

# A) Einführung

## 1 Einleitung

### 1.1 Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Die Themen „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ nehmen gesellschaftspolitisch betrachtet in der Bundesrepublik einen immer höheren Stellenwert ein. Wie das deutsche Statistische Bundesamt unlängst bekannt gab, haben die Gesundheitsausgaben im Jahr 2017 erstmals die Marke von einer Milliarde Euro pro Tag überschritten (vgl. Statistisches Bundesamt, 2018a), was einem Anteil von 11,3% des Bruttoinlandprodukts (BIP) entspricht. War dieser Anteil zwischen 1992 und 2005 bereits um beachtliche 1,1% – von 9,4% auf 10,5% des BIP – gewachsen (vgl. ebd.), so legte er in den seither vergangenen Jahren nochmals um weitere 0,8% zu. Nach wie vor liegt die Bundesrepublik mit ihren Gesundheitsausgaben deutlich über dem Durchschnitt der OECD-Staaten (9%) sowie in der weltweiten Rangliste hinter den USA (17,2%) und der Schweiz (12,4%) auf Rang 3 (vgl. Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2017, S. 134f.).

Kann dieser Trend aus wohlfahrtsstaatlicher Perspektive zunächst als durchaus positiv begrüßt werden, so ist gleichwohl zu konstatieren, dass die deutsche Bevölkerung im betreffenden Zeitraum trotz dieser monetären Anstrengungen ganz offensichtlich nicht rundum „gesünder“ geworden ist. Betrachtet man etwa die auch volkswirtschaftlich relevante Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen, so verzeichnete beispielsweise die Techniker Krankenkasse (TK) bei ihren Mitgliedern für das Jahr 2013 bundesweit die höchste Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen seit Durchführung ihrer ursachenbezogenen Erhebungen zu Krankheitsmeldungen im Jahr 2000 (vgl. Grobe, 2014). Auch bei den Mitgliedern der Betriebskrankenkassen (BKK) wurde für den Zeitraum zwischen 2005 und 2016 eine Zunahme von durchschnittlich 11,5 auf 17,4 Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr verzeichnet (vgl. Knieps & Pfaff, 2017, S. 37ff.). Sind damit nur zwei Befunde herausgegriffen, so können diese durchaus als exemplarisch betrachtet werden.<sup>1</sup>

Diese Befunde können den Schluss nahelegen, dass die gängigen Maßnahmen der Gesundheitsförderung ihre Ziele – zumindest in Teilen – verfehlen. Für diese Vermutung kann auch der OECD-Befund ins Feld geführt werden, dass die Betroffenheit der deutschen Bevölkerung von klassischen Gesundheitsrisiken wie Rauchen und Alkoholkonsum (vgl. OECD, 2017, S. 70ff.), aber auch Fettleibigkeit und Übergewicht (ebd., 80ff.), besonders ausgeprägt sind. Trotz des massiven Kostenaufwandes für

---

<sup>1</sup> Siehe für eine Zusammenführung aller diesbezüglichen Daten der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland Bundesministerium für Gesundheit [BfG] (2018). Die steigenden volkswirtschaftlichen Kosten in diesem Zusammenhang thematisiert Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA] (2018).

gesundheitliche Aufklärung liegen die Daten für die Bundesrepublik jeweils deutlich über dem OECD-Durchschnitt.

Dadurch wird zwangsläufig die Frage aufgeworfen, worin die Ursachen für diesen, auf den ersten Blick verwunderlichen Sachverhalt zu finden sind. Verwunderlich sowohl aufgrund des erheblichen und tendenziell steigenden finanziellen Bemühens im Bereich der Gesundheitsförderung (z. B. seit dem jüngst in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, vgl. Bundesregierung, 2015) als auch – und mit ersterem zusammenhängend – angesichts der ganz offensichtlich für breite Bevölkerungsgruppen in großen Mengen zur Verfügung stehenden gesundheitsbezogenen Informationen und Dienstleistungen.

Gerade in Letzterem kann aber bei genauerer Betrachtung eine zentrale, von Gesundheitsforscher\*innen immer wieder betonte, Problematik erkannt werden, insofern „mehr“ nicht immer unbedingt „besser“ ist. Verschiedene Expert\*innen wiesen immer wieder darauf hin, dass die zunehmende Informationsflut und ein stets komplexer werdendes Gesundheitssystem bei den Adressat\*innen zu Verunsicherung, Orientierungslosigkeit und Überforderung führen kann (vgl. z. B. Maag, 2007; Kickbusch, Pelikan, Haslbeck, Apfel & Tsouros, 2016; Soellner, Huber, Lenartz & Rudinger, 2009). In methodischer Hinsicht wurde darüber hinaus wiederkehrend bemängelt, dass die vorherrschenden gesundheitsförderlichen Maßnahmen in aller Regel einen „verordnend-paternalistischen“ Charakter besitzen, der sich mit Blick auf die Realisation nachhaltig-gesundheitsförderlichen Verhaltens eher als kontraproduktiv erweist. Damit einhergehend würden wichtige Ebenen wie Selbstbestimmung, Autonomie und Motivation der Adressat\*innen selbst ausgeblendet beziehungsweise allenfalls verkürzend berücksichtigt (Brandes & Stark, 2016; Altgeld & Bittlingmayer, 2017; Wright, 2016; Blättner, 2014; Reik, 2011, S. 91ff.). Damit zusammenhängend wird ferner bezweifelt, ob die Maßnahmen bei den Betroffenen selbst ein ausreichendes Maß an essentieller Eigenverantwortung in Form von Gesundheitskompetenz generieren. In verdichteter Form ließen sich die Kritiken dahingehend zusammenfassen, dass sie in der einen oder anderen Art und Weise die *unzureichende Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderungsstrategien* bemängeln.

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit teilt diese allgemeine Einschätzung und soll wie folgt konkretisiert werden: Die gängigen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung krankten an einem – wenn überhaupt – unzureichend elaborierten Verständnis von Gesundheitskompetenz und ihrer Förderung (Rheinisch-Westfälisches Institut

[RWI], 2018).<sup>2</sup> Insofern Gesundheitskompetenz, so die zentrale Annahme, für eine nachhaltig gesunde Lebensführung von essentieller Bedeutung ist, müssen diese Maßnahmen zwangsläufig ins Leere laufen. Vor diesem Hintergrund widmet sich die Studie umfassend der Frage, *wie eine gesundheitsförderliche Interventionsmaßnahme in theoretischer wie praktischer Hinsicht konzeptualisiert und beschaffen sein müsste, um eine wahrhaft nachhaltig gesundheitskompetente Lebensführung zu ermöglichen und zu stärken.*

Die nachfolgenden Kapitel dokumentieren das GeH Mit!-Interventionsprojekt (**G**esundheitsförderung für **H**ochschul**M**itarbeiter\*innen durch Yoga), das an der Universität Augsburg in den Jahren 2015 bis 2018 mit der Absicht entwickelt und durchgeführt wurde, einen theoretischen und praktisch-handlungsleitenden Beitrag zur Beantwortung dieser Fragestellung zu leisten. Im Rahmen der GeH Mit!-Intervention wurde eine gezielte Maßnahme zur Verbesserung der *Gesundheitskompetenz*, des *Gesundheitsverhaltens* und des *Gesundheitsstatus* von Beschäftigten der Universität Augsburg theoriegeleitet konzipiert, umgesetzt und wissenschaftlich begleitet. Die zentrale Zielsetzung der Intervention war eine langfristige und damit nachhaltige positive Beeinflussung der genannten gesundheitsbezogenen Kategorien im Rahmen einer individuumsbezogenen, salutogenetischen und ganzheitlichen Gesundheitsförderung. Bevor im Folgenden einleitend der Aufbau der Arbeit (Kap. 1.2) vorgestellt und einige Überlegungen zu („guter“) Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung (Kap. 1.3) angestellt werden, sollen an dieser Stelle bereits in groben Zügen die beiden Spezifika der Studie – das *Setting Hochschule* sowie *Yoga als Maßnahme* der Intervention – umrissen werden.

### *Warum Hochschule?*

Gesundheit, so heißt es in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der World Health Organization [WHO] (1986, S. 5), „wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“. Zielt diese Bestimmung auf die vielfältigen Kontexte von Gesundheit, so ist eine kleinformatige Interventionsmaßnahme notwendigerweise gezwungen, Einschränkungen hinsichtlich ihres Gegenstandsbereichs vorzunehmen. Mit dem Setting „Arbeitsplatz

---

2 Gesundheitskompetenz rückte zuletzt zunehmend als Schlüsselbegriff für künftige „Erfolge“ im Gesundheitswesen in den Fokus, so etwa in der jüngsten Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung (WHO, 2016) oder dem kürzlich veröffentlichten DKV-Report zur Gesundheit der Deutschen (vgl. Froböse & Wallmann-Sperlich, 2016). Auch ein jüngst lancierter Nationaler Aktionsplan (2018) fokussiert auf Gesundheitskompetenz und attestiert deren unzureichende Ausbildung bei 50% der Bundesbürger\*innen (Schaeffer, Hurrelmann, Bauer & Kolpatzik, 2018). Wenngleich damit eine begrüßenswerte Umorientierung auf eine, hinter dem oberflächlich beobachtbaren Verhalten stehende Bezugsgröße eingeleitet ist, so bleibt zu betonen, dass das in diesem Kontext zugrunde gelegte Verständnis von Gesundheitskompetenz äußerst verkürzt ist und sich häufig in Kompetenzen wie dem Lesen von Beipackzetteln erschöpft (für eine Kritik am Vorgehen des Nationalen Aktionsplans vgl. RWI, 2018). Dabei handelt es sich zweifelsohne um eine wichtige und für eine gesundheitskompetente Lebensführung bedeutsame Expertise. Das dieser Arbeit zugrundeliegende Verständnis von Gesundheitskompetenz reicht jedoch aus noch zu erläuternden Gründen wesentlich tiefer (vgl. Kap 3.2).

Hochschule<sup>3</sup> situiert sich die vorliegende Studie im Bereich der Arbeitsverhältnisse. Dabei handelt es sich einerseits um einen (sowohl in zeitlicher wie auch biographischer Hinsicht) bedeutenden Ort gegenwärtiger Lebensführungsmuster mit unbestreitbaren und vielfach negativen Auswirkungen auf die Gesundheit (vgl. Rosenbrock & Lenhardt, 2010). Zum anderen bietet das betriebliche Umfeld einzigartige Möglichkeiten, um Resonanzen für gesundheitsförderliche Interventionen zu erzeugen und positive Effekte zu zeitigen. Hochschulen als spezifische Orte der Arbeitswelt sind wiederum zentrale Institutionen einer dienstleistungsorientierten Wissensgesellschaft, in denen sich arbeitssoziologisch prognostizierte Entwicklungstrends der Arbeitsverhältnisse in vorwegnehmender und verdichteter Ausformung beobachten ließen und lassen (vgl. z. B. Kellermann, Boni & Meyer-Renschhausen, 2009, dort Teil III; Weiskopf, 2005). Sie können somit als exemplarisches „Experimentierfeld“ für zukünftige Beschäftigungsverhältnisse gelten, in dem sich entsprechend auch Trends hinsichtlich künftiger Gesundheitsbelastungen – aber auch Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Interventionsstrategien – identifizieren lassen. Bereits 1997 wurde die Hochschule als spezifisches Setting für Gesundheitsförderung deklariert (WHO, 1997). 2013 wurde die „Gesunde Hochschule“ dann auf der Jahrestagung der Fachhochschulkanzler\*innen zur „Chefsache“ erklärt (vgl. Hochschulkanzler e. V., 2013), die an jeder Universität und Hochschule verstärkt angebahnt werden soll. Die Entwicklung und Umsetzung methodisch überzeugender, gut dokumentierter und effektstarker Einzelinitiativen, die mit geeigneten Studiendesigns evaluiert und mittels öffentlichkeitswirksamer Publikationsstrategien entsprechend verbreitet werden, könnte dabei ein zentraler Baustein sein, um im Setting Arbeitsplatz Gesundheitsförderung als Befähigung von Individuen in die Wege zu leiten und damit salutogenetisch fundiert in den Alltag einzuwirken.

### *Warum Yoga?*

Das heute verbreitete Verständnis von Yoga<sup>4</sup> begreift diesen als ein körperlich-geistiges Übungssystem mit vielfältigen Inhalten aus den Bereichen Bewegung, Atemschulung, Entspannungs-, Konzentrations- und Meditationstechniken. Dies integrierend sowie darüber hinaus gehend wird Yoga häufig auch ein „transformativer“ Charakter attestiert, der eine Entwicklung hin zu einem harmonische(re)n Leben befördert (Trökes, 2015, S. 7f.; Dalmann & Soder, 2015; Deutzmann, 2002). Dieser Transformationsprozess wird zumeist als im körperlichen Bereich beginnend und sich dann durch die Schulung von Beobachtung, Achtsamkeit und subtiler Wahrnehmung mehr und mehr auf weitere Ebenen des Menschseins ausbreitend verstanden. So setzen

---

3 Im Verlauf der Arbeit wird der verbreitete Begriff Hochschule als Überbegriff für Universitäten, Fachhochschulen, „Universitäten für angewandte Wissenschaften“, pädagogische Hochschulen u. a. verwendet. Für die Betrachtung als gesundheitsbezogenes Setting ist diese Einteilung aufgrund der Ähnlichkeit der Statusgruppen und Arbeitsbedingungen sinnvoll.

4 Laut Duden (2018) ist sowohl „das Yoga“ als auch „der Yoga“ als Verwendung möglich, wobei „das Yoga“ eher im Alltagsgebrauch verbreitet ist und sich „der Yoga“ in der meisten Grundlagenliteratur findet (vgl. Bibliographisches Institut, 2018).

sich zahlreiche Übende früher oder später mit der hinter diesem Übungssystem stehenden Lebensphilosophie auseinander und beginnen, sich auf einer „Metaebene“ mit dem eigenen Denken, Fühlen und Handeln zu beschäftigen. Diese Tatsache führt – so die Annahme – unweigerlich dazu, dass die Menschen sich besser kennen und verstehen lernen. In einem nächsten Schritt entwickelt sich auf Basis dieses Verständnisprozesses und unterstützt durch yogaspezifische Grundannahmen und -prinzipien der Veränderung eine erhöhte Selbstakzeptanz, die gleichzeitig mit der erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergeht, dass die Selbstkenntnis Angriffspunkte für Veränderungsprozesse aufdeckt und ihre Initiierung anstößt. Die eigene Yogapraxis ist dann keineswegs beschränkt auf eine Stunde Yogaunterricht in der Woche, sondern wird, je nach Interesse und Engagement, in das alltägliche Leben sowie in alle Lebensbereiche hinein ausgeweitet. Yoga umfasst demnach einen Übungsweg, der den Menschen hin zu einem bewussten und achtsamen Leben führt (vgl. Trökes, 2015, S. 11). Wie eingehend noch zu plausibilisieren sein wird, kann dieser „Weg des Yoga“ geradezu als paradigmatische Maßnahme einer gelingenden individuumsbezogenen, salutogenetischen und ganzheitlichen Gesundheitsförderung betrachtet werden.

## 1.2 Zum Aufbau und zur Vorgehensweise der Arbeit

Der erste Hauptteil der Arbeit (B) ist den theoretischen Grundlagen gewidmet. Da vielfältige Gesundheitsverständnisse und Zugänge zu ihrer jeweiligen Förderung bestehen, ist zunächst näher zu bestimmen, welches (davon) der vorliegenden Studie zugrunde gelegt wurde. Dazu erfolgt eingangs eine disziplinäre Verortung des Forschungsthemas, auf deren Grundlage die Auswahl des *salutogenetischen Paradigmas* von Gesundheit getroffen wurde (Kap. 2.1).<sup>5</sup> Es folgt eine detaillierte Darstellung des salutogenetischen Paradigmas (Kap. 2.2). Ein gesondertes Augenmerk gilt im

5 Die Schwierigkeit, sich im Forschungsfeld Gesundheit zu orientieren, besteht nicht zuletzt darin, dass in der nationalen und internationalen Literatur keine Einigkeit über Begriffsverständnisse und -verwendungen zu relevanten Komplexen rund um das Thema besteht (vgl. Wulfhorst & Hurrelmann, 2009, S. 9-34). Aus Platzgründen und angesichts des überbordenden und ständig wachsenden Literaturfundus wird daher kein Anspruch auf umfassende Darstellungen erhoben. Bereits aufgrund der Fülle an theoretischen Veröffentlichungen zu den Schlagworten „Gesundheit“ (ein Überblick hierzu findet sich bei Franke, 2012; Faltermaier, 2015b; Hurrelmann & Razum, 2016), „Gesundheitsverhalten“ (vgl. z. B. Knoll, Scholz & Rieckmann, 2013, S. 26-83), „Gesundheitskompetenz“ (vgl. Sørensen et al., 2012) und „Gesundheitsförderung“ (vgl. Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010) musste eine Vorauswahl und Einschränkung vorgenommen werden. Nur solche Konzeptualisierungen, die die Diskussion maßgeblich beeinflussten und für die vorliegende Arbeit Relevanz besitzen, werden betrachtet. Zur schließlich vorgenommenen Auswahl wurde Fachliteratur aus der Pädagogik, der Psychologie, der Medizin, der Sportwissenschaft und, als multidisziplinäre Querschnittsdisziplin, aus den Gesundheitswissenschaften gesichtet. Hinsichtlich der Recherchesystematik wird im gesundheitswissenschaftlichen Kontext die Verwendung der Stichwortliste „Medical Subject Headings“ der US-amerikanischen Nationalbibliothek empfohlen (vgl. Schlicht & Zinsmeister, 2015). Es finden sich dort die Schlagwörter „health promotion“, „health behavior“, „health education“ und „health literacy“. Die Tatsache, dass der Begriff „health competence“ in der Schlagwortliste nicht geführt wird und das Verständnis von „health literacy“ nur in Teilen für das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit geeignet ist (vgl. Kap. 3.2), zeigt die Grenzen der systematischen Suche in medizinisch-gesundheitswissenschaftlichen Datenbanken für vorliegenden Kontext.

Anschluss den damit verbundenen Annahmen zur Einflussnahme auf Gesundheit. Unter dem Begriff der Gesundheitsförderung werden Zielsetzungen, Strategien und Gütekriterien einer Einflussnahme zur Darstellung gebracht (Kap. 2.3). An diese Ausführungen schließt eine Betrachtung spezifisch gesund- und krankmachender Bestimmungsgrößen im Kontext von Erwerbsarbeit an, die in eine weitere Fokusverengung auf das spezifische „Arbeitssetting Hochschule“ mündet (Kap. 2.4).

Sind damit die zentralen Grundlagen gelegt, so widmet sich das dritte Kapitel intensiv der Thematik der individuumsbezogenen<sup>6</sup> Gesundheitsförderung (Kap. 3). Im Zentrum steht das Individuum mit seinen Möglichkeiten, auf der Verhaltensebene und im Rahmen der bestehenden, mehr oder weniger gesundheitsförderlichen Verhältnisse Einfluss auf die eigene Gesundheit zu nehmen. Aus diesem Grund wird in Kapitel 3.1 ein (auch) empirisch gesättigtes Verständnis von *Gesundheitsverhalten* und seiner Veränderbarkeit entwickelt. Wie einleitend bereits angedeutet, war eine zentrale forschungsleitende Hypothese des Projektes, dass sich der unter der Bezeichnung *Gesundheitskompetenz* verhandelte Sachverhalt insbesondere eignet, um nachhaltige und langfristig positive Veränderungen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens zu initiieren. Um dies zu plausibilisieren, wird in Kapitel 3.2 das Konzept der Gesundheitskompetenz eingeführt und aufgezeigt, inwiefern es das bis zu diesem Punkt der Arbeit entwickelte theoretische Gerüst gewinnbringend erweitern und bestehende Forschungslücken verkleinern kann.

Im vierten Kapitel wird Yoga in den Blick genommen (Kap. 4). Insofern es sich dabei um keinen „geschützten Begriff“ handelt und es eine geradezu ausufernde Anzahl an praktizierten Stilen gibt, ist angesichts der Zielsetzung einer standardisierten Interventionsmaßnahme eine begriffliche und konzeptionelle Sortierung, Klärung und Auswahl unerlässlich. Dies kann sinnvoll jedoch nur vor dem Hintergrund einer umfassenden(re)n Kenntnis des „Phänomens Yoga“ geschehen. In Kapitel 4.1 werden daher zunächst in knapper Form die zentralen philosophischen Ursprünge und Entwicklungslinien dargestellt, um dann in Kapitel 4.2 einen geteilten inhaltlichen Kern – zumindest rudimentär – zu bestimmen. In Kapitel 4.3 wird sich denjenigen Yogawegen und Methoden zugewandt, die für die Konzeption der GeH Mit!-Interventionsstudie von zentraler Bedeutung waren, nämlich Raja Yoga und Hatha Yoga. Daran anschließend werden deren Annahmen mit dem Konzept einer individuumsbezogenen, ganzheitlichen und ressourcenorientierten Gesundheitsförderung in Verbindung gesetzt (Kap. 4.4). Ein besonderer Fokus wird dabei auf die theoretische Plausibilisierung

---

6 Üblicherweise wird heuristisch zwischen individuumsbezogenen, auf der Verhaltensebene angesiedelten, und gesellschaftsbezogenen, auf der Verhältnisebene lokalisierten, Ansätzen unterschieden. Auch wenn diese beiden Ebenen selbstverständlich nicht strikt voneinander zu trennen sind und das hier zu dokumentierende Interventionsprojekt auf beiden Ebenen Impulse setzt, wird in dieser Arbeit sowohl theoretisch als auch empirisch überwiegend die individuelle Verhaltensebene betrachtet. Theorien, Modelle und Untersuchungen zu (dem Ungleichgewicht bei) der Verteilung von Gesundheitschancen werden ebenso wenig berücksichtigt wie Abhandlungen mit einem Fokus auf die Gestaltung der öffentlichen Gesundheitsversorgung und einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.

der Annahme gelegt, dass sich Yoga insbesondere eignet, um nachhaltige Veränderungsprozesse auf den verschiedenen Ebenen ganzheitlicher Gesundheit im Allgemeinen, sowie von Gesundheitsverhaltensänderung und Gesundheitskompetenz im Speziellen, anzubahnen. Dazu werden mögliche Anknüpfungspunkte der Lehren des Yoga an den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand motivations- und volitionspsychologischer Annahmen zu gelingender langfristiger Verhaltensänderung und Kompetenzentwicklung herausgearbeitet. Beschlossen wird das Kapitel mit einem Überblick zu empirischen Auseinandersetzungen mit den Wirkungen von Yoga auf Krankheit und Gesundheit (Kap. 4.5).

Sind damit sämtliche theoretische Grundlagen gelegt, so ist der zweite Hauptteil (C) der Arbeit (Kap. 5 & 6) der GeH Mitl-Intervention selbst sowie deren Begleitforschung gewidmet. Das Kapitel 5 eröffnend wird die Ableitung der Zielsetzungen der GeH Mitl-Studie aus den zuvor erarbeiteten theoretischen Grundlagen dargelegt (Kap. 5.1). Die oberste Zielstellung wird dabei wie folgt formuliert: *Eine positive und nachhaltige Beeinflussung möglichst vielfältiger Determinanten des bio-psycho-sozial-spirituell-ökologischen Gesamtzustandes sowie der für dessen Ausbildung und Aufrechterhaltung notwendigen Gesundheitskompetenzfacetten, bestehend aus Persönlichkeitsaspekten, Wissensbeständen, Fertigkeiten und Fähigkeiten.* Die nachfolgenden Kapitel sind der „Übersetzung“ der Zielstellung in eine Intervention gewidmet. Nach einer einführenden Diskussion möglicher Orientierungspunkte und konzeptioneller Herangehensweisen (Kap. 5.2) werden zunächst die Determinanten einer salutogenetischen und langfristigen Gesundheitskompetenzentwicklung identifiziert (Kap. 5.3) und anschließend innerhalb einer eigenen Modellierung synthetisiert (Kap. 5.4). Daran anknüpfend werden aus dem empirischen Forschungsstand zu Gesundheitskompetenz und langfristiger Gesundheitsverhaltensänderung geeignete Interventionstechniken für die gezielte Ansteuerung der Determinanten abgeleitet (Kap. 5.5). Die Darstellung der Interventionsentwicklung beschließend wird im Anschluss das GeH Mitl-Interventionsprogramm hinsichtlich seiner spezifischen Konzeptualisierung und tatsächlichen Umsetzung vorgestellt (Kap. 5.6).

In Kapitel 6 steht die empirische Untersuchung der Intervention im Zentrum. Dazu werden einleitend zunächst in knapper Form die Zielstellungen und Fragestellungen der empirischen Untersuchung benannt und die im weiteren Verlauf zu prüfenden Hypothesen vorgestellt (Kap. 6.1). Anschließend werden im Unterkapitel zur Methodik (Kap. 6.2) das Studiendesign, die Erhebungsinstrumente, der Untersuchungsablauf sowie die Vorgehensweise bei der Datenauswertung erläutert. Im Ergebniskapitel 6.3 werden nach einigen einleitenden Hinweisen zur Ergebnisdarstellung die Ergebnisse der Studie vorgestellt. In Kapitel 6.4 erfolgt sodann die Interpretation und Diskussion der Befunde vor dem theoretischen Hintergrund sowie eine abschließende Stellungnahme zu der Erreichung der Projektziele.

Im dritten und abschließenden Teil (D) der Studie werden die Erkenntnisse zusammenführend zur Darstellung gebracht und hinsichtlich ihres Potenzials für die Imple-

mentierung und Optimierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (an Hochschulen) befragt. Im Zuge dessen wird zunächst eine umfassende forschungsmethodische Reflexion der Vorgehensweise durchgeführt (Kap. 7.1), sowie anschließend die theoretischen und praktischen Implikationen des GeH Mit!-Projekts dargelegt (Kap. 7.2). Beschlossen wird die Arbeit mit einigen knappen, resümierenden Bemerkungen (Kap. 7.3).

### **1.3 Vorüberlegungen zu (guter) Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung**

Wann und inwiefern kann bei Interventionsforschung im Bereich der Gesundheitsförderung von „guter Wissenschaft“ gesprochen werden? Immer wieder und von verschiedenen Seiten wurde der Vorwurf mangelnder Forschungsqualität erhoben (Schaller et al., 2016; Prestwich et al., 2014; Joseph, Daniel, Thind, Benitez & Pekmezi, 2016; Göhner, Fuchs & Mahler, 2007; Höner, 2007), weshalb insbesondere die Forderungen nach theoretischer Fundierung und Evidenzbasierung<sup>7</sup> zunehmend lauter werden. Die jeweiligen Herangehensweisen sollten theoretisch und empirisch belastbar sein, Praxistauglichkeit und Anwendungsorientierung aufweisen (Schaller et al., 2016) sowie präzise standardisiert und dokumentiert werden (Fuchs, 2007). Die nachfolgenden Ausführungen problematisieren in knapper Form die für eine Feldforschung wie die GeH Mit!-Interventionsstudie herausfordernden „Gütekriterien“ Evidenz- und Theoriebasierung (Kap. 1.3.1), diskutieren die Möglichkeiten der Systematisierung von theoriegeleiteter Interventionsforschung und bringen zur Darstellung, inwiefern dies im vorliegenden Fall umgesetzt wurde (Kap. 1.3.2).

#### *1.3.1 Zur Evidenz- und Theoriebasierung von Interventionsforschung*

Wenngleich die soeben genannten „Gütekriterien“ der Sache nach völlig zu Recht eingefordert werden, müssen diese dennoch differenziert betrachtet werden, um sich möglichen Einsichten nicht per se zu verschließen. So erfüllen beispielsweise nur sehr wenige Feldstudien im Bereich der Gesundheitsförderung das Kriterium der *Evidenzbasierung* in einem (aus dem medizinisch-klinischen Kontext stammenden) Randomized-Controlled-Trial-Standard (RCT) (Höner, 2007; Robert Koch-Institut [RKI], 2012). Wie Höner (2007) auf Grundlage seiner Zusammenfassung des Forschungsstands zu *Reviews* über evidenzbasierte Interventionsmaßnahmen im Bereich „Steigerung der körperlichen Aktivität“ aufweist, führt dies dazu, dass entsprechende Studien in strikt-quantitativen Reviews nur in äußerst geringem Umfang Eingang finden. Da für Feldstudien das RCT-Qualitätsniveau in der Regel kaum bis gar nicht erreichbar ist, fallen diese durch das Selektionsraster, obgleich sie für die Beforschung und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung essentiell sind. RCT-Standards ent-

---

<sup>7</sup> Zum Begriff der Evidenzbasierung vgl. Wirtz (2017).