beeinflussen. Das Wohlbefinden wirkt gering negativ (Pfadkoeffizient von -0.11) auf das Risikoverhalten in Form des Trink- und Rauchverhaltens der Kinder und Jugendlichen. Hierdurch lassen sich jedoch nur 1% der Varianz erklären. Die Anpassungsgüte ($RMSEA = 0.065$ und $CFI = 0.96$) kann als akzeptabel eingeschätzt werden (Ravens-Sieberer et al., 2009).

In einer zweiten Analyse, bei der Risikoverhalten als förderlich für das Wohlbefinden angenommen wurde, zeigten sich nur unwesentliche Veränderungen in der Wirkungsbeziehung zwischen den Gesundheitsdimensionen und der sozialen Unterstützung auf das Wohlbefinden. Zwischen Wohlbefinden und Risikoverhalten wurde eine reziproke Beeinflussung sichtbar. Ein höheres Wohlbefinden führte zu einer Verringerung des Risikoverhaltens (Pfadkoeffizient = -0.28 ; Ravens-Sieberer et al., 2009).

Demgegenüber hat ein stärkeres Risikoverhalten auch eine steigernde Wirkung auf das Wohlbefinden (Pfadkoeffizient = 0.18). Zusammengefasst weist die Reziprozität eine negative Bilanz auf und unterstreicht damit bei akzeptabler Anpassungsgüte (RMSEA = 0.065 und CFI = 0.96) die Ergebnisse der ersten Analyse (Ravens-Sieberer et al., 2009).

Kritisch kann angemerkt werden, dass auf der Basis des Datenquerschnittes keine Aussagen über die Kausalität dieser Wirkungszusammenhänge getroffen werden kann. Die durchgeführten Analysen müssen ihre Gültigkeit innerhalb einer Längsschnittuntersuchung noch belegen, zeigen jedoch, dass die spezifizierten Modelle mit den zur Verfügung stehenden Daten im Einklang sind (Ravens-Sieberer et al., 2009).

4.7 Das Wohlbefindensparadoxon

Innerhalb dieser Veranstaltung wird das Wohlbefinden im Verlauf des Lebens noch einmal gesondert betrachtet. In der wissenschaftlichen Fachliteratur zeigt sich eine wiederkehrende Problematik, bei welcher das Ausmaß des Wohlbefindens nicht im Einklang mit der aktuellen Lebenssituation steht. Diese Differenz wurde von Staudinger (2000) als Wohlbefindensparadoxon bezeichnet und hat eine wesentliche Bedeutung für das theoretische Verständnis und die empirische Forschung von Wohlbefinden. Die Studierenden sollen im Rahmen der Veranstaltung Kenntnisse über die Inhalte des Wohlbefindensparadoxon sowie deren Einflussfaktoren und Erklärungsansätze erlangen.

4.7.1 Definition des Paradoxon

Um zu einem Grundverständnis des Paradoxon des subjektiven Wohlbefindens zu gelangen, ist es sinnvoll, zuvor verschiedene Inhalte näher zu betrachten. Bei der Erforschung und Strukturierung des Paradoxons bilden drei Kernaussagen die Basis vielfältiger Forschung und theoretischer Überlegungen.

Eine erste Besonderheit ist die Differenz der Einschätzung des Ausmaßes subjektiven Wohlbefindens, bezogen auf die eigene Person und die gesamte Gesellschaft. In einer Untersuchung von Diener und Diener (1996) konnten die Autoren die Einschätzung von Studenten, über das durchschnittliche positive Wohlbefinden der Bevölkerung, als Fremdeinschätzung erheben.

Dementgegen zeigte sich bei der Selbsteinschätzung von Probanden der Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Maß an positivem subjektivem Wohlbefinden. Studierende schätzten, dass 48-56% der Bevölkerung über ein positives Wohlbefinden verfügen, wohingegen 82-84% der Allgemeinbevölkerung sich selbst ein positives Wohlbefinden zusprechen (Diener & Diener, 1996).

Die Erhöhung des Wohlbefindens in der Selbsteinschätzung konnte auch in der Studie von Veenhoven (1993) bestätigt werden und stellt somit die zweite Besonderheit des Paradoxon dar. Veenhoven (1993) konnte eine generelle Erhöhung des Wohlbefindens bei der Selbsteinschätzung in über 43 Nationen feststellen. Nach den erhobenen Daten zeigten 86% der Personen eine Selbsteinschätzung des Wohlbefindens ($m=6.33$), welche über dem theoretischen Mittelwert von $M=5$ (elfstufiges Antwortformat) lag. Ausschließlich jene Länder, welche wesentliche Grundbedürfnisse, wie Nahrung oder Sicherheit, nicht erfüllen, zeigten mittlere Werte unterhalb des theoretischen Mittels (Veenhoven, 1993).

Als dritte Besonderheit bei der Betrachtung des Paradoxons ist die Schwierigkeit zu nennen, unabhängige Variablen für das Wohlbefinden zu identifizieren. Dies zeigte sich bei der Überprüfung verschiedener objektiver Kontextvariablen durch Staudinger, Fleeson und Baltes (1999). Innerhalb ihrer Analysen zeigte sich ein gering positiver Zusammenhang ($r=.15$) zwischen dem Einkommen und dem Ausmaß an subjektivem Wohlbefinden, welcher jedoch bei der Analyse mit den Persönlichkeitscharakteristika nicht mehr nachweisbar war. Ähnliches zeigte sich auch zwischen den Variablen „Alter“ und „subjektives Wohlbefinden“, wobei es erst in der Altersgruppe zwischen dem 70. und 105. Lebensjahr einen gering negativen Zusammenhang gibt (Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten & Nitschke, 1996).

Auf der Basis dieser drei grundlegenden Besonderheiten im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden beschreibt Staudinger (2000) das Wohlbefindensparadoxon als „[...]Sachverhalt, dass sich widrige Lebensumstände [...] im Gruppenmittel - solange existentielle Mindestanforderungen nicht unterschritten werden - kaum bis gar nicht in den Bewertungen des subjektiven Wohlbefindens der Betroffenen widerspiegeln.“ (S. 186). Besonders interessant sind hierbei die Fragen nach einer dispositionellen Eigenschaft und eventueller Regulationsmechanismen sowie die Interpretierbarkeit der leichten Erhöhung des Wohlbefindens (Diener & Diener, 1996).

4.7.2 Interpretation auf methodischer Ebene

Auf der Suche nach den Gründen des Paradoxons und einer möglichen Erklärung kann das methodische Vorgehen auf verschiedenen Ebenen erfasst und betrachtet werden.

Auf der *messmethodischen Ebene* zeigt sich eine Vielzahl von Schwierigkeiten bei der Erfassung von subjektivem Wohlbefinden. Die Frage nach dem Wohlbefinden besitzt keine generalisierbare Antwort und muss entsprechend der jeweiligen Situationen stetig neu eingeschätzt werden. Hieraus ergeben sich Schwierigkeiten bei der Querschnittsmessung in Form einer erhöhten Messfehlerwahrscheinlichkeit, Stimmungsbeeinflussung und Positionierungseffekten, wie sie auch innerhalb der Urteilstheorie von Schwarz und Strack (1991) beschrieben sind. Dabei hat die Position des Items zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens im Verlauf des Fragebogens, sowie die davorliegenden Items, einen Einfluss auf die Wohlbefindenseinschätzung. Zudem wirken externe Einflüsse, wie Wetter oder Temperaturen, auf das Wohlbefinden (Schwarz & Strack 1991). Neben den situativen Aspekten kann das Konzept des subjektiven Wohlbefindens jedoch zufriedenstellende Ergebnisse im Bereich der internen Konsistenz, längsschnittliche Stabilität und intersituationale Konsistenz vorweisen (Diener, 1994). „Es läßt sich feststellen, dass die Messungen des subjektiven Wohlbefindens keine schlechteren psychometrischen Qualitäten aufweisen, als viele andere psychologische Konstrukte.“ (Staudinger, 2000, S. 188)

Zur Erklärung des leicht erhöhten Wohlbefindens über dem theoretischen Mittel kann die Tendenz eines sozial erwünschten Antwortverhaltens angenommen werden. Dem geht die Annahme voraus, dass die Angaben und verbalen Äußerungen von negativen Stimmungen sozial nicht erwünscht sind und daher sozial angepasst wurden. Unterstreichend hierzu zeigte sich, dass Probanden mit hohem Wohlbefinden stärker auf Items der Subskalen „Vermeidung negativer Emotionen“ und „konformistischer Grundhaltung“ zustimmten (Diener, 1994). Das Antwortverhalten auf den Subskalen zeigt, dass soziale Erwünschtheit nicht nur ein verzerrender Effekt, sondern relevanter Teil bei der Einschätzung des Wohlbefindens ist (Staudinger, 2000).

Bei der Betrachtung des Messzeitpunktes im Zusammenhang von *Längs- und Querschnittuntersuchungen* ist die Argumentation von Brandtstädter und Greven (1992) zu benennen. Die zeitstabile gering positive Wohlbefindenseinschätzung, kann zu Teilen auf die übermäßige Anzahl an Querschnittuntersuchungen zurückgeführt werden, bei welcher die befragten Personen jeweils an unterschiedlichen Positionen im Adaptionsprozess stehen (Brandtstädter & Greven, 1992).

Eine Veränderung im subjektiven Wohlbefinden ist hierbei nicht ersichtlich, wobei sich die unterschiedlichen Einschätzungen entsprechend des jeweiligen Adaptionsprozesses auf ein mittleres (leicht positives) Wohlbefinden ausmitteln. Durch den individuellen Stand des Adaptionsprozesses wird auch der Einfluss von äußeren Effekten kaschiert (Brandtstädter & Greven, 1992). Bei schwerwiegenden Schädigungen des Wohlbefindens kann jedoch eine lebenslange Anpassung oder sogar Aussetzung und Blockade des Anpassungsprozesses erfolgen (Staudinger, 2000). In der Längsschnittbetrachtung zeigt sich die Veränderbarkeit von subjektivem Wohlbefinden. Exemplarisch belegten Suh, Diener und Fujita (1996) in ihrer Längsschnittbetrachtung, dass ein kritisches Lebensereignis zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens in den darauffolgenden drei Monaten führt. Diese prädiktive Wirkung zeichnete sich nicht weiter ab.

Campbell, Converse und Rodgers (1976) postulieren die anteilige Klärung des Paradoxons durch die Erhebung des allgemeinen statt bereichsspezifischen Wohlbefindens. Die eventuellen bereichsspezifischen Differenzen des subjektiven Wohlbefindens könnten sich im Rahmen des allgemeinen Wohlbefindens ausgleichen und zu dem überdauernden leicht erhöhten Wohlbefinden beitragen. Dementgegen zeigte Diener (1994) in seiner Untersuchung, dass auch die bereichsspezifischen Einschätzungen des Wohlbefindens über dem theoretischen Mittel liegen und die Varianz des generellen Wohlbefindens nicht vollständig erklären kann.

Bei der Messung der Validität von Risikoindikatoren für subjektives Wohlbefinden zeigt sich keine valide Erfassung. Ein Beispiel hierfür ist die Variable „Alter“. Alte Menschen sind nicht gleichstark von Altersrisiken betroffen, wodurch das Alter als Risikoindikator nicht valide ist. Dies zeigt sich in den nur geringen signifikanten Korrelationen zwischen dem Alter und dem subjektiven Wohlbefinden und kann zur Aufrechterhaltung des Paradoxons beitragen (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995; Staudinger, 2000).

Ein letzter Erklärungsansatz des Paradoxons auf methodischer Basis beschreibt die Notwendigkeit einer getrennten Erfassung von Wohlbefinden auf emotionaler kognitiver Ebene. Die kognitive Komponente (Lebenszufriedenheit) und die Ebene der negativen Emotionen korrelieren nur gering mit dem Alter. Stärkere negative Zusammenhänge zeigten sich hingegen zwischen dem Alter und den positiven Emotionen (Diener & Suh, 1998).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Facetten des Paradoxons auf methodischer Ebene das Paradoxon relativieren können und Erklärungsansätze bieten. Eine vollständige Erklärung des überdauernden und leicht erhöhten Wohlbefindens über die widrigen Lebensumstände hinaus wird weiterhin offen bleiben (Staudinger, 2000).

4.7.3 Psychologische Einflüsse

Neben den methodischen Erklärungsversuchen des Paradoxons bestehen viele psychologische Einflüsse, welche für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Paradoxons relevant sind. Hierzu zählen zum einen selbstregulative Einflüsse und zum anderen Aspekte der Persönlichkeit und des Selbstkonstruktes.

Ein wesentlicher psychologischer Mechanismus, welcher das Wohlbefinden reguliert und beeinflusst, stellt das Durchführen von *Vergleichen* dar. Vergleiche bestimmen die Einsichtsbildung bei der Beurteilung von Wohlbefinden und können in Anlehnung an die Dissonanztheorie auf sozialer oder temporaler Ebene umgesetzt werden. Soziale Vergleiche richten sich entweder auf einzelne Personen oder ganze Gruppen, wohingegen die temporalen Vergleiche eine Parallele zwischen zukünftigen oder vergangenen Situationen und der Gegenwart herstellen (Festinger, 1954). Nach Wood (1996) können diese Formen von Vergleichen um eine Dimension der Ausrichtung ergänzt werden. Die Aufwärtsvergleiche zeichnen sich vor allem durch die motivationale Komponente aus, die eine Erhöhung der eigenen Leistung oder Stimmungslage anstreben. Abwärtsvergleiche haben hingegen eine schützende (Bedrohung) und stabilisierende Wirkung auf das Wohlbefinden. In der Kombination entstehen die vier Möglichkeiten der sozialen Aufwärtsvergleiche beziehungsweise Abwärtsvergleiche sowie die temporalen Aufwärts- und Abwärtsvergleiche (Staudinger, 2000).

Neben der Umsetzung und Durchführung von Vergleichsprozessen zur Stabilisierung des Wohlbefindens werden adaptive Regulationsmechanismen der Leistungs- und Beurteilungsstandards zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens notwendig. Diese Anpassungen des Anspruchsniveaus dienen der Annäherung an die veränderten, internalen und externalen Lebensbedingungen. Extreme Veränderungen und Abweichungen des Wohlbefindens sind jedoch nur bedingt adaptierbar (Staudinger, 2000). Inglehart (1990) belegt die Anpassung des Anspruchsniveaus durch die nur minimale Erhöhung des Wohlbefindens in Folge einer Gehaltssteigerung.

Eine weitere wesentliche Rolle für das Wohlbefinden spielt die Verfolgung des subjektiv relevanten Zielsystems. Die Verfolgungsprozesse (Lebensinvestment) beziehen sich bei den jungen und mittelalten Erwachsenen überwiegend auf die Arbeit und die Familie. Im hohen Lebensalter rückt die Gesundheit an die Stelle der Arbeit und besitzt adaptiven Charakter. Zudem übt die Priorität des Lebensinvestments eine hohe prädiktive Kraft auf das Ausmaß an subjektivem Wohlbefinden aus (Staudinger, 2000).

Eine letzte, bedeutende Größe im Rahmen der selbstregulatorischen Prozesse stellen die individuellen Bewältigungsstile der Person dar. Die funktionalen und dysfunktionalen Bewältigungsstile haben die Möglichkeit protektiv auf eine drohende Schädigung des subjektiven Wohlbefindens zu wirken oder auch eine bestehende Beeinträchtigung durch kritische Lebensereignisse positiv zu modulieren. Ebenso sind sie für die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung des Wohlbefindens von zentraler Bedeutung (Staudinger, 2000). Die Qualität der Auswirkungen des Bewältigungsverhaltens ist von der Passgenauigkeit und flexiblen Auswahl der jeweiligen Bewältigungsstrategie an die bedrohliche Situation abhängig (Staudinger & Fleeson, 1996). Zuletzt konnten auch Stile, wie „Verantwortungsübergabe“, „Aufgeben“ oder „Laufen-lassen“, aufgrund ihrer Passgenauigkeit bei starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen im hohen Alter einen positiven Zusammenhang zum subjektiven Wohlbefinden aufweisen (Staudinger, Freund, Linden & Maas, 1996).

Neben den selbstregulatorischen Prozessen zeigte sich ein vielfältiges, gut integriertes und positives *Selbstkonzept* als protektiv für das Wohlbefinden (Freund & Smith, 1997). Die Lokalisation des Selbstkonzeptes auf die gegenwärtige Situation und deren Einschätzung ist hoch bedeutsam und fördert beziehungsweise erhält das Ausmaß an Wohlbefinden in Situationen, welche eine Anpassung notwendig machen (Greve, 1990).

Auch verschiedene Persönlichkeitseigenschaften haben sich als Prädiktor für subjektives Wohlbefinden herausgestellt. Hierzu gehören Extraversion in mittlerer und hoher Ausprägung, geringer Neurotizismus sowie eine hohe Ausprägung an Optimismus und Selbstwirksamkeit (Costa, McCrae & Zonderman, 1987). Taylor und Brown (1994) beschrieben positive Illusionen als wichtige Voraussetzung für psychische Gesundheit. Positive Illusionen sind durch eine, nicht der Realität entsprechende, positiv gefärbte Wahrnehmung gekennzeichnet. Im Rahmen der Selbstwahrnehmung führt dies zu einer positiveren Selbsteinschätzung, welche mit einer gesteigerten Einschätzung der Kontrollierbarkeit von Situationen der Umwelt einhergeht. Zudem erfolgen die Einschätzungen der Zukunft durch die positiven Illusionen zumeist positiver als die Bewertungen der Vergangenheit (Taylor & Brown, 1994).

Zusammenfassend kann das Wohlbefindensparadoxon mit Hilfe der selbstregulatorischen Prozesse sowie der Charakteristika der Persönlichkeit, weiter aufgeklärt werden und bestätigt die Beschreibung diapositioneller Anteile unter Einbeziehung der Regulationsprozesse (Staudinger, 2000).

4.7.4 Aspekte des Krankheitsgeschehens

Neben der Vielzahl an Erklärungsansätzen des Paradoxons von Wohlbefinden sollen auch verschiedene Einflüsse auf die Lebenszufriedenheit, als stärker kognitive Komponente des Wohlbefindens, betrachtet werden.

Entgegen den Erwartungen zeigt sich die Schwere der Erkrankung nicht als Indikator für eine geringere Lebenszufriedenheit. Bei der Erfassung der Lebenszufriedenheit mit Hilfe des Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ^M) zeigten hingegen Personen (n=11400) mit leichteren Krankheitsbildern eine geringere Lebenszufriedenheit, als jene Probanden mit schwereren Erkrankungen bei Rollstuhlfahrer, Querschnittslähmungen, Menschen mit Behinderungen oder mit chronisch psychiatrischen Erkrankungen (Herschbach, 2002). Neben dem geringen Einfluss der Krankheitsschwere auf die Erkrankten ist eine erhebliche Belastung der Pflegenden und Angehörigen im Vergleich zur deutschen Durchschnittsbevölkerung (n=6185) ersichtlich. Mit absteigender Belastung des FLZ^M zeigten sich Angehörige von Krebskranken und Parkinsonpatienten als am stärksten belastet, gefolgt von Medizinstudenten, Ärzten und Altenpflegern (Herschbach, 2012).

Ein weiterer Einfluss auf die Lebenszufriedenheit entsteht durch die *Behandlungsintensität*. Zahlten-Hinguranage, Bernd, Ewerbeck und Sabo (2004) konnten belegen, dass die Behandlung von Sarkomen an Extremitäten unterschiedliche Wirkungen auf die Lebenszufriedenheit hat. Eine radikale Amputationstherapie führte bei den Patienten (n=124), im Gegensatz zu einer organerhaltenden Therapie, zu subjektiv weniger Einschränkungen, geringerer emotionaler Belastung und weniger sexuellen Beeinträchtigungen auf dem Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) der European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC).

4.7.5 Versuche der Integration

Infolge der Vielzahl an Einflüssen, welche zur Erklärung des Paradoxons beitragen können, stellt sich nun die Frage nach einer ganzheitlichen Betrachtung des subjektiven Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit.

Staudinger (2000) betont die Bedeutung des Wohlbefindens, die zusammenfassend mehr als nur eine Diskrepanzreduktion auf dem Weg zu einem Ziel darstellt. Wohlbefinden kann auch unabhängig von der Verfolgung individueller Ziel empfunden werden (Staudinger, 200).

Des Weiteren besteht die Wirkung von Wohlbefinden nicht nur in der Wiederherstellung bei Einschränkungen, sondern auch in einer Pufferfunktion bei drohender Beeinträchtigung (Staudinger, 2000). Das SOK-Modell (Selektive Optimierung von Kompensation) von Baltes und Baltes (1990) strebt individuelle positive Anpassungsprozesse durch die Minimierung von Verlusten und Maximierung von Gewinnen an. Auf dieser Grundlage ist eine positive Gewinn-Verlust-Rechnung als Ziel der Wohlbefindensregulation anzusehen. Die Bilanzrechnung ist von den Prozessen der Selektion, Optimierung sowie der Kompensation abhängig (Staudinger, 2000). Die Selektion von Alternativen stellt den ersten Schritt bei der Veränderung des Wohlbefindens dar und kann sowohl der Wiederherstellung (reaktiv) als auch der Prophylaxe (proaktiv) dienen (Staudinger et al., 1996). Eine Veränderung der Kontextbedingungen oder der Ressourcen auf sozialer, materieller, physischer oder psychologisch/kognitiver Ebene moduliert den Optimierungsprozess. Kompensatorische Maßnahmen erfolgen, wenn die Zielverfolgung zum Aufbau des Wohlbefindens durch die aktuellen Strategien nicht gewährleistet werden kann oder das Ziel nicht erreichbar ist. In diesem Fall erfolgt eine wiederholte Auswahl an Alternativen.

Zusammenfassend ermöglicht das Modell einer positiven Gewinn-Verlust-Bilanz zum einen die Integration von Einflüssen und Charakteristiken der Persönlichkeit, welche auf die Selektion, Optimierung und Kompensation wirken. Zum anderen sind die Haben- und Vergleichseffekte zur Regulation des Wohlbefindens sowie eine bewusste Auswahl von Methoden zur Umsetzung (Bewältigungsmechanismen) innerhalb des Modells integriert (Staudinger, 2000).

4.8 Gesundheit im Alter

Die bevorstehenden Veränderungen der demographischen Struktur in der Bevölkerung Deutschlands lassen eine starke Erhöhung des mittleren Alters der Bevölkerung erwarten. Zudem wird sich die durchschnittliche Lebenserwartung bis zum Jahr 2060 auf 85-87,7 Jahre für Männer und 89,2-91,2 Jahre für Frauen erhöhen (Statistisches Bundesamt, 2009a). Diese Zukunftsperspektive fordert eine zunehmende Betrachtung der Menschen im hohen und sehr hohen Alter aus gesundheitspsychologischer Sicht. Innerhalb dieses Seminars wird das Gesundheitsverständnis alter Menschen und die Veränderungen in der Betrachtung des Gesundheitsbegriffes dargestellt.

Die vertiefende Studie von Spulinig, Miche, Wurm und Wahl (2013) zeigt anschließend die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen dem subjektiven Alter und dem Gesundheitszustand der Person.

4.8.1 Demographischer Wandel und Gesundheitszustand im Alter

Im Verlauf der nächsten Jahrzehnte werden sich starke Veränderungen in der Altersstruktur abzeichnen. Das Statistische Bundesamt (2009) geht von einer Zunahme des durchschnittlichen Lebensalters bis 2060 von 7-9 Jahren bei den Frauen und 8-11 Jahren bei den Männern aus. Zudem wird die Anzahl der Geburten für diesen Zeitraum stetig sinken. Die Relationen zwischen den jungen und alten Menschen in Deutschland verändert sich und führt zu einer Erhöhung des Durchschnittalters. Die Zusammensetzung der Bevölkerung bestand im Jahr 2008 aus 19% Kindern und Jugendlichen (bis 20 Jahre), 61% zwischen 20 und 64 Jahren sowie 20% ab dem 65. Lebensjahr. Für das Jahr 2060 prognostizieren die Hochrechnungen eine Zunahme der Personen über dem 65. Lebensjahr auf 34% der Gesamtbevölkerung, wobei bereits 14% über dem 80. Lebensjahr erwartet werden. Diese Zahlen wirken sich auch auf die Anzahl der Erwerbstätigen aus und lassen eine Reduktion der Erwerbstätigen um 27-34% erwarten (Statistisches Bundesamt, 2009).

Diese Zunahme der älteren Bevölkerung kann als „Die größte Herausforderung für das Gesundheitssystem [...]“ (Robert Koch-Institut, 2006, S. 6) verstanden werden. Für die Gesundheitspsychologie ergibt sich daraus die Notwendigkeit, verstärkt Inhalte der Gerontopsychologie, wie physiologische Alterungsprozesse und chronische Krankheiten, zu integrieren. Hierbei besteht die Notwendigkeit präventive Maßnahmen im Umgang mit Menschen im hohen Alter zu verstärken, um den Ausbruch von psychischen und körperlichen Erkrankungen weitestgehend zu vermeiden beziehungsweise aufzuschieben. Zusätzlich kann durch präventives Handeln und gesundheitsfördernde Maßnahmen das Auftreten und Erleben von Einschränkungen und Behinderungen vermindert werden. Dennoch stellen gesundheitliche Einschränkungen ein wichtiges Kernmerkmal des Alterungsprozesses dar (Wurm & Tesch-Röhmer, 2013). Innerhalb des letzten Mikrozensus (2009) zeigte sich, dass auch die Summe an Erkrankungen im Verlauf des Alters stetig zunimmt (Abbildung 14). Hierbei wurden chronische und akute Krankheiten im Zeitraum von vier Wochen vor der Befragung erfasst. Über alle Altersgruppen verteilt gaben 14% der Teilnehmer eine oder mehrere Erkrankungen an. Für die Altersgruppen zwischen dem 60. Lebensjahr bis zum Maximum stieg die Krankheitsanzahl von 16% auf 28% an (Statistisches Bundesamt, 2013a).

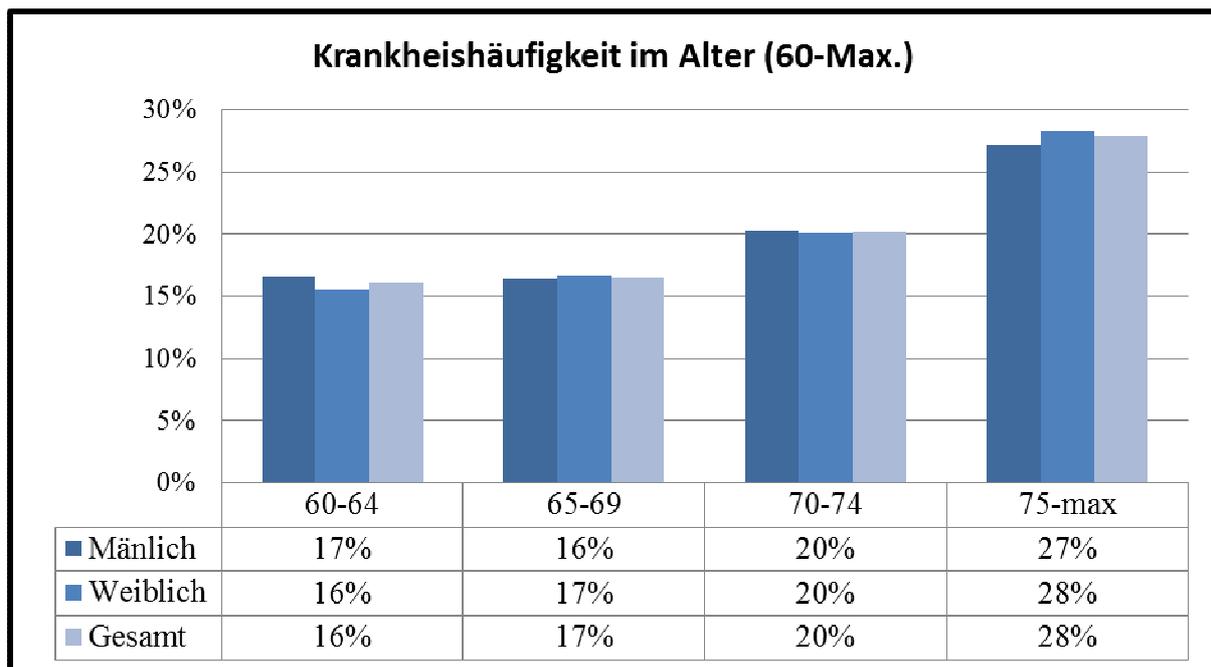


Abb. 13: Krankheitshäufigkeit im Alter (erstellt auf der Datengrundlage des Mikrozensus; Statistisches Bundesamt, 2013a)

Die häufigsten somatischen Erkrankungen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus (absteigende Häufigkeit), ab dem 65. Lebensjahr, sind bei den Männern Herzinsuffizienz, Angina Pectoris, chronisch ischämische Herzkrankheiten, bösartige Neubildungen der Bronchen und Lunge sowie akute Myokardinfarkte. Die Frauen über dem 65. Lebensjahr verließen das Krankenhaus überwiegend mit einer der folgenden Diagnosen: Herzinsuffizienz, Femusfraktur, Hirninfarkt, Gonarthrose und Angina Pectoris (Statistisches Bundesamt, 2008).

Zu den psychischen Erkrankungen werden die Demenzen eingeordnet, welche zusammen mit der Depression die häufigsten Störungen über dem 65. Lebensjahr darstellen (Lampert, Saß, Häfelinger & Ziese, 2005). Die Prävalenz psychischer Störungen unterscheidet sich nicht von den weiteren Altersgruppen. Jedoch verlaufen sie im Alter häufiger chronisch und multimorbid mit körperlichen Erkrankungen. Etwa ein viertel der Bevölkerung über 65 Jahren leidet unter einer psychischen Störung (Weyerer & Bickel, 2007).

Ziel der Gesundheitspsychologie im Alter ist die Identifikation und Förderung von „[...] psychosozialen Ressourcen und Mechanismen, die die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit auch angesichts mit dem Alter zunehmender Einbußen ermöglichen.“ (Wurm, Tesch-Röhmer, 2013, S. 2f) Zudem sollen Einflussfaktoren auf den Alterungsprozess erforscht werden, um positiven Einfluss auf die neuronale Plastizität nehmen zu können. Zuletzt ist das Bild der Gesellschaft und deren Wechselwirkungen auf das Wohlbefinden des alten Menschen von Bedeutung und bedarf wechselseitiger Anpassung (Wurm & Tesch-Röhmer, 2013).

4.8.2 Krankheit als multidimensionales Konstrukt

Aktuelle Konzeptualisierungen von Gesundheit, wie zum Beispiel die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO, beschreiben diese als ein mehrdimensionales Konstrukt. Hierzu gehören die Ebenen der Körperfunktionen und Strukturen der Aktivität und Teilhabe, welche untereinander in wechselseitiger Interaktion stehen und durch Umweltfaktoren sowie personenbezogene Faktoren beeinflusst werden (WHO, 2001).

Diese Dimensionen lassen sich auf das Konzept der Krankheit übertragen. Dabei ist es nicht sinnvoll einen Krankheitswert alleinig auf der Ebene der organischen Funktionsstörung zu beschreiben, ohne deren Auswirkungen auf die Aktivitäten des Alltags und die Teilhabe zu berücksichtigen. Eine lineare Vorhersage der potenziellen Auswirkungen ist jedoch nicht möglich, da diese durch eine Vielzahl verschiedener Einflussfaktoren verstärkt oder abgeschwächt werden. Die Vielzahl an Einflussfaktoren, welche Störungen im Alter bedingen, wurden erstmals innerhalb des Modells von Verbrugge und Jette (1994) beschrieben und durch Weyerer, Ding-Greiner, Marwedel und Kaufeler (2008) weiter entwickelt.

Die Basis des prozesshaften Verlaufs zur Beeinträchtigung im Alter stellen pathologische Zustände innerhalb des organisch physiologischen Systems dar. Hieraus entstehen wiederum Schädigungen des Organsystems, welche durch die Symptombildung die Funktion der Person im Alltag einschränken. Diese Funktionseinschränkungen bedrohen die berufliche sowie soziale Teilhabe und behindern die betroffene Person an der gewohnten Alltagsbewältigung (Weyerer et al., 2008).

Zusätzlich wirken weitere Einflüsse in Form von Risikofaktoren und Therapieeinflüssen auf den linearen Hauptprozess der Beeinträchtigung. Die Risikofaktoren können beispielsweise aus genetischen Dispositionen (biologisch), mangelnder Unterstützung durch Angehörige und Freunde (sozial), ein geringes Kohärenzgefühl (psychologisch) oder räumlichen Barrieren bestehen. Die Einflüsse der Therapie hingegen können sowohl positiv als auch negativ auf den Prozess der Beeinträchtigung einwirken und diesen dadurch beschleunigen oder abbremsen. Extraindividuelle negative Einflüsse können unwirksame Therapien oder Medikamentennebenwirkungen sein. Intraindividuell kann ein dysfunktionales Copingverhalten oder depressive Symptome den Prozess beschleunigen. Neben den situativen Einflüssen ist die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit maßgeblich durch die biographischen Erfahrungen geprägt. Hierbei ist der Gesundheitszustand als Ergebnis lebenslanger Entwicklung anzusehen und integriert sowohl positive Bestandteile des Gesundheitsverhaltens im Verlauf des Lebens als auch alle gesundheitlichen Risiken. Dabei ist die biographische Perspektive zusätzlich abhängig von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialen Grundbedingungen (Weyerer et al., 2008).

4.8.3 Altern im gesellschaftlichen Kontext

Entsprechend der ontogenetischen Betrachtung von Alter und Gesundheit lassen sich verschiedene Entwicklungsaufgaben innerhalb der Lebensspanne separieren. Nach Lindenberg (2002) ist das mittlere Lebensalter (ca. 20-60 Jahre) besonders durch die Etablierung und den Aufbau der Person innerhalb der sozialen und kulturellen Strukturen gekennzeichnet. Hierbei stehen Weiterentwicklung, Familiengründung, beruflicher Werdegang und Partnerschaft im Vordergrund des Bestrebens. Die Ausrichtung in der Lebensgestaltung verändert sich mit dem Eintritt in die 3. Lebensphase (ab 60 Jahre). Nun bestimmen verstärkt Prozesse des „Abwählens“ und der Aufrechterhaltung bestehender Bereiche den Entwicklungsprozess und legen den Schwerpunkt auf Themen wie Gesundheit, Familie und Reflexion des Lebens Lindenberger (2002). Das Interesse an weiterem Zugewinn weicht der zunehmenden Bedeutung der Stabilisierung und Aufrechterhaltung des Funktionsniveaus sowie dem Umgang mit Verlusten. In diesem Zusammenhang stellen Verlusterfahrungen, wie etwa der Eintritt ins Rentenalter, Reduktion des Lebensstandards, der Verlust von nahestehenden Personen, chronische Schmerzen, kognitive Funktionseinschränkungen, Abhängigkeit und Einsamkeit sowie Angst vor der nahenden Endlichkeit eine starke Herausforderung für Regulations- und Bewältigungsprozesse der Person dar (Petermann & Roth, 2006).

Zur Regulation und Bewältigung dieser Erschwernisse und Belastungen im Alter lassen sich zwei ambivalente Umgangsformen beschreiben. Die Aktivitätstheorie beinhaltet die Weiterführung der Entwicklungsaufgaben des mittleren Lebensalters, so lang diese nicht durch starke Einschränkungen unmöglich wird. Die Personen verfolgen ihre sozialen Verpflichtungen und Funktionen mit dem Ziel, dass soziale und kulturelle Gefüge zum Schutz des Selbstwertes, des Wohlbefindens und der Lebensqualität aufrecht zu erhalten. Die Disengagementtheorie vertritt die Position eines schrittweisen und systematischen Rückzuges von der personalen Umwelt und der eigenen ehemaligen Position. Durch die allmähliche Distanzierung und Zunahme an Introspektion soll eine zufriedene Vorbereitung auf das Sterben erreicht werden (Martin & Kliegel, 2005).

Aus diesen beiden Betrachtungsweisen ergibt sich vor allem im Hinblick auf die steigende Lebenserwartung und die Verbesserung des Gesundheitsstatus ein erhebliches Konflikt-potenzial. Die individuellen Bedürfnisse der alten Menschen, welche zunehmend die Aktivitätstheorie präferieren, können der öffentlichen Meinung eines sozialen Rückzuges in Konformität mit dem physiologischen Alterungsprozess entgegenstehen. Hierbei gilt es die kulturelle Betrachtung von Gesundheit und Krankheit hinsichtlich eines funktionalen Verständnisses zu erweitern und dem subjektiven Verständnis der Bevölkerung im hohen Lebensalter anzunähern (Martin & Kliegel, 2005).

4.8.4 Funktionale Gesundheit

Funktionale Gesundheit im hohen Alter beschreibt, „[...] in wieweit ein älterer Mensch mit seinen gesundheitlichen Gegebenheiten, trotz eventueller, gesundheitlicher Einschränkungen, Alltagsanforderungen bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann.“ (Menning, 2006, S. 3) Diese Betrachtung von Gesundheit basiert nicht auf den möglichen körperlichen und geistigen Einschränkungen einer Person, sondern betrachtet den gesundheitlichen Status einer Person anhand der individuellen Möglichkeiten und Einschränkungen. Gesundheit ist hiernach die Möglichkeit, den Alltag und das kulturelle Leben funktional bestreiten zu können (Menning, 2006).

Im Altersprozess wird die funktionale Gesundheit durch kognitive, somatische und psychische Beeinträchtigungen zunehmend bedroht. Um dennoch ein möglichst hohes Funktionsniveau aufrechterhalten zu können, besteht die Forderung an die Medizin, nicht nach einem paternalistischen Behandlungskonzept zu therapieren, sondern vielmehr eine möglichst umfassende Integration des Patienten zu erreichen (Leistner, 2001).

Die Wahrnehmung von Teilhabe dient hierbei als aufrechterhaltender Faktor für die funktionale Gesundheit (Leistner, 2001).

Die funktionale Gesundheit zeigt sich jedoch innerhalb der Pflegestatistik im Verlauf des Altersprozess zunehmend bedroht (Tabelle 3).

Alter	Männlich	Weiblich	Gesamt	Veränderung zu 2009
60-65	1,9%	1,6%	1,8%	20,2%
65-70	3,0%	2,7%	2,8%	-11,7%
70-75	4,8%	4,7%	4,85%	6,9%
75-80	8,9%	10,5%	9,8%	9,8%
80-85	16,6%	22,9%	20,5%	5,4%
85-90	28,6%	41,9%	38,0%	2,5%
>90	36,9%	65,2%	57,8%	22,0%

Tab.:3: Pflegebedürftigkeit und Veränderung zu 2009 (entnommen und modifiziert nach der *Pflegestatistik 2011*; Statistisches Bundesamt, 2013b, S. 13)

Innerhalb der Pflegestatistik (Erhebung, 2011) zeigte sich eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit in fast allen Altersgruppen ab 60 Jahre. Lediglich die Gruppe der 65-70 Jährigen wies eine Reduktion der Pflegebedürftigkeit um 11,7% auf. Die stärkste Zunahme (22%) im zeitlichen Verlauf wies die Gruppe der Personen über dem 90. Lebensjahr auf. Unabhängig von dem Geschlecht, der Gesamtstichprobe oder des Erhebungszeitraums weisen alle Altersgruppen eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit mit dem Alter auf. Hierbei sind Frauen stärker und bis zu doppelt so häufig (>85) auf pflegerische Unterstützung angewiesen als Männer.

4.8.5 Subjektive Gesundheit

Die Bedeutung der subjektiven Gesundheitseinschätzung ist besonders im hohen Lebensalter und aus gesundheitspsychologischer Perspektive von Interesse. Hierbei zeigt sich, dass die objektive Einschätzung der Gesundheit einer Person nicht mit der gefühlten subjektiven Einschätzung der Person übereinstimmen muss (Tesch-Römer & Wurm, 2009).

Oftmals integrieren die Personen zu dem medizinischen, objektiven Faktenwissen ihre individuellen Vorstellungen, Hoffnungen und Ressourcen, aber auch Ängste und Sorgen, in die Betrachtung und das Verständnis ihres Gesundheitszustandes. Im Vergleich zu allen Altersgruppen stimmen die subjektiven und objektiven Einschätzungen im höheren und hohen Alter am wenigsten überein. Zudem ist die subjektive Gesundheit ein besserer sensitiver Indikator für die Mortalität, als der objektive Gesundheitsstatus (Tesch-Römer & Wurm, 2009).

Eine Erklärung dieser erhöhten Differenz zwischen der objektiven und der subjektiven Gesundheitseinschätzung kann in der veränderten Bedeutung der Gesundheitsbetrachtung gesucht werden. Hierbei scheint die Betrachtung der Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit im Verlauf des Alters durch ein Verständnis der Gesundheit als Abwesenheit von Beschwerden, Leiden und funktionellen Einschränkungen veränderlich zu sein. Zudem wird die Zuschreibung von Symptomen stärker auf den Alterungsprozess gerichtet und dem Krankheitsprozess vorenthalten. Diese subjektiv positive Einschätzung der Symptome kann jedoch auch negative Konsequenzen für den Therapieprozess haben, zum Beispiel dann, wenn dadurch Arztbesuche vermieden werden. Zuletzt kann das Ausmaß von personalen und umweltbezogenen Ressourcen eine Erklärung für die erhöhte Differenz zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit bieten. Personale Ressourcen, wie die Lebenszufriedenheit oder erfolgreiche Bewältigungsstile und umweltbezogene Ressourcen, wie das Maß an sozialer Unterstützung durch die Familie, konnten im Verlauf der Biographie erworben werden und stehen der Person nun im Alter zur Verfügung (Tesch-Römer & Wurm, 2009).

4.8.6 Zusammenhang von subjektivem Alter und Gesundheit

Neben der Bedeutung der subjektiven Gesundheit wird auch das subjektive Alter als bedeutender Wirkfaktor im Zusammenhang mit Gesundheit angenommen. Die Forschungsgruppe von Spuling, Miche, Wurm und Wahl (2013) geht innerhalb ihrer Studie der Frage nach, ob kausale Zusammenhänge zwischen subjektivem Alter und dem Gesundheitszustand im hohen Lebensalter bestehen. Hierfür nutzten sie die vier Gesundheitsdimensionen der physischen, funktionalen, subjektiven und mentalen Gesundheit (Spuling et al., 2013).

Im Rahmen der Hypothesen wurde angenommen, dass die subjektive und funktionale Gesundheit einen höheren Zusammenhang mit dem subjektiven Alter aufzeigt, als die mentale Gesundheit. Zudem wird analysiert, ob das subjektive Alter die Gesundheit auf den einzelnen Dimensionen fördert (Spuling et al., 2013).

Die Stichprobe wurde im Rahmen des deutschen Alterssurveys durchgeführt und beinhaltet 3038 Probanden und zwei Messezeitpunkte (T1: 2002; T2: 2008). Bei der wiederholten Messung (T2) erfolgte eine Bereinigung von 58,3 %. Zum Vergleich des mittleren und des hohen Alters ordneten die Autoren die Probanden entsprechend ihrem Alter in eine Gruppe der mittel-Alten (40-64 Jahre) und der hoch-Alten (>65 Jahre). Zu T1 verfügte die Gruppe des mittleren Alters (n=1756) über ein mittleres Alter von 52,2 (SD= 7.55) und bestand aus 49,9% Männern. Die Gruppe des höheren Alters (n=1282) zeigte ein mittleres Alter von 73,7 (SD= 5.19; Spuling et al., 2013).

Für die Messung des subjektiven Alters wurde ein Item erstellt: "Forget your actual age for a moment: "How old do you feel, if you had to express it in years?" (Spulinig et al., 2013, S. 8). Anschließend erfolgte eine Differenzbildung zwischen dem subjektiven und biographischen Alter. Für die Erfassung der Gesundheitsdimensionen kamen unterschiedliche Verfahren zum Einsatz. Die Einschätzung der physischen Gesundheit erfolgte auf einem zweistufigen Antwortformat mittels einer Checkliste mit somatischen Gesundheitsproblemen (11 Items). Die funktionale Gesundheit wurde mit einer Subskala des Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF 36; 10 Items) von Bullinger und Kirchberger (1998) auf einem dreistufigen Antwortformat erhoben. Für die subjektive Gesundheit generierte die Forschungsgruppe das Item („How would you rate your present state of health?“) mit fünfstufiger Antwortskala. Mit Hilfe der 15 Items der Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D Scale) von Hautzinger (1988) konnten depressive Symptome auf vier Stufen erfasst werden (Spuling et al., 2013).

Die Analysen erfolgten mittels T-Tests zur Ermittlung der Altersgruppenunterschiede und „cross-lagged-panel“-Korrelation für das verzögerte Kreuzdesign nach Meng, Rosenthal und Rubin (1992). Hierfür wurden das subjektive Alter und die Gesundheitsdimensionen T-standardisiert (Spuling et al., 2013).

Im Rahmen der deskriptiven Ergebnisse zeigte sich, dass beide Gruppen ein subjektiv geringeres Alter zum realen Alter angaben. Zudem zeigte sich, ein signifikante Unterschiede zwischen den Gruppe bestanden (Spuling et al., 2013).

Die Gruppe des hohen Alters hatte hierbei mehr physikalische Gesundheit $t(2235.987) = -18.057$, $p < .05$, eine geringere funktionale Gesundheit $t(1980.915) = 21.671$, $p < .05$ und mehr depressive Symptome $t(2518.615) = -4.896$, $p < .05$. Die Ergebnisse des Querschnitts (T1) belegten geringe bis mittlere signifikante Zusammenhänge (Tabelle 4) zwischen den Gesundheitsdimensionen und dem subjektiven Alter (Spuling et al., 2013).

Subjektives Alter	Physische Gesundheit	Funktionale Gesundheit	Subjektive Gesundheit	Depressive Symptome
Gesamt	$r = .10^*$	$r = -.16^*$	$r = -.25^*$	$r = .24^*$
Mittleres Alter	$r = .07^*$	$r = -.13^*$	$r = -.24^*$	$r = .24^*$
Hohes Alter	$r = .19^*$	$r = -.25^*$	$r = -.31^*$	$r = .25^*$

Tab.: 4: Korrelation zwischen dem subjektiven Alter und den Gesundheitsdimensionen; Signifikanzen: $* = < .05$, $** = < .01$, $*** = < .001$ (entnommen und modifiziert nach Spuling et al., 2013, S. 10)

Die Ergebnisse zeigen, dass ein geringeres subjektives Alter mit einer besseren subjektiven und funktionalen Gesundheit sowie wenigen depressiven Symptomen korreliert, jedoch schwach negativ mit der physischen Gesundheit (schlechteren physischen Gesundheit) im Zusammenhang steht. Die Stärke der Korrelationen zum subjektiven Alter war auf allen gesundheitlichen Dimensionen bei der Gruppe des hohen Alters stärker, als bei den mittelalten Probanden. Hierbei unterschieden sich die Gruppen, mit Ausnahme der depressiven Symptome, signifikant ($p < .05$) voneinander (Spuling et al., 2013). Die Überprüfung der Längsschnittwirkungen wurde mittels der „cross-lagged-panel“-Korrelation und entsprechenden Post-Hoc-Tests (chi-quadrat) für die Gesamtgruppe sowie die einzelnen Altersgruppen separat durchgeführt. Die Untersuchungen der Beziehungen zwischen dem subjektiven Alter und der physischen Gesundheit weisen keine signifikanten Gruppenunterschiede auf. Für die Gesamtgruppe hingegen zeigte sich, dass das subjektive Alter die physische Gesundheit vorhersagt ($\beta = .07$, $p < .05$; $\Delta X^2 = 2.893$, $\Delta df = 1$, $p > .05$). Die Wirkungsmechanismen zwischen dem subjektiven Alter und der subjektiven Gesundheit zeigen eine wechselseitige Beziehung ($\beta = -.08$, $p < .05$; $\Delta X^2 = 0.232$, $\Delta df = 1$, $p > .05$), welche wiederum für die gesamte Stichprobe signifikant war (Spuling et al., 2013).

Zudem konnte zwischen dem subjektiven Alter und depressiven Symptomen ein einseitiger Wirkungsmechanismus ($\beta_{\text{middle-aged}}=.10$, $\beta_{\text{old-aged}}=.12$, $p<.05$; $\Delta X^2=0.019$, $\Delta df=1$, $p>.05$) für beide Altersgruppen analysiert werden. Zwischen dem subjektiven Alter und der funktionalen Gesundheit zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse (Spuling et al., 2013).

Methodenkritisch ist die Selektion der Teilnehmer aus Privathaushalten zu benennen, wodurch eine Generalisierung auf Institutionen nicht möglich ist. Des Weiteren stützen sich die Informationen zum Gesundheitsstatus der Probanden ausschließlich auf subjektive Angaben. Das Konstrukt „subjektives Alter“ ist nur als ein Einflussfaktor auf die Gesundheit im Alter anzusehen, wodurch die aufgezeigten Kausalitäten stärker als Wirkungsrichtungen zu verstehen sind und keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben (Spuling et al., 2013).

Zusammenfassend zeigten sich im Querschnitt (T1) signifikante Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Alter und den erhobenen Gesundheitsdimensionen. Im Längsschnitt (T1-T2) führte subjektives Alter zu subjektiver, körperlicher und mentaler Gesundheit. Einen Beleg für die Wirkung der Gesundheitsdimensionen auf das subjektive Alter konnte nur für die subjektive Gesundheit gefunden werden. Diese Ergebnisse drücken die Bedeutsamkeit der individuellen Alterseinschätzung und deren Wirkung auf die Gesundheit aus (Spuling et al., 2013).

4.9 Gesundheit und „neue Medien“ am Beispiel Internetnutzung

Neben den verstärkt gesundheitspsychologischen Inhalten der vergangenen Veranstaltungen sollen in den kommenden Moduleinheiten verstärkt Inhalte betrachtet werden, welche die Vernetzung zu der Klinischen Psychologie und Rehabilitation thematisieren. Hierzu zählt die Nutzung sogenannter „neuer Medien“ und deren Einfluss auf das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen. In dieser Veranstaltung werden medienübergreifende Entwicklungen vorgestellt und deren Risiken und Chancen, im Bezug auf die Gesundheitspsychologie und Gesundheitspolitik aufgezeigt. Als Vertiefung sollen aktuelle Untersuchungen das Thema „Pathologischer Internetgebrauch“, dessen Prävalenz und Krankheitsrelevanz detailliert vorstellen. Bei der Betrachtung von Forschungsergebnissen aus dem Bereich der neuen Medien sei jedoch noch einmal explizit auf die Schnelllebigkeit der Entwicklungen hingewiesen. Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist dabei stets die Frage nach der aktuellen Gültigkeit zu berücksichtigen. Im Verlauf weniger Jahre können sich mediale Systeme stark verändert darstellen.

So wurde Facebook, als eines der am weitesten verbreiteten internationalen Kommunikations- und Multimediaportale erst im Jahr 2006 veröffentlicht und weist im März 2013 international eine Teilnehmerzahl von ca. 1,11 Milliarden auf (Facebook, 2013). Zudem verändert der Einfluss neuer moderner Kommunikationsgeräte (z.B. Smartphone) die Nutzung und damit einhergehend den Einfluss „neuer Medien“ rasant. Nach den Angaben der Google-Studie „Unser mobiler Planet“ zeigt sich eine Zunahme in der Verbreitung von Smartphones (2011-2013) von 18% auf 40% innerhalb der deutschen Bevölkerung (Google, 2013). Die Gewährleistung möglichst aktueller Ergebnisse von medienbezogenen Untersuchungen ist auch im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit eine wesentliche Herausforderung zukünftiger Forschung.

4.9.1 Bedeutung für die Gesundheitspsychologie

Die Entwicklungen des vergangenen Jahrzehnts sind vor allem durch eine zunehmende Digitalisierung zu beschreiben. Die neuen Medien, insbesondere die zunehmende Verbreitung des Internets, führen zu weitreichenden Veränderungen bei dem Erwerb und Umgang von neuem Wissen. Bei der Vielfalt an Informationen gilt es gezielt zu suchen, zu selektieren, bewerten und verarbeiten zu können, wobei individuelle und subjektive Strategien sowie die Vorerfahrungen einer Person maßgeblich am Wissenserwerb beteiligt ist. Zudem sind die Möglichkeiten sozialer Interaktionen durch neue Medien erweitert. Personen lernen sich über das Internet kennen, können Beziehungen über große Distanzen sehr viel einfacher aufrechterhalten (Smartphone) und über neue Anwendungen sehr viel hochfrequenter gestalten (Stetina & Kryspin-Exner, 2009). Diese Anpassung an die Veränderungen im Umgang mit digitalem Wissen, Beziehungsgestaltung und auch den technischen Kompetenzen für die Nutzung ist nicht für alle Menschen gleich. Hierbei stehen sich zwei Gruppen von Internetnutzern gegenüber. Zum einen lassen sich die „digital Natives“ beschreiben, welche die Veränderungen und Techniken moderner Kommunikation im Verlauf der Kindheit und Entwicklung fast von Geburt an gelernt und in ihr Leben integriert haben. Zum anderen besteht die Gruppe der „digital Immigrants“, die den Umgang mit den „neuen Medien“ im Verlauf ihres Lebens in ihre gewohnten Kommunikationsstrategien integrieren müssen. Beide Gruppen stehen hierbei an unterschiedlichen Ausgangspunkten und sehen sich mit unterschiedlichen Chancen und Schwierigkeiten konfrontiert. „Keine neue Medienentwicklung hat die Gemüter so erregt und einen solchen Hype ausgelöst wie das Internet [...]“ (Ridder & Engel, 2010, S. 523)

Die Bedeutung der Internetnutzung für die Gesundheitspsychologie ist besonders im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung, -aufrechterhaltung und Prävention bei jungen Menschen zu betrachten. Die Bezeichnung eHealth verbindet hierbei wesentlichen Inhalt. Gesundheitsrelevante Daten sollen gesammelt, aufbereitet und verbreitet werden, mit dem Ziel, gesundheitliche Risiken zu minimieren und Sicherheit aufzubauen. Durch Informations- und Kommunikationstechniken (IKT) lassen sich gesundheitsrelevante Inhalte zeitnah austauschen und im Bereich der Onlineintervention und Therapienachsorge gewinnbringend einsetzen. Gesundheitsbezogene Risiken können zum Beispiel durch die Verbreitung von gesundheitsschädlichen Ideen oder der übermäßigen Nutzung des Internets (Suchtcharakter) entstehen. Die zunehmende Tendenz, gesundheitliche Einschränkungen vor der Arztkonsultation online zu recherchieren, kann somit zum einen der Informationssuche dienen, welche Eigeninitiative und Kompetenz im Zusammenhang mit gesundheitsfördernden Verhaltensweisen hervorruft. Zum anderen besteht durch eine selektive Informationssuche oder Fehleinschätzung die Gefahr, Symptome zu unterschätzen oder gesundheitsschädigende Interventionen ohne ärztliche oder psychologische Rücksprache einzuleiten (Stetina & Kryspin-Exner, 2009).

4.9.2 Verbreitung neuer Medien

Die zehnte Welle der „Massenkommunikation“, eine Längsschnittstudie im Auftrag des ZDF und ARD, wurde in der letzten Umsetzung zur Beschreibung der Mediennutzung im Intermediavergleich im Jahr 2010 durchgeführt. Die seit 1964 in fünfjährigem Abstand durchgeführte Erhebung ermöglicht die Darstellung von Veränderungen in der Mediennutzung. Zum letzten Messzeitpunkt verfügten 64% der Probanden (N=4503) über einen DSL-Anschluss, wobei sich die durchschnittliche Internetnutzung im Vergleich zu 2005 verdoppelt hatte. Die tägliche Durchschnittsmediennutzung innerhalb der deutschen Gesamtbevölkerung lag bei 583 Minuten. Besonders interessant scheint die Verteilung der Mediennutzung und deren Veränderungen zwischen der Gesamtbevölkerung und der Gruppe der 14-29 jährigen Probanden. Die Gesamtbevölkerung nutzte vor allem Fernsehen (38%), Radio (32%) und das Internet (14%), welches erstmalig vor der Musik (CD/MC/LP/MP3; 6%) an dritter Stelle steht. Die Probanden bis zum 29. Lebensjahr nutzten das Radio (27%) und Fernsehen (24%) weniger, wobei die Internetnutzung (26%) die zweite Position einnimmt. Zudem nutzten sie auch stärker Musikträger (14%) (Ridder & Engel, 2010).

Die Bücher, Tageszeitungen und weitere Medienformen wurden in beiden beschriebenen Gruppen weniger als 5% des durchschnittlichen Tagesmedienkonsums genutzt. Eine genaue Betrachtung des Internetgebrauches zeigt auf, dass die Probanden im Verlauf des Tages überwiegend individuelle Anwendungen nutzen. Die jüngeren Probanden tätigten diese individuellen Anwendungen (Chat und Communitys, Suchmaschinen, Surfen...) zudem ca. doppelt so häufig wie die Gesamtstichprobe. Die Musik und das Video fand bei den 14-29 jährigen Probanden fast die dreifache Anwendung zur Allgemeinbevölkerung (Ridder & Engel, 2010). In der Abbildung 14 ist dargestellt, wie viel Prozent der Stichprobe die jeweilige Anwendung täglich nutzt.

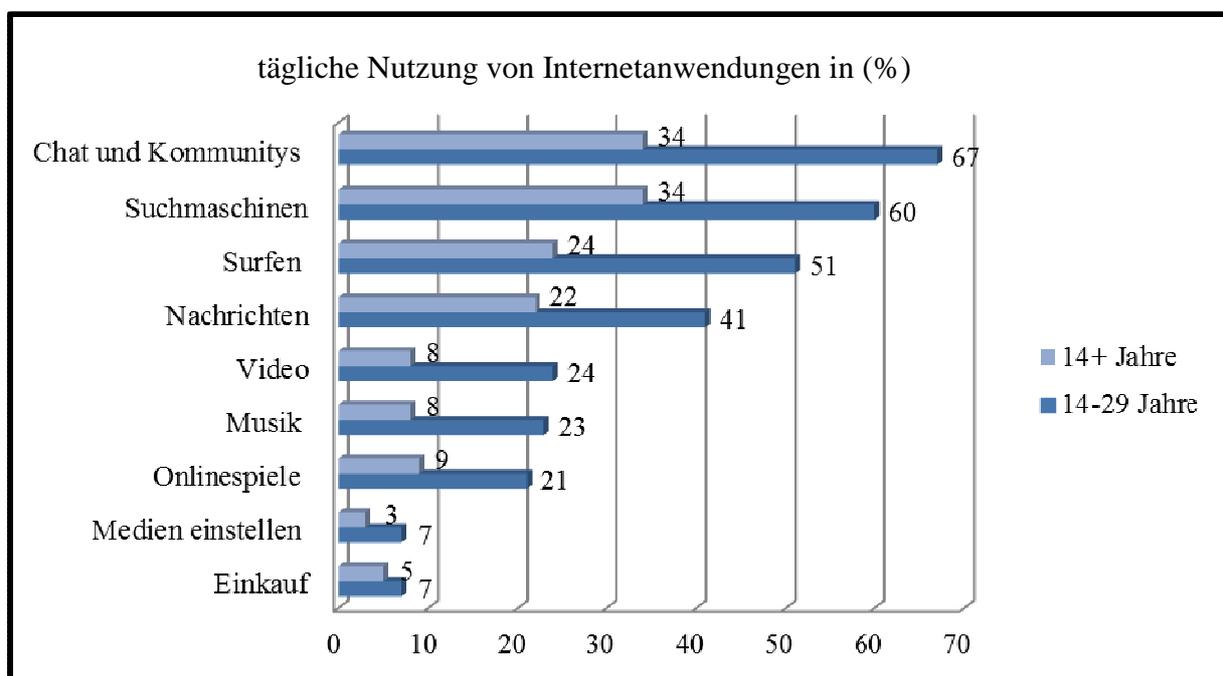


Abb. 14: tägliche Nutzung von Internetanwendungen (entnommen und modifiziert nach Ridder & Engel, 2010, S. 531)

4.9.3 Pathologischer Internetgebrauch

Die starke Zunahme der Internetnutzung lässt auch potenzielle Gefahren erkennen. Die von Rumpf, Meyer, Kreuzer und John (2011) vorgestellte PINTA-Studie befasst sich mit Einschätzungen der Prävalenz von Internetabhängigkeit als stoffgebundene Sucht. Zur Klärung der Frage, ob Internetabhängigkeit eine stoffungebundene Sucht darstellt, welche ein bundespolitisches Handeln erfordert, werden valide erhobene Prävalenzen benötigt.

Ziel der Studie ist eine für Deutschland repräsentative Prävalenzeinschätzung für das Altersspektrum von 14-64 Jahren. Grundlage der Analysen stellte die Datenmaske der Untersuchung zum „*Pathologischen Glücksspiel und Epidemiologie*“ (PAGE) von Meyer, Rumpf, Kreuzer, de Brito, Glorius et al. (2011) dar. Die multimodale Befragung erfasste mit Hilfe eines ca. 15 minütigen computergestützten Telefoninterviews (CATI) sowohl eine Zufallsauswahl von deutschen Festnetznummern (N=14.022) als auch Handynummern (N=1.001; Meyer et al., 2011).

Die Internetabhängigkeit wurde innerhalb der Befragung im Rahmen der Komorbiditäten durch *Compulsive Internet Use Scale (CIUS)* von Meerkerk, Van Den Eijnden, Vermulst und Garretsen (2009) erhoben. Die einfaktorielle Struktur ermöglicht die Einschätzung der Internetabhängigkeit durch einen Summenwert (0-56), welcher sich aus den 14 Items (zum Beispiel „Wie häufig schlafen Sie zu wenig wegen des Internets?“) auf vierstufigem Antwortformat zusammensetzt (Meerkerk et al., 2009).

Zur Einschätzung der Prävalenz nutzten die Autoren der PINTA-Studie zwei methodische Vorgehensweisen, welche sie im Anschluss verglichen. Zum einen erfolgte die Einschätzung über einen Cut-Off-Wert (28), der von Van Rooij, Schoenmakers, Vermulst, Van Den Eijnden und Van De Mheen (2011) innerhalb einer Untersuchung zur Online-Video-Spielsucht von 13jährigen und 16jährigen Schülern erstellt und auf die PINTA-Stichprobe angewendet wurde. Der mit Hilfe einer Latent Class Analyse (LCA) erstellte Cut-Off-Wert beschreibt alle Personen, welche einen höheren Summenwert der CIUS als 28 haben, als internetabhängig. Zum anderen identifizierten die Autoren wiederum, mittels einer Latent Class Analyse (LCA) für die eigene Stichprobe, sechs Gruppen, wovon zwei hinsichtlich ihres Antwortverhaltens als internetabhängig (Gruppe 6) oder problematischer Internetgebrauch (Gruppe 5) einzuschätzen sind. Die Gruppen der pathologischen Internetnutzung besitzen ein mittleres Alter von 30 Jahren, zeigten einen durchschnittliche CIUS-Summenwert von 48,7 und verbrachten 29,2 Stunden in der Woche online. Die Gruppe des problematischen Internetgebrauchs ist durch ein mittleres Alter von 27,6 Jahren, einen mittleren CIUS-Summenwert von 37,3 und einen mittleren Onlinewochenstundenutzungswert von 22,5 Stunden gekennzeichnet (Rumpf et al., 2011).

Die Ergebnisse der Prävalenzanalyse über den Cut-Off-Wert zeigen eine Prävalenzrate der Probanden zwischen 14-64 Jahren von 1,5 % (Frauen, 1,3%; Männer, 1,7%). In den jüngeren Stichprobengruppen konnte eine höhere Prävalenz festgestellt werden, wobei die Frauen dieser Gruppe häufiger eine Internetabhängigkeit aufwiesen (Rumpf et al., 2011).

Für die Stichprobengruppe von 14-24 Jahren zeigten sich 3,8% (4,5 % Frauen, 3,0% Männer) und für die Stichprobengruppe von 14-16 Jahre 6,3% als internetabhängig. Die Ergebnisse der mittels LCA erstellten Gruppen zeigen geringere Prävalenzen. Als internetabhängig gelten 1% zwischen 14-64 Jahren, 2,4% zwischen 14-24 Jahren und 4% zwischen 14-16 Jahren. Eine höhere Suchtprävalenz (siehe Abbildung 15) zeigen die Frauen nur in der Stichprobe von 14-16 Jahren. Die Prävalenz eines problematischen Internetgebrauchs ist deutlich höher. Geschlechtsunabhängig gelten 4,6 % der 14-64 jährigen, 13,6% der 14-24 jährigen und 15,4% der 14-16 jährigen Probanden als gefährdete Nutzer. Die Frauen zeigen in den jüngeren beiden Stichproben eine höhere Häufigkeit an problematischem Internetgebrauch (Rumpf et al., 2011).

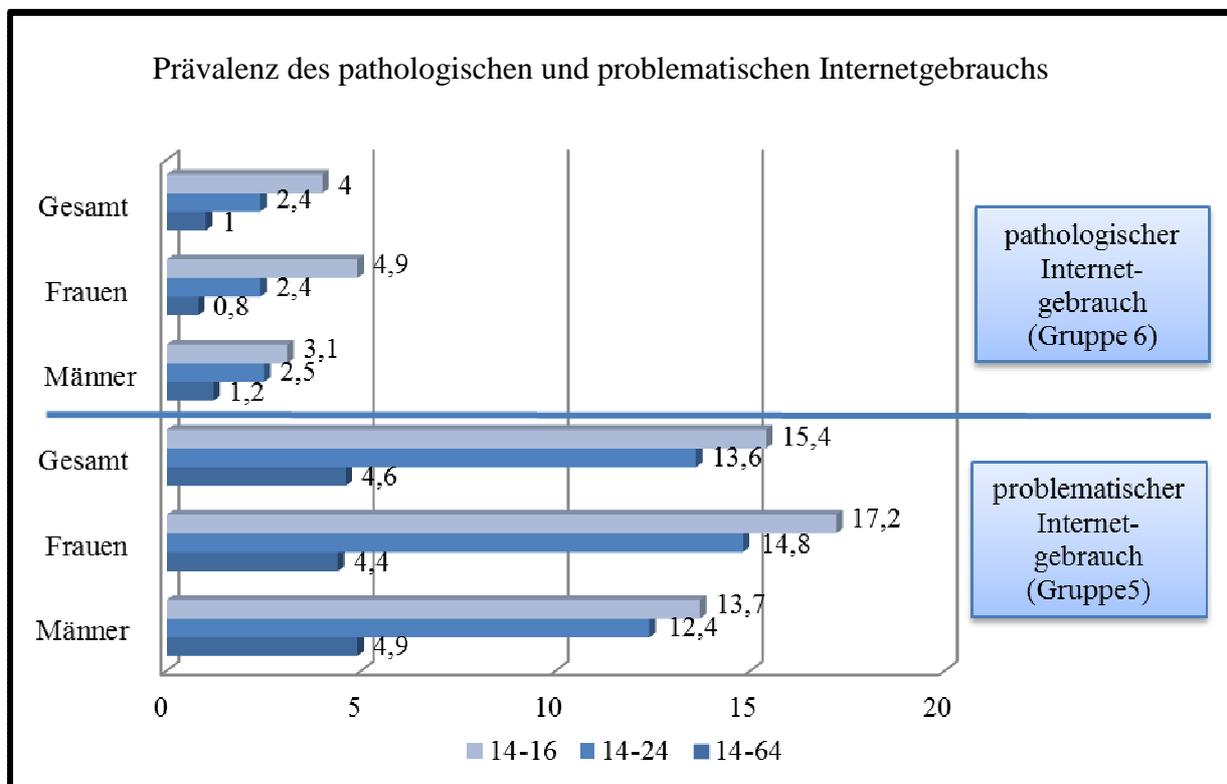


Abb. 15: Prävalenz des pathologischen und problematischen Internetgebrauchs (erstellt nach Rumpf et al., 2011, S. 15ff.)

Neben den Ergebnissen der Prävalenz konnten Unterschiede in der Nutzungsform festgestellt werden. Die Überprüfung mittels des Cutt-Off-Wertes belegte, dass die Probanden mit pathologischem Internetgebrauch einen signifikanten Unterschied ($p < 0.001$) zwischen den Nutzungspräferenzen aufweisen (Rumpf et al., 2011).

Während Frauen das Internet überwiegend für soziale Netzwerke (81,4%) und zur E-Mail-Kommunikation (12,7%) nutzten, gebrauchen Männer das Internet primär für soziale Netzwerke (61,4%) und spielten zudem Onlinespiele (28,9%). Die Ergebnisse der LCA erstellten Gruppe mit pathologischem Internetgebrauch zeigen wiederholt signifikante Geschlechtsunterschiede in der Nutzungsform ($p < 0.001$) und unterstreichen die Bedeutung von sozialen Netzwerken (Frauen, 77,1%; Männer, 64,8%). Im Geschlechtervergleich nutzen die Männer auch hier das Internet stärker für Onlinespiele (33,6%; Frauen 7,2%). Einzelne Nutzungsformen, wie zum Beispiel die E-Mail-Kommunikation, sind nicht mehr von beiden Geschlechtern (Frauen, 11,7%; Männer, 0%) beschrieben (Rumpf et al., 2011).

Zusammengefasst zeigen die Berechnungen auf der Basis des Cut-Off-Wertes durchgehend höhere Prävalenzen von Onlineabhängigkeit innerhalb der repräsentativen deutschen Stichproben als die LCA erstellte Gruppe 6. Als mögliche Fehlerquelle ist einerseits die Erstellung des Cut-Off-wertes auf der Basis der Schülerdaten (13 bzw. 16 Jahre) und andererseits eine eingeschränkte Übertragbarkeit von Onlinespielsucht auf Onlineabhängigkeit zu erwähnen. Bei der Berechnung mit Hilfe der LCA-Klassen haben Frauen höhere Prävalenzen in Bezug auf die Internetabhängigkeit (14-16 Jahre) und die problematische Internetnutzung (14-24 und 14-16 Jahre) (Rumpf et al., 2011).

Nach den Angaben des Drogen- und Suchtberichtes von Dyckmans (2012) ergeben die Prävalenzangaben 560.000 Internetabhängigen zwischen 14-64 Jahren, 250.000 davon in der Altersgruppe 14-24 Jahre und 100.000 im Alter von 14-16 Jahren. Als problematische Internetnutzer müssen 2,5 Mio. der 14-64 Jährigen, 1,4 Mio. der 14-24 Jährigen 400.000 der 14-16 Jährigen angesehen werden (Dyckmans, 2012).

4.9.4 Pathologischer Internetgebrauch als eigenständiges Störungsbild

Die zuvor beschriebene PINTA-Studie belegt die Bedeutung pathologischer Internetnutzung innerhalb Deutschlands. Darauf aufbauend überprüfte eine aktuelle Studie von Schuhler, Sobottka, Vogelgesang, Fischer, Flatau et al. (2013) in wie weit sich pathologischer PC/Internet-Gebrauch innerhalb der psychosomatischen und Suchtrehabilitation als eigenständiges Störungsbild vorzufinden und von ähnlichen Störungsbildern abgrenzbar ist. Als Vergleichsstörungen wurden pathologisches Glücksspiel, stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen und eine Gruppe weiterer psychischer Störungen innerhalb der Psychosomatik gewählt (Schuhler et al., 2013).

Die *Erhebung* erfolgte an den AHG Kliniken Münchwies und Schweriner See und in Kooperation mit der Hochschule für Gesundheit und Sport, Berlin. In den Sucht- und psychosomatischen Abteilungen konnten 395 Teilnehmer (65,6% Männlich) mit einem durchschnittlichen Alter von 40,2 Jahren ($SD=12,07$) erfasst werden. Die Datenanalyse erfolgte nach dem Vorbild eines quasiexperimentellen Mehr-Gruppen-Plans von Campbell und Stanley (1963) sowie Borrtz und Döring (2006). Zum Einsatz kamen sowohl einfaktorielle multivariate Varianzanalysen sowie Diskriminanzanalysen in zweifach und vierfach gestufter Form. Die zweifachgestuften Analysen verglichen die Gruppe der pathologischen Internetnutzer ($N=100$) mit allen anderen Teilnehmern ($N=295$), wohingegen die vierfachgestuften Analysen eine Differenzierung der pathologischen Internetnutzer von den Gruppen der Glücksspieler ($N=100$), Abhängigkeitserkrankten ($N=97$) und anderen psychischen Störungen ($N=98$) erreichen soll (Schuhler, Sobottka, Vogelgesang et al. 2013).

Um eine möglichst umfassende Differenzierung der verschiedenen Störungsbilder zu gewährleisten, nutzten die Autoren eine Vielzahl verschiedener *Verfahren*, welche jeweils Dimensionen des Krankheitsgeschehens abbilden. Neben dem bereits beschriebenen Compulsive Internet Use Scale (CIUS; Meerkerk et al., 2009) soll der Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch (KPC; Petry, 2010) mit 20 Items auf vierstufigem Antwortformat die Computernutzung repräsentieren. Zur Erfassung von Belastungen und Symptomen wurde die Symptom-Checkliste (SCL-90R; Franke, 2002) mit 90 Items auf fünfstufigem Antwortformat genutzt. Zudem schätzten die Probanden ihre emotionale Stimmung mit Hilfe des Beck Depressions-Inventars II (BDI-II; Hautzinger, Keller & Kuhner, 2006) auf 21 Items (vierstufiges Antwortformat) und die eigene Impulsivität durch die Barratt Impulsiveness Scale (BIS; Preuss, Rujescu, Giegling, Watzke, Koller et al., 2008) auf 34 Items und vierstufigem Antwortformat ein. Die Persönlichkeit der Probanden erfassten die 60 Items der 5 Skalen des NEO-Fünf-Faktoreninventars (NEO-FFI; Borkenau & Ostendorf, 2008). Die jeweiligen Aggressivitätsfaktoren (K-FAF; Heubrock & Petermann, 2008) können durch die 49 Items des sechsstufigen Antwortformates beschrieben werden. Des Weiteren beinhaltet die Erhebung die Erfassung von interpersonalen Problemen (IIP; Horowitz, Straus & Kordy, 2000) auf 127 Items (fünfstufiges Antwortformat) sowie die Selbstwertregulation auf der multidimensionalen Selbstwertskala (MSWS; Schütz & Sellin, 2006) mit 32 Items (Schuhler et al., 2013).

Die Gruppe der PC-Patienten weist in der Stichprobenbeschreibung eine hohe Anzahl psychischer und somatischer Komorbiditäten auf. Im Bereich der psychischen Nebendiagnosen zeigten sich vor allem depressive Störungen (52%), Tabakabhängigkeit (52%), Persönlichkeitsstörungen (28%), Soziale Phobien (15%) und Essstörungen (10%). Lediglich 34% der Befragten berichteten über keine oder eine einzelne Komorbidität. Im Bereich der somatischen Erkrankungen klagten die Probanden überwiegend über Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (44%) sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen (28%), wobei hier das Auftreten von multiplen Komorbiditäten (38%) geringer ist (Schuhler et al., 2013).

Im Rahmen dieser Ausarbeitung soll sich die Ergebnisdarstellung auf die viergestuften Vergleiche konzentrieren. Die Ergebnisse belegen für den Bereich soziodemographischer Variablen, dass sich die Gruppe der PC-Patienten signifikant von den anderen Gruppen unterscheidet ($F(3,391) = 24,583$; $p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,203$). Die signifikanten Unterschiede mit mittlerer und geringer Effektstärke zeigen sich zwischen dem Alter ($F(395) = 60,2$; $p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,316$), dem Geschlecht ($p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,194$) sowie dem Partnerschaftsstatus ($p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,055$). Im Bereich der Somatologie wurden signifikante Mittelwertunterschiede ($F(3,391) = 4,296$; $p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,120$) zwischen den vier Gruppen in Bezug auf Depressivität (SCL-90R; BDI-II), Impulsivität (BIS), Somatisierung (SCL-90R), Zwanghaftigkeit (SCL-90R) und Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90R) festgestellt. Des Weiteren kann die Gruppe der PC-Patienten signifikant ($F(3,391) = 4,304$; $p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,242$) auf fast allen Skalen der Persönlichkeit, Selbstwertstruktur und Interpersonale Probleme anhand der Mittelwertunterschiede abgegrenzt werden. Die viergestuften Diskriminanzanalysen konnten anhand von Variablen die Gruppen des pathologischen Internetgebrauchs (80%), des Glücksspiels (57%), der Substanzabhängigkeit (57%) und die Gruppe anderer psychischer Erkrankungen (62%) sicher trennen (Schuhler et al., 2013).

Zusammenfassend zeigte sich eine klare Abgrenzung zu Glücksspielsucht, substanzgebundenen Süchten und anderen psychischen Störungen. Bei der zukünftigen Einordnung des pathologischen Internetgebrauchs in diagnostische Klassifikationssysteme empfehlen die Autoren eine Zuordnung zu den Verhaltens- und Beziehungsstörungen ($F 68.8$), statt zu der nicht-stoffgebundenen „Verhaltenssucht“. Die Vielzahl an Komorbiditäten erfordert ein stärker psychosomatisch orientiertes Vorgehen innerhalb der Therapie, welches nicht über eine Entwöhnung steuerbar ist. Ein adäquates Behandlungsprogramm steht noch für zukünftige Entwicklungen aus und sollte sich an einer 8-12 wöchigen Behandlungsdauer, unter Einbeziehung eines interdisziplinären Behandlungssettings, orientieren (Schuhler et al., 2013).

4.10 Rehabilitationsmotivation am Beispiel von Herzerkrankungen

In dieser Veranstaltung soll das Konzept der Behandlungsmotivation thematisiert werden. Hierbei gilt es, einen Überblick über die motivationalen Besonderheiten im Rahmen des therapeutischen Settings zu erlangen. Welche Faktoren beeinflussen die Aufnahme und Aufrechterhaltung einer Behandlung? Wie kann Behandlungsmotivation erfasst werden und welche Rolle spielt die Motivation innerhalb der Rehabilitation? Diese Fragen sollen innerhalb der Veranstaltung beantwortet werden. Darauf folgend wird anhand einer aktuellen Untersuchung der Einfluss hoher Therapiemotivation in dem Teilgebiet der kardiologischen Rehabilitation vorgestellt.

4.10.1 Definition und begriffliche Einordnung

Die Behandlungsmotivation wendet diese richtungsweisenden Motivationsvariablen auf den Therapieprozess an, wobei hier der Termini der Behandlungsmotivation von dem, im medizinisch-therapeutischen Bereich weit verbreiteten, Begriff Compliance abgegrenzt werden muss (Meichenbaum & Turk, 1994). Die Behandlungs- beziehungsweise Therapiemotivation kann als aktives Engagement im Therapiegeschehen verstanden werden, wobei ein hohes Maß an Eigenverantwortung integriert ist (Meichenbaum & Turk, 1994). Als Voraussetzung hierfür beschreibt Brenk-Schulte (1987) eine positive Grundeinstellung zum Therapiegeschehen und deren antizipierten Erfolge sowie die Bereitschaft, den ärztlichen Anweisungen innerpsychisch und verhaltensbezogen zu folgen. (Veith, 1997) Die Behandlungsmotivation ist dabei nicht auf die Initiierung eines therapieförderlichen Verhaltens beschränkt, sondern besitzt ausdrücklich einen prozesshaften Charakter (Veith, 1997). Für Patienten bedeutet dies nicht nur die Therapie zu beginnen und weiterzuführen, sondern stützt sich im Rahmen das Engagement auch auf die Anwesenheit bei vereinbarten Terminen und die Medikamenteneinnahme nach ärztlicher Anweisung. Eine hohe Behandlungsmotivation integriert zudem eine gewissenhafte Umsetzung von therapiebezogenen Aufgaben und die Implementierung der Veränderungen in den Alltag. Zudem ist die Minimierung und Vermeidung von Risikosituationen, welche dem Behandlungsprozess entgegenstehen, Kennzeichen eines motivierten Patienten (Liechti, 2009).

Der Begriff Compliance ist stärker mit einer Therapiebefolgung assoziiert. Der Fokus liegt auf der Befolgung der ärztlichen Anweisungen und Instruktionen und positioniert den Patienten in eine passivere Rolle (Meichenbaum & Turk, 1994). Dabei besteht jedoch die Forderung den Patienten an der Diagnose- und Therapieplanung zu beteiligen (Basler, 1985). Im Vergleich zur Behandlungsmotivation kann die Compliance als Teilaspekt der behandlungsbezogenen Motivation angesehen werden und repräsentiert die Anteile der Verhaltensumsetzung (Veith, 1997; Bahmer, Petermann & Kuhl, 2007).

Im Verlauf der vergangenen Jahre hat sich der Begriff der Compliance entsprechend dem Empowermentkonzept erweitert. „Der informierte und autonome Patient ist zum erstrebenswerten Ziel geworden.“ (Eberding & von Schlippe, 2001, S. 277) Zusätzlich ist der Begriff der Adhärenz zu erwähnen, welcher eine partnerschaftliche Auffassung der Arzt-Patienten-Beziehung unterstreicht. In der moderneren Auffassung von Compliance stellen sich nach Petermann (2004) sehr ähnliche Inhalte, wie bei der Behandlungsmotivation, heraus. Hierzu zählt der grundlegende Wille, eine Therapie umzusetzen und die Einhaltung ärztlicher Verschreibungen akzeptieren zu wollen. Krankheitsbezogene Informationen sowie die Kommunikation zwischen den Professionellen und dem Patienten spielen dabei eine wesentliche Rolle. Für die Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen sind die Kompetenzen und Fertigkeiten der Person und deren ritualisierte Alltagshandlungen von großer Bedeutung. Mittel- und langfristig integriert die moderne Betrachtung von Compliance auch die Lifestyle-Änderung.

4.10.2 Einflussfaktoren auf die Behandlungskontrolle

Neben den Kerninhalten der Behandlungsmotivation besteht eine Vielzahl an Einflussfaktoren, welche das Ausmaß an Motivation beeinflussen beziehungsweise zur Entstehung beitragen.

Auf der Basis der psychodynamischen Theorie wird das Wechselspiel von *sekundärem Krankheitsgewinn und Leidensdruck* bei der Entstehung und Therapieaufnahme beschrieben. Der sekundäre Krankheitsgewinn, als positive Folge der Symptomatik, steht hierbei im Konflikt zu dem Leidensdruck. Die jeweilige Ausprägung der beiden Größen entscheidet über die Umsetzung einer Therapie (Veith, 1997). Nach Freud (1952) ist eine Psychotherapie nur dann möglich, wenn „[...] die sich nicht selbst durch ihr Leiden zur Therapie gedrängt fühlen, sondern sich einer solchen nur infolge des Machtangebotes ihrer Angehörigen unterziehen.“ (1952, S. 21)

Der Leidensdruck kann in einen primären und sekundären Leidensdruck unterteilt werden. Der sekundäre Leidensdruck ist im Gegensatz zum Primären nicht auf das Leid in direkter Folge der Symptome bezogen, sondern beschreibt die negativen Folgen, welche im Alltagsleben der Person durch die Symptome entstehen (Blankenburg, 1981).

Ein weiterer Einflussfaktor umfasst die *negativen Emotionen*, wie Angst und Ohnmacht, als Einflussgröße des Therapiebeginns. Diese Annahme entspringt ebenfalls der psychodynamischen Disziplin und beschreibt drei verschiedene hierarchisch angeordnete „Verleugnungsarbeiten“. Eine erste „Verleugnungsarbeit“ der psychischen Anpassung an den Therapieprozess ist die zu starke Verleugnung. Der Patient unterdrückt in diesem Fall die Symptomatik und deren Wichtigkeit, wodurch eine Therapieaufnahme erschwert ist. Die zweite „Verleugnungsarbeit“ beinhaltet das komplementäre Extrem. Eine zu geringe Verleugnung führt zu einer intensiven Wahrnehmung der Symptome sowie einer Überinterpretation von Krankheitsrisiken und deren Folgen. Die dritte Form wird als realitätsgerecht bezeichnet und beinhaltet ein adäquates Maß an Selbstreflexion. Diese Patienten erkennen ihren Behandlungsbedarf und zeichnen sich durch ein hohes Maß an Motivation aus. Sowohl für die zu starke als auch zu geringe Verleugnung wird eine unterstützende psychotherapeutische Beziehung zur Förderung der Behandlungsmotivation empfohlen (Freyberger & Brinker, 1994).

Eine dritte Einflussgröße stellt die *Erwartungen gegenüber der Behandlung* dar. Diese können sich sowohl auf die Beziehung und den Kontakt zum Therapeuten beziehen als auch Erwartungen an die Symptomreduktion beinhalten. Darüber hinaus bringt der Patient seine subjektiven Erwartungen und Vorstellungen über die Krankheitsursache und Krankheitseinsicht mit in den Behandlungsprozess (Faller, 1998). Im Rahmen der Erwartungs-Mal-Wert-Theorie, welche der mathematisch anmutenden Formel $M = (P(Os) \times V) : C$ folgt, lässt sich das Ausmaß an Motivation (M) mit der subjektiv eingeschätzten Wahrscheinlichkeit (P(Os)), dem individuellen Wert (V) und den Ergebniskosten (C) in Beziehung setzen. Die Theorie wurde nach Birren und Schaie (1985) für den Rehabilitationsprozess angepasst. P(Os) beschreibt die Einschätzung, dass die Rehabilitation eine erfolgreiche Wiederherstellung erreicht, wenn der Patient aktiv mitarbeitet. V beinhaltet im Rehabilitationsprozess die Nützlichkeit (Wert) einer erfolgreichen Wiederherstellung für den Patienten und C die materiellen, psychischen, physischen oder sozialen Kosten der Rehabilitation. Motivation kann nach dem Modell dann erreicht werden, wenn der Wert und die Wahrscheinlichkeit diesen zu erreichen, die summierten Kosten übersteigt (Birren & Schaie, 1985).

Ein weiterer Einflussfaktor auf die Behandlungsmotivation sind *subjektive Bewertungsprozesse*, wobei die Einschätzungen der aktuellen Situation und des Therapieverlaufs auf die motivationalen Prozesse wirken. Diese Bewertungen werden auch als Laienätiologien bezeichnet und beinhalten die kognitiven Bewertungen durch introspektiv erworbene Informationen. Neben den Vorstellungen und subjektiven Bewertungen des Therapieverlaufes und der Genesung erfolgt die Einschätzung der psychischen und somatischen Beschwerden als beispielsweise schwerwiegend oder irrelevant (Schneider, Basler & Beisenherz, 1989). Verwandte Konzepte stellen hierbei die im Verlauf der Arbeit bereits beschriebenen subjektiven Krankheitskonzepte (Filipp & Aymanns 1997) oder das Krankheitsbewusstsein (Meichenbaum & Turk, 1994) dar.

Ein Modell, welches die verschiedenen Einflussfaktoren der Behandlungsmotivation zusammenführt, ist das *integrierte Modell* (Abbildung 16) von Dreischner, Lammers und van der Staak (2004).

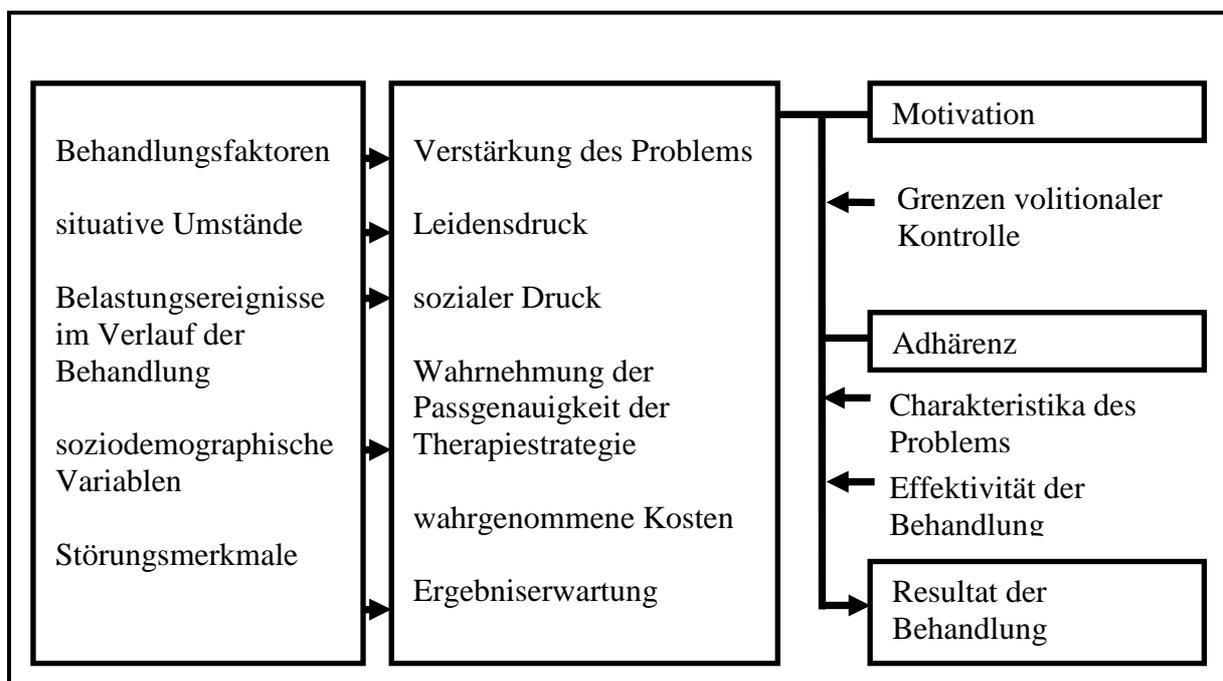


Abb. 16: Integriertes Modell des Behandlungsengagement (entnommen und modifiziert nach Dreischner et al., 2004, S. 1131)

Kern des Modells bilden sechs internal-subjektive Faktoren, die den Leidensdruck, den sozialen Druck, die Verstärkung des Problems, die therapeutische Passgenauigkeit und die wahrgenommenen Kosten und Ergebniserwartungen zusammenführen (Dreischner et al., 2004).

Diese intrinsisch-subjektiven Faktoren werden wiederum durch fünf Merkmale der Behandlungsfaktoren - situative Umstände, Belastungsereignisse innerhalb der Therapie, Behandlungsfaktoren, soziodemographische Variablen und Störungsmerkmale beeinflusst. Die Behandlungsmotivation entsteht aus dem individuellen Zusammenwirken dieser Merkmale und wird bei der Umsetzung (Adhärenzphase) durch die kognitiven und körperlichen Grenzen eingeschränkt. Der Therapieerfolg richtet sich bei der Durchführung der Behandlung zusätzlich nach den Charakteristika des Problems und der Effektivität der gewählten Behandlungsmethode (Dreischner et al., 2004).

4.10.3 Risikofaktoren

Innerhalb der Fachliteratur findet sich eine Vielzahl an Einflüssen, welche zu einer geringen Behandlungsmotivation führen können. Zum einen lassen sich internale Einstellungen beschreiben. Eine geringe Risikowahrnehmung hinsichtlich des krankheitsspezifischen Verhaltens oder eine fehlende Einsicht der Notwendigkeit den Lebensstil zu ändern, haben eine negative Wirkung auf den Motivationsprozess. Des Weiteren wird eine geringere Behandlungsmotivation bei Patienten angenommen, welche eine langfristige Prävention wichtiger als die kurzfristige symptomatische Therapie empfinden. Eine hohe Motivation ist hingegen verstärkt bei Patienten im akuten Krankheitsstadium, bei hochfrequenter Betreuung und pharmakologischer Therapie zu erwarten (Bengel, Beutel, Broda, Haag, Härtel et al. 2003).

Neben den internalen Einstellungen wirken sich auch eine Vielzahl an Therapieeffekten negativ auf die Behandlungsmotivation aus. Subjektiv wahrnehmbare Nebenwirkungen oder fehlende Therapieerfolge verringern die behandlungsbezogene Motivation (Petermann, 1998). Eine geringe Motivation kann auch dann bestehen, wenn Veränderungen nachweisbar sind, aber für den Patienten zu keiner Linderung der Symptombelastung führen. Zudem hemmen eine sehr komplexe Behandlungsstrategie, hohe Aufwendungen bei der Alltagsumsetzung und Ablehnung der Erkrankung beziehungsweise der Behandlung durch das soziale Umfeld die Behandlungsstrategie (Wessely & Lewis, 1989).

4.10.4 Besonderheiten der Reha-Motivation

Welche Besonderheiten bestehen bei der Motivation innerhalb der Rehabilitation? Einige wesentliche Inhalte werden bereits aus der Definition ersichtlich.

Das Konstrukt Reha-Motivation umschreibt die Bereitschaft eines Patienten, an der Rehabilitation aktiv teilzunehmen, unabhängig davon, welche Art von Behandlung für diesen Patienten indiziert ist. Reha-Motivation umfasst im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells die Bereitschaft eines Patienten, aktiv am ganzheitlichen Prozess der Rehabilitation mitzuwirken. (Hafen, Bengel, Jastrebow & Nübling, 2000, S. 6)

Dementsprechend besteht in erster Linie eine Fokussierung auf die aktive Teilnahme am Prozess der Wiederherstellung im Sinne eines bio-psycho-sozialen Grundverständnisses.

Petry (1993) beschreibt die aktive Teilnahme auf den Ebenen der Behandlungsmotivation, Behandlungsbereitschaft und Behandlungsaktivität. Zur näheren Erfassung relevanter Dimensionen des Rehabilitationsprozesses führte Hafen et al. (2000) eine Literaturanalyse durch. Hierbei wurden 26 Dimensionen aus einschlägiger Fachliteratur erfasst und nach ihrer Relevanz für die Rehabilitation eingeschätzt. Sieben Dimensionen stellten sich als irrelevant und weitere acht als nur bedingt bedeutsam heraus. Die elf relevanten Dimensionen wurden von Hafen et al. um weitere drei, für sie relevante, Dimensionen ergänzt und sind in Tabelle 5 entsprechend der drei Ebenen der Reha-Motivation nach Petry (1993) aufgeführt.

Behandlungsmotivation	Behandlungsbereitschaft	Behandlungsaktivität
Erwartungen an die Behandlung, Einstellung zur Behandlung	Leidensdruck, Dringlichkeit der Behandlungsbedürfnisse	Initiative
Erfolgserwartung, Konsequenzerwartung, Hoffnung	Krankheitsgewinn	Realistische Ziele
Wissen	Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit	Aktives Engagement
Eigenverantwortung für den Behandlungserfolg, Therapieunwilligkeit*	Wille sich zu verändern	Gesundheitsförderung, Anerkennen der Notwendigkeit eines allgemeinen Verhaltenswandels*
Kompetenzerwartung, Selbstachtung und interne Kontrollüberzeugung*	Wille bzw. Bereitschaft für eine Behandlung Opfer zu bringen	

Tab. 5: Ebenen der Reha-Motivation; *= Ergänzungen durch Hafenen et al. (entnommen aus Hafen et al., 2000, S. 8)

Besonders in der Rehabilitation ist eine passgenaue Zuweisung der Patienten zu den Therapieformen notwendig. Das jeweilige Ausmaß an Reha-Motivation ist hierbei ausschlaggebender Indikator. Patienten mit geringerer Motivation können für motivationsfördernde Behandlungsformen selektiert werden, wodurch eine zusätzliche Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit ermöglicht wird (Hafen, Jastrebow, Nübling & Bengel, 2001). Decke (1999) betont im Zusammenhang mit der Antragstellung den häufig nicht geringen zeitlichen Abstand zwischen der Beantragung und der Durchführung rehabilitativer Maßnahmen. In diesem Zeitraum kann eine Veränderung des objektiven Bedarfes und der subjektiven Bedürfnisse von statten gehen, welche motivationale Veränderungen zur Folge haben können und in der Praxis zu wenig Beachtung finden.

Innerhalb der Praxis spielt die Erfassung der Rehabilitationsmotivation nur eine untergeordnete Rolle. Häufig wird fälschlicherweise von einer bestehenden Reha-Motivation ausgegangen und keine Erfassung durchgeführt. Zudem besteht ein Mangel an krankheitsspezifischen Messinstrumenten (Hafen et al., 2001).

4.10.5 Reha-Motivation bei Herzerkrankungen

Entsprechend der Angaben des Statistischen Bundesamtes stellen kardiologische Erkrankungen, mit 19,6% aller Sterbefälle, die häufigste Todesursache im Jahr 2011 dar. Anteilig sind hierbei vor allem chronische ischämische Herzerkrankungen (8,3%), akute Infarkte (6,1%) und die Herzinsuffizienz (5,3%) zu benennen (Statistisches Bundesamt, 2013c). Die Relevanz kardiologischer Erkrankungen innerhalb der Rehabilitation wird zudem durch die Zunahme an kardiologischen Hauptdiagnosen innerhalb deutscher Krankenhäuser ersichtlich. Sowohl zur Erhebung von 2005 als auch im Jahr 2011 finden sich kardiologische Erkrankungen in den zehn häufigsten Hauptdiagnosen der Krankenhäuser. Unter den männlichen Patienten sind dies die Diagnosen Herzinsuffizienz (Rang 3), chronisch ischämische Herzerkrankungen (Rang 6), akute Myokardinfarkte (Rang 7) und Vorhofflattern/Vorhofflimmern (Rang 8) zum Zeitpunkt 2011. Unter den Patientinnen sind ebenfalls Herzinsuffizienz (Rang 2), essentielle Hypertonie (Rang 3) und Vorhofflattern/Vorhofflimmern (Rang 7) unter den häufigsten Hauptdiagnosen (2011). Im Zeitraum 2005 bis 2011 ist eine deutliche Zunahme in der Summe dieser Diagnosen von 18% bei männlichen und 31% bei weiblichen Patienten ersichtlich (Statistisches Bundesamt, 2013d).

Die stärkste Zunahme der Diagnosestellungen zeigt das Vorhofflattern/Vorhofflimmern mit über 40% in beiden Geschlechtern. Des Weiteren ist eine deutliche Zunahme der essentiellen Hypertonie bei den Frauen (<40%) und der Herzinsuffizienz bei den Männern (<30%) ersichtlich (Statistisches Bundesamt, 2013d).

Die hohe Relevanz kardiologischer Diagnosen stellt auch an der Rehabilitation besondere Anforderungen. Die Bedeutung der Behandlungsmotivation im Verlauf der kardiologischen Rehabilitation wird im Rahmen der Studie von Jagla, Koslowski, Kiwus & Faltermaier (im Druck) untersucht.

Das *Forschungsinteresse* der Autoren bezog sich auf die Identifizierung möglicher Veränderungen der Reha-Motivation im Verlauf des Rehaprozesses sowie die Erfassung von Auswirkungen der individuellen Reha-Motivation nach Abschluss der Maßnahme. Zudem sollen geschlechtsspezifische und indikationsspezifische Unterschiede der Motivation aufgedeckt werden (Jagla et al., im Druck).

Zur *Erfassung* diente der „Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation“ (PAREMO 20), welcher auf einer vierstufigen Skala 20 Items auf den sechs Skalen „Seelischer Leidensdruck“ (3 Items), „Körperbedingte Einschränkungen“ (4 Items), „Soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn“ (4 Items), „Änderungsbereitschaft“ (3 Items, $\alpha=.83$), „Informationsstand bezüglich Reha-Maßnahmen“ (3 Items) und „Skepsis“ (3 Items) erfasst (Nübeling, et al., 2005). Die Erhebung erfolgte im Jahr 2012 zum Beginn (T1) und Ende (T2) der kardiologischen Rehabilitation sowie einem postalischen Follow-Up drei Monate nach der Reha-Maßnahme (T3; Jagla et al., im Druck).

Die *Auswertung* erfolgte durch parametrische und univariate Verfahren auf der Grundlage der Probanden zum zweiten Messzeitpunkt (N=84). Die Stichprobe bestand dabei aus Patienten mit koronaren Herzerkrankungen (36,6%), Hypertonie beziehungsweise anderen Risikofaktoren (34,1%) sowie 29,3% Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt. Nach der Analyse der Daten stellen sich folgende signifikante *Ergebnisse* heraus. Statistisch signifikante Veränderungen der Reha-Motivation im Verlauf des Rehabilitationsprozesses ergaben sich auf den Skalen „Informationsstand bezüglich Reha-Maßnahmen“ ($T_{(83)}=-5.041$; $p=.000$), „Seelischer Leidensdruck“ ($T_{(83)}=2.242$; $p=.028$) und „Körperbedingte Einschränkungen“ ($T_{(83)}=2.097$; $p=.039$). Die Patienten gaben ein höheres Wissen bezüglich der Reha-Maßnahme an (T1: 9.02, SD: 2.30; T2: 10.17, SD: 1.70) und zeigten weniger seelischen Leidensdruck (T1: 6.01, SD: 2.43; T2: 5.67, SD: 2.37) sowie geringere körperliche Einschränkungen (T1: 9.98, SD: 3.30; T2: 9.45, SD: 3.27; Jagla et al., im Druck).

Neben den Veränderungen der Reha-Motivation zeigten sich zu beiden Zeitpunkten nur geringe Geschlechtsunterschiede. Zum Anfang der Rehabilitation wiesen die Männer statistisch signifikant geringere Werte der Skala „Seelischen Leidensdruck“ ($T_{(53)}=2.180$; $p=.034$) auf. Zum Ende der Maßnahme verfügten sie über einen geringeren „Informationsstand bezüglich der Reha-Maßnahme“ ($T_{(74)}=3.472$; $p=.001$) als die weiblichen Probanden. Indikationsspezifische Unterscheidungen wurden zum ersten Messzeitpunkt (T1) auf der Skala „Soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn“ festgestellt ($F=4.035$; $p=.021$). Der Gruppenvergleich der Post-Hoc-Analyse (Scheffé) zeigte, dass Herzinfarktpatienten ($M=10.13$) über signifikant ($p<0.05$) mehr soziale Unterstützung und Krankheitsgewinn berichten als Hypertoniepatienten ($M=7.96$). Zum zweiten Messzeitpunkt (T2) stellten sich signifikante Gruppenunterschiede auf der Skala „Körperliche Einschränkung“ ($F=3.315$; $p=.041$) heraus. Patienten mit koronaren Herzkrankheiten ($M=10.5$) gaben im Gruppenvergleich (Post-hoc, Scheffé) eine signifikant ($p<0.05$) höhere körperliche Beeinträchtigung an als Hypertoniepatienten ($M=8.36$) (Jagla et al., im Druck).

Zusammenfassend zeigte sich innerhalb der Reha-Motivation eine Zunahme des Wissens über die Maßnahmen, eine Reduktion des Leidensdrucks und eine Reduktion der körperlichen Einschränkungen. Des Weiteren unterschieden sich die Hypertonie- und Infarktpatienten zu Beginn der Reha-Maßnahme (T1) und die Patienten mit koronaren Herzerkrankungen und Hypertonie zum Ende der Maßnahme (T2). Im Verlauf der Rehabilitation beschrieben die Männer zu Beginn einen geringeren seelischen Leidensdruck und am Ende weniger Wissen bezüglich der Reha-Maßnahme als Frauen. Eine Besonderheit stellte die sehr geringe Anzahl ($N=6$; 10%) an Probanden dar, welche an einer Reha-Nachsorge teilnahmen (Jagla et al., im Druck). Eine Erklärung hierfür kann die mangelnde flächendeckende Versorgung darstellen (Buschmann-Steinhage & Brüggemann, 2011).

4.11 Schnittstellen der Gesundheitspsychologie

Die zuvor vermittelten Inhalte der Veranstaltungen enthalten eine Vielzahl relevanter Themen, die innerhalb der Gesundheitspsychologie besonders von Bedeutung sind. Die hierbei aufgezeigten Themen und Forschungsansätze sind jedoch nicht ausschließlich im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu verorten, sondern verweisen darüber hinaus auf Parallelen und Schnittstellen zu verwandten psychologischen Disziplinen.

Besonders die Bereiche der Klinischen Psychologie, Psychiatrie und Psychosomatik greifen, vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses, im rehabilitativen Kontext auf gesundheitspsychologische Konstrukte zurück. Abschließend sollen die Studierenden innerhalb dieser Veranstaltung das bisher erworbene und kritisch reflektierte Wissen auf den Bereich der Rehabilitation übertragen und anwenden. Dabei gilt es die Relevanz der gesundheitspsychologischen Konstrukte anhand aktueller Therapieleitlinien zu erfassen, zu überprüfen und im Rahmen der rehabilitativen Versorgung einzuschätzen.

Die hierbei vorgeschlagenen S3-Leitlinien wurden entsprechend der Forderung einer evidenzbasierten Medizin nach den qualitativsten Merkmalen selektiert. Die Leitlinien der Stufe drei entsprechen höchsten systematischen Standards des Stufenklassifikationschema der „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.“ (AWMF). Inhaltlich integrieren die S3-Leitlinien sowohl die Handlungsempfehlungen durch Experten (S1) als auch die Evidenzbasierung (S2e) und Konsenzbasierung (S2k) (AWMF, 2013a; AWMF, 2013b). Als Instrument der Qualitätsentwicklung und Sicherung bieten Leitlinien „[...] eine gute Orientierung und Zusammenfassung der aktuell bestverfügbaren Evidenz.“ (Muche-Borowski & Kopp, 2011, S. 217)

Die Krankheitsbilder konnten anhand der Häufigkeit ihres Auftretens innerhalb der ersten Ergebnisse der „Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit“ (DEGS-MHS) gewählt werden. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen von Erwachsenen innerhalb Deutschlands (N=4484) zählen Angststörungen, depressive Störungen, Substanzstörungen und somatoforme Störungen (Kurth, 2012). Eine ausführlichere Darstellung dieser Untersuchung ist dem Symposiums Beitrag von Wittchen und Jacobi (2012) zu entnehmen. In Zahlen ausgedrückt heißt dies, dass unter den 33,3% der Bevölkerung (12-Monatsprävalenz), welche unter einer psychischen Störung leiden, 16,2 % mit Angststörungen, 11,2 % mit Alkoholstörungen, 8,2 % mit unipolare Depressionen, 3,8 % mit Zwangsstörungen und 3,3% mit somatoformen Störungen vertreten sind.

Als *Arbeitsmaterial* für die Veranstaltungen eignen sich durch die Aktualität und Relevanz die bestehenden S3-Leitlinien zur „Unipolaren Depression“ (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ et al. 2012), S3-Leitlinie zum „Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ (Hausteiner-Wiehler, Schäfer, Häuser, Herrmann, Ronel et al. 2012) sowie die S3-Leitlinie zur „Zwangsstörung“ (Kordon, Lotz-Rambaldi, Muche-Borowski, & Hohagen, 2013). Des Weiteren werden drei Flipchart-Blätter und Stifte benötigt.

In *Vorbereitung* auf die Gruppenarbeit erfolgt eine Aufteilung der Teilnehmer in drei Gruppen, welche anschließend jeweils eine der drei genannten Leitlinien ausgehändigt bekommen. Eine Aufteilung der Studierenden ist entsprechend der Gruppendynamik zu wählen, wobei auch eine interessen- oder randomisierte Gruppenbildung möglich ist. Die räumlichen Gegebenheiten sollen ausreichend Platz und Arbeitsfläche bieten, um aufgabenbezogene Kommunikation und Interaktion zu ermöglichen, ohne die weiteren Gruppen in ihrer Produktivität zu beeinträchtigen.

Die *Aufgabenstellung* für den Verlauf des Seminars (90 Minuten) folgt in zwei Phasen. In der Ausarbeitungsphase (45 Minuten) sollen die Studierenden drei wesentliche Aspekte herausarbeiten. Dies ermöglicht sich einen Überblick über die jeweilige Leitlinie zu verschaffen und Verständnisfragen zum Krankheitsbild innerhalb der Gruppe zu klären.

Anschließend sollen gesundheitspsychologische Konstrukte innerhalb der Leitlinie identifiziert und bewertet werden. Des Weiteren wird überprüft inwiefern gesundheitspsychologische Annahmen und Konstrukte für die Kuration und Rehabilitation innerhalb der jeweiligen Leitlinie zur Anwendung kommen.

Darauf aufbauend werden die Ergebnisse nach reiflicher Überprüfung und Abklärung der vorangegangenen Fragestellungen von der Kleingruppe auf einem Flipchart veranschaulicht und kritisch reflektiert. Abschließend werden die Gruppen gebeten ihre Ausarbeitungen in der Vorstellungsphase (jeweils 15 Minuten) der Seminargruppe darzubieten. Der Dozent übernimmt innerhalb der Ausarbeitungsphase eine überwiegend unterstützende Rolle und steht für Problem- und Verständnisfragen zur Verfügung. Während der Vorstellungsphase empfiehlt es sich, unterstützend durch moderierte Diskussion, die Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitspsychologie für die Klinische Psychologie und für die (vor allem medizinische) Rehabilitation zu überprüfen und gemeinsam mit den Studierenden zu reflektieren.

5. Diskussion

Die Vermittlung gesundheitspsychologischer Inhalte innerhalb eines Master-Studiengangs (Rehabilitations-) Psychologie gilt als wesentliche Voraussetzung für die Vorbereitung auf das klinisch-psychologische Arbeitsfeld innerhalb der medizinischen, sozialen, beruflichen sowie pädagogischen Rehabilitation.

Die Auswahl der Themen in diesem Modul erfasst dabei lediglich eine Auswahl an Bereichen der Gesundheitspsychologie und soll zukünftige (Reha-)Psychologen für die klinisch-psychologische Praxis innerhalb der Rehabilitation vorbereiten. Die einzelnen Themen sind dabei aufeinander aufgebaut und vermitteln systematisch wesentliche Kernkompetenzen im gesundheitspsychologischen Bereich.

Im Verlauf dieses Moduls soll durch die kritische Würdigung und Definition des Faches Gesundheitspsychologie gemeinsam mit den Studierenden ein Abgleich und der Aufbau eines Grundverständnisses dieser vielschichtigen Disziplin ermöglicht werden.

Das Konstrukt des „Sense of Coherence“ (Antonovsky, 1979) stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Einschätzung und Erfassung belastender Ereignisse auf Seiten der Betroffenen dar.

Die Fokussierung auf das Individuum und dessen persönliche Einschätzung (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit) seiner Ressourcen und Grenzen sowie sein flexibler Umgang mit seiner Umwelt unterstreicht dabei die wesentliche Annahme der Gesundheitspsychologie (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001; Lippke & Renneberg, 2006b).

Neben dem Konstrukt des Kohärenzgefühls ermöglichen Theorien und Modelle zur Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977; Schwarzer, 1996) die Bewertung und Konzeption von gesundheitsrelevanten Strategien mit dem Ziel, Gesundheit wieder herzustellen und im Sinne einer ressourcenorientierten Krankheitsbewältigung zu erhalten. Die Bedeutung der Selbstwirksamkeit wird dabei im Rahmen der Veranstaltung am Beispiel von Lehrenden näher beleuchtet und veranschaulicht (siehe Kapitel 4.2).

Damit Ressourcen erfasst und mobilisiert werden können, gilt es subjektive Krankheitskonzepte bei der Therapieplanung und Umsetzung zu berücksichtigen und zu integrieren (Filipp & Aymans, 1997). So lässt sich gemeinsam mit dem Betroffenen ein für ihn erreichbares und realistisches Therapieziel erarbeiten.

Damit stellen subjektive Krankheitskonzepte einen wesentlichen Zugang zur rehabilitationspsychologischen sowie klinisch-psychologischen Arbeit mit dem Patienten dar und beeinflussen darüber hinaus zum Beispiel Aspekte der sozialen Unterstützung innerhalb des dyadischen Copingprozesses (Bodemann, 2000).

Die Erfassung des Wohlbefindens ist dabei vor allem vor dem Hintergrund der individuellen Entwicklung eines Menschen von besonderer Bedeutung. Dieses gilt es in zukünftiger Forschungsarbeit verstärkt zu untersuchen und darüber hinaus in den Mittelpunkt bei der Entwicklung zukünftiger gesundheitserhaltender sowie gesundheitsfördernder Strategien zu setzen (Bullinger, 2009). Die Definition des Gesundheitsbegriffes durch die WHO (1946) ist hierbei Grundlage eines ganzheitlichen Verständnisses von Wohlbefinden, welches sowohl biologische, psychologische als auch soziale Einflüsse integriert. Im hohen Alter zeigt sich jedoch, dass das Verständnis von Wohlbefinden im Verlauf des Lebens nicht anhand statischer Kriterien gemessen werden kann. Es sind somit vor allem subjektive Bewertungsprozesse von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und rehabilitativen Prozessen, die wesentlich bei der Einschätzung des Wohlbefindens beteiligt sind (Staudinger, 2000).

Mit der Zunahme der älteren Bevölkerung, vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, ist die Betrachtung des gesundheitlichen Zustandes dieser Generation von hoher Relevanz für die klinisch-psychologische Arbeit sowie Rehabilitation. Dies erfordert von den an der Rehabilitation beteiligten Fachkräften ein weitreichendes Verständnis funktionaler und subjektiver Gesundheitsauffassungen.

Neben dem individuellen Gesundheitsverständnis stellt sich das Ausmaß an Behandlungsmotivation als wichtige Einflussgröße auf die Motivation, Behandlungsbereitschaft und Behandlungsaktivität heraus und untermauert somit die Bedeutung der Behandlungsmotivation im Prozess einer Rehabilitationsmaßnahme (Dorsch, Häcker & Stapf, 1994; Petry, 1993; Jagla et al., 2013).

Die Gesundheitspsychologie sowie viele weitere an der Kuration beteiligten Fachdisziplinen greifen in Zeiten digitaler Medien auf das World Wide Web zurück. So sind Einflüsse neuer Medien auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen in den letzten Jahren vermehrt zu beobachten. Aus diesem dynamischen, gesellschaftlichen Wandel sowie der Integration neuer, digitaler Kommunikationstechniken ergeben sich sowohl Chancen als auch Risiken für alle Generationen in Bezug auf die Wiederherstellung und den Erhalt der Gesundheit. Zu den überwiegend gesundheitspsychologischen Konstrukten werden in diesem Modul auch Teilaspekte der Klinischen Psychologie sowie der Rehabilitationswissenschaften erfasst, da diese Schnittstellen zur Gesundheitspsychologie aufzeigen.

Dies verdeutlicht in diesem Modul besonders die Integration von klinisch-psychologischen sowie rehabilitationspsychologischen Inhalten. Somit kann ein breites Spektrum unterschiedlicher Theorien und Ansätze aus pathogenetischem und salutogenetischem Blickwinkel aufgezeigt und kritisch mit den Studierenden anhand von aktueller S3-Leitlinien diskutiert werden. Zusammengefasst gilt es die in diesem Modul vorgestellten Themen in Zukunft durch neuere Forschungsergebnisse anzupassen und hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz zu überprüfen.

Die Gesundheitspsychologie hat in den letzten Jahren an den deutschen Hochschulen mehr an Bedeutung gewonnen. So wurde zum Beispiel an der SRH Hochschule Heidelberg ein Studiengang eingerichtet, der die Inhalte der Gesundheitspsychologie eines eigens dafür konzipierten Psychologiestudiengangs (B.Sc.) fokussiert. Aber auch an Universitäten (Bsp. Freie Universität Berlin, M.Sc. Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie) wird das Fach Gesundheitspsychologie vermehrt angeboten. Diese Entwicklung bestätigt die Relevanz des Faches und schafft Parallelen für das klinisch-psychologische Arbeitsfeld innerhalb der rehabilitativen Versorgung. Dabei gelingt es der Disziplin Gesundheitspsychologie besonders zwischen der klinischen und pädagogischen Psychologie sowie der Verhaltensmedizin zu vermitteln und wesentliche gemeinsame Schnittstellen herauszuarbeiten (Lippke & Renneberg, 2006a).

Die noch junge Fachrichtung der Rehabilitationspsychologie, die im Rahmen des Bachelor- sowie Master-Studiengangs an der Hochschule Magdeburg-Stendal angeboten wird, profitiert dabei besonders von gesundheitspsychologischen Inhalten, da sie neben dem Erhalt und der Förderung auch die Wiederherstellung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen erfasst, erforscht und thematisiert (Franke, Salweski & Morfeld, 2008). Dies gilt es vor allem innerhalb der rehabilitativen Versorgung chronisch kranker Patienten zu fokussieren und adaptiv in den Therapieprozess zu integrieren.

6. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Dt. erweiterte Herausgabe). Tübingen: dgvt.
- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*, 37, 969–981.
- Antonovsky, A. (1989). Die Salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. *Meducs*, 2, 51-57.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2013a). *Klassifikation S1-Leitlinie*. Online im Internet: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation/klassifikation-s1.html>. (Zugriff am 14.09.2013).
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2013b). *Klassifikation S2-Leitlinie*. Online im Internet: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation/klassifikation-s2e-und-s2k.html>. (Zugriff am 14.09.2013).
- Bachmann, N., Berta, B., Egli, P. & Hornung, R. (1999). *Macht studieren krank? Die Bedeutungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden*. Bern: Huber.
- Bahmer, J., Petermann, F. & Kuhl, J. (2007). Psychosoziale Belastungen bei Psoriasis vulgaris. *Hautarzt*, 58, 959-965.
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P.B. Baltes & M. M. Baltes (Hrsg.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (S. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31, 143-164.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. & Adams, N.E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-310.
- Bandura, A., Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Gerbino, M. & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 74, 769-782.
- Bandura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin: Springer.
- Basler, H.D. (1985). Zur Förderung des Gesundheitsverhaltens: Das Beispiel essentielle Hypertonie. Compliance – Die Kooperation in der Therapie. In: H.-D. Basler & I. Florin (Hrsg.), *Klinische Psychologie und körperliche Krankheit* (S. 90-105). Stuttgart: Kohlhammer.
- Basler, H.D., Herda, C. & Schafenstein, A. (2003). Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden. In: J. Schuhmacher, A. Kleiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 212-215). Göttingen: Hogrefe.
- Baumeister, H., Krämer, L. & Brockhaus, B. (2008). Grundlagen psychologischer Intervention zur Änderung des Gesundheitsverhaltens. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 82, 254-264.
- Brähler, E., Schumacher, J., & Brähler, C. (2000). Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Gießener Beschwerdeboogens GBB-24. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 14–21.
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In: A. Abelle & Becker, P. (Hrsg.), *Wohlbefinden, Empirie, Diagnostik* (S. 13-50). Juventa: Weinheim.
- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härtel, M., Lucius-Hoene, G., Muthny, F.A., Potreck-Rose, F., Stegie, R. & Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung – Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 83-93.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert; eine Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* (Band 6; erweiterte Neuauflage). Köln: BZgA.

- Bergmann, A., Bejga, S., Salewski, C. & Marks, C. (2013). Subjektive Krankheitskonzepte und soziale Unterstützung in Partnerschaften mit einem chronisch kranken Partner. In: A. Fischere, M. Oesterreich & T. Scheidat (Hrsg.), *14. Nachwuchswissenschaftlerkonferenz ost- und mitteldeutscher Fachhochschulen* (NWK 14) (97-102). Glückstadt, Werner Hülsbusch.
- Berkmann, L.F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Social Sciences and Medicine*, *51*, 843-857.
- Berry, J.M. & West, R.L. (1993), Cognitive Self-efficacy in Relation to Personal Mastery and Goal Setting across the Life Span. *International Journal of Behavioral Development*, *16*, 351-379.
- Bethell, C., Read, D., Stein, R. E., Blumberg, S. J., Wells, N. & Newacheck, P.W. (2002). Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. *Ambulatory Pediatrics*, *2*, 38-48.
- Beyers, W. & Seiffge-Krenke, I. (2007). Are friends and romantic partners the „best medicine“? How the quality of other close relations mediates the impact of changing family relationships on adjustment. *International Journal of Behavioral Development* *31*, 559-568.
- Birren, J.E. & Schaie, K.W. (1985). *Handbook of he Psychology of Aging* (2. Auflage). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Blankenburg, W. (1981). Der „Leidensdruck“ des Patienten in seiner Bedeutung für die Psychotherapie und Psychopathologie. *Der Nervenarzt*, *52*, 635-642.
- Bodemann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bolger, N., Zuckermann, A. & Kessler, R.C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 953-961.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). *NEO-FFI, NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Born, A., Crackau, B. & Thomas, D. (2008). Das Kohärenzgefühl als Ressource beim Übergang ins Studium. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *16*, 51-60.
- Brandtstädter, J. & Greve, W. (1992). Das Selbst im Alter: Adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, *24*, 269-297.

- Brenk-Schulte E. (1987). Therapiemotivation unter besonderer Berücksichtigung der Alkoholismustherapie – Eine Analyse der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur. In: E. Brenk-Schulte, & W. Pfeiffer (Hrsg.), *Therapiemotivation in der Behandlung des Alkoholismus* (S. 5-57). München: Röttger.
- Brevik, J.I. & Dalgard, O.S. (1996). *The Health Profile Inventory*. Oslo: University of Oslo.
- Brister, H., Turner, J.A., Aaron, L.A. & Mancl, L. (2007). Self-efficacy is associated with pain, functioning, and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. *Journal of orofacial pain*, 20, 115-24.
- Brody, B.L., Roch-Levecq, A.C., Kaplan, R.M., Moutier, C.Y. & Brown, S.I. (2006). Agerelated macular degeneration: self-management and reduction of depressive symptoms in a randomized, controlled study. *Journal of the American Geriatrics society*, 54, 1557-1562.
- BSGE 35, 10, 12f.
- Bullinger, M. (2009) Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen, Forschungsstand und konzeptueller Hintergrund. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17 (2), 50-55.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (1995). Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44, 391-399.
- Bullinger M, Schmidt S. & Petersen C (2002) The DISABKIDS Group. Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: a European approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25, 197-206.
- Burkert, S., Knoll, N. & Daig, I. (2012). Laienätiologie, subjektive Krankheits- und Gesundheitstheorien. In: N. Birbaumer, D. Frey, J. Kuhl, W. Schneider & R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Medizinische Psychologie* (Band 1; S. 17-69). Göttingen, Hogrefe.
- Burkert, S., Knoll, N. & Gralla, O. (2006). Social support and stress in prostatectomy patients and their spouses. In: P. Buchwald (Hrsg.), *Stress and Anxiety – Application to Health, Community, Work Place, and Education* (S. 36-51). Cambridge: Cambridge Scholar Press.
- Buschmann-Steinhage, R. & Brüggemann, S. (2011). Veränderungstrends in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 54, 404-410.

- Cameron, L.D. & Leventhal, H. (2003). Self-regulation, health and illness: an overview. In: L.D. Cameron & H. Leventhal (Hrsg.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (S. 1-15). New York: Routledge.
- Campbell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally.
- Costa, P.T., Jr., McCrae, R.R. & Zonderman, A.B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *British Journal of Psychology*, 78, 299-306.
- Currie, C.E., Gabhainn, S.N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A. & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 Survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 5).
- Decke, R. (1999). *Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg*. Marburg: Verlag Hans Jacobs.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2012). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung, Version 1.3*. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF.
- DGPs, Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Gesundheitspsychologie (2013). *Gesundheitspsychologie als wissenschaftliche Disziplin*. Online im Internet: URL: <http://www.gesundheitspsychologie.net> (Zugriff am: 21.7.2013).
- Diefenbach, M.A. & Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Consideration. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5 (1), 11-38.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E. & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Diener, E. & Suh, E. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.

- Dreischner, K.H., Lammers, S.M.M. & van der Staak, C.P.F. (2004). Treatment motivation: an attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Dunkel-Schettler, C., Blasband, D.E., Feinstein, L.G. & Bennett, T.L. (1992). Elements of supportive interaction: when are attempts to help effective? In: S. Spacapan & S. Oskamp (Hrsg.), *Helping and Being Helped* (S. 83-133). London: Sage.
- Dyckmans, M. (2012). *Drogen- und Suchtbericht*. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit.
- Eberding, A. & Schlippe, A. von (2001). Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migranten. In: P. Marschalck & K.H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit*. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Eid, M. & Diener, E. (2000). Wohlbefinden. In: R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Eber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A-Z. Ein Handwörterbuch* (S. 634-637). Göttingen: Hogrefe.
- Eiser, C. & Morse, R. (2001). The measurement of quality of life in children: Past and future perspectives. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 248-256
- Engels, R.C., Wiers, R., Lemmers, L. & Overbeek, G.J. (2005). Drinking motives, alcohol expectancies, self-efficacy, and drinking patterns. *Drug Education*, 35, 147-66.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Facebook (2013). *Werbeanzeige der monatlich aktiven Nutzer*. Online im Internet: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10151908376941729&set=a.10151908376636729.1073741825.20531316728&type=1&theater> (Zugriff am 22.09.2013).
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H. (1998b). Behandlungserwartung bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut*, 43, 8-17.
- Faller, H. (1997). Subjektive Krankheitskonzepte bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 264-278.
- Faltermaier, T. (2005). Subjektive Krankheitskonzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Gesundheitspsychologie* (S. 31-53). Göttingen: Hogrefe.

- Faltermeier, T. (2000). Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkung zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (185-196). Weinheim, München: Juventa.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Filipp, S.-H. & Aymans, P. (1997). Subjektive Krankheitstheorien. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch* (S. 3-22). Göttingen: Hogrefe.
- Flick, U. (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim, München: Juventa.
- Fooken, I. (1997). Intimität auf Abstand. Familienbeziehungen und sozial Netzwerke. In: G. Naegele & A. Niederfranke (Hrsg.), *Funkkolleg Altern. Studienbrief 5. Studieneinheit 14* (S. 1-44). Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen.
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber, Hogrefe.
- Franke, G.H., Salewski, C. & Morfeld, M. (2008). Psychology of Rehabilitation as a part of health psychology at the Division of Psychology of Rehabilitation at the University of Applied Sciences of Magdeburg and Stendal. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16 (3), 127-130.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R, Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version* (2. Auflage). Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.
- Freud, S. (1952). *Gesammelte Werke*. London: Imago Publishing
- Freund, A.M. & Smith, J. (1997). Die Selbstdefinition im hohen Alter. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 28, 44-59.
- Freyberger, H. & Brinker, M. (1994). Die supportiv-psychotherapeutische Arbeitsbeziehung bei psychosomatischen Patienten und chronisch körperlich Kranken. In B. Strauß & A.E. Meyer (Hrsg.), *Psychoanalytische Psychosomatik* (S. 179-192). Stuttgart: Schattauer.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *F-SozU. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Göttingen: Hogrefe.

- Gaab, J., Latanzia-Bunschoten, S.L. & Sprott, H. (2008). IllnessPerceptionQuestionnaire (IPQ). In: J. Bengel, M. Wirtz & C. Zwingmann (Hrsg.), *Kompendium: Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation* (S. 109-111). Göttingen. Hogrefe.
- Glattacker, M., Bengel, J. & Jäckel, W.H. (2009). Die deutschsprachige Version des IllnessPerceptionQuestionnaire-Revised. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17, 158-169.
- Glier, B., Emde, H. Wittann, H.B. & Spörkel, H. (1994). Psychologisches Trainingsprogramm zur Bewältigung von Schmerzverhalten. In: M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (S. 717-725). Weinheim: Belz.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38, 581–586.
- Google (2013). „Unser mobiler Planet“ *Länderbericht Deutschland Q1/2013*. Online im Internet: <http://services.google.com/fh/files/misc/omp-2013-de-local.pdf> (Zugriff am 18.09.2013).
- Greve, W. (1990). Stabilisierung und Modifikation des Selbstkonzeptes im Erwachsenenalter: Strategien der Immunisierung. *Sprache & Kognition*, 9, 218-230.
- Hafen, H., Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000). Konzept und Dimensionen der Reha-Motivation. *Prävention und Rehabilitation*, 12 (1), S. 1-10.
- Hafen, K., Jastrebow, J., Nübling, R. & Bengel, J. (2001). Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). *Rehabilitation*, 40, 3-11.
- Hausteiner-Wiehler, C., Schäfert, R., Häuser, W., Herrmann, M., Ronel, J., Sattel, H. & Hennigsen, P. für die Fachgesellschaften (2012). *Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden*. Online im Internet: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0011_S3_Nicht-spezifische_funktionelle_somatoforme_Koerperbeschwerden_2012-04.pdf (Zugriff am 14.09.2013).
- Hausteiner-Wiehler, C., Schäfert, R., Häuser, W., Herrmann, M., Ronel, J., Sattel, H. & Hennigsen, P. für die Fachgesellschaften (2012). *Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden*. Online im Internet: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0011_S3_Nicht-spezifische_funktionelle_somatoforme_Koerperbeschwerden_2012-04.pdf (Zugriff am 14.09.2013).

- Hautzinger, M. (1988). Die CES-D Skala: Ein Depressionsmessinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 34, 167–173.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar (BDI-II) Revision*. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services.
- Helsen, M., Vollebergh, W. & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 319–335.
- Herdman, M., Rajmil, L., Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M., Power, M., Alonso, J., the European KIDSREEN Group, & DISABKIDS Group (2002). Expert consensus in the development of a European healthrelated quality of life measure for children and adolescents: A Delphi study. *Acta Paediatrica*, 91, 1385–1390.
- Herkner, W. (1991). *Lehrbuch der Sozialpsychologie*. Bern: Huber.
- Herschbach, P. (2002). Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung – wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52, 141-150.
- Herschbach, P. (2012). Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. In: N. Birbaumer, D. Frey, J. Kuhl, W. Schneider & R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie Medizinische Psychologie* (Band I; S. 513-540). Göttingen: Hogrefe.
- Heubrock, D., Petermann, F. (2008). *K-FAF – Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren*. Göttingen: Hogrefe.
- Hobfoll, S.E. (2001). Social Support and Stress. In: N.J. Smelser & P.B. Baltes (Hrsg.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Tarrytown, NY: Pergamon.
- Höfer, R. (2000). *Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl*. Opladen: SV Verlag.
- Horowitz, L.M., Strauß B. & Kordy, H. (2000). *IIP-D, Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version* (2. Auflage). Göttingen: Beltz.
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. (6. völlig überarb. Aufl.). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton, New York: Princeton University Press.

- Jagla, M., Koslowski, N., Kiwus, U. & Faltermaier, T. (in Druck). Untersuchung der Reha-Motivation im Verlauf einer kardiologischen Rehabilitation. In: AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.), *(Selbst-)Konzepte bei veränderten Lebensbedingungen. Beitrag zur 31 Jahrestagung des AK*. Berlin: dpv.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanfer, F. & Saalow, G.H. (1965). Behavioral Analysis. An Alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Kasten, E. (2012). Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: N. Birbaumer, D. Frey, J. Kuhl, W. Schneider & R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Medizinische Psychologie* (Band 1; S. 17-46). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Kendal, F. & Sieverding, M. (2012). Krankheitsverarbeitung - Coping. In: N. Birbaumer, D. Frey, J. Kuhl, W. Schneider & R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Medizinische Psychologie* (Band 1; S. 462-487). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Keller, R. (1997). *Ressourcen und Belastungen im Studium ('RUBIS'-Studie). Dokumentation der Items und Skalen* (Unveröffentlichte Forschungsarbeit). Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich.
- Kulturministerkonferenz (KMK). *Allgemeine Schulpflicht und Teilzeitschulpflicht*. Online im Internet: <http://www.kmk.org/bildung-schule/allgemeine-bildung/schulpflicht.html> (Stand: 03.09.2013).
- Knoll, N. & Burkert, S. (2009). Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke als Ressource der Krankheitsbewältigung. In: D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf* (S. 223-243). Bern: Hans Huber.
- Knoll, N., Scholz, U. & Rickmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Reinhardt.
- Knoll, N. & Schwarzer, R. (2005). Soziale Unterstützung. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie* (Band 1; S. 333-349). Göttingen: Hogrefe.
- Konu, A. & Rimpelä, M. (2002). Well-being in schools: A conceptual model. *Health Promotion International*, 17, 79-87.

- Kordon, A., Lotz-Rambaldi, W., Muche-Borowski, C. & Hohagen, F. für die deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2013). *S3-Leitlinie Zwangsstörung*. Online im Internet: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038_0171_S3_Zwangsst%C3%B6rungen_2013.pdf (Zugriff am 14.09.2013).
- Krohne, H.W., Egloff, B., Kohlmann, C.W. & Tausch, A. (1996). Untersuchung mit einer deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139-156.
- Kurth, B.-M. (2012). Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 980–990.
- Laireiter, A.-R. (2002). Soziale Netzwerke. In: R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 546-550). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.-R. (1993). *Soziales Netz und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde*. Bern: Huber.
- Lampert, T., Saß, A.C., Häfeling, M. & Ziese, C. (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Leistner, K. (2001). Ist die ICDH für die geriatrische Rehabilitation geeignet. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 30 – 35.
- Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Brelans, J.Y., Hash-Converse, J., Philips, L.A., Leventhal, E.A. & Cameron, L.D. (2012). Modeling Health and Illness Behavior. In: A. Baum, T.A. Revenson & J. Singer (Hrsg.), *Handbook of Health Psychology* (S. 3-35). New York: Psychology Press.
- Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E.A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: L.D. Cameron & H. Leventhal (Hrsg.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behavior*. London: Routledge.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. & Leventhal, E.A. (1992). Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 143-163.

- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E.A. & Ozakinci, G. (2004). Living With Chronic Illness: A Contextualized, Self-Regulation Approach. In: S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Hrsg.), *The SAGE Handbook of health Psychology* (S. 197-240). London: SAGE Publications Ltd.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A. & Breland, J.Y. (2011). Cognitive Science Speaks to the “Common-Sense” of Chronic Illness Management. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 152-163.
- Leventhal, H. & Niles, P. (1965). Persistence of influence for varying durations of exposure to threat stimuli. *Psychological Reports*, 16, 223-233.
- Liechti, J. (2009). *Dann komm ich halt, sag aber nichts*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Lindenberger, U. (2002). Erwachsenenalter und Alter. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 350-392). Weinheim: Beltz.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006a). Inhalte der Gesundheitspsychologie, Definition und Abgrenzung von Nachbarfächern. In: B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 3-5). Heidelberg, Springer.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006b). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 7-28). Heidelberg, Springer.
- Martin, P. & Kliegel, R. (2005). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Martire, L.M. & Schulz, R. (2007). Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 90-94.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavior medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Meaney, M. J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161-1192.
- Meerkerk, G.-J., Van Den Eijnden, R.J.J.M., Vermulst, A.A. & Garretsen, H.F.L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *CyberPsychology & Behavior*. February, 12(1), 1-6.
- Meichenbaum D. & Turk, D.C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten*. Bern: Huber.

- Meng, X.-L., Rosenthal, R., & Rubin, D.B. (1992). Comparing correlated correlation coefficients. *Psychological Bulletin*, *111*(1), 172–175.
- Menning, S. (2006). *Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer* (GeroStat Report Altersfragen, Heft 02/2006). Berlin Zentrum für Altersfragen.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, C., Kastirke, N., Porz, S., Schön, D., Westram, A., Klinger, D., Goeze, D., Bischof, G. & John, U. (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport*. Online im Internet: <http://www.jogoremoto.pt/docs/extra/FooxpP.pdf> (Zugriff am: 15.09.2013).
- Meyer, O. (2011). Umriss einer zeitgemäßen und kreativen Seminargestaltung im Rahmen einer reflexiven Lehrerbildung. In: H. Böttger & G. Gien (Hrsg.), *Aspekte einer exzellenten universitären Lehre* (S. 238-250). Bad Heilbrunn: Julius Klinikhardt.
- Mielke, R. (1984). *Lernen und Erwartung. Zur Selbstwirksamkeitstheorie von Albert Bandura*. Bern: Hans Huber.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, *17*, S. 1-16.
- Muche-Borowski, C. & Kopp, I. (2011). Wie eine Leitlinie entsteht. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, *25*, 217-223.
- Nestmann, F. (2000). Gesundheitsförderung durch informelle Hilfe und Unterstützung in sozialen Netzwerken. Die Bedeutung informeller Hilfe und Unterstützung im Alltag von Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung. In: S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit* (S. 128-146). Weinheim, München: Juventa.
- Nitzko, S. & Seiffge-Krenke, I. (2009). Wohlbefindensforschung im Kindes- und Jugendalter, Entwicklungsdynamik, Alters- und Geschlechtsunterschiede. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *17* (2), 69-81.
- Northouse, B.L., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., Gavin, E. & Decker, V. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology*, *20*, 4050-4064.
- Papoušek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber.

- Park, K., Wilson, M.G. & Lee, M.S. (2004). Effects of social support eat work on depression and organizational productivity. *American Journal of Health Behavior*, 28, 444-455.
- Peltzer, K. (2002). Aids und HIV als globales Problem. In: R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A-Z* (S. 1-4), Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (2004). Compliance: Eine Standortbestimmung. In: F. Petermann & I. Ehlebracht-König (Hrsg.), *Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung* (S. 89-105). Regensburg: Roderer.
- Petermann, F. & Mühlig, S. (1998). Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung. In: F. Petermann (Hrsg.), *Compliance und Selbstmanagement* (S. 73-102).Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, H. & Roth, M. (2006). Alter: Produktiver Umgang mit dem Aufgaben einer Lebensphase. In: B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 245-265). Heidelberg: Springer.
- Petry, J. (2010). *Dysfunktionaler und pathologischer PC-und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J. (1993). *Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Piaget, J. (1969). *Nachahmung, Spiel und Traum. Die Entwicklung der Symbolfigur beim Kinde*. Stuttgart: Klett.
- Preuss, U.W., Rujescu, D., Giegling, I., Watzke, S., Koller, G., Zetzsche, T.,Meisenzahl, E.M., Soyka, M. & Möller, H.J. (2008). Psychometrische Evaluation der deutschsprachigen Barratt-Impulsiveness-Skala. *Nervenarzt*, 79, 305-319.
- Ravens-Sieberer, U. & the KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents – handbook*. Lengerich: Papst Science Publisher.
- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. & Erhart, M. (2003). Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In: K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation* (S. 19–98). Weinheim: Juventa.
- Ravens-Sieberer, U., Will, N., Nickel, J., Ottova, V. & Erhart, M. (2009). Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität aus einer bevölkerungsbezogenen Perspektive. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17, 56-68.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.

- Reuter, T. & Schwarzer, R. (2009). Verhalten und Gesundheit. In: J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie* (Band 12) (S. 34-45). Göttingen: Hogrefe.
- Ridder, C.-M. & Engel, B. (2010). Massenkommunikation 2010: Mediennutzung im Intermediavergleich. *Media Perspektiven*, 11, 523-536.
- Rimal, R.N. (2000). Closing the knowledge-behavior gap in health promotion: The mediating role of self-efficacy. *Health Communication*, 12, 219-237.
- Rimann, M. & Udris, I. (1998). „Kohärenzerleben“ (sence of coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource?. In: W. Schüfferl, U. Brucks, R. Johnen, V. Köllner, F. Lamprecht & U. Schnyder (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis* (S. 351-364). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Robert Koch- Institut. (2006). *Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Landes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Psychologie Verlag Union.
- Rolf, K., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In: B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 107-122). Heidelberg: Springer Medizin.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuzer, A. & John, U. (2011). *Prävalenz von Internetabhängigkeit*. Greifswald, Lübeck: Bundesministerium für Gesundheit.
- Russell, J.A. & Carroll, J.M. (1999). The Phoenix of Bipolarity: Reply to Watson and Tellegen. *Psychological Bulletin*, 5, 611-617.
- Sarason, B.R., Pierce, G.R. & Sarason, I.G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationship. In: R.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Priece (Hrsg.), *Social support: An international view* (S. 97-128). New York: Wiley & Sons.
- Schaarschmidt, U. & Kieschke, U. (2007). Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrerstudie. In: M. Rothland (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf: Modelle, Befunde, Interventionen* (S. 81-98). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schaarschmidt, U. (2010). Beruf mit Risiken. *Geist und Gehirn*, 11, 18-23.
- Schaarschmidt, U. (2004). Potsdamer Lehrerstudie – ein erstes Fazit. In Schaarschmidt, U. (Hrsg.), *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (S.141-156). Weinheim: Beltz.

- Schauerte, C.A., Branje, S.J.T. & van Aken, M.A.G. (2003). Familien mit Jugendlichen: Familiäre Unterstützungsbeziehungen und Familientypen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 50, 129–142.
- Schmitz, G. & Schwarzer, R. (2002). Individuelle und kollektive Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. In: M. Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* (S.192-214). Weinheim: Beltz.
- Schmitz, G. & Schwarzer, R. (2000). Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern: Längsschnittbefunde eines neuen Instrument. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 14, 12-25.
- Schneider, W., Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)*. Weinheim: Beltz.
- Schuhler, P., Sobottka, B., Vogelgesang, M., Fischer, T., Flatau, M., Schwarz, S., Brommundt, A. & Beyer, L. (2013). *Pathologischer PC-/Internet-Gebrach bei Patient/innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. Lengerich: Pabst.
- Schulz, A. (2004). *Rauchen und soziale Ungleichheit*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49, 73-82.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Wilz, G., Grunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung des Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46, 208-213.
- Schütz, A., Sellin, I. (2006). *MSWS – Multidimensionale Selbstwertskala*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarz, N. & Strack, F. (1991). Evaluating one's life: A judgment model of subjective wellbeing. In: F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Hrsg.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (S. 27-47). Oxford: Pergamon Press.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Eine Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. Überarbeitete und erweiteret Auflage) Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2002). Selbstwirksamkeitserwartung. In: R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A-Z* (S. 521-524). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2000). *Stress, Angst, Handlungsregulation* (4. Aufl.). Köln: Kohlhammer.

- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer Personalen Bewältigungsressource, *Diagnostica*, 40, 105-123.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42, 243-252.
- Schwarzer, R. & Schmitz, G.S. (1999a). *Lehrer-Selbstwirksamkeit: Dokumentation der Skala Lehrer-Selbstwirksamkeit (WirkLehr)*. Online im Internet: http://www.zpid.de/pub/tests/pt_1003tWirkLehr.pdf (Zugriff am: 27.08.2013).
- Schwarzer, R. & Schmitz, G.S. (1999b). Kollektive Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Eine Längsschnittstudie in zehn Bundesländern. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 30, 262-274.
- Schwerdtfeger, A., Konermann, L. & Schönhofen, K. (2008). Self-efficacy as a health-protective resource in teachers? A biopsychological approach. *Health Psychology*, 27, 358-368.
- Seiffge-Krenke I. (2003). Testing theories of romantic development from adolescence to young adulthood: Evidence of a developmental sequence. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 519-531.
- Selman, R.L. (1984). *Die Entwicklung des sozialen Verstehens*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. & Nitschke, I. (1996). Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In: K.U. Mayer P.B. & Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 497-523). Berlin: Akademie Verlag.
- Spuling, S.M., Miche, M., Wurm, S. & Wahl, H.W. (2013). Exploring the Causal Interplay of Subjective Age and Health Dimensions in the Second Half of Life. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 21, 5-15.
- Stadler, J. (1985). Die soziale Lerntheorie von Bandura. In: D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie* (Band II: Gruppen- und Lerntheorie) (S. 240-272). Bern: Hans Huber.

- Statistisches Bundesamt (2013a). *Kranke und Unfallverletzte. Ergebnisse des Mikrozensus 2009*. Online im Internet: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/GesundheitszustandRelevantesVerhalten/Tabellen/KrankeUnfallverletzte.html>. (Zugriff am: 27.08.2013).
- Statistisches Bundesamt (2013b). *Pflegestatistik 2011, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2013c). *Häufigkeit der Todesursache in Deutschland 2011*. Online im Internet: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/SterbefaelleInsgesamt.html> (Zugriff am: 10.09.2013).
- Statistisches Bundesamt (2013d). *Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000*. Online im Internet: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=140459&nummer=564&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=93971332 (Zugriff am: 10.09.2013).
- Statistisches Bundesamt (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. koordinierte Bevölkerungsberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2006*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Staudinger, U.M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51 (4), 185-197.
- Staudinger, U.M., Fleeson, W. & Baltes, P. B. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being during midlife: Similarities and differences between the U.S. and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 305-319.
- Staudinger, U.M. & Fleeson, W. (1996). Self and personality in old and very old age: A sample case of resilience? *Development and Psychopathology*, 8, 867-885.
- Staudinger, U.M., Freund, A., Linden, M. & Maas, I. (1996). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In: Mayer, K.U. & Baltes, P.B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 321-350). Berlin: Akademie Verlag.

- Staudinger, U.M., Marsiske, M. & Baltes, P.B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In: D. Cicchetti & D. Cohen (Hrsg.), *Developmental psychopathology* (Vol. 2, S. 801-847). New York: Wiley.
- Stetina, B.U. & Kryspin-Exner, I. (2009). *Gesundheit und Neue Medien, Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien*. Wien, New York: Springer.
- Suh, E., Diener, E. & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1091-1102.
- Sullivan, M. (2003). The new subjective medicine: Taking the patient's point of view on health care and health. *Social Science & Medicine*, 56, 1595–1604.
- Taylor, S.E. & Brown, J.D. (1994). Positive Illusions and well-being revisited: separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 21-27.
- Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In: K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 7-21). Berlin: Robert Koch – Institut.
- UIB, Universität von Bergen (2013). *The Illness Perception Questionnaire*. Online im Internet: <http://www.uib.no/ipq/index.html> (Zugriff am: 04.08.2013).
- Van Rooij, A.J., Schoenmakers, T.M., Vermulst, A.A., Van Den Eijnden, R.J. & Van De Mheen, D. (2011). Online video game addiction: identification of addicted adolescent gamers. *Addiction*, 106, 205-212.
- Veenhoven, R. (1993). *Happiness in nations: Subjective appreciation of life in 56 nations 1946-1992*. Rotterdam: RISBO.
- Veith, A. (1997). *Therapiemotivation: Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Verbrugge, L. & Jette, A. (1994). The disablement process. *Social Science and Medicine*, 38, 1-4.
- Verres, R. (1989). Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien. In: C. Bischoff & H. Zenz (Hrsg.), *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit* (S. 18-24). Bern: Hans Hubert.
- Wallander, J.L., Schmitt, M. & Koot, H.M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments, and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 571–585.

- Ware, J.E. (2003). Conceptualization and measurement of health-related quality of life: Comments on an evolving field. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 43–51.
- Warschburger, P. (2000). *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsanforderungen* (Reihe: Klinische Kinderpsychologie, Band. 3) Göttingen: Hogrefe.
- Warziski, M.T., Sereika, S.M., Styn, M.A., Music E. & Burke L.E. (2008). Changes in self-efficacy and dietary adherence: The impact on weight loss in the PREFER study. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 81-92.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Sharpe, K. & Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263-273.
- Wessely, S.C. & Lewis, G.H. (1989). The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *The British Journal of Psychiatry*, 155, 686-691.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Grundriss Gerontologie* (Band 14). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Weyerer, S., Ding-Greiner, C., Marwedel, U. & Kaufeler, T. (2008). *Epidemiologie körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wildt, J., Encke, B. & Blümcke, K. (2003). *Professionalisierung der Hochschuldidaktik. Ein Beitrag zur Personalentwicklung an Hochschulen. Blickpunkt Hochschuldidaktik*. (Band 112). Bielefeld: Bertelsmann.
- Winkeler, M. & Klauer, T. (2003) Inventar zur sozialen Unterstützung in Dyaden (ISU-DYA, Konstruktionshintergrund und erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *Diagnostica*, 49, 14-23.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2012). *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Beitrag zum DEGS-Symposium*. Online im Internet: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 22.09.2013).
- Wolf, C.C. (2010). Im Bann des Vorurteils. *Geist und Gehirn*, 12, 15-18.

- Wood, J. V. (1996). What is social comparison and how should we study it? *Personality And Social Psychology Bulletin*, 22, 520-537.
- World Health Organization (1946), *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO.
- Wurm, S. & Tesch-Röhmer, C. (2013). Gesundheit im Alter: Die Bedeutung der Gesundheitspsychologie, Editorial. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 21, S. 2-4.
- Zaccaro, S.J., Blair, V., Peterson, C. & Zazanis, M. (1995). Collective efficacy. In: J. E. Maddux (Hrsg.), *Self-efficacy, adaption, and adjustment: Theory, research, and application* (S. 305-328). New York: Plenum.
- Zahlten-Hinguranage, A., Bernd, L., Ewerbeck, V. & Sabo, D. (2004). Equal quality of life after limb-sparing or ablative surgery for lower extremity sarcomas. *British Journal of Cancer*, 96, 1012-1014.

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle	Name	Seite
1	deskriptive Stichprobenbeschreibung der Selbstwirksamkeitserfassung von Lehrenden	35
2	Aufbau des der deutschen Version des IPQ-R mit Beispielitems	45
3	Pflegebedürftigkeit und Veränderung zu 2009	75
4	Korrelation zwischen dem subjektiven Alter und den Gesundheitsdimensionen	78
5	Ebenen der Reha-Motivation	93

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung	Name	Seite
1	Darstellung des Copingprozesses nach Antonovsky	22
2	Darstellung der signifikanten Prädiktoren des Kohärenzgefühls bei dem m Übergang ins Studium	25
3	Differenzierung von Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung	27
4	Quellen und Wege der Verhaltensregulation	29
5	sozialkognitive Theorie nach Bandura	30
6	Erwartungs-Wert-Modell	31
7	HAPA-Modell	32
8	schematische Darstellung des CSM	42
9	Das Haupteffektmodell	49
10	Das Moderatormodell	50
11	Differenzierung des subjektiven Wohlbefindens	55
12	Das School Well-being Model	58
13	Krankheitshäufigkeit im Alter	71
14	tägliche Nutzung von Internetanwendungen	82
15	Prävalenz des pathologischen und problematischen Internetgebrauchs	84
16	Integriertes Model des Behandlungsengagement	91

9. Selbständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommen stellen kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Stendal, 23.09.2013

Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers