

1 Einführung – Die Entwicklung einheitlicher Evaluationsverfahren durch die Spitzenverbände der Krankenkassen

Das fünfte *Sozialgesetzbuch* stellt die gesetzliche Grundlage für die Qualitätssicherung primärpräventiver Interventionen der gesetzlichen Krankenversicherung dar, wonach die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ haben (§ 2 Abs. 1 SGB V). Mit der Erstellung eines Präventionsleitfadens haben die Spitzenverbände der Krankenkassen – wie im § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V gefordert – prioritäre Handlungsfelder und Kriterien formuliert, die für Interventionen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) verbindlich gelten (vgl. Arge SpiK, 2008 a, S. 4).

Der *GKV-Leitfaden Prävention* sieht vor, u. a. zweckmäßige Verfahren zur Sicherung der Erfolgskontrolle zu entwickeln, die als kontinuierliche Routinen etabliert werden. Damit soll die notwendige Transparenz erreicht werden, um die Realisierung der gesetzten Ziele und Erwartungen überprüfen zu können. Darüber hinaus werden die erhobenen Daten für die Planung zukünftiger Aktivitäten genutzt, was einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess einleiten soll (vgl. Arge SpiK, 2008 a, S. 11).

Im Rahmen der Evaluation (Erfolgskontrolle) werden Stärken und Schwächen von Interventionen aufgezeigt, wodurch angebotsbezogene Entscheidungen optimiert und damit die Effektivität und Effizienz erhöht werden können (vgl. BZgA, 2007, S. 349). Somit stellt die Evaluation auch für die gesetzlichen Krankenkassen ein grundlegendes Instrument zur Bewertung und Verbesserung ihrer primärpräventiven Leistungen dar.

Diesbezüglich haben die Spitzenverbände der Krankenkassen bereits *gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren* erarbeitet, deren Fragebögen in Feldversuchen umfassend getestet wurden. Hierbei waren das Institut und Poliklinik

für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg und GESOMED (Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin in Freiburg) für die Erstellung, Erprobung und wissenschaftliche Analyse der Evaluationsinstrumente verantwortlich (vgl. Arge SpiK, 2008 b, S. 4).

Im **Handbuch zum Individuellen Ansatz** (*Anwenderhandbuch Teil 1*), sind alle Materialien und Anleitungen für die Evaluation von Bewegungs-, Ernährungs- und Stressreduktionskursen enthalten. Die Instrumente (Frage- und Dokumentationsbögen) sowie Hinweisblätter für die Kursleiter sind dort im Anhang zu finden. Methodische Aspekte und Ergebnisse aus den Feldversuchen sind in gesonderten wissenschaftlichen Berichten dargestellt, die nicht öffentlich zugänglich sind, jedoch bei den Herausgebern angefordert werden können (vgl. Arge SpiK, 2008 b, S. 3).

Die Anbieter von kassenseitig geförderten Präventionsmaßnahmen sind zur Beteiligung an der Evaluation der durch die Krankenkassen oder ihre Verbände initiierten bzw. durchgeführten Maßnahmen verpflichtet (vgl. Arge SpiK, 2008 a, S. 18). Denn die Erfolgskontrolle der GKV trägt letztlich auch dazu bei, die Tätigkeitsfelder der externen Anbieter zukünftig zu sichern. Gleichzeitig stellen die Rückmeldungen der Kursteilnehmer Ansatzpunkte zur Qualitätsverbesserung der Kurse dar (vgl. Arge SpiK, 2008 b, S. 8).

Die Kursleiter werden aktiv in den Evaluationsprozess eingebunden, indem sie die Kursteilnehmer zum Ausfüllen der Fragebögen motivieren, offene Fragen klären, die Fragebögen verteilen, wieder einsammeln und anschließend an die Krankenkasse zurücksenden. Die Kursrahmendaten werden in einem gesonderten Dokumentationsbogen erfasst, der u. a. die Kursdauer, Anzahl der Treffen sowie die Teilnehmerzahl zu Kursbeginn und –ende (für Ermittlung der Rücklaufquote) enthält (vgl. Arge SpiK, 2008 b, S. 5 ff).

Die GKV-Evaluationsinstrumente wurden bereits durch stichprobenartige Befragungen in über 200 Gesundheitskursen verschiedener Krankenkassen aus drei Kassensystemen mit insgesamt knapp 1.700 Teilnehmern aus den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung erprobt. Die Testergebnisse zei-

gen, dass die eingesetzten Evaluationsinstrumente zur Wirkungsabschätzung gut geeignet sind und den Krankenkassen eine begleitende Qualitätssicherung ohne großen Aufwand ermöglichen (vgl. Wanek, 2009).

Evaluationsdesign und Evaluationsebenen

Mit Hilfe der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entwickelten gemeinsamen und einheitlichen Evaluationsverfahren soll krankenkassen- und handlungsfeldübergreifend die Wirksamkeit von Gesundheitskursen nachgewiesen werden.

Der Evaluationsansatz besteht aus einer längsschnittlichen Befragung, die drei Erhebungszeitpunkte umfasst. Dabei werden die gleichen Kursteilnehmer zu Kursbeginn (erste Kursstunde); bei Kursende (letzte Kurseinheit) sowie sechs Monate nach Beendigung der Kurse schriftlich befragt (Prä-Post-Design mit Follow up). Zur Gewährleistung eines routinemäßigen Einsatzes und zwecks Vergleichbarkeit der Ergebnisse werden für alle Kurse bzw. Handlungsfelder die gleichen Fragebögen verwendet, die sich mit einer Länge von lediglich zwei Seiten auf das Wesentliche beschränken sollen (vgl. Arge SpiK, 2008 b, S. 4f).

Um den Datenschutz sicherzustellen, werden die Fragebögen der verschiedenen Messzeitpunkte ausschließlich anhand des Geburtsdatums (des Befragten) für die statistische Analyse zusammengeführt.

Auf ein Evaluationsdesign mit Kontrollgruppen wird verzichtet, weil es sich aufgrund des damit verbundenen Aufwands nicht für ein Routinesystem eignet. Deshalb kommt der Verfügbarkeit von Normdaten eine besondere Bedeutung zu, um Ausgangslage und Wirkungen abschätzen zu können. Vergleiche zur nationalen Gesundheitsberichterstattung sind möglich, wenn die Normdaten aus großen Studien gewonnen werden (vgl. Arge SpiK, 2008 b, S. 4).

Wie die nachstehende Abbildung verdeutlicht, wird in den GKV-Fragebögen sowohl die Struktur-, Prozess- als auch Ergebnisqualität der Präventionskurse eva-

luid, wobei der Schwerpunkt auf der Bewertung von Effekten und Zielerreichung liegt.

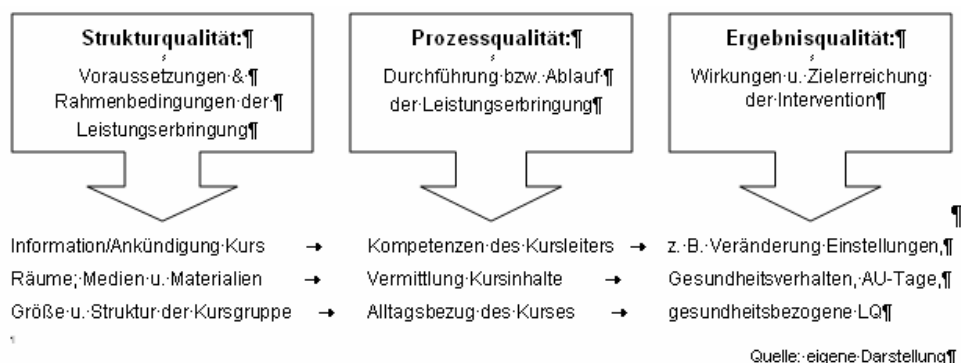


Abbildung 1: Evaluationsebenen des Fragebogens

Auf der Ebene der Ergebnisqualität werden beim *Gesundheitsverhalten* die Bereiche Ernährung, Bewegung und Stress/Entspannung erfragt. Für jedes Handlungsfeld sind jeweils vier Items formuliert worden, die an den Zielen des GKV-Leitfadens Prävention ausgerichtet sind. Deshalb wurden beispielsweise beim Bewegungsverhalten Items zur Bewegung im Alltag, regelmäßigen sportlichen Betätigung und sozialen Einbindung aufgenommen (vgl. Arge SpiK, 2008 b, S. 11).

2 Die Weiterentwicklung der Evaluation von Präventionskursen der IKK Nord

Die Evaluation im Bereich der individuellen Gesundheitsförderung wird bei der IKK Nord durch die Präventionscenter organisiert und durchgeführt. Eine Erfolgskontrolle wird bei den **kassenseitig** organisierten Gesundheitskursprogrammen in Form einer Maßnahmenevaluation vorgenommen, bei der die konkreten Einzelmaßnahmen (z. B. Rückenschulkurs oder Ernährungsberatung) Gegenstand der systematischen Bewertung sind. Dabei werden **alle** im Rahmen des Gesundheitsprogramms angebotenen Kurse einer Bewertung unterzogen.

Die Akzeptanz der Maßnahmen wird zunächst anhand der Teilnahmequoten und Kursauslastungen untersucht. Die empirischen Daten wurden bisher durch einmalige Teilnehmerbefragungen am Schluss der Kurse erhoben. Zur Kursbeurteilung wurden spezielle Fragebögen eingesetzt, deren Inhalte sich je nach Handlungsfeld leicht unterscheiden. Darin wurden u. a. die Kursinhalte und deren Vermittlung durch den Kursleiter, die Kursorganisation und Veränderungen des Gesundheitsverhaltens sowie des Gesundheitszustands bewertet. Darüber hinaus konnten individuelle Anmerkungen zum Kurs gemacht werden.

Wie von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gefordert, unterstützen die externen Anbieter die Präventionscenterleiter bei der Durchführung der Teilnehmerbefragungen. Bereits vor Kursbeginn werden die Kursleiter über die anstehende Evaluation aufgeklärt und um Mithilfe gebeten. Zur Erreichung möglichst hoher Rücklaufquoten werden die Kursleiter dazu angeregt, ihre Teilnehmer zur Mitwirkung an der Befragung zu motivieren.

Der Präventionscenterleiter übermittelt die Fragebögen zunächst dem Kursleiter, der diese dann am Ende des Kurses allen anwesenden Teilnehmern aushändigt mit der Bitte, sie ausgefüllt an ihn zurückzugeben. Anschließend schickt der externe Anbieter die ausgefüllten Fragebögen zurück an den Präventionscenterleiter.

Auf der Grundlage der im Kapitel 1 beschriebenen *gemeinsamen und einheitlichen Evaluationsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008 b)* ist der Evaluationsprozess in den Präventionscentern der IKK Nord in Kooperation mit der Hochschule Neubrandenburg weiterentwickelt und an die aktuellen Empfehlungen angepasst worden.

Das neue Evaluationsdesign mit insgesamt drei Befragungszeitpunkten wird seit dem Frühjahrskursprogramm 2010 durch die Präventionscenter der IKK Nord angewendet. Dabei werden die Teilnehmer zu Kursbeginn, am Kursende und nach sechs Monaten schriftlich befragt, um Gesundheitswirkungen im Prä-Post-Vergleich und die Nachhaltigkeit der Effekte untersuchen zu können.

Da jedoch in den einheitlichen Fragebögen der Spitzenverbände der Krankenkassen mehrere Dimensionen bzw. Parameter, die für die Evaluation der individuellen Gesundheitskurse bedeutsam sind, zu kurz kommen oder sogar weggelassen werden, sind diese Evaluationsinstrumente an der Hochschule Neubrandenburg überarbeitet und erweitert worden. Die Evaluationsziele und daraus resultierenden Forschungshypothesen sowie inhaltlichen Änderungen in den Fragebögen werden in den nächsten Abschnitten ausführlich dargestellt.

Um die Praktikabilität und Qualität der einheitlichen Fragebögen der Spitzenverbände der Krankenkassen direkt mit den überarbeiteten Fragebögen der Hochschule Neubrandenburg vergleichen zu können, wurden beide Versionen im Frühjahrskursprogramm 2010 der IKK Nord zur Evaluation verwendet. Während in den Präventionscentern Kiel, Lübeck, Rostock und Flensburg die einheitlichen GKV-Fragebögen zum Einsatz kamen, wurden in Neubrandenburg, Schwerin und Itzehoe die Fragebögen der Hochschule genutzt.

Die Auswertungen der Befragungsdaten sollen dann Aufschluss darüber geben, ob bzw. inwieweit sich die erweiterten Fragebögen der Hochschule von denen der GKV-Spitzenverbände unterscheiden hinsichtlich:

1. der Akzeptanz (Verringert der längere Fragebogen den Rücklauf; gibt es mehr fehlende Werte?),

2. der Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität, Veränderungssensitivität usw.) und
3. der gemessenen Effekte bzw. Gesundheitswirkungen.

Aufgrund der wesentlich größeren Datenmenge, die durch das neue Evaluationsverfahren entsteht, und der Erprobung neuer Fragebögen wird die Datenauswertung (vorerst) extern durch die Hochschule Neubrandenburg übernommen. Die Dateneingabe und -analyse erfolgt mit dem Statistikprogramm SPSS. Die Befragten erhalten zusammen mit dem ersten Fragebogen ein Informationsblatt (über Zweck, Ablauf und Beteiligte der Evaluation, Datenschutz usw.) und eine Einwilligungserklärung zur Erhebung, Nutzung und Verarbeitung ihrer Daten (vgl. *Anhang 5*), die unterschrieben an die Krankenkasse (Präventionscenter) zurückgeht.

Jeder Fragebogen ist anonymisiert und enthält eine „Code-Nr.“, die sich aus Geburtsdatum des Befragten, Geschäftsstellen-Nr. des Präventionscenters und Kursnummer zusammensetzt. Dadurch können die Befragungsdaten der einzelnen Messzeitpunkte einer Person zusammengeführt werden und ggf. präventionscenter- sowie kursbezogene Auswertungen durchgeführt werden, die einen Vergleich der einzelnen Präventionscenter (z. B. im Hinblick auf die Strukturqualität) ermöglichen und den jeweiligen Kursleitern ein Feedback zur Qualität und Effektivität ihrer Angebote geben.

3 Evaluationsziele und die Ableitung von Hypothesen

Die Evaluation kann verschiedene Zwecke bzw. Funktionen erfüllen, weshalb bereits bei der Planung zu klären ist, aus welchen Gründen Interventionen evaluiert werden sollen. Daraus können dann entsprechende Evaluationsziele abgeleitet werden, die wiederum als Grundlage für die Formulierung spezieller Forschungshypothesen dienen.

Für die Krankenkassen sind im Bereich der individuellen Gesundheitsförderung folgende Evaluationsziele vordergründig:

- Kontrolle des Erfolgs bzw. der Wirksamkeit von Maßnahmen;
- Legitimation von Arbeitsbereichen (z. B. Präventionscenter);
- Qualitätsverbesserung der Angebote bzw. ihrer Struktur (u. a. durch Bewertung von Prozessen);
- Qualifizierung der Mitarbeiter/Innen hinsichtlich ihrer empirischen Kompetenz

(vgl. hierzu auch König, 2009, S. 303).

Dementsprechend hat die Evaluation mehrere Funktionen:

- Entscheidungshilfe bei der Weiterführung von Interventionen (*Entscheidungsfunktion*);
- Verbesserung von Strategien und Maßnahmen (*Optimierungsfunktion*);
- Überprüfung der korrekten Projektumsetzung hinsichtlich Effektivität, Effizienz und Nebenwirkungen (*Kontrollfunktion*);
- Steuerung von Angeboten;
- Legitimation, z. B. bezüglich der Verwendung öffentlicher Gelder oder gegenüber Zielgruppen und Fachöffentlichkeit (*Legitimationsfunktion*) und
- Untersuchung wissenschaftlicher Fragen (*Erkenntnisfunktion*)

(vgl. BZgA, 2007, S. 349 u. Bortz/Döring, 2006, S. 97).

Ausgehend von den o. g. Evaluationszielen sind mehrere Qualitätsebenen bei der Bewertung von Interventionen zu berücksichtigen, denen konkrete Zielvariablen bzw. Indikatoren zugeordnet werden können:

Ergebnisqualität

- Veränderungen in *Gesundheitsverhalten* bzw. *Einstellungen* (Änderung konkreter Verhaltensweisen bzgl. Ernährungs-, Bewegungs-, Stressverarbeitungs-/ Entspannungsverhalten und/oder Suchtmittelkonsum)
- Veränderungen in *Gesundheitszustand* und *gesundheitsbezogener Lebensqualität*, d. h.:
 - Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands;
 - Verbesserung des psychischen/seelischen und körperlichen Wohlbefindens;
 - Reduzierung von Beschwerden und Schmerzen;
 - Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten);
 - ggf. Verringerung der Medikamenteneinnahme;
 - ggf. Veränderung biomedizinischer Parameter (z. B. Gewicht/ BMI)
- *nachhaltige Effekte* der Interventionen (inwieweit wird neu Erlerntes im beruflichen/privaten Alltag längerfristig angewendet bzw. umgesetzt)

Strukturqualität

Erfassung der Zufriedenheit teilnehmender Versicherter mit:

- *Rahmenbedingungen* des Kurses:
 - Räumlichkeiten (Größe, Ausstattung mit Sanitäranlagen und Umkleibereich, Klima, Licht usw.);
 - Verwendete Materialien und ggf. Medien (Matten, Hilfsmittel, Manuale/Handouts, Broschüren, Musik);
 - Teilnehmergruppe (Zusammensetzung, Größe, Atmosphäre)

- *Kursorganisation*
 - Gesamtbewertung, Information & Ankündigung bzgl. Kursangebot, Organisation der Anmeldungen usw. (beinhaltet auch Arbeit der Präventionscenter)

Prozessqualität

Erfassung der Zufriedenheit teilnehmender Versicherter mit *Kurs* bzw. *Kursleiter*:

- z. B. Informationsgehalt der Kurse;
 - Vermittlung der Kursinhalte (verständlich, kompetent, freundlich);
 - Eingehen auf Wünsche/Bedürfnisse der Teilnehmer;
 - angemessenes Verhältnis von Theorie und Praxis;
 - Alltagsbezug (Herstellung Bezug zum Alltag/Beruf der Teilnehmer)
- *Zielgruppenerreichung*:
 - Inwieweit erfolgt eine zielgruppengerechte Inanspruchnahme der Präventionsangebote (z. B. Übergewichtige in Ernährungskursen, Stressbelastete in Entspannungskursen usw.)?
 - Präventionsmaßnahmen der GKV sollen einen Beitrag zur *Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen* leisten: Inwieweit erreichen die individuellen Kurse auch sozial schwächere Schichten, d. h. wie hoch ist deren Anteil in den Kursen?
 - Inwieweit erreichen die individuellen Kurse speziell oder besonders stark belastete Zielgruppen? (z. B. Stehberufe, Schicht-/ Montagearbeiter, pflegende Angehörige usw.) → Damit solche Personen individuelle Präventionsmaßnahmen stärker in Anspruch nehmen, ist ein zielgruppenorientiertes Vorgehen bei der Kursorganisation erforderlich, indem z. B. Angehörige bestimmter Berufsgruppen gezielt zu den Kursen eingeladen werden und speziell auf deren Arbeitsbelastungen ausgerichtete Kurse angeboten werden. Außerdem können Kurszeiten gewählt werden, die berufstypische Arbeitszeiten berücksichtigen, oder es werden Kompakt- bzw. Wochenendmaßnahmen angeboten.

In einem weiteren Arbeitsschritt sind **Hypothesen** bzw. **Forschungsfragen** aufgestellt worden über die zu erwartenden Veränderungen bzw. Effekte im Kursverlauf. Dabei orientieren sich die Hypothesen eng an den Zielen des GKV-Leitfadens Prävention, die für die Präventionsangebote der einzelnen Handlungsfelder formuliert worden sind. Die generierten Hypothesen werden nach der Datenerhebung anhand statistischer Analysen überprüft und dann entweder bestätigt oder verworfen.

Die Ableitung und Überprüfung von Hypothesen dient der Erforschung von Wirkungen, Ursachen und Zusammenhängen (vgl. Raab-Steiner/Benesch, 2008, S. 37).

Insofern stellen die Hypothesen den Ausgangspunkt für den inhaltlichen Aufbau der Fragebögen dar und bestimmen die Auswahl von Fragen, Variablen und Skalen. *Anhang 1* zeigt eine detaillierte Übersicht zu den Hypothesen und den dazugehörigen Variablen bzw. Fragen, die in den überarbeiteten Fragebögen der Hochschule Neubrandenburg enthalten sind. Dabei sind sowohl handlungsfeldübergreifende Hypothesen, die alle individuellen Kurse betreffen, als auch handlungsfeldspezifische Annahmen über Bewegung, Ernährung, Stress und Suchtmittelkonsum aufgestellt worden.

4 Der theoretische Hintergrund zur Überarbeitung der einheitlichen GKV-Fragebögen

Im Grundaufbau ähneln die Fragebögen der Hochschule Neubrandenburg den einheitlichen Fragebögen der GKV-Spitzenverbände. Nach der Einstiegsfrage folgen Fragen zum Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Auch werden Krankheitstage, Gewicht, Größe, soziodemographische Daten und Kontrollvariablen erfasst. Allerdings sind aufgrund zusätzlicher spezifischer Fragestellungen für jedes Handlungsfeld gesonderte Erhebungsinstrumente erstellt worden. Insofern gibt es insgesamt zwölf unterschiedliche Fragebögen, d. h. jeweils den Eingangs-, Schlussfragebogen und Nachbefragungsbogen (I-1, I-2 und I-3) für die vier Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stress/Entspannung sowie Suchtmittelkonsum.

Den zusätzlichen Fragen und Items in den überarbeiteten Fragebögen der Hochschule Neubrandenburg liegen mehrere Quellen zugrunde, die in diesem Kapitel genannt und noch einmal zusammenfassend als „*Quellennachweise*“ im *Anhang 2* dargestellt werden. Die Fragen wurden hauptsächlich aus bereits bestehenden Erhebungsinstrumenten übernommen oder aufgrund eigener Überlegungen und Alltagsbeobachtungen abgewandelt.

Im Folgenden wird der Grundaufbau der Erhebungsinstrumente exemplarisch anhand des Eingangsfragebogens dargestellt und im Bereich des Gesundheitsverhaltens auf die handlungsfeldbezogenen Fragen eingegangen. Anschließend werden die Besonderheiten des Schlussfragebogens und Nachbefragungsbogens beschrieben.

4.1 Aufbau des Fragebogens I-1 (Eingangsbefragung)

Im Unterschied zu den einheitlichen Fragebögen der GKV-Spitzenverbände beginnt jeder Hochschul-Fragebogen mit einem Deckblatt, das sowohl die Bezeichnung des Messzeitpunktes und Handlungsfeldes als auch das Anschreiben an die Kursteilnehmer enthält. Im unteren Bereich tragen die Befragten jeweils ihr Geburtsdatum ein, das neben der Erfassung des Alters als Teil einer Codenummer dient, um die Fragebögen derselben Person in der späteren Auswertung zusammenführen zu können.

Auf dem Deckblatt des Eingangsfragebogens werden die Kursteilnehmer ausführlich über die Evaluation informiert. So werden u. a. Fragen zum Zweck und zur Durchführung der Befragungen sowie zum Datenschutz beantwortet und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen. Anschließend unterschreiben die Versicherten eine Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (vgl. *Anhang 5*), wenn sie an der Evaluation teilnehmen möchten.

Zum Einstieg wird im Eingangsfragebogen zunächst nach den Zugangswegen zum Kurs gefragt, damit die Krankenkassen darüber Aufschluss erhalten, welche Informationsquellen für die Inanspruchnahme von Angeboten der individuellen Gesundheitsförderung am häufigsten genutzt werden. Schließlich spielt der Zugang zur Zielgruppe eine wichtige Rolle, um möglichst viele Personen mit den Interventionen erreichen zu können. Diese Aufwärmfrage wurde wörtlich aus dem Fragebogen der GKV-Spitzenverbände übernommen.

4.1.1 Gesundheitsverhalten

Die Evaluation der individuellen Präventionskurse zielt hauptsächlich darauf ab, die Ergebnisqualität zu bewerten, wobei die Erfassung des Gesundheitsverhaltens und der gesundheitlichen Lebensqualität im Vordergrund stehen.

Zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens sind in den einheitlichen Fragebögen der GKV-Spitzenverbände für die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung/Entspannung jeweils vier Items formuliert worden, die sich an den Zielvorgaben des Präventionsleitfadens orientieren. Die Erstellung der neuen Items wurde damit begründet, dass es „keine anerkannten kurzen Fragestellungen zur Erhebung von gesunder/ungesunder Bewegung, Ernährung und Stressverarbeitung“ gibt (Arge SpiK, 2008 b, S. 10). Bislang werden die obigen Verhaltensbereiche entweder durch komplexe Itembatterien oder mehrere Einzelfragen in großen epidemiologischen Studien erfasst, die allerdings aufgrund ihrer Länge nicht im Evaluationsverfahren der GKV eingesetzt werden können (vgl. Arge SpiK, 2008 b, S. 10).

Die in den einheitlichen Fragebögen der GKV-Spitzenverbände enthaltenen Items zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens werden allerdings z. T. in ihrer Eindeutigkeit, Relevanz oder Aussagekraft als unzureichend erachtet (z. B. „hatte ich Freude an Bewegung“) und sind zudem unvollständig, da der Suchtmittelkonsum gar nicht erfasst wird (Die Gründe hierfür werden in Punkt 4.1.1.4 näher erläutert). Dementsprechend sind die Fragen bzw. Items zum Gesundheitsverhalten verändert oder erweitert worden.

Die Einbeziehung spezifischer Fragestellungen in die Fragebögen der Hochschule Neubrandenburg ergibt sich ebenfalls aus den verschiedenen **Interventionszielen** der einzelnen Handlungsfelder im *GKV-Leitfaden Prävention*. Die Einarbeitung spezieller Fragen zum Ernährungs-, Bewegungs- und Rauchverhalten sowie zur Stressverarbeitung erforderte jedoch, dass die einheitlichen Fragebögen durch handlungsfeldspezifische Instrumente ersetzt wurden. Die gemeinsame Struktur ist beibehalten worden, so dass sich alle Fragebögen im Grundaufbau gleichen.

Allgemeine Frage zur Verhaltensänderung (TTM)

Bevor spezifische Fragen zum Gesundheitsverhalten bezüglich Bewegung, Ernährung usw. gestellt werden, soll zunächst herausgefunden werden, ob die Teil-

nehmer der Gesundheitskurse ihr Gesundheitsverhalten auch wirklich ändern möchten. In welchem Stadium der Verhaltensänderung befinden sich die Kursteilnehmer? Diese Frage ist relevant für die Evaluation, weil die Ausgangsstufe bedeutsam für eine Veränderung von Motivation und Verhalten ist (vgl. Keller, 1998).

Zur Beantwortung dieser Frage wird der Phasenansatz des Transtheoretischen Modells (TTM) angewendet, dessen maßgebliche Entwickler James Prochaska und Carlo DiClemente sind (vgl. Keller, 1999, S. 11). „Das TTM systematisiert den Prozeß der Verhaltensänderung – weitgehend unabhängig vom Verhaltensbereich – als das Durchschreiten von zeitlich und inhaltlich aufeinander aufbauenden Stufen der Verhaltensänderung (‘stages of change’)“ (Keller, 1999, S. 11). Eine Verhaltensänderung entwickelt sich also erst im Laufe der Zeit und führt über die folgenden Phasen zu Fortschritten (vgl. Prochaska, 2007, S. 118 ff u. Keller, 1999, S. 20 ff):

1. **Absichtslosigkeit** (*precontemplation*): In dieser Phase beabsichtigen Personen nicht, ihr Verhalten in absehbarer Zukunft zu verändern. Die Dauer dieser Phase wird mit etwa sechs Monaten eingeschätzt. Absichtslosigkeit kann aufgrund fehlender Informationen oder mangelnden Wissens bzw. Bewusstseins über die Folgen des eigenen Verhaltens begründet sein. Eine weitere Ursache können ein- oder mehrmalige erfolglose Versuche der Verhaltensänderung darstellen, die zur Resignation führen. Personen dieser Gruppen neigen dazu, die Auseinandersetzung mit ihren riskanten Verhaltensweisen zu vermeiden, d. h. weder darüber zu sprechen, zu lesen noch nachzudenken. Häufig werden sie deshalb als resistente oder unmotivierte Klienten betrachtet, was aber wohl eher damit zusammenhängt, dass traditionelle Programme ihren Bedürfnissen nicht gerecht werden können und daher für sie ungeeignet sind. Menschen können in dieser Phase jahrelang verharren, weil sie die Vorteile einer Verhaltensänderung unterschätzen und die dafür erforderlichen Kosten überschätzen.