

Masterarbeit

NLP Coaching Ausbildungsinstitut Kassel

Gesundheitsformat

Theoretisches Rahmenkonzept und
Handlungsimplicationen für das Coaching mit
NLP

Vorgelegt bei: Harald Brill

Autor: Andreas Schmidt

Dortmund, im September 2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Problemaufriss.....	3
Zielsetzung – Was soll das NLP Format leisten?	6
Gesundheitsbegriff	7
Gesundheitsressourcen	12
Gesundheitshandeln.....	23
Modelle des Gesundheitsverhaltens	25
Integration von NLP Konzepten in den Health Action Process Approach.....	30
Interventionsablauf.....	42
Literaturverzeichnis.....	43

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Inhaltliche Bestimmungen von Gesundheit.....	8
Tab. 2 Meta-Modell orientierter Reflexionsrahmen mit beispielhaften Leitfragen	33
Tab. 3 Anker-Transformation der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung.....	36
Tab. 4 HAPA-Wirkelemente und NLP-Interventionsformate	41

Abbildungsverzeichnis

ABB. 1 Gesundheitsbewusst leben – Zwischen Ideal und Wirklichkeit.....	5
Abb. 2 Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung.....	16
Abb. 3 Entwicklung u. Wirkungsweise von Selbstwirksamkeitserwartungen.	19
Abb. 4 Ressourcenorientiertes Gesundheitshandeln.....	24
Abb. 5 Health Belief Model	25
Abb. 6 Health Action Process Approach	27

VORWORT

Vor drei Jahren arbeitete ich in einer Projektgruppe, die von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin den Auftrag erhalten hatte, ein Schulungskonzept für Führungskräfte zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement zu entwickeln. Um den Schulungsbedarf zu erheben und die thematischen Schwerpunkte des Konzeptes festzulegen, wurden zu Beginn des Projektes Interviews mit Führungskräften eines Industrieunternehmens durchgeführt. Wir befragten die Führungskräfte u.a. nach ihrem Gesundheitsverhalten gegenüber sich selbst und gegenüber ihren MitarbeiterInnen. Ein interessantes Ergebnis war dabei, dass Gesundheit für viele Führungskräfte „Privatsache“ und somit von jedem einzelnen zu verantworten und selbst zu beeinflussen sei. Die Aufgabe der Führungskräfte liege in der Umsetzung von gesetzlichen Vorschriften zum Schutze der Gesundheit, d.h. der Gestaltung von sicheren Arbeitsbedingungen ohne Beeinträchtigung der Gesundheit. Gut in Erinnerung ist mir ein Interview mit einem Obermeister einer Betriebseinheit in der Instandsetzung. Nachdem ich kurz Ziel und Ablauf des Interviews geschildert hatte und mit der ersten Frage beginnen wollte, sagte der Obermeister: „Ich weiß, man müsste eigentlich mehr für die Gesundheit tun.“ – ABER...



Bild aus Wessinghage (2008)

PROBLEMAUFRISS

Im Zuge der Dynamik des Wirtschafts- und Arbeitslebens gewinnen Menschen an Bedeutung, die kontinuierlich ihre Fähigkeiten, Kompetenzen und Gesundheit erhalten und ausbauen. Die Fähigkeit für den eigenverantwortlichen Erhalt und die Weiterentwicklung von Kompetenz und Gesundheit werden in der Literatur unter dem Begriff der Beschäftigungsfähigkeit (Employability) bzw. der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit subsummiert.¹ Eigenverantwortliches Handeln als ein konstitutives Element individueller Beschäftigungsfähigkeit findet sich auch in dem Ansatz des „Arbeitskraftunternehmers“ von Pongratz & Voß (1998). Arbeitskraftunternehmer lassen sich danach anhand von drei idealtypischen Merkmalen beschreiben: Selbst-Kontrolle (Arbeitstätigkeit im Betrieb), Selbst-Ökonomisierung (Vermarktung der Arbeitskraft) und Selbst-Rationalisierung (Lebensführung). Vor allem in wissensintensiven Wertschöpfungsprozessen ist hiermit eine „Subjektivierung von Arbeit“ (Voß 2006, Moldaschl 2002) verbunden, d.h. eine zunehmende Ausrichtung von Arbeitsbedingungen (z.B. Bearbeitungszeit und -ort) an den Arbeitsträgern. Dies führt auf der einen Seite zu einer erhöhten Selbstregulierung von Arbeit durch die Personen, stellt auf der anderen Seite aber auch erhöhte Anforderungen an deren gesundheitliche Selbstregulation.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen² und Erkrankungen können Folge von arbeitsbedingten Belastungen sein, lassen sich jedoch auch auf „Fehl- und Risikoverhalten“ im Arbeits- und Privatleben zurückführen. Die Missachtung von Arbeitsschutzvorschriften erhöht das Unfallrisiko am Arbeitsplatz, dauerhafte Fehlhaltungen bei der Arbeitsausübung können Erkrankungen im Muskel-/Skelettsystem verursachen. Auch lebensstilbedingte Faktoren wie z.B. Bewegungsmangel und Nikotinkonsum stellen gesund-

¹ Vgl. Kriegesmann et al. (2005), Kern (2006). Ilmarinen & Tempel (2002) sehen in Gesundheit und Kompetenz zwei fundamentale Säulen von „Arbeitsfähigkeit“, die wiederum als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Kontext von Arbeitsmarktpolitik zu verstehen ist (S. 167/168).

² Neben körperlichen Beschwerden (z.B. Rücken- und Gelenkschmerzen) bestimmen zunehmend psychische Beschwerden (z.B. Erschöpfung, nicht abschalten können, ausgebrannt sein) das Spektrum gesundheitlicher Auswirkungen der Arbeitssituation, vgl. hierzu: Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2005), Beermann et al. (2005).

heitliche Gefahren und Erkrankungsursachen dar. So identifizierten Lühmann et al. (2006) mangelnde Bewegung als wichtigste Ursache für Rückenschmerzen. Zusammen mit fettreicher und Vitamin armer Ernährung³ sowie Nikotinkonsum, stellt Bewegungsmangel auch eine der zentralen Einflussgrößen für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems dar, die mit 46,5 Prozent häufigste Todesursache in Deutschland sind.⁴

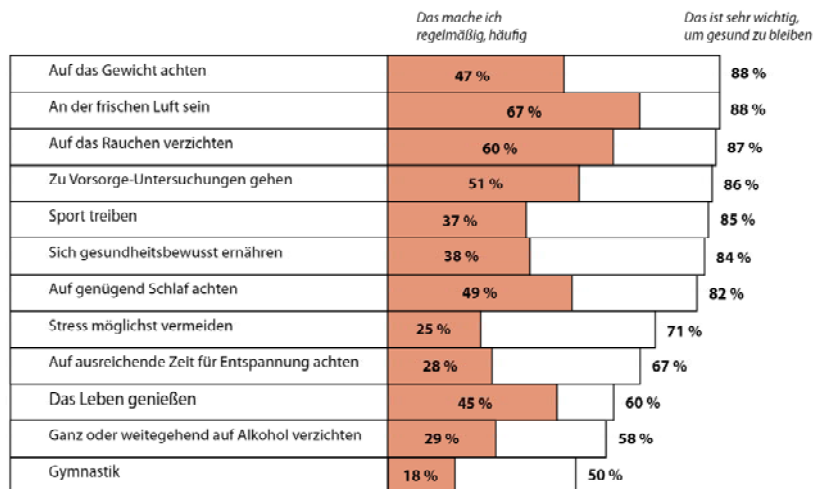
So eindeutig die wissenschaftlichen Belege für gesundheitliche Beeinträchtigungen auf der einen Seite sind, so abstrakt und diffus bleiben häufig Versuche, Gesundheit in einer positiven und individuellen Weise zu beschreiben. Gleichwohl erscheint es gerade auf der Ebene des Individuums vor dem Hintergrund von Arbeitswandel, Leistungsverdichtung und dem Rückzug staatlicher Sicherungssysteme existenziell, sich verstärkt und bewusst mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen, d.h. ein klares Bild davon zu haben, was die eigene Gesundheit ausmacht und über welche Wege sie gezielt zu beeinflussen ist. Unzweifelhaft ist, dass Gesundheit an sich in der Bevölkerung als wichtig angesehen wird - „obwohl viele Menschen nicht wirklich klar definieren können, was für sie Gesundheit ist, wünschen sich doch fast alle „mehr Gesundheit“ (Quelle: URL: <http://www.NLPedia,nlpportal.org>). Aber auch dann, wenn Menschen bereits Vorstellungen über ein gesünderes Leben haben, liegen manchmal Welten zwischen dem „eigentlich Notwendigen“ und dem tatsächlich Realisierten (vgl. Abb.1).

³ Der gesundheitliche Einfluss von Ernährung wird sehr kontrovers diskutiert, eindeutige Zusammenhänge zwischen bestimmten Ernährungsweisen und Erkrankungen lassen sich wissenschaftlich kaum nachweisen. Für eine kritische Auseinandersetzung hierzu siehe Herden (2006). Britische Wissenschaftlicher untersuchten in der EPIC Norfolk Prospective Population-Studie über 15 Jahre lang mehr als 20 Tsd. Teilnehmer und weisen nach, dass Menschen, die sich vitaminreich ernährten, ausreichend körperlich aktiv waren, auf das Rauchen verzichteten und Alkohol in Maßen zu sich nahmen, im Durchschnitt 14 Jahre älter wurden als Menschen, die diese Lebensweisen nicht befolgten. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie der Harvard Medical School (Boston) bei knapp 78.000 Krankenschwestern über einen Zeitraum von 24 Jahren nach der die Hauptursachen für Herz-Kreislaufkrankungen in diesem Zeitraum in mangelnder Bewegung, Rauchen und Übergewicht lagen. Nimmt man diese Erkenntnisse als Kontext für die Deutung der Gesundheitsparameter in der deutschen Bevölkerung, so wird verständlich, warum vor allem auf gesundheitspolitischer Ebene eine akute Notwendigkeit für ein verändertes Gesundheitsbewusstsein und -verhalten gesehen wird. In Deutschland: sind 70% aller Männer über 55 Jahre übergewichtig und 42% der Frauen (Dt. stat. Bundesamt 2006), sitzen Kinder- und Jugendliche bis zu 40 Stunden wöchentlich vor Fernseher oder Computer, treiben mehr als die Hälfte der 30-59-jährigen Männer und Frauen überhaupt keinen Sport (Bundesgesundheitsurvey).

⁴ Vgl. Stadler et al. (2005)

Gesundheitsbewusst leben

Zwischen Ideal und Wirklichkeit.



Quelle: MLP Gesundheitsreport 2006, durchgeführt durch das Institut für Demoskopie Allensbach (IfD)

ABB. 1 GESUNDHEITSBEWUSST LEBEN – ZWISCHEN IDEAL UND WIRKLICHKEIT

Anders als bei gestützten Abfragen zu Gesundheitsverhaltensweisen kann vermutet werden, dass eine offene Frage nach dem, was die eigene Gesundheit ausmacht und wie man sie fördert, vielfach zumindest ein (langes) Nachdenken auslösen dürfte. Häufig wird man sich erst dann der Gesundheit bewusst, wenn sie einem fehlt. Aber ist gesund, wer nicht krank ist? Im Gegensatz zu Krankheiten, die medizinisch anhand bestimmter Indikatoren und Symptome messbar sind, gibt es kein Gesundheitsbarometer als objektiven Maßstab für individuelle Gesundheit (McDermott & O'Connor, 2006). Jeder Mensch besitzt ein eigenes Verständnis von seiner Gesundheit, wenngleich eben dieses nicht immer bewusst ist.

ZIELSETZUNG – WAS SOLL DAS NLP FORMAT LEISTEN?

In dieser Masterarbeit soll ein auf gesundheitspsychologischen Erkenntnissen und Modellen orientierter Handlungsrahmen für die systematische, integrative Anwendung von bewährten NLP-Konzepten entwickelt werden, um Menschen dabei zu unterstützen,

- ein eigenes Gesundheitsverständnis zu entwickeln bzw. bewusst zu machen,
- eine Entscheidung treffen zu können, ob, und wenn ja in welcher Weise gesundheitsbezogenes Handeln geändert bzw. etabliert werden sollte,
- die für die Verhaltensänderung notwendige Motivation eigenständig aufbauen und dauerhaft aufrechterhalten zu können.

Ein gutes Ergebnis könnte demnach aus Sicht von Klienten in dem Erkennen von Verhaltensweisen gesehen werden, wodurch sie/er für sich ein „mehr an Gesundheit“ erzielen und auf welche Weise sie/er dies erreichen kann.⁵

Das Format zielt auf den Einsatz im Coaching ab und dient der systematischen Interventionsarbeit.⁶

⁵ Im weiteren Verlauf der Masterarbeit werden die Begriffe „Klient“ und „Coach“ stellvertretend für weibliche oder männliche Personen benutzt.

⁶ Anders als z.B. Programme für die Selbstanwendung des Klienten, sozusagen als „Anleitungen zu mehr Gesundheit“, wie z.B. das Konzept „Gesundheit leben lernen“ von Bodammer & Stumpf, Eine umfassende Zusammenstellung von NLP-basierten Interventionen für die Selbstnutzung bieten McDermott & O'Connor (2006) in ihrem Buch: NLP und Gesundheit. Weitere Anregungen für die Verbesserung der eigenen Gesundheit mit Hilfe von NLP finden sich bei: Brouwer, Y.: Gesund mit NLP; Heinze, R. & Vohrmann-Heinze: NLP. Mehr Erfolg, Gesundheit, Lebensfreude. Thematisch ähnlich, wenngleich nicht explizit an NLP orientiert, liefern Lauterbach & Hilbig (2006) in ihrem Beitrag: So bleibe ich gesund, ein Programm für einen gesundheitsorientierten Lebensstil.

GESUNDHEITSBEGRIFF

Nach Udris et al. (1992) lassen sich drei Gesundheitskonzepte unterscheiden, denen jeweils ein spezifisches Gesundheitsverständnis zu Grunde liegt:

- Subjektive Gesundheitstheorien (Laienvorstellungen)
- Medizinische Gesundheitstheorien (Biomedizinisches Modell)
- Sozialwissenschaftliche Gesundheitstheorien (Biopsychosoziales Modell).

Subjektive Gesundheitstheorien gehen der Frage nach, welche Vorstellungen medizinische Laien von Gesundheit und deren Einflussgrößen haben. Auf der Grundlage einer mittlerweile über 30-jährigen Forschung in diesem Bereich kann festgehalten werden, dass erwachsene Menschen Gesundheit sowohl positiv als auch negativ beschreiben. In ihrer positiven Auslegung wird Gesundheit vor allem als Wohlbefinden, innere Stärke sowie als Handlungs- und Leistungsfähigkeit erlebt. Die negativen Definitionen von Gesundheit beziehen sich auf das Fehlen von körperlichen und psychischen Beschwerden sowie eine Beschwerdefreiheit von Schmerzen und Krankheiten. Wichtig im Rahmen der subjektiven Gesundheitstheorien ist die Vorstellung, dass Gesundheit nicht als statischer Zustand, sondern als eine variable Größe gesehen wird, die sich mit dem Alter sowie in Abhängigkeit von Umwelteinflüssen verändern kann.⁷

Medizinische Gesundheitstheorien basieren auf den Denksätzen einer naturwissenschaftlich dominierten Medizin, die etwa Mitte des 19. Jahrhunderts den Fokus auf die Krankheitsbekämpfung legte und durch den technologischen Fortschritt in der experimentellen Forschung große Erfolge erzielte. Danach galt es, auftretende Krankheiten nach ihren spezifischen Ursachen hin zu untersuchen (Pathogenese) und zu erklären. Der erkrankte Mensch wurde hierbei isoliert von seiner sozialen Umwelt und ohne Einfluss psychischer Faktoren betrachtet.⁸ Zusammenhänge zwischen psychischen und sozialen Faktoren auf der einen Seite

⁷ Vgl. Faltermeier (2005, S. 191ff.)

⁸ Vgl. Faltermeier (2005, S. 45ff.)

und Entstehung und Verlauf von Krankheiten blieben unberücksichtigt. Gleichwohl lassen sich dem medizinischen Kontext Gesundheitsdefinitionen mit einem hohen Konkretheits- und Aktualitätsgrad entnehmen, wie das nachfolgende Beispiel aus einem Grundlagenbuch der Medizin für Heilberufe aus dem Jahr 1953 zeigt: „Für den Zustand der Gesundheit ist charakteristisch ein allgemeines Wohlbefinden, Lebensfreude und Arbeitsfähigkeit. Diesem Wohlbefinden entspricht eine körperliche Unversehrtheit mit einer entsprechenden Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit in weiten Grenzen. [] Zweckmäßigerweise unterscheidet man das subjektive Sichkrankfühlen von dem objektiven Kranksein. Vom objektiven Kranksein spricht man, wenn durch den Arzt tatsächliche Veränderungen nachweisbar sind in Form von Krankheitsanzeichen“ (Schaldach, 1953, S. 315).

Aus der Kritik an dem biomedizinischen Modell entstanden biopsychosoziale Ansätze, die Gesundheit nicht nur aus einer Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt erklären, sondern Gesundheit als ein mehrdimensionales Konstrukt verstehen. Faltermeier (2005) unterscheidet drei Ebenen sowie drei inhaltliche Kategorien, anhand derer Gesundheit beschrieben werden kann.

	Körperlich	Psychisch	Sozial
Befinden	Wohlbefinden, Stärke	Wohlbefinden, Stärke	Wohlbefinden
Aktionspotential	Handlungsfähigkeit, Leistungsfähigkeit	Handlungsfähigkeit, Leistungsfähigkeit	Handlungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit
Fehlen / geringes Maß an Störungen	Beschwerden, Schmerzen, Probleme, Krankheit	Probleme, Krankheit	Einschränkung in Rollenerfüllung, soziale Abweichung

TAB. 1 INHALTLICHE BESTIMMUNGEN VON GESUNDHEIT

Gesundheit kann demnach als ein Gefühlszustand, ein Aktionspotential oder als Fehlen von Störungen oder Schmerzen verstanden werden. Die Beschreibung von Gesundheit als einem Aktionspotential für Handlungen impliziert die Annahme eines organischen Systems, welches zur Aufrechterhaltung seiner Handlungsfähigkeit einen Wechsel aus Aktivität und Regenerationspausen erfordert.⁹ Abbildung 2 umfasst sowohl Aspekte einer medizinischen

⁹ Der Aspekt der Regeneration erscheint sowohl bei hohen körperlichen wie auch psychischen Belastungen besonders relevant und aktuell. Regeneration erfordert allerdings dessen bewusste Zulassung durch die Person, d.h. sowohl Körper als auch Psyche Ruhepause zur Entspannung zu gestatten. Eine Erkenntnis, die auch bei Führungskräften nicht immer vorausgesetzt werden kann, wie Gespräche im Rahmen der empirischen Untersuchung dieser Arbeit gezeigt haben.

Perspektive von Gesundheit als auch die Laienvorstellungen. Je nach individuellem Verständnis von Gesundheit oder dem Gesundheitsbewusstsein werden Personen unterschiedliche Handlungen zur Gesundheitsförderung bzw. für den Erhalt der eigenen Gesundheit ergreifen und für notwendig erachten. Für wen Gesundheit sich ausschließlich über das Fehlen von objektiven Krankheitssymptomen darstellt, wird kaum (präventive) Maßnahmen ergreifen, um sein Aktionspotenzial zu erhalten, indem er dauerhafte Phasen der psychischen, physischen Anspannung bewusst durch Phasen der psychischen, physischen Entspannung unterbricht.

Gesundheit wird hier als mehrdimensionales Konstrukt dargestellt, welches sich aus subjektiven und objektiv-normativen Elementen zusammensetzt. Während das Befinden eine rein subjektive Dimension abbildet, ist das Fehlen von Krankheit von der medizinischen Definition, d.h. bestimmten Normen abhängig. Körperliche Schmerzen stellen wiederum eine subjektive Dimension dar. Die Handlungs- und Leistungsfähigkeit kann zum einen subjektiv wahrgenommen sein, aber auch durch Leistungsvorgaben von außen bestimmt werden. „Gesundheit und Krankheit entstehen also immer unter Wahrnehmungsbedingungen, die durch die gesellschaftlichen Herrschaftsstrukturen mit definiert werden“ (Hurrelmann, 2000, S. 91).

Die in Tabelle 1 aufgeführten inhaltlichen Beschreibungen finden sich teilweise auch in anderen Gesundheitsdefinitionen. So wurde der Aspekt des Wohlbefindens bereits in der 1948 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeführten Gesundheitsdefinition hervorgehoben.¹⁰ Sie definiert Gesundheit als „Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Gesundheit zeigt sich demnach statt in Krankheitsbefunden in subjektivem Wohlbefinden. Die Verknüpfung von Gesundheit mit Leistungsfähigkeit als einer Form der Erfüllung sozialer Normen ist von Parsons (1968) beschrieben worden. Er definiert Gesundheit als „Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Aufgaben und Rollen, für die es sozialisiert wurde (S. 60). Die Funktionalität von Gesundheit als Handlungsfähigkeit wird von Ducki & Greiner (1992)

¹⁰ Auch Gadamer (1993) bringt Gesundheit mit einem Wohlgefühl in Verbindung, merkt aber an, dass sich dieses auch in Form von wahrgenommenen Optimismus, Stolz oder Selbstbewusstsein äußern kann (S. 143f.).

weiter spezifiziert und differenziert. Gesundheit zeigt sich danach als:

- Fähigkeit, langfristige Ziele zu bilden,
- Fähigkeit zu Anpassung und Veränderung an sich wandelnde Umweltbedingungen,
- Fähigkeit, körperliche Prozesse und Handlungen aufeinander abzustimmen.¹¹

Die mehrdimensionalen Auffassungen von Gesundheit wenden sich gegen die Vorstellung einer dichotomen Klassifizierung von Menschen in die Kategorien „krank“ oder „gesund“. Menschen können objektiv krank sein, d.h. einer medizinisch definierten Krankheitskategorie zuordenbar sein, sich aber dennoch gesund fühlen. Anhand der Abbildung 2 wird zudem deutlich, dass es ein Mehr oder Weniger an Gesundheit geben kann.

Antonovsky (1997, 1979) drückt diesen Gedanken in seinem Konzept der Salutogenese durch ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum mit den Polen von absoluter Gesundheit und absoluter Krankheit aus. Im Mittelpunkt dieses Konzeptes steht die Frage danach, was Menschen trotz potentiell gefährdender Umweltanforderungen gesund erhält, d.h. sie näher an den Gesundheitspol oder zumindest nicht näher an den Krankheitspol wandern lässt. Als erklärende Variable für die individuelle Position auf dem Gesundheitskontinuum entwickelt Antonovsky das Konstrukt des Kohärenzgefühls. Das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC) wird von Antonovsky (1997, S. 36f.) definiert als „globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat“. Dieses Vertrauen bezieht sich auf die Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Verstehbarkeit beschreibt das Ausmaß, in welchem eine Person die inneren und äußeren Stimuli als geordnet, konsistent und erklärlich wahrnimmt. Handhabbarkeit bezieht sich auf die Wahrnehmung der Verfügbarkeit oder Kontrolle über Ressourcen, um diesen Stimuli bzw. den mit ihnen verbundenen Anforderungen an die Person zu begegnen und in der Lage zu sein, mit

¹¹ Ähnlich differenziert und inhaltlich vergleichbar definieren Decker & Decker (2001) Gesundheit. Für sie entspricht Gesundheit der Kompetenz zu einer aktiven Lebensbewältigung und zum Erkennen und Lösen von Problemen (S. 63), siehe auch Badura & Hehlmann (2003, S. 18).

diesen umzugehen. Bedeutsamkeit ist ein Ausdruck für die emotionale Sinnhaftigkeit der Probleme und Anforderungen, mit denen sich eine Person auseinandersetzt und die sie als lohnenswert erachtet.

Auch in dem Ansatz von Antonovsky wird Gesundheit aus dem Zusammenwirken von Umwelt und Person beschrieben. Nach Reindl (2003, S. 221) ist Gesundheit dann da, wenn „eine Person [] über ein 'funktionierendes Immunsystem' verfügt“, oder wie Hurrelmann (2000) schreibt, wenn ein Gleichgewicht von Risikofaktoren und Schutzfaktoren eintritt, welches sich aus der Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen einstellt. Das Prozesshafte von Gesundheit zeigt sich auch in den Ausführungen von Capra (1986, S. 360ff.), nach denen Gesundheit sich als aktiver und selbst gesteuerter Prozess auf mehreren Ebenen kennzeichnen lässt und „ständige Aktivität und Wandel als schöpferische Antwort des Organismus auf Umweltherausforderungen“ bedeutet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Gesundheit als ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden werden kann, welches anhand von subjektiven und objektiv-normativen Merkmalen beschreib- und messbar ist und sich in der individuellen Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung eines Gleichgewichtes zwischen Anforderungen an und Bewältigungsmöglichkeiten von einer Person zeigt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verbindet in ihrem Gesundheitsverständnis sowohl die Komponente des subjektiven Wohlbefindens als auch die der objektiven Funktionalität von Gesundheit. Mit der Ottawa Charta aus dem Jahr 1986 (World Health Organization 2007) hat sie einen begrifflichen Orientierungsrahmen geschaffen, der von Ländern, Institutionen und Personen genutzt werden kann, um Gesundheit weltweit zu fördern. Gesundheit wird hierbei vor allem als Notwendigkeit gesehen, um individuelle Ziele erreichen und Bedürfnisse befriedigen zu können. „Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living“. Demzufolge setzt Gesundheitsförderung an der Befähigung von Personen an, Kontrolle über ihre Gesundheit und ihre Lebensbedingungen ausüben zu können. Gesundheitsförderung umfasst damit auch die Verbesserung von lebenspraktischen Kompetenzen („life skills“) durch lebenslanges

Lernen und weist dem Individuum eine aktive Rolle zu „Health is created by caring for oneself []“.

GESUNDHEITSRESSOURCEN

Unter personalen Gesundheitsressourcen wird ein Bündel an Fähigkeiten und Dispositionen verstanden, welches einer Person zur Verfügung steht, um mit Anforderungen und Belastungen „fertigzuwerden“ (Rimann & Udris 1997), sozusagen als personeneigenes „Immunsystem“ (Reindl 2003).

KÖRPERLICHE FITNESS (körperlich-konstitutionelle oder auch physische Gesundheitsressource) bezieht sich auf Merkmale der muskulären Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit. Faltermeier (2005, S. 161f.) ergänzt noch die Merkmale Immunkompetenz, Stabilität des vegetativen und kardiovaskulären Systems sowie das Körpergefühl, als Einstellung gegenüber dem eigenen Körper.

SOZIALE KOMPETENZEN besitzen insbesondere mit Blick auf die psychosozialen Krankheitssymptome eine hohe Gesundheitsrelevanz. Die Fähigkeiten zur Gestaltung von sozialen Beziehungen und der Umgang mit interpersonalen Konflikten stellen wesentliche Voraussetzungen für die erfolgreiche Bewältigung psychosozialer Belastungssituationen dar.

Psychische Widerstandsfähigkeit und kognitive Kontrollüberzeugungen stellen empirisch breit und gut untersuchte Konzepte im Kontext gesundheitsbezogener Analysen dar (Faltermaier 2005, Ulich & Wülser 2004).¹² Zunächst werden die Konzepte: „Sense of Coherence“ und „Health Locus of Control“ kurz vorgestellt, um anschließend ausführlicher auf das Konzept der „self-efficacy“ einzugehen. Neben der protektiven Gesundheitswirkung weisen die drei Konzepte auch inhaltliche Parallelen auf, die auf selbstbezogenen Kognitionen über das eigene Kontrollvermögen von Personen basieren.

SENSE OF COHERENCE (SOC) – KOHÄRENZGEFÜHL: Das von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1979, 1997) entwickelte Kon-

¹² Die Bedeutung von Kognitionen als psychischer Gesundheitsressource zeigt sich z.B. im Rahmen integrativer Konzepte der Gesundheitsförderung, in denen „Kognitive Trainings“ (Dobos et al. 2006b) Stressresistenzen fördern.

zept der Salutogenese geht, vereinfacht ausgedrückt der Frage nach, warum Menschen trotz hoher psychischer Belastungen nicht erkranken. Als erklärende Größe führt Antonovsky das theoretische Konstrukt des Kohärenzgefühls in die Stressforschung ein. Das Kohärenzgefühl beschreibt die tiefe Überzeugung eines Menschen, das Leben trotz Belastungen und Risiken bewältigen zu können. Dieses Gefühl resultiert aus der Zuversicht (oder auch Weltsicht), dass die inneren und äußeren Ereignisse vorhersehbar und erklärbar sind („sense of comprehensibility“), die für die Anforderungsbewältigung notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen („sense of manageability“) und die Anforderungen als wert- oder sinnvoll erachtet werden („sense of meaningfulness“), um sich dafür einzusetzen (Antonovsky 1997). Von zentraler Bedeutung für die Verhaltensvorhersage ist hierbei die Komponente der Sinnhaftigkeit, die als motivationale Größe und Grundvoraussetzung für das Handeln gesehen wird. Fehlt diese Komponente oder ist diese zu gering ausgeprägt, werden auch Verstehbarkeit und Ressourcenverfügbarkeit kein Handeln erzeugen können (Faltermeier 2005, S. 166). Auch wenn das Kohärenzgefühl hier als Ressource beschrieben wird, kommt ihr im Grunde genommen eine übergeordnete Funktion zu, denn nicht das Kohärenzgefühl „bewältigt“ Anforderungen, sondern sorgt für die „Mobilisierung“ von Ressourcen. Personen können also theoretisch durchaus über die zur Belastungsbewältigung notwendigen Ressourcen verfügen, setzen diese jedoch nicht ein, wenn das Kohärenzgefühl nicht oder nur zu gering ausgeprägt ist. In der Literatur wird dem Konzept von Antonovsky positiv zugeschrieben, dass es einen wichtigen Orientierungsrahmen darstellt, aufgrund seiner Komplexität jedoch empirische Überprüfungen erschwert (Faltermeier 2005, S. 170f.).

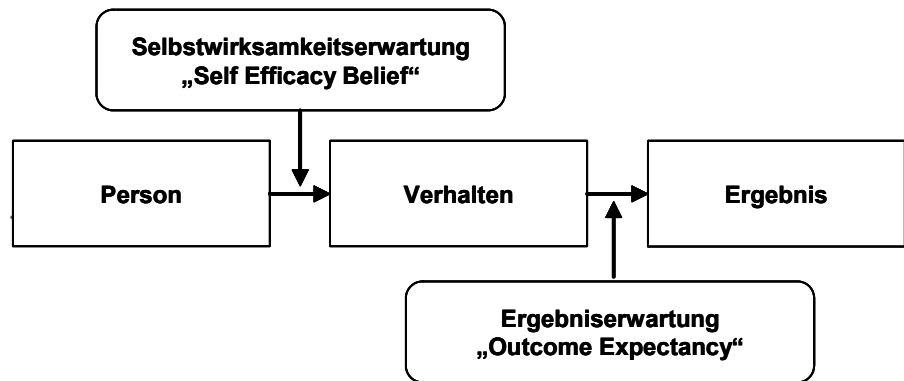
GESUNDHEITSBEZOGENE KONTROLLÜBERZEUGUNGEN: Das Konzept gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen geht auf die Arbeiten von Wallston et al. (1976) zurück und basiert in seinen theoretischen Überlegungen auf der sozial-kognitive Lerntheorie von Rotter (1966). Verhalten wird danach als eine Funktion von zwei Variablen verstanden, der Erwartung, dass ein Verhalten zu einem bestimmten Ergebnis führen wird, und dem Wert, den dieses Ergebnis für eine Person darstellt. Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen bezieht auf die generalisierte Erwartung einer Person, inwieweit sie für sich als wertvoll erachtete Ereignisse der eigenen („internal locus of control“) oder einer externen („external locus of control“) Kontrolle zuschreibt. Für die Erfassung

der Kontrollüberzeugungen entwickelte Rotter (1966) die eindimensionale Internal-External Locus of Control Scale, die später zu einer dreidimensionalen Skala modifiziert wurde. Die Messung von Kontrollüberzeugungen erfolgte damit anhand der Dimensionen „Internality“ (generalisierte interne Kontrollüberzeugung), „Powerful Others“ (sozial bedingte externe Kontrollüberzeugung) und „Chance“ (Kontrolle durch Schicksal, Glück, Zufall). Eine Person kann somit sowohl die Überzeugung haben, Ereignisse durch eigenes Verhalten beeinflussen zu können, als auch externe Größen für die Beeinflussung verantwortlich zu machen. Personen mit ausgeprägter gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung sind danach überzeugt, ihre Gesundheit durch eigenes Verhalten beeinflussen zu können, während Personen mit einer geringer Kontrollüberzeugung ihren Gesundheitszustand auf den Einfluss externer Ursachen (z.B. Umweltbedingungen oder ärztliche Behandlungen) zurückführen. Untersuchungen (Norman 1998, Wallston 1992) zeigten jedoch, dass die Skala nur einen geringen Anteil der Varianz in gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen erklären konnte und andere Einflussgrößen, wie z.B. der Wert von Gesundheit für Personen hinzugezogen werden sollten (Christensen et al. 1996). Für die Abgrenzung zu dem im Anschluss zu erläuternden Konzept der Selbstwirksamkeit sei noch ergänzt, dass sich gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen auf den Gesundheitszustand einer Person beziehen, im Gegensatz zu verhaltensbezogenen Überzeugungen im Konzept der Selbstwirksamkeit.

SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG: Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung geht wie das Konzept des Locus of Control auf die sozial-kognitive Theorie zurück, in diesem Fall auf die Arbeiten von Albert Bandura (1977, 1997). In den dreißig Jahren seit der Einführung ist das Konzept in einer Vielzahl von Untersuchungen in unterschiedlichen Anwendungskontexten getestet worden. Für das Verständnis des Konzeptes im Rahmen der sozial-kognitiven Theorie werden zunächst zentrale Annahmen vorgestellt, um anschließend differenziert auf die Entwicklung, Wirkungsweise und Anwendungsfelder einzugehen.

Die sozial-kognitive Theorie nach Bandura (1986) geht davon aus, dass Individuen über ein „Selbst-System“ verfügen, welches sie zur selbst gesteuerten Beeinflussung ihrer Gedanken, Gefühle, Motivation und ihres Verhalten befähigt. Individuen sind dadurch in der Lage, nicht nur auf ihre Umwelt zu reagieren, sondern die-

se selbst aktiv zu beeinflussen. Person, Verhalten und Umwelt werden in einem Interaktionsprozess der gegenseitigen Beeinflussung betrachtet. Im Mittelpunkt steht hierbei die Selbstwahrnehmung des Individuums. Sie entscheidet darüber, ob und in welchem Umfang eine Person für sich glaubt, Einfluss und Kontrolle auf die sie umgebenden Anforderungen der Umwelt ausüben zu können. Die Fähigkeit der Selbstreflexion ermöglicht es Personen, ihre Erfahrungen zu bewerten und für zukünftige Handlungen nutzbar zu machen. Diese Interpretation des eigenen Handelns und dessen Ergebnissen determiniert das zukünftige. Um Verhalten und Leistungen einer Personen vorherzusagen, reicht es demzufolge nicht aus, sich auf deren vergangene Leistungen oder erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten zu stützen, sondern deren Interpretation zu berücksichtigen, also zu prüfen, inwieweit die Person das eigene Verhalten als wirkungsvoll wahrgenommen hat („self-efficacy beliefs“). Die Selbstwahrnehmung der eigenen Fähigkeiten bestimmt, ob und in welchem Ausmaß eine Person Fähigkeiten einsetzt und, was vielleicht noch wichtiger erscheint, überhaupt neue Fähigkeiten erwirbt. Pajares (1997, S. 2) beschreibt den Prozess, durch den Selbstwahrnehmung erzeugt werden so: „Individuals engage in a behavior, interpret the results of their actions, use these interpretations to create and develop beliefs about their capability to engage in subsequent behaviors in similar domains, and behave in concert with the beliefs created“. Die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten bzw. deren Wirksamkeit beschreibt Bandura (1997, S. 3) als Selbstwirksamkeitserwartung. „Perceived self-efficacy refers to beliefs in one’s abilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments“. Gegenstand der Selbstwahrnehmung bzw. Beurteilung ist die subjektive Überzeugung, die für das Erreichen eines bestimmten Ergebnisses oder zur Bewältigung einer Aufgabe notwendigen Handlungen auszuführen zu können. Zur Erinnerung, in dem Ansatz des Locus of Control bezog sich die Selbstwahrnehmung auf den Zusammenhang zwischen eigenem Verhalten und dessen Ergebnis (vgl. Abb. 2).



Quelle: In Anlehnung an Bandura (1997)

ABB. 2 SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG UND ERGEBNISERWARTUNG

Bandura (1997) sieht in der Selbstwirksamkeitserwartung eine geeignete und stabile Größe für die Verhaltensvorhersage, ob eine Person eine bestimmte Handlung ausführt, hängt also eher davon ab, ob die Person glaubt, die Handlung ausführen zu können, als davon, welches Ergebnis mit der Handlung verbunden ist.

Zwei weitere wichtige Annahmen des Konzeptes von Bandura (1997) betreffen die Aufgaben- und Situationsspezifität sowie die Aktualität der Selbstwahrnehmung von Fähigkeiten. Die Einschätzung der Selbstwirksamkeit ist auf Handlungen zu beziehen, die in ihrer Zielsetzung (Aufgabenbezug) und ihren Ausführungsbedingungen (Situationsbezug) klar vorgegeben sein sollten, um die Selbstwahrnehmungsergebnisse als zuverlässige Verhaltensprädiktoren nutzen zu können. Zudem ist die Selbstwahrnehmung der Fähigkeiten auf den Zeitpunkt der Erfassung auszulegen, d.h. es geht nicht um die operative Verfügbarkeit, um die Handlungen „jetzt“ ausführen zu können, und nicht die potenzielle Fähigkeit (Bandura 2006, S. 312).

Entwicklung und Wirkungsweise von Selbstwirksamkeitserwartungen

Wenn Selbstwirksamkeitserwartungen eine so zentrale Größe für die Vorhersage von Verhalten und den Erwerb von Wissen und Fähigkeiten ist, stellt sich die Frage, wie Selbstwirksamkeitserwartungen entwickelt oder erworben werden können.

Bandura (1997, S. 79) nennt hierzu vier Quellen:

- Bewältigungserfahrungen („Enactive mastery experiences“)
- Stellvertretende Erfahrungen („Vicarious experiences“)
- Verbale Überzeugung („verbal persuasion“)
- Physiologische und affektive Zustände („Physiological and affective states“).

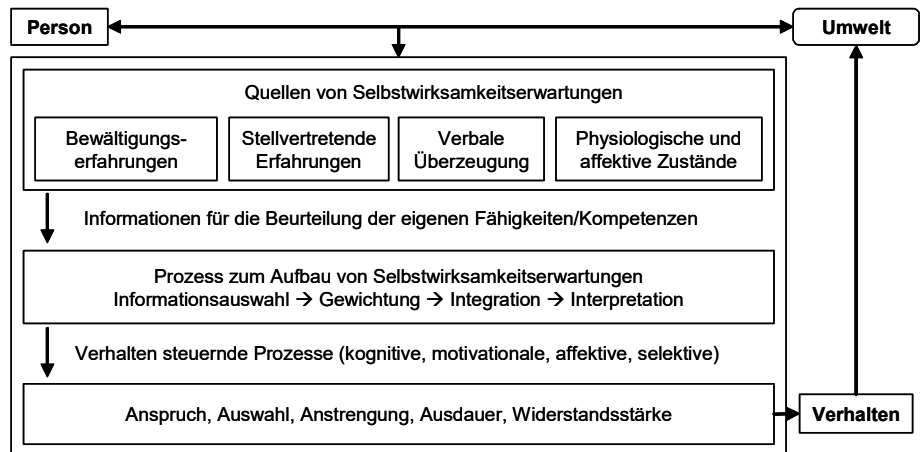
BEWÄLTIGUNGSERFAHRUNGEN: Die wirksamste Art, Selbstwirksamkeitserwartungen zu entwickeln, ist das Erleben der eigenen Wirksamkeit im Rahmen von Bewältigungserfahrungen. Handlungsergebnisse, die als erfolgreich interpretiert werden, stärken die Selbstwirksamkeitserwartung. Entscheidend ist hierbei die Selbstattribution des Erfolges. Erfolge, die z.B. durch externe Einflussgrößen bedingt oder erleichtert wurden, tragen nur wenig zur Selbstwirksamkeit bei (Bandura 1997, S. 83). Für eine externe Förderung von Selbstwirksamkeitserwartungen heißt das, Personen mit Aufgabenstellungen oder Situationen zu konfrontieren, die ein Selbstwirksamkeitserleben ermöglichen und den Selbstattributionsprozess unterstützen.

STELLVERTRETENDE ERFAHRUNGEN: Bewältigungserfahrungen müssen nicht unbedingt auf eigenen Handlungen beruhen, um bei einer Person die Selbstwirksamkeit zu fördern. Auch die Wahrnehmung erfolgreicher Handlungen von Personen, mit denen eine subjektive Ähnlichkeit oder Vergleichbarkeit (z.B. in Form von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften) empfunden wird, dient der Entwicklung eigener Selbstwirksamkeitserwartungen. Ausschlaggebend für die Stärke der Beeinflussung ist der Ähnlichkeitsgrad. Eine Nachwuchsführungskraft wird beispielsweise die eigene Selbstwirksamkeitserwartung in Konflikt geladenen Kommunikationssituationen eher durch die Beobachtung eines erfolgreichen Konfliktgespräches einer in Alter und Hierarchie vergleichbaren Führungskraft als durch das Vorgehen einer deutlich älteren und erfahrenen Führungskraft ausbauen. Hierin kann zudem ein Beispiel für den Unterschied zwischen der sozialen und der sozial-kognitiven Lerntheorie gesehen werden. Im Gegensatz zu einer eher behavioristischen Sicht, wird das Lernen am Modell im Ansatz von Bandura erst durch die Berücksichtigung von Kognitionen, in diesem Fall dem Vergleichsprozess, erklärt.

VERBALE ÜBERZEUGUNG: Sieht sich eine Person mit einer Aufgabe oder Situation konfrontiert, der keine eigenen Bewältigungserfahrungen gegenüberstehen, können auch die Zusprüche von anderen Personen zur Erzeugung oder Stärkung von Selbstwirksamkeit beitragen, vorausgesetzt, dass sich diese auf Fähigkeiten beziehen und sich nicht in bloßem Zureden i. S. von „Du schaffst das schon“ erschöpfen. Aus Sicht der externen Förderung von Selbstwirksamkeit wird die Verknüpfung mit der Ermöglichung von Bewältigungserfahrungen deutlich. Es reicht nicht aus, Personen die Möglichkeit für die Entwicklung von Selbstwirksamkeitserleben zu schaffen, sondern diesen Prozess durch „verbale Überzeugung“ zu verstärken. Bandura (1994, 1997) weist jedoch daraufhin, dass verbale Überzeugungen auf der realistischen Einschätzung der Kompetenzen basieren müssen, um gegenteilige Effekte des Selbstwirksamkeitsabbaus zu vermeiden. „In addition to raising people’s beliefs in their capabilities, [successful efficacy builders] structure situations for them in ways that bring success and avoid placing people in situations prematurely where they are likely to fail often“ (Bandura 1994, S. 72).

PHYSIOLOGISCHE UND AFFEKTIVE ZUSTÄNDE: Die Beurteilung eigener Fähigkeiten wird zum Teil durch die Einflüsse physiologischer oder emotionaler Zustände (wie z.B. Stressempfinden, körperliche Beschwerden, negative Stimmungen) beeinflusst. Diese Zustände können dann als Information der eigenen Unfähigkeit im Umgang mit belastenden Anforderungen interpretiert werden und zu einer Reduzierung des Selbstwirksamkeitserlebens führen.

Die Beeinflussung der Selbstwirksamkeitserwartung durch diese vier Quellen erfolgt nicht in einer direkten Form, sondern ist als Ergebnis eines subjektiven Bewertungsprozesses durch die Person zu verstehen. Ob ein erfolgreiches Ergebnis der Wirksamkeit eigener Handlungsfähigkeit zugeschrieben wird, hängt von der Interpretation bzw. der Attribution ab. Abbildung 9 zeigt in schematischer Form die theoretischen Zusammenhänge. Wenngleich die Quellen für die Entwicklung von Selbstwirksamkeitserwartungen als empirisch gut belegt aufgefasst werden können, weist Bandura (1997, S. 114) auf ein Forschungsdefizit im Bereich der Prozesse hin, in denen Personen die aus unterschiedlichen Quellen stammenden Informationen für die Beurteilung der eigenen Fähigkeiten verarbeiten.



Quelle: Eigene Darstellung

ABB. 3 ENTWICKLUNG U. WIRKUNGSWEISE VON SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNGEN

VERHALTENSWIRKSAME PROZESSE VON SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNGEN

Bandura (1994, 1997) unterscheidet vier psychologische Prozesse („Mediating Processes“), durch die Selbstwirksamkeitserwartungen das individuelle Verhalten hinsichtlich verschiedener Parameter beeinflussen.

KOGNITIVE PROZESSE beziehen sich z.B. auf das Antizipieren von Szenarien als Ergebnis individuellen Handelns. Personen mit hoher Selbstwirksamkeit stellen sich demnach Erfolgsszenarien vor, die ihr Handeln antreiben, Orientierung geben und auch im Falle von Widerständen beibehalten lassen. Geringe Selbstwirksamkeit fördert dagegen negative Vorstellungen und die Suche nach Aspekten, die Misserfolge bedingen. Zweifel an den eigenen Fähigkeiten reduzieren dann Funktionen des analytischen Denkens und senken das Leistungsvermögen. „Efficacy beliefs influence whether people think erratically or strategically, optimistically or pessimistically“ (Bandura 2006, S. 309),

MOTIVATIONALE PROZESSE werden von Bandura (1994, S. 73) im Zusammenhang mit verschiedenen Motivationstheorien (Attributions-, Erwartungs-Valenz-, und Zieltheorie) diskutiert. Personen mit hoher Selbstwirksamkeit bspw., führen Misserfolge auf unzureichende Anstrengungen zurück, während Personen mit geringer Selbstwirksamkeit Misserfolge mangelnden Fähigkeiten zuschreiben. Wie oben bereits kurz angemerkt, beeinflussen Selbstwirksamkeitserwartungen nach Bandura auch die Ergebniserwartungen, so dass hohe Selbstwirksamkeitserwartungen

auch mit anspruchsvolleren Zielen verknüpft werden, was Bandura mit Blick auf die Erwartungs-Valenz-Theorie begründet. Wenngleich Selbstwirksamkeitserwartungen in der Literatur zum Teil unter der Kategorie motivationaler Ressourcen (Forstmeier 2005) zu finden sind, handelt es sich um eine kognitive Größe, die motivationale Effekte beeinflussen kann. Personen, so eine Grundannahme des Konzeptes, besitzen die Möglichkeit zur Selbstmotivation auf der Grundlage ihrer Gedanken.

AFFEKTIVE PROZESSE, z.B. das Erleben von Stress in bedrohlichen oder schwierigen Situationen, werden durch die Stärke Selbstwirksamkeit in ihrer Intensität moderiert. Bereits die Wahrnehmung bzw. Bewertung einer Situation hinsichtlich ihrer Bedrohung für eine Person, wird durch die Zuversicht in die eigenen Bewältigungsfähigkeiten modifiziert. Bandura (1994) verweist darüber hinaus auf psychologische Krankheitssymptome, wie z.B. Depressionen, die sich als Ergebnis nicht erfüllter Erwartungen einstellen können. Ebenso kann eine geringe Beurteilung der Selbstwirksamkeit in sozialen Kontexten zu Vereinsamung, Isolation und in der Folge zu Depressionen führen.

SELEKTIONSPROZESSE werden durch Selbstwirksamkeitserwartungen in der Ausrichtung von Handlungsalternativen beeinflusst. Personen suchen gemäß der Beurteilung ihrer Fähigkeiten Situationen und Handlungen, die sie kontrollieren können. So werden Personen mit hohen Kompetenzerwartungen Situationen anstreben und auswählen, bei denen sie diese weiter entwickeln können.

Über die vier meditativen Prozesse beeinflussen Selbstwirksamkeitserwartungen das Denken, Fühlen, Handeln und indirekt auch das Gesundheitserleben von Personen (Pajares 1997). Ähnlich wie beim Kohärenzgefühl, und hier speziell dem „sense of manageability“, beziehen sich Selbstwirksamkeitserwartungen auf die Verfügbarkeit von Kompetenzen oder Ressourcen. Damit können Selbstwirksamkeitserwartungen als eine Art „Meta-Ressource“ beschrieben werden, mit deren Hilfe Personen in Bewältigungssituationen in der Lage sind, andere Ressourcen zu „managen“ oder wie Wood & Bandura (1989, S. 408) mit Bezug schreiben „beliefs in one’s capabilities to mobilize the motivation, cognitive resources, and courses of action needed to meet given situational demands“.

Folgt man den Stress bezogenen Schulungsangeboten der Gesundheitsförderung, lassen sich grundsätzlich zwei Interventions-

formen unterscheiden, fertigungsbezogene Angebote (z.B. Stressmanagement mit Hilfe von Zeit- und Selbstorganisations-techniken) und kognitionsbezogene Angebote (z.B. Umgang mit den eigenen Stressgedanken, eigene Überzeugungen, Werte und Bewertungen).

Neben den aufgabenbezogenen können die sozialen Kompetenzen einer Person dazu beitragen, soziale Gesundheitspotenziale (Vorgesetzte, Kolleginnen) durch Interaktionsprozesse als soziale Ressourcen in den Arbeitsprozess „zu integrieren“, indem z.B. deren Erfahrungen für die Neuausrichtung oder (Um-)Gestaltung der eigenen Arbeitshandlungen genutzt und dadurch physische oder psychische Beanspruchungen in ihrer Gesundheit beeinträchtigenden Folgen reduziert werden. Ebenso können objektiv vorhandene Handlungsspielräume (Autonomie), erst dann gesundheitswirksam werden, wenn sie „kompetent“ ausgeschöpft werden. Eine Führungskraft, die ihre Möglichkeiten der Arbeitsdelegation oder Entscheidungsbefugnis nicht wahrnimmt i. S. von konsequent ausübt, wird Arbeitshandlungen ausführen, die das gesundheitliche Beanspruchungs- oder Gefährdungsniveau ansteigen lassen. Voraussetzung für die Nutzung sozialer und organisationaler Ressourcen bzw. Potenziale ist zum einen die Verfügbarkeit über die Kompetenzen und zum anderen deren „Mobilisierung“ durch Selbstwirksamkeitserwartungen. Diese sind das Ergebnis subjektiver Interpretationen der eigenen Handlungsergebnisse. Nur dann, wenn die Handlungsergebnisse als erfolgreich interpretiert und auf die eigenen Kompetenzen attribuiert werden, werden Selbstwirksamkeitserwartungen aus-/aufgebaut.

Ergänzend zu der Frage nach der subjektiven Einschätzung der aufgabenbezogenen Selbstwirksamkeitserwartungen lässt sich die Frage formulieren, wie gut es einer Person gelingt, ihre sozialen und organisationalen Gesundheitspotenziale innerhalb der Arbeitsumgebung für sich zu nutzen, um dadurch potenziell Gesundheit beeinträchtigende Arbeitsbelastungen durch „gesündere Arbeitshandlungen puffern“ zu können. Wenn Gesundheitsförderung auch Förderung des eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens bedeutet, kann sich Gesundheitsförderung nicht nur auf das Angebot „Sozialer Unterstützung“ beschränken, sondern sollte zudem im Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen gesehen werden.

ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

„Personal efficacy is not a contextless global disposition.“ (Bandura 1997, S. 42.). Der Anwendung des Selbstwirksamkeitskonzeptes auf allgemeine Fähigkeiten einer Person im Umgang mit unterschiedlichen Anforderungen, sozusagen als eine Form der Persönlichkeitsmessung, steht Bandura kritisch gegenüber. Jerusalem & Schwarzer (1999) haben bereits 1981 ein Konzept der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung entwickelt und mit einer Skala unterlegt, die sie 1999 überarbeitet wurde. Nicht die Fähigkeit zur Ausführung aufgaben- und situationsspezifischer Handlungen sondern die generelle Handlungsfähigkeit im Umgang mit schwierigen Situationen wird hierbei fokussiert. Auf der Grundlage der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung entstanden eine Reihe weiterer Konzepte für die Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen in unterschiedlichen Settings, wie z.B. Schule (Schwarzer & Schmitz 1999) und Beruf (Schyns & Collani 1999, Abele et al. 1998) aber auch mit Bezug auf einzelne Kompetenzen, wie z.B. Emotionale Kompetenz (Schmitz 2002) und Gesundheitskompetenz (Wieland & Tint-Antusch 2005). Im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung, außerhalb des wissenschaftlichen Diskurses, ist der Anwendungsgrad trotz einzelner Befunde (Stoffer 2006, Kracke et al. 2002, Danz 2002, Hazard 1997) als eher gering einzuschätzen.

Aufgrund ihrer gut belegten Prädiktorenrolle für die generelle Handlungsfähigkeit einer Person, kann die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung nicht nur im Sinne eines protektiven Gesundheitsfaktors zur Vermeidung von Gesundheitsbeeinträchtigung (Jerusalem 1990, Schwarzer & Luszczynska 2006)¹³ sondern auch als ein Indikator für das Aktionspotenzial einer Person i. S. einer positiven Interpretation des Gesundheitsbegriffes verstanden werden (vgl. hierzu Kapitel 1, Tab. 1: Inhaltliche Bestimmung von Gesundheit). In einer personenbezogenen Gesundheitsanalyse ist folglich die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung als ein zentraler Gesundheitsindikator im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

¹³ Schwarzer & Jerusalem (1999) verweisen auf die negativen Wirkungszusammenhänge zwischen Allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung und psychologischen Krankheitsphänomenen, wie Depressivität, Burnout und Stresseinschätzungen.

GESUNDHEITSHANDELN

Im Mittelpunkt dieser Masterarbeit steht die Auseinandersetzung mit Verhaltensweisen, die von Individuen als bedeutsam für ihre Gesundheit wahrgenommen werden. Damit ist implizit die Annahme verbunden, dass individuelle Gesundheit durch das Individuum selbst zu beeinflussen ist. „Um diesen aktionalen Einfluss auf Gesundheit zu konzipieren, hat sich in der Gesundheitspsychologie der Begriff des Gesundheitsverhaltens durchgesetzt und eine eigene Forschungstradition begründet.“ (Faltermeier, 2005, S. 172). Lippke & Renneberg (2006, S. 1) definieren Gesundheitsverhalten als „jegliches Verhalten, das die Gesundheit fördert und langfristig erhält, Schäden und Einschränkungen fernhält und die Lebenserwartung verlängert. Gesundheitsverhalten kann auch die Unterlassung eines Risikoverhaltens sein“. Kasl & Cobb (1966) grenzen Gesundheitsverhalten von Krankheits- und Krankenrollenverhalten ab. Gesundheitsverhalten bezieht sich danach auf die Verhaltensweisen, die Krankheiten vorbeugen soll. Krankheitsverhalten wird dann gezeigt, wenn eine Person bereits Krankheitssymptome aufweist und nach einer genauen Diagnose sucht. Krankenrollenverhalten entspricht dem Verhalten einer Person nach einer ärztlichen Krankheitsdiagnose. Damit orientiert sich Gesundheitsverhalten an einem eher pathogenetischen Gesundheitsverständnis, welches sich auf die Beurteilung durch Ärzte als medizinische (Krankheits-)Experten stützt und aus dem Fehlen von Krankheitssymptomen auf das Vorliegen von Gesundheit schließt.

Verhaltensweisen, die das Risiko für das Auftreten von Krankheiten erhöhen, werden als Risikoverhalten bezeichnet. Der Zusammenhang zwischen Verhalten und Krankheit wird hierbei anhand von Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck, Übergewicht, Blutfettspiegel) hergestellt, d.h. Verhaltensweisen werden zunächst mit dem Auftreten von Risikofaktoren in Verbindung gebracht, die ihrerseits die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer bestimmten Erkrankung deutlich erhöhen (Franke 2006). Vor diesem Hintergrund wurden in langjährigen Untersuchungen z.B. Nikotin- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, fettreiche Ernährung, Schlafmangel als Risikoverhaltensweisen identifiziert, die als Prädiktoren für Krankheit und Mortalität gelten.

Ernährungs-, Bewegungs-, Entspannungsgewohnheiten sowie Suchtmittelkonsum u. a. werden in der Literatur zum Teil unter dem Begriff der Lebensstilfaktoren subsumiert (Dobos et al. 2006b, Siegrist 1994, Eder 1991).

Faltermeier (2005, 1994) und Udris & Rimann (1999) wählen einen Ressourcen orientierten Zugang für die Beschreibung von Gesundheitshandeln bzw. -verhalten. Faltermeier unterscheidet hierbei Gesundheitsverhalten, als einem beobachtbaren und aus kognitiven Variablen voraussagbaren situationsspezifischen Verhalten und Gesundheitshandeln, welches sich nur aus dem Verständnis des individuellen Gesundheitsbewusstseins erschließen lässt. Für Faltermeier (2005) stellt die Wahrnehmung von gesundheitsbezogenen Ressourcen und Risiken ein zentrales Element innerhalb des Gesundheitsbewusstseins einer Person dar, wobei sowohl Ressourcen als auch Risiken innerhalb und außerhalb einer Person liegen können. „Gesundheitshandeln kann sich darin ausdrücken, welche Ressourcen ein Mensch zum Erhalt seiner Gesundheit erkennt und in der Folge versucht, für sich zu erschließen“ (Faltermeier 1994, S. 179). Gesundheitshandeln dient damit der Herstellung und Aktivierung von internen und externen Gesundheitsressourcen (Udris & Rimann 1999). Beginnt eine Person mit einem Krafttraining, kann dies als Gesundheitshandeln zur Förderung der Gesundheitsressource „Körperliche Fitness“ verstanden werden. Der regelmäßige Gang in die Sauna dient der Gesundheitsressource „Immunstärke“. Ebenso sorgen regelmäßigen Treffen mit Freunden und Bekannten der Erhaltung oder Aktivierung sozialer Ressourcen. Für Personen, die ihre Leistungsfähigkeit als eine Komponente ihres Gesundheitsverständnisses definieren, sind Kompetenzen und Kontrollüberzeugungen eine wichtige Gesundheitsressource, die es z. B. durch das bewusste Ausschöpfen von organisationalen Ressourcen (Handlungsspielräume) bewusst zu nutzen gilt (vgl. Abb. 4).

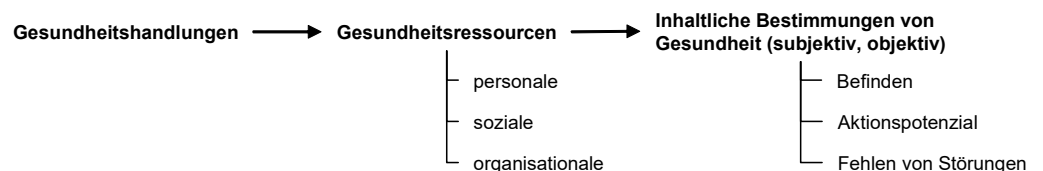


ABB. 4 RESSOURCENORIENTIERTES GESUNDHEITSHANDELN

Herstellung und Aktivierung von Ressourcen, sind wie oben beschrieben, auf die individuellen Kontroll- oder Selbstwirksamkeitserwartungen zurückzuführen, die sich demnach für die Beschreibung und Beurteilung der Fähigkeit zu Gesundheitshandlungen, heranziehen lassen. Aufgrund der Subjektivität des Gesundheitsbewusstseins nach Faltermeier (2005), ist hierzu allerdings die Kenntnis der Gesundheitsressourcen notwendig, die eine Person für sich individuell bestimmt.

MODELLE DES GESUNDHEITSVERHALTENS

Gesundheitsverhalten zu beschreiben und in seiner Entstehung und Veränderung zu erklären, ist Gegenstand von Gesundheitsmodellen. Im Kern geht es um die Frage, welche Einflussfaktoren dafür verantwortlich sind, dass Menschen gesundheitsbezogene Aktivitäten ausüben oder unterlassen.

Health Belief Model (HBM)

Das Health Belief Model (Becker 1976) wurde entwickelt, um das Gesundheitsverhalten von Menschen in seiner Intention zu erklären, also der Frage nachzugehen, warum ein gesundheitsbezogenes Verhalten gezeigt wird oder nicht. Es basiert auf zwei Überzeugungssystemen (health beliefs), Risikowahrnehmung und Nutzen, die als Variablen eines Entscheidungsprozesses dafür verantwortlich gemacht werden, ob eine Person z.B. das Rauchen aufgibt oder trotz Kenntnis der Gesundheit schädigenden Folgen beibehält (vgl. Abb. 5).

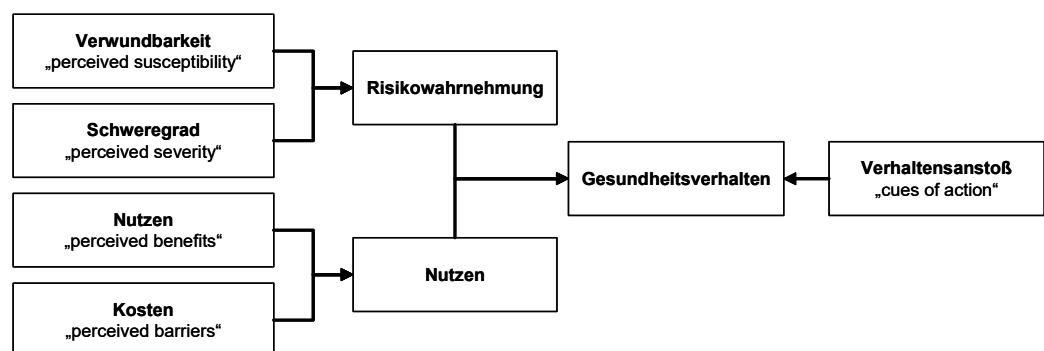


ABB. 5 HEALTH BELIEF MODEL

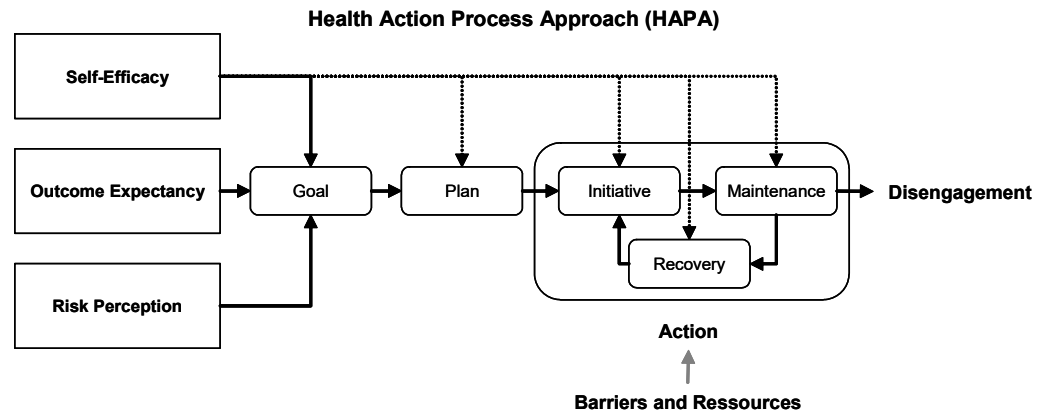
Die subjektive Überzeugung, einem persönlichen Gesundheitsrisiko zu unterliegen (Risikowahrnehmung) resultiert aus der

wahrgenommenen Verwundbarkeit, d.h. dem Risiko für eine Erkrankung, und dem Schweregrad der Erkrankung. Nimmt eine Person bei sich z.B. die Möglichkeit für eine Herzerkrankung wahr, weil z.B. Vater und Großvater ebenfalls daran litten, und weiß die Person um die schwerwiegenden Folgen einer solchen Erkrankung, ist damit eine motivationale Komponente gegeben, die zu einem präventiven Gesundheitshandeln führen kann. Diese Risikowahrnehmung wird, um verhaltenswirksam zu werden, mit dem Nutzen eines möglichen Gesundheitsverhaltens abgeglichen. Nimmt eine krankheitsgefährdete Person für sich ein Verhalten wahr, welches zu einer Reduzierung des Erkrankungsrisikos führen kann und sind die mit der Verhaltensumsetzung verbundenen Kosten oder Nachteile (z.B. Zeitaufwand für regelmäßiges Training, „Lustverlust“, Angst vor Gewichtszunahme...) geringer als der Nutzen der Risikoreduzierung, liegen zwei wesentliche Voraussetzungen für die Ausführung des Gesundheitsverhaltens vor. Zudem sieht das Modell eine weitere Erklärungsvariable vor, die als Verhaltensanstoß den Entscheidungs- bzw. Reflexionsprozess überhaupt in Gang setzt. Dies können interne Auslöser sein, z.B. wahrgenommene Schmerzen im Bereich des Herzens, oder externe Auslöser, z.B. Informationen über das Herzinfarktisiko.

Wenngleich das Modell aufgrund seiner Struktur durchaus plausibel erscheint, unterstellt es doch einen rein rational agierenden Menschen, der sozusagen im Stile eines homo oeconomicus die Vorteilhaftigkeit seines Verhaltens immer nach bestimmten Kriterien und „Wirtschaftlichkeitsprinzipien“ ausrichtet. Wissenschaftlichen Prüfungen des Modells kommen zu der Erkenntnis, dass es eine zu geringe empirische Erklärungskraft besitzt (Lippke & Renneberg 2006).

Health Action Process Approach (HAPA) – Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens

Der Health Action Process Approach ist von Schwarzer (1992) entwickelt und umfangreich empirisch getestet worden. Auf der theoretischen Grundlage der sozial-kognitiven Theorie wird Gesundheitsverhalten in seiner Entstehung und Veränderung prozessual erklärt (vgl. Abb. 6).



Quelle: In Anlehnung an Schwarzer (2004)

ABB. 6 HEALTH ACTION PROCESS APPROACH

Das Modell basiert auf den drei zentralen, psychologischen Konstrukten der Selbstwirksamkeitserwartung („self-efficacy“), Handlungsergebniserwartung („outcome expectancy“) und Risikowahrnehmung („risk perception“). Die Risikowahrnehmung wird anhand der aus dem Health Belief Model bekannten Dimensionen der Verwundbarkeit („vulnerability“) und des Schweregrades („severity“) gemessen. Die Ergebniserwartung spiegelt sich in den erwarteten Konsequenzen der Verhaltensänderung wider, z.B. einer Gewichtsabnahme durch regelmäßigen Sport.

Die Erzeugung von Gesundheitsverhalten (oder Veränderung von Risikoverhalten) wird hierbei als ein zweiphasiger Prozess dargestellt, der sich aus einer motivationalen Phase und einer volitionalen Phase zusammensetzt. In der motivationalen Phase wird ein Verhaltensziel im Rahmen eines Entscheidungs- und Motivierungsprozesses zwischen den drei zentralen Größen gebildet, z.B. das regelmäßige Joggen, oder die Aufgabe eines Risikoverhaltens, z.B. Rauchen. Als Auslöser für diesen Entscheidungsprozess kann die Risikowahrnehmung angenommen werden, bevor anschließend Handlungsmöglichkeiten in ihrer Ausführbarkeit (Selbstwirksamkeitserwartung) und ihren Ergebnissen einbezogen werden (Schwarzer et al. 2003). Ähnlich dem Health Belief

Model wird auch hier von einem Abwägungsprozess zwischen alternativen Handlungsergebnissen ausgegangen. Ergebnis der motivationalen Phase ist ein Verhaltensziel oder eine Verhaltensabsicht, der sich eine Verhaltensplanung anschließt. Hiermit ist eine genaue Vorstellung darüber verbunden, wie konkret vorgegangen werden soll, um das Verhalten zu zeigen. Schwarzer et al. (2003) sprechen von „action plans“. Der Übergang von der Planung zur Umsetzung bzw. Initiierung kann durch externe Anregungen verstärkt werden (z.B. Unterstützung von Familienmitgliedern oder Kolleginnen i. S. einer sozialen Ressource). Die Handlungsphase kann jedoch durch Barrieren behindert werden, die nicht zuletzt in den Verhaltensgewohnheiten zu finden sind. Die Aufrechterhaltung („maintenance“) des neuen Verhaltens hängt dann von der „inneren Stärke“ in Form von Selbstwirksamkeitserwartungen ab, um Widerständen erfolgreich begegnen zu können. Wie in den Ausführungen zu den Selbstwirksamkeitserwartungen erwähnt, sind es nicht die Selbstwirksamkeitserwartungen, die Umsetzungsbehinderungen „beseitigen“, sondern die selbstwirksamkeitsbedingte Mobilisierung von personalen oder sozialen Ressourcen (Lippke & Renneberg 2006). Eine Möglichkeit der Unterstützung durch personale Ressourcen kann in der individuellen Fähigkeit gesehen werden, sich z.B. Erfolgsbilder vorzustellen, die als Orientierungsrahmen und der Motivationssteigerung dienen (Schwarzer et al. 2003). Gleichwohl kann es zu einem Rückfall in alte Verhaltensgewohnheiten kommen, die in Abhängigkeit von Selbstregulationskräften, insbesondere Selbstwirksamkeitserwartungen entweder zu einer erneuten Verhaltensinitiative motivieren oder zu einer Aufgabe führen („disengagement“).

Da in jeder Phase (motivationale und volitionale) unterschiedliche Aufgaben entstehen, z.B. die Festlegung eines Ziels (welches z.B. in seinem Anspruchsniveau variieren kann) oder die erneute Aufnahme eines neuen Verhaltens, unterscheiden Schwarzer et al. (2003) zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen, die sich auf die Motivations- oder auf die Volitionsphase (z.B. Zuversicht, ein Verhalten auch nach einer Zeit wieder aufnehmen zu können) beziehen.

STAND DER FORSCHUNG

Der Health Action Process Approach gilt als empirisch gut abgesichert. Das wohl umfangreichste Untersuchungsdesign liegt mit dem Forschungsprojekt „Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS) aus dem Jahr 1996 vor. Zielsetzung

des Projektes war die Erforschung zentraler Einflussfaktoren auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen auf der theoretischen Grundlage des HAPA. Insbesondere sollten die drei Kognitionsvariablen (Selbstwirksamkeitserwartung, Ergebniserwartung und Risikowahrnehmung) in ihrer Relevanz und ihrem Zusammenwirken für die Erklärung von Planung und Durchführung präventiver Gesundheitsverhaltensweisen analysiert werden. Die Untersuchung umfasste neben den psychologischen Konstrukten auch medizinische Messungen (Risikofaktoren: Blutdruck und Cholesterin) sowie die Erfassung von Krankheitsdaten, Wissensstand über Risikofaktoren, Gesundheitsempfinden sowie individuelles Gesundheitsverhalten.

Auf der Grundlage von BRAHMS entstanden eine Reihe weiterer Untersuchungen der Forschergruppe um Schwarzer. Die Mehrzahl der Studien (Sniehotta et al. 2005, Schwarzer & Renner 2000, Renner et al. 1996, Schwarzer & Fuchs 1995), die dem Autor zugänglich waren, beziehen sich auf Verhaltensgewohnheiten der Ernährung, Bewegung, Gesundheitsvorsorge und Prävention (z.B. Zähnebürsten, Anlegen von Sicherheitsgurten) und des Suchtmittelkonsums (Alkohol und Rauchen).¹⁴

Aufgrund der breiten empirischen Untersuchung des HAPA und dem Nachweis über die Prädiktorenqualität der darin enthaltenen psychologischen Konstrukte, soll in dieser Masterarbeit ein auf NLP-Konzepten basierender Ansatz entwickelt werden, um die Anwendbarkeit des HAPA im Kontext individueller Verhaltensinterventionen zu prüfen.¹⁵

¹⁴ Neben der präventiven Interpretation „gesunder“ Lebensweisen in Form von ausgewogener Ernährung (Obst, Gemüse, wenig Fett) und regelmäßiger Bewegung sollte auch emotionale Motive einbezogen werden. „We may wonder whether people who consume plenty of fruit and vegetables or who exercise a lot, do this for the sake of their long-term health or simply because they enjoy the taste of fresh fruit or love being physically active“ (De Ridder & De Wit 2006, S. 10).

¹⁵ Die empirischen Untersuchungen des HAPA beziehen sich im Schwerpunkt auf die Fragebogen gestützte Erfassung der psychologischen Konstrukte und die Vorhersage von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Eine empirisch untersuchte Anwendung auf der Ebene von individuellen Verhaltensinterventionen im Rahmen eines Coaching-Prozesses ist dem Autor nicht bekannt.

INTEGRATION VON NLP KONZEPTEN IN DEN HEALTH ACTION PROCESS APPROACH

In diesem Kapitel gilt es, den Health Action Process Approach (HAPA) mit Hilfe von bewährten NLP-Konzepten in ein integratives Interventionsmodell zu überführen, d.h. HAPA sozusagen zu „aktivieren“ und als Rahmen für eine gesundheitsbezogene, nachhaltige Veränderungsarbeit fruchtbar zu machen. Hierzu werden in einem ersten Schritt die einzelnen Wirkelemente des HAPA mit Konzepten und Formaten des NLP verknüpft, um an diesen im Rahmen des Coachings mit dem Klienten zu arbeiten. In einem zweiten Schritt soll ein möglicher Interventionsplan vorgestellt werden.

**AUSGANGSPUNKT FÜR DIE INTERVENTION IST DIE AUSSAGE EINES KLIEN-
TEN „MAN MÜSSTE EIGENTLICH MEHR FÜR DIE GESUNDHEIT TUN.“¹⁶**

Nach dem HAPA-Modell von Schwarzer (2004) kann diese Aussage als Indikator für eine Risikowahrnehmung des Klienten gedeutet werden. Risikowahrnehmung ist eine notwendige Voraussetzung im Veränderungsprozess des Gesundheitsverhaltens. Um die Vermutung einer selbstbezogenen Risikowahrnehmung durch den Klienten zu prüfen und zu konkretisieren, erscheint das Arbeiten mit dem **METAMODELL** sinnvoll. Das Metamodell dient dazu, besser zu verstehen, was Menschen einem wirklich sagen (wollen).¹⁷ Der erste Interventionsschritt besteht darin, die Metamodellverletzungen (Tilgung, Verzerrung, Verallgemeinerung) aufzulösen, um dadurch die Tiefenstruktur der Aussage aufzudecken und die fehlenden Informationen (für die Prüfung der Vermutung nach selbstbezogener Risikowahrnehmung) zu erschließen (vgl. Tab. 2).

¹⁶ Kommunikationstheoretisch wird diese Aussage im Rahmen der Masterarbeit auf die Appell-Ebene fokussiert, d.h. in der Aussage wird primär die Aufforderung nach Hilfe oder Unterstützung gehört (vgl. Schulz v. Thun 1998, S. 25 ff.). Genau genommen liegt jedoch noch kein Auftrag durch den Klienten vor, durch den eine bewusste Interventionsarbeit legitimiert wäre. Entscheidend ist hierbei, in welchem Kontext die Aussage geäußert wird. Wie zu zeigen ist, kann das hier entwickelte NLP-Format sowohl innerhalb eines bereits laufenden Coaching-Prozesses (z.B. zum Thema „Work-Life-Balance“) als auch für die Auftragsakquisition genutzt werden.

¹⁷ Für eine umfassende Beschreibung siehe Grinder & Bandler (1990).

Hinweise für die Risikowahrnehmung können in den Metamodellverletzungen „eigentlich mehr“ (Bewertung) und „müsste“ (Modaloperator der Notwendigkeit) gesehen werden, die eine implizite (Gesundheits- bzw. Krankheits-)Sorge zum Ausdruck bringen. Eben diese (potenzielle) Sorge ist durch Implikationsfragen bewusst zu machen und in ihrer Relevanz für den Klienten zu verdeutlichen. Wichtig ist hierbei das Transparentmachen des Bewertungsmaßstabes („mehr“). Zuvor ist festzustellen, ob es sich um eine selbstbezogene oder um eine allgemeine Aussage handelt („Man“ - Verlorener Sprecher), um hierdurch eine persönliche Betroffenheit und Verantwortung für das Handeln zu erzeugen bzw. zu verstärken, die als Handlungs- bzw. Veränderungsmotivation notwendig sind.

Mit der Risikowahrnehmung ist eine persönliche Bedrohung verbunden, für deren Bewältigung bzw. Vermeidung bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Rauchen) zu verändern/aufzugeben oder neue (z.B. Joggen) zu etablieren sind. Entscheidend ist hierbei das Bewusstmachen von Handlungsalternativen, die aus Sicht des Klienten mit unterschiedlichen „Handlungsergebniserwartungen“ verbunden sind. Schwarzer (2004) weist darauf hin, dass es sich hierbei um einen rationalen Entscheidungsprozess handelt, in dessen Verlauf Individuen zwar durchaus Gesundheit fördernde Verhaltensweisen (er)kennen, gleichwohl jedoch nicht immer in der Lage sind, diese auch (dauerhaft) umzusetzen. Zielsetzung für die Intervention mit diesem NLP-Format ist folglich nicht nur die Unterstützung bei der Identifikation alternativer Verhaltensweisen und deren Bewertung, sondern vor allem das „Befähigen“ für die Handlungsumsetzung. Die Handlungsausführung setzt neben Kompetenzen auch deren Kompetenz- bzw. Selbstwirksamkeitserwartungen voraus. Selbstwirksamkeitserwartungen sind in der Konzeption von Bandura (1997) verhaltensspezifisch, d.h. für jede Verhaltensweise (z.B. Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten) ist eine eigene Selbstwirksamkeitserwartung verhaltensrelevant.

„Man müsste eigentlich mehr für die Gesundheit tun.“			
Metamodellverletzung	Metamodell-Kategorie	Beschreibung	Mögliche Fragen
„Man“	Verzerrung Verlorener Sprecher		<i>Wer sagt das?</i>
„...müsste...“	Modaloperator der Notwendigkeit	Modaloperatoren der Notwendigkeit liegen implizit Verhaltensregeln zu Grunde, die unbewusst übernommen wurden und die Handlungs- und Wahlmöglichkeiten einschränken. Verhaltensregeln werden stark durch soziale Normen geprägt und sind kultur- und zeitabhängig. Das erwartete Gesundheitsverhalten im Mittelalter dürfte stark von dem der heutigen Zeit abgewichen sein. Ziel ist es, die Verhaltensregeln und deren negative Konsequenzen für den Klienten bewusst zu machen.	<i>Sonst passiert was? (Risiko-wahrnehmung) Was hindert Sie daran? (Barrieren) Was würde passieren, wenn Sie nicht mehr für Ihre Gesundheit täten?</i>
„... eigentlich mehr...“	Vorannahme Präsupposition Bewertung	Die Bewertung basiert auf einem Vergleich, dessen Maßeinheit/Skala bislang noch unbekannt ist, die es aber durch die Metamodellierung bewusst zu machen gilt.	<i>Wer beurteilt, ob das, was bisher getan wurde nicht ausreicht? Woher kommt diese Bewertung, woran orientiert sie sich? Woran stellen Sie fest, dass das was Sie für ihre Gesundheit tun, noch nicht ausreicht?</i>
„... Gesundheit...“	Vorannahme	Es gibt etwas, das „Gesundheit“ ist.	<i>Woher wissen Sie das?</i>
	Vorannahme	Gesundheit ist beeinflussbar	<i>Was führt Sie dazu anzunehmen, dass Gesundheit sich beeinflussen lässt? ... dass SIE IHRE Gesundheit beeinflussen können?</i>
	Vorannahme	Es ist schon etwas für die Gesundheit getan worden („das offensichtlich noch nicht ausreicht“)	<i>Was haben Sie bereits für Ihre Gesundheit getan?</i>
	Nominalisierung	Umwandlung eines Verbs in ein Substantiv, bzw. einem Vorgang in einen Zustand oder eine Sache. Damit verbunden ist eine Tilgung an Informationen und eine Reduzierung von Wahlmöglichkeiten. Zustände werden eher als gegeben und unbeeinflussbar gesehen und sind weniger konkret als Handlungen. Ziel ist es, durch die sprachli-	<i>Was genau ist für Sie gesund sein?</i>

		che Rückumwandlung des Substantivs in einen Vorgang den Klienten zu einer individuellen Auseinandersetzung mit den für ihn spezifischen Handlungen anzuregen.	
„...tun.“	Generalisierung Unspezifisches Verb		„Was genau meinen Sie damit?“

TAB. 2 META-MODELL ORIENTIERTER REFLEXIONSRAHMEN MIT BEISPIELHAFTEN LEITFRAGEN

Risikowahrnehmung und Handlungsergebniserwartungen lassen sich mit Hilfe des NLP-Formates „Problem- und Lösungshand“ bearbeiten, insbesondere dann, wenn der Klient die Bedrohung noch nicht bewusst explizieren oder konkrete Handlungsweisen zu einem „mehr an Gesundheit“ formulieren kann und durch die Einschränkung in der Aussage „... *eigentlich* mehr tun“ durchaus ein Beibehalten des Status Quo denkbar ist. Auch wenn Menschen eine gesundheitsbezogene Risikowahrnehmung empfinden, dürfte diese ähnlich wie das Lösungsverhalten eher diffus sein, so dass z.B. tranceinduzierte Interventionen sinnvoll erscheinen. Ergänzend kann mit dem Metamodell gearbeitet werden, um durch Auflösen der Metamodellverletzungen den gewünschten Ergebniszustand bewusst zu machen. Die Exploration des Gesundheitsbegriffes bzw. des subjektiven Gesundheitsverständnisses kann durch das Format des „Darunter-Darüber-Davor-Dahinter“ eingeleitet werden.

Das HAPA-Modell von Schwarzer ist auf ein spezifisches Gesundheitsverhalten ausgelegt, folglich zielt die Intervention im Rahmen dieser Masterarbeit auch „nur“ auf die Identifikation und Umsetzungsunterstützung *einer* Verhaltensweise ab. NLP unterstützt den Zielbildungsprozess durch die Bereitstellung von Wohlgeformtheitskriterien, z.B. Ökonomie, Ökologie und Metaziel, durch welche die Handlungsergebniserwartung gegenüber eben diesem spezifischen Verhalten für den Klienten an Klarheit und Intensität gewinnt. Grundsätzlich zeigen sich eine Reihe von Parallelen zwischen dem HAPA-Modell und dem Schema für lösungsorientierte Interviews auf der Grundlage der Wohlgeformtheitskriterien.

MOTIVATIONALE PHASE: Im Mittelpunkt der motivationalen Phase stehen der Aufbau bzw. die Verstärkung von Veränderungsbereitschaft (Veränderungsenergie), die Festlegung eines konkreten Gesundheitsverhaltens und die Zielsetzung, d.h. die Kontextuali-

sierung des Gesundheitsverhaltens hinsichtlich Zeit und Situation. Schlüsselgrößen im Motivationsprozess sind nach Schwarzer (2004) die Selbstwirksamkeitserwartungen.

Da Selbstwirksamkeitserwartungen in dem HAPA-Modell die Zielbildung, d.h. die Auswahl des anzustrebenden Gesundheitsverhaltens beeinflussen, kann es sich hierbei noch nicht um verhaltensspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen sondern eher um generalisierte Kompetenzerwartungen handeln. Selbstwirksamkeitserwartungen sind eine treibende Kraft, um den Lösungsraum, d.h. die Anzahl von Handlungsalternativen für ein „Mehr an Gesundheit“ und die Vermeidung einer gesundheitlichen Bedrohung im Bewusstsein des Klienten zu vergrößern. Für die Intervention bedeutet dies, vor der Frage nach den Handlungsalternativen (für ein „mehr an Gesundheit“) und deren Ergebniserwartungen ein hohes Maß an Zuversicht in die eigenen Kompetenzen und Veränderungsmöglichkeiten beim Klienten aufzubauen bzw. zu verstärken. Andernfalls ist zu vermuten, dass der Klient aus einem K⁻-Zustand der Risikowahrnehmung und Gesundheitsbedrohung nur wenig Handlungsalternativen (kreativ) entwickelt bzw. erkennt – „Personen mit Zweifeln an der eigenen Kompetenz antizipieren erfolglose Szenarien, sorgen sich um mögliche Handlungsdefizite und geben tendenziell früher auf“ (Schwarzer 2004, S. 95).

Oben wurden bereits die vier Quellen von Selbstwirksamkeitserwartungen nach Bandura (1997) beschrieben. Den stärksten Einfluss besitzen hierbei eigene Bewältigungserfahrungen (Mastery Experiences) und stellvertretende Erfahrungen (Vicarious Experiences). Die Stärke von Selbstwirksamkeitserwartungen, d.h. deren „Kraft“ im Rahmen der Planung und Umsetzung von Verhaltensweisen lässt sich aus der subjektiven Einschätzung bei der Bewältigung von Schwierigkeiten oder Hindernissen in der Handlungsumsetzung ableiten. Für die Interventionsarbeit heißt das, den Klienten in den Ressourcen reichen Zustand von Selbstwirksamkeitserleben hinzuführen. Die Skala der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Jerusalem & Schwarzer (1999) bietet einen guten Rahmen, wie der Klient durch Aussagen und Aufforderungen des Coaches zu einem Selbstwirksamkeitserleben hingeführt werden kann. Entscheidend für das Selbstwirksamkeitserleben ist es, den Klienten aufzufordern sich der eigenen Bewältigungsressourcen klar zu werden und dadurch die Selbstattribution des Bewältigungserfolges anzuregen. Um diese

Erlebnisse bzw. die damit verbundenen emotionalen Zustände im späteren Prozessverlauf der Intervention für die Identifikation von gesundheitsförderlichen Handlungsalternativen nutzen zu können, empfiehlt sich die NLP-Technik des Ankerns.¹⁸ Die unterschiedlichen Selbstwirksamkeitserlebnisse sollten gestapelt werden, um sie als „Anschub und Energie“ für das Entdecken im gesundheitsförderlichen Lösungsraum zu nutzen.

18 McDermott & O'Connor (2005, S. 77) sehen in der Fähigkeit einer Person zum Anker bereits eine Möglichkeit bzw. einen Ausdruck des Gesundseins, da sie es der Person ermöglicht, ihren Gesundheitszustand autonom durch eigenes Handeln zu beeinflussen, z.B. der Gang in die Sauna, das Erinnern von Gerüchen, die Wohlbefinden auslösen etc.

Items (Auszug) aus der Skala der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Jerusalem & Schwarzer (1999)	Formulierungsmöglichkeit für die sprachliche Intervention bzw. Transformation der Item-Aussage in eine Ressourcen bildende Frage mit anschließender Zustands-Ankerung
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<i>Erinnern Sie sich zunächst einmal an eine Situation, in der Sie Mittel und Wege gefunden haben, um sich trotz Widerständen durchzusetzen. Was genau war dafür verantwortlich, dass Sie sich durchgesetzt haben? (z.B. die eigene Kommunikationskompetenz). Gehen Sie jetzt nochmals in die Situation und spüren Sie, wie es sich anfühlt, wenn Sie sich trotz Widerständen durchsetzen können. Anker setzen.</i>
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<i>Erinnern Sie sich jetzt an eine Situation, in der Sie ein Problem bewältigen konnten, weil Sie sich besonders intensiv um die Lösung bemüht haben. Erlauben Sie sich ruhig, jetzt noch einmal das Gefühl zu spüren, als Sie das Problem gelöst haben. Anker setzen.</i>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<i>Jetzt erinnern Sie sich bitte einmal an eine Situation, in der Sie es mit einem Problem zu tun hatten, das Sie dadurch bewältigt haben, indem Sie andere Menschen um Unterstützung gebeten haben. Anker setzen.</i>
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<i>Manchmal kann man Probleme nicht voraussehen, sie kommen eher überraschend auf einen zu. Erinnern Sie sich einmal an eine solche Situation, die sie trotzdem erfolgreich gemeistert haben. Machen Sie sich klar, was genau Sie getan haben und welche Ihrer Fähigkeiten oder welches Wissen dafür notwendig waren. Anker setzen.</i>
5. Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.	<i>Zum Abschluss erinnern Sie sich an eine Situation, in der Sie bei der Bewältigung eines Problems besonders kreativ gewesen sind und verschiedene Ideen für die Lösung entwickelt haben. Anker setzen.</i>

TAB. 3 ANKER-TRANSFORMATION DER SKALA ZUR ALLGEMEINEN SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

VOLITIONSPHASE: Schwarzer (2004) gliedert die Volitionsphase in die präaktionale, aktionale und die postaktionale Phase. In allen drei Phasen wird den Selbstwirksamkeitserwartungen eine entscheidende Rolle bei der erfolgreichen Verhaltensumsetzung zugeschrieben. Nachdem Zielsetzung und konkrete Verhaltensweise für ein „Mehr-an-Gesundheit“ in der Motivationsphase definiert wurden, gilt es die Volitionsstärke des Klienten für die Handlungsplanung und -umsetzung durch Selbstwirksamkeitserwartungen zu fördern. In einem ersten Schritt ist das Gesundheitsverhalten in seiner Umsetzung zu konkretisieren (Planung), d.h. festzulegen, wie genau das Ziel erreicht werden soll, also bis zu welchem Zeitpunkt, in welchen Schritten/Teilzielen etc.. Der Handlungsplan ist dann in seiner Umsetzung bewusst und die Ergebnis-Erwartungen (positives Erfolgsszenario) für den Klienten erlebbar zu machen. Für die Interventionsarbeit heißt das, den Plan sozusagen als neues Verhaltensmuster zu etablieren bzw. ein kognitives Programm zu erzeugen, welches zukünftig quasi automatisch abläuft und das Gesundheitsverhalten steuert. Ein solches Programm soll durch die Intervention entwickelt werden.

Im Gegensatz zu der motivationalen Phase geht es in der Volitionsphase um verhaltensspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen, die bei dem Klienten zu einer dauerhaften Umsetzung seines Gesundheitsverhaltens beitragen sollen. Hierzu sind die möglichen Hindernisse/Schwierigkeiten bewusst zu machen, die ein solches Verhalten erschweren können. Wie in dem HAPA-Modell beschrieben, wird es im Zuge der Umsetzungsphase darauf ankommen, dass der Klient über ausreichend starke Selbstwirksamkeitserwartungen verfügt, um die Hindernisse aus eigenen Kräften erfolgreich bewältigen und adaptive Verhaltensweisen entwickeln zu können.¹⁹ Im Coaching soll sich der Klient mögliche Hindernisse vorstellen, die ihn bei der dauerhaften und regelmäßigen Umsetzung des (neuen) Gesundheitsverhaltens behindern oder ihn davon abhalten können (z.B. flexible Arbeitszeiten, die eine regelmäßige Teilnahme an Sportveranstaltungen behindern). Anschließend wird er dazu aufgefordert, seine aktuelle Selbstwirksamkeitserwartung für die erfolgreiche Bewältigung dieser Behinderungen anhand der Frage: *Wie zuversichtlich sind Sie, das neue Gesundheitsverhalten auch im Falle von Wider-*

¹⁹ Der Aufbau bzw. die Etablierung der verhaltensspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen ähnelt dem Prinzip der Impfung vor Krankheiten, d.h. durch die Konfrontation des Körpers mit einer kleinen Dosis der Krankheitserreger werden körpereigene Widerstandskräfte erzeugt, die ein späteres Ausbrechen der Krankheit verhindern.

ständen dauerhaft und regelmäßig zeigen zu können? auf einer Skala von „1 = gar nicht“ bis „10 = voll und ganz“, zu bewerten. Die Selbstwirksamkeitsmessung wird zu einem späteren Zeitpunkt im Interventionsprozess wiederholt, um die Wirksamkeit der Interventionsarbeit zu prüfen.

Den Situationen, in denen es zu Behinderungen oder Einschränkungen in der Umsetzung des Gesundheitsverhaltens kommen kann, soll der Klient jeweils eigene Überschriften (z.B. Keine Zeit, Regenwetter, ...) geben, der Coach notiert sich die Überschriften z.B. auf einer Metaplankarte. Zudem soll der Klient jeweils ein Foto von der Situation machen und es an eine imaginäre Wand hängen. Dabei entspricht die Größe des Fotos der Problemlintensität, d.h. die vom Klienten als besonders schwierigen Situationen sollen als große Fotos abgebildet werden. Da nicht alle Hindernisse im Vorfeld zu antizipieren sind, sollte es auch ein Bild mit dem Titel für unerwartete Hindernisse geben. Im nächsten Schritt gilt es, für jede dieser Situation Selbstwirksamkeitserwartungen vor dem Hintergrund von fiktiven Bewältigungserfahrungen (Mastery Experiences) aufzubauen. Der Klient wird hierzu gebeten, sich vor jedes Bild zu stellen, und sich vorzustellen, wie er sein Gesundheitsverhalten trotz der Behinderung in der Situation umsetzt. Aus der dissoziierten Position vor dem Bild wird er aufgefordert, Verhaltensstrategien bzw. Bewältigungsoptionen zu entwickeln und sich möglichen unterstützender Ressourcen bewusst zu sein (z.B. Personen, die explizit mit der Unterstützung beauftragt werden).²⁰ Wenn der Klient eine aus seiner Sicht erfolgreiche Strategie entwickelt, in die auch externe Ressource eingebunden sein können, wird er mit der Situation assoziiert, d.h. der Klient soll sich jetzt selbst in der Situation erleben, wie er in der Umsetzung seines Gesundheitsverhaltens behindert wird und wie er die eben entwickelte Strategie erfolgreich anwendet. Wichtig ist eine tiefe Ankerung des emotionalen Zustandes bei der erfolgreichen Problembewältigung. Während der Klient auf das Bild blickt und Bewältigungserfahrung spürt, begleitet der Coach mit Hypnotalk. Hierbei nutzt er die Energie der Bewältigungserfahrung des Klienten, um damit das „Problem-Bild“ in

²⁰ Selbstwirksamkeitserwartungen können auch in stellvertretender Weise gestärkt werden (Vicarious Experiences). Hierzu kann der Klient aufgefordert werden, sich an andere Personen zu erinnern, die ebenfalls mit der Situation konfrontiert waren und diese durch eine bestimmte Verhaltensstrategie meistern konnten. Entscheidend ist hierbei, dass es sich um Personen handelt, mit denen sich der Klient identifizieren kann, z.B. hinsichtlich Alter, Lebensstil oder Kompetenzen.

seiner Größe immer kleiner werden zu lassen, so dass es schließlich nur noch ein Punkt auf der weißen Wand ist. Dann wird der Klient dissoziiert und vor das nächste Bild geführt. So werden für alle Bilder bzw. Situationen Selbstwirksamkeitserlebnisse erzeugt, geankert und die Bewältigungsenergie für das „Schrumpfen“ der Probleme genutzt. Die Anker werden gestapelt. An dieser Stelle erscheint es sinnvoll, erneut die Selbstwirksamkeitsstärke zu testen. Die persönliche Einschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung sollte jetzt nahe der 10 liegen, d.h. der Klient ist voll und ganz zuversichtlich, sein Gesundheitsverhalten auch im Falle von Widerständen initiieren und dauerhaft aufrechterhalten zu können – dabei kommt es nicht darauf an, dass der Klient tatsächlich für jede Behinderung in der Umsetzung des Gesundheitsverhaltens über eine passende Verhaltensstrategie verfügt, sondern dass er fest daran glaubt, verschiedene Bewältigungsoptionen zur Verfügung zu haben. Schwarzer (2004) weist darauf hin, dass in der aktionalen Phase (Ausführen des Gesundheitsverhaltens) eine ständige Handlungsausführungskontrolle stattfindet. Im Kontext von NLP lässt sich die Funktionalität der „Handlungskontrolle oder Steuerung“ mit dem Teile-Modell in Verbindung bringen. Selbstwirksamkeitserwartungen werden in der Gesundheitspsychologie als wesentliche Determinanten in Verhaltenskontrollprozessen beschrieben. Daher erscheint es sinnvoll, diese mit dem Konzept des Teile-Modells zu verbinden. Der Klient wird hierzu aufgefordert, zunächst Kontakt zu seinem Gesundheitsteil aufzunehmen und zu fragen, ob dieses zur Aufnahme einer zusätzlichen Ressource bereit ist. Haben zudem die anderen (Persönlichkeits-)Teile keine Einwände (Öko-Check), soll der Klient seinen neuen Selbstwirksamkeitsanker auslösen und die damit verbundene Energie seinem Gesundheitsteil zufließen lassen. Um den Vorgang visuell zu unterstützen, kann darauf hingewiesen werden, dass es sich um Ressourcen handelt, die im Kopf entstanden sind und die jetzt aus dem Kopf in den gesamten Körper fließen und sich im Gesundheitsteil sammeln. In dem begleitenden Hynotalk beschreibt der Coach, wie die neue Ressource dem Klienten jetzt immer zur Verfügung stehen wird und sein Gesundheitsteil in der Lage ist, für ihn unbewusst sein Gesundheitsverhalten zu steuern.²¹

²¹ Schwarzer (2004, S. 98) spricht von Ressourcenkommunikation. Hiermit meint er sowohl die Vermittlung von Handlungsergebniserwartungen als auch die Förderung von Selbstwirksamkeitserwartungen.

Im nächsten Schritt wird der Klient seitlich zu der Wand mit den „Problem-Bildern“ gestellt (90-Grad), das erste „Bild“ (Metaplankarte mit einem Stichwort, welches die Umsetzungs-/Beibehaltungsbarriere beschreibt – Coach hängt diese Karten an der Wand auf) etwa 1 Meter von ihm entfernt. Der Klient soll jetzt auf der vor ihm liegenden Wand das Bild seines „Mehr-an-Gesundheit“ erzeugen und langsam darauf zugehen. Kurz vor dem ersten „Problem-Bild“ wird der Klient aufgefordert, seinen Selbstwirksamkeitsanker auszulösen. Der Coach kann jetzt an der Physiologie des Klienten prüfen, ob der Anker ihn tatsächlich in einen ressourcenreichen Zustand bringt, d.h. ob er Zeichen der „Zuversicht“ zeigt, z.B. Strecken des Oberkörpers. Während der Klient nach vorne geht, begleitet der Coach mit Hypnotalk und verweist zudem auf das „gestärkte“ Gesundheitsteil. Auf der Höhe des ersten „Problem-Bildes“ beschreibt der Coach die spezifische Behinderung für das Gesundheitsverhalten – *„Und während Sie XY [spezifisches Gesundheitsverhalten] tun, passiert ZZ...“*. Auch hier sollte der Coach die Physiognomie des Klienten genau beobachten, um zu sehen, welche Reaktionen die Behinderung auslöst. Zeigt der Klient weiterhin die Anzeichen von K^+ , kann ihn der Coach weiter an allen „Problem-Bildern“ vorbeiführen, bis er ausschließlich das Zielbild vor sich hat. Der Coach begleitet jetzt noch eine Weile mit der Zukunfts-Tiefung und dem Erleben und Erspüren des „Mehr-an-Gesundheit“.

Phase	HAPA Wirkelement	Ziel	NLP-Konzept / -Format
Motivationale Phase	Risiko-wahrnehmung	Implizites Wissen bewusst machen und aus einer eher diffusen Risiko-wahrnehmung eine greifbare machen (Wenn ich so weiterlebe/arbeite, könnte dies auf Dauer zu ...führen“)	Metamodell Arbeit mit wissenden Plätzen
	Allgemeine Selbstwirk-samkeits-erwartung	Denkenergie erzeugen, um aus dem K ⁻ -Zustand der Risikowahrnehmung Handlungsalternativen denken zu können. Zuversicht und Glauben in die generelle Bewältigungsfähigkeit von Problemen stärken.	Ankern von Ressourcen
	Verhaltens-alternativen	Konkrete Handlungsalternativen bewusst machen, die geeignet sind, um die Gesundheitsbedrohung oder das Risiko zu reduzieren/vermeiden	Teile-Modell (Gesundheitsteil)
	Handlungs-ergebnis-erwartung	Handlungsalternativen in ihren Handlungsfolgen bewusst machen (Wenn ich X tue, passiert Y) und in ihrem Wirkungsgrad abwägen	Arbeit mit Submodalitäten
	Zielsetzung	Konkrete Verhaltensweise definieren und in ihrer Umsetzung beschreiben	Ziel-Format / Wohlge-formtheitskriterien
Volitionale Phase	Situative Bar-rieren	Bewusstmachen der limitierenden Faktoren, die die Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens behindern	
	Situative Res-sourcen	Bewusstmachen der fördernden Fak-toren, die bei der Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens dienen	
	Selbstwirk-samkeitserwar-tung	Verhaltensspezifische Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten	Ankern von Ressourcen

Tab. 4 HAPA-WIRKELEMENTE UND NLP-INTERVENTIONSFORMATE

INTERVENTIONSABLAUF

1. Risikowahrnehmung explizieren – Commitment erzeugen
2. Separator setzen
3. Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung aufbauen
4. Gesundheitsverhalten identifizieren und in seinen Handlungsergebnisfolgen erleben lassen
5. Verhaltensziel wohl strukturiert definieren lassen
6. Situative Barrieren explizieren und in Bilder „fotografieren“
7. Separator setzen
8. Situative Selbstwirksamkeitserwartungen aufbauen und situative Ressourcen bewusst machen – Von Bild zu Bild gehen
9. Neues Gesundheitsverhalten fiktiv erleben und erspüren lassen, Hynotalk

LITERATURVERZEICHNIS

ABELE, A.E., STIEF, M. & ANDRÄ, M.S. (1998): Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala., S. 145-151.

ANTONOVSKY, A. (1979): *Health, stress and coping*, London: Jossey-Bass.

ANTONOVSKY, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Herausgabe von FRANKE, A., Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen: dgvt-Verlag.

BADURA, B. & HEHLMANN, T. (Hrsg.) (2003): *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*, Berlin: Springer.

BANDURA, A. (1977): Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavior change. In: *Psychological Review*, 84, S. 191-215.

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

BANDURA, A. (1994): Self-Efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V.S. (Hrsg.): *Encyclopaedia of human behavior, Vol. 4*, New York: Academic Press, S. 71-81. (Reprinted in: Friedman, H. (Hrsg.) (1998): *Encyclopaedia of mental health*, San Diego: Academic Press).

BANDURA, A. (1995): Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura, A. (Hrsg.): *Self-efficacy in changing societies*, New York: Cambridge University Press, S. 1-45.

BANDURA, A. (1997): *Self-Efficacy. The Exercise of Control*, New York: Freeman and Company.

BANDURA, A. (2000): Exercise of human agency through collective efficacy. In: *Current Directions in Psychological Science* 9 (3), S. 75-78.

BANDURA, A. (2006): Guide for constructing self-efficacy scales. In: Pajares, F. & Urdan, T. (Hrsg.): *Self-efficacy and ado-*

lescent, Greenwich: IAP-Information Age Publishing, S. 307-337.

CHRISTENSEN, A.J., WIEBE, J.S., BENOTSCH, E.G. & LAWTON, W.J.: (1996): Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. In: *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 20, No. 4, August 1996, S. 411-421.

DE RIDDER, D. T. D. & DE WIT, J. B. F. (2006): Self-regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central issues. In: de Ridder, D. T. D. & de Wit, J. B. F. (Hrsg.): *Self-regulation in Health Behavior*, (o. O.): John Wiley & Sons Ltd., S. 1-23.

DECKER, F. & DECKER, A. (2001): *Gesundheit im Betrieb. Vitale Mitarbeiter - leistungsstarke Organisationen*, Leonberg: Rosenberger Verlag.

DOBOS, G.J., ALTNER, N. & PAUL, A. (2006a): Mechanismen und klinische Relevanz von Stress – Effektive Nutzung der eigenen körperlichen und psychischen Ressourcen. In: *Bundesarbeitsblatt 11 – 2006*, S. 20-25.

DOBOS, G., ALTNER, N. & PAUL, A. (2006b): *Lifestyle-Management. Neue Formen der Integration von Arbeit und Gesundheit*, Schriftenreihe: Innovation, Forschung und Management, Kriegesmann, B. (Hrsg.), Band 25, Bochum: IAI Verlag.

DUCKI, A. & GREINER, B. (1992): Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit – ein „arbeitspsychologischer Baustein“ zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36, S. 184-189.

FALTERMEIER, T. (1994) (Hrsg.): *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*, Weinheim: Beltz.

FALTERMEIER, T. (2005): *Gesundheitspsychologie*, Stuttgart: Kohlhammer.

FRANKE, A. (2006): *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber, Hogrefe.

GADAMER, H.-G. (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt a. Main: Suhrkamp.

GREINER, W. (2000): Die Berechnung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen. In: SCHÖFFSKI, O. & G.V. SCHULENBURG, J.-M.: *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, Berlin, S. 159-173.

GRINDER, J. & BANDLER, R. (1990): *Metasprache und Psychotherapie. Die Struktur der Magie I*, 6. Aufl., Paderborn.

HAZARD, B.P. (1997): *A.C.T. Aktivierendes Competence Training. Neue Wege in der Gesundheitsförderung*, Weinheim: Deutscher Studienverlag.

HERDEN, B. (2006): Einfach essen. In: *DIE ZEIT vom 09.11.2006, Nr. 46*.

HURRELMANN, K. (2000): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*, Weinheim: Juventa.

ILMARINEN, J. & TEMPEL, J. (2002): *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?*, Hamburg: VSA-Verlag.

JERUSALEM, M. & SCHWARZER, R., (Hrsg.) (1999): *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*, URL: <http://web.fu-berlin.de/gesund/schulen/skalen.htm> (Stand 21.07.2007).

JERUSALEM, M. & SCHWARZER, R., (Hrsg.) (1999): *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*, URL: <http://web.fu-berlin.de/gesund/schulen/skalen.htm> (Stand 21.08.2006).

KASL, S.A. & COBB, S. (1966): Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. 1. Health and illness behavior. In: *Archives of Environmental Health*, 12, S. 246-266.

KERN, P. (2006): Zukunftsszenarien – Wie wir morgen arbeiten werden!. Vortragsunterlagen, 2. Konferenz des Deutschen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF), 28./29. März 2006.

KRIEGESMANN, B., KOTTMANN, M., MASUREK, L. & NOWAK, U. (2005): *Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit*, Dortmund et al.: Wirtschaftsverlag NW.

KRIEGESMANN, B. & KOTTMANN, M. (2006): Neue Aufgaben für die Personalentwicklung. In: Kraus-Hoffmann, P., Manz, R. & Overhage, R.: *Lebenslanges Lernen. Konzepte, Strukturen und Perspektiven als Beitrag für ein Leitbild moderner Arbeit*, Dortmund: Thematischer Initiativkreis Lebenslanges Lernen – INQA-Lernen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), S. 164-170.

LAUTERBACH, M. & HILBIG, S. (2006): *So bleibe ich gesund. Was Sie für Ihre Gesundheit, Lebensenergie und Lebensbalance tun können.* Heidelberg: Car-AuerVerlag.

LIPPKE, S. & RENNEBERG, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 2-48.

LÜHMANN, S., BURKHARDT-HAMMER, T., STOLL, S. & RASPE, H. (2006): Prävention rezidivierender Rückenschmerzen. Präventionsmaßnahmen in der Arbeitsplatzumgebung. In: *Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, DAHTA & DIMDI*, 38.

MCDERMOTT, I. & O'CONNOR, J. (2006): *NLP und Gesundheit. Die offenen Geheimnisse der Gesunden.*

MOLDASCHL, M. (2002): Subjektivierung – ein neue Stufe in der Entwicklung der Arbeitswissenschaften? In: Moldaschl, M. & Voss, G. (Hrsg.): *Subjektivierung von Arbeit*, München, Mering: Rainer Hampp Verlag, S. 23-52.

O'Connor, J. & Seymour, J. (2005): *Neurolinguistisches Programmieren: Gelungene Kommunikation und persönliche Entfaltung.* Freiburg: VAK Verlag.

PAJARES, F. (1996): Self-efficacy beliefs in academic settings. In: *Review of Educational Research*, 66(4), S. 543-578.

PAJARES, F. (1997): Current Directions in self-efficacy research. In: Maehr, M. & Pintrich, P. R. (Hrsg.): *Advances in motivation and achievement, Volume 10*, Greenwich: JAI Press, S. 1-49.

PARSONS, T. (1967): Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich, A., Brocher, T., von Mering, O. & Horn, K. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*, Köln: Kiepenheuer & Witsch, S. 57-87.

PONGRATZ, H. J. & VOSS, G. (1998): Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der "Ware Arbeitskraft"? In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50 (1), S. 131-158.

PONGRATZ, H. J. & VOSS, G. (2003): *Arbeitskraftunternehmer. Erwerbsorientierungen in entgrenzten Arbeitsformen*, Berlin: Edition Sigma.

PSCHYREMBEL, W. (Hrsg.) (1990): *Klinisches Wörterbuch, 256. neu bearb. Ausgabe*, Berlin, New York: De Gruyter.

REINDL, J. (2003): Gesundheitskompetenz. Selbsttechnik oder sozial eingehegte Selbstsorge. In: ARBEITSGEMEINSCHAFT BETRIEBLICHE WEITERBILDUNGSFORSCHUNG E.V. (Hrsg.): *Kompetenzentwicklung 2003. Technik – Gesundheit – Ökonomie*, Münster et al.: Waxmann, S. 207-242.

RENNER, B., HAHN, A. & SCHWARZER, R. (1996): *Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Messinstrumente des Forschungsprojekts „Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS)*. Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft, Psychologie und Sportwissenschaft (Hrsg.).

RIMANN, M. & UDRIS, I. (1997): Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In: Strohm, O. & Ulich, E. (Hrsg.): *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten*, Zürich: Vdf Hochschulverlag, S. 281-298.

ROTTER, J.B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: *Psychological Monographs, 80, (Whole No. 609,1)*.

SCHMITZ, G. S. (2002): Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung für emotional kompetentes Verhalten. In: von Salisch, M. (Hrsg.): *Emotionale Kompetenz entwickeln – Grundlagen in Kindheit und Jugend*, Stuttgart: Kohlhammer, S. 207-225.

SCHWARZER, R. & FUCHS, R. (1995): Self-Efficacy and Health Behaviours. In: Conner, M., & Norman, P.: *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*, Buckingham: Open University Press.

SCHWARZER, R. & JERUSALEM, M. (Hrsg.) (1999): *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*, Berlin: Freie Universität Berlin.

SCHWARZER, R. & SCHMITZ, G. (1999): Kollektive Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern: Eine Längsschnittstudie in

zehn Bundesländern. In: *Zeitschrift für Sozialpsychologie, Dezember 1999, Vol. 30, No.4*, S. 262-274.

SCHWARZER, R. & RENNER, B. (2000): Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. In: *Health Psychology, 19*, S. 487-495.

SCHWARZER, R. & SCHMITZ, G. (1999): Kollektive Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern: Eine Längsschnittstudie in zehn Bundesländern. In: *Zeitschrift für Sozialpsychologie, Dezember 1999, Vol. 30, No.4*, S. 262-274.

SCHWARZER, R. (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Eine Einführung in die Gesundheitspsychologie*, Göttingen: Hogrefe.

SCHYNS, & COLLANI (1999): Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung. In: Glöckner-Rist, A. & Schmidt, P. (Hrsg.): *ZUMA-Informationssystem. Version 4.0. Ein elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente*, Mannheim: Zentrum für Umfragen, Meinungen und Analysen.

SCHYNS, & COLLANI (1999): Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung. In: Glöckner-Rist, A. & Schmidt, P. (Hrsg.): *ZUMA-Informationssystem. Version 4.0. Ein elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Meinungen und Analysen.

SIEGRIST, K. (1994): Gesundheit und Lebensstil. In: Buchheim, P., Cierpka, M., Seifert, Th. (Hrsg.): *Lindauer Texte. Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung*. URL: <http://www.lptw.de/archiv/lintext/LindText1994.pdf> (Stand 21.07.2007).

STADLER, G., OETTINGN, G., GOLLWITZER G.M. (2005): *Gesundheit beginnt im Kopf. Von der Fantasie zum Ziel zum gesunden Lebensstil*. DAK-Zentrale, Hamburg.

STADLER, P. & SPIESS (2002): *Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz. Optimierung der Beanspruchung durch die Entwicklung von Gestaltungskriterien bezüglich Führungsverhalten und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz*, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.).

STOFFER, E. (2006): *Die psychische Belastung leitender Führungskräfte. Der Zusammenhang zwischen den Stressoren der*

Arbeits- und Lebenssituation leitender Führungskräfte und ihrer Gesundheit unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen und Bewältigungskompetenzen, Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

UDRIS, I., KRAFT, U., MUSSMANN, C. & RIMANN, M. (1992): Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben. Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In: *Psychosozial*, 15 (4), S. 9-22.

UDRIS, I. & FRESE, M. (1999): Belastungen, Stress, Beanspruchungen und ihre Folgen. In: Graf Hoyos, C., Frey, D. & Stahlberg, D. (Hrsg.): *Angewandte Psychologie*, München: PVU, S. 427-447.

ULICH, E. (2004): *Arbeitspsychologie* (5., vollst. Überarbeit. Und erw. Aufl.), Zürich: vdf Hochschulverlag: Schäffer-Poeschel.

ULICH, E. (2005): *Arbeitspsychologie - 6., überarb. und erw. Aufl.*, Zürich: vdf-Hochschulverlag.

ULICH, E. & WÜLSER, M. (2004): *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*, Wiesbaden: Gabler.

WALLSTON, B.S., WALLSTON, K.A., KAPLAN, G.D. & MAIDES, S.A. (1976): Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, S. 580-

WALLSTON, K.A. (1992): Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus. Rotter's social learning theory modified for health. In: *Cognitive Therapy and Research*, 16, S. 183-199.

WESSINGHAGE, Th. (2008): *Bewegung ist Leben*. Vortragsdokumentation.

WIELAND, R. & TINT-ANTUSCH, T. (2005): *Fragebogen zur Erfassung der Gesundheitskompetenz*, Wuppertal: Kompetenzzentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung (KomFor).