



Healthy Campus – Von der Bestandsaufnahme zur Intervention

Interventionsmanual

*Lesener, T., Blaszyk, W., Dastan, B., Gusy, B., Jochmann, A., Juchem, C.,
Pleiss, L. S., & Wolter, C.*



Mitwirkende:

FU Berlin

Dr. Tino Lesener

Wiebke Blaszczyk

Beyza Dastan

PD Dr. Dr. Burkhard Gusy

Anna Jochmann

Christina Juchem

Leonard Pleiss

Dr. Christine Wolter

Zitiervorschlag:

Lesener, T., Blaszczyk, W., Dastan, B., Gusy, B., Jochmann, A., Juchem, C., Pleiss, L. S., & Wolter, C. (2022). Healthy Campus – Von der Bestandsaufnahme zur Intervention (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung: Nr. 01/P22). Berlin: Freie Universität Berlin.

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	1
1.1 Vorwort	1
1.2 Einleitung	3
1.3 Zum Zusammenhang zwischen Studium und Gesundheit	8
1.4 Zur systematischen Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Interventionen	13
2. Psychisches Missbefinden	20
2.1 Einleitung	20
2.2 Arbeitsgruppe zur Studierendengesundheit	26
2.3 Entspannungstraining	32
2.4 »Get it Done« - Prokrastinationsworkshop	35
2.5 Interkulturelle Kommunikation	39
2.6 Mobile Achtsamkeitsintervention	42
2.7 Soziale Ängstlichkeit überwinden	46
2.8 StudiCare Stress	51
2.9 TK-MentalStrategien	58
2.10 Zeitmanagement-Workshop für Erstis	63
3. Psychisches Wohlbefinden	67
3.1 Einleitung	67
3.2 (Aus-)Zeit für mich!	72
3.3 Autonomie-unterstützende Lehre	77
3.4 Building Hope for the Future	85
3.5 Campus Gardening »Grow Your Network«	91
3.6 Emotionale Intelligenz steigern	98
3.7 Mentoring für Studienanfänger:innen	103
3.8 Peer-Support-Intervention	107
3.9 Resilienztraining	110
3.10 Soziale Zugehörigkeit steigern	115
3.11 Stärkenbasierte Onlineintervention	120
4. Physische Gesundheit	124
4.1 Einleitung	124

4.2	Bewegte Hochschullehre	129
4.3	Gruppen-Intervention Prämenstruelles Syndrom	136
4.4	Intervention zur Vorbeugung von Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen	144
4.5	Kopfschmerzprävention »Headache Hurts«	151
4.6	StudiCare iSOMA	157
5.	Gesundheitsverhalten	163
5.1	Einleitung	163
5.2	Gamification-Ansatz zur Förderung der körperlichen Aktivität	167
5.3	Kurze Schlafpausen an der Hochschule	174
5.4	Pausenexpress	180
5.5	Stehtische in der Hochschule	184
5.6	Studieren wie im Schlaf	191
5.7	Visual Cues zur Förderung beiläufiger körperlicher Aktivität	196
6.	Risikoverhalten	203
6.1	Einleitung	203
6.2	Aktion BOB	209
6.3	Alcohol Expectancy Challenge	214
6.4	Botschaften zum Rauschtrinken	221
6.5	eCHECKUP-Alkohol	225
6.6	Gemeinsam in ein rauchfreies Leben: Kurs zur Rauchentwöhnung	235
6.7	Quit the Shit – Reduzierung des Cannabiskonsums	241
6.8	»Soziale Normen«-Intervention zum Alkoholkonsum	246
6.9	StudentBodies	251
6.10	Tagebuch zur Reflexion der persönlichen Internetnutzung	257

1. Hintergrund

1.1 Vorwort

Als Verantwortliche für das Gesundheitsmanagement an Hochschulen haben Sie häufig zwar eine Idee und manchmal auch Daten, die Ihnen zeigen, wie es um die Gesundheit Ihrer Studierenden steht und wo es möglicherweise Verbesserungsmöglichkeiten gibt. Daraus folgen aber nicht immer Ideen, welche Maßnahmen und Interventionen am besten geeignet wären, um die Gesundheit Ihrer Studierenden zu verbessern. Insbesondere kleinere Hochschulen, die bislang wenig Kapazitäten für eigene Bestandsaufnahmen und fundierte Analysen haben, finden in diesem Manual Anregungen und Unterstützung. Das war der Ausgangspunkt für uns an der Freien Universität Berlin (FU Berlin), dieses Manual zusammen mit unserer Kooperationspartnerin, der Techniker Krankenkasse (TK), zu verfassen.

Um herauszufinden, was besondere Risiken für die Gesundheit von Studierenden sind, haben wir Studien durchgeführt und darüber hinaus Ergebnisse anderer Studien gesichtet. In dem Wissen um die gesundheitlichen Risiken und Potenziale von Studierenden haben wir dann Interventionen recherchiert, die uns geeignet scheinen, die Gesundheit und das Wohlbefinden zu verbessern, Risikoverhalten ab- und Gesundheitsverhalten aufzubauen. Wichtig war uns dabei, dass die Wirksamkeit der Interventionen bereits geprüft wurde. Die Interventionen in diesem Handbuch wurden nach einem einheitlichen Schema beschrieben, häufig ergänzt um weitere Informationen und Dokumente, die uns die Autor:innen zur Verfügung gestellt haben.

Wir haben insbesondere auch nach verhältnisbezogenen Interventionen gesucht, mit denen die Gesundheit und das Wohlbefinden Studierender strukturell und nachhaltig verbessert werden können. Hier zeigte sich jedoch ein deutliches Ungleichgewicht an wirksamen und empirisch belegten Interventionen zuungunsten verhältnisbezogener Interventionen. Dennoch gibt es zahlreiche nachhaltig aufgebaute Projekte mit gesundheitsfördernder Intention im Studentischen Gesundheitsmanagement (SGM), die insgesamt auch die Veränderung der Verhältnisse der jeweiligen Hochschule und die Kultur des Miteinanders im Setting intendieren. In dieser Hinsicht sind vor allem in den letzten zehn Jahren sehr viele gute Projekte ins Leben gerufen worden und an vielen Hochschulen bereits verstetigt. Es wurden Stellen geschaffen und auch bestehende Strukturen erweitert, sodass ein systematisches zielgerichtetes Einwirken auf gesundheitsförderliche Verhältnisse und gesundheitsförderliches Verhalten möglich ist. Diese Projekte als Ganze wurden jedoch (leider) selten evaluiert.

Mitgewirkt an diesem Projekt haben Mitarbeiter:innen der Techniker Krankenkasse (TK), die ihre Expertise aus hochschulspezifischen Projekten sowie der (Mit-)Entwicklung von Interventionen für dieses Feld eingebracht haben. Begleitet wurde das Projekt von einer Gruppe Expert:innen aus diversen Hochschulen, die ihre spezifischen fachlichen Erfahrungen und Expertisen in die Erstellung des Manuals eingebracht haben und die Gestaltung des Manuals maßgeblich prägten. Besonders bedanken wir uns an dieser Stelle bei:

- Dr. Claudia Hildebrand (Karlsruher Institut für Technologie)
- Prof. Dr. Eva Hungerland (Duale Hochschule Baden-Württemberg)
- Dennis Kehne (Universität Paderborn)
- Dr. Manuela Preuß & Dr. Peter Preuß (Universität Bonn)
- Dr. Max Sprenger, Diana Neben & Carmen Brendelberger (TU Kaiserslautern)

Von der Bestandsaufnahme zur Intervention

Themenbereich Hintergrund

- Prof. Dr. Edgar Voltmer (Universität zu Lübeck)
- Dr. Christine Wolter (Freie Universität Berlin)
- Dr. Brigitte Steinke (externe Projekt- und Prozessberaterin im Auftrag der TK)
- Bianca Dahlke und Gesa Feddersen (TK).

1.2 Einleitung

Studierende gehören, auch aufgrund ihres Lebensalters, zu einer eher gesunden Bevölkerungsgruppe (Robert Koch-Institut, 2014). Sie kommen überwiegend aus sozial besser gestellten Haushalten (Middendorff et al., 2017) und weisen damit einen vergleichsweise besseren subjektiven Gesundheitszustand auf. Deshalb wäre anzunehmen, dass Studierende einen noch besseren Gesundheitszustand aufweisen als altersgleiche junge Erwachsene, die nicht studieren.

Die Ergebnisse der repräsentativen Befragung zur »Gesundheit Studierender in Deutschland 2017« belegen hingegen, dass sich mit nahezu 82 % zwar der weit überwiegende Teil der befragten Studierenden eine *gute* oder *sehr gute* Gesundheit bescheinigt. Dieser Wert liegt jedoch unter dem einer altersgleichen repräsentativen Stichprobe (Robert Koch-Institut, 2014), die auch Nichtstudierende einschließt. Insbesondere weibliche Studierende berichten vielfältige physische und psychische Beschwerden: 21,2 % von ihnen leiden unter Symptomen einer generalisierten Angststörung, mehr als drei Viertel haben mindestens ein paar Mal im Monat körperliche Beschwerden wie z. B. Kopf-, Glieder- oder Rückenschmerzen, und mehr als ein Viertel klagen über ein hohes Maß an Erschöpfung (Grützmaker et al., 2018). Ihren männlichen Kommilitonen geht es zwar physisch und psychisch vergleichsweise besser, sie berichten allerdings anteilig seltener, mit ihrem Leben zufrieden zu sein (♀: 77,4 % vs. ♂: 71,6 %).

Die Gesundheit Studierender sollte verbessert werden, um ihnen einerseits ein Leben bei guter Gesundheit zu ermöglichen und um andererseits ihre dringend benötigte Leistungsbereitschaft und -fähigkeit im Studium und darüber hinaus zu erhalten.

Hintergrund

Mit dem oben erwähnten Projekt zur »Gesundheit Studierender in Deutschland 2017« liegen erstmals repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation dieser Bevölkerungsgruppe vor. Das Projekt wurde in Kooperation zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW), der Techniker Krankenkasse (TK) sowie der Freien Universität (FU) Berlin realisiert und bildet die Basis für dieses Interventionsmanual. Auf dieser Datengrundlage werden gesundheitliche Problembereiche bestimmt und mögliche Einflussfaktoren und Interventionspotenziale eruiert, um gesundheitlichen (Fehl-)Entwicklungen entgegenzuwirken. Es lassen sich potenzielle Risiko- und Schutzfaktoren des Studiums sowie in den Studierenden selbst identifizieren, die Einfluss auf deren Gesundheitszustand haben.

Zielsetzung und Vorgehen

Bislang gibt es zwar viele und vielversprechende Ansätze an diversen deutschen Hochschulen, die Gesundheit der Studierenden zu verbessern, es fehlt allerdings eine systematische Übersicht über konkrete Problembereiche sowie Interventionsmöglichkeiten, die die identifizierten Problembereiche adressieren. Dieses Interventionsmanual soll diese Lücke schließen und evidenzbasierte sowie gut evaluierte Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit Studierender bündeln.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurden Interventionen zu insgesamt fünf Themenfeldern gebündelt: (1) zum psychischen Missbefinden, (2) zum psychischen Wohlbefinden, (3) zur physischen

Gesundheit sowie (4) zum Gesundheits- und (5) Risikoverhalten der Studierenden. Voraussetzung für die Aufnahme in dieses Interventionsmanual war, dass sich die Interventionen auf den jeweiligen Problembereich direkt oder auf damit assoziierte Rahmenbedingungen richten. Zudem mussten die Interventionen bereits erfolgreich erprobt und evaluiert worden sein, um deren Nutzen sicherzustellen.

Die Basis bildete eine systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken nach Interventionen zu den einzelnen Themenfeldern. Außerdem erfolgte eine systematische Recherche über die Grüne Liste Prävention, eine Datenbank für empfohlene Präventionsprogramme. Darüber hinaus wurden die Webseiten nationaler sowie internationaler Hochschulen nach entsprechenden Veröffentlichungen bzw. Hinweisen auf durchgeführte Interventionen durchsucht und die dort genannten Ansprechpartner:innen gegebenenfalls angeschrieben. Abschließend folgte eine systematische Literaturrecherche zu erfolgreichen Interventionen im Arbeitskontext, die sich möglicherweise auf den Hochschulkontext übertragen lassen. Dabei haben wir viele Interventionen gefunden, von denen aber nur ein kleiner Ausschnitt evaluiert wurde.

Auch dieses Interventionsmanual erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Neben den beschriebenen Interventionen gibt es an vielen deutschen Hochschulen sicherlich noch weitere vielversprechende Maßnahmen und Interventionen, die wir trotz umfangreicher Recherche nicht gefunden haben oder zu denen (noch) keine Veröffentlichungen in Bezug auf ihre Wirksamkeit vorliegen.

Adressat:innen des Interventionsmanuals

Das Interventionsmanual richtet sich insbesondere an all diejenigen, die nach Interventionen suchen, mit denen sich die Gesundheit Studierender an Hochschulen verbessern lässt.

Nutzen können es ganz verschiedene Personen und Organisationen auf unterschiedliche Weise:

1. Personen, die sich ausschließlich für mögliche Interventionen an ihrer Hochschule interessieren, um die gesundheitliche Situation ihrer Studierenden zu verbessern. Diese Personen erhalten hier als Anregung für eigene Maßnahmen eine Sammlung von erprobten und evaluierten Interventionen, die – soweit möglich – nach einheitlichem Muster beschrieben sind.
2. Personen, die ihre Hochschule bislang nicht ermutigen konnten, eine eigene Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Situation ihrer Studierenden unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen des Studiums durchzuführen, können hier ersatzweise auf hochschulübergreifende Ergebnisse der Befragung zur »Gesundheit Studierender in Deutschland« zurückgreifen. So können Themen platziert werden, die auch an einzelnen Hochschulen relevant sein dürften. In diesem Interventionsmanual finden sich Problembereiche, wo Interventionen sinnvollerweise ansetzen sollten. Zu jedem Problembereich werden erprobte und evaluierte Interventionen vorgeschlagen, die an einzelnen Hochschulen angewendet werden können.
3. Personen, die bereits eine eigene Bestandsaufnahme an ihrer Hochschule gemacht haben und nun überlegen, welche Daten wie in Beziehung gesetzt werden können, um

spezifische gesundheitliche Belastungen und Potenziale zu identifizieren. Diese Personen können mit dem vorgestellten Rahmenmodell arbeiten und sich von den Annahmen für eigene Analysen inspirieren lassen. Mit Analysen ihrer hochschulspezifischen Daten können diese Personen aus den dargestellten Interventionen die am besten geeigneten auswählen und auf ihre Bedarfe anpassen.

Aufbau des Interventionsmanuals

In Kapitel »Zum Zusammenhang zwischen Studium und Gesundheit« geht es um den Zusammenhang zwischen Studium und Gesundheit. Analog zu den Regelungen des Arbeitsschutzgesetzes von 1996 (ArbSchG, 1996/Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 293 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist), die eine Beurteilung der mit der Arbeit verbundenen Gefährdung für Mitarbeitende vorsieht, die durch darauf bezogene Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu mindern sind (§ 5), soll es darum gehen, die mit einem Studium verbundenen Gefährdungen zu ermitteln und zu beseitigen. Der Gesetzgeber hat in § 4 des Arbeitsschutzgesetzes allgemeine Grundsätze zur Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes formuliert, die darauf zielen, eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst zu vermeiden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering zu halten. Dabei sind die Gefahren an ihrer Quelle zu bekämpfen und individuelle Schutzmaßnahmen nachrangig zu anderen Maßnahmen zu implementieren. Diese Idee lässt sich auch auf das Studium übertragen: Um die Gesundheit Studierender zu verbessern, sollten insbesondere jene physisch und psychisch belastenden Merkmale der Tätigkeit verändert werden, die mit Gesundheitseinbußen verbunden sind. Daher wird in diesem Kapitel ein Rahmenmodell vorgestellt, welches studiumsbezogene Merkmale mit der Gesundheit verbindet und aus dem sich mögliche Ursachen für gesundheitliche (Fehl-)Entwicklungen ableiten lassen, die dann zur Interventionsplanung genutzt werden können. Da das Studium darüber hinaus aber auch gesundheitsförderlich und persönlichkeitsentwickelnd gestaltet werden sollte, werden im vorgestellten Rahmenmodell auch die Ressourcen des Studiums und deren Einfluss auf das Wohlbefinden der Studierenden diskutiert. Auch hieraus lassen sich Ansatzpunkte ableiten, um die Gesundheit der Studierenden zu verbessern.

In Kapitel »Zur systematischen Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Interventionen« werden Planungshilfen vorgestellt, die sich für gesundheitsbezogene Interventionen als hilfreich erwiesen haben und die den Interventionsprozess strukturieren, damit nichts Wesentliches übersehen wird. Die dort beschriebenen Konzepte können genutzt werden, um die eigenen Maßnahmen zu strukturieren und zu begleiten. Die einzelnen Arbeitsschritte werden ausführlich beschrieben und bilden eine Grundlage für das in diesem Interventionsmanual propagierte Vorgehen.

In Kapitel »Psychisches Missbefinden« werden empirische Befunde und daraus abgeleitete Interventionen zum psychischen Missbefinden von Studierenden vorgestellt. Dazu zählen Stress und Erschöpfung, aber auch depressive Symptome und generalisierte Angststörungen. In Kapitel »Psychisches Wohlbefinden« wird das psychische Wohlbefinden der Studierenden thematisiert. Hier geht es primär um positive psychische Zustände wie die Lebens- und Studienzufriedenheit sowie die studiumsbezogene Motivation. Kapitel »Physische Gesundheit« fokussiert die physische Gesundheit der Studierenden wie körperliche Beschwerden sowie den subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand im Allgemeinen. In Kapitel »Gesundheitsverhalten«

wird das Gesundheitsverhalten der Studierenden beleuchtet, u. a. die körperliche Aktivität sowie das Schlafverhalten und die Ernährung. Kapitel »Risikoverhalten« fokussiert das Risikoverhalten der Studierenden. Dazu zählen u. a. Alkoholkonsum, das Rauchverhalten sowie der Konsum weiterer (illegaler) Substanzen und Medikamente.

Zunächst wird jeweils ein Überblick über das Themenfeld gegeben, um anschließend empirisch abgeleitete Interventionen vorzustellen.

Aufbau der Interventionsbeschreibungen

Die Interventionsbeschreibungen sind – sofern möglich – nach einem einheitlichen Schema aufgebaut. Zunächst wird das Ziel der Intervention vorgestellt, gefolgt vom theoretischen Hintergrund, auf dem die Intervention fußt. Daran anschließend werden die Zielgruppe sowie Teilnahmebedingungen genannt und Angaben zum Aufbau der Intervention (z. B. einzelne Module) sowie zur Häufigkeit aufgeführt. Darüber hinaus werden Informationen zu den benötigten Strukturen sowie zur personellen Qualifikation (bspw. der Kursleiter:innen) gegeben. Außerdem werden Evidenzen zur Effektivität und Evaluation der Intervention berichtet. Abschließend wird eine Bewertung jeder Intervention vorgenommen und werden weiterführende Informationen dargestellt, z. B. dazu, an welchen Hochschulen die Intervention bereits erfolgreich implementiert wurde.

Die Bewertung der Interventionen wurde von jeweils zwei Expert:innen unabhängig voneinander vorgenommen. Insgesamt wurden sechs Kriterien für jede Intervention bewertet: (1) der theoretische Hintergrund, (2) der Zeitaufwand, (3) der personelle Aufwand, (4) die Integrierbarkeit der Intervention in den Hochschulalltag, (5) die Effekte der Intervention sowie (6) deren Effizienz. Ein Wert von 1 entspricht der niedrigsten Bewertung und bedeutet, dass die Intervention in Bezug auf dieses Kriterium schlecht abschneidet. Ein Wert von 4 entspricht der höchsten Bewertung und bedeutet, dass die Intervention in Bezug auf dieses Kriterium sehr gut abschneidet. Aus den sechs genannten Bewertungskriterien setzt sich die Gesamtbewertung zusammen, die ebenfalls Werte zwischen 1 und 4 aufweisen kann.

Literatur

- Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit, Nichtamtliches Verzeichnis (1996 & i.d.F.v. Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 293 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist). <https://www.gesetze-im-internet.de/arb-schg/BJNR124610996.html#BJNR124610996BJNG000200000>
- Grützmaker, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017: Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse* [Health in German University Students 2017: A Collaborative Project of Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, Freie Universität Berlin, and Techniker Krankenkasse]. Hannover.
- Robert Koch-Institut. (2014). *Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012"*. Berlin. <https://www.rki.de/DE/Con>

tent/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDown-
loadsF/Geda2012/subjektive_gesundheit.pdf;jsessio-
nid=1848A7DCBB498EDBB4C8887E80D57D02.2_cid381?__blob=publicationFile

1.3 Zum Zusammenhang zwischen Studium und Gesundheit

Studium und Gesundheit

Die Ergebnisse aus dem Projekt zur »Gesundheit Studierender in Deutschland 2017« legen nahe, dass es Studierenden gesundheitlich schlechter geht als altersgleichen Nichtstudierenden (Grützmaker et al., 2018). Zwar schreibt sich mit nahezu 82 % der überwiegende Teil der Studierenden eine gute oder sehr gute Gesundheit zu, dieser Wert liegt jedoch deutlich unter dem einer altersgleichen repräsentativen Stichprobe (Robert Koch-Institut, 2014). Insbesondere weibliche Studierende berichten vielfältige physische und psychische Beschwerden: 21,2 % von ihnen leiden unter Symptomen einer generalisierten Angststörung, mehr als drei Viertel haben mindestens ein paar Mal im Monat körperliche Beschwerden wie z. B. Kopf-, Glieder- oder Rückenschmerzen, und mehr als ein Viertel klagen über ein hohes Maß an Erschöpfung (Grützmaker et al., 2018). Ihren männlichen Kommilitonen geht es zwar physisch und psychisch vergleichsweise besser, sie berichten aber anteilig seltener, mit ihrem Leben zufrieden zu sein. Allerdings zeigen sich auch nahezu die Hälfte der Studierenden hoch engagiert im Studium – ein Ausdruck für psychisches Wohlbefinden (Grützmaker et al., 2018).

Dennoch: Wenn es Studierenden gesundheitlich schlechter geht als altersgleichen Nichtstudierenden, liegt es nahe, dies auf Ursachen zurückzuführen, die mit dem Studium verbunden sind. Das können fehlende Freiräume bzw. Gestaltungsspielräume sein, die mit der spezifischen Lebenssituation Studierender verbunden sind. So lokalisieren verschiedene Autor:innen den (zunehmenden) Stress im Studium als Ursache für Gesundheitseinbußen (Cotton et al., 2002; Galbraith & Merrill, 2012; Lesener et al., 2020). Als stressauslösend werden in der Regel Belastungen im Studium angeführt.

Diskutiert wird derzeit, ob die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen – die derzeit nur für Mitarbeitende an Hochschulen verpflichtend ist – auch auf Studierende auszudehnen ist, so wie es in der Unfallverhütungsvorschrift der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) gefordert wird (Vorschrift 1, Grundsätze der Prävention). Instrumente zur Erhebung von Gefährdungen bei Studierenden sind aktuell in Erprobung. Gesundheit wird dabei zumeist negativ verstanden, der Blick richtet sich primär auf potenzielle Gefahren- und Gefährdungsquellen und deren Vermeidung. Dies zeigt sich auch an den noch wenig vorliegenden verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung an Hochschulen, die insbesondere versuchen, Gefahren für die Gesundheit abzuwenden. Neben diesem wichtigen Interventionsfeld zeigt sich, dass es Merkmale des Studiums bzw. der Hochschule gibt, die vor einer gesundheitsschädigenden Wirkung (studiumsbezogener) Belastungen schützen bzw. die Wirkung hoher Belastungen abpuffern können. Diese Merkmale haben zudem eine andere wichtige Funktion: Sie stärken die Gesundheit Studierender jenseits von Krankheit und tragen damit der Vision der Okanagan-Charta (International Conference on Health Promoting Universities & Colleges, 2015) Rechnung, die Gesundheit als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit versteht. Gesundheitsbezogene Maßnahmen sollen durch eine positive und proaktive Herangehensweise gekennzeichnet sein, die über individuelles Verhalten hinausreicht und ein breites Spektrum an sozialen und Umwelteinflüssen berücksichtigt. Dies schließt explizit salutogene Ansätze zur Stärkung der Gesundheit Studierender ein.

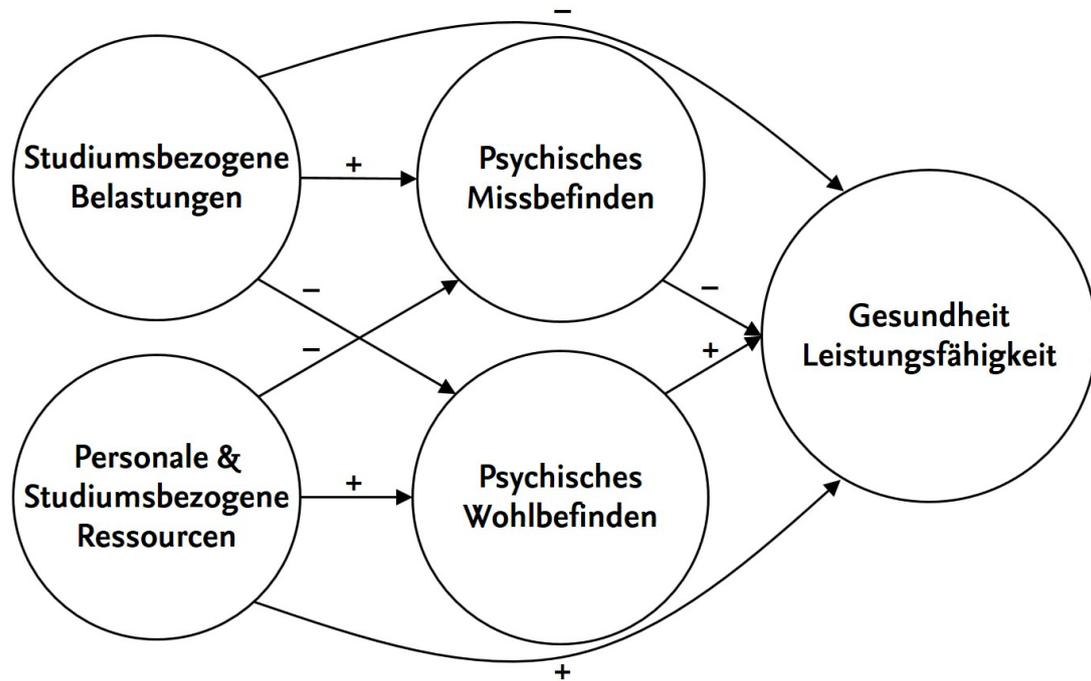
Theoretische Modelle, die zur Erklärung der Zusammenhänge zwischen Studium und Gesundheit genutzt werden, sind z. B. das Demand-Control-(Support)-Modell (Karasek, 1979), das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996), das Job-Characteristics-Modell (Hackman & Oldham, 1976) oder das Study-Demands-Resources-Modell (Lesener et al., 2020). Allen Modellen gemein ist, dass sie Merkmale des Studiums als Auslöser für Veränderungen der Gesundheit annehmen. Die meisten Modelle fokussieren Gesundheitseinbußen. Eine Ausnahme dabei bildet das Study-Demands-Resources-Modell. Mit diesem kann auch analysiert werden, wie sich günstige Studienbedingungen im Sinne der oben beschriebenen salutogenen Wirkung von Merkmalen des Studiums auf die Gesundheit positiv auf das Wohlbefinden von Studierenden auswirken.

Rahmenmodell zum Einfluss des Studiums auf die Gesundheit

Dieses Rahmenmodell – das Study-Demands-Resources(SD-R)-Modell (Lesener et al., 2020) – hat in diesem Interventionsmanual vor allem einen didaktischen Nutzen: Es dient zur Strukturierung des Interventionsmanuals und zur Identifikation von möglichen Ursachen für gesundheitliche (Fehl-)Entwicklungen. Das Rahmenmodell trägt aktuellen Erkenntnissen der arbeits- und organisationswissenschaftlichen Diskussion Rechnung und differenziert in potenziell schädigende (Belastungen) und förderliche Merkmale (Ressourcen) des Studiums wie auch bei den Outcomes in pathogene (Missbefinden) und salutogene (Wohlbefinden) Indikatoren. Mit diesem theoretischen Rahmen lassen sich sowohl positive als auch negative Wirkungen der Studiensituation auf die Gesundheit abbilden.

Die zentralen Annahmen des Modells sind: (1) Als zu hoch empfundene studiumsbezogene Belastungen fördern psychisches Missbefinden und schädigen langfristig die Gesundheit sowie die Leistungsfähigkeit, während (2) studiumsbezogene und personale Ressourcen das psychische Wohlbefinden und darüber hinaus die Gesundheit sowie die Leistungsfähigkeit stärken (siehe Abbildung 1). Zum besseren Verständnis werden die wesentlichen Begriffe des Rahmenmodells kurz erläutert.

Abbildung 1. Das Study-Demands-Resources-Modell



Die wesentlichen Komponenten des Modells

Als *studiumsbezogene Belastungen* – die schädigenden Merkmale des Studiums – werden alle potenziell erschwerenden physischen, psychischen, sozialen oder organisationalen Merkmale eines Studiums bezeichnet, die die Bewältigungsmöglichkeiten Studierender beanspruchen (Lesener et al., 2020). Dazu zählen z. B. eine hohe Arbeitsdichte und -menge, suboptimal gestaltete Studiengänge und -umgebungen sowie der Umgang mit schwierigen Kommiliton:innen (Gusy et al., 2016).

Als *studiumsbezogene Ressourcen* – die förderlichen Merkmale des Studiums – werden nach Lesener et al. (2020) alle physischen, psychischen, sozialen oder organisationalen Merkmale eines Studiums bezeichnet, die die Bewältigung der Belastungen bzw. der damit verbundenen Kosten erleichtern, studiumsbezogene Ziele erreichbar machen oder die Persönlichkeitsentwicklung fördern. Als Beispiele für Ressourcen gelten u. a. Handlungsspielräume im Studium, soziale Unterstützung durch (Mit-)Studierende und Lehrende, Entwicklungsmöglichkeiten und konstruktive Rückmeldung über Studienleistungen (Bakker et al., 2014). *Personale Ressourcen* sind Merkmale der Studierenden, die die Ziele des Studiums sowie die persönliche Entwicklung bzw. das persönliche Wachstum stimulieren (Schaufeli & Taris, 2014), z. B. ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitserleben.

Studiumsbezogenes *psychisches Missbefinden* ist der zentrale pathogene Indikator. Insbesondere Erschöpfung ist Ausdruck psychischen Missbefindens und wird von Demerouti et al. (2003) als extreme Form der Müdigkeit verstanden, die aus anhaltenden und intensiven physischen, affektiven sowie kognitiven Belastungen im Kontext der Arbeit bzw. des Studiums resultiert. Weitere Beispiele für studiumsbezogenes psychisches Missbefinden sind das Stresserleben, die depressive Symptomatik sowie die generalisierte Angststörung.

Studiumsbezogenes *psychisches Wohlbefinden* ist der zentrale salutogene Indikator. Schaufeli et al. (2002) verstehen unter Wohlbefinden einen positiven und erfüllenden psychischen Zustand, der durch Vitalität, Hingabe sowie Vereinnahmung gekennzeichnet ist. Dieser Zustand wird mit Engagement bezeichnet und motiviert zum Studium. Weitere Indikatoren für psychisches Wohlbefinden sind die Lebens- sowie die Studienzufriedenheit.

Gesundheit sowie *Leistungsfähigkeit* markieren die Endpunkte des Modells und sind zu verstehen als (langfristige) Folgen psychischen Miss- bzw. Wohlbefindens. Anhaltendes Missbefinden führt zu körperlichen Beschwerden sowie psychischen Erkrankungen und Leistungseinbußen, während anhaltendes Wohlbefinden das persönliche Wachstum sowie die Leistungsfähigkeit im Studium und darüber hinaus begünstigt (Lesener et al., 2020). Außerdem wirken sich studiumsbezogene Belastungen auch direkt negativ und personale sowie studiumsbezogene Ressourcen direkt positiv auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit aus (Brauchli et al., 2015).

Empirische Evidenz des Rahmenmodells

Das Rahmenmodell mit seinen Annahmen wurde in diversen Studien empirisch untersucht. Mokgele und Rothmann (2014) konnten die essenziellen Wirkannahmen des Modells bestätigen. Demnach sind studiumsbezogene Belastungen (z. B. eine zu hohe Arbeitsbelastung bzw. Workload) mit einem hohen Maß an Erschöpfung und darüber hinaus mit physischen Beschwerden assoziiert. Studiumsbezogene Ressourcen dagegen sind mit einem hohen Maß an Engagement im Studium sowie einem hohen Maß an Lebenszufriedenheit verknüpft (Mokgele & Rothmann, 2014). Robins et al. (2015) präzisieren diese Ergebnisse. Insbesondere die soziale Unterstützung durch Lehrende und Mitstudierende sowie Optimismus und Achtsamkeit als personale Ressourcen tragen zu erhöhtem psychischen Wohlbefinden bei. Eine zu hohe Arbeitsbelastung sowie die Unsicherheit der eigenen (beruflichen) Kompetenzen dagegen führen zu psychischem Missbefinden. Lesener et al. (2020) konnten die Annahmen des Rahmenmodells ebenfalls bestätigen. Neben den genannten studiumsbezogenen Ressourcen tragen bei ihnen die Entwicklungsmöglichkeiten des Studiums maßgeblich zu psychischem Wohlbefinden und besserer Gesundheit bei. Zeitdruck ist dagegen die primäre studiumsbezogene Belastung, die zu psychischem Missbefinden und schlechterer Gesundheit führt (Lesener et al., 2020).

Literatur

- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD–R Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 389–411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
- Brauchli, R., Jenny, G. J., Füllemann, D. & Bauer, G. F. (2015). Towards a Job Demands-Resources Health Model: Empirical Testing with Generalizable Indicators of Job Demands, Job Resources, and Comprehensive Health Outcomes. *BioMed research international*, 2015, 959621. <https://doi.org/10.1155/2015/959621>
- Cotton, S. J., Dollard, M. F. & Jonge, J. de (2002). Stress and student job design: Satisfaction, well-being, and performance in university students. *International Journal of Stress Management*, 9(3), 147–162. <https://doi.org/10.1023/A:1015515714410>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I. & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.19.1.12>

- Galbraith, C. S. & Merrill, G. B. (2012). Academic and Work-Related Burnout: A Longitudinal Study of Working Undergraduate University Business Students. *Journal of College Student Development*, 53(3), 453–463. <https://doi.org/10.1353/csd.2012.0044>
- Grützmaker, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017 [Health of Students in Germany 2017]: Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse*. <https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/forschung/BwB/bwb-2017/index.html>
- Gusy, B., Wörfel, F. & Lohmann, K. (2016). Erschöpfung und Engagement im Studium: Eine Anwendung des Job Demands-Resources Modells [Exhaustion and engagement in university students: An application of the Job Demands-Resources Model]. *European Journal of Health Psychology*, 24(1), 41–53. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000153>
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the Design of Work: Test of a Theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250–279.
- International Conference on Health Promoting Universities & Colleges. (2015). *Okanagan Charter: An international charter for health promoting universities & colleges*. <https://open.library.ubc.ca/collections/53926/items/1.0132754>
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Lesener, T., Pleiss, L. S., Gusy, B. & Wolter, C. (2020). The Study Demands-Resources Framework: An empirical introduction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145183>
- Mokgele, K. R. & Rothmann, S. (2014). A structural model of student well-being. *South African Journal of Psychology*, 44(4), 514–527. <https://doi.org/10.1177/0081246314541589>
- Robert Koch-Institut. (2014). *Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012"*. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/subjektive_gesundheit.pdf;jsessionid=1848A7DCBB498EDBB4C8887E80D57D02.2_cid381?__blob=publicationFile
- Robins, T. G., Roberts, R. M. & Sarris, A. (2015). Burnout and Engagement in Health Profession Students: The Relationships Between Study Demands, Study Resources and Personal Resources. *Australasian Journal of Organisational Psychology*, 8, 115. <https://doi.org/10.1017/orp.2014.7>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V. & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Schaufeli, W. B. & Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources Model: Implications for improving work and health. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Hrsg.), *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach* (S. 43–68). Springer Netherlands.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>

1.4 Zur systematischen Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Interventionen

Eine gute und systematische Planung von Interventionen erhöht deren Erfolgchancen. Dies ist eine zentrale evidenzbasierte Erkenntnis vieler Programmplaner:innen (J. Green et al., 2015). Was genau das bedeutet und wie man dabei vorgehen kann, soll im folgenden Abschnitt behandelt werden.

So nennt Hubley (1993) vier Fragen, die den Planungs- und Umsetzungsprozess strukturieren:

- 1.) Wo stehen wir aktuell? (Bestandsaufnahme)
- 2.) Wo wollen wir hin? (Zieldefinition)
- 3.) Wie kommen wir dorthin? (Intervention)
- 4.) Woher wissen wir, wann wir angekommen sind? (Evaluation).

Diese vier Fragen bilden im Wesentlichen auch den Gesundheitsaktionszyklus ab, der den Programmen zur Förderung der Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation unterliegt. Die (1) Bestandsaufnahme dient dazu, Probleme zu identifizieren. Sofern bereits Vermutungen über mögliche Problembereiche bestehen, ermöglichen die Ergebnisse der Bestandsaufnahme die Überprüfung, ob das antizipierte Problem auch tatsächlich ein Problem darstellt. Zur Durchführung einer Bestandsaufnahme an Hochschulen werden verschiedene Erhebungsstrategien genutzt, u. a. Online- und Offlinebefragungen, Fokusgruppen, Expert:inneninterviews, Tagebuchstudien oder Netzwerkanalysen (für eine spezifische Übersicht siehe [SGM – Studentisches Gesundheitsmanagement: Handlungsempfehlung zu Theorie und Praxis](#)). Eine Bestandsaufnahme ermöglicht (2) eine (realistische) Ableitung von Zielen für Interventionen. Zur Bestimmung von Interventionszielen empfehlen J. Green et al. (2015) eine Orientierung am SMART-Ansatz: Ziele sollen demnach spezifisch, messbar, attaktiv, realistisch und terminiert sein. Sie sollten weniger den Prozess als vielmehr die mittel- bis langfristigen Outcomes der Intervention adressieren (J. Green et al., 2015). Sind die Ziele hinreichend definiert, ist (3) zu klären, mit welchen konkreten Interventionen die Ziele erreicht werden können. Im Idealfall lassen sich die Interventionen theoretisch – beispielsweise anhand eines Wirkmodells – ableiten und adressieren nicht nur die jeweilige Facette von Gesundheit (z. B. Stress), sondern darüber hinaus auch die zugrunde liegende Gefährdungsquelle (z. B. geringe Zeitspielräume im Studium, geringe Selbststeuerungsfähigkeiten). Sinnvoll wäre es, diese Merkmale schon in der Bestandsaufnahme zu adressieren, um dann (4) – nach der durchgeführten Intervention – die Wirksamkeit der Maßnahme durch eine wiederholte Messung der Merkmale auch nachweisen zu können.

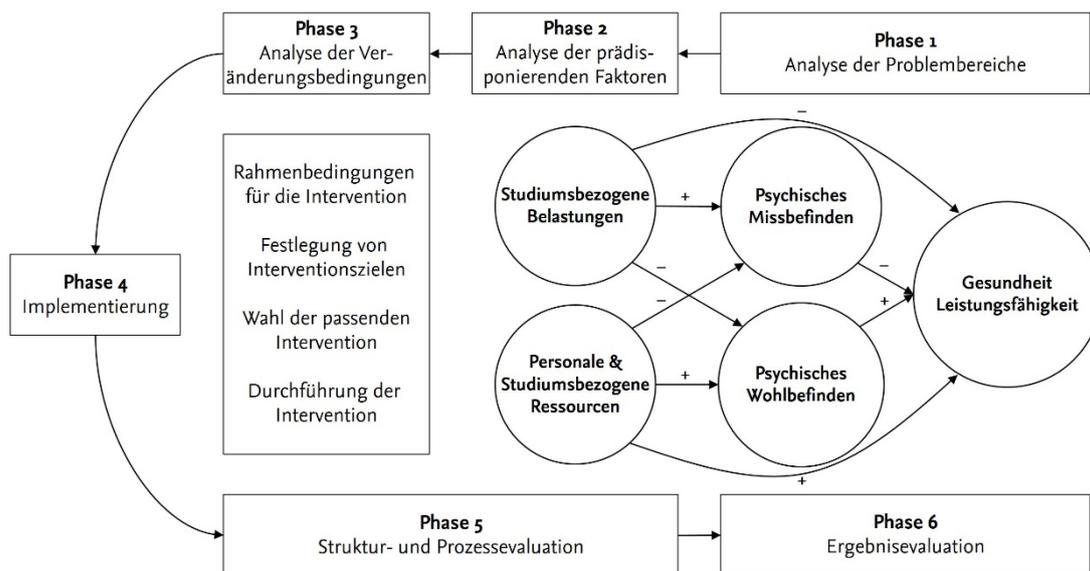
Detailliertere Handlungshilfen zur Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen, auf die nachfolgend eingegangen wird und die auch für dieses Interventionsmanual handlungsleitend sind, fassen J. Green et al. (2015) in ihrem Beitrag zusammen.

Die Planung gesundheitsbezogener Interventionen

Für die Interventionsplanung wird auf ein in der Gesundheitsförderung etabliertes Konzept zurückgegriffen, das Precede-Proceed-Modell von Green und Kreuter (1991). Die Begriffe Precede und Proceed sind dabei zugleich Akronyme, die für verschiedene Phasen stehen. Precede steht für »Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation«, also für eine systematische Analyse der Ausgangsbedingungen (des Gesundheitszustands sowie der aufrechterhaltenden, verstärkenden und ermöglichenden Faktoren). Proceed hingegen

steht für »Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational Development« im Sinne einer zielführenden Strategie zur Veränderung des unerwünschten Ausgangszustandes. Die Precede-Phasen werden auch als Phasen der Vorbereitung, die Proceed-Phasen als Phasen der Durchführung beschrieben (Quilling et al., 2016). Diesem Konzept inhärent sind verschiedene Phasen der Projektentwicklung, die im Folgenden auf das oben eingeführte Rahmenmodell (Study Demands-Ressources [SD-R] Modell; siehe Kapitel »Zum Zusammenhang zwischen Studium und Gesundheit«, Abbildung 1) bezogen werden, um den Interventionsprozess zu strukturieren. Der Prozess beginnt mit (1) der Analyse der Problembereiche (Erfassung von kurz- und langfristigen Gesundheitsindikatoren), gefolgt von (2) der Analyse der prädisponierenden Faktoren (Gefährdungsquellen im Sinne studiumsbezogener Belastungen sowie personale und studiumsbezogene Ressourcen), (3) der Analyse der Veränderungsbedingungen, (4) der Implementierung von geeigneten Maßnahmen, (5) der Struktur- und Prozessevaluation (Veränderungen der studiumsbezogenen Belastungen und Ressourcen) sowie (6) der Ergebnisevaluation (Ermittlung der Wirksamkeit der Intervention im Sinne einer Veränderung der kurz- und langfristigen Gesundheitsindikatoren).

Abbildung 2. Das Interventionsplanungskonzept im Projekt Healthy Campus



Mit dem SD-R-Modell steht ein Konzept zur Verfügung, in dem personale und studiumsbezogene Belastungen und Ressourcen als wesentliche Determinanten des Gesundheitszustandes benannt werden. Dies ermöglicht es, Gesundheitsrisiken und -potenziale, die mit den Ressourcen und Belastungen verknüpft sind, zu beurteilen und in Interventionen zu bearbeiten. In einer wiederholten Befragung kann dann auf der gleichen Grundlage der gesundheitsbezogene Nutzen der Intervention beurteilt werden. Die in Abbildung 2 dargestellten Phasen werden nachfolgend ausführlich und jeweils anhand eines Beispiels erläutert.

Die Phasen gesundheitsbezogener Interventionen

Phase 1: Analyse der Problembereiche

Bei der Analyse der Problembereiche werden sowohl physische als auch psychische Gesundheits- und Leistungsindikatoren berücksichtigt. In dieser Phase wird erörtert, ob bzw. welche gesundheitlichen Problembereiche, aber auch welche gesundheitlichen Potenziale gegeben sind. Die Gesundheitsindikatoren können allgemein und kontextunspezifisch sein, z. B. die allgemeine Lebenszufriedenheit, aber auch die spezifische Lebenswelt der Hochschule betreffen, z. B. Erschöpfung durch das Studium oder die studiumsbezogene Motivation. Die Analyse der Gesundheit dient dazu, etwaige Problemfelder sowie daraus resultierende Interventionsbedarfe zu identifizieren. Wichtig ist, in dieser Phase bereits die Evaluation mitzudenken, um mögliche Effekte der Intervention abbilden zu können.

Beispiel

Zur Analyse der Problembereiche wird eine Onlinebefragung aller immatrikulierten Studierenden zu ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten durchgeführt. Es zeigt sich, dass ein (zu) großer Anteil der Studierenden über körperliche Beschwerden wie Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen klagen.

Phase 2: Analyse der prädisponierenden Faktoren

Zu den prädisponierenden Faktoren zählen insbesondere studiumsbezogene Rahmenbedingungen und Voraussetzungen sowie personale Ressourcen der Studierenden. Zu den studiumsbezogenen Rahmenbedingungen zählen u. a. der curricular veranschlagte Zeitaufwand für ein Studium, die Menge der in bestimmten Intervallen zu erbringenden Prüfungsleistungen sowie das Vorwissen der Studierenden. Darüber hinaus sind beispielsweise die soziale Unterstützung durch (Mit-)Studierende und Lehrende, die Möglichkeiten zur eigenständigen Planung der Aufgabebearbeitung sowie das antizipierte Qualifikationspotenzial studiumsbezogene Ressourcen. Als personale Ressource wird u. a. die Selbstwirksamkeitserwartung genannt.

Beispiel

Bei der Analyse der prädisponierenden Faktoren zeigt sich anhand der Daten der Onlinebefragung, dass es auf dem Campus wenig Bewegungsmöglichkeiten gibt und dass sich die Studierenden – im Vergleich zu altersgleichen Nichtstudierenden – weniger körperlich bewegen. In der Phase der Problembestimmung sollte auch schon mitgedacht werden, wie man initiierten Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit prüfen kann.

Phase 3: Analyse der Veränderungsbedingungen

In dieser Phase wird zunächst geprüft, welche Veränderungsmöglichkeiten es überhaupt gibt. Diese sind in stark regulierten Studiengängen mit hochschulübergreifenden Rahmenlehrplänen, die beispielsweise mit einem Staatsexamen abschließen, deutlich geringer. Hier wären möglicherweise verhaltensbezogene Interventionen zielführender, die den Umgang mit Belastungen und Stress erleichtern.

Darüber hinaus geht es darum, was genau die Intervention bewirken soll. Soll z. B. eine Maßnahme zur Steigerung der körperlichen Aktivität initiiert werden, ist es sinnvoll, eine

(Teil-)Gruppe festzulegen und zu definieren, um welchen Wert die körperliche Aktivität bei dieser (Teil-)Gruppe gesteigert werden soll. Das ermöglicht es, im Anschluss an die Intervention festzustellen, ob das angestrebte Ziel auch erreicht wurde oder ob man diesem zumindest näher gekommen ist. Beispiele für spezifische Ziele sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1. Beispiele für Zielsetzungen, Zielgruppen und Maßnahmen

Fokus	Ziel	Zielgruppe	Maßnahmen
Körperliche Aktivität	Steigerung der körperlichen Aktivität um x %	körperlich wenig oder inaktive Studierende	Bewegungspausen; Fahrrad- und Spielgeräteverleih
Ernährung	Verbesserung des Angebots an gesunden Speisen in der Mensa	Studierende und Mitarbeitende	Gespräche mit dem Studierendenwerk
Studiensituation	Umverteilung der Prüfungslasten	Studierende einzelner Studiengänge	Gespräche mit den Ausbildungskommissionen
Rauchen	Reduktion der Quote der Rauchenden um x %	Gelegenheits- und Intensivrauchende	Entwöhnungstraining, Rauchverbote auf dem Campus

Zur Erreichung dieses Ziels (z. B. Steigerung der körperlichen Aktivität) gilt es dann die geeignetsten Maßnahmen auszuwählen. Hierbei kann auf evidenzbasierte Maßnahmen (Stufe 3) zurückgegriffen werden, wie sie z. B. in der »Grünen Liste Prävention«¹ gebündelt dargestellt werden. Wenn keine evidenzbasierten Interventionen zur Verfügung stehen, gilt es, diese unter Plausibilitätsaspekten auszuwählen bzw. zu entwickeln oder existierende, evidenzbasierte Interventionen zielgruppen- oder kontextgerecht abzuwandeln. In der Grünen Liste Prävention werden mit der geringsten Evidenzstufe (Stufe 1) Maßnahmen bewertet, deren Effektivität zwar theoretisch gut begründet ist und für die Evaluationskonzepte und -instrumente vorliegen, aber zu denen es noch keine Evaluationsstudien gibt. In Stufe 2 werden Maßnahmen zusammengefasst, für die es zusätzlich mindestens schwache oder vorläufige Belege gibt und deren Effektivität somit wahrscheinlicher ist.

J. Green et al. (2015) fordern präzise Zielsetzungen, die eher die relevanten Outcomes fokussieren, herausfordernd aber erreichbar erscheinen, aus Daten zum Zeitpunkt der Zielformulierung abgeleitet werden und bestehende zeitliche Trends berücksichtigen.

Wann immer dies möglich ist, sollten Ziele nach folgendem Schema formuliert werden:

» Wer wird was in welchem Umfang und wann tun können« (J. Green et al., 2015, S. 185).

Zu berücksichtigen ist dabei, inwieweit sich die Maßnahmen an der jeweiligen Hochschule umsetzen und in die Hochschulabläufe integrieren lassen. Hierbei geht es u. a. um personelle, räumliche und zeitliche Ressourcen, aber auch um die Qualifikation des Personals, bestimmte

¹ Die »Grüne Liste Prävention« bündelt in ihrer Datenbank empfohlene Präventionsprogramme und unterscheidet dabei drei Evidenzstufen: (1) Effektivität theoretisch gut begründet, (2) Effektivität wahrscheinlich und (3) Effektivität nachgewiesen.

Interventionen anzuleiten. In die Analyse eingeschlossen werden alle an den Interventionen direkt oder indirekt beteiligten Personengruppen (Stakeholder). Zu unterscheiden ist zwischen primären, sekundären Stakeholdern und Key Stakeholdern (J. Green et al., 2015). Primäre Stakeholder sind jene Studierende, die von der Intervention angesprochen werden sollen. Sekundäre Stakeholder sind die Personen, die für die Umsetzung der Intervention verantwortlich sind, z. B. Trainer:innen, Lehrende, Studierende. Key Stakeholder sind die Personen, deren Unterstützung für die Umsetzung und somit den Erfolg der Intervention essenziell ist, z. B. die Hochschulleitung oder Mittelgebende.

Beispiel

Um die Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen der Studierenden zu senken, soll der Anteil körperlich aktiver Studierender innerhalb von zwei Jahren erhöht werden. Hierfür sollen zunächst niedrigschwellige Bewegungsangebote auf dem Campus geschaffen werden, an denen viele Studierende teilhaben können. Der Anteil körperlich aktiver Studierender soll um 5 % erhöht und der Anteil an Studierenden mit häufigen Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen um 5 % gesenkt werden. Dazu soll im ersten Schritt ein Pausenexpress (kurze Bewegungssequenzen in Lehrveranstaltungen) implementiert werden – eine (fünfminütige) bewegte Pause, die nach der Hälfte einer jeden Lehrveranstaltung stattfindet. Hier werden die Lehrenden einbezogen, da sie die Zeit für die Intervention in ihre Lehrveranstaltungen einplanen müssen. Außerdem müssen Trainer:innen die Umsetzung der Intervention übernehmen und die Intervention sollte mit allen relevanten Akteur:innen kommuniziert werden (z. B. Fachbereiche, Studierende etc.).

Phase 4: Implementierung der Maßnahmen

In dieser Phase gilt es, den Plan so gut wie eben möglich umzusetzen und zu beobachten, wie die Maßnahmen angenommen werden bzw. wie sich die Reichweite und Tiefe der Maßnahmen verbessern lassen. Indikatoren für gute Maßnahmen sind z. B. rege Beteiligung an den Maßnahmen sowie die Akzeptanz und Zufriedenheit der Teilnehmenden mit den Maßnahmen.

Beispiel

Die Implementierung der Intervention sollte gut begleitet werden. Die Beteiligung sowie die Akzeptanz und Zufriedenheit der Teilnehmenden kann man gut daran beurteilen, wer sich im Auditorium beteiligt, und indem man Feedback der Studierenden und Lehrenden einholt. Durch einen Vergleich der Erfahrungen mit denen aus anderen Kursen lassen sich meist Hinweise gewinnen, was optimiert werden kann (z. B. die Übungen, die Trainer:innen, die Mitwirkung der Lehrenden oder die Rahmenbedingungen).

Phase 5: Struktur- und Prozessevaluation

Unter Evaluation wird die systematische, datenbasierte Beschreibung und Bewertung von Programmen, Interventionen oder zeitlich beschränkten Projekten verstanden. Unterschieden wird dabei zwischen Struktur- und Prozessevaluation (Phase 5) sowie Ergebnisevaluation (Phase 6).

Bei der Strukturevaluation wird geprüft, ob und inwieweit essenzielle strukturelle Ressourcen für die Planung und Umsetzung von Interventionen zur Verfügung stehen, z. B., ob es ausreichend Personal zur erfolgreichen Implementierung der Intervention gibt und ob dieses über

die Qualifikationen zur Umsetzung der geplanten Maßnahmen verfügt. Auch weitere strukturelle Ressourcen wie Räumlichkeiten, die finanzielle Ausstattung sowie die Vernetzung mit anderen, möglicherweise ähnlichen Projekten sind zu berücksichtigen. Ein weiterer relevanter Aspekt ist die Möglichkeit zur erfolgreichen Kommunikation der entsprechenden Intervention, sodass die potenzielle Zielgruppe bestmöglich erreicht werden kann.

Bei der Prozessevaluation werden die Abläufe der Intervention optimiert und bewertet. Zunächst dient sie dazu, die Umsetzung der Intervention den Vorüberlegungen entsprechend auszurichten. Es werden aber auch Anpassungen im laufenden Prozess vorgenommen, die Problemen bei der Implementation geschuldet sind, um die Interventionsziele bestmöglich erreichen zu können.

Dies setzt Gespräche, Fokusgruppen, aber auch kleine mündliche Befragungen der an der Intervention Beteiligten sowie der Zielgruppe der Intervention voraus.

Beispiel

Bei der Struktur- und Prozessevaluation werden u. a. die Erfahrungen aus der laufenden Intervention genutzt, um diese und zukünftige Interventionen zu optimieren. Es werden möglichst alle Akteur:innen einbezogen (u. a. teilnehmende Studierende, Trainer:innen, Lehrende). Der Pausenexpress kann somit beispielsweise durch weitere Übungen ergänzt werden, oder der Fokus verschiebt sich auf eine spezifischere Zielgruppe. Möglicherweise stellt sich heraus, dass die Intervention in großen Lehrveranstaltungen wie Vorlesungen effektiver ist (da mehr Studierende gleichzeitig erreicht werden können), und man beschränkt das Angebot auf bestimmte Veranstaltungen. Außerdem wird an dieser Stelle geprüft, ob die beanspruchten Ressourcen (z. B. Räume, Trainer:innen etc.) sinnvoll genutzt werden konnten oder angepasst werden müssen.

Phase 6: Ergebnisevaluation

In der Ergebnisevaluation wird festgestellt, ob oder inwieweit die konkret definierten Ziele der Intervention erreicht wurden. Hier sollte die Erhebung mit den gleichen Instrumenten erfolgen, die bereits in der Bestandsaufnahme zur Problemstellung genutzt wurden, um eine Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Anstatt ausschließlich die Interventionsgruppe zu betrachten, wäre es hilfreich, eine weitere Gruppe zu betrachten, z. B. Studierende gleicher Fachbereiche, die nicht an der Intervention teilgenommen haben (Kontrollgruppe). So lassen sich etwaige Unterschiede zwischen beiden Gruppen nach der Intervention eindeutiger auf die Intervention zurückführen.

Beispiel

In der Ergebnisevaluation wird geprüft, ob man die eingangs definierten Ziele – innerhalb von zwei Jahren (1) den Anteil körperlich aktiver Studierender um 5 % zu erhöhen und (2) den Anteil an Studierenden mit häufigen Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen um 5 % zu senken – durch die Intervention erreichen konnte. Dazu werden im Idealfall die gleichen Instrumente genutzt, die auch zur Analyse der Problembe-
reiche sowie der prädisponierenden Faktoren angewendet wurden. Unterschiede in den Werten körperlicher Aktivität zwischen den beiden Zeitpunkten könnten dann als Interventionseffekte interpretiert werden. Sinnvoll wäre es, ergänzend zu einem späteren Zeitpunkt (z. B. sechs Monate nach der Intervention) auch noch die längerfristigen Effekte der Intervention zu verfolgen, da diese im Zeitverlauf wieder abflachen können.

Die in der Darstellung gewählte Phasenfolge von Planungsschritten ist idealtypisch. Die verschiedenen Schritte lassen sich mitunter nicht so deutlich voneinander abgrenzen. Dennoch sind alle Schritte für gelingende Interventionen notwendig und werden in unterschiedlichen Projekten zur Gesundheitsförderung mit verschiedenen Zielgruppen erfolgreich angewandt.

Literatur

- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). Health Promotion Planning: A Systematic Approach. In J. Green, K. Tones, R. Cross & J. Woodall (Hrsg.), *Health Promotion: Planning and Strategies* (3. Aufl., S. 157–210). Sage.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mayfield.
- Hubley, J. (1993). *Communicating Health: An Action Guide to Health Education and Health Promotion*. MacMillan.
- Quilling, E., Dadaczynski, K. & Müller, M. (2016). Settingbezogene Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter: Theoretische Fundierung, Einflussfaktoren und Interventionsplanung [Settings-based prevention of overweight in childhood and adolescents : Theoretical foundation, determinants and intervention planning]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(11), 1394–1404. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2439-z>

2. Psychisches Missbefinden

2.1 Einleitung

Unter dem Begriff »Psychisches Missbefinden« werden verschiedene negative Maße des psychischen Befindens subsumiert. Dazu zählen u. a. eine depressive Symptomatik, eine generalisierte Angststörung, ein hohes subjektives Stresserleben sowie ein hohes Erschöpfungserleben im Studium.

Die depressive Symptomatik fasst verschiedene Symptome zusammen, die indikativ für eine klinische Depression sind, jedoch nicht alle Facetten einer klinischen Depression abbilden (Bretschneider et al., 2017). Dazu zählen der Verlust von Freude, Interesse und Energie sowie Schwermut oder Gefühle von Wertlosigkeit (Busch et al., 2013). Vor allem jüngere und weibliche Personen sind vulnerabel für eine depressive Symptomatik: So liegt die Prävalenz in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe bei den 18- bis 29-jährigen Frauen bei 16,4 %, bei den 18- bis 29-jährigen Männern mit 9,5 % etwas darunter (Bretschneider et al., 2017). Der Anteil Studierender mit depressiver Symptomatik liegt sogar noch darüber: 16,9 % der weiblichen und 14,0 % der männlichen Studierenden berichten von einer depressiven Symptomatik (Grützmaker et al., 2018). Schlarb et al. (2017) berichten gar, dass mehr als ein Viertel der Studierenden von einer depressiven Symptomatik betroffen sind. Auch klinisch diagnostizierte depressive Episoden treten unter Studierenden (6,5 %) häufiger auf als unter jungen Erwerbstätigen (5,8 %; Grobe & Steinmann, 2015).

Darüber hinaus tragen auch ausgeprägte Ängste und Sorgen zum psychischen Missbefinden bei (Schuster, 2017). Eine spezifische Form von Ängsten – die generalisierte Angststörung – bezeichnet stark belastende, überdauernde Sorgen und Ängste bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011). Die Prävalenz für die generalisierte Angststörung liegt in Deutschland bei Frauen bei 9,5 %, bei Männern bei 5,0 % (Hinz et al., 2017). Der Anteil Studierender mit einer generalisierten Angststörung liegt deutlich darüber: 21,2 % der weiblichen und 13,5 % der männlichen Studierenden berichten über Symptome einer generalisierten Angststörung (Grützmaker et al., 2018). Auch klinisch diagnostizierte (andere) Angststörungen treten unter Studierenden (3,9 %) häufiger auf als unter jungen Erwerbstätigen (3,5 %; Grobe & Steinmann, 2015).

Andauerndes Stresserleben ist ebenfalls Teil des psychischen Missbefindens. Stress wird als Zustand erhöhter Alarmbereitschaft beschrieben, welcher durch eine erhöhte Aufmerksamkeit und Leistungsbereitschaft gekennzeichnet ist. Diese Stressreaktion stellt eine normale Antwort auf Anforderungen dar, die das physische und psychische Gleichgewicht stören (Selye, 1976). Gefährden Anforderungen dauerhaft das innere Gleichgewicht, kommt es zu chronischem Stress. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Stress eine der größten Gefahren für die Gesundheit. Mehr als ein Viertel der Studierenden berichten ein hohes subjektives Stresserleben, d. h., sie fühlen sich ziemlich oder häufig (durch das Studium) gestresst (Grützmaker et al., 2018). Auch hier weisen insbesondere weibliche Studierende hohe Werte auf: 29,2 % der weiblichen Studierenden berichten ein hohes Stresserleben, bei den männlichen Studierenden sind es 21,4 % (Grützmaker et al., 2018).

Andauernder Stress und Überbelastung können zu einem hohen Erschöpfungserleben führen, dem Initialsymptom von Burnout. Dies kann mittelfristig zum Verlust der Bedeutsamkeit des

Studiums sowie langfristig zu reduziertem Wirksamkeitserleben im Studium führen (Maslach et al., 2001). Nahezu ein Viertel der Studierenden berichten ein hohes Erschöpfungserleben. Betroffen sind 25,9 % der weiblichen sowie 22,6 % der männlichen Studierenden (Grützmaker et al., 2018).

Ursachen psychischen Missbefindens

Es gibt eine breite Studienlandschaft zu den möglichen Ursachen psychischen Missbefindens bei Studierenden. Im Sinne des in Kapitel »Zum Zusammenhang zwischen Studium und Gesundheit« eingeführten Rahmenmodells, das diesem Interventionskonzept zugrunde liegt, werden nachfolgend mögliche studiumsbezogene Belastungen sowie personale und studiumsbezogene Ressourcen diskutiert, die das psychische Missbefinden begünstigen und diesem entgegenwirken. Entsprechend dem in Kapitel »Zur systematischen Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Interventionen« eingeführten Vorgehen für gesundheitsbezogene Interventionen sollten Interventionen im Idealfall direkt an den verursachenden Faktoren ansetzen, um möglichst große und nachhaltige positive Effekte auf die Gesundheit der Studierenden zu erzielen.

Studiumsbezogene Belastungen

Apolinário-Hagen et al. (2017) identifizierten Zeitdruck, Leistungsdruck sowie Zukunftsunsicherheiten als Hauptstressoren und somit studiumsbezogene Belastungen, die potenziell gesundheitsschädigend wirken können. In einer HISBUS-Befragung gaben drei Viertel der Studierenden Zeitdruck und nahezu zwei Drittel Leistungsdruck als primäre Belastungen im Studium an (Ortenburger, 2013). Für mehr als ein Drittel sind Zukunftsängste und Überforderungen weitere relevante Belastungen (Ortenburger, 2013). Cotton et al. (2002) und Mafla et al. (2015) bestätigen, dass ein hoher Zeitaufwand für das Studium mit einem hohen Maß an psychischem Missbefinden assoziiert ist. Jurkat et al. (2011) identifizieren ebenfalls insbesondere Zeitdruck und Überlastung als Ursachen psychischen Missbefindens.

Auch in der Studie »Gesundheit Studierender in Deutschland 2017« (Grützmaker et al., 2018) erwiesen sich insbesondere Zeitdruck sowie der Zeitaufwand für das Selbststudium als wesentliche studiumsbezogene Belastungen, die das psychische Missbefinden begünstigen.

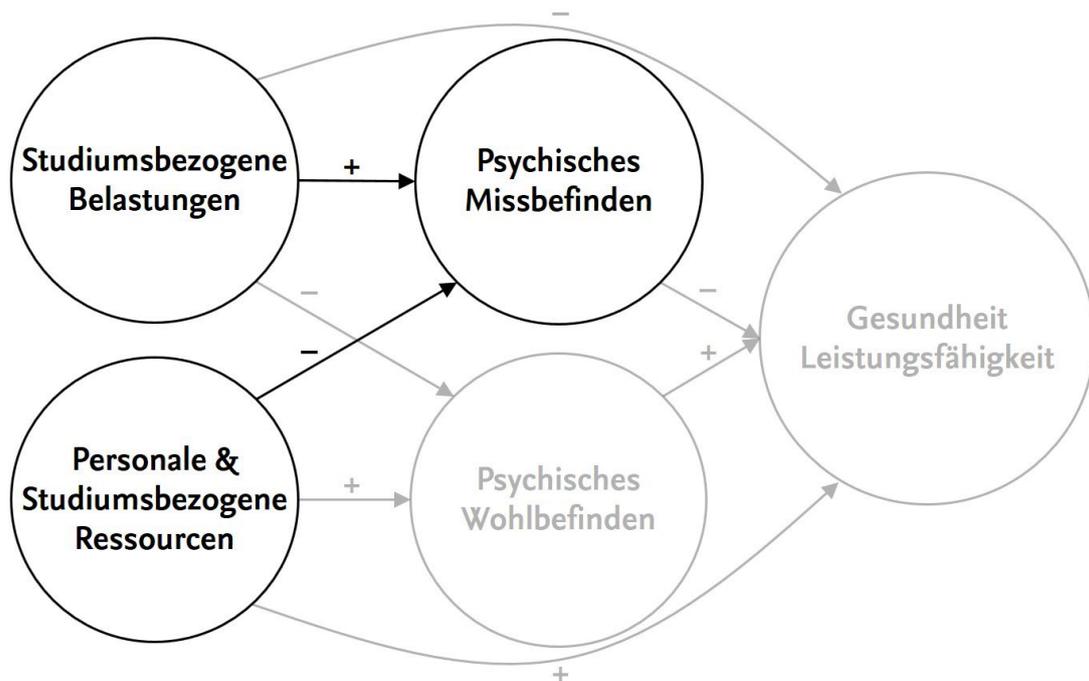
Studiumsbezogene und personale Ressourcen

Des Weiteren begünstigen fehlende soziale Unterstützung (Peltzer & Pengpid, 2015) bzw. Einsamkeit (Stoliker & Lafreniere) sowie ein geringes Maß an wahrgenommener Kontrolle der Studierenden (Peltzer & Pengpid, 2015; Steptoe et al., 2007) das psychische Missbefinden. Bei Cotton et al. (2002) wirken die soziale Unterstützung durch Mitstudierende und Lehrende sowie Handlungs- und Entscheidungsspielräume als protektive Faktoren zur Reduzierung von Stress. Auch Dyrbye et al. (2010) sowie Schmidt et al. (2019) unterstreichen die soziale Unterstützung sowie Entscheidungsspielräume als wesentliche studiumsbezogene Ressourcen, die das psychische Missbefinden mindern können.

Als wesentliche protektive personale Ressourcen für psychisches Missbefinden werden von Felton et al. (2015) Achtsamkeit und von Frost und Mierke (2013) Selbstwirksamkeitserwartung sowie internale Kontrollüberzeugungen ins Feld geführt. Auch die Gewissenhaftigkeit der Studierenden (Alarcon et al., 2011) sowie Optimismus (Barkhuizen et al., 2014) können psychisches Missbefinden abpuffern.

In der Studie »Gesundheit Studierender in Deutschland 2017« (Grützmacher et al., 2018) erwiesen sich insbesondere die soziale Unterstützung durch Studierende, der wahrgenommene Handlungsspielraum, das Qualifikationspotenzial des Studiums sowie die Selbstwirksamkeitserwartung der Studierenden als wesentliche studiumsbezogene Ressourcen, durch die das psychische Missbefinden reduziert werden kann.

Abbildung 3. Ansatzpunkte für Interventionen zur Reduzierung des psychischen Missbefindens



Studiumsbezogene Belastungen sowie studiumsbezogene und personale Ressourcen sind demnach sinnvolle Ansatzpunkte für gesundheitsbezogene Interventionen zur Reduktion des psychischen Missbefindens bei Studierenden. Im Folgenden werden Interventionen aufgeführt, mit denen sich das psychische Missbefinden reduzieren lässt. Entsprechend unserem Rahmenmodell, dargestellt in Abbildung 2, werden ausschließlich Interventionen beschrieben, die das psychische Missbefinden direkt oder die relevanten Prädiktoren adressieren.

Kernaussagen

- Das psychische Missbefinden ist bei mehr als 40 % der Studierenden auf mindestens einer der Dimensionen hoch ausgeprägt.
- Bedeutsame Belastungen und Ressourcen zur Vorhersage des psychischen Missbefindens sind: Zeitdruck, der Zeitaufwand für das Studium, Entscheidungsspielräume, soziale Unterstützung sowie Selbstwirksamkeitserwartung.
- Weitere relevante Prädiktoren sind z. B. Zukunftsunsicherheit, die Einschätzung der Bedeutsamkeit des Studiums für eine spätere Berufstätigkeit (Qualifikationspotenzial), Achtsamkeit und Optimismus.

Interventionen

Im Folgenden werden Interventionen bzw. Interventionsansätze dargestellt, die dem psychischen Missbefinden der Studierenden durch den Abbau studienbezogener Belastungen bzw. den Ausbau studienbezogener und personaler Ressourcen entgegenwirken. Dazu zählen sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen, die sinnvoll kombiniert, den größtmöglichen Interventionseffekt versprechen. Zusätzlich werden Interventionen abseits der Hochschule aufgeführt, die konkret an den Facetten des psychischen Missbefindens (z. B. Stress oder Burnout) ansetzen und sich auf den Studierendenkontext übertragen lassen.

Die Interventionen werden im Folgenden nach dem in »Vorwort und Einleitung« beschriebenen Schema dargestellt.

Literatur

- Alarcon, G. M., Edwards, J. M. & Menke, L. E. (2011). Student burnout and engagement: A Test of the conservation of resources theory. *The Journal of Psychology*, *145*(3), 211–227. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.555432>
- Apolinário-Hagen, J., Groenewold, S. D., Fritsche, L., Kemper, J., Krings, L. & Salewski, C. (2017). Die Gesundheit Fernstudierender stärken. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *16*(8), 151–158. <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0620-3>
- Barkhuizen, N., Rothmann, S. & van de Vijver, F. J. R. (2014). Burnout and work engagement of academics in higher education institutions: effects of dispositional optimism. *Stress and Health*, *30*(4), 322–332. <https://doi.org/10.1002/smi.2520>
- Bretschneider, J., Kuhnert, R. & Hapke, U. (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, *3*(3), 81–88. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-058>
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) [Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *56*(5–6), 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>
- Cotton, S. J., Dollard, M. F. & Jonge, J. de (2002). Stress and student job design: Satisfaction, well-being, and performance in university students. *International Journal of Stress Management*, *9*(3), 147–162. <https://doi.org/10.1023/A:1015515714410>
- Dyrbye, L. N., Power, D. V., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Thomas, M. R., Szydlo, D. W., Sloan, J. A. & Shanafelt, T. D. (2010). Factors associated with resilience to and recovery from burnout: A prospective, multi-institutional study of US medical students. *Medical Education*, *44*(10), 1016–1026. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03754.x>
- Felton, T. M., Coates, L. & Christopher, J. C. (2015). Impact of Mindfulness Training on Counseling Students' Perceptions of Stress. *Mindfulness*, *6*(2), 159–169. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0240-8>
- Frost, B. & Mierke, K. (2013). Stresserleben und Stressbewältigung bei Studierenden: Funktionale und dysfunktionale Strategien und weitere Einflussvariablen. *Journal of Business and Media Psychology*(1), 13–24. https://www.researchgate.net/publication/281281564_Stress-

- erleben_und_Stressbewältigung_bei_Studierenden_Funktionale_und_dysfunktionale_Strategien_und_weitere_Einflussvariablen_Stress_and_Coping_Among_Students_Functional_and_Dysfunctional_Strategies_an
- Grobe, T. & Steinmann, S. (2015). *Gesundheitsreport 2015: Gesundheit von Studierenden*. Hamburg.
- Grützmaker, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland*. <https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/forschung/BwB/bwb-2017/index.html>
- Hinz, A., Klein, A. M., Brähler, E., Glaesmer, H., Luck, T., Riedel-Heller, S. G., Wirkner, K. & Hilbert, A. (2017). Psychometric evaluation of the Generalized Anxiety Disorder Screener GAD-7, based on a large German general population sample. *Journal of affective disorders*, 210, 338–344. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.012>
- Hoyer, J. & Beesdo-Baum, K. (2011). Generalisierte Angststörung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Springer-Lehrbuch. Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 937–952). Springer Medizin. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_42
- Jurkat, H. B., Richter, L., Cramer, M., Vetter, A., Bedau, S., Leweke, F. & Milch, W. (2011). Depressivität und Stressbewältigung bei Medizinstudierenden. Eine Vergleichsuntersuchung des 1. und 7. Fachsemesters Humanmedizin [Depression and stress management in medical students. A comparative study between freshman and advanced medical students]. *Der Nervenarzt*, 82(5), 646–652. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3039-z>
- Mafla, A. C., Villa-Torres, L., Polychronopoulou, A., Polanco, H., Moreno-Juvinao, V., Parra-Galvis, D., Durán, C., Villalobos, M. J. & Divaris, K. (2015). Burnout prevalence and correlates amongst Colombian dental students: The STRESSCODE study. *European Journal of Dental Education*, 19(4), 242–250. <https://doi.org/10.1111/eje.12128>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Ortenburger, A. (2013). *Beratung von Bachelorstudierenden in Studium und Alltag [Advising Bachelor students in their studies and everyday life]: Ergebnisse einer HISBUS-Befragung zu Schwierigkeiten und Problemlagen von Studierenden und zur Wahrnehmung, Nutzung und Bewertung von Beratungsangeboten [Results of a HISBUS survey on difficulties and problems of students and on the perception, use and evaluation of counseling services.]*. HIS Hochschul-Informationssystem GmbH. HIS: Forum Hochschule. http://www.dzhw.eu/pdf/pub_fh/fh-201303.pdf?pk_campaign=ZDM
- Peltzer, K. & Pengpid, S. (2015). Depressive symptoms and social demographic, stress and health risk behaviour among university students in 26 low-, middle- and high-income countries. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(4), 259–265. <https://doi.org/10.3109/13651501.2015.1082598>
- Schlarb, A. A., Claßen, M., Grünwald, J. & Vögele, C. (2017). Sleep disturbances and mental strain in university students: results from an online survey in Luxembourg and Germany. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 24. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0131-9>
- Schmidt, L. I., Scheiter, F., Neubauer, A. & Sieverding, M. (2019). Anforderungen, Entscheidungsfreiräume und Stress im Studium. *Diagnostica*, 65(2), 63–74. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000213>
- Schuster, B. (2017). *Angststörungen und Prüfungsangst: Pädagogische Psychologie. Lernen, Motivation und Umgang mit Auffälligkeiten*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48392-3>

- Selye, H. (1976). *The stress of life* (Rev. ed.). McGraw-Hill.
- Steptoe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y. & Wadley, J. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 Countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, *14*(2), 97–107.
- Stoliker, B. E. & Lafreniere, K. D. The Influence of Perceived Stress, Loneliness, and Learning Burnout on University Students' Educational Experience. *College Student Journal*, *49*(1), 146–160. <http://www.ingentaconnect.com/content/prin/csj/2015/00000049/00000001/art00015>

2.2 Arbeitsgruppe zur Studierendengesundheit

Ziel

Die Arbeitsgruppe (AG) zur Studierendengesundheit zielt auf die strukturelle Veränderung von Studienbedingungen ab, die (idealerweise datengestützt) in der AG ermittelt und priorisiert werden. Die AG besteht aus Akteur:innen (siehe unten) aus hochschulbezogenen Einrichtungen, die für die Studierenden relevant sind, und definiert und konsentiert spezifische Gesundheitsziele. Essenziell bei dieser Intervention ist, dass Studierende als Nutznießer:innen der Maßnahmen in der AG mitwirken und Pläne zu einer Optimierung der Angebote/Bedingungen der Hochschule mit entwickeln und implementieren (DeJoy et al., 2010). Die definierten Maßnahmen zielen primär auf die Veränderung jener struktureller Aspekte der Hochschule, die von der AG als hinderlich identifiziert werden und mit negativen Outcomes wie z. B. Stress und Erschöpfung assoziiert sind (Bond et al., 2008; vgl. Bond & Bunce, 2001; Holman et al., 2010; Landsbergis & Vivona-Vaughan, 1995) und somit effektives Studieren verhindern.

Der partizipative Zugang stellt die Perspektive der Studierenden in den Mittelpunkt (Le Blanc et al., 2007). Dadurch wird sichergestellt, dass die konsentierten Maßnahmen auch tatsächliche Barrieren im Studium beseitigen oder deren Folgen abschwächen (vgl. Mikkelsen et al., 2000).

Theoretischer Hintergrund

Der Ansatz der Participatory Action Research (PAR; Bond & Bunce, 2001; Schurman & Israel, 1996) stammt aus Umstrukturierungsprozessen in Unternehmen. Der Gedanke: Maßnahmen sind effektiver, wenn jene Personen die Veränderungsprozesse anstoßen und mitgestalten, die von den Veränderungen am stärksten betroffen sind (Bond & Bunce, 2001; Le Blanc et al., 2007). Die Mitwirkung von Studierenden an der Zielfindung und den Maßnahmen fördert das Gefühl von Kontrolle und Mitgestaltung und steigert damit auch das Wohlbefinden (vgl. Holman et al., 2010).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Als Zielgruppe der AG sind alle Studierenden einer Hochschule definiert. Einzelne erarbeitete Maßnahmen können sich jedoch auch auf spezifische, von der AG konsentierte Zielgruppen (bspw. Studierende eines einzelnen Fachbereichs) fokussieren.

Grundsätzlich können alle Akteur:innen der Hochschule an der AG teilnehmen, die die Studiensituation (mit)gestalten. Um die unterschiedlichen Studienbedingungen in den einzelnen Fachbereichen berücksichtigen zu können, ist eine breite Streuung der Studierenden in der AG erstrebenswert. Hinzu kommen die Akteur:innen der Hochschule, die an der Gestaltung der spezifischen Bedingungen mitwirken, die möglicherweise optimiert werden können (z. B. Hochschulsport, Vertreter:in der Hochschulleitung, der Verwaltung, der Fachbereiche, der Studienberatung und psychologischen Beratung und/oder Frauen-/Gleichstellungsbeauftragte:r).

Aufbau (Gegenstände/Module)

Der gesamte Interventionsprozess lässt sich grob in die drei Phasen (1) Diagnose, (2) Interventionsplanung und -durchführung sowie (3) Evaluation einteilen (Bond & Bunce, 2001).

Bond und Bunce (2001) sowie Bond et al. (2008) schlagen – etwas spezifischer – folgende Phasen vor:

1. Diagnose/Bestandaufnahme: Die Feststellung des Ist-Zustandes (mithilfe geeigneter Instrumente, z. B. Fragebogen oder Fokusgruppen) in der Hochschule bildet die Basis.
2. Initiieren und Bilden der AG: Die Mitglieder der AG legen Rollen und Verantwortlichkeiten wie auch die Zeit und Anzahl der Meetings fest.
3. Identifikation von Problembereichen: Geleitet durch die Daten aus der Bestandaufnahme identifiziert die AG jene Merkmale des Studiums, die die Gesundheit beeinträchtigen.
4. Priorisierung und Auswahl von Bereichen: Die AG priorisiert auf Basis der Befunde und der Erfahrungen der Beteiligten (insbesondere der beteiligten Studierenden) Optimierungspotenziale und bringt diese nach ihrer Dringlichkeit in eine Rangreihe.
5. Erarbeitung von Interventionen: Nach der Auswahl erarbeitet die AG passende Interventionen für die ausgewählten Problembereiche.
6. Diskussion und Adjustierung der Vorschläge: Die Vor- und Nachteile werden in der AG diskutiert und die am besten passenden Interventionen werden ausgewählt.
7. Implementierung der entwickelten Maßnahmen.
8. Evaluation: Der Implementierung folgt die Evaluation, um die Prozesse und Wirkungen abzuschätzen, die Intervention ggf. zu optimieren oder sie in bestehender Form zu verstetigen (Heaney et al., 1993; Le Blanc et al., 2007).

Häufigkeit

Die Gesamtdauer der Intervention ist variabel. Einige Autor:innen veranschlagen eine Mindestdauer von drei Monaten (vgl. Bond & Bunce, 2001; Holman et al., 2010; Mikkelsen et al., 2000). Landsbergis und Vivona-Vaughan (1995) plädieren für mindestens sieben Monate.

Empfehlenswert ist, dass sich die AG in regelmäßigen Abständen trifft und sichergestellt ist, dass alle Vertreter:innen an den Meetings teilnehmen. Die Anzahl der Meetings sollte dem Bedarf folgen. Bei Holman et al. (2010) wurden beispielsweise drei und bei Mikkelsen et al. (2000) neun Sitzungen eingeplant.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Ein Hauptmerkmal der Intervention ist die Zusammenarbeit von Vertreter:innen aller Statusgruppen (vgl. Le Blanc et al., 2007). Studierende und Vertreter:innen aller für Studium und Gesundheit relevanten Einrichtungen (z. B. Präsidium, Fachbereiche, Hochschulsport oder Frauen-/Gleichstellungsbeauftragte etc.) bilden zusammen die AG. Diese kollaborative Beziehung betrifft alle Bereiche des Interventionsprozesses von der Diagnose bis zur Interventionsauswahl und Evaluation (Bond & Bunce, 2001).

Die AG ist zuständig für die Entwicklung und Implementierung der Maßnahmen an der Hochschule. Sie kann aber auch – je nach der Priorisierung und Menge der Handlungsbedarfe – die darauffolgenden Maßnahmen an nachgeordnete (Unter-) Arbeitsgruppen (uAG) delegieren. Ähnlich wie bei Mikkelsen et al. (2000) kann es sinnvoll und effizienter sein, pro Problembereich je eine uAG zu bilden.

Die Größe der AG ist abhängig von den spezifischen Hochschulstrukturen sowie der individuellen Hochschulgröße. Die AG sollte sich aus allen relevanten Akteur:innen zusammensetzen und schließt damit alle Personen mit ein, die einen Bezug zur Gesundheit der fokussierten Studierenden haben. Vor diesem Hintergrund sind keine konkreten Vorgaben zur Gruppengröße vorgesehen.

Weiterhin bedarf es sowohl einer wissenschaftlichen als auch einer moderierenden Begleitung der AG. Wissenschaftliche Tätigkeiten umfassen dabei die Durchführung einer Bestandsaufnahme zur Erfassung des Ist-Zustandes der Hochschulstruktur sowie der Problembereiche. Hinzu kommen die Analyse und Auswertung der erhobenen Daten sowie die Bereitstellung einer zusammenfassenden Ergebnisübersicht an die AG (vgl. Bond et al., 2008; Le Blanc et al., 2007), die für darauf basierende Maßnahmen herangezogen werden kann. An die Implementierungsphase der Maßnahmen schließt sich eine weitere Phase der Datenerhebung an, in der die Erfolge der einzelnen Maßnahmen evaluiert werden. Dies gehört ebenfalls zu den wissenschaftlichen Aufgaben.

Zu den Aufgaben der moderierenden Begleitung zählen unter anderem administrative Aufgaben wie das Vereinbaren der Sitzungstermine oder das Organisieren von Räumlichkeiten. Hinzu kommen die Betreuung und Unterstützung der AG im Prozess der Entwicklung und Implementierung der Maßnahmen (z.B. Landsbergis & Vivona-Vaughan, 1995; Le Blanc et al., 2007; Mikkelsen et al., 2000). Spezifische Aufgaben der Moderator:innen können dabei Hilfe bei der Priorisierung der Problembereiche oder der Einsatz von Aktivitäten zur verbesserten Kommunikation innerhalb der AG sein (z. B. Team Mapping, vgl. DeJoy et al., 2010). Das Aufgabenspektrum der Moderator:innen kann sehr vielfältig sein (siehe weiterführende Informationen). Dennoch ist das übergeordnete Ziel, die Unterstützung schrittweise abzubauen, sodass die AG langfristig autonom und unabhängig arbeitet (Self Sustaining Groups, vgl. DeJoy et al., 2010).

Die zwei letztgenannten Aufgabenbereiche können sowohl von mehreren einzelnen Teams als auch, sofern die Mitglieder über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, von nur einem Team getragen werden.

Effektivität und Evaluation

Auf dem PAR-Ansatz basierende Interventionen wurden bisher noch nicht im Studierendenkontext evaluiert. Da der Ansatz jedoch im Arbeitskontext Wirkung zeigt, scheint eine Übertragbarkeit der Befunde auf den universitären Kontext plausibel. Dies wird im Folgenden beispielhaft dargelegt.

Bond und Bunce (2001) sowie Bond et al. (2008) stellten eine Reduktion des psychischen Missbefindens als Resultat der Intervention im Arbeitskontext fest. Mithilfe eines längsschnittlichen quasi-experimentellen Designs konnten sie zeigen, dass die Teilnehmenden nach der Intervention eine deutlich gesteigerte psychische Gesundheit aufwiesen, seltener krankheitsbedingt fehlten und höhere wahrgenommene Kontrolle bei der Arbeit berichteten als Personen einer

Kontrollgruppe, die nicht an der Intervention teilnahmen. Dabei zeigte sich, dass die gesteigerte Wahrnehmung von Kontrolle seitens der Teilnehmenden Ursache für die Abnahme krankheitsbedingter Fehltag sowie des psychischen Missbefindens war.

Heaney et al. (1993) stellten infolge der Intervention stärkere kollegiale Unterstützung sowie weniger depressive Symptome bei Beschäftigten fest.

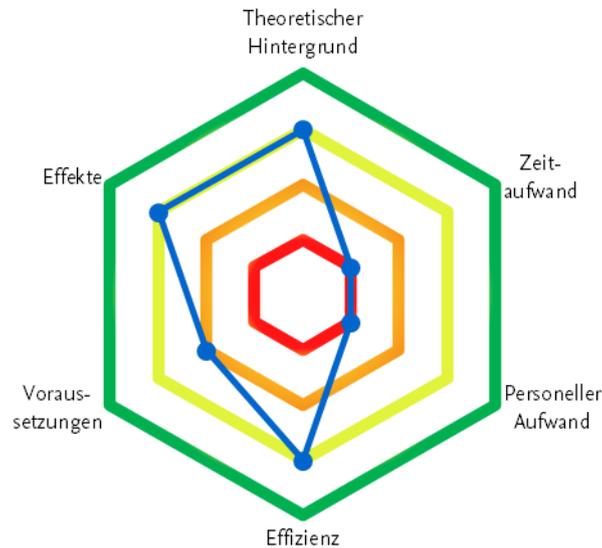
In einer Studie von Mikkelsen et al. (2000) wirkte die AG positiv auf arbeitsbezogenen Stress, auf die Wahrnehmung beruflicher Anforderungen (z. B. Arbeitstempo und -umfang, Schwere der Arbeit, Zeitdruck und gegensätzliche Anforderungen) als auch auf die wahrgenommene soziale Unterstützung durch Kolleg:innen und Vorgesetzte und das Lernklima innerhalb der Organisation.

Die zentralen Merkmale der Intervention nach Le Blanc et al. (2007) bildeten soziale Unterstützung, Autonomie und Partizipation – und somit essenzielle (studienbezogene) Ressourcen. Die Autor:innen berichteten signifikante Effekte der Intervention auf das Erschöpfungserleben. Teilnehmende der Intervention berichteten geringere Werte als Personen, die nicht teilnahmen. Zusätzliche Analysen zeigten, dass die Reduzierung des Erschöpfungserlebens durch die Verringerung quantitativer Arbeitsanforderungen (z. B. Arbeitsmenge) sowie die Steigerung von (wahrgenommener) sozialer Unterstützung, Autonomie und Partizipation – als zentrale Merkmale der implementierten AG-Intervention – hervorgerufen wurden.

Bewertung

Die Intervention beruht auf dem Modell der Participatory Action Research (PAR) und hat zum Ziel, sowohl individuelle als auch strukturelle Ursachen von Wohl- und Missbefinden bei Studierenden zu adressieren. Zentraler Vorteil ist, dass die Expertise verschiedener Vertreter:innen der Hochschule in die Implementierung konkreter Interventionen einfließt. Die enge Zusammenarbeit zwischen den Studierenden und weiteren Hochschul-Instanzen erhöht die Wahrscheinlichkeit zielgerichteter und erfolgreicher Veränderungsprozesse (vgl. Bond et al., 2008). Somit können nicht nur die studienbezogenen Ressourcen (z. B. Autonomie, Partizipation, soziale Unterstützung) unmittelbar gesteigert, sondern auch an den spezifischen Kontext (z. B. Fachbereich) angepasste Handlungspläne zur Umstrukturierung entwickelt werden (DeJoy et al., 2010). Dieser ganzheitliche Ansatz macht die Intervention jedoch sehr zeit- und personalaufwändig und nicht ohne Weiteres in den Hochschulalltag integrierbar. Es ist zu erwarten, dass sich die im Arbeitskontext gefundenen positiven Effekte der Intervention auch im Hochschulkontext zeigen, doch fehlen hierfür bisher Daten. Da die Intervention insbesondere auf nachhaltige Veränderungen der Studienbedingungen ausgelegt ist, wird sie dann empfohlen, wenn die relevanten Vertreter:innen zur kontinuierlichen Mitwirkung motiviert werden können.

Insgesamt ist die Intervention eine gute Möglichkeit zur nachhaltigen und strukturellen Adressierung des psychischen Wohl- und Missbefindens. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,2 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Eine Auflistung und Erläuterung der spezifischen Tätigkeiten und Aufgaben der Moderator:innen im Interventionsprozess lässt sich unter anderem bei DeJoy et al. (2010) nachlesen. Dazu gehören beispielweise der Einsatz strukturierter Aktivitäten zur verbesserten Kommunikation innerhalb der AG, zum besseren Zeitmanagement sowie zur Steigerung von Konfliktlösungsfähigkeiten der AG-Mitglieder. Außerdem begleiten sie die AG im Prozess der Identifizierung von prioritären Problembereichen, auf deren Basis die Maßnahmen entwickelt werden. Auch Le Blanc et al. (2007) geben eine Beschreibung der Aufgabenbereiche von Moderator:innen im Prozess, welche in ihrer Studie approbierte Verhaltenstherapeut:innen waren.
- Für ein detailliertes Verständnis des Aufbaus sowie der Inhalte der einzelnen Phasen sind die folgenden Studien zu empfehlen: DeJoy et al. (2010); Le Blanc et al. (2007); Mikkelsen et al. (2000).
- Der beschriebene Ansatz wird an der Freien Universität Berlin erfolgreich umgesetzt; nähere Informationen: <https://www.fu-berlin.de/sites/healthy-campus>.

Literatur

Bond, F. W. & Bunce, D. (2001). Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction. *Journal of occupational health psychology*, 6(4), 290–302. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.6.4.290>

- Bond, F. W., Flaxman, P. E. & Bunce, D. (2008). The influence of psychological flexibility on work redesign: mediated moderation of a work reorganization intervention. *The Journal of applied psychology, 93*(3), 645–654. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.645>
- DeJoy, D. M., Wilson, M. G., Vandenberg, R. J., McGrath-Higgins, A. L. & Griffin-Blake, C. S. (2010). Assessing the impact of healthy work organization intervention. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83*(1), 139–165. <https://doi.org/10.1348/096317908X398773>
- Heaney, C. A., Israel, B. A., Schurman, S. J., Baker, E. A., House, J. S. & Hugentobler, M. (1993). Industrial relations, worksite stress reduction, and employee well-being: A participatory action research investigation. *Journal of Organizational Behavior, 14*(5), 495–510. <https://doi.org/10.1002/job.4030140510>
- Holman, D. J., Axtell, C. M., Sprigg, C. A., Totterdell, P. & Wall, T. d. (2010). The mediating role of job characteristics in job redesign interventions: A serendipitous quasi-experiment. *Journal of Organizational Behavior, 31*(1), 84–105. <https://doi.org/10.1002/job.631>
- Landsbergis, P. A. & Vivona-Vaughan, E. (1995). Evaluation of an occupational stress intervention in a public agency. *Journal of Organizational Behavior, 16*(1), 29–48. <https://doi.org/10.1002/job.4030160106>
- Le Blanc, P. M., Hox, J. J., Schaufeli, W. B., Taris, T. W. & Peeters, M. C. W. (2007). Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *The Journal of applied psychology, 92*(1), 213–227. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.1.213>
- Mikkelsen, A., Saksvik, P. Ø. & Landsbergis, P. (2000). The impact of a participatory organizational intervention on job stress in community health care institutions. *Work & Stress, 14*(2), 156–170. <https://doi.org/10.1080/026783700750051667>
- Schurman, S. J. & Israel, B. A. (1996). Redesigning work systems to reduce stress: A participatory action research approach to creating change. In L. R. Murphy (Hrsg.), *Job stress interventions: 1992 conference, Stress in the '90s: A Changing Workforce in a Changing Workplace* (2. Aufl., S. 235–263). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10183-016>

2.3 Entspannungstraining

Ziel

Ziel der verhaltensbezogenen Intervention ist es, durch Entspannungsübungen zur Stressreduktion beizutragen (Kaspereen, 2012). Die professionell angeleiteten Übungen werden in Gruppen von bis zu 30 Personen vermittelt. Die Teilnehmenden sollen dazu befähigt werden, die Übungen anschließend auch außerhalb der Sitzungen eigenständig anzuwenden.

Theoretischer Hintergrund

Schindelheim (2004) empfiehlt für den Umgang mit Stress die Anwendung von Copingmechanismen. Die meisten dieser Mechanismen sind präventiver Natur. Eine Copingstrategie, die auch bei akutem Stress effektiv ist, ist das Entspannungstraining. Dieses hilft Anwender:innen dabei, körperliche Anspannung abzubauen und die Regeneration anzuregen (Kaspereen, 2012).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Da Stressreduktion das Ziel der Intervention ist, richtet es sich insbesondere an Personen, die ein hohes subjektives Stresslevel aufweisen. Eine effektive Vermittlung von Copingstrategien zum verbesserten Umgang mit Stress durch Entspannung ist laut May, House & Kovacs (1982) auch in heterogenen Gruppen möglich.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention nutzt und kombiniert drei zentrale Entspannungstechniken: (1) Meditation, (2) das Hören von Entspannungsmusik sowie (3) Atemübungen. Die Übungen werden von einem:einer geschulten Hypnotherapeut:in verbal angeleitet. Die Teilnehmenden werden dazu angehalten, die erlernten Techniken auch außerhalb der Sitzungen anzuwenden. Die Sitzungen finden in einem abgetrennten Bereich statt, um eine mögliche Ablenkung durch externe Stimuli zu reduzieren. Aufgrund der relativ geringen Sitzungsdauer (30-45 Minuten) lassen sich die Übungen verhältnismäßig einfach in den Hochschulalltag – zum Beispiel in die Mittagspausen – integrieren.

Häufigkeit

Die Entspannungsintervention wird einmal wöchentlich über einen Zeitraum von vier Wochen durchgeführt. Jede Sitzung dauert 30 bis 45 Minuten (Kaspereen, 2012).

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Zur erfolgreichen Umsetzung der Intervention wird ein geschützter, räumlich abgetrennter Innenraum benötigt. Je nach Gruppengröße kann es sich hierbei auch um ein Büro oder einen Seminarraum handeln. Wichtig ist, dass ausreichend Sitzgelegenheiten zur Verfügung stehen.

Erforderliche personelle Qualifikationen

In der Studie von Kaspereen (2012) wurden die Sitzungen von einer ausgebildeten Hypnotherapeutin angeleitet. Eine solche oder eine vergleichbare Qualifikation der anleitenden Person trägt maßgeblich zum Erfolg der Intervention bei.

Effektivität und Evaluation

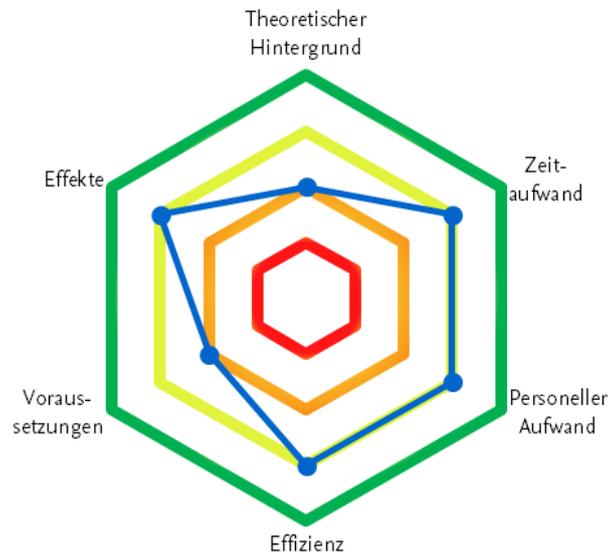
Durch das Entspannungstraining wurde in der Studie von Kaspereen (2012) erfolgreich eine Reduktion des allgemeinen und arbeitsbezogenen Stresslevels erwirkt. Darüber hinaus stellte die Autorin eine gesteigerte allgemeine Lebenszufriedenheit der Teilnehmenden in der Interventionsgruppe fest (Kaspereen, 2012). Dies ist konsistent mit den Ergebnissen anderer Studien zu Interventionen durch Entspannungsübungen (Anderson, Levinson, Barker & Kiewra, 1999; Napoli, 2004). Neu ist jedoch, dass der Effekt in nur vier Gruppensitzungen und somit mit verhältnismäßig geringem zeitlichen Aufwand erzielt werden konnte (Kaspereen, 2012).

Gruppenbasierte Entspannungsübungen tragen nicht nur unmittelbar zur Reduktion des Stresslevels bei, sondern vermitteln laut May et al. (1982) darüber hinaus alltagstaugliche Techniken zum besseren Umgang mit Stress.

Bewertung

Die Intervention bezieht sich nicht explizit auf ein theoretisches Modell zur Wirkung. Es besteht jedoch ein breiter, teilweise übertragbarer Hintergrund zu Entspannungsverfahren im Allgemeinen. Der zeitliche und personelle Aufwand ist relativ gering. Lediglich die erforderliche Qualifikation des:der Kursleitenden als Hypnotherapeut:in ist eine Herausforderung bei der Integrierbarkeit in den Hochschulalltag. Die Intervention führt kurzfristig zur Reduktion von Stress sowie zu erhöhter Lebenszufriedenheit. Insbesondere für Personen mit hohem subjektivem Stresserleben kann sie zur Stressreduktion beitragen. Es fehlen jedoch Daten für valide Langzeiteffekte.

Die Intervention ist eine gute Möglichkeit zur Reduzierung des psychischen Missbefindens. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,7 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Kaspereen (2012) liefert im Zeitschriftenartikel Relaxation Intervention for Stress Reduction eine detailliertere Beschreibung der Interventionsevaluation, auf welcher die vorliegende Effektivitätseinschätzung basiert. Die Autorin diskutiert mögliche Gründe für die Wirksamkeit trotz der verhältnismäßig kurzen Interventionsdauer. Außerdem gibt es im Anhang der Publikation ein Skript für die Leiter:innen der Intervention.

Literatur

- Anderson, V. L., Levinson, E. M., Barker, W. & Kiewra, K. R. (1999). The effects of meditation on teacher perceived occupational stress, state and trait anxiety, and burnout. *School Psychology Quarterly*, 14(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/h0088995>
- Kaspereen, D. (2012). Relaxation intervention for stress reduction among teachers and staff. *International Journal of Stress Management*, 19(3), 238–250. <https://doi.org/10.1037/a0029195>
- May, E., House, W. C. & Kovacs, K. V. (1982). Group relaxation therapy to improve coping with stress. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(1), 102–109. <https://doi.org/10.1037/h0088408>
- Napoli, M. (2004). Mindfulness Training for Teachers: A Pilot Program. *Complementary health practice review*, 9(1), 31–42. <https://doi.org/10.1177/1076167503253435>
- Schindelheim, F. (2004). *Relieving classroom stress. A teacher's survival guide*. Bloomington (IN): AuthorHouse.

2.4 »Get it Done« - Prokrastinationsworkshop

Ziel

Ziel der verhaltensbezogenen Intervention ist die Verringerung des wahrgenommenen Zeitdrucks durch eine Reduktion von Prokrastination bei Studierenden (Höcker et al., 2013).

Theoretischer Hintergrund

Prokrastination beschreibt das klinisch relevante, wiederholte und nicht erforderliche Aufschieben relevanter oder verpflichtender Tätigkeiten, obwohl Zeiträume zur Ausführung dieser Tätigkeit bestanden hätten (Höcker et al., 2012).

Die vorgestellte Intervention beruht auf dem Konzept der Quer- und Längskonkurrenz (Kuhl, 1994). Querkonkurrenz bezeichnet die Konkurrenz verschiedener Tätigkeiten zu einem Zeitpunkt, wohingegen Längskonkurrenz die Konkurrenz verschiedener Zeitpunkte beschreibt, zu welchen eine Tätigkeit ausgeführt werden kann. Durch die Arbeitszeitverknappung – also die Reduktion der zur Verfügung stehenden Zeit – wird versucht, die Längskonkurrenz zu verringern. Dies soll zu einer Reduktion der Prokrastination und somit zu einer Steigerung des psychischen Wohlbefindens führen.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an Studierende mit Prokrastinationsneigung.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Prokrastinationsbehandlung durch Arbeitszeitrestriktion besteht aus zwei Bausteinen.

1. Im ersten Baustein wird zunächst das eigene Verhalten mithilfe des Münsteraner Arbeitstagebuchs (Höcker et al., 2013) dokumentiert. Dies dient der Aufzeichnung relevanter Variablen wie beispielsweise intendierte und tatsächlich umgesetzte Arbeitseinheiten. Die tägliche Dokumentation beginnt in der Woche vor der ersten Sitzung und begleitet die gesamte Intervention. Auf dieser Basis wird während der Sitzungen ein individuelles Störungs- und Veränderungsmodell entwickelt und ein umfassender Arbeitsplan erstellt (Höcker et al., 2013).
2. Der zweite Baustein besteht üblicherweise aus fünf Gruppensitzungen, die – je nach den Bedürfnissen der Teilnehmenden – entweder zu den Themen (1) Pünktlich beginnen und (2) Realistisch planen abgehalten werden oder das Thema (3) Arbeitszeitrestriktion und Bedingungsmanagement behandeln (Höcker et al., 2013). Die Inhalte sind auch kombinierbar, dieser Teil umfasst dann neun statt fünf Sitzungen (Höcker et al., 2013).

In den ersten beiden Sitzungen wird üblicherweise die Methode der Arbeitszeitrestriktion konzeptuell und praktisch eingeführt. In den Sitzungen 3 und 4 bildet die Anwendung der Methode den zentralen Bestandteil. Weiterhin enthalten die beiden Sitzungen psychoedukative Elemente. In Sitzung 3 wird das Thema »Selbstverstärkung« thematisiert, in Sitzung 4 geht es

um die Themen »Arbeitsplatzgestaltung« und »Umgang mit Störungen«. Sitzung 5 dient der Festigung des bisher Gelernten sowie dem Interventionsrückblick und -abschluss.

Häufigkeit

Die Intervention wird üblicherweise über einen Zeitraum von sechs Wochen durchgeführt. Dabei besteht die erste Woche aus der Selbstbeobachtung des Arbeitsverhaltens durch die Teilnehmenden. In den folgenden fünf Wochen finden insgesamt fünf Gruppensitzungen mit einem zeitlichen Umfang von jeweils 90 Minuten statt.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Die Intervention nutzt Strategien der kognitiven Verhaltenstherapie. Eine Umsetzung der Intervention in Kooperation mit der Hochschulambulanz oder einer vergleichbaren Institution ist empfehlenswert.

Erforderliche Qualifikationen

Da es sich um eine therapeutische Maßnahme handelt, ist eine entsprechende Qualifikation als Psychotherapeut:in der Verantwortlichen erforderlich.

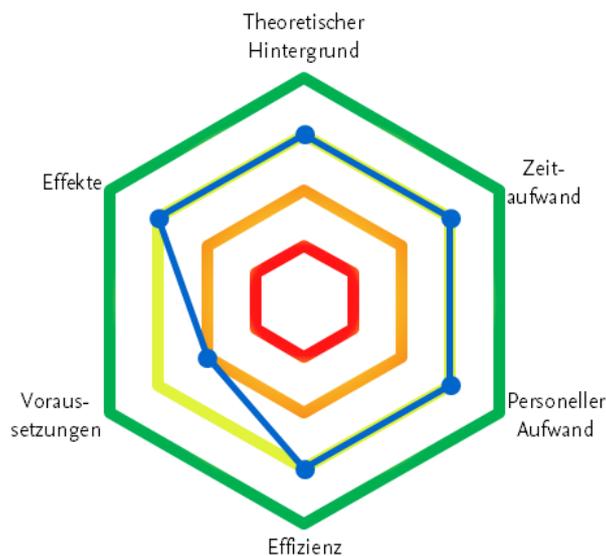
Effektivität und Evaluation

Die Module der Intervention (1) Pünktlich beginnen, (2) Realistisch planen sowie (3) Arbeitszeitrestriktion wurden evaluiert (Höcker, 2010; Höcker et al., 2012). Das Absolvieren der Module 1 und 2 resultierte in einer signifikanten Verbesserung der selbstberichteten Prokrastination im Academic Procrastination State Inventory sowie einer signifikanten Reduktion der selbstberichteten Prokrastination auf der Aitken Procrastination Scale. Darüber hinaus verbesserte sich auch das täglich protokollierte Arbeitsverhalten hinsichtlich der bewältigten Stoffmenge, der Zufriedenheit der Teilnehmenden mit ihrer eigenen Konzentration sowie des Aufschiebens in Minuten. Das Absolvieren des Moduls 3 resultierte ebenfalls in einer signifikanten Reduktion der Prokrastination im Academic Procrastination State Inventory und der Prokrastination auf der Aitken Procrastination Scale. Die Effekte waren auch noch drei Monate nach Ende der Intervention erkennbar (Höcker et al., 2012).

Bewertung

Die Intervention leitet sich aus dem Modell der Quer- und Längskonkurrenz ab und formuliert dessen Komponenten und Wirkketten. Strukturelle Ursachen von Wohl- und Missbefinden werden durch diese Intervention jedoch nicht adressiert. Die Intervention erfordert einen moderaten zeitlichen und personellen Aufwand. Die spezifischen Anforderungen an die Durchführenden (Psychotherapeut:innen) bilden eine besondere Voraussetzung für die Integration in den Hochschulkontext. Eine Nutzung etwaiger bestehender Strukturen, z. B. der Hochschulambulanz, würde daher die Implementierung erleichtern. Die Intervention zeigt positive Effekte auf das Prokrastinationsverhalten und die Zufriedenheit der Studierenden. Es fehlen jedoch Daten für valide Langzeiteffekte.

Insgesamt stellt die Intervention eine gute Möglichkeit dar, Prokrastination bei Studierenden zu verringern. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,8 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Eine umfassende Beschreibung der einzelnen Module und des theoretischen Hintergrunds sowie Hinweise zur Umsetzung der Intervention werden im *Manual zur Behandlung des pathologischen Aufschiebens* von Höcker et al. (2013) ausführlich dargestellt.
- Die Evaluationen der einzelnen Trainingsmodule wird in den Werken *Effektive Behandlung von Prokrastination: Evaluation verschiedener Behandlungsmethoden* von Höcker (2010) und *Effektive Behandlung von Prokrastination: Evaluation verschiedener Behandlungsmethoden* von Höcker et al. (2012) näher beschrieben.
- Die Universität Münster verfügt über eine Prokrastinationsambulanz und hat die beschriebene Intervention für Studierende erfolgreich implementiert. Sie bietet zudem Trainings für Dozierende, Berater:innen und Kolleg:innen an. Unter folgendem Link sind nähere Informationen zu den einzelnen Projekten zu finden: <https://www.uni-muenster.de/Prokrastinationsambulanz/>.

Literatur

- Höcker, A. (2010). *Effektive Behandlung von Prokrastination: Evaluation verschiedener Behandlungsmethoden* [Dissertation, Universität Bielefeld, Bielefeld]. EndNote Tagged Import Format. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2527975>
- Höcker, A., Engberding, M., Haferkamp, R. & Rist, F. (2012). Wirksamkeit von Arbeitszeitrestriktion in der Prokrastinationsbehandlung. *Verhaltenstherapie*, 22(1), 9–16. <https://doi.org/10.1159/000334970>

Von der Bestandsaufnahme zur Intervention
Themenbereich Psychisches Missbefinden

Höcker, A., Engberding, M. & Rist, F. (2013). *Prokrastination: Ein Manual zur Behandlung des pathologischen Aufschiebens*. Hogrefe Verlag.

Kuhl, J. (Hrsg.) (1994). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Hogrefe & Huber.

2.5 Interkulturelle Kommunikation

Ziel

Das Tandemprogramm »Interkulturelle Kommunikation« hat das Ziel, die soziale Integration internationaler Studierender zu stärken und so das psychische Missbefinden zu reduzieren (Herrmann-Werner et al., 2018).

Theoretischer Hintergrund

Der Intervention liegt kein spezifisches theoretisches Modell zugrunde. Sie orientiert sich an bestehenden Tandem- bzw. »Buddy«-Programmen. Insbesondere die erhöhten Stresswerte internationaler Studierender führten zur Entwicklung und Initiierung der Intervention (Herrmann-Werner et al., 2018).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an alle Studienanfänger:innen, insbesondere aber an internationale Studierende. Durch den interkulturellen Austausch profitieren auch nationale bzw. deutschsprachige Studierende von der Intervention.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention umfasst drei feste Gruppentreffen:

1. Im ersten Treffen werden Inhalt und Ziele der Intervention vorgestellt. Hier werden zudem die Tandems gebildet. Die Tandems bestehen aus jeweils einem internationalen und einem deutschsprachigen Mitglied. Das deutschsprachige Mitglied übernimmt die Rolle des:der Paten:Patin für ein ganzes Semester.
2. Beim zweiten Treffen findet ein im Vorfeld organisiertes internationales Abendessen statt, für das die Teilnehmenden der Intervention typische Gerichte aus ihren Herkunftsländern zubereiten und mitbringen. Hierzu sind auch Teilnehmende der Intervention aus früheren Semestern eingeladen, die von ihren Erfahrungen berichten.
3. Im dritten Treffen wird die Intervention durch Erfahrungsberichte und im persönlichen Austausch resümiert.

Häufigkeit

Die Häufigkeit, mit der sich ein Tandem innerhalb des Semesters trifft, ist nicht festgelegt. Innerhalb des Semesters finden drei feste Gruppentreffen statt (siehe oben). Die Intervention ist für das gesamte erste Semester vorgesehen und endet offiziell am Ende des ersten Semesters.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Für die Organisation der Intervention, insbesondere der Gruppentreffen, sind personelle Ressourcen erforderlich. Bei der Umsetzung an der Universität Tübingen waren beispielsweise das Dekanat sowie das Mentoringprogramm der Medizinischen Fakultät an der Organisation beteiligt.

Erforderliche Qualifikation

Es sind keine Qualifikationen erforderlich.

Ergänzungen/Erweiterungen

Die Universität Tübingen bietet den Studierenden die Möglichkeit, sich die Teilnahme am Programm als Wahlfach anrechnen zu lassen. Dafür ist es notwendig, an den drei Gruppentreffen teilzunehmen sowie einen einseitigen Erfahrungsbericht zur Benotung (siehe <https://fachschaftmedizin.de/arbeitskreise/ak-mentorenprogramm/>) abzugeben.

Effektivität und Evaluation

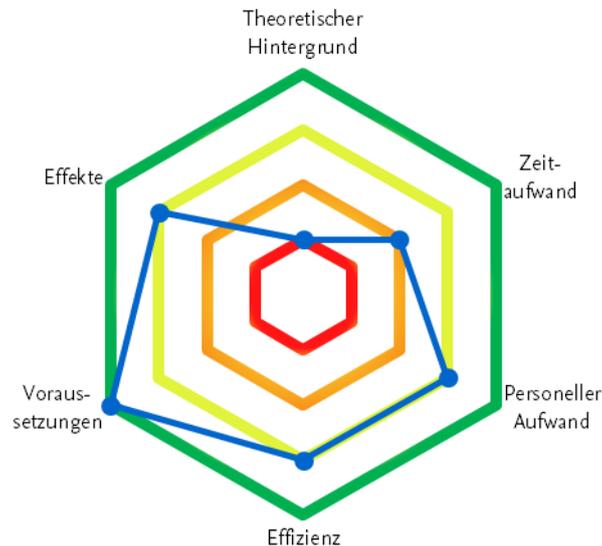
Herrmann-Werner et al. (2018) untersuchten in einer prospektiven Längsschnittstudie die Effekte der Intervention in Bezug auf den wahrgenommenen Stress bei internationalen Studierenden. Die Stichprobe umfasste insgesamt 69 Studierende aus vier aufeinanderfolgenden Kohorten. Diese füllten jeweils einen Fragebogen vor dem Beginn der Intervention (T₀) sowie am Ende des ersten Semesters (T₁) aus. Der wahrgenommene Stress wurde mithilfe der deutschsprachigen Kurzversion des Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20) erhoben. Zusätzlich kamen Items zu Motiven der Teilnahme, Stressoren und Erfahrungen während der Intervention zum Einsatz. Motive der internationalen Studierenden waren u. a. Integration in das Studiensystem sowie vermehrte Kontakte zu deutschen Studierenden, bei den nationalen Studierenden vor allem die Unterstützung für internationale Studierende. Beide Gruppen berichteten, dass sie das Programm als positiv erlebt und Freundschaften geschlossen haben.

Vor der Intervention wiesen die internationalen Studierenden ein höheres Stressniveau als deutschsprachige Studierende auf. Nach der Intervention war das Stressniveau der internationalen Studierenden deutlich geringer als vor der Intervention.

Bewertung

Die Intervention orientiert sich nicht an einem theoretischen Modell. Der zeitliche und personelle Aufwand für die Intervention ist moderat, jedoch auch abhängig von bestehenden Strukturen sowie der optionalen Integration in das Hochschulcurriculum. Die Intervention zeigt mittelfristige Effekte auf das subjektive Stresserleben von internationalen Studierenden und adressiert zudem wesentliche studiumsbezogene (insbesondere soziale) Ressourcen. Es fehlen jedoch Daten zu Langzeiteffekten (nach Ende der Tandemphase). Darüber hinaus kann das Tandemprogramm simultan zur Problemdiagnose und -lösung beitragen, da es ein Forum für den direkten Austausch mit den beteiligten Studierenden bietet.

Die Intervention ist eine effiziente Möglichkeit, wichtige soziale Ressourcen zu fördern und somit das Stresserleben bei internationalen Studierenden zu verringern. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,7 von 4 Punkten überwiegend positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Die Intervention »Interkulturelle Kommunikation« wurde im Jahr 2011 erstmals an der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen initiiert.
- Auf der Website des Mentoringprogramms der Medizinischen Fakultät Tübingen befindet sich eine kurze Beschreibung der Intervention: <https://fachschaftmedizin.de/arbeitskreise/ak-mentorenprogramm/erstis/#x-section-10>
- Der Zeitschriftenartikel von Herrmann-Werner et al. (2018) enthält einen Überblick sowie grafische Veranschaulichungen zum Aufbau der Intervention.

Literatur

Herrmann-Werner, A., Junne, F., Stuber, F., Huhn, D., Nikendei, C., Seifried-Dübon, T. et al. (2018). Reducing Stress and Promoting Social Integration of International Medical Students through a Tandem Program: Results of a Prospective-Program Evaluation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9).
<https://doi.org/10.3390/ijerph15091959>

2.6 Mobile Achtsamkeitsintervention

Ziel

Ziel der verhaltensbezogenen Intervention ist es, durch eine internetbasierte Achtsamkeitsintervention das psychische Missbefinden von Studierenden zu reduzieren. Insbesondere können der wahrgenommene Stress sowie Erschöpfung und Depressivität verringert werden (Fish & Saul, 2019; Messer et al., 2016; Möltner et al., 2018).

Theoretischer Hintergrund

Achtsamkeit beschreibt das Bewusstsein, welches durch die absichtliche Aufmerksamkeitsausrichtung auf die Gegenwart und die wertungsfreie Beobachtung eigener Erfahrung entsteht (Kabat-Zinn, 2003). Praktizierende Personen werden aufgefordert, ihre eigenen Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen akzeptierend und wohlwollend zu beobachten. Achtsamkeitstrainings wurden in der Vergangenheit unter anderem mit einer Reduktion von Ängstlichkeit (Shapiro et al., 2007) und kurzfristigem Stress (Chiesa & Serretti, 2009), aber auch gesteigerter Selbstkontrolle (Astin, 1997) und verbesserter Schlafqualität (Klatt et al., 2015) in Zusammenhang gebracht.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich primär an Studierende mit einem hohen Stresslevel. Laut Messer et al. (2016) profitieren jedoch Studierende unabhängig von ihrem initialen Stresslevel von der Intervention, weshalb diese auch für Studierende mit moderatem Stresslevel geeignet ist.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention findet in einem Zeitraum von drei Wochen statt (Messer et al., 2016). Teilnehmenden Studierenden werden drei geführte Meditationen online in Form von Audiodateien zur Verfügung gestellt (Messer et al., 2016).

- Die erste Meditationsübung verfolgt das Ziel, den Teilnehmenden eine höhere Sensibilität für die eigenen Sinneseindrücke zu verschaffen.
- In der zweiten Meditationsübung erlernen die Teilnehmenden die Durchführung eines sogenannten »Body Scan«, bei dem die eigene Aufmerksamkeit nacheinander auf verschiedene Körperregionen gerichtet wird. Ziel ist es, die entsprechenden Körperregionen sequenziell zu entspannen.
- Die dritte Übung soll den Teilnehmenden die Fähigkeit vermitteln, die eigenen Gedanken, Gefühle und Sinneswahrnehmungen zu verfolgen, ohne hierbei eine Reaktion zu zeigen oder ein Urteil zu fällen.

Häufigkeit

Die Meditationen sollen dreimal wöchentlich durchgeführt werden, wobei die einzelnen Wochen den jeweiligen Übungen zugeordnet sind. In Woche 1 wird dementsprechend dreimal Übung 1 ausgeführt, in Woche 2 dreimal Übung 2 und in Woche 3 schließlich dreimal die Übung 3. Wann und wo die Meditationen durchgeführt werden, ist den Teilnehmenden überlassen. Die Meditationen dauern zwischen 12 und 20 Minuten.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Die Intervention erfordert kostenfreien Onlinezugang zu geführten Meditationen (siehe weiterführende Informationen). Die Meditationen können dann in Eigenverantwortung durchgeführt werden. Sinnvoll ist es, die Intervention entweder in Lehrveranstaltungen über die Lehrenden oder über hochschulische Kommunikationskanäle (Mailverteiler, Internetpräsenz) zu bewerben.

Es gibt mehrere Anbieter von Achtsamkeitstraining-Applikationen, die identische oder der oben beschriebenen Intervention sehr ähnliche Angebote zur Verfügung stellen. Dazu zählen unter anderem »7Mind« und »Headspace«. Eine kostenfreie Nutzung für Studierende kann auf zwei Wegen realisiert werden: Einerseits kann die Universität eine Nutzungsberechtigung für alle Studierenden bei bestimmten App-Anbietern erwerben, andererseits können die Studierenden bei einigen Anbietern (z. B. 7Mind oder Headspace) selbst ein Abonnement erwerben und sich die entstandenen Kosten von der Krankenkasse erstatten lassen.

Erforderliche Qualifikationen

Da das internetbasierte Achtsamkeitstraining appbasiert ist und von Drittanbietern zur Verfügung gestellt wird, benötigt die Umsetzung des Trainings keine personellen Ressourcen.

Effektivität und Evaluation

Messer et al. (2016) zeigten eine Stressreduktion mit großer Effektstärke direkt nach Abschluss der beschriebenen Intervention. Weiterhin führt die Intervention zu einem weniger emotionsbasierten Umgang mit Stress. Diese Effekte sind unabhängig vom Initiallevel des Stress, dementsprechend profitieren auch weniger gestresste Studierende von der Intervention. Fish und Saul (2019) zeigten, dass internetbasierte Achtsamkeitsinterventionen auch zu einer Reduktion von Depressivität bei Studierenden beitragen können.

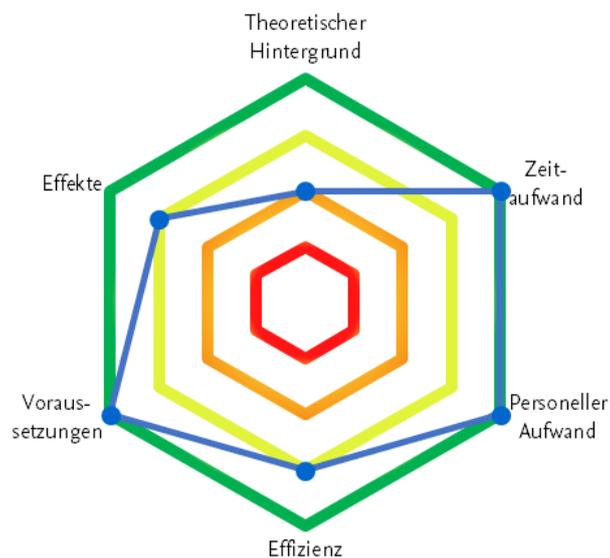
Möltner et al. (2018) zeigten, dass ein zweiwöchiges Achtsamkeitstraining mit »7Mind« bei Beschäftigten neben diversen positiven Outcomes – Steigerung der Achtsamkeit, Steigerung des Arbeitsengagements, Steigerung der Arbeitszufriedenheit – auch zu einer Reduktion emotionaler Erschöpfung sowie zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeit führt.

Auch metaanalytische Untersuchungen zeigten, dass internetbasierte Achtsamkeitsinterventionen zu einer Reduktion von Stress, depressiven Symptomen und Ängstlichkeit sowie einer Steigerung des Wohlbefindens führt (Spijkerman et al., 2016).

Bewertung

Die Intervention bezieht sich nicht explizit auf ein theoretisches Modell zur Wirkung. Die Intervention ist mit sehr geringem Zeit- und Personalaufwand für die Hochschule realisierbar, da sie nur der Zugang zu einer entsprechenden App bereitstellen muss. Sie wird von den Studierenden eigenverantwortlich an einem beliebigen Ort zu beliebiger Zeit durchgeführt und ist somit ohne weitere Voraussetzungen in den Hochschulkontext integrierbar. Mithilfe der Intervention ist es möglich, innerhalb relativ kurzer Zeit zur Reduktion von Stress, Erschöpfung sowie Depressivität beizutragen (Fish & Saul, 2019; Messer et al., 2016; Möltner et al., 2018). Es fehlen jedoch Daten zu Langzeiteffekten.

Die Intervention ist eine gute Möglichkeit zur Reduzierung des psychischen Missbefindens. Die Gesamtbewertung fällt mit 3,3 von 4 Punkten sehr positiv aus.



Weiterführende Informationen

- In Kooperation mit Drittanbietern ist der Zugang zu der Onlineintervention für Studierende der Universität Bielefeld, Universität Mannheim, HTW Dresden, TH Köln sowie einer Reihe weiterer Hochschulen kostenfrei. Für eine vollständige Auflistung der teilnehmenden Hochschulen siehe <https://www.7mind.de/studierende>.
- Neben dem beschriebenen Ansatz gibt es noch verschiedene weitere gut evaluierte achtsamkeits- und appbasierte Interventionsansätze im Studierendenkontext. Beispiele hierzu finden sie im Artikel *Burnout-Prävention und mobile Achtsamkeit: Evaluation eines appbasierten Gesundheitstrainings bei Berufstätigen* von Möltner et al. (2018) sowie in *The Gamification of Meditation: A Randomized-Controlled Study of a Prescribed Mobile Mindfulness Meditation Application in Reducing College Students' Depression* von Fish und Saul (2019).

Literatur

- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(2), 97–106. <https://doi.org/10.1159/000289116>
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593–600. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495>
- Fish, M. T. & Saul, A. D. (2019). The Gamification of Meditation: A Randomized-Controlled Study of a Prescribed Mobile Mindfulness Meditation Application in Reducing College Students' Depression. *Simulation & Gaming*, 50(4), 419–435. <https://doi.org/10.1177/1046878119851821>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness - Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Klatt, M., Steinberg, B. & Duchemin, A.-M. (2015). Mindfulness in Motion (MIM): An Onsite Mindfulness Based Intervention (MBI) for Chronically High Stress Work Environments to Increase Resiliency and Work Engagement. *Journal of visualized experiments : JoVE*(101), e52359. <https://doi.org/10.3791/52359>
- Messer, D., Horan, J. J., Turner, W. & Weber, W. (2016). The Effects of Internet-Delivered Mindfulness Training on Stress, Coping, and Mindfulness in University Students. *AERA Open*, 2(1), 233285841562518. <https://doi.org/10.1177/2332858415625188>
- Möltner, H., Leve, J. & Esch, T. (2018). Burnout-Prävention und mobile Achtsamkeit: Evaluation eines appbasierten Gesundheitstrainings bei Berufstätigen [Burnout Prevention and Mobile Mindfulness: Evaluation of an App-Based Health Training Program for Employees]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 80(3), 295–300. <https://doi.org/10.1055/s-0043-114004>
- Shapiro, S. L., Brown, K. W. & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M. & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical psychology review*, 45, 102–114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>

2.7 Soziale Ängstlichkeit überwinden

Ziel

Das Ziel der webbasierten kognitiv-behavioralen Intervention »Overcome Social Anxiety« ist die Reduktion der sozialen Ängstlichkeit (McCall et al., 2018).

Theoretischer Hintergrund

Die Intervention ist eine Erweiterung des webbasierten kognitiv-behavioralen Programms für Menschen mit Störungen des Redeflusses, welches u. a. Elemente aus dem kognitiven Modell der Emotionen (auch kognitive Emotionstheorie) sowie psychoedukative Komponenten auf Basis des kognitiven Modells der sozialen Phobie beinhaltet (Helgadóttir et al., 2009, 2014). Die Intervention »Overcome Social Anxiety« ist jedoch nicht mehr ausschließlich auf Menschen mit Störungen des Redeflusses zugeschnitten.

Der Inhalt wurde durch zwei klinische Psycholog:innen gestaltet und basiert auf etablierten Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) für soziale Ängstlichkeit.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an Studierende mit Schwierigkeiten und Ängstlichkeit in sozialen Situationen (AICBT Ltd.).

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention setzt sich aus sieben Modulen zusammen und nutzt verschiedene Methoden der KVT. Zu Beginn der Intervention werden zunächst detaillierte Fragebögen zur eigenen Person und den erlebten Symptomen ausgefüllt. Beispielsweise werden Listen mit sozialängstlichen Gedanken sowie Vermeidungsverhalten präsentiert. Die Teilnehmenden beurteilen, wie relevant die dargestellten Gedanken und Verhaltensweisen für ihre spezifischen Symptome der sozialen Ängstlichkeit sind. Auf Basis der Antworten werden die Inhalte der Intervention auf die individuellen Bedürfnisse und Symptome der Teilnehmenden zugeschnitten (AICBT Ltd.; Centre for Mental Health Research, 2018; McCall et al., 2018).

Im Anschluss werden die Teilnehmenden durch die sieben Module geführt (vgl. AICBT Ltd.; McCall et al., 2018).

1. Das erste Modul »Thinking Exercises« dient zum Aufbau einer virtuellen therapeutischen Beziehung. Die Psycholog:innen stellen sich über ein Foto und einen aufgezeichneten Soundclip vor. Den Teilnehmenden werden u. a. die Funktionen der Intervention (z. B. Feedbackfunktion) erklärt. Außerdem werden häufige kognitive Fehler dargestellt, wobei Übungen über die Zusammenhänge zwischen Kognition, Verhalten und Emotion aufklären.

2. Im zweiten Modul »Challenging Your Thinking« werden den Teilnehmenden ihre jeweils fünf relevantesten Gedanken hinsichtlich sozialer Ängstlichkeit sowie korrigierendes Feedback zu diesen Gedanken präsentiert. Mithilfe dieses Feedbacks sollen die Teilnehmenden 40 verschiedene funktionale Antworten auf ihre Gedanken skizzieren.
3. Zu den Aufgaben im dritten Modul »Creating Your Model« zählt die Erstellung einer individuellen Soziale-Ängstlichkeits-Rezeptur. Dafür steht den Teilnehmenden eine Liste mit Symptomen zur Verfügung (z. B. vermiedene Situationen, angst- und vermeidungsauslösende Kognitionen, Sicherheitsverhalten, mentale Bilder und körperliche Angstsymptome). Diese werden anhand von Sprachaufzeichnungen der Psycholog:innen detailliert beschrieben.
4. Das vierte Modul »Behavioral Experiments« beinhaltet Verhaltensexperimente zu Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten. Die Verhaltensexperimente werden auf der Basis der in Modul 3 erstellten Rezeptur ausgewählt. Dabei wählen die Teilnehmenden eine Vermeidungssituation aus ihrer individuellen Liste aus. Daraufhin erstellt das Programm automatisch ein Verhaltensexperiment für diese Situation, das auf eine oder mehrere angst- oder vermeidungsauslösende Kognitionen abzielt. Die Teilnehmenden üben anhand von drei bis zehn Experimenten. Die Experimente werden in der realen Welt ausgeführt.
5. Im fünften Modul »Challenge Your Thinking Further« liegt der Schwerpunkt auf kognitiver Arbeit bezüglich Ärger und Frustration, die oft mit sozialer Ängstlichkeit verbunden sind. Die Teilnehmenden sollen ihre ärgerbezogenen Überzeugungen identifizieren. Sie fordern ihre Ängste vor Vorurteilung und negativen Bewertungen durch andere heraus. Das Programm führt die Teilnehmenden durch die Neuformulierung ihrer Überzeugungen mithilfe einer Kosten-Nutzen-Analyse.
6. Im sechsten Modul »Self-Processing« geht es um die fokussierte Aufmerksamkeit für die eigene soziale Ängstlichkeit. Zunächst wird ein kompetenzbasiertes Aufmerksamkeitstraining (Wells, 2007) vermittelt, um Kontrolle über die Aufmerksamkeit in sozialen Situationen zu fördern. Außerdem werden Methoden der Reskription (Holmes et al., 2007) angewandt, um dysfunktionale Bilder zu verändern. Die Teilnehmenden hören abschließend ein Voice-Over mit einer Reskription ihrer individuellen Bilder. Diese Bilder werden ausgewählt, wenn die Teilnehmenden ihre individuellen Rezepturen konstruieren.
7. Das letzte Modul »Relapse Prevention« dient zur Rückfallprävention. Es beinhaltet einen Überblick über die vorangegangenen Module sowie Psychoedukation zu präventiven Verhaltensweisen, mit denen die Teilnehmenden die erlernten Fortschritte der Intervention aufrechterhalten sowie negativen Stimmungen entgegenwirken können.

Das Programm erstellt ein Histogramm für die Teilnehmenden, das ihre Ergebnisse vor und nach der Intervention gegenüberstellt. Außerdem wird ein PDF-Dokument erstellt, das alle Materialien des Programms sowie die individuellen Daten der Teilnehmenden enthält. Sicherheit und Schutz der Privatsphäre sind mithilfe einer SSL-Verschlüsselung gewährleistet. Eine Weitergabe von Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Ein weiterer Vorteil des Programms ist die

Anonymität. Zur Nutzung werden lediglich eine E-Mail-Adresse sowie ein Zahlungsmittel benötigt (AICBT Ltd.).

Häufigkeit

Für die Bearbeitung der sieben Module ist ein Zeitraum von vier bis sechs Monaten vorgesehen. Empfohlen wird, ein- bis zweimal pro Woche auf die Plattform zuzugreifen.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Die Teilnahme an der Intervention erfolgt über die Programmwebsite (<https://www.aitherapy.com>). Zugang zur Intervention wird gegen eine Teilnahmegebühr von £99 ermöglicht (AICBT Ltd.).

Erforderliche Qualifikation

Die Inhalte der Intervention, z. B. Erklärungen zu wichtigen Prinzipien der KVT sowie die Sprachaufzeichnungen innerhalb der Module, wurden von zwei klinischen Psycholog:innen mit Kenntnissen in der KVT ausgearbeitet.

Ergänzungen/Erweiterungen

Die Teilnehmenden erhalten automatische Erinnerungsmails zur Bearbeitung der Module nach 3, 7, 10, 14, 21 und 28 Tagen Inaktivität (McCall et al., 2019).

Effektivität und Evaluation

McCall et al. (2018) untersuchten die Wirksamkeit der Intervention an einer Stichprobe aus Studierenden mit Symptomen sozialer Ängstlichkeit. Die Studierenden wurden randomisiert einer Interventionsgruppe (n = 30) und einer Wartelisten-Kontrollgruppe (n = 35) zugeteilt. Vier Monate nach der Baseline-Erhebung bearbeiteten die Teilnehmenden im Follow-up zwei Fragebögen zur Sozialen Phobie (SIAS, Social Interaction Anxiety Scale; FNE, Fear of Negative Evaluation Scale). Nach der Intervention ergab sich eine signifikante Verringerung der Symptome sozialer Ängstlichkeit bei den Teilnehmenden der Interventionsgruppe, nicht aber bei den Personen in der Kontrollgruppe (McCall et al., 2018).

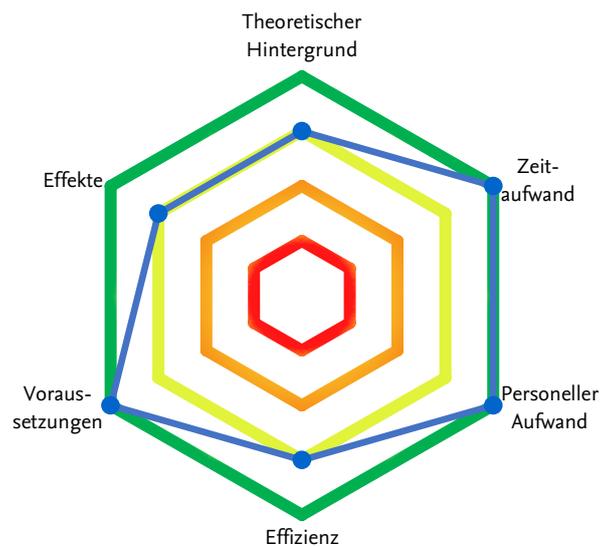
McCall et al. (2019) evaluierten die Intervention im Hinblick auf die Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse auf die Allgemeinheit von Personen mit sozialer Ängstlichkeit. Zu diesem Zweck wurden die Daten aller Teilnehmenden des Overcome-Social-Anxiety-Trainings zwischen den Jahren 2012 bis 2018 analysiert. Die Studienteilnehmer:innen aus der vorangegangenen Studie (McCall et al., 2018) wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Von insgesamt 102 Teilnehmenden wurden die Werte aus der Prämessung vor der Durchführung des Trainings mit den Werten aus der Postmessung nach dem Training verglichen, um Veränderungen abzubilden. Nach der Intervention zeigten die Teilnehmenden signifikant weniger Symptome sozialer Ängstlichkeit, weniger depressive und stressbezogene Symptome, erlebten seltener typische sozialängstliche Gedanken und vermieden seltener ängstlichkeitsauslösende Situationen. Die

Autor:innen diskutieren die Ergebnisse vor dem Hintergrund der vorangegangenen Evaluationsstudie, dem Fehlen einer Kontrollgruppe sowie störungsspezifischer Verlaufsparemeter und konkludieren, dass die Verringerung der Symptomschwere in dieser Studie hauptsächlich auf die Intervention und nicht auf eine spontane Remission² zurückzuführen ist (vgl. McCall et al., 2019).

Bewertung

Die Intervention basiert auf etablierten Techniken der KVT, hat aber kein eigenständiges theoretisches Fundament. Der zeitliche und personelle Aufwand ist relativ gering. Zudem ist die Intervention bereits für Studierende konzipiert. Durch das webbasierte Format ist sie unkompliziert in den Hochschulalltag integrierbar. Die Intervention trägt substanziiell zur Verringerung der sozialen Ängstlichkeit bei Studierenden bei. Langzeiteffekte gibt es bislang jedoch noch nicht. Ein Nachteil sind die Kosten für die Teilnahme. Trotz der finanziellen Kosten ist der Nutzen durch die Intervention vergleichsweise hoch.

Die Intervention ist ein niedrighschwelliges Interventionsangebot für Personen mit sozialer Ängstlichkeit. Die Gesamtbewertung fällt mit 3,5 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Fortlaufende Entwicklungen im Projekt werden auch auf dem projektbezogenen sozialen Netzwerk unter <https://www.facebook.com/AITherapycom/> veröffentlicht.

² Spontanes Nachlassen von Krankheitssymptomen

Literatur

- AICBT Ltd. (n.d.). *Overcome Social Anxiety*. Zugriff am 25. Januar 2022, verfügbar unter <https://www.ai-therapy.com/>
- Centre for Mental Health Research. (2018, 14. Juni). *AI-Therapy – Overcome Social Anxiety*. <https://beacon.anu.edu.au/service/website/view/426/5>
- Helgadóttir, F. D., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A. & O'Brian, S. (2009). Online CBT II: A Phase I Trial of a Standalone, Online CBT Treatment Program for Social Anxiety in Stuttering. *Behaviour Change*, 26(4), 254–270. <https://doi.org/10.1375/bech.26.4.254>
- Helgadóttir, F. D., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A. & O'Brian, S. (2014). A standalone Internet cognitive behavior therapy treatment for social anxiety in adults who stutter: CBTpsych. *Journal of Fluency Disorders*, 41, 47–54.
- Holmes, E. A., Arntz, A. & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: images, treatment techniques and outcomes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.007>
- McCall, H. C., Helgadottir, F. D., Menzies, R. G., Hadjistavropoulos, H. D. & Chen, F. S. (2019). Evaluating a Web-Based Social Anxiety Intervention Among Community Users: Analysis of Real-World Data. *Journal of Medical Internet Research*, 21(1), e11566. <https://doi.org/10.2196/11566>
- McCall, H. C., Richardson, C. G., Helgadottir, F. D. & Chen, F. S. (2018). Evaluating a Web-Based Social Anxiety Intervention Among University Students: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 20(3), e91. <https://doi.org/10.2196/jmir.8630>
- Wells, A. (2007). The Attention Training Technique: Theory, Effects, and a Metacognitive Hypothesis on Auditory Hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 134–138. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.01.010>

2.8 StudiCare Stress

Ziel

StudiCare Stress ist eine internetbasierte, appgestützte Stressmanagementintervention und zielt auf die Reduktion von wahrgenommenem Stress sowie Depression, Ängstlichkeit und emotionaler Erschöpfung ab, indem sie die Problemlösefähigkeiten sowie den verbesserten Umgang mit negativen Gefühlen bei Studierenden gezielt trainiert.

Theoretischer Hintergrund

Die Grundlage zur Entwicklung von StudiCare Stress bildet GET.ON Stress, ein konzeptionell ähnliches internet- und mobilbasiertes Training zur Stressbewältigung im Berufsalltag. Einige Anpassungen der Form und des therapeutischen Inhalts wurden vorgenommen, um die Interventionen auf die Bedürfnisse von Studierenden zuzuschneiden.

Konzeptuell basieren die Stressinterventionen auf dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984), wonach zwei Strategien für die Bewältigung von Stressoren unterschieden werden: (1) Problemlösung und (2) Emotionsregulation. Die Intervention setzt sich daher aus diesen beiden Komponenten zusammen (Heber et al., 2013).

StudiCare Stress kombiniert Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) mit Entspannungsverfahren.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Stressmanagementintervention richtet sich an alle Personen, die ein ausgeprägtes Stresserleben aufweisen, das heißt einen Wert ≥ 8 auf der Perceived Stress Scale 4 (PSS-4; vgl. Harrer et al., 2018). Dazu zählen unter anderem ein dauerhafter Anspannungszustand, Erschöpfungserleben durch Studium oder Arbeit, andauernde Gefühle des Ärgers und Sorgen sowie eine durch Stress geminderte Leistungsfähigkeit und Lebensfreude. Die Teilnahme an dem Training ist für Studierende im Rahmen der Teilnahme an einer Onlinestudie kostenlos. Die Registrierung erfolgt über die StudiCare-Onlineplattform (<https://www.studicare.com/stress>). Studierende, die an einer Hochschule eingeschrieben sind sowie über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, können sich für das Training anmelden (Kählke et al., 2019).

Aufbau (Gegenstände/Module)

StudiCare Stress besteht aus insgesamt acht Modulen. Die ersten sieben Module bilden den Hauptteil der Intervention. Die achte Sitzung erfüllt eine Auffrischungsfunktion und kann ca. zwei Wochen nach Abschluss des Trainings durchgeführt werden (Harrer et al., 2019). Jedes Modul enthält sowohl textbasierte Informationen als auch multimediale Komponenten wie z. B. Audio- und Videodateien (Fleischmann et al., 2018).

1. Die erste Sitzung »Einführung« dient der Vermittlung von psychoedukativen Informationen zu Stress und gibt eine Vorschau über die nachfolgenden Sitzungen (Harrer et al., 2018).

2. Die Sitzung 2 »Problemlösung« widmet sich dem Training von Problemlösekompetenzen und vermittelt Stressmanagementstrategien. Mithilfe eines systematischen Lösungsansatzes, des sogenannten 6-Schritte-Plans, trainieren die Teilnehmenden in diesem Modul, wie sie (grundsätzlich lösbare) Stressfaktoren und Probleme Schritt für Schritt besser bewältigen können, und wenden diese Methode auf ihre individuellen Probleme an. Die einzelnen Schritte sind: (1) Was ist mein Problem?, (2) Was ist mein Ziel?, (3) Lösungsmöglichkeiten finden, (4) die (kleinen) Schritte zur Problemlösung festlegen, (5) die Lösungsmöglichkeit ausprobieren und (6) Bilanz ziehen (vgl. Heber et al., 2016).
3. In der Sitzung 3 »Muskel- und Atementspannung« erfolgt eine Einführung in die Grundprinzipien der Muskel- und Atementspannung. Zusätzlich werden den Teilnehmenden Audioübungen für die tägliche Nutzung bereitgestellt (Harrer et al., 2018).
4. In der Sitzung 4 »Mindfulness« wird das Konzept der Achtsamkeit behandelt. Ergänzend werden hier Techniken der sogenannten Metakognitiven Therapie angewendet. Inhalte sind (1) das Erlernen von metakognitiven Strategien zum Umgang mit Selbstkritik sowie (2) Übungen zu Achtsamkeit (Harrer et al., 2018).
5. Sitzung 5 »Akzeptanz und Toleranz« vermittelt Strategien zur Emotionsregulation, die die Teilnehmenden unterstützen, mit solchen Stressfaktoren und Problemen funktional umzugehen, die zum Teil unlösbar sind oder die mit starken Gefühlen wie Ärger, Enttäuschung, Frustration oder Traurigkeit einhergehen (Nobis et al., 2018). Neben psychoedukativen Informationen erhalten die Teilnehmenden Übungen zur Akzeptanz und Toleranz von negativen Emotionen (Harrer et al., 2018).
6. Themen von Sitzung 6 »Selbstmitgefühl« sind Selbstkritik in prekären Situationen sowie das Schreiben eines Selbstmitgefühl-Briefes, kognitive Defusion³ von unerwünschten Gedanken hinsichtlich Selbstwert und Leistung sowie Übungen zur positiven Selbstunterstützung und kognitiven Umstrukturierung zur Überwindung dysfunktionaler, perfektionistischer Denk- und Handlungsmuster (Harrer et al., 2018).
7. Die letzte Hauptsitzung »Mein Masterplan« beinhaltet das Erstellen eines Zukunftsplans, in dem die Teilnehmenden Szenarien konstruieren, wie sie die im Training erlernten und eingeübten Strategien und Techniken zukünftig anwenden und in ihren Alltag integrieren können. Weitere Inhalte dieser Sitzung sind die frühzeitige Identifikation physiologischer Stress-Warnsignale sowie das Rekapitulieren der Bewältigungsstrategien für nur schwer veränderbare Stressoren. (Ebert et al., 2014; Harrer et al., 2018; Heber et al., 2013).

Zwei Wochen nach Trainingsende schließt sich eine Auffrischungssitzung an. Den Teilnehmenden werden weitere Informationen zu Selbsthilfemöglichkeiten und zu psychotherapeutischen Angeboten gegeben. Nach einer Zusammenfassung aller Trainingssitzungen erfolgt

³ Kognitive Defusion ist eine Technik der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Ziel ist die Distanzierung von Gedanken, denen eine mangelnde Trennung mit der Realität zugrunde liegen. Die Personen lernen dabei eine Haltung des Abstands und der Beobachtung gegenüber unerwünschten Gedanken einzunehmen und diese nicht als Tatsachen anzusehen. So wird gewährleistet, dass Gedanken nicht mehr automatisch bestimmte Handlungen nach sich ziehen.

eine Wiederholung der Übungen aus den einzelnen Sitzungen. Anschließend evaluieren die Teilnehmenden den Trainingstransfer und werden angeregt, Feedback zum Training zu geben (Fleischmann et al., 2018; Harrer et al., 2018).

Zusätzlich bekommen die Teilnehmenden im Anschluss an jedes Modul Hausaufgaben. Diese dienen dazu, das erworbene Wissen, die erlernten Strategien und die Techniken aus den abgeschlossenen Modulen in Übungen zu vertiefen und somit den Transfer in den Alltag zu realisieren, um den besten Trainingserfolg zu erzielen (Harrer et al., 2018).

Häufigkeit

Das Training ist für eine Dauer von fünf bis sieben Wochen angelegt. Jedes Modul kann im Rahmen einer Sitzung bearbeitet werden (30–90 Minuten). Die Studierenden werden dazu angehalten, mindestens ein bis maximal zwei Module pro Woche zu bearbeiten (Harrer et al., 2018).

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Das Training wird online auf einer geschützten Webplattform realisiert, auf der sich die Teilnehmenden mit ihren E-Mail-Adressen und selbst generierten Passwörtern anmelden (Nobis et al., 2018).

Neben dem digitalen Format enthält das Onlinetraining auch eine mobile Komponente, bei der die Teilnehmenden täglich kurze Übungen und motivationale Nachrichten per SMS auf ihre Smartphones erhalten. Dieses SMS-Coaching erleichtert es den Teilnehmenden, die Übungen aus dem Training niedrigschwellig und unmittelbar in den Alltag zu transferieren. Ein Beispiel ist die »kurze Entspannungsübung«, bei der die SMS folgende Instruktion enthält: „Entspanne jetzt die Muskeln deiner Hände und Arme für drei Sekunden. Beobachte deinen Atem. Entspanne bei jedem Ausatmen ein kleines bisschen mehr.“ Das SMS-Coaching ist optional, wobei die Teilnehmenden vor Trainingsbeginn diese Leistung anfordern können (Harrer et al., 2018).

Die internetbasierten Stresstrainings sind in drei verschiedenen Begleitformen verfügbar.

1. Die »intensive Begleitung« beinhaltet regelmäßiges schriftliches personalisiertes Feedback durch geschulte Psycholog:innen (eCoach) sowie Erinnerungen an nicht bearbeitete Lektionen.
2. Die »Begleitung auf Nachfrage« stellt ein reduziertes Begleitformat dar, bei dem die Teilnehmenden auf aktive Anfragen Feedback erhalten. Auch hier werden Erinnerungsnachrichten bei Inaktivität versendet.
3. Die »reine Selbsthilfe« ist eine Form des Trainings, bei der die Teilnehmenden weder Feedback noch Erinnerungen erhalten und die Sitzungen eigenständig absolvieren.

Evaluationsstudien fanden vergleichbare Effekte für die erste und zweite Begleitform, wohingegen die reine Selbsthilfe mit niedrigeren Effekten einherging. Hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Bilanz, der Adhärenz und der Effekte des Trainings ist die »Begleitung auf Nachfrage« optimal und wird daher empfohlen (vgl. Nobis et al., 2018).

Das Training wird im Rahmen einer »Begleitung auf Nachfrage« durch eine:n eCoach:in mitgeführt. Der:die eCoach:in ist beispielsweise Psychologiestudent:in im Master und wird im

Rahmen eines Trainings in das Feedbackschreiben eingeführt. Ziel der Begleitung ist die Förderung der Motivation und Adhärenz der Teilnehmenden.

Aufgabenbereiche der eCoaches:

1. Das Überwachen der Trainings-Adhärenz.
2. Das Senden von motivationalen Nachrichten nach jedem Modul.
3. Das Schreiben von individualisiertem Feedback auf Anfrage.

Erforderliche personelle Qualifikationen

Die eCoaches sind Psychologiestudierende im Master.

Ergänzungen/Erweiterungen

Zusatzmodule

Im Anschluss an die Module 2–7 stehen den Teilnehmenden zehn Zusatzmodule zur Bearbeitung weiterer Themen zur Verfügung. Inhaltlich decken die Zusatzmodule relevante Bereiche für Studierende ab, darunter soziale Unterstützung, Grübeln und Sorgen, Zeitmanagement, Prokrastination, Prüfungsangst, Schlaf, Motivation, Ernährung und Bewegung, Tipps zum Umgang mit Schreibblockaden sowie Übungen zur Konzentration. Die Auswahl von Zusatzmodulen erfolgt auf der Basis individueller Bedürfnisse und Präferenzen (Harrer et al., 2018). Diese Inhalte werden in Form von Informationsmaterial sowie Übungen und Aufgaben angeboten (Fleischmann et al., 2018).

Tagebuch

In der ersten Sitzung werden die Teilnehmenden in eine Tagebuch-App eingeführt, welche sie im Anschluss herunterladen können. Das Tagebuch ist ein Zusatz zu den Hauptmodulen und soll dabei helfen, Stimmungsschwankungen zu verfolgen und Faktoren zu überwachen, die das Stressniveau beeinflussen. Außerdem können Teilnehmende mithilfe dieser Tagebuch-App über Interventionselemente reflektieren, die sie in ihren Alltag einbauen können, und ihre Erfahrungen beim Transfer beschreiben. Die Teilnehmenden sollen zwei bis drei Mal pro Woche ihre Stimmung dokumentieren (Harrer et al., 2018).

Effektivität und Evaluation

StudiCare Stress wurde mithilfe einer randomisierten kontrollierten Studie auf seine Wirksamkeit hin untersucht. Harrer et al. (2018) verglichen dabei Teilnehmende von StudiCare Stress (inklusive »Begleitung auf Nachfrage«) mit einer Wartelistenkontrollgruppe. Auf der Basis einer Stichprobe von 106 Teilnehmenden konnten die Autor:innen signifikante Effekte für primäre und sekundäre Ergebnismaße finden. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion von Stress nach Beendigung des Trainings. Dieser Effekt konnte auch drei Monate nach Abschluss des Trainings noch gezeigt werden. Das Training führte zu einer signifikanten Reduzierung des psychischen Missbefindens (Depression, Ängstlichkeit, emotionale Erschöpfung) sowie zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und einiger studiumsbezogener Variablen wie Produktivität, Selbstwirksamkeit und Grübeln. Diese Effekte blieben über drei Monate hinweg stabil.

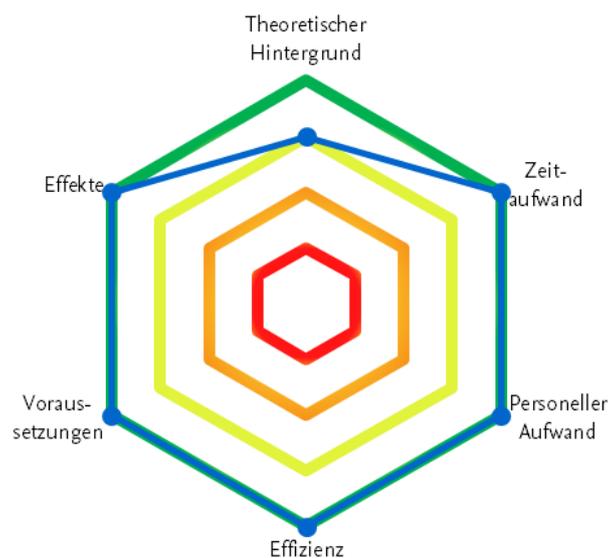
Weitere Evidenz bezieht sich auf GET.ON Stress – die Basis für StudiCare Stress. GET.ON Stress wurde bereits in drei randomisierten kontrollierten Studien untersucht (Ebert, Heber et al., 2016; Ebert, Lehr et al., 2016; Heber et al., 2016). In allen drei Studien berichteten Teilnehmende nach der Intervention weniger wahrgenommenen Stress.

Ebert, Lehr et al. (2016) untersuchten den Effekt eines GET.ON-Stresstrainings mit »Begleitung auf Nachfrage« anhand einer Stichprobe von 264 Beschäftigten mit erhöhten Stresssymptomen. Dabei zeigte sich, dass die Teilnehmenden des Trainings im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant niedrigeren wahrgenommenen Stress berichteten als vor dem Training. Zusätzlich verringerte die Intervention das psychische Missbefinden (z. B. Depression, Insomnie, Ängstlichkeit, emotionale Erschöpfung). Die Effekte blieben sechs Monate nach der Intervention stabil. Heber et al. (2016) konnten mithilfe ihrer randomisierten kontrollierten Studie ähnliche positive Effekte von GET.ON Stress finden, die auch ein Jahr nach der Intervention noch evident waren.

Bewertung

Die Intervention ist durch das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984) begründet und formuliert dessen Komponenten und Wirkketten. Zudem bedient sie sich etablierter Techniken und Methoden. Strukturelle Ursachen von Wohl- und Missbefinden werden durch diese Intervention jedoch nicht adressiert. Da es sich um eine rein onlinebasierte Intervention handelt, erfordert sie kaum zusätzlichen zeitlichen oder personellen Aufwand für die Hochschulen. Einzige Voraussetzung für die Integration in den Hochschulkontext ist eine digitale Infrastruktur. Die Intervention zeigt kurz- und langfristige Effekte auf das subjektive Stresserleben sowie depressive Symptome und Ängstlichkeit der Studierenden. Die Teilnahme an der Intervention ist zudem kostenfrei.

Die Intervention stellt eine effiziente und effektive Möglichkeit dar, mehrere Aspekte des psychischen Missbefindens zu reduzieren. Die Gesamtbewertung fällt mit 3,8 von 4 Punkten sehr positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Harrer et al. (2019) geben in ihrem Zeitschriftenartikel *Internet- and App-Based Stress Intervention for Distance-Learning Students With Depressive Symptoms* eine umfassende Beschreibung zu den konkreten Inhalten der drei Aufgabenbereiche der eCoaches.
- Zugang zur Intervention: <https://www.studicare.com/stress>.

Literatur

- Ebert, D. D., Heber, E., Berking, M., Riper, H., Cuijpers, P., Funk, B. & Lehr, D [Dirk] (2016). Self-guided internet-based and mobile-based stress management for employees: results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 73(5), 315–323. <https://doi.org/10.1136/oemed-2015-103269>
- Ebert, D. D., Lehr, D [Dirk], Heber, E., Riper, H., Cuijpers, P. & Berking, M. (2016). Internet- and mobile-based stress management for employees with adherence-focused guidance: efficacy and mechanism of change. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42(5), 382–394. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3573>
- Ebert, D. D., Lehr, D [Dirk], Smit, F., Zarski, A.-C [Anna-Carlotta], Riper, H., Heber, E., Cuijpers, P. & Berking, M. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of minimal guided and unguided internet-based mobile supported stress-management in employees with occupational stress: a three-armed randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 14, 807. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-807>
- Fleischmann, R. J [R. J.], Harrer, M [M.], Zarski, A.-C [A-C], Baumeister, H [H.], Lehr, D [D.] & Ebert, D. D. (2018). Patients' experiences in a guided Internet- and App-based stress intervention for college students: A qualitative study. *Internet interventions*, 12, 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.12.001>
- Harrer, M [Mathias], Adam, S. H., Fleischmann, R. J [Rebecca Jessica], Baumeister, H [Harald], Auerbach, R., Bruffaerts, R., Cuijpers, P., Kessler, R. C., Berking, M., Lehr, D [Dirk] & Ebert, D. D. (2018). Effectiveness of an Internet- and App-Based Intervention for College Students With Elevated Stress: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 20(4), e136. <https://doi.org/10.2196/jmir.9293>
- Harrer, M [Mathias], Apolinário-Hagen, J., Fritsche, L., Drüge, M., Krings, L., Beck, K., Salewski, C., Zarski, A.-C [Anna-Carlotta], Lehr, D [Dirk], Baumeister, H [Harald] & Ebert, D. D. (2019). Internet- and App-Based Stress Intervention for Distance-Learning Students With Depressive Symptoms: Protocol of a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry*, 10, 361. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00361>
- Heber, E., Ebert, D. D., Lehr, D [Dirk], Nobis, S., Berking, M. & Riper, H. (2013). Efficacy and cost-effectiveness of a web-based and mobile stress-management intervention for employees: design of a randomized controlled trial. *BMC public health*, 13, 655. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-655>
- Heber, E., Lehr, D [Dirk], Ebert, D. D., Berking, M. & Riper, H. (2016). Web-Based and Mobile Stress Management Intervention for Employees: A Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 18(1), e21. <https://doi.org/10.2196/jmir.5112>

- Kählke, F., Küchler, A.-M., Baumeister, H [Harald] & Ebert, D. D. (2019). StudiCare erfolgreich und gesund studieren – ein umfassendes deutsches und internationales Projekt zur Förderung der psychischen Gesundheit von Studierenden. *e-beratungsjournal.net*, 15(2).
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company. <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10265641>
- Nobis, S., Heber, E. & Lehr, D [Dirk]. (2018). E-Mental Health im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – das Potenzial von Online-Gesundheitstrainings am Beispiel von GET.ON Stress. In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), *FOM-Edition / FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Digitales betriebliches Gesundheitsmanagement: Theorie und Praxis* (S. 475–490). Springer Gabler.

2.9 TK-MentalStrategien

Ziel

Die TK-MentalStrategien sind explizit für die Zielgruppe der Studierenden entwickelt worden. Ziel dieser verhaltensbezogenen Intervention der Techniker Krankenkasse (TK) ist es, den Studierenden kurz- und langfristige Strategien zum besseren Umgang mit Stress zu vermitteln, um so deren psychisches Missbefinden zu reduzieren.

Theoretischer Hintergrund

Der Intervention liegen die Modelle von Lazarus und Folkman (1984) sowie Ellis (1979, 2008) zugrunde, wonach persönliche Bewertungsprozesse und Einstellungen einen großen Einfluss auf den wahrgenommenen Stress haben. Die Intervention beinhaltet Techniken der Kognitiven Verhaltenstherapie. Sie ist multimodal aufgebaut und vereint instrumentelle, kognitive und palliativ-regenerative Strategien⁴ zur Stressbewältigung. Außerdem kommen Techniken des Autogenen Trainings nach Schultz und Thomas (2004) zum Einsatz (Seidl et al., 2016).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an Studierende deutscher Hochschulen, das Seminar ist kostenfrei und als Präsenz- oder Online-Veranstaltung durchführbar. Einige Hochschulen erheben jedoch für die Organisation eine Gebühr, die die Seminarteilnehmer:innen selbst tragen müssen. Die teilnehmenden Studierenden müssen nicht bei der TK versichert sein.

Die maximale Gruppengröße beträgt 12 Teilnehmende.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Das Training umfasst insgesamt sieben Sitzungen (Seidl et al., 2016). Die ersten sechs Termine sind inhaltliche Sitzungen und widmen sich unterschiedlichen Themen rund um Stress und Stressmanagement. Die einzelnen Übungseinheiten bauen aufeinander auf. Techniken des Autogenen Trainings sind feste Elemente jeder Sitzung. Die Intervention bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, Entspannungstechniken schrittweise und mit Unterstützung der Trainingsleiter:innen zu üben. Die letzte Sitzung dient als Wiederholung und Resümee des bisher Gelernten. Die Termine sind durch einen hohen Praxisbezug zum Lebensalltag der Studierenden gekennzeichnet. In jeder Sitzung werden die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation sowie der Austausch in der Gruppe aktiv gefördert.

⁴ Palliativ-regeneratives Stressmanagement ist eine der drei Säulen eines multimodalen Stressmanagements (neben instrumentellem und kognitivem). Ziele sind die Regulierung und Kontrolle der physiologischen und psychischen Stressreaktion, z. B. die kurzfristige Dämpfung einer akuten Stressreaktion (Palliation) oder langfristige Erholung und Entspannung (Regeneration).

1. In der ersten Sitzung »Stress im Studium« werden zwei Ziele verfolgt. Zum einen dient sie dem gegenseitigen Kennenlernen, zum anderen soll eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre geschaffen werden. Persönliche Erfahrungen mit dem Thema können ausgetauscht werden. Es erfolgt eine Darstellung der Kursinhalte.
2. In der zweiten Sitzung »Stress und seine Auswirkungen« werden Informationen zum Thema Stress vermittelt. Inhalte sind insbesondere die Auseinandersetzung mit persönlichen Stressfaktoren, das Entwickeln erster Bewältigungsstrategien sowie die konstruktive Zielsetzung und Zielerreichung. Zudem wird das Autogene Training eingeführt.
3. In der dritten Sitzung »Die Einstellung macht's« werden das mentale und palliativ-regenerative Stressmanagement eingeführt. Inhalt ist insbesondere der Zusammenhang zwischen Denk- und Bewertungsprozessen und der Entstehung und Aufrechterhaltung von Stress mit dem Ziel, dass die Teilnehmenden ihr Denken besser reflektieren und Verhaltensänderungen einleiten. Außerdem werden erholsame Aktivitäten und euthyme⁵ Erfahrungen als zwei zentrale Bewältigungsstrategien vermittelt. Diese Sitzung findet idealerweise als ganztägige Blockveranstaltung statt.
4. In der vierten Sitzung »Sich vor Stress schützen« geht es um Kommunikation und Stress. Dabei wird die Bedeutung von Abgrenzung und Unterstützungsmöglichkeiten hervorgehoben. Diese Sitzung dient der Vermittlung von Kommunikationsstrategien und der Auseinandersetzung mit aktuellen Werte- und Zielvorstellungen. Ziel ist, dass die Teilnehmenden lernen, Stressbelastungen nachhaltig zu reduzieren.
5. In der fünften Sitzung »Zeit- und Lernmanagement« werden Techniken des Zeit- und Lernmanagements sowie Kompetenzen für eine optimierte Zeit- und Lernplanung vermittelt.
6. In der sechsten Sitzung »Prüfungsangst bewältigen« erwerben die Teilnehmenden Kompetenzen auf unterschiedlichen Bewältigungsebenen, z. B. Aufmerksamkeitslenkung, Reduzierung angstverschärfender Gedanken durch stützende Bewertungen, konstruktive Prüfungsvorbereitung, Vermittlung von Kompetenzen für einen souveränen Umgang mit Prüfungssituationen.
7. In der letzten Sitzung »Resümee und Ausblick« beschäftigen sich die Teilnehmenden mit ihrem persönlichen Nutzen durch das Training und bewerten ihre individuelle Zielerreichung. Eine Phantasiereise des Autogenen Trainings soll eine Zukunftsplanung und einen Transfer der erlernten Strategien in die Studiums- bzw. Arbeitswelt ermöglichen.

Häufigkeit

Der Durchführungszeitraum der Intervention ist variabel. Üblich ist eine Durchführungszeit zwischen vier und sieben Wochen. Die Intervention umfasst sieben Sitzungen. Sechs dieser

⁵ Der Begriff »Euthym« (abgeleitet vom griechischen »Euthymia«) meint eine positive Stimmungslage und wird sowohl von einem niedergedrückten (»Dysthymia«) als auch einem hochgestimmten, euphorischen Zustand (»Hypothymia«) abgegrenzt; vgl. Bensberg und Messer (2014).

sieben Termine dauern drei Stunden. Der dritte Termin ist ganztägig und dauert ca. sieben Stunden.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Die Intervention selbst wird von geschulten Trainer:innen im Auftrag der TK umgesetzt. An der Hochschule braucht es eine Person, die die Organisation (Räumlichkeiten, Anmeldung, Bewerbung etc.) übernimmt.

Erforderliche personelle Qualifikationen

Die von der TK eingesetzten Trainingsleiter:innen erfüllen die Qualifikationen nach dem Leitfa- den Prävention des GKV-Spitzenverbandes und sind in der Durchführung der TK-MentalStra- tegien geschult. Sie verfügen über Erfahrungen im Bereich Stressmanagement sowie ein Psy- chologiestudium oder einen vergleichbaren Abschluss. Die betreuende Person an der Hoch- schule muss über keine spezifische Qualifikation verfügen.

Effektivität und Evaluation

Die Intervention wurde in einer Studie mithilfe eines randomisierten Wartelisten-Kontroll- gruppendedesigns auf ihre Wirksamkeit hin überprüft (Seidl et al., 2016). An der Studie mit Prä- Post-Messung nahmen 63 Studierende teil. Untersucht wurden die Auswirkungen des sieben- wöchigen Stressbewältigungsprogramms auf Stressbelastung, Prüfungsangst, psychosomati- sche Beschwerden, depressive Symptomatik, Erholungsfähigkeit, Beanspruchungs-Erholungs- Bilanz und Selbstmanagementfähigkeiten (Seidl et al., 2016).

Sowohl für die allgemeine Stressbelastung als auch für die einzelnen Stressdimensionen An- spannung und Anforderungen konnte eine signifikante Gruppe-Zeit-Interaktion gefunden werden, d. h., die Stressbelastung, Anspannung und die Anforderungen nahmen über beide Messzeitpunkte hinweg signifikant ab. Alle beobachteten signifikanten Effekte gingen in die Richtung einer deutlich stärkeren Verbesserung bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, was für eine interventionsbedingte Reduktion des psychischen Missbefinden spricht (Seidl et al., 2016). Die Effekte waren als mittel bis stark einzustufen.

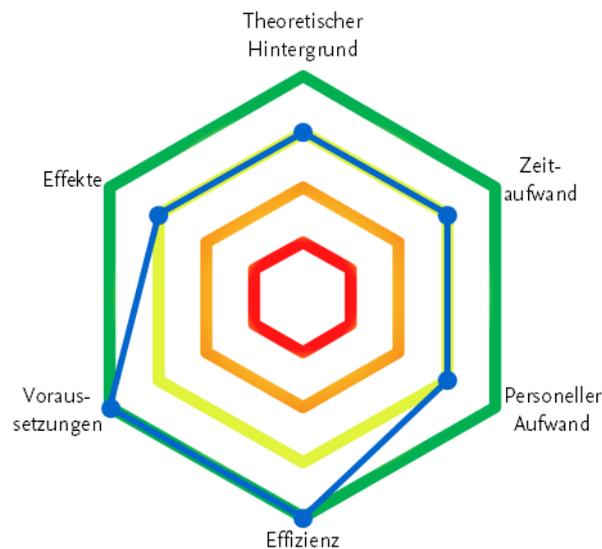
Auch hinsichtlich der anderen gesundheitsrelevanten Parameter zeigte sich für alle erfassten Bereiche eine signifikant stärkere Verbesserung bei den Teilnehmenden der Interventions- gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Effekte waren mittelstark bis stark (Seidl et al., 2016).

Bewertung

Die Intervention wird aus zwei bewährten Stressmodellen abgeleitet und formuliert deren Komponenten und Wirkketten. Zudem bedient sie sich etablierter Techniken und Methoden. Strukturelle Ursachen von Wohl- und Missbefinden werden durch diese Intervention jedoch nicht adressiert. Die Intervention erfordert nur einen moderaten Zeitaufwand und fast keine personellen Ressourcen, da sie durch die TK durchgeführt wird. Zudem kann sie als Workshop, aber auch als zusätzliche Veranstaltung (z. B. als Wahlpflichtfach) angeboten werden und ist somit leicht in den Hochschulkontext integrierbar. Die Intervention zeigt positive Effekte auf

das subjektive Stress- und Belastungserleben der Studierenden. Es fehlen jedoch Daten für valide Langzeiteffekte.

Die Intervention ist eine effiziente Möglichkeit zur Reduzierung des psychischen Missbefindens. Die Gesamtbewertung fällt mit 3,3 von 4 Punkten sehr positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Einige Hochschulen, darunter z. B. die Universität Paderborn, Hochschule Fulda, Duale Hochschule Baden-Württemberg, die Frankfurt University of Applied Sciences, die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg oder die Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, haben die Intervention bereits erfolgreich implementiert.
- Darüber hinaus haben einige Universitäten, z. B. die Universität Göttingen, die Universität Paderborn, die Universität Stuttgart Vaihingen, das KIT Karlsruhe, die Universität Koblenz-Landau und die Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, das Seminar curricular eingebunden. Hierbei ist das Seminar z. B. im freien Wahlpflichtbereich platziert und die Studierenden erhalten für die Teilnahme am Seminar ECTS-Punkte. Um die Voraussetzungen für eine curriculare Einbindung zu erfüllen, müssen Seminarinhalte und -umfang entsprechend angepasst bzw. erweitert werden. Dies kann z. B. folgende Aspekte beinhalten: eine Erhöhung der Präsenztage, eine Vertiefung im Selbststudium, das Führen eines Lerntagebuches, die Ausarbeitung und Präsentation eines Referates. Workloadanpassungen (Präsenz- und Selbststudium) für die Vergabe von ECTS-Punkten erfolgen hierbei universitätsintern. Eine Prüfungsleistung ist nicht zwingend notwendig.
- Seidl et al. (2016) gehen in ihrem Artikel auf »adaptierte Stressbewältigungsprogramme« ein, und sprechen das Problem an, dass es an speziell für Studierende angepassten Trainings mangelt. Sie zitieren die Arbeiten von Lynch et al. (2018), Deckro et

al. (2002) und Sheehy und Horan (2004). Diese Autor:innen haben verschiedene Stressbewältigungsprogramme (z. B. MBCUL, Mind-Body-Programm und das Stressimpfungstraining) entwickelt, die sich auf die Zielgruppe der Studierenden fokussieren und deren spezifischen Lebenskontext »Hochschule« berücksichtigen.

- Für die Zielgruppe der Promovierenden wurde eine angepasste Version entwickelt, die die spezifischen Anforderungen dieser Zielgruppe berücksichtigt. Diese Version wird u. a. an der TU Ilmenau, der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn sowie durch das Studierendenwerk Magdeburg angeboten.
- Weitere Informationen finden sich auf der Website der TK unter: <https://www.tk.de/lebenswelten/gesundheit-foerdern/gesunde-hochschule/mental-strategien-2072586>.
- Interessent:innen wenden sich per E-Mail an gesundheitsmanagement@tk.de mit dem Betreff: TK-MentalStrategien.

Literatur

- Bensberg, G. & Messer, J. (2014). *Survivalguide Bachelor: Dein Erfolgscoach fürs ganze Studium ; nie mehr Leistungsdruck, Stress & Prüfungsangst ; Bestnoten mit Lerntechniken, Prüfungstipps! ; mit 20 Tabellen* (2. Aufl.). Springer.
- Deckro, G. R., Ballinger, K. M., Hoyt, M., Wilcher, M., Dusek, J., Myers, P., Greenberg, B., Rosenthal, D. S. & Benson, H. (2002). The Evaluation of a Mind/Body Intervention to Reduce Psychological Distress and Perceived Stress in College Students. *Journal of American College Health*, 50(6), 281–287. <https://doi.org/10.1080/07448480209603446>
- Ellis, A. (1979). *Praxis der rational-emotiven Therapie*. Urban & Schwarzenberg.
- Ellis, A. (2008). *Grundlagen und Methoden der rational-emotiven Verhaltenstherapie* (2. Aufl.). *Leben lernen: Bd. 26*. Klett-Cotta.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company. <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10265641>
- Lynch, S., Gander, M.-L., Nahar, A., Kohls, N. & Walach, H. (2018). Mindfulness-Based Coping With University Life: A Randomized Wait-List Controlled Study. *SAGE Open*, 8(1), 215824401875837. <https://doi.org/10.1177/2158244018758379>
- Schultz, J. H. & Thomas, K. (2004). *Das Original-Übungsheft für das autogene Training: Anleitung vom Begründer der Selbstentspannung* (24. Aufl.). TRIAS.
- Seidl, M.-H., Limberger, M. F. & Ebner-Priemer, U. W. (2016). Entwicklung und Evaluierung eines Stressbewältigungsprogramms für Studierende im Hochschulsetting. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 24(1), 29–40. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000154>
- Sheehy, R. & Horan, J. J. (2004). Effects of Stress Inoculation Training for 1st-Year Law Students. *International Journal of Stress Management*, 11(1), 41–55. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.11.1.41>

2.10 Zeitmanagement-Workshop für Erstis

Ziel

Ziel der Intervention ist es, durch eine Verbesserung des Zeitmanagements zur Stressreduktion Studierender beizutragen (Häfner, Stock, Pinneker & Ströhle, 2014). Die Intervention richtet sich primär an Neuimmatrikulierte und Studierende des ersten (Fach-)Semesters. Diese nehmen an einem zweistündigen Zeitmanagement-Workshop teil.

Theoretischer Hintergrund

Die Intervention ist eine geringfügige Abwandlung des Zeitmanagement-Workshops aus dem Arbeitskontext und basiert auf verschiedenen psychologischen Theorien, welche sich mit Zeitmanagement sowie Zielsetzung und -verfolgung auseinandersetzen (Häfner & Stock, 2010). Hierzu zählen die Zielsetzungstheorie (Latham & Locke, 1979), die Intentionstheorie (Gollwitzer, 1999) sowie die mentale Simulation (Taylor & Pham, 1999).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich vornehmlich an Neuimmatrikulierte und Studierende im ersten (Fach-) Semester. Nach Häfner et al. (2014) ist der Workshop insbesondere bei jenen Studierenden effektiv, denen eine angemessene Zeiteinteilung Schwierigkeiten bereitet. Der Workshop wird üblicherweise in Kleingruppen von sieben bis zehn Studierenden absolviert.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Der Zeitmanagement-Workshop beinhaltet drei Kernelemente: (1) Zielsetzung und -priorisierung, (2) Strategieentwicklung und (3) Prozesssimulation (Häfner et al., 2014). Konkret lernen die Teilnehmenden,

- ihre Ziele in drei Prioritätsstufen (hoch, mittel, gering) einzuteilen. Dazu werden die Teilnehmenden gebeten, alle Aufgaben auf ein Blatt Papier zu schreiben, die sie am nächsten Tag erledigen möchten. Anschließend setzen sie ihre Prioritäten entsprechend der drei Kategorien. Dieser Prozess wird von einem:einer Trainer:in begleitet, der:die den Priorisierungsprozess durch Anregungen und Hilfestellungen unterstützt. So kann er:sie den Teilnehmenden folgende Fragen stellen: „Gibt es eine Deadline für die Aufgabe?“, „Ist die Aufgabe wirklich wichtig für meine Studienziele oder ist es nur erstrebenswert/angenehm?“, „Gibt es Aufgaben, die delegiert werden können?“. Weiterhin hilft der:die Trainer:in bei der Strukturierung des Tagesablaufs. Die Teilnehmenden werden gebeten, den Zeitaufwand für ihre priorisierten Aufgaben einzuschätzen. Im Rahmen des Workshops werden exemplarische Zeitpläne für den kommenden Tag entwickelt. Auch an dieser Stelle unterstützt der:die Trainer:in mit Fragen wie „Habe ich Zeit für Pausen und unerwartete Aufgaben eingeplant?“, „Gibt es Aufgaben, die kombiniert werden können?“ oder „Wann und wo möchte ich an den Aufgaben arbeiten?“ (Häfner et al., 2014),
- sich spezifische und herausfordernde, aber erreichbare Ziele zu setzen und Feedback in den Zielverfolgungsprozess zu implementieren,

- Zielverfolgungsprozesse mittels mentaler Simulationen zu konkretisieren. Dafür werden die Teilnehmenden angewiesen, Schritt für Schritt mental zu simulieren, was sie am nächsten Tag tun wollen.

Die verschiedenen Zeitmanagementstrategien werden durch den:die Trainer:in kurz vorgestellt und mit Beispielen veranschaulicht. Die Studierenden werden dazu angehalten, alle vorgestellten Strategien in Hinblick auf ihre persönlichen Ziele zu üben. Alle vorgestellten Zeitmanagementstrategien konzentrieren sich auf die kurzfristige Planung und dabei insbesondere auf den folgenden Tag (Häfner et al., 2014).

Häufigkeit

Die Intervention wird einmalig in Form eines zweistündigen Workshops durchgeführt.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Verantwortlich für die Implementierung des Workshops sind Vertreter:innen des Studentischen Gesundheitsmanagements oder des Studierendenservices der jeweiligen Hochschule. Um möglichst viele Neumatrikulierte und Studierende im ersten (Fach-)Semester zu erreichen, empfiehlt sich die Integration des Workshops in die Einführungswoche für den jeweiligen Studiengang. Während des Workshops selbst übernehmen die Trainer:innen die Verantwortung für den Verlauf der Intervention. Diese Aufgabe können gegebenenfalls Lehrende übernehmen, die sich explizit mit den Inhalten des Workshops vertraut machen.

Erforderliche personelle Qualifikationen

Es sind keine besonderen personellen Qualifikationen erforderlich.

Effektivität und Evaluation

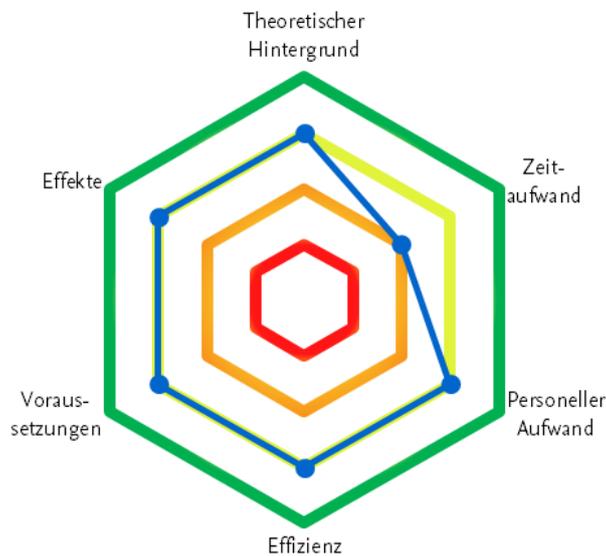
Häfner et al. (2014) untersuchten die Wirksamkeit der Intervention in einem Kontrollgruppendesign mit zwei Messzeitpunkten – direkt vor und zwei Wochen nach der Intervention – und fanden vielversprechende Ergebnisse: Eine signifikante Steigerung der Anforderungen im Verlaufe des Semesters führte bei Teilnehmenden der Intervention – anders als bei Nichtteilnehmenden – nicht mehr zu einer Erhöhung des Stressniveaus. Laut den Autor:innen trägt der Zeitmanagement-Workshop dazu bei, externe Anforderungen als weniger bedrohlich wahrzunehmen und effektive Strategien zu entwickeln, diese Anforderungen zu bewältigen. Zudem führt der Workshop zu einer leichten Steigerung der wahrgenommenen Zeitkontrolle bei den Teilnehmenden der Intervention.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass der Workshop eine effektive verhaltenspräventive Intervention gegen hohes Stressniveau als Resultat steigender externer Anforderungen im Studienkontext ist (Häfner et al., 2014). Die Autor:innen der Studie empfehlen die Integration des Workshops in die jeweiligen Curricula (Häfner et al., 2014).

Bewertung

Die Intervention basiert auf verschiedenen theoretischen Annahmen und Modellen und verfügt über ein verhältnismäßig breites theoretisches Fundament. Der Zeitaufwand von zwei Stunden für die Durchführung ist gering. Allerdings kann die Vorbereitung der Trainer:innen je nach Vorkenntnissen einige Zeit in Anspruch nehmen. Der personelle Aufwand ist moderat, jedoch abhängig von der Hochschulgröße bzw. der Anzahl an benötigten Workshops. Die Intervention kann als einmalige Veranstaltung angeboten oder in die Curricula der Erstsemester integriert werden. Die Intervention erzielt positive Effekte in Bezug auf das subjektive Stresserleben der Teilnehmenden sowie deren wahrgenommene Kontrolle über ihre Zeit. Es fehlen jedoch Daten für valide Langzeiteffekte.

Die Intervention ist eine gute Möglichkeit zur Reduzierung des Stresserlebens durch verbessertes Zeitmanagement. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,8 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Eine detaillierte Beschreibung des konkreten Vorgehens sowie möglicher Wirkmechanismen beschreiben Häfner, Hartmann & Pinneker (2015) in ihrem Werk „Zeitmanagement: Ein Trainingshandbuch für Trainer, Personalentwickler und Führungskräfte“. Das Handbuch beinhaltet darüber hinaus eine detaillierte Darstellung der einzelnen Trainingsmodule sowie Belege für die Effektivität des Trainings. Es enthält weiterhin eine Aufschlüsselung des genauen zeitlichen Ablaufs sowie einen Trainer:innenleitfaden mit diversen Hinweisen für Trainer:innen zur effektiven Vermittlung der Inhalte des Workshops.
- Eine Schilderung eines arbeitsbezogenen Trainings, auf welchem der beschriebene Zeitmanagement-Workshop für Studierende basiert, bieten Häfner & Stock (2010) in ihrer Publikation Time Management Training and Perceived Control of Time at Work. Der Artikel widmet sich insbesondere der Darstellung des theoretischen Hintergrunds von Zeitmanagementinterventionen. Er liefert weiterhin Evidenz für das der beschriebenen Intervention zugrunde liegende theoretische Fundament.

Literatur

- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, *54*(7), 493–503. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.493>
- Häfner, A., Hartmann, J. & Pinneker, L. (2015). *Zeitmanagement. Ein Trainingshandbuch für Trainer, Personalentwickler und Führungskräfte*. Göttingen: Hogrefe.
- Häfner, A. & Stock, A. (2010). Time management training and perceived control of time at work. *The Journal of Psychology*, *144*(5), 429–447. <https://doi.org/10.1080/00223980.2010.496647>
- Häfner, A., Stock, A., Pinneker, L. & Ströhle, S. (2014). Stress prevention through a time management training intervention: an experimental study. *Educational Psychology*, *34*(3), 403–416. <https://doi.org/10.1080/01443410.2013.785065>
- Latham, G. P. & Locke, E. A. (1979). Goal setting—A motivational technique that works. *Organizational Dynamics*, *8*(2), 68–80. [https://doi.org/10.1016/0090-2616\(79\)90032-9](https://doi.org/10.1016/0090-2616(79)90032-9)
- Taylor, S. E. & Pham, L. B. (1999). The Effect of Mental Simulation on Goal-Directed Performance. *Imagination, Cognition and Personality*, *18*(4), 253–268. <https://doi.org/10.2190/VG7L-T6HK-264H-7XJY>

3. Psychisches Wohlbefinden

3.1 Einleitung

Unter dem Begriff »Psychisches Wohlbefinden« werden verschiedene positive Maße des psychischen Befindens subsumiert. Dazu zählen zum Beispiel das Engagement bzw. die Motivation im Studium, die allgemeine Lebenszufriedenheit oder die Studienzufriedenheit.

Das studentische Engagement beschreibt einen positiven, erfüllenden Zustand, der gekennzeichnet ist durch Vitalität, Hingabe und Absorption (Schaufeli et al., 2002). Dabei handelt es sich um einen überdauernden, motivationalen Zustand, der sich auf das gesamte Studium bezieht. Vitalität ist gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Energie und Durchhaltevermögen beim Lernen und bei der Arbeit an Studieninhalten. Hingabe ist dadurch gekennzeichnet, dass das Studium als herausfordernd und inspirierend erlebt wird und Enthusiasmus auslöst. Absorption ist gekennzeichnet durch das konzentrierte Arbeiten an Studieninhalten, das mit einem positiven Gefühl sowie dem Verlust des Zeitgefühls während des Studierens verbunden ist. Insbesondere männliche Studierende weisen ein hohes Maß an Engagement im Studium auf: Mit 49,9 % ist bei ihnen der Anteil mit hohem Engagement höher als bei weiblichen Studierenden mit 45,2 % (Grützmaker et al., 2018).

Die allgemeine Lebenszufriedenheit ist die bewertende und beurteilende (kognitiv-evaluative) Komponente des psychischen Wohlbefindens. Sie entspricht einer Bewertung des eigenen Lebens insgesamt bzw. spezifischer Lebensbereiche wie z. B. Familie, Freund:innen, Beruf (Gilman & Huebner, 2003) und ist zeitlich relativ stabil (Pavot & Diener, 2009). Hier weisen insbesondere weibliche Studierende ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit auf: 77,4 % der weiblichen Studierenden geben an, mit ihrem Leben mindestens eher zufrieden zu sein (Grützmaker et al., 2018). Bei den männlichen Studierenden ist dieser Anteil mit 71,6 % deutlich geringer (Grützmaker et al., 2018).

Die Studienzufriedenheit ist konkreter und richtet sich im Vergleich zur allgemeinen Lebenszufriedenheit direkt auf das Studium. Auch die Studienzufriedenheit ist kognitiv-evaluativ und beschreibt die Bewertung des eigenen Studiums. Anders als bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit unterscheiden sich männliche und weibliche Studierende nicht im Ausmaß ihrer Studienzufriedenheit (Lesener et al., 2018).

Ursachen psychischen Wohlbefindens

Einige Studien haben mögliche Ursachen für das psychische Wohlbefinden bei Studierenden untersucht. Im Sinne des in Kapitel »Zum Zusammenhang zwischen Studium und Gesundheit« eingeführten Rahmenmodells, das diesem Interventionskonzept zugrunde liegt, werden nachfolgend mögliche studiumsbezogene Belastungen sowie personale und studiumsbezogene Ressourcen diskutiert, die das psychische Wohlbefinden verringern bzw. fördern. Entsprechend dem in Kapitel »Zur systematischen Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Interventionen« eingeführten Vorgehen für gesundheitsbezogene Interventionen sollten Interventionen im Idealfall direkt an den umweltbezogenen Faktoren ansetzen, um möglichst große und nachhaltige positive Effekte auf die Gesundheit der Studierenden zu erzielen.

Studiumsbezogene Belastungen

Luruli et al. (2020) identifizierten insbesondere akademische Belastungen (z. B. den Zeitaufwand für das Studium) sowie die fehlende Erreichbarkeit und Unterstützung der Lehrenden als wesentliche Belastungsfaktoren, die das psychische Wohlbefinden mindern. Chambel und Curral (2005) nennen darüber hinaus Zeitdruck sowie die Komplexität der studiumsbezogenen Aufgaben, die sich negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Des Weiteren werden illegitime Aufgaben als Belastungsfaktor diskutiert (Fila & Eatough, 2018). Dabei handelt es sich um Aufgaben, deren Sinn und Zweckmäßigkeit sich nicht erschließen, oder für die bereits erworbenes Wissen und Kompetenzen nicht ausreichen, um die Aufgaben zufriedenstellend zu bearbeiten. Ebenfalls negativ wirkt sich ein Konflikt zwischen Studium und Freizeit aus (Pluut et al., 2015). Dabei steht für das Studium und/oder das Privatleben aufgrund von Verpflichtungen aus dem jeweils anderen Bereich nicht genügend Zeit zur Verfügung, was als belastend erlebt wird.

Aus den Daten zum Projekt »Gesundheit Studierender in Deutschland 2017« zeigen sich insbesondere Zeitdruck sowie der Zeitaufwand für das Selbststudium als wesentliche studiumsbezogene Belastungen, die das psychische Wohlbefinden mindern.

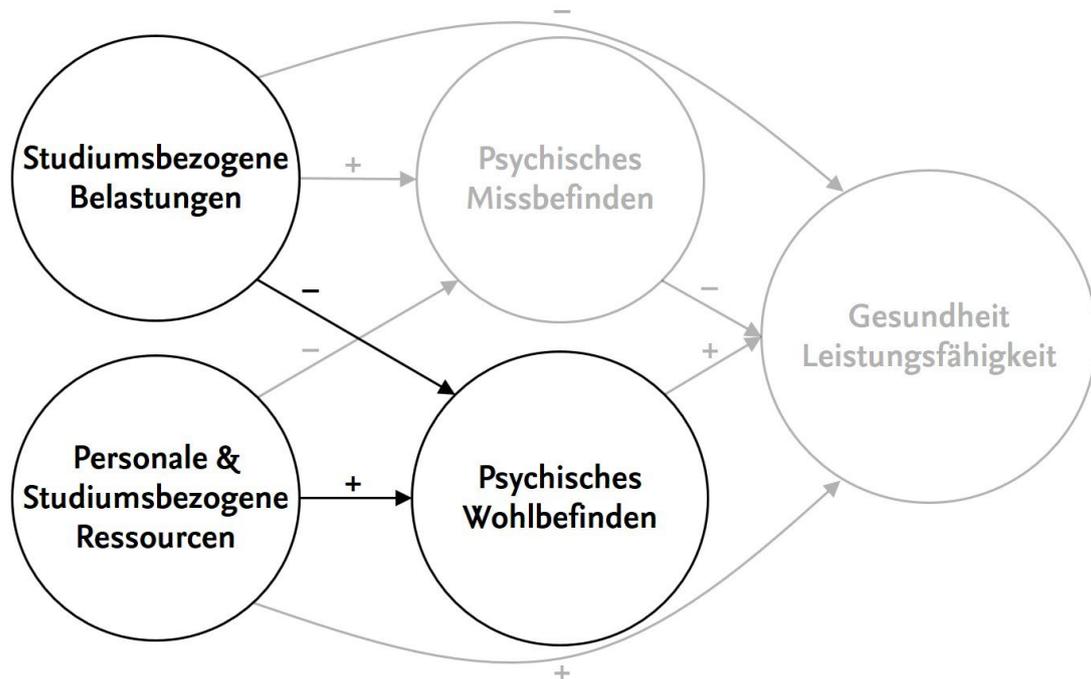
Studiumsbezogene und personale Ressourcen

Als essenzielle studiumsbezogene Ressource für das psychische Wohlbefinden hat sich soziale Unterstützung erwiesen, sowohl von Mitstudierenden (Chambel & Curral, 2005; Gusy et al., 2016) als auch von Lehrenden (Luruli et al., 2020; Reis et al., 2015; Robins et al., 2015). Insbesondere das studentische Engagement wird dadurch gestärkt. Positive Beziehungen zu Mitstudierenden und Lehrenden sind aber auch mit positiven Emotionen und erhöhter Lebenszufriedenheit assoziiert (Hagenauer et al., 2018). Darüber hinaus sind Handlungs- und Entscheidungsspielräume des Studiums wesentliche Ressourcen für das psychische Wohlbefinden (Luruli et al., 2020), insbesondere für die Studienzufriedenheit (Chambel & Curral, 2005). Auch die Ausstattung auf dem Campus sowie die Relevanz der Studienhalte für das spätere Berufsleben sind wesentliche studiumsbezogene Ressourcen, die das psychische Wohlbefinden fördern können (Alleyne et al., 2010; Gusy et al., 2016; Hagenauer et al., 2018).

Wesentliche personale Ressourcen, die zum psychischen Wohlbefinden der Studierenden beitragen, sind die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Ouweneel et al., 2011; Reis et al., 2015) sowie das Selbstbewusstsein der Studierenden (Zuffianò et al., 2018). Außerdem sind studiumsbezogene Hoffnung, Optimismus und Resilienz (Ouweneel et al., 2011; Reis et al., 2015) wichtige personale Ressourcen, die sogar positiv mit akademischen Leistungen assoziiert sind (Martínez et al., 2019). Achtsamkeit (Robins et al., 2015), Neugier (Garrosa et al., 2017) und Hilfsbereitschaft (Zuffianò et al., 2018) sind ebenso mit positiven Emotionen sowie studentischem Engagement verknüpft.

Auch aus den Daten zum Projekt »Gesundheit Studierender in Deutschland 2017« (Grützmaker et al., 2018) zeigen sich insbesondere die soziale Unterstützung durch Studierende, der wahrgenommene Handlungsspielraum, das Qualifikationspotenzial des Studiums sowie die Selbstwirksamkeitserwartung der Studierenden als wesentliche studiumsbezogene und personale Ressourcen, durch die das psychische Wohlbefinden gestärkt werden kann.

Abbildung 4. Ansatzpunkte für Interventionen zur Förderung des psychischen Wohlbefindens



Studiumsbezogene Belastungen sowie studiumsbezogene und personale Ressourcen sind demnach sinnvolle Ansatzpunkte für gesundheitsbezogene Interventionen zur Förderung des psychischen Wohlbefindens bei Studierenden. Im Folgenden werden Interventionen aufgeführt, mit denen sich das psychische Wohlbefinden stärken lässt. Entsprechend unserem Rahmenmodell, dargestellt in Abbildung 2, werden ausschließlich Interventionen beschrieben, die das psychische Wohlbefinden direkt adressieren oder an den relevanten Prädiktoren ansetzen.

Kernaussagen

- Etwas weniger als 50 % der Studierenden weisen ein hohes Maß an Engagement für das Studium auf.
- Bedeutsame Belastungen und Ressourcen zur Vorhersage des psychischen Wohlbefindens sind: der Zeitaufwand für das Studium, Handlungs- und Entscheidungsspielräume, soziale Unterstützung sowie Selbstwirksamkeitserwartung.
- Weitere wichtige Prädiktoren sind z. B. Qualifikationspotenzial, Achtsamkeit, Optimismus, Hoffnung und Resilienz sowie die Relevanz der Studieninhalte für das spätere Berufsleben.

Interventionen

Auf der Basis der oben beschriebenen Faktoren, die das psychische Wohlbefinden Studierender fördern, wurden Interventionen bzw. Interventionsansätze recherchiert, die diese Faktoren stärken und somit das psychische Wohlbefinden der Studierenden begünstigen. Dazu zählen sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen, die, sinnvoll kombiniert, den größtmöglichen Interventionseffekt versprechen. Zusätzlich werden Interventionen abseits der

Hochschule aufgeführt, die konkret an den Facetten des psychischen Wohlbefindens (z. B. Studienzufriedenheit) ansetzen und sich auf den Studierendenkontext übertragen lassen.

Die Interventionen werden im Folgenden nach dem in »Vorwort und Einleitung« beschriebenen Schema dargestellt.

Literatur

- Alleyne, M., Alleyne, O. & Greenidge, D. (2010). Life Satisfaction and perceived stress among university students in Barbados. *Journal of Psychology in Africa, 20*(2), 291–297.
- Chambel, M. J. [Maria Jose] & Curral, L. (2005). Stress in Academic Life: Work Characteristics as Predictors of Student Well-being and Performance. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 5*(1), 135–147. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2005.00200.x>
- Fila, M. J. & Eatough, E. (2018). Extending knowledge of illegitimate tasks. Student satisfaction, anxiety, and emotional exhaustion. *Stress and Health, 34*(1), 152–162. <https://doi.org/10.1002/smi.2768>
- Garrosa, E., Blanco-Donoso, L. M., Carmona-Cobo, I. & Moreno-Jiménez, B. (2017). How do Curiosity, Meaning in Life, and Search for Meaning Predict College Students' Daily Emotional Exhaustion and Engagement? *Journal of Happiness Studies, 18*(1), 17–40. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9715-3>
- Gilman, R. & Huebner, S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly, 18*(2), 192–205. <https://doi.org/10.1521/scpq.18.2.192.21858>
- Grützmaker, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017 [Health of Students in Germany 2017]. Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse.* Verfügbar unter: <https://www.e-wi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/forschung/BwB/bwb-2017/index.html>
- Gusy, B., Wörfel, F. & Lohmann, K. (2016). Erschöpfung und Engagement im Studium. Eine Anwendung des Job Demands-Resources Modells. *European Journal of Health Psychology [Exhaustion and engagement in university students: An application of the Job Demands-Resources Model], 24*(1), 41–53. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000153>
- Hagenauer, G., Gläser-Zikuda, M. & Moschner, B. (2018). University students' emotions, life-satisfaction and study commitment: a self-determination theoretical perspective. *Journal of Further and Higher Education, 42*(6), 808–826. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2017.1323189>
- Lesener, T., Blaszyk, W., Gusy, B. & Sprenger, M. (2018). *Wie gesund sind Studierende der Technischen Universität Kaiserslautern? [How healthy are students at the University of Kaiserslautern?]. Ergebnisse der Befragung 06/18 [Results of the survey 06/18]* (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung 02/P18). Berlin: Freie Universität Berlin.
- Luruli, K., Mostert, K. & Jacobs, M. (2020). Testing a structural model for study demands and resources, study engagement and well-being of first-year university students. *Journal of Psychology in Africa, 30*(3), 179–186. <https://doi.org/10.1080/14330237.2020.1767925>
- Martínez, I. M., Youssef-Morgan, C. M., Chambel, M. J. [Maria J.] & Marques-Pinto, A. (2019). Antecedents of academic performance of university students: academic engagement and

- psychological capital resources. *Educational Psychology*, 39(8), 1047–1067.
<https://doi.org/10.1080/01443410.2019.1623382>
- Ouweneel, E., Le Blanc, P. M. & Schaufeli, W. B. (2011). Flourishing students: A longitudinal study on positive emotions, personal resources, and study engagement. *The Journal of Positive Psychology*, 6(2), 142–153. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.558847>
- Pavot, W. & Diener, E. (2009). Review of the Satisfaction With Life Scale. In E. Diener (Ed.), *Assessing Well-Being* (Social Indicators Research Series, vol. 39, pp. 101–117). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_5
- Pluut, H., Curşeu, P. L. & Ilies, R. (2015). Social and study related stressors and resources among university entrants: Effects on well-being and academic performance. *Learning and Individual Differences*, 37, 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2014.11.018>
- Reis, D., Hoppe, A. & Schröder, A. (2015). Reciprocal relationships between resources, work and study engagement, and mental health: Evidence for gain cycles. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(1), 59–75. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2013.834891>
- Robins, T. G., Roberts, R. M. & Sarris, A. (2015). Burnout and Engagement in Health Profession Students. The Relationships Between Study Demands, Study Resources and Personal Resources. *Australasian Journal of Organisational Psychology*, 8, 115.
<https://doi.org/10.1017/orp.2014.7>
- Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M. & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 33(5), 464–481. <https://doi.org/10.1177/0022022102033005003>
- Zuffianò, A., Marti-Vilar, M. & López-Pérez, B. (2018). Prosociality and Life Satisfaction. A Daily-Diary Investigation among Spanish University Students. *Personality and Individual Differences*, 123, 17–20. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.042>

3.2 (Aus-)Zeit für mich!

Ziel

Ziel der achtsamkeitsbasierten Intervention »(Aus-)Zeit für mich!« ist, die Resilienz von Studierenden zu fördern. Sie kombiniert Inhalte der Mind-Body-Medizin mit Achtsamkeit sowie Selbstwirksamkeit, um das Stresserleben zu reduzieren und positiv zum Wohlbefinden beizutragen.

Theoretischer Hintergrund

Mind-Body-Medizin betrachtet die Wechselwirkungen zwischen Geist, Psyche, Körper und Verhalten und konzentriert sich darauf, wie emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensmäßige Faktoren Einfluss auf die Gesundheit nehmen (vgl. Dobos et al., 2006). Als ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt sie das Ziel, einen gesunden Lebensstil sowie die Resilienz einer Person zu fördern (Rudaz et al., 2017). Zu den Methoden der Mind-Body-Medizin werden Entspannungstechniken, Hypnose, Imaginationsübungen, Meditation, Yoga, Tai-Chi, Qigong, kognitiv-behaviorale Techniken, Gruppenunterstützung, Autogenes Training sowie Spiritualität gezählt (Dobos et al., 2006).

Resilienz, die psychische Widerstandskraft einer Person gegenüber Belastungen, wird mit Achtsamkeit und erhöhter Selbstwirksamkeit assoziiert. Die Intervention im Rahmen der Mind-Body-Medizin nutzt daher diese beiden Ansätze als zentrale Bausteine zur Resilienzförderung (Tietjen et al., 2020).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an alle Studierende, die nicht explizit seelisch erkrankt sind. Der Kurs ist ein Angebot zur Primärprävention (Tietjen et al., 2020). Die Gruppengröße eines Kurses sollte maximal 12 Teilnehmende betragen.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention umfasst zehn Einheiten.

In den wöchentlichen Kurseinheiten erlernen und erproben die Teilnehmenden Techniken der Mind-Body-Medizin, darunter Entspannungstechniken, Atemübungen, Autogenes Training, Biofeedback, Imaginationsverfahren, verschiedene Formen der Meditation sowie kreative Tätigkeiten wie Zeichnen oder Schreiben, um die Selbstachtsamkeit und den Selbsta Ausdruck zu schulen (Saunders et al., 2007; Tietjen et al., 2020). Die einzelnen Kurseinheiten folgen einem festen Aufbau:

1. Zu Beginn wird eine fünfminütige Atemmeditation durchgeführt.
2. Daran knüpft sich das »Check-in« an, bei dem die Teilnehmenden aufgefordert werden, ihre aktuelle Gemütslage, positive wie negative Ereignisse der Woche, persönliche Erfahrungen, Probleme und Fortschritte zu teilen. Die Beteiligung an dieser Aktivität ist

- freiwillig (Tietjen et al., 2020). Atemmeditation sowie Check-in-Aktivität beanspruchen ungefähr die erste Hälfte der Kurszeit.
3. Anschließend wird von den Kursleitenden eine bestimmte Übung vorgestellt und von den Teilnehmenden eingeübt. Dazu zählen beispielsweise Zeichnungen oder Tagebücher (Saunders et al., 2007).
 4. Im Anschluss an diese Übungseinheit kann jedes Gruppenmitglied Aspekte der Zeichnung oder des Tagebuchs mit dem Rest der Gruppe teilen, um die Erfahrung zu verarbeiten.
 5. Die Kurseinheit wird mit einer fünfminütigen Ausgangsmeditation abgeschlossen.
 6. Für die kommende Woche erhalten die Teilnehmenden Hausaufgaben, um den Alltagstransfer des Erlernten zu ermöglichen. Eine Beispielhausaufgabe stellt die Übung dar, eine Meditationstechnik für mindestens zehn Minuten pro Tag an drei bis fünf Tagen der Woche durchzuführen oder jeden Tag körperlich aktiv zu sein (Tietjen et al., 2020).

Häufigkeit

Die Intervention geht über ein Semester. Die zehn Einheiten finden alle ein bis zwei Wochen für eine Dauer von jeweils 90 Minuten in einem Gruppenraum an der Hochschule statt.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Die Kurseinheiten werden von einem festen Leitungsteam angeleitet. Mindestens eine Person des Leitungsteams absolviert vorher ein Kursleitungstraining, welches sie für die Mind-Body-Medizin ausbildet (s. weiterführende Informationen).

Erforderliche Qualifikation

Abgesehen vom absolvierten Kursleitungstraining sind keine besonderen Qualifikationen erforderlich.

Ergänzungen/Erweiterungen

Während der Kurseinheiten sitzen die Teilnehmenden in einem Stuhlkreis, wobei in die Kreismitte ein kleiner Tisch mit Blumen, Schokolade sowie Taschentüchern gestellt wird (Tietjen et al., 2020).

Die Teilnehmenden werden dazu angehalten, über den gesamten Kurszeitraum täglich Tagebuch zu schreiben, um Erlerntes, Erlebtes oder Gedachtes zu reflektieren. Es gibt keine Vorgaben zum Umfang der Einträge (Tietjen et al., 2020).

Effektivität und Evaluation

Die Intervention wurde an der Universität Lübeck u. a. in Bezug auf die Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit der Studierenden evaluiert (Tietjen et al., 2020). Anhand eines Prä-Post-Designs

ergab sich eine signifikante Steigerung der Selbstwirksamkeit sowie eine signifikante Steigerung der Achtsamkeit ($p < .05$; Tietjen et al., 2020). Darüber hinaus wurden semistrukturierte Fokusgruppen-Interviews durchgeführt. Diese ergaben, dass die Teilnehmenden durch das Training achtsamer in Bezug auf Stressoren geworden sind und sich ihr Umgang mit Stress verbessert hat. Die Methoden aus dem Training wurden als hilfreich erachtet und von den Teilnehmenden in belastenden Situationen angewandt. Deutliche Verbesserungen sahen die Teilnehmenden darin, über Stresssituationen offener zu kommunizieren. Vor allem die erlernten Übungen für die kurzzeitige Stressbewältigung wurden vermehrt genutzt. Auch hinsichtlich der Selbstachtsamkeit habe das Training zu einer Verbesserung beigetragen. Nach dem Training fiel es den Teilnehmenden leichter, weniger achtsame Momente bewusst wahrzunehmen. Das Format der Intervention konnte dabei helfen, regelmäßig Achtsamkeitsübungen in den Alltag zu integrieren (Tietjen et al., 2020).

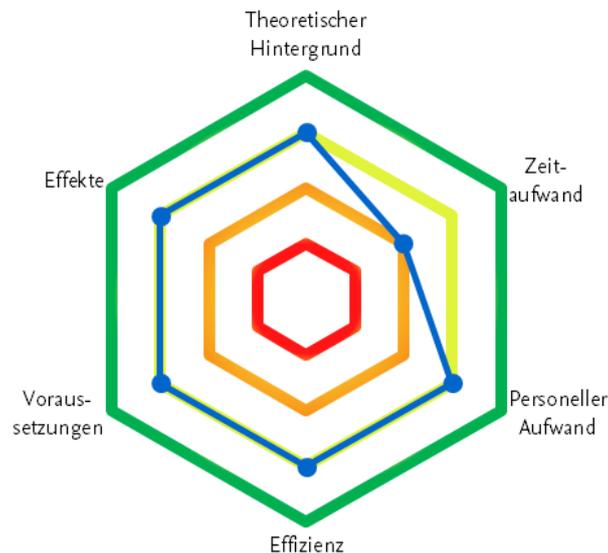
Saunders et al. (2007) evaluierten die Intervention in ihrem ursprünglichen Format, entwickelt an der Georgetown University (siehe weiterführende Informationen). Den Studierenden wurden dabei sechs offene Fragen zu ihren Erfahrungen mit und Einstellungen gegenüber der Intervention vorgelegt. Demnach befähigte die Intervention Studierende, Selbstachtsamkeit und Selbstreflexion zu entwickeln, steigerte die soziale Unterstützung zwischen den Studierenden und förderte den Austausch, das gegenseitiges Kennenlernen sowie das Grundbedürfnis nach Eingebundenheit und das Gemeinschaftsgefühl. Die Studierenden berichteten ferner positive Auswirkungen auf ihre akademischen Leistungen, ein niedrigeres Stresslevel und ein verbessertes körperliches und emotionales Wohlbefinden (Saunders et al., 2007).

In einem Kontrollgruppendesign ließen sich moderate Verbesserungen hinsichtlich der Stresstoleranz von Medizinstudierenden bestätigen (Kraemer et al., 2016). Teilnehmende der Intervention berichteten zudem von einem verbesserten Wohlbefinden, mehr wahrgenommener sozialer Unterstützung sowie einem besseren persönlichen, akademischen und professionellen Funktionieren (Kraemer et al., 2016).

Bewertung

Die Intervention basiert auf theoretischen Überlegungen zu Resilienz und zur Mind-Body-Medizin. Sie bedient sich etablierter Techniken und Methoden. Strukturelle Ursachen von Wohl- und Missbefinden werden durch diese Intervention jedoch nicht adressiert. Die Durchführung der Intervention sowie die vorgeschaltete Qualifikation der Kursleiter:innen beanspruchen einen relativ hohen zeitlichen Aufwand. Der personelle Aufwand ist moderat. Die Intervention wurde speziell für Studierende entwickelt und ist somit ohne weitere Voraussetzungen in den Hochschulkontext integrierbar. Die Effekte der Intervention sind vielfältig: sie stärkt einerseits die sozialen und personalen Ressourcen (Unterstützung, Selbstwirksamkeit, Achtsamkeit, Resilienz) und mindert andererseits das subjektive Stresserleben. Es fehlen jedoch Daten zu Langzeiteffekten.

Insgesamt stellt die Intervention eine gute Möglichkeit dar, um das Wohlbefinden der Studierenden zu fördern und Missbefinden zu lindern. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,8 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Grundlage dieser Intervention war das Mind-Body-Medicine-Kursprogramm der Georgetown University School of Medicine (Tietjen et al., 2020). Sie wurde dort ursprünglich als eine curriculare Initiative entwickelt (Saunders et al., 2007). Mit einigen Anpassungen (darunter eine Verkürzung der Kurseinheiten von elf auf zehn) und unter der Bezeichnung „(Aus-)Zeit für mich!“ wurde die Intervention als Kurs an der Universität Lübeck implementiert (Tietjen et al., 2020). Inhaltlich und beim Kursaufbau orientierten sich Tietjen et al. (2020) an den Vorgaben des Originalkursprogramms, welches unter <https://som.georgetown.edu/medicaleducation/mindbody/sessions/> sowie bei Saunders et al. (2007) genauer nachzulesen ist.
- Das Kursprogramm der Mind-Body-Medizin der Georgetown University School of Medicine wurde bereits an zahlreichen Universitäten der USA als primärpräventive Maßnahme zur Stressbewältigung sowie in Deutschland an der Charité Berlin, der Universität Witten-Herdecke, der Universität Duisburg-Essen und der Universität Düsseldorf durchgeführt (Tietjen et al., 2020).
- Das Kursleitungstraining wurde von den amerikanischen Kursentwickler:innen angeboten, um größtmöglichen Nutzen durch ihre Expertise sowie eine hohe Qualität sicherzustellen (Tietjen et al., 2020). Weitere Informationen zum Training der Kursleitenden finden sich unter <https://tiih.org/events-classes/professionals/faculty-training-mind-body-medicine/>, zu den Vorteilen der Mind-Body-Medizin unter <https://som.georgetown.edu/medicaleducation/mindbody/benefits/> und zu einzelnen Modalitäten unter <https://som.georgetown.edu/medicaleducation/mindbody/sessions/>.

Literatur

- Dobos, G., Altner, N., Lange, S., Musial, F., Langhorst, J., Michalsen, A. & Paul, A. (2006). Mind-Body Medicine als Bestandteil der Integrativen Medizin [Mind-body medicine as a part of German integrative medicine]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49(8), 723–728. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-0001-0>
- Kraemer, K. M., Luberto, C. M., O'Bryan, E. M., Mysinger, E. & Cotton, S. (2016). Mind-Body Skills Training to Improve Distress Tolerance in Medical Students: A Pilot Study. *Teaching and learning in medicine*, 28(2), 219–228. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1146605>
- Rudaz, M., Ledermann, T. & Witt, C. M. (2017). *Mind-body medicine and the treatment of chronic illnesses*. <https://doi.org/10.5167/uzh-148692>
- Saunders, P. A., Tractenberg, R. E., Chaterji, R., Amri, H., Harazduk, N., Gordon, J. S., Lumpkin, M. & Haramati, A. (2007). Promoting self-awareness and reflection through an experiential mind-body skills course for first year medical students. *Medical teacher*, 29(8), 778–784. <https://doi.org/10.1080/01421590701509647>.
- Tietjen, A. K., Obst, K. & Kötter, T. (2020). Mind-Body-Medizin zur Resilienzförderung im Studium – Qualitative und quantitative Evaluation eines fakultativen Lehrangebots. *Beiträge zur Hochschulforschung*, 42(1–2), 162–176.

3.3 Autonomie-unterstützende Lehre

Ziel

Die Integration Autonomie-unterstützender Lehre hat zum Ziel, die akademische Motivation, das Engagement sowie das Wohlbefinden von Studierenden zu fördern. Dabei sollen nicht die Studierenden selbst, sondern die Lehrenden angeleitet werden, einen autonomie-unterstützenden Motivationsstil sowie Autonomie-unterstützende Unterrichtsstrategien zu entwickeln und während der Lehre anzuwenden. Das Training trägt auch zu einem verbesserten Wohlbefinden der Lehrenden bei (Gustavsson et al., 2016; Reeve & Cheon, 2014).

Theoretischer Hintergrund

Dem hier vorgestellten Interventionsprogramm liegt die Selbstbestimmungstheorie (self-determination theory, SDT) nach Deci und Ryan (1993) zugrunde. Demnach verfügen alle Lernenden über verschiedene innere motivationale Ressourcen, zu denen unter anderem die angebotenen Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit zählen (Deci & Ryan, 1993; Reeve & Jang, 2006), die durch bestimmte Umgebungsbedingungen (z. B. die Lehre) gefördert oder untergraben werden (Reeve, 2006). Dabei entscheidet das Ausmaß der Befriedigung dieser inneren motivationalen Ressourcen über die alltägliche Motivation für ein bestimmtes Verhalten und über die längerfristige motivationale Entwicklung (Reeve, 2006). Eine dieser Bedingungen ist die Unterstützungsqualität der Lehrenden, die insbesondere von deren Motivationsstil – der Ausrichtung Lehrender auf Kontrolle bzw. Autonomie – bestimmt wird (Reeve, 2016).

Die Autonomie-Unterstützung (AU) ist ein Motivationsstil Lehrender, welcher die inneren motivationalen Ressourcen der Studierenden fördert und aktiv unterstützt (Cheon et al., 2018; Reeve & Cheon, 2014; Reeve & Jang, 2006). AU ist die Bemühung der Lehrenden, den Studierenden während des Unterrichts eine Lernumgebung zu bieten, die das Bedürfnis der Studierenden nach Autonomie unterstützt (Reeve, 2016). Dafür schaffen sie Unterrichtsmöglichkeiten, die den Studierenden helfen, ein Gefühl der Übereinstimmung zwischen ihrem Unterrichtsverhalten und ihren inneren motivationalen Ressourcen zu entwickeln (Reeve & Jang, 2006). Somit beschreibt AU eine zwischenmenschliche Haltung und ein Verhalten bei Lehrenden, die dazu dienen, die inneren motivationalen Ressourcen der Lernenden zunächst zu identifizieren und sie dann zu fördern und vitalisieren (Reeve, 2016).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an sämtliche Lehrpersonen der Hochschule. Es gibt keine einschränkenden Teilnahmebedingungen.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention besteht aus drei Teilen (Reeve & Cheon, 2014):

- Ein dreistündiger Workshop vor Semesterbeginn:
In diesem Workshop wird das Konstrukt »Autonomie-Unterstützung«, dessen Bedeutung und Umsetzung in der Lehre vorgestellt. Zunächst eruieren die Lehrenden mithilfe einer Übung ihren persönlichen Motivationsstil in der Lehre. Dafür lesen und bearbeiten sie je ein prototypisch autonomie-unterstützendes sowie ein prototypisch kontrollierendes Unterrichtsszenario (siehe weiterführende Informationen). Anschließend wird die Selbstbestimmungstheorie eingeführt. Zentrales Ziel ist Herstellung eines Verständnisses für die inneren motivationalen Ressourcen von Studierenden, welche durch die Praktiken der Lehrenden vitalisiert und unterstützt, aber auch vernachlässigt und untergraben werden können. Darauf folgt die gezielte und konkrete Vermittlung von autonomie-unterstützender Lehre. Empirische Belege zu den Kosten und Nutzen der zwei Formen der Lehre, PowerPoint-Präsentationen und Videoaufzeichnungen mit spezifischen autonomie-unterstützenden Unterrichtsstrategien sowie Definitionen, Beispiele und Modelle sind Teil dieser praktischen Workshop-Einheit. Am Ende dieser Sitzung sollen die Lehrenden mit den sechs empirisch validierten autonomie-unterstützenden Instruktionsstrategien (siehe weiterführende Informationen) vertraut sein. Im nächsten Schritt beginnt die Phase für die Lehrenden, in der sie die Instruktionsstrategien anwenden und ausprobieren
- Eine zweistündige Gruppendiskussion etwa einen Monat nach Semesterbeginn:
Bei dieser Sitzung geht es um den ersten Erfahrungsaustausch zwischen den Lehrenden. Nach einem Monat tatsächlicher Unterrichtserfahrung mit den autonomie-unterstützenden Instruktionsstrategien geht es hier ums Teilen, Kritisieren und Verfeinern. Dieser Austausch mit Kolleg:innen führt zu Lernzuwachs, Ideenfindung und neuen Einsichten, die sie in den kommenden Wochen in der Lehre umsetzen können.
- Eine zweistündige Gruppendiskussion in der zweiten Hälfte des Semesters:
In dieser zweiten kollegialen Diskussionsrunde tauschen sich die Lehrenden zu ihren Unterrichtsstrategien, Erfahrungen, Ideen und Erkenntnissen aus. Sie nutzen diese Diskussion und persönliche Reflexion dafür, um ihre individuellen Unterrichtsstrategien in einen allgemeinen autonomie-unterstützenden Stil zu integrieren.

Häufigkeit

Die Lehrenden treffen sich insgesamt drei Mal innerhalb eines Semesters. Das erste Treffen dauert drei, die beiden anderen dauern jeweils zwei Stunden.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Benötigt wird mindestens eine Person, idealerweise zwei bis drei Personen, die die Gruppenworkshops leitet bzw. leiten.

Erforderliche Qualifikation

Die Moderation der drei Trainingssitzungen sollte von erfahrenen Personen übernommen werden, die idealerweise über Kenntnisse im Aufbau Autonomie-unterstützender Lehre, in der Selbstbestimmungstheorie, den Instruktionsstrategien sowie über den bisherigen empirischen Forschungsstand zur Wirksamkeit der Intervention verfügt – also über all jene inhaltlichen Themen, die im Rahmen des ersten gemeinsamen Workshops vermittelt werden. In den bisherigen Studien war diese Moderation die Aufgabe der Forschenden. Wichtig ist auch eine erfolgreiche Moderation der nachfolgenden zwei Diskussionssitzungen, die strukturiert und ziel führend ablaufen sollten, um den höchstmöglichen Nutzen aus diesen Sitzungen zu erlangen.

Effektivität und Evaluation

Cheon und Kolleg:innen haben die Intervention in unterschiedlichen Kontexten implementiert und evaluiert und konnten deren Erfolg mehrfach bestätigen (Cheon et al., 2012; Cheon et al., 2014; Cheon & Reeve, 2013, 2015).

Cheon et al. (2012) untersuchten die Effektivität der Intervention für Sportlehrer:innen in einer randomisierten kontrollierten Studie. Fremdeinschätzungen sowie Selbstberichte von $n = 1.158$ Schüler:innen wurden zur Einschätzung folgender Maße herangezogen: wahrgenommene Autonomie-Unterstützung, Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse, autonome Motivation, Amotivation, Engagement, Fähigkeitsentwicklung, akademische Leistung sowie Intention, zukünftig körperlich aktiv zu sein.

Mithilfe beider Erhebungsmethoden konnte der Erfolg der Intervention bestätigt werden. Dies zeigte sich daran, dass die Lehrer:innen in der Interventionsgruppe im zeitlichen Verlauf des Programms signifikant mehr autonomie-unterstützende Instruktionsstrategien und signifikant weniger kontrollierende Instruktionsstrategien zeigten. Die Effekte waren mittel bis groß. Für die Lehrer:innen in der Kontrollgruppe zeigten sich keine Veränderungen. Die Intervention trug somit zur Steigerung des autonomie-unterstützenden Motivationsstils von Lehrenden bei (Cheon et al., 2012).

Weitere Analysen zeigten, dass die Schüler:innen von der Teilnahme ihrer Lehrenden an der Intervention deutlich profitierten. Zu den Vorteilen für diese Schüler:innen zählten eine signifikante Steigerung der Befriedigung aller drei psychologischer Bedürfnisse (Autonomie, Kompetenz, Eingebundenheit), des Engagements der Schüler:innen, der wahrgenommenen Fähigkeitsentwicklung, der akademischen Leistungen sowie der Intention zu mehr körperlicher Aktivität (Cheon et al., 2012).

Cheon und Reeve (2013) erweiterten die Forschung von Cheon et al. (2012) und untersuchten, ob die Effekte der Intervention auch ein Jahr nach deren Ende nachweisbar waren. Dafür luden sie dieselben Lehrer:innen aus ihrer Studie (Cheon et al., 2012) zur Teilnahme an einer Follow-up-Studie ein. Das Fazit der Autoren bestätigt, dass die Effekte der Intervention auf die Lehrer:innen und Schüler:innen über einen Zeitraum von einem Jahr Bestand hatten und somit lang anhaltend sind (Cheon & Reeve, 2013).

Weitere Vorteile für Schüler:innen von autonomie-unterstützenden Lehrer:innen – im Vergleich zu solchen, die von kontrollierenden Lehrer:innen unterrichtet werden – sind eine größere wahrgenommene Kompetenz, höhere Lernmotivation, autonome Motivation, gesteigerte Kreativität, gesteigertes konzeptuelles Verständnis, größeres Engagement, höhere intrinsische

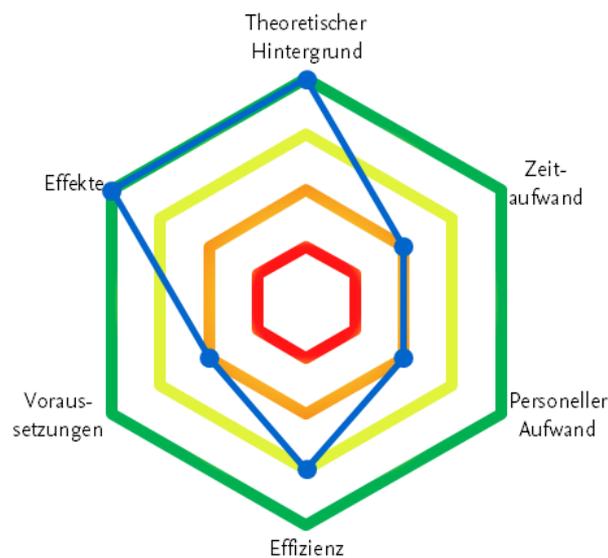
Motivation, gesteigertes (psychisches) Wohlbefinden sowie bessere akademische Leistungen und Persistenz (Cheon et al., 2018; McLachlan & Hagger, 2010; Reeve, 2006; Reeve & Jang, 2006).

Auch Lehrende profitieren von der Intervention (Cheon et al., 2014): Mithilfe eines randomisierten kontrollierten Studiendesigns konnten vielfältige positive Auswirkungen auf Lehrer:innen einer Grundschule sowie der Sekundarstufe I und II in der Interventionsgruppe gezeigt werden. Dazu zählten die signifikante Zunahme ihrer Lehrmotivation (Befriedigung ihrer psychologischen Bedürfnisse, autonome Motivation und intrinsische Motivation), in ihren Lehrfähigkeiten (Wirksamkeit ihrer Lehre) sowie in ihrem Wohlbefinden (Vitalität, Arbeitszufriedenheit, weniger emotionale und körperliche Erschöpfung). Alle diese Effekte waren groß. In der Kontrollgruppe blieb die Ausprägung auf all diesen gemessenen Variablen unverändert (Cheon et al., 2014). Zu weiteren Vorteilen für Personen, die autonomie-unterstützend sind, zählen signifikant weniger emotionale Erschöpfung (Roth et al., 2007), höheres psychisches Wohlbefinden sowie gesteigerter positiver Affekt (Deci et al., 2006).

Bewertung

Die Intervention bezieht sich auf die Selbstbestimmungstheorie, adressiert konkret die Komponenten und Wirkketten der Theorie und fokussiert eine Veränderung der strukturellen Gegebenheiten der Hochschule. Die Intervention ist mit moderatem Zeit- und Organisationsaufwand realisierbar. Auch der personelle Aufwand ist moderat, allerdings müssen die Workshop-Leitenden entsprechend ausgebildet sein oder werden. Darüber gibt es wenig Voraussetzungen, um die Intervention in den Hochschulkontext zu integrieren. Die Intervention wurde bisher primär in unterschiedlichen Schulsettings implementiert und evaluiert, jedoch erzielte eine konzeptuell ähnliche Autonomie-Intervention von McLachlan und Hagger (2010) an einer Hochschule bereits erste Erfolge. Die Effekte sind vielfältig: es zeigten sich sowohl positive Auswirkungen auf die Strategien der Lehrenden als auch diverse Verbesserungen bei den Schüler:innen – und das auch noch ein Jahr nach der Intervention. Eine fundierte Evaluation im Hochschulkontext steht jedoch noch aus.

Insgesamt stellt die Intervention eine effektive Möglichkeit dar, das Wohlbefinden von Studierenden zu verbessern, insbesondere durch die Steigerung der wahrgenommenen Unterstützung durch Lehrende sowie die Selbstwirksamkeitserwartung. Anders als bei anderen Interventionen werden hier nicht die Studierenden direkt, sondern die Lehrenden adressiert. Diese Intervention stärkt somit auch das Wohlbefinden der Lehrenden und trägt dazu bei, das Hochschulsetting strukturell zu verbessern. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,8 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Im Rahmen des Bielefelder Projekts »BiProfessional« der Qualitätsoffensive Lehrerbildung wurde ein Lehrkonzept zur Vermittlung autonomieförderlicher Maßnahmen entwickelt. Diese Intervention basiert auf den hier vorgestellten theoretischen und empirischen Arbeiten zur Autonomieförderung und wurde an Lehramtsstudierenden der Universität Bielefeld pilotiert. Die ersten Ergebnisse zeigten einen positiven Einfluss der Intervention auf das Wissen der Studierenden bzgl. autonomieförderlicher Maßnahmen, ihre Überzeugungen hinsichtlich der einfachen Implementierung und Effektivität solcher Maßnahmen sowie auf ihre Intentionen, zukünftig autonomieförderliche Maßnahmen einzusetzen (Großmann et al., 2016, 2018, 2019a, 2019b; Großmann, 2019).
- Eine Transkription der beiden prototypischen Unterrichtsszenarien (einmal autonomieunterstützend, einmal kontrollierend) in englischer Sprache, die als eine der ersten Aufgaben für die Teilnehmenden des dreistündigen Workshops vor Beginn des Semesters vorgegeben wird, findet sich bei Reeve et al. (2014).
- Konkrete Beispiele für Verhaltensweisen, mit denen die autonomieunterstützenden Instruktionsstrategien während des Unterrichts umgesetzt werden können, sind in dem Artikel von Reeve (2009) dargestellt.

- Die sechs empirisch validierten autonomie-unterstützenden Instruktionsstrategien sind: Perspektivübernahme; Verwenden nicht kontrollierender, informationeller Sprache; Bereitstellen von erklärenden Rationalen; Anerkennung und Akzeptanz von negativem Affekt; Geduld; Identifikation, Vitalisierung und Unterstützung von inneren motivationalen Ressourcen (Reeve, 2016).
- Eine weitere detaillierte Schilderung der sechs instruktionalen Strategien bietet Reeve (2016) in einem Buchbeitrag. Zu jeder der sechs Strategien gibt es je einen Abschnitt bzgl. der Fragen »Was bedeutet das, wann wird es gebraucht und warum ist es wichtig?« und »Wie wird die Strategie praktiziert?«. Darüber hinaus liefert der Autor eine Definition für das Konzept Motivationsstil und Autonomie-Unterstützung sowie eine kurze Zusammenfassung zu empirisch abgesicherten Effekten des Trainings für Schüler:innen und Lehrer:innen.
- Reeve und Cheon (2014) präsentieren in ihrem wissenschaftlichen Aufsatz einen tieferen Einblick in den theoretischen Rahmen. Dazu zählen die Selbstbestimmungstheorie (Ryan & Deci, 2000) sowie die kognitive Bewertungstheorie (Deci & Ryan, 1985). Darüber hinaus geben sie einen detaillierten Überblick über die motivationalen Stile von Lehrenden und den sogenannten inneren motivationalen Ressourcen von Schüler:innen. Darin ist zu jeder der sechs inneren motivationalen Ressourcen je eine beispielhafte instruktionale Strategie angegeben, die Lehrende für sich übernehmen und anpassen können. Weiterhin wird der Ablauf der Intervention im Rahmen eines experimentellen, längsschnittlichen Studiendesigns grafisch dargestellt. Nachlesen lassen sich außerdem eine Übersicht über und eine Zusammenfassung von einigen evaluierten Studien der Intervention und wichtigen Ergebnissen zur Wirkung und Wirkweise sowie der Stabilität der Evaluationsergebnisse nachlesen.

Literatur

- Cheon, S. H. & Reeve, J. (2013). Do the benefits from autonomy-supportive PE teacher training programs endure? A one-year follow-up investigation. *Psychology of Sport and Exercise*, 14(4), 508–518. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.02.002>
- Cheon, S. H. & Reeve, J. (2015). A classroom-based intervention to help teachers decrease students' amotivation. *Contemporary Educational Psychology*, 40, 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2014.06.004>
- Cheon, S. H., Reeve, J., Lee, Y. & Lee, J. (2018). Why autonomy-supportive interventions work: Explaining the professional development of teachers' motivating style. *Teaching and Teacher Education*, 69, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2017.09.022>
- Cheon, S. H., Reeve, J. & Moon, I. S. (2012). Experimentally based, longitudinally designed, teacher-focused intervention to help physical education teachers be more autonomy supportive toward their students. *Journal of sport & exercise psychology*, 34(3), 365–396. <https://doi.org/10.1123/jsep.34.3.365>
- Cheon, S. H., Reeve, J., Yu, T. H. & Jang, H. R. (2014). The teacher benefits from giving autonomy support during physical education instruction. *Journal of sport & exercise psychology*, 36(4), 331–346. <https://doi.org/10.1123/jsep.2013-0231>

- Deci, E. L., La Guardia, J. G., Moller, A. C., Scheiner, M. J. & Ryan, R. M. (2006). On the benefits of giving as well as receiving autonomy support: mutuality in close friendships. *Personality & social psychology bulletin*, 32(3), 313–327. <https://doi.org/10.1177/0146167205282148>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 39(2), 223–238.
- Großmann, N. (2019). *Holding on to strings that ought to be loosened: empirische Untersuchung zur Bedeutung der Autonomieförderung aus der Perspektive des Biologieunterrichts und der universitären Lehramtsausbildung im Fach Biologie* [Kumulative Dissertation]. Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Großmann, N., Fries, S. & Wilde, M. (2016). *Autonomieförderung im Biologieunterricht – Pilotierung einer Intervention für Lehramtsstudierende*. https://www.researchgate.net/publication/313724031_Autonomieforderung_im_Biologieunterricht_-_Eine_Intervention_fur_Lehramtsstudierende <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20310.65603>
- Großmann, N., Fries, S. & Wilde, M. (2018). Autonomy-supportive teaching behavior in science lessons - An intervention for pre-service teachers. In O. Finlayson, E. McLoughlin, S. Erduran & P. Childs (Hrsg.), *Research, practice and collaboration in science education: Proceedings of the ESERA 2017 Conference* (Vol. 13, S. 1681–1691). Dublin City University. https://pub.uni-bielefeld.de/download/2913587/2931377/grossmann_fries_wilde_autonomy-supportive%20teaching.pdf
- Großmann, N., Fries, S. & Wilde, M. (2019a). *Autonomieförderung im Biologieunterricht: Pilotierung einer Intervention für Lehramtsstudierende*. [https://www.uni-bielefeld.de/einrichtungen/biprofessional/teilprojekte-\(tp\)/tp-5-fort-und-weiterbildu/Poster_Grossmann.pdf](https://www.uni-bielefeld.de/einrichtungen/biprofessional/teilprojekte-(tp)/tp-5-fort-und-weiterbildu/Poster_Grossmann.pdf)
- Großmann, N., Fries, S. & Wilde, M. (2019b). Förderung der Autonomiewahrnehmung von Schüler_innen im Unterricht (FAU): Ein Lehrkonzept für angehende Lehrkräfte im Rahmen des Praxissemesters für das Fach Biologie. *Herausforderung Lehrer_innenbildung Zeitschrift zur Konzeption, Gestaltung und Diskussion*, 2(1), 53–75. <https://doi.org/10.4119/hlz-2435>
- Gustavsson, P., Jirwe, M., Aurell, J., Miller, E. & Rudman, A. (2016). *Autonomy-supportive interventions in schools: A review*. Stockholm. Karolinska Institutet.
- McLachlan, S. & Hagger, M. S. (2010). Effects of an autonomy-supportive intervention on tutor behaviors in a higher education context. *Teaching and Teacher Education*, 26(5), 1204–1210. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2010.01.006>
- Reeve, J. (2006). Teachers as Facilitators: What Autonomy - Supportive Teachers Do and Why Their Students Benefit. *The Elementary School Journal*, 106(3), 225–236. <https://doi.org/10.1086/501484>
- Reeve, J. (2009). Why Teachers Adopt a Controlling Motivating Style Toward Students and How They Can Become More Autonomy Supportive. *Educational Psychologist*, 44(3), 159–175. <https://doi.org/10.1080/00461520903028990>
- Reeve, J. (2016). Autonomy-Supportive Teaching: What It Is, How to Do It. In W. C. Liu, J. C. K. Wang & R. M. Ryan (Hrsg.), *Building Autonomous Learners* (S. 129–152). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-630-0_7
- Reeve, J. & Cheon, S. H. (2014). An Intervention-Based Program of Research on Teachers' Motivating Styles. In S. A. Karabenick & T. C. Urdan (Hrsg.), *Advances in Motivation and Achievement. Motivational Interventions* (Bd. 18, S. 293–339). Emerald Group Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/S0749-742320140000018008>

- Reeve, J. & Jang, H. (2006). What teachers say and do to support students' autonomy during a learning activity. *Journal of Educational Psychology, 98*(1), 209–218. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.98.1.209>
- Reeve, J., Vansteenkiste, M., Assor, A., Ahmad, I., Cheon, S. H., Jang, H., Kaplan, H., Moss, J. D., Olausson, B. S. & Wang, C. K. J. (2014). The beliefs that underlie autonomy-supportive and controlling teaching: A multinational investigation. *Motivation and Emotion, 38*(1), 93–110. <https://doi.org/10.1007/s11031-013-9367-0>
- Roth, G., Assor, A., Kanat-Maymon, Y. & Kaplan, H. (2007). Autonomous motivation for teaching: How self-determined teaching may lead to self-determined learning. *Journal of Educational Psychology, 99*(4), 761–774. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.99.4.761>

3.4 Building Hope for the Future

Ziel

Ziel der Intervention ist die langfristige Steigerung psychologischer Stärken, insbesondere der Hoffnung. Sie soll die Studierenden befähigen, ihre Ziele zu erreichen, und so zu einer Steigerung der Lebenszufriedenheit beitragen.

Theoretischer Hintergrund

Da insbesondere Studierende während ihrer Ausbildung mit unklaren Zukunftsperspektiven konfrontiert sind, sollte sich eine optimistische und hoffnungsvolle Vorstellung von der eigenen (beruflichen) Zukunft positiv auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Das theoretische Fundament der Intervention bildet die Hoffnungstheorie von Snyder (2000). Diese geht von einer kognitiven Konzeption des Konstrukts »Hoffnung« aus, wonach diese eine relativ dauerhafte, situationsübergreifende, subjektive Einschätzung der zielbezogenen Fähigkeiten des Selbst widerspiegelt (Marques et al., 2011; Snyder, 2000). Snyder (2000) baut sein Hoffnungsmodell auf drei Elementen auf: (1) Ziele, (2) Wege sowie (3) Willenskraft. Die Theorie betrachtet Hoffnung als Prozess, bei dem sich der Mensch bestimmte Ziele setzt, motiviert ist, für die Zielerreichung zu arbeiten, und seine Fähigkeiten einsetzt, um Möglichkeiten für die Umsetzung zu schaffen (Krafft & Walker, 2018).

Durch die Intervention sollen die Teilnehmenden befähigt werden, (1) klare Ziele zu konzipieren, (2) zahlreiche Wege für die Zielerreichung zu finden, (3) die mentale Energie zu mobilisieren, um die Zielverfolgung aufrechtzuerhalten, und (4) Hindernisse als zu bewältigende Herausforderungen neu zu definieren (Marques et al., 2011).

Sehr sinnvoll für diese Intervention ist die Zusammenarbeit mit relevanten Personen im Umfeld der Teilnehmenden (sog. Interessengruppen), etwa den Lehrenden, denn Bemühungen zur Änderung der Hoffnung und des damit verbundenen Verhaltens sollten nicht nur die direkte Arbeit mit den Zielpersonen, sondern auch eine Einbindung begleitender Faktoren (z. B. Umfeld) umfassen (Marques et al., 2011).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich ohne Einschränkungen an alle Studierende.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention umfasst fünf Sitzungen in fünf aufeinanderfolgenden Wochen.

Allen fünf Sitzungen sind folgende Elemente gemeinsam: Jede Sitzung beginnt mit einem zehnminütigen Abschnitt, der dazu dient, Enthusiasmus für das Programm zu wecken und bereits erlernte Ideen aus den vorherigen Sitzungen zu stärken. Die Sitzungen basieren auf der theoretischen und angewandten Arbeit von Snyder und Kolleg:innen (z. B. Lopez et al., 2000; McDermott & Snyder, 1999; Snyder et al., 2002). Sie integrieren lösungsorientierte, narrative und kognitiv-behaviorale Techniken. Zu den narrativen Techniken zählen Erzählungen, die

Charaktere mit großer Hoffnung darstellen. Diese Erzählungen und darauf aufbauende Gruppenübungen (z. B. Diskussion über die Erzählungen) bieten den Teilnehmenden die Möglichkeit, das Hoffnungsmodell zu verfestigen. Innerhalb der Sitzungen werden die Inhalte mithilfe verschiedener Methoden wie psychoedukatives Kompetenztraining, Gruppenarbeit, strukturierte Aktivitäten, Rollenspiele, Brainstorming und geführte Diskussionen vermittelt. Über alle Sitzungen hinweg sind Gruppenkohäsion, soziale Unterstützung, Diskussion von Hoffnungs-komponenten, Austausch von Gedanken und Gefühlen mit Peers sowie Engagement bei den Aktivitäten Aspekte, die zum Erfolg des Trainingsprogramms beitragen sollen (Marques & Lopez, 2018).

- Die erste Sitzung »Learning about Hope« vermittelt Informationen zur Hoffnungstheorie von Snyder. Das primäre Ziel dieser Sitzung ist es, theoretische Inhalte zu vermitteln und die Teilnehmenden für Veränderungsprozesse zu sensibilisieren; sie bietet daher einen Überblick über das Thema Hoffnung und ihre drei Komponenten (Ziele, Wege und Willenskraft). Zusätzlich geht es um die zentrale Rolle von Hoffnung in alltäglicher Kommunikation durch das Lernen, Identifizieren und Anwenden des Vokabulars aus dem Hoffnungsmodell (Marques & Lopez, 2018). Am Ende dieser Sitzung werden die Studierenden zu Hope-Buddy-Partnerschaften gepaart, die über die fünf Interventionswochen hinweg bestehen bleiben. Die Zusammensetzung der Paare kann auf der Basis der individuellen Hoffnungsscores der Studierenden erfolgen, wobei je ein:e Studierende:r mit niedrigen und ein:e mit hohen Hoffnungswerten zusammenkommen (Pedrotti et al., 2008). Nach jeder Sitzung treffen sich die Hope-Buddys und diskutieren über den Fortschritt ihrer Ziele.
- In der zweiten Sitzung »Structuring Hope« sollen die Teilnehmenden anhand von früheren oder aktuellen Situationen ihres Lebens, Geschichten oder Beispielen lernen, Ziele, Wege und Willenskraft sowie Hindernisse in der Zielerreichung zu erkennen. Darüber hinaus werden sie unterstützt, persönliche, saliente und erreichbare Ziele (z. B. das rechtzeitige Beginnen mit Prüfungsvorbereitungen) zu entwickeln oder zu identifizieren, an denen sie in den folgenden Wochen gemeinsam mit ihrem Hope-Buddy arbeiten möchten. Inhalte dieser Sitzung sind: (1) Diskussion von Erzählungen und zielorientierten Charakteren, (2) Brainstorming zu zielorientierten Ideen aus der Vergangenheit sowie (3) Identifikation von gegenwärtigen Zielen, an denen sie arbeiten möchten.
- In der dritten Sitzung »Creating Positive and Specific Goals« werden die persönlich gesetzten Ziele zu spezifischen, positiven und klaren Zielen verfeinert (Marques et al., 2011; Marques & Lopez, 2014). Außerdem werden mehrere mögliche Wege zur Zielerreichung sowie positive Gedanken zur Zielerreichung eruiert. Neue Erzählungen und Gruppenaktivitäten werden eingeführt (Marques & Lopez, 2018).
- In der vierten Sitzung »Practice Makes Perfect« geht es spezifisch um die vertiefende Übung, eingeführt wird das Konzept des hoffnungsvollen Gesprächs. Den Teilnehmenden werden hoffnungsvolle Kommunikationsmuster und Verhaltensweisen vorgestellt. Sie sollen lernen, ein hoffnungsvolles Gespräch zu identifizieren, zu beurteilen und

selbst zu entwickeln. Ein Beispiel ist eine Übung, in der sie aufgefordert werden, hoffnungslose Sätze („Ich werde nie gut sein in Mathematik“) in hoffnungsvolle Sätze („Mathematik ist nicht mein bestes Fach, aber ich kann Strategien nutzen, um es zu schaffen“) zu verändern (Pedrotti et al., 2008). Mit supervidierten Rollenspielen werden die Techniken erlernt und angewandt. In dieser Sitzung beginnen die Teilnehmenden eine persönliche Hoffnungsgeschichte zu schreiben, in welcher sie ihre ausgewählten Ziele und ihren Fortschritt beschreiben. Den Fortschritt ihrer persönlichen Ziele dokumentieren sie zusammen mit ihren Hope-Buddys (Marques & Lopez, 2014, 2018).

- Die letzte Sitzung »Review and Apply for the Future« dient einem abschließenden Rückblick über die erarbeiteten Inhalte und soll wichtige Handlungsempfehlungen für die kontinuierliche Anwendung in der Zukunft mitgeben. Ein wichtiges Ziel dieser Sitzung ist das gemeinsame Reflektieren persönlicher Hoffnungsgeschichten, indem alle Teilnehmenden ihre persönliche Hoffnungsgeschichte mit dem Rest der Gruppe teilen. Darüber hinaus werden zur Verstetigung zukünftige Schritte mit den Hope-Buddys geplant (Marques & Lopez, 2014, 2018).

Häufigkeit

Die Teilnehmenden treffen sich einmal wöchentlich, insgesamt fünf Mal für je 60 Minuten. Die Intervention wird im Gruppenformat mit einer Größe von max. zwölf Teilnehmenden umgesetzt.

Die Lehrenden nehmen (im Idealfall) an einer einstündigen Sitzung in der ersten Trainingswoche teil.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Die Intervention wird von zwei Trainer:innen geleitet (z. B. Promovierende der Psychologie). Für die Moderation der Intervention bekommen die Trainer:innen ein strukturiertes Manual zur Verfügung gestellt, woran sie sich orientieren können. Außerdem werden sie in einem zehnstündigen didaktischen Training für die Intervention ausgebildet (Marques et al., 2011).

Erforderliche Qualifikation

Es wird keine spezifische Qualifikation angegeben.

Ergänzungen/Erweiterungen

Das Training wird mit einer einmaligen einstündigen Sitzung für wichtige Interessengruppen wie Lehrende ergänzt. In dieser Sitzung wird ein Handbuch vorgestellt, welches zwei Ziele verfolgt: (1) das Bewusstsein der Lehrenden für die Prinzipien der Hoffnung stärken und ihr Zielsetzungsverhalten verbessern sowie (2) die Förderung des Zielsetzungsverhaltens bei ihren Studierenden (Marques et al., 2011). Dieses Handbuch umfasst nützliche theoretische wie praktische Informationen über das Konstrukt „Hoffnung“, zur Forschung in diesem Bereich, zum Aufbau von Hoffnung und damit verbundenen Strategien und Übungen zur Anwendung und

zum Einsatz im Unterricht (Marques & Lopez, 2018). Zwei Personen (z. B. Psycholog:innen) stellen den Lehrenden das Manual und die drei Segmente vor. Die Gruppengröße kann bis zu zehn Personen betragen.

Effektivität und Evaluation

Marques et al. (2011) evaluierten die Intervention bei Schüler:innen der Sekundarstufe. Sie konnten in drei untersuchten Maßen signifikante und langfristige Effekte/Verbesserungen beobachten.

Bezüglich Hoffnung gab es einen signifikanten Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe zu allen drei untersuchten Messzeitpunkten nach der Intervention (direkt nach der Intervention, sechs Monate und 18 Monate nach der Intervention). Für die Interventionsgruppe verzeichneten sie zu allen Messzeitpunkten signifikante Steigerungen in der Hoffnung. Die Kontrollgruppe zeigte keine signifikanten Veränderungen (Marques et al., 2011).

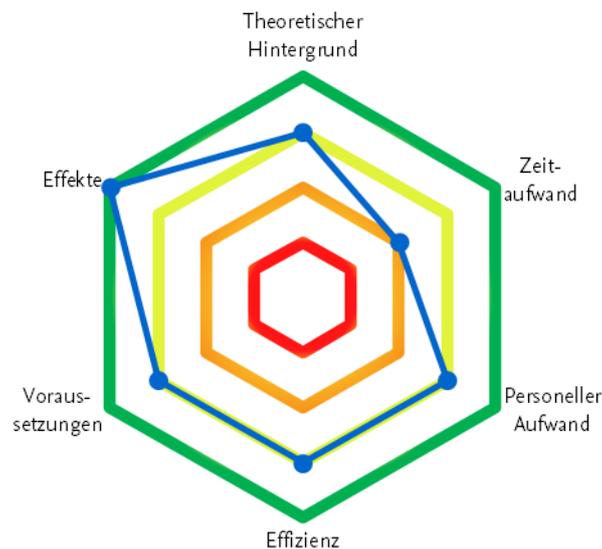
Das gleiche Ergebnismuster konnte auch für Lebenszufriedenheit beobachtet werden. Die Interventionsgruppe zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe zu allen Messzeitpunkten einen signifikanten Zuwachs an Lebenszufriedenheit. Die Unterschiede zur Kontrollgruppe waren zu allen Messzeitpunkten signifikant (Marques et al., 2011).

Für den Selbstwert ergaben sich ähnliche Befunde. Es gab einen signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe direkt nach der Intervention. Die Interventionsgruppe zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe zu allen Messzeitpunkten einen signifikanten Zuwachs an Selbstwert.

Bewertung

Die Intervention bezieht sich auf die Hoffnungstheorie und formuliert konkret deren Komponenten und Wirkketten. Strukturelle Ursachen von Wohl- und Missbefinden werden durch diese Intervention jedoch nur marginal adressiert. Sie zeichnet sich durch einen moderaten zeitlichen, aber einen vergleichsweise hohen personellen Aufwand (Training der Interventionsleitenden) aus. Die optionale Vernetzung mit Lehrenden ist wünschenswert. Die weiteren Voraussetzungen für diese Intervention sind gering, sie lässt sich daher leicht in den Hochschulkontext integrieren. Diese und ähnliche Hoffnungsinterventionen wurden bereits in verschiedenen Stufen des Bildungssystems erfolgreich implementiert – die Übertragung auf einen universitären Kontext sollte daher nur wenige Anpassungen erfordern. Es handelt sich um eine äußerst wirksame Intervention, die maßgeblich zur Steigerung von Hoffnung – als einem bedeutsamen Prädiktor für (akademische und arbeitsbezogene) Leistungen, Lebenszufriedenheit und Selbstwert – und somit zur Steigerung des psychischen Wohlbefindens beitragen kann. Die mithilfe der Intervention erzielten Erfolge sind zudem langanhaltend.

Die Intervention ist eine effektive Möglichkeit zur Steigerung der personalen Ressourcen und des psychischen Wohlbefindens. Die Gesamtbewertung fällt mit 3 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Marques und Lopez (2014) machen Vorschläge zur Zusammenarbeit mit Interessengruppen und verweisen auf einige empirische Forschungsarbeiten, die Auswirkungen von Hoffnung auf wichtige Variablen wie Wohlbefinden und Arbeitsleistung untersuchen.
- Gallagher und Lopez (2009) zeigen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Konstrukte Hoffnung und Optimismus auf. Außerdem berichten sie spezifische Effekte von Hoffnung auf das Wohlbefinden. Sie konnten zeigen, dass Hoffnung einen signifikanten Effekt auf das psychische Wohlbefinden hatte (z. B. positiver Affekt, Lebenszufriedenheit, Selbstakzeptanz, soziale Integration).
- Peterson und Byron (2008) untersuchten den Zusammenhang zwischen Hoffnung und (arbeitsbezogener) Leistung. Sie konnten zeigen, dass ein hohes Maß an Hoffnung mit gesteigerter Leistung zusammenhing. Dieser Zusammenhang blieb auch bei Kontrolle für Selbstwirksamkeit und kognitive Fähigkeiten bestehen. Außerdem zeigte sich ein Zusammenhang zwischen einem hohen Maß an Hoffnung und der Qualität von Lösungen für arbeitsbezogene Probleme.
- Pedrotti et al. (2008) beschreiben in ihrem Artikel drei frühere Hoffnungsinterventionen Making Hope Happen (MHH), Making Hope Happen for Kids (MHHK) und Making Hope Happen High School (MHH-HS), die ebenfalls auf Snyders Hoffnungstheorie basieren und ähnlich aufgebaut sind wie das hier vorgestellte Programm. Außerdem findet sich ein kurzer Abschnitt zu der genannten Hoffnungstheorie und wichtigen positiven Korrelaten von Hoffnung (z. B. akademische Leistung) mit nützlichen Hinweisen für Berater:innen.

Literatur

- Gallagher, M. W. & Lopez, S. J. (2009). Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology, 4*(6), 548–556. <https://doi.org/10.1080/17439760903157166>
- Krafft, A. M. & Walker, A. M. (2018). *Positive Psychologie der Hoffnung: Grundlagen aus Psychologie, Philosophie, Theologie und Ergebnisse aktueller Forschung*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56201-7>
- Lopez, S. J., Floyd, R. K., Ulven, J. C. & Snyder, C. R. (2000). Hope Therapy: Helping clients build a house of hope. In C. R. Snyder (Hrsg.), *Handbook of Hope: Theory, measures, and applications* (S. 123–150). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012654050-5/50009-9>
- Marques, S. C. & Lopez, S. J. (2014). The Promotion of Hope in Children and Youth. In G. A. Fava & C. Ruini (Hrsg.), *Cross-cultural advancements in positive psychology: Volume 8. Increasing psychological well-being in clinical and educational settings: Interventions and cultural contexts* (S. 187–198). Springer.
- Marques, S. C. & Lopez, S. J. (2018). Promoting Hope in Children. In M. W. Gallagher & S. J. Lopez (Hrsg.), *Oxford handbooks. The Oxford handbook of hope* (S. 117–131). Oxford University Press.
- Marques, S. C., Lopez, S. J. & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). “Building Hope for the Future”: A Program to Foster Strengths in Middle-School Students. *Journal of Happiness Studies, 12*(1), 139–152. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9180-3>
- McDermott, D. & Snyder, C. R. (1999). *Making hope happen: A workbook for turning possibilities into reality*. New Harbinger Publications; Distributed in the U.S.A. by Publishers Group West.
- Pedrotti, J. T., Edwards, L. & Lopez, S. J. (2008). Promoting hope: Suggestions for school counselors. *Professional School Counseling, 12*(2), 100–107.
- Peterson, S. J. & Byron, K. (2008). Exploring the role of hope in job performance: results from four studies. *Journal of Organizational Behavior, 29*(6), 785–803. <https://doi.org/10.1002/job.492>
- Snyder, C. R. (2000). The Past and Possible Futures of Hope. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*(1), 11–28. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.11>
- Snyder, C. R., McDermott, D., Cook, W. & Rapoff, M. (2002). *Hope for the journey: Helping children through good times and bad*. Percheron Press.

3.5 Campus Gardening »Grow Your Network«

Ziel

Durch die Intervention *Campus Gardening »Grow Your Network«* soll Raum geschaffen werden, um neue (studienfachübergreifende) Kontakte zu knüpfen und so das psychosoziale Wohlbefinden der Studierenden zu stärken.

Die Intervention dient insbesondere zum Netzwerkaufbau, zur Pflege der Kontakte mit bzw. unter ehemaligen Studierenden und zur Nachhaltigkeitsförderung und kann alleinstehend umgesetzt oder als Aktivität in bestehende Mentoring-/Alumniprogramme integriert werden. Darüber hinaus geht es um die Förderung der individuellen Kompetenzen wie Sozialkompetenz, Kommunikationsfähigkeiten, Projekt- und Zeitmanagementkompetenzen sowie direkt um Gesundheitsförderung (durch den Garten als Ort der Erholung sowie die Auseinandersetzung mit gesunder Ernährung). Das primäre Ziel – der Netzwerkaufbau – zielt direkt auf die Steigerung studiumsbezogener Ressourcen, insbesondere der sozialen Unterstützung durch andere Studierende, und ist somit geeignet zur Förderung des psychischen Wohlbefindens der Studierenden.

Theoretischer Hintergrund

Beim gemeinschaftlichen Gärtnern – ursprünglich »Community Gardening« – soll ein Raum geschaffen werden, der Menschen zusammenbringt und zu gemeinsamem Handeln inspiriert. Gemeinschaftliches Gärtnern richtete sich zunächst insbesondere an Nachbarschaften (Rosol, 2006) und diente dem Anbau von Lebensmitteln oder Blumen in einer meistens urbanen Umgebung (Glover, 2003). Mitglieder dieser organisierten Initiativen teilen bestimmte Ressourcen (z. B. Gartenflächen, Werkzeuge oder Wasser) und können die Produkte des gemeinsamen Gärtnerns persönlich oder kollektiv nutzen (Glover, 2003). Zentrales Merkmal ist, dass in der Regel größere Gruppen von Nutzer:innen zusammenkommen und sich die Gruppen aus unterschiedlicher Altersgruppen, ethnischen Zugehörigkeiten oder sozioökonomischen Hintergründen zusammensetzen (Firth et al., 2011). Die Gärten können nach individuellen Bedürfnissen gestaltet werden und sind bottom-up geführte, gemeinschaftsbasierte und kollaborative Initiativen (Okvat & Zautra, 2011). Die Mitglieder arbeiten partizipativ zusammen und sind gemeinsam für den Garten verantwortlich.

Die ursprüngliche Form des gemeinschaftlichen Gärtnerns geht bis ins 19. Jahrhundert zurück (Basset, 1981). Sie diente in sozialen und wirtschaftlichen Krisen insbesondere der Selbstversorgung durch die Lebensmittelproduktion und schuf darüber hinaus Arbeitsplätze (Basset, 1981; Hanna & Oh, 2000; Michaels, 2013). In den 1970er-Jahren wurden über die Lebensmittelproduktion hinaus die sozialen, physiologischen und psychologischen Vorteile des Gärtnerns hervorgehoben (Basset, 1981). Als Reaktion auf die zunehmende Urbanisierung sollten Nachbarschaften und Gemeinschaften zurückgewonnen und neue Nachbarschaftsprojekte initiiert werden (Michaels, 2013). Auch das zunehmende Umweltbewusstsein sowie das Gärtnern als ein therapeutisches Mittel wurden relevanter. Daher wurde das gemeinschaftliche Gärtnern zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts und als Intervention zur Verbesserung der Gesundheit eingesetzt (Firth et al., 2011).

Im Hochschulkontext wurde das Konzept ebenfalls bereits erprobt. Im Vordergrund steht dabei, Fachbereichsangehörige, die sich bisher gar nicht oder nur wenig kannten, in Kontakt miteinander zu bringen. Diese Projekte können als Wettbewerb angelegt werden, bei dem es darum geht, dass verschiedene Teams mit vorgegebenen Materialien innerhalb des Zeitfensters das schönste Beet kreieren und anschließend pflegen sollen.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Teilnehmen können und sollen möglichst Personen aller Statusgruppen (wissenschaftliche oder nicht wissenschaftliche Beschäftigte, Studierende, aktive und emeritierte Professor:innen sowie Alumni), um einen möglichst breiten Austausch zu gewährleisten und viele Kontakte knüpfen zu können. Initiiert wird die Intervention in Fachbereichen, sie kann aber fachbereichsübergreifend erweitert werden. Der Projektzeitraum sollte auf eine Wachstumsperiode (Frühjahr bis Herbst) begrenzt werden.

Aufbau (Gegenstände/Module)

- Es wird ein Organisationsteam gebildet, das die anzusprechenden Zielpersonen zur Teilnahme einlädt und zur Bewerbung auffordert.
- Bewerbungsphase: Innerhalb eines festgesetzten Zeitraums können sich alle Beschäftigten, Studierenden, Professor:innen und Alumni für die Teilnahme an dem Projekt bewerben.
- Zusammenstellung der Teams: Aus den Bewerbungen stellt das Organisationsteam Teams aus mehreren Personen zusammen, die sich bisher gar nicht oder kaum kannten, um den Austausch im Fachbereich zu fördern. Die Bewerber:innen werden über die Zusammensetzung ihres Teams informiert.
- Auftaktveranstaltung: Auf einer Auftaktveranstaltung treffen die Teammitglieder zum ersten Mal aufeinander. Außerdem erhalten die Teilnehmenden eine Zusammenfassung zum Projektablauf, Informationen rund um Organisatorisches sowie Tipps zur Bepflanzung und Pflege der Beete. Anschließend kann sich eine Vorstellung von Bewertungskriterien (siehe Ergänzungen) und ggf. von Kooperationspartner:innen (siehe Verantwortliche).
- Vorbereitung: Die Teams erarbeiten gemeinsam einen Teamnamen und das Konzept ihrer Beete.
- Start des Pflanzprojekts: Die Teams erhalten ein Beet, Erde, Gartenutensilien und Geld für den Kauf von Pflanzen und Dekorationsmaterialien und legen gemeinsam ein Beet an.
- Pflege des Beetes: Die Mitglieder des Teams stimmen sich regelmäßig ab und organisieren die Pflege des Beets. Monatlich werden Fotos zur Dokumentation des Wachstums- und Pflegeprozesses aufgenommen. Die Beete werden bis zum Herbstanfang gepflegt (d. h. bis zur Ernte bzw. zum Abblühen der Pflanzen).
- Optionale Preisverleihung: Auswahl der drei besten Teams pro Preiskategorie.

Häufigkeit

Die Teams sprechen sich individuell über die Häufigkeit ihrer Treffen ab. Die Pflege der Beete ist ein Bewertungskriterium, weshalb regelmäßiges Wässern, Düngen, Unkraut jäten etc. beachtet werden müssen. Wünschenswert ist die Pflege der Beete über den Wettbewerbszeitraum hinaus, sodass die so entstandenen Gemeinschaftsgärten und Bekanntschaften langfristig bestehen bleiben.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Um die Intervention zu realisieren, muss eine Fläche vorhanden sein, die zur Bepflanzung der Beete genutzt werden kann. Jedes Team der Intervention erhält neben den mit Erde befüllten Hochbeeten und Gartenutensilien ein Startgeld von 50 Euro aus den dafür vorgesehenen Projektmitteln der Hochschule.

Nach Möglichkeit kann mit (hochschulinternen oder -externen) Partner:innen kooperiert werden, die notwendige Materialien bereitstellen (z. B. Erde, Samen/Pflanzen, Gartenutensilien, Wasser etc.). Die FU Berlin etwa konnte mit dem Botanischen Garten Berlin sowie der Dahlemer Saatgutdatenbank des Botanischen Gartens kooperieren, die den Teams Erde sowie Saatgut für essbare Wildpflanzen zur Verfügung stellten. Die Teams hatten auch die Möglichkeit, über weitere Organisationen wie den Verein zur Erhaltung und Rekultivierung von Nutzpflanzen in Brandenburg (VERN) und das Leibniz-Institut für Pflanzengenetik und Kulturpflanzenforschung (IPK) seltene Blumen und alte Nutzpflanzenarten zu beziehen. Außerdem wurden die Teams vor Beginn des Projekts im Rahmen einer Auftaktveranstaltung über wichtige Grundlagen des erfolgreichen Gärtnerns informiert. Diese Einführung wurde durch einen Biologieprofessor gegeben.

Erforderliche Qualifikationen

Die Auftaktveranstaltung sollte von einer Person mit Kenntnissen in Biologie (mit-)geleitet werden. Der:die Projektleiter:in benötigt keine besondere Qualifikation.

Ergänzungen/Erweiterungen

Die Intervention kann durch eine Bewertung der Beete nach einem Punktesystem durch die Projektleitung erweitert werden. Mögliche Kategorien sind:

- Grow Your Plants: In dieser Kategorie geht es um die Bewertung der botanischen Vielfalt und des Pflanzenwachstums.
- Grow Your Team: In dieser Kategorie geht es um die Bewertung der Teamleistung. Die Bewertung erfolgt auf der Basis von Gruppenbildern und -videos, welche die Teams regelmäßig auf der Projektseite veröffentlichen. Zusatzpunkte können durch Gruppenaktivitäten außerhalb des Projekts gesammelt werden.
- Grow Your Likes: Diese Kategorie ist ein Publikumspreis. Die Medien (Fotos und Videos der Teams) werden dem Publikum als Abstimmungsgrundlage zur Verfügung gestellt.
- Grow Your Health: In dieser Kategorie geht es um den Gesundheitsaspekt der Beete.

- Grow Your Creativity: In dieser Kategorie geht es um die Kreativität und den Einfallsreichtum der Teams. Die Originalität, Ästhetik, Verarbeitung und der thematische Bezug der Beete werden bewertet.

Effektivität und Evaluation

Gemeinschaftliches Gärtnern hat sowohl auf individueller als auch auf gemeinschaftlicher Ebene positive Auswirkungen (Armstrong, 2000). Auf der individuellen Ebene gibt es positive Effekte auf die physische und mentale Gesundheit. Auf der gemeinschaftlichen Ebene gibt es positive Effekte auf die Gemeinde- und Nachbarschaftsentwicklung sowie die Vernetzung und den Austausch zwischen unterschiedlichen Personengruppen.

Die Intervention geht mit einer erhöhten körperlichen Aktivität einher (Hanna & Oh, 2000; Hermann et al., 2006; Twiss et al., 2003). Dies fördert gleichzeitig die physische Gesundheit und reduziert das Risiko für chronische Krankheiten (Michaels, 2013), Diabetes und Übergewicht (Ornelas et al., 2017). Auch auf die mentale Gesundheit hat die Intervention einen positiven Einfluss (Wakefield et al., 2007). Sie bietet kognitive Stimulation, Herausforderungen und kontinuierliches Lernen, welche die kognitive Vitalität über die gesamte Lebensspanne fördern (Infantino, 2004; Okvat & Zautra, 2011). Darüber hinaus hat die Intervention einen förderlichen Effekt auf das Ernährungsverhalten und geht mit einem gesteigerten Konsum von Obst und Gemüse und somit einer gesünderen Ernährung einher (Heim et al., 2009; Hermann et al., 2006; Okvat & Zautra, 2011).

Die Gärten werden zudem als ein Erholungs- und Rückzugsort gesehen, der zum Stressabbau beiträgt und Möglichkeit zum Entspannen bietet (Armstrong, 2000; Kingsley et al., 2009; Okvat & Zautra, 2011). Die Gartenarbeit absorbiert Negativität, wirkt beruhigend und motivierend und gibt den Teilnehmenden Hoffnung, indem sie neues Wachstum erleben (Okvat & Zautra, 2011). Somit trägt es effektiv zur Verbesserung der Stimmung bei (Okvat & Zautra, 2011). Der Kontakt mit der Natur steigert darüber hinaus die Resilienz und bietet einen wichtigen Puffer gegen Stress (Okvat & Zautra, 2011).

Die Intervention kann zudem das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen fördern (Jamison, 1985; Myers, 1998; Waliczek et al., 1996), indem die Teilnehmenden eigeninitiativ positive ästhetische Veränderungen in ihrer Umgebung bewirken, innerhalb der Gemeinschaft etwas Wertvolles hervorbringen, Verantwortung für den Garten tragen und somit Kontrolle über einen Teil ihres Lebens erleben. Dadurch fühlen sich die Teilnehmenden empowert (Okvat & Zautra, 2011). Empowerment und gesteigerter Selbstwert sind aber auch direkte Folgen gemeinsamer – über das Gärtnern hinausgehender – Aktivitäten wie etwa gemeinsames Grillen oder gemeinsame Entscheidungsfindung bei Themen, die den Garten betreffen (Glover, 2003). Gemeinschaftliche Gartenaktivitäten schaffen Zugang zu sozialer Unterstützung sowie Ressourcen innerhalb der Gemeinschaft (Kingsley et al., 2009) und ermöglichen sowohl die soziale Einbettung der Teilnehmenden als auch die Steigerung von (Sozial-)Kompetenzen (Myers, 1998).

Durch den Gemeinschaftsaspekt der Intervention gibt es einen Ort, an dem Personen zusammenkommen, sich vernetzen und als Mitglieder einer Gemeinschaft identifizieren können (Glover, 2003). Menschen aus unterschiedlichen ethnischen und sozialen Zusammenhängen sowie verschiedenen Statusgruppen, die sonst keine informellen Kontakte zueinander aufbauen würden, werden erfolgreich zusammengebracht. Indem sie ein gemeinsames Ziel ver-

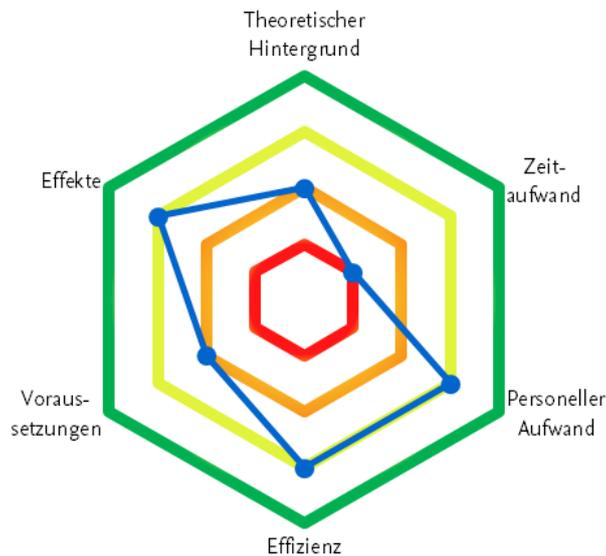
folgen und die Erlebnisse auf dem Weg dorthin miteinander teilen, wird eine kollektive Identität gebildet (Glover, 2003) und das Gemeinschaftsgefühl gestärkt (Hanna & Oh, 2000). Die so entstandenen sozialen Netzwerke puffern stressige Situationen im Alltag ab (Milligan et al., 2004). Die sozialen Prozesse, in denen durch das gemeinsame Gärtnern Vertrauen aufgebaut wird, haben auch Bestand außerhalb des Gartenkontextes (Draper & Freedman, 2010). Die Teilnehmenden verbinden die Orte, an denen gegärtnert wird, mit Gefühlen von Wert und Eingebundenheit (Kingsley et al., 2009) sowie Weiterbildung und Ausbau der eigenen Fähigkeiten (Wakefield et al., 2007). Die Intervention fördert die soziale Gesundheit und den Zusammenhalt der Gemeinschaft (Firth et al., 2011; Wakefield et al., 2007).

Im Hochschulkontext steht eine Evaluation der Effekte noch aus, es spricht aber vieles dafür, dass sich diese auch hier zeigen lassen.

Bewertung

Die Intervention greift Ideen aus verschiedenen sozialen Projekten und Initiativen auf, bezieht sich dabei jedoch nicht explizit auf ein theoretisches Modell zur Wirkung. Sie dient insbesondere zum Ausbau von Kontakten und sozialen Ressourcen, kann darüber hinaus aber auch zu mehr Eigenverantwortung sowie gesünderer Ernährung beitragen. Kontinuität ist ein essenzieller Erfolgsfaktor: Die Intervention geht über einen längeren Zeitraum und ist im Idealfall dauerhaft angelegt. Sie benötigt daher vergleichsweise viele zeitliche Ressourcen. Zum Projektauftritt entsteht auch ein etwas höherer personeller Aufwand; langfristig sollen die Beete hauptsächlich von den Studierenden selbst verwaltet werden. Weitere Voraussetzungen sind verfügbare Flächen zum gemeinschaftlichen Gärtnern sowie optional Kooperationen mit anderen Organisationen. Relevante Effekte sind die Reduktion von Stress sowie der Ausbau sozialer Ressourcen. Wird die Intervention auf Dauer angelegt, sind nachhaltige und langfristige Effekte zu erwarten. Auch wenn die Intervention bislang noch nicht abschließend im Hochschulkontext evaluiert wurde, existiert eine breite Evidenzlage aus anderen Settings. Dem hohen Aufwand stehen daher signifikante positive Auswirkungen gegenüber.

Die Intervention kann entscheidend dazu beitragen, die wahrgenommene soziale Unterstützung der Studierenden zu steigern. Das gemeinschaftliche Gärtnern ist somit eine Möglichkeit, das psychische Wohlbefinden der Studierenden zu steigern. Es ergibt sich eine überwiegend positive Gesamtbewertung von 2,3 von 4 Punkten.



Weiterführende Informationen

- Die Intervention wurde bereits am Fachbereich Biologie, Chemie, Pharmazie der Freien Universität Berlin realisiert. Informationen zu diesem Projekt finden Sie hier: <https://www.bcp.fu-berlin.de/gyn/index.html>

Literatur

- Alleyne, M., Alleyne, O. & Greenidge, D. (2010). Life Satisfaction and perceived stress among university students in Barbados. *Journal of Psychology in Africa, 20*(2), 291–297.
- Chambel, M. J. [Maria Jose] & Curral, L. (2005). Stress in Academic Life: Work Characteristics as Predictors of Student Well-being and Performance. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 5*(1), 135–147. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2005.00200.x>
- Fila, M. J. & Eatough, E. (2018). Extending knowledge of illegitimate tasks: Student satisfaction, anxiety, and emotional exhaustion. *Stress and Health, 34*(1), 152–162. <https://doi.org/10.1002/smi.2768>
- Garrosa, E., Blanco-Donoso, L. M., Carmona-Cobo, I. & Moreno-Jiménez, B. (2017). How do Curiosity, Meaning in Life, and Search for Meaning Predict College Students' Daily Emotional Exhaustion and Engagement? *Journal of Happiness Studies, 18*(1), 17–40. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9715-3>
- Gilman, R. & Huebner, S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly, 18*(2), 192–205. <https://doi.org/10.1521/scpq.18.2.192.21858>

- Grützmacher, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland*. <https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/forschung/BwB/bwb-2017/index.html>
- Gusy, B., Wörfel, F. & Lohmann, K. (2016). Erschöpfung und Engagement im Studium: Eine Anwendung des Job Demands-Resources Modells [Exhaustion and engagement in university students: An application of the Job Demands-Resources Model]. *European Journal of Health Psychology*, 24(1), 41–53. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000153>
- Hagenauer, G., Gläser-Zikuda, M. & Moschner, B. (2018). University students' emotions, life-satisfaction and study commitment: a self-determination theoretical perspective. *Journal of Further and Higher Education*, 42(6), 808–826. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2017.1323189>
- Lesener, T., Blaszczyk, W., Gusy, B. & Sprenger, M. (2018). *Wie gesund sind Studierende der Technischen Universität Kaiserslautern? [How healthy are students at the University of Kaiserslautern?]: Ergebnisse der Befragung 06/18 [Results of the survey 06/18]* (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung 02/P18). Berlin. Freie Universität Berlin.
- Luruli, K., Mostert, K. & Jacobs, M. (2020). Testing a structural model for study demands and resources, study engagement and well-being of first-year university students. *Journal of Psychology in Africa*, 30(3), 179–186. <https://doi.org/10.1080/14330237.2020.1767925>
- Martínez, I. M., Youssef-Morgan, C. M., Chambel, M. J. [Maria J.] & Marques-Pinto, A. (2019). Antecedents of academic performance of university students: academic engagement and psychological capital resources. *Educational Psychology*, 39(8), 1047–1067. <https://doi.org/10.1080/01443410.2019.1623382>
- Ouweneel, E., Le Blanc, P. M. & Schaufeli, W. B. (2011). Flourishing students: A longitudinal study on positive emotions, personal resources, and study engagement. *The Journal of Positive Psychology*, 6(2), 142–153. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.558847>
- Pavot, W. & Diener, E. (2009). Review of the Satisfaction With Life Scale. In E. Diener (Hrsg.), *Social Indicators Research Series. Assessing Well-Being* (Bd. 39, S. 101–117). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_5
- Pluut, H., Curşeu, P. L. & Ilies, R. (2015). Social and study related stressors and resources among university entrants: Effects on well-being and academic performance. *Learning and Individual Differences*, 37, 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2014.11.018>
- Reis, D., Hoppe, A. & Schröder, A. (2015). Reciprocal relationships between resources, work and study engagement, and mental health: Evidence for gain cycles. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(1), 59–75. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2013.834891>
- Robins, T. G., Roberts, R. M. & Sarris, A. (2015). Burnout and Engagement in Health Profession Students: The Relationships Between Study Demands, Study Resources and Personal Resources. *Australasian Journal of Organisational Psychology*, 8, 115. <https://doi.org/10.1017/orp.2014.7>
- Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M. & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 33(5), 464–481. <https://doi.org/10.1177/0022022102033005003>
- Zuffianò, A., Marti-Vilar, M. & López-Pérez, B. (2018). Prosociality and Life Satisfaction: A Daily-Diary Investigation among Spanish University Students. *Personality and Individual Differences*, 123, 17–20. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.042>

3.6 Emotionale Intelligenz steigern

Ziel

Die Intervention zielt auf eine Steigerung der emotionalen Intelligenz von Studierenden über eine Vermittlung von theoretischem Wissen zu Emotionen und über Trainings zur Anwendung emotionaler Fähigkeiten im Alltag (Nelis et al., 2009).

Theoretischer Hintergrund

Das theoretische Fundament bildet das »Four Branches Ability Model of Emotional Intelligence« von Mayer und Salovey (1997). Dieses Modell definiert emotionale Intelligenz als eine Fähigkeit und untergliedert sie in vier Bereiche (sogenannte Branches): (1) Emotionswahrnehmung, (2) Emotionsnutzung, (3) Emotionsverständnis sowie (4) Emotionsmanagement.

Emotionale Intelligenz (EI) ist die Fähigkeit, sowohl die eigenen Gefühle und Emotionen als auch die von anderen zu identifizieren und zu überwachen, zwischen diesen zu differenzieren und diese Informationen zu nutzen, um die eigenen Gedanken und Handlungen zu leiten (Salovey & Mayer, 1990).

Empirische Erkenntnisse wurden systematisch genutzt, um die Lehrmodule der Intervention zu gestalten. Zum Beispiel prägten das Modell multipler Komponenten von Emotionen (Scherer, 2001) sowie die Arbeiten zu Gesichtsausdrücken (Ekman & Friesen, 1971) einen Großteil der Abschnitte zur Wahrnehmung der eigenen und fremden Emotionen; Befunde zu effektiven Emotionsregulationsstrategien (Gross, 1998) wurden bei der Entwicklung des Trainings zur Emotionsregulation genutzt (vgl. Nelis et al., 2009).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an alle Studierenden.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention (Nelis et al., 2009) ist aus vier Sitzungen aufgebaut. Der Inhalt jeder Sitzung basiert auf Kurzvorträgen, Rollenspielen, Gruppendiskussionen, Übungen zu zweit sowie Lesungen:

- Sitzung 1 »Emotionen verstehen« beinhaltet ein Rollenspiel, das die Bedeutsamkeit von Emotionen und emotionaler Intelligenz verdeutlicht. Weitere Bestandteile sind eine Einführung, Begrüßung sowie die Erläuterung der Sitzungen und des persönlichen Tagebuchs. Außerdem werden wichtige Konzepte (z.B. Emotionen und emotionale Intelligenz) erläutert sowie mit einer Zusammenfassung und Hausaufgabe abgeschlossen.
- Sitzung 2 »Emotionen identifizieren« beginnt mit einem Rückblick auf die vergangene Sitzung. Die Hausaufgaben werden besprochen. Anhand von theoretischen (Scherer, 2001) und praktischen Einheiten erlernen die Teilnehmenden, ihre eigenen Emotionen

zu identifizieren. Die Identifikation von Emotionen anderer erlernen die Teilnehmenden durch Dekodieren von Gesichtsausdrücken. Geübt wird mit dem Micro Expression Training Tool (METT). Kommunikation ist ein weiterer Themenbereich in dieser Sitzung. Abgeschlossen wird mit einer Zusammenfassung und Hausaufgaben.

- Sitzung 3 »Emotionen ausdrücken und nutzen« startet wie Sitzung 2. In dieser Sitzung erlernen die Teilnehmenden Wege, ihre Emotionen auszudrücken. Rollenspiele werden eingesetzt. Ein Schwerpunkt liegt darauf, wie Emotionen für bestimmte Zwecke eingesetzt werden, z. B. zur Steigerung von positiven Gefühlen oder zur Problemlösung. Den Abschluss der Sitzung bilden eine Zusammenfassung sowie Hausaufgaben für die nächste Sitzung.
- Sitzung 4 »Emotionen verwalten« startet wie die vorherigen Sitzungen. In dieser Sitzung werden Bewältigungsstrategien anhand theoretischen Inputs erklärt und in Gruppendiskussionen vertieft. Mit Rollenspielen und Übungen wird das Thema »positive Neubewertung« erarbeitet. Darüber hinaus werden Geist-Körper-Verbindungen erörtert und Entspannungsübungen erlernt. Diese Sitzung wird mit einer Zusammenfassung, einer Fragerunde sowie der Evaluation der Intervention abgeschlossen.

Häufigkeit

Jede der vier Sitzungen dauert zweieinhalb Stunden. Diese werden über einen Zeitraum von vier Wochen mit jeweils einer Sitzung pro Woche abgehalten (Nelis et al., 2009).

Die Intervention findet im Gruppenformat mit ca. zehn Teilnehmenden statt.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Hierzu liegen keine spezifischen Informationen vor.

Erforderliche Qualifikation

Hierzu liegen keine spezifischen Informationen vor.

Ergänzungen/Erweiterungen

Den Teilnehmenden wurde am Ende der ersten Sitzung ein persönliches Tagebuch zur Verfügung gestellt, in welchem sie täglich jeweils ein emotionales Erlebnis schildern sollten. Diese emotionalen Erfahrungen sollten vor dem Hintergrund der in den Sitzungen vorgestellten Theorie (z. B. Modell multipler Komponenten von Emotionen) analysiert werden.

Die Intervention wurde nach der Veröffentlichung der Pilotstudie (Nelis et al., 2009) und den Erfolg versprechenden Befunden in den folgenden Jahren modifiziert und im Rahmen weiterer Studien untersucht und evaluiert (Kotsou et al., 2011; Nelis et al., 2011). Einen zusammenfassenden Überblick über die Ergebnisse sowie eine Interventionsbeschreibung liefern Mikolajczak et al. (2013).

Effektivität und Evaluation

Nelis et al. (2009) evaluierten die Intervention mithilfe eines randomisierten Kontrollgruppendesigns. Die Teilnehmenden der Experimental- und Kontrollgruppen wurden zu drei Messzeitpunkten hinsichtlich verschiedener Parameter der emotionalen Intelligenz untersucht. Nach der Intervention zeigten sich für die Teilnehmenden der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen in den Parametern Emotionsregulation sowie Emotionsidentifikation. Insgesamt waren sie nach der Intervention besser in der Regulation von eigenen Emotionen wie auch von Emotionen anderer und hatten weniger Schwierigkeiten bei der Identifikation und Beschreibung von Emotionen als vor der Intervention. Zudem wiesen die Teilnehmenden eine höhere emotionale Intelligenz auf. Diese Effekte blieben bis zu sechs Monate nach der Intervention stabil. Im Gegensatz zu den Teilnehmenden an der Intervention gab es in der Kontrollgruppe keine signifikanten Veränderungen.

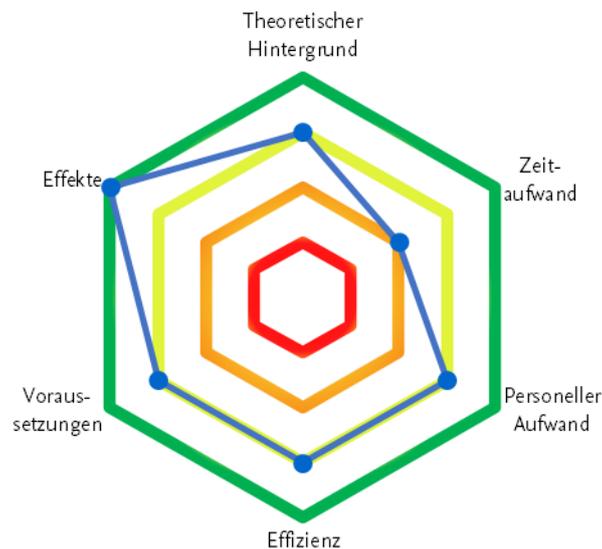
In einer weiteren Studie untersuchten Nelis et al. (2011) die Wirksamkeit einer längeren Version der Intervention in Bezug auf die emotionale Funktionsfähigkeit, langfristige Persönlichkeitsveränderungen sowie die physische, psychische, soziale und arbeitsbezogene Anpassung. Durch die Intervention konnten die Emotionsregulation, das Emotionsverständnis sowie die allgemeine emotionale Kompetenz⁶ nachweislich verbessert werden. Diese Verbesserungen führten langfristig zu einer Zunahme in den Persönlichkeitsmerkmalen Extraversion und Verträglichkeit bei den Teilnehmenden sowie zu einer Abnahme im Merkmal Neurotizismus. Die Entwicklung der emotionalen Kompetenz durch die Intervention führte auch zu nachhaltigen Effekten in Bezug auf das psychische Wohlbefinden, die subjektive Gesundheit, die Qualität der sozialen Beziehungen und die Beschäftigungsfähigkeit.

Bewertung

Die Intervention ist durch das Modell der emotionalen Intelligenz von Mayer und Salovey (1997) begründet und bezieht sich zusätzlich auf empirische Erkenntnisse aus der Emotionsforschung. Strukturelle Ursachen von Wohlbefinden werden durch diese Intervention nicht adressiert. Der Zeitaufwand für die Vorbereitung und Durchführung der Intervention ist moderat. Sie erfordert nur wenig personelle Ressourcen und ist vergleichsweise leicht in den Hochschulkontext zu integrieren. Die Intervention zeigt kurz- und langfristige Effekte auf die emotionale Intelligenz und weitere spezifische Parameter wie Emotionsregulation und -wahrnehmung sowie positive Effekte auf das psychische und physische Wohlbefinden.

⁶ In der Studie als Synonym für emotionale Intelligenz verwendet.

Insgesamt stellt die Intervention eine effektive Möglichkeit dar, das Wohlbefinden von Studierenden zu verbessern. Die Gesamtbewertung fällt mit 3 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Mikolajczak et al. (2013) geben in ihrem Buchbeitrag Empfehlungen zu Voraussetzungen und Inhalten der Intervention, zu einzusetzenden Lehrmethoden sowie zum Transfer neu erworbener emotionaler Kompetenzen und stellen zusammenfassend die wichtigsten Effekte von Interventionen zur Steigerung der emotionalen Intelligenz dar.
- Der Lehrstuhl für Persönlichkeitspsychologie und Psychologische Diagnostik der Otto-Friedrich-Universität Bamberg hat am Kompetenzzentrum für Angewandte Personalpsychologie (KAP) ein Interventionsprogramm zur Förderung von emotionalen Kompetenzen (EmoTrain) für Führungskräfte sowie Personen in Dienstleistungs- und Interaktionsberufen wie z. B. Lehrkräfte entwickelt (Herpertz & Schütz, 2015). Dieses ein- bis zweitägige Gruppenprogramm basiert auf dem hier vorgestellten theoretischen Modell von Mayer und Salovey (1997) und wurde bereits in zwei Evaluationsstudien mit Studierenden der Betriebs- und Wirtschaftswissenschaften evaluiert (Herpertz et al., 2016; Herpertz & Schütz, 2015). Geßler et al. (2019) veröffentlichten ein umfassendes Manual des EmoTrain-Programms. Auf Basis dieses Präsenztrainings wurde später auch ein Onlinetraining entwickelt und ebenfalls evaluiert (Köppe et al., 2019).

Literatur

- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17(2), 124–129. <https://doi.org/10.1037/h0030377>
- Geßler, S., Köppe, C., Fehn, T. & Schütz, A. (2019). *Training emotionaler Kompetenzen (EmoTrain): Ein Gruppentraining zur Förderung von Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation bei Führungskräften* (1. Auflage). Hogrefe.

- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Herpertz, S. & Schütz, A. (2015). "EMO-TRAIN": Ein Interventionsprogramm zur Förderung von Empathie, Emotionswahrnehmung und -regulation. In M. Roth, V. Schönefeld & T. Altmann (Hrsg.), *Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie: Ein praxisorientiertes Kompendium* (1. Aufl., S. 141–156). Springer Berlin Heidelberg.
- Herpertz, S., Schütz, A. & Nezelek, J. (2016). Enhancing emotion perception, a fundamental component of emotional intelligence: Using multiple-group SEM to evaluate a training program. *Personality and Individual Differences, 95*, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.015>
- Köppe, C., Held, M. & Schütz, A. (2019). Improving Emotion Perception and Emotion Regulation Through a Web-based Emotional Intelligence Training (WEIT) Program for Future Leaders. *International Journal of Emotional Education, 11*(2), 17–32.
- Kotsou, I., Nelis, D., Grégoire, J. & Mikolajczak, M. (2011). Emotional plasticity: conditions and effects of improving emotional competence in adulthood. *Journal of Applied Psychology, 96*(4), 827–839. <https://doi.org/10.1037/a0023047>
- Mayer, J. D. & Salovey, P. [P.]. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Hrsg.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (1. Aufl., S. 3–31). BasicBooks.
- Mikolajczak, M., Kotsou, I. & Nelis, D. (2013). Improving Emotional Competence in Adults. In C. Mohiyeddini, M. W. Eysenck & S. Bauer (Hrsg.), *Psychology of emotions, motivations and actions. Handbook of psychology of emotions: Recent theoretical perspectives and novel empirical findings Volume 1*. Nova publishers.
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P. & Mikolajczak, M. (2011). Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion (Washington, D.C.), 11*(2), 354–366. <https://doi.org/10.1037/a0021554>
- Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M. & Hansenne, M. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Personality and Individual Differences, 47*(1), 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.01.046>
- Salovey, P. [Peter] & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Scherer, K. R. (2001). Appraisal Considered as a Process of Multilevel Sequential Checking. In K. R. Scherer, A. Schorr & T. Johnstone (Hrsg.), *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research* (S. 92–120). Oxford University Press.

3.7 Mentoring für Studienanfänger:innen

Ziel

Ziel eines Mentoringprogramms ist es unter anderem, zur Reduktion des studentischen psychischen Missbefindens beizutragen und gleichzeitig das Wohlbefinden zu steigern. Studierenden soll die Studienanfangsphase erleichtert und dadurch die Studienzufriedenheit erhöht sowie die Studienabbruchsneigung reduziert werden. Wichtige Informations- und Beratungsstellen der Hochschule werden bekannt gemacht und erste soziale Kontakte (im eigenen Fach oder fachübergreifend) werden geknüpft.

Theoretischer Hintergrund

Mentoring beschreibt die Beziehung zwischen einer erfahrenen Person (Mentor:in) und einer oder mehreren weniger erfahrenen Personen (Mentees) und verfolgt zwei Ziele: die Unterstützung auf psychosozialer Ebene sowie die Unterstützung auf Karriereebene (Eby, 1997). Eine persönliche, intensive und vertrauensvolle Beziehung zwischen Mentor:in und Mentee ist dabei essenziell (Campbell & Campbell, 1997; Holt & Fifer, 2018; Liao & Sánchez, 2019).

Mentees profitieren von einer höheren wahrgenommenen Kompetenz, einer Vergrößerung des persönlichen sozialen Netzwerks sowie einer Steigerung der Selbstwirksamkeit und des Selbstwerts (Eby et al., 2010; Kalpazidou Schmidt & Faber, 2016). Darüber hinaus kann Mentoring zu verbesserter Karriereplanung führen (Kalpazidou Schmidt & Faber, 2016) und trägt zur Förderung der professionellen Entwicklung bei (Eby et al., 2010). Mentoring kann eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung darstellen (Kalpazidou Schmidt & Faber, 2016). Auch Mentor:innen profitieren von einem Mentoringprogramm: Erfolgreiches Mentoring unterstützt die professionelle Entwicklung und steigert die persönliche Zufriedenheit der Mentor:innen (Kalpazidou Schmidt & Faber, 2016).

Maßgeblich entscheidend für den Erfolg von Mentoringprogrammen ist deren Qualität: Liao und Sánchez (2019) berichten, dass sich Studierende ohne Mentor:in in Bezug auf akademische Ziele und Erwartungen und auch leistungsbezogene Aspekte nicht von Studierenden mit Mentor:in unterscheiden, wenn keine intensive und wachstumsorientierte Beziehung vorliegt. Grossman und Rhodes (2002) warnen sogar, dass Mentoringprogramme von geringer Qualität negative Effekte für die Mentees haben können.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Das hier beschriebene Mentoringprogramm richtet sich an sämtliche Studienanfänger:innen.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Das Mentoringprogramm wird in der Einführungswoche initiiert. Hierzu gibt es eine Auftaktveranstaltung, in welcher die Studierenden auf das Angebot aufmerksam gemacht werden. Die Studienanfänger:innen werden hier ihren Menteegruppen zugewiesen. Ziel ist es, möglichst sämtliche Studienanfänger:innen zu erreichen. Die Menteegruppen sind einzelnen studentischen Mentor:innen zugeordnet, die im Verlauf das Mentoring weitgehend selbstständig realisieren. Das Mentoring besteht üblicherweise aus regelmäßigen Treffen während des ersten

und zweiten Semesters. Orte, Dauer sowie Inhalte der Treffen werden in der Regel an die Bedarfe der Mentees angepasst.

Häufigkeit

Die Treffen finden im Laufe des ersten Studienjahrs statt. Üblicherweise gibt es mindestens fünf Gruppentreffen zwischen Mentor:innen und Mentees.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Obwohl das Mentoring selbst dezentralisiert stattfindet, ist dennoch eine zentrale Stelle zur Koordination des Mentoringprogramms erforderlich. Diese ist für die Auswahl (und potenzielle Vergütung) der Mentor:innen, aber auch für die Kommunikation und Evaluation des Mentoringprogramms verantwortlich. Sie ist weiterhin Ansprechperson für Mentor:innen und Mentees bei möglicherweise auftretenden Problemen, Hindernissen oder Unregelmäßigkeiten.

Erforderliche Qualifikationen

Zunächst werden potenziell geeignete Mentor:innen ausgewählt. Voraussetzung ist neben sozialen Kompetenzen eine ausgeprägte Kenntnis der Hochschulstrukturen, um die Mentees angemessen informieren zu können. Um eine möglichst ausgeprägte Kenntnis der für die Mentees relevanten spezifischen Strukturen sicherzustellen, empfiehlt sich eine Zuteilung von Mentees zu einem:r entsprechenden Mentor:in anhand fachlicher Zugehörigkeit.

Die Koordinationsstelle des Programms organisiert für die ausgewählten Mentor:innen vor Beginn ihrer Tätigkeit eine Schulung, in welcher die notwendigen Kompetenzen und relevanten Kenntnisse vermittelt werden. Beispielsweise lernen sie Inhalte strukturiert und verständlich darzustellen, Gesprächsprozesse effizient zu steuern, mit Störungen, Problemen und Blockaden in der Gruppe umzugehen sowie die Mentoringtreffen inhaltlich und methodisch vorzubereiten.

Effektivität und Evaluation

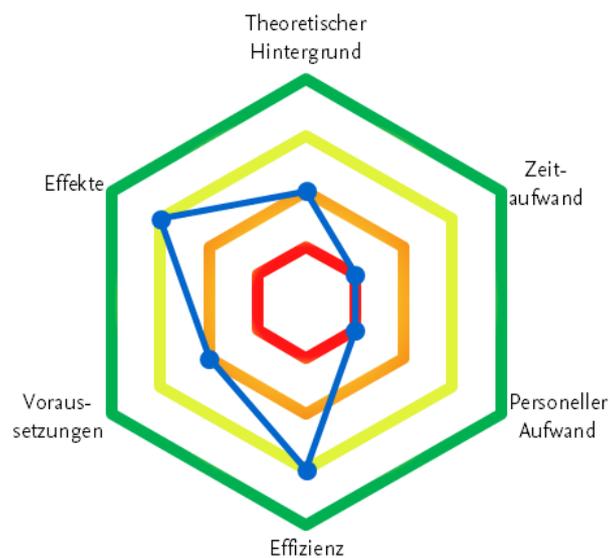
Ein Programm, das oben genanntem Ablauf folgt, wurde von Bergann et al. (2018) im Hochschulkontext evaluiert. Hierbei wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der Teilnahme am Mentoringprogramm und der allgemeinen Studienzufriedenheit festgestellt (Bergann et al., 2018). Darüber hinaus zeigten sich infolge der Teilnahme am Mentoringprogramm ein höheres Fachinteresse und eine geringere Studienabbruchneigung (Bergann et al., 2018). Zentral ist jedoch, dass die wahrgenommene soziale Integration sowie das berichtete Zugehörigkeitsgefühl der Mentees zur Hochschule gesteigert wurden (Bergann et al., 2018).

Bewertung

Mentoringprogramme sind selten theoriebasiert. Abhängig von Art und Häufigkeit der Treffen ist die Einführung eines effektiven Mentoringprogramms mit moderatem bis hohem Zeit- und Personalaufwand verbunden. Entsprechende Strukturen und Voraussetzungen sind erforder-

lich und müssen gegebenenfalls erst geschaffen werden, was die Integration in den Hochschulalltag erschwert. Dem gegenüber stehen allerdings breit gefächerte positive Effekte, denn die Intervention adressiert wesentliche studiumsbezogene – insbesondere soziale – Ressourcen. Sie wirkt sich dabei sowohl auf Mentor:innen als auch auf Mentees positiv aus. Es fehlen jedoch Daten zu Langzeiteffekten (nach Ende der Mentoringphase). Darüber hinaus kann ein Mentoringprogramm simultan zur Problemdiagnose und -lösung beitragen, da es einen direkten Kontakt zu den Studierenden sowie einen geschützten Rahmen bietet.

Die Intervention ist eine gute Möglichkeit, wichtige Ressourcen wie die soziale Integration und Studienzufriedenheit zu steigern und somit das psychische Wohlbefinden zu fördern. Die Gesamtbewertung fällt mit 2 von 4 Punkten zufriedenstellend aus.



Weiterführende Informationen

- Eller et al. (2014) und Sandner (2015) geben einen Überblick über Schlüsselemente von effektiven Mentor:innenbeziehungen.
- Einen umfassenden Überblick über Anwendungsmöglichkeiten sowie empirische Befunde gibt Stöger (2009). Insbesondere werden die Themen Frauenförderung durch Mentoring sowie Mentoring im Hochschulkontext behandelt.
- Havenith et al. (2003) beschreiben in ihrem Handbuch Möglichkeiten der erfolgreichen Implementation. Insbesondere diskutieren die Autor:innen, wie Mentoring im Zuge der Geschlechtergleichstellung genutzt werden kann.
- Mentoringprogramme wurden erfolgreich an diversen Hochschulen implementiert. Eine Auflistung findet sich unter <https://www.hochschulverband.de/leistungen/wiss-nachwuchs/mentoring>.

Literatur

- Bergann, S., Gaedke, S., Rüdiger, C. & Rottach, A. (2018). *Zusammenfassender Ergebnisbericht zur Evaluation des Mentoring-Programms in der ersten Förderperiode des SUPPORT-Projekts (Teilprojekt 1)* (Freie Universität Berlin, Hrsg.). Berlin: Arbeitsstelle Lehr- und Studienqualität. Zugriff am 03.09.2020. Verfügbar unter https://www.fu-berlin.de/sites/qualitaetspakt/mentoring/Inhaltselemente/Evaluationsbericht-Mentoring-FU-BERLIN_1_-Foerderperiode-SUPPORT.pdf
- Campbell, T. A. & Campbell, D. E. (1997). *Research in Higher Education*, 38(6), 727–742. <https://doi.org/10.1023/A:1024911904627>
- Eby, L. T. (1997). Alternative Forms of Mentoring in Changing Organizational Environments: A Conceptual Extension of the Mentoring Literature. *Journal of Vocational Behavior*, 51(1), 125–144. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1997.1594>
- Eby, L. T., Butts, M. M., Durley, J. & Ragins, B. R. (2010). Are bad experiences stronger than good ones in mentoring relationships? Evidence from the protégé and mentor perspective. *Journal of Vocational Behavior*, 77(1), 81–92. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.02.010>
- Eller, L. S., Lev, E. L. & Feurer, A. (2014). Key components of an effective mentoring relationship: a qualitative study. *Nurse Education Today*, 34(5), 815–820. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.020>
- Grossman, J. B. & Rhodes, J. E. (2002). The test of time: predictors and effects of duration in youth mentoring relationships. *American Journal of Community Psychology*, 30(2), 199–219. <https://doi.org/10.1023/A:1014680827552>
- Havenith, E., Martin, I. & Petersen, U. (2003). *Mentoring-Programme erfolgreich implementieren. Ein Handbuch für die außeruniversitäre Forschung*. Bonn: Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung.
- Holt, L. J. & Fifer, J. E. (2018). Peer Mentor Characteristics That Predict Supportive Relationships With First-Year Students: Implications for Peer Mentor Programming and First-Year Student Retention. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice*, 20(1), 67–91. <https://doi.org/10.1177/1521025116650685>
- Kalpazidou Schmidt, E. & Faber, S. T. (2016). Benefits of Peer Mentoring to Mentors, Female Mentees and Higher Education Institutions. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, 24(2), 137–157. <https://doi.org/10.1080/13611267.2016.1170560>
- Liao, C. L. & Sánchez, B. (2019). Mentoring Relationship Quality Profiles and Their Association With Urban, Low-Income Youth's Academic Outcomes. *Youth & Society*, 51(4), 443–462. <https://doi.org/10.1177/0044118X16668058>
- Sandner, M. (2015). The effects of high-quality student mentoring. *Economics Letters*, 136, 227–232. <https://doi.org/10.1016/j.econlet.2015.09.043>
- Stöger, H. (Hrsg.) (2009). *Mentoring: Theoretische Hintergründe, empirische Befunde und praktische Anwendungen*. Lengerich: Pabst.

3.8 Peer-Support-Intervention

Ziel

Ziel der verhaltensbezogenen Intervention ist es, das psychische Wohlbefinden von Studierenden mit Depressivitäts- und Ängstlichkeitssymptomen zu steigern. Dies soll durch einen Ausbau des sozialen Netzwerks, eine Verbesserung der Schlafqualität sowie durch Unterstützung bei der Strukturierung des Alltags geschehen (Byrom, 2018).

Theoretischer Hintergrund

Peer Support bezeichnet ein soziales System gegenseitiger Hilfeleistungen (Mead et al., 2001). Peer Support wird gemeinhin als wichtige Ressource gegen das Aufkommen von Depressivität angesehen (Byrom, 2018). Entsprechend den Annahmen des Study-Demands-Resources(SD-R)-Modells führt der Ausbau sozialer Ressourcen zu einer Minderung des psychischen Missbefindens und fördert das Wohlbefinden (Gusy et al., 2016).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich insbesondere an Personen, die Ängstlichkeit oder Depressivität empfinden oder sich häufig Sorgen machen.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Der Kurs besteht aus sechs Treffen, die jeweils im Abstand von einer Woche stattfinden sollen (Byrom, 2018).

- In Sitzung 1 werden Strategien zum Aufbau eines sozialen Netzwerks identifiziert.
- In Sitzung 2 werden Strategien des aktiven Stressmanagements thematisiert.
- Sitzung 3 behandelt die Entwicklung einer positiveren Abend- und Morgenroutine sowie Strategien zur Verbesserung der Schlafqualität.
- Sitzung 4 dient der Reflektion des bisherigen sowie der Sicherung des weiteren Fortschritts.
- Sitzung 5 dient der Identifikation von Strategien, um diverse Aktivitäten in die tägliche Routine zu integrieren.
- Die letzte Sitzung dient der Identifikation von Herausforderungen, die die Sozialisierung im universitären Kontext erschweren, und von Möglichkeiten, mit ihnen umzugehen.

Häufigkeit

Die Intervention dauert sechs Wochen. Während dieser Zeit finden wöchentliche Gruppentreffen von je 90 Minuten statt (Byrom, 2018).

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Für die Umsetzung der Intervention werden freiwillige Studierende zur Leitung der Treffen benötigt. Weiterhin ist ein Training der Gruppenleiter:innen durch Supervisor:innen erforderlich. Im späteren Verlauf der Intervention sind einem:einer Supervisor:in mehrere Gruppenleiter:innen zugeordnet. Die Intervention benötigt also eine kontrollierende Instanz und gegebenenfalls finanzielle Mittel zur Entlohnung der Supervisor:innen.

Erforderliche Qualifikationen

Die Sitzungen werden von freiwilligen Studierenden durchgeführt. Insbesondere Studierende, die Depressivität oder Ängstlichkeit bereits selbst erlebten, werden dazu angehalten, die Sitzungsleitung zu übernehmen. Alle Gruppenleiter:innen durchlaufen ein zweitägiges Trainingsprogramm, in welchem unter anderem Informationen zu psychischem Missbefinden sowie Techniken des *Motivational Interviewing* und des aktiven Zuhörens vermittelt werden (Byrom, 2018).

Jeder Gruppe wird neben der Gruppenleitung ein:e Supervisor:in zugewiesen, welche:r im Idealfall Vorerfahrung mit dem Leiten einer Peer-Support-Gruppe haben sollte. Die Führung durch die einzelnen Sitzungen übernimmt der: die Gruppenleiter:in. Den Supervisor:innen kommt eine begleitende und während der Gruppentreffen unterstützende Funktion zu; weiterhin sind sie für den Kontakt zwischen den Gruppen und der Institution verantwortlich (Byrom, 2018).

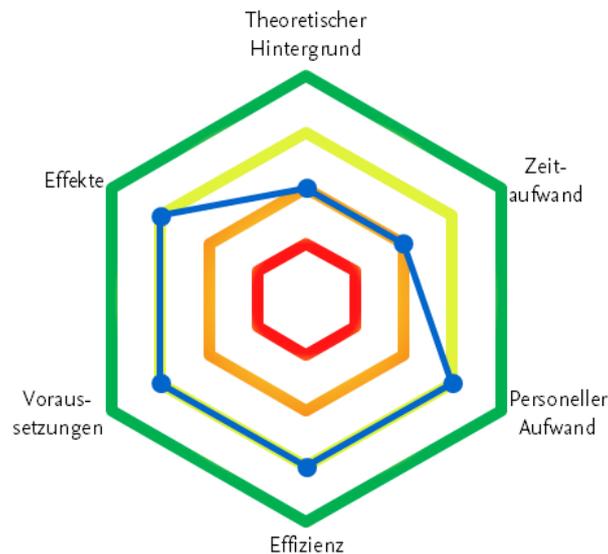
Effektivität und Evaluation

Byrom (2018) evaluierte die Intervention im Hochschulkontext. Hierzu wurden drei Messungen durchgeführt: zu Beginn, während und zum Abschluss (d. h. in der letzten Sitzung) der Intervention. Die Intervention führte zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 zu einer signifikanten Steigerung des psychischen Wohlbefindens. Zwischen Messzeitpunkt 2 und 3 wurde jedoch kein signifikanter Zusammenhang gefunden. Je regelmäßiger die Studierenden an den Sitzungen teilnahmen, desto positiver bewerteten sie ihr psychisches Wohlbefinden.

Bewertung

Die Intervention lässt sich, wie oben beschrieben, mit dem Study-Demands-Resources-Modell begründen. Die Intervention erfordert einen moderaten zeitlichen Aufwand verschiedener Personen in einem Zeitraum von sechs Wochen. Da es darüber hinaus kaum struktureller Voraussetzungen bedarf, lässt sich die Intervention leicht in den Hochschulkontext integrieren. Erste Evaluationsergebnisse deuten auf eine kurzfristige Verbesserung des psychischen Befindens hin, es fehlen jedoch bisher Daten für valide Langzeiteffekte. Positiv hervorzuheben ist, dass diese Intervention als eine der wenigen (auch) die sozialen Ressourcen der Studierenden adressiert.

Die Intervention stellt eine gute Möglichkeit zur Steigerung des psychischen Wohlbefindens dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,6 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Ein Handbuch zur beschriebenen Intervention kann bei *Student Minds* angefragt werden (info@studentminds.org.uk).
- Zusätzliche Informationen zum theoretischen Hintergrund, Aufbau sowie Ablauf der Peer-Support-Intervention sind auf der Website der University of Nottingham unter nachstehendem Link verfügbar: <https://www.su.nottingham.ac.uk/volunteering/volunteering-opportunities/student-led-projects/mentalwealth/positivemindspeersupport/>.

Literatur

- Byrom, N. (2018). An evaluation of a peer support intervention for student mental health. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 27(3), 240–246. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437605>
- Gusy, B., Wörfel, F. & Lohmann, K. (2016). Erschöpfung und Engagement im Studium: Eine Anwendung des Job Demands-Resources Modells [Exhaustion and engagement in university students: An application of the Job Demands–Resources Model]. *European Journal of Health Psychology*, 24(1), 41–53. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000153>
- Mead, S., Hilton, D. & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>

3.9 Resilienztraining

Ziel

Das Ziel des Resilienztrainings nach Steinhardt & Dolbier (2008) ist die Steigerung der Resilienz, die Stärkung adaptiver Coping- bzw. Bewältigungs-Strategien und von Schutzfaktoren von Studierenden sowie die Reduktion psychischer und psychosomatischer Symptome in Phasen erhöhten akademischen Stresses (Steinhardt & Dolbier, 2008).

Theoretischer Hintergrund

Die Basis des Resilienztrainings nach Steinhardt & Dolbier (2008) bilden verschiedene Theorien und Modelle. Darunter sind das transaktionale Stressmodell nach Lazarus & Folkman (1984), die Resilienztheorie nach O'Leary & Ickovics (1995) und Carver (1998) – wonach Resilienz definiert wird als Fähigkeit, sich von stressbedingten Funktionsstörungen zu erholen und zum ursprünglichen Funktionsniveau zurückzukehren –, die Rational-Emotive Therapie (Ellis, 2001) als eine Form der Kognitiven Verhaltenstherapie sowie das Internal-Family-Systems (IFT)-Modell nach Schwartz (1995, 2001). Das IFT-Modell ist ein systemischer Therapieansatz mit einem Fokus auf der Innenwelt des Individuums (Waterholter, 2008).

Die Intervention vereinbart drei etablierte Modalitäten von Stressmanagementinterventionen: Psychoedukation, soziale Unterstützung sowie Aspekte der Kognitiven Verhaltenstherapie (insb. Burns, 1999). Sie basiert auf empirischen Untersuchungen insbesondere zu Stress, Coping- und Schutzfaktoren (Steinhardt & Dolbier, 2008).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an alle Studierenden, die sich in Phasen erhöhten akademischen Stresses befinden.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention umfasst vier Sitzungen:

1. »Transforming Stress Into Resilience«: In dieser Sitzung wird ein Resilienzmodell nach Carver (1998) und O'Leary & Ickovics (1995) vorgestellt. Die darin vorkommenden vier typischen Stressreaktionen »Step Up«, »Bounce Up«, »Put Up« und »Give Up« werden erörtert. Weiterhin werden die zwei Bewältigungsansätze – emotions- und problemorientiertes Coping – vorgestellt und mit den vier Stressreaktionen in Beziehung gesetzt. Es wird dargestellt, in welchen Stresssituationen sich die unterschiedlichen Formen der Bewältigung eignen.
2. »Taking Responsibility«: In der zweiten Sitzung geht es um das Thema Verantwortung, insbesondere um das Übernehmen bzw. Nichtübernehmen von Verantwortung für das eigene Verhalten. Dies wird beispielhaft mithilfe konkreter Stresssituationen veranschaulicht. Ein fünfstufiger Prozess soll die Teilnehmenden dabei unterstützen, Verantwortung für die Bewältigung ihrer individuellen Stresssituationen zu übernehmen. Das

Konzept des Selbstwertgefühls wird mit Verantwortungsübernahme in Beziehung gesetzt.

3. »Focusing on Empowering Interpretations«: In der dritten Sitzung wird mit dem ABCDE-Modell der Rational-Emotiven Therapie (Ellis, 2001) gearbeitet. Im ABCDE-Modell ist A ein auslösendes Ereignis (Activating Event), B das Überzeugungssystem (Belief System), C sind die Konsequenzen (Consequences), die mit dem „A“ verbunden sind, D sind Gespräche und Disputation (Disputation/Debating) und E (Effect) sind therapeutische Effekte (Ellis & MacLaren, 2014; Spörrle, 2006). Die Teilnehmenden assoziieren und hinterfragen ihre unterschiedlichen Interpretationen der Stresssituationen und der Verhaltensweisen im Verantwortungsmodell.
4. »Creating Meaningful Connections«: In dieser Sitzung geht es um die Bedeutsamkeit von Freundschaften und sozialer Unterstützung, die insbesondere in Stresssituationen Einfluss auf das Denken, Verhalten sowie Gesundheit und Wohlbefinden einer Person haben. Im letzten Abschnitt wird das Konzept »Self-Leadership« auf Grundlage des IFS-Modells (Schwartz, 1995, 2001) eingeführt. Die Teilnehmenden lernen die Bedeutung von Self-Leadership hinsichtlich Verantwortungsübernahme, der Interpretation von Stresssituationen sowie dem Aufbau funktionaler Beziehungen kennen.

Häufigkeit

Jede der vier Sitzungen dauert ca. zwei Stunden. Die Sitzungen werden einmal wöchentlich in vier aufeinanderfolgenden Wochen absolviert.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Hierzu liegen keine spezifischen Informationen vor.

Als Orientierung für die Vorbereitung der Kursleiter:innen können die kurzen Audio-/Videodateien der modifizierten Onlineversion des Trainings (s. Ergänzungen/Erweiterungen) auf der Projektwebsite unter <https://sites.edb.utexas.edu/resilienceeducation/> herangezogen werden.

Erforderliche personelle Qualifikation

Hierzu liegen keine spezifischen Informationen vor.

Ergänzungen/Erweiterungen

Es existiert eine modifizierte Onlineversion des Trainings. Dieses ist vollständig ausgearbeitet und besteht aus vier Modulen. Jedes der Module wird im Audioformat präsentiert und von Flashanimationen sowie kurzen interaktiven Quizen begleitet. Die Materialien wurden von Frau Dr. Steinhardt, Professorin für Gesundheitsbildung an der University of Texas at Austin erstellt und in englischer Sprache aufgezeichnet. Am Ende jeder Sitzung können die Teilnehmenden eine PDF-Datei ausdrucken, welche kurze Aufgaben, Lesematerialien und eine Liste von Buchempfehlungen enthält. Diese modifizierte Version des Resilienzcurriculums sowie

druckbare Aufgaben und Materialien zu den einzelnen Sitzungen sind auf der Website der University of Texas at Austin unter <https://sites.edb.utexas.edu/resilienceeducation/modules/> zu finden.

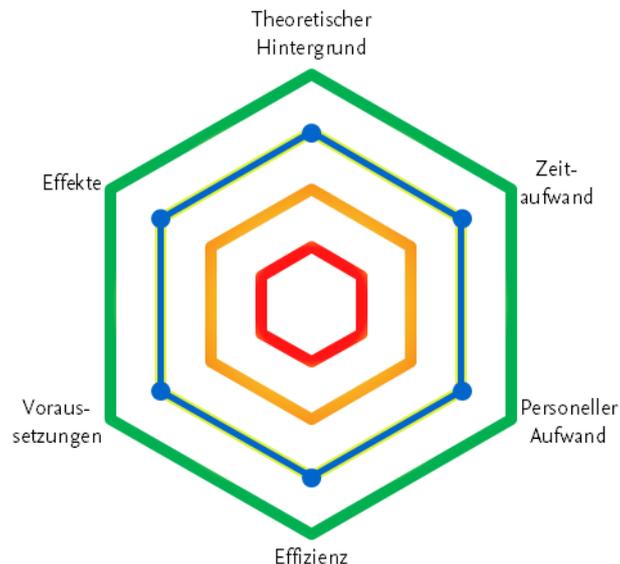
Effektivität und Evaluation

Steinhardt & Dolbier (2008) untersuchten die Wirksamkeit der Intervention mithilfe eines randomisiert-kontrollierten Designs mit Prä-Post-Messung. $N = 57$ Studierende wurden zufällig der Interventions- bzw. der Wartelistenkontrollgruppe zugeteilt. Vor Beginn der Intervention (prä) sowie eine Woche nach Ende (post) der Intervention wurden Daten zur Resilienz, zu Bewältigungsstrategien, Schutzfaktoren (Optimismus, positiver Affekt, Selbstwert, Self-Leadership) sowie zu verschiedenen Symptomen (depressive Symptome, negativer Affekt, wahrgenommener Stress, Krankheitssymptome) erhoben. Mithilfe multivariater Varianzanalysen ließen sich signifikante Interventionseffekte für Resilienz, Bewältigungsstrategien, Schutzfaktoren und für Symptomatologie erkennen. Weiterführende Analysen zeigten, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Wartelistenkontrollgruppe nach der Intervention signifikant höhere Resilienzwerte und signifikant höhere Werte in problemorientierten Bewältigungsstrategien, Selbstwert, Self-Leadership sowie Positivem Affekt aufwies und signifikant geringere Werte in Vermeidungsstrategien, depressiven Symptomen, negativem Affekt sowie wahrgenommenem Stress.

Bewertung

Die Intervention basiert auf einem starken theoretischen Fundament und formuliert dessen Komponenten und Wirkketten. Zudem bedient sie sich etablierter Techniken und Methoden. Strukturelle Ursachen von Wohl- und Missbefinden werden durch diese Intervention jedoch nicht adressiert. Der zeitliche und personelle Aufwand ist moderat, wobei für die durchführende(n) Person(en) ein gewisses Maß an psychologischem Vorwissen sowie eine Einarbeitung in die zu vermittelnden Themen und Strategien notwendig sind. Die Intervention ist auf Studierende zugeschnitten und leicht in den Hochschulalltag integrierbar. Die Intervention erzielt signifikante Effekte auf diverse Indikatoren des psychischen Wohl- und Missbefindens. Es fehlen jedoch Daten zu Langzeiteffekten.

Die Intervention stellt eine gute Maßnahme zur Steigerung der personalen Ressourcen und damit des psychischen Wohlbefindens und zur Reduktion des psychischen Missbefindens von Studierenden dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 3 von 4 Punkten positiv aus.



Literatur

- Burns, D. D. (1999). *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: Harper Collins.
- Carver, C. S. (1998). Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages. *The Journal of Social Issues*, 54(2), 245–266. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01217.x>
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy*. Prometheus Books.
- Ellis, A. & MacLaren, C. (2014). *Rational-Emotive Verhaltenstherapie* (Therapeutische Skills kompakt). Paderborn: Junfermann.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company. Retrieved from <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10265641>
- O'Leary, V. E. & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: an opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health (Hillsdale, N.J.)*, 1(2), 121–142.
- Schwartz, R. C. (1995). *Internal Family Systems Therapy*. New York: Guilford Press.
- Schwartz, R. C. (2001). *Introduction to the internal family systems model*. Oak Park, Ill.: Trailheads.
- Spörrle, M. (2006, 2. Mai). *Irrational, rational, egal? - Empirische Untersuchungen zum Beitrag der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie nach Albert Ellis für die psychologische Grundlagenforschung*. Ludwig-Maximilians-Universität München, München.
- Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445–453. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.44.445-454>
- Waterholter, G. (2008). Die Systemische Therapie mit der inneren Familie. Eine kurze Darstellung des Therapieansatzes von Richard C. Schwartz. *Systema*, 22, 46–53. Verfügbar unter:

Von der Bestandsaufnahme zur Intervention
Themenbereich Psychisches Wohlbefinden

https://www.ifw-mitgliederverein.de/files/mitgliederverein/systema/2008/1_2008/sys_1_2008_waterholter.pdf

3.10 Soziale Zugehörigkeit steigern

Ziel

Mithilfe einer kurzen Intervention sollen die soziale Einbindung gesteigert und der Übergang in das Hochschulleben erleichtert werden. Insgesamt führt dies zu einer verbesserten Gesundheit und einem gesteigertem Wohlbefinden (Clercq et al., 2019).

Theoretischer Hintergrund

Die Intervention leitet sich aus dem sozialpsychologischen Konzept der *Wise Interventions* ab. Nach Walton (2014) sind *Wise Interventions* kurze, psychologisch präzise Interventionen, die darauf abzielen, selbstverstärkende Kernprozesse zu verändern und so eine langfristige Veränderung zu bewirken. *Wise Interventions* zielen auf psychologische Prozesse, die sozialen Problemen zugrunde liegen und das Aufblühen (engl. Flourishing) von Menschen verhindern. Damit ist das primäre Ziel einer *Wise Intervention* die Veränderung eines spezifischen psychologischen Prozesses in einem realen Setting (Walton, 2014).

Die Intervention ist eine modifizierte Version der Social-Belonging-Intervention von Walton und Cohen (2011). Diese richtet sich auf das Motiv »Belonging« (Zugehörigkeit). Soziale Zugehörigkeit ist nach Walton und Cohen (2011) das Gefühl, positive Beziehungen zu anderen zu haben, und entspricht einem menschlichen Grundbedürfnis. Soziale Isolation und Einsamkeit dagegen wirken sich negativ auf das Wohlbefinden, die intellektuelle Leistung sowie auf das Immunsystem und die Gesundheit aus (vgl. Walton & Cohen, 2011). Interventionen, die gezielt die soziale Zugehörigkeit adressieren, versprechen weitreichende Vorteile. Die Social-Belonging-Intervention ist begründet durch den Umstand, dass vor allem die subjektive Bewertung der Beziehungsqualität zum Wohlbefinden beiträgt und weniger die objektive Anzahl oder Merkmale der persönlichen Beziehungen (Walton & Cohen, 2011). Daher versucht die Social-Belonging-Intervention der anfänglichen Sorge in Bezug auf eine misslingende soziale Integration der Studierenden in der Studieneingangsphase entgegenzuwirken, indem mittels einer kurzen und effektiven Übung vermittelt wird, dass negative soziale Erfahrungen vorübergehend, üblich und weitverbreitet sind. Somit bietet die Intervention eine alternative Erklärung zum Verständnis negativer Erfahrungen und trägt so zum Wohlbefinden und zur Gesundheit der Studierenden bei (Clercq et al., 2019; Walton & Cohen, 2011).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an alle Studierenden in der Studieneingangsphase.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Am Ende eines traditionellen Begrüßungsworkshops der jeweiligen Hochschule für ihre Studierenden in der Studieneingangsphase (möglicherweise begrenzt auf einzelne Studiengänge, Fachbereiche oder Fakultäten) werden Erfahrungsberichte von älteren Studierenden ausgeteilt. Diese Berichte vermitteln die Botschaft, dass die soziale Integration im ersten Studienjahr herausfordernd ist, dies aber ein vorübergehender und normaler Prozess der Anpassung an die Hochschule ist, den alle neuen Studierenden relativ ähnlich erleben.

Die Studierenden sollen einen dieser »Erfahrungsberichte« lesen und ein kurzes Essay verfassen. Der Aufsatz soll beschreiben, wie der von ihnen gelesene Bericht ihre eigenen Erfahrungen und Bedenken widerspiegelt.

Um die Internalisierung der Botschaft weiter zu fördern, wird der »Saying-is-Believing-Effekt« (Higgins & Rholes, 1978) genutzt, wonach sich die eigenen Überzeugungen festigen, wenn diese an andere Personen kommuniziert werden. In diesem Zusammenhang bedeutet es, dass die Teilnehmenden der Intervention glauben, was sie mitgeteilt bzw. ausgesprochen haben, und sich dadurch noch einmal selbst überzeugen. Hierzu werden die Studierenden aufgefordert, ihre Essays den anderen Studierenden in der Arbeitsgruppe laut vorzustellen.

Häufigkeit

Die Intervention kann in einer Stunde in einer Studieneingangsphase (z. B. im Rahmen eines Mentoringprogramms) angeboten werden. Bei Clercq et al. (2019) dauerte der Workshop insgesamt zwei Stunden.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Zu den strukturellen Erfordernissen gehören die Planung und Organisation einer Veranstaltung, in deren Rahmen die Intervention durchgeführt werden kann. Clercq et al. (2019) erweiterten eine obligatorische Einführungsveranstaltung für neue Studierende am ersten Tag ihres Studiums um die Intervention. Für die Intervention selbst ist es erforderlich, über die zuvor beschriebenen Erfahrungsberichte zu verfügen, um diese den teilnehmenden Studierenden für die weitere Auseinandersetzung zur Verfügung zu stellen. Bei diesen Berichten kann es sich um echte Aussagen von älteren Studierenden handeln, oder es werden wie in der experimentellen Studie von Walton und Cohen (2011) fiktive Erfahrungsberichte erstellt, die vermeintliche Ergebnisse einer Umfrage unter älteren Studierenden der Hochschule darstellen. In jedem Fall ist zu beachten, dass diese Berichte die zuvor erwähnte Botschaft vermitteln/Kriterien erfüllen.

Erforderliche Qualifikation

Es ist keine besondere Qualifikation erforderlich.

Effektivität und Evaluation

Walton und Cohen (2011) prüften die Effekte der Intervention in einer Längsschnittstudie. Die Intervention hatte positive Auswirkungen auf den Notendurchschnitt sowie langfristig positive Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden, insbesondere von Studierenden aus (ethnischen) Minderheiten⁷ (Walton & Cohen, 2011). In dieser spezifischen Gruppe zeigten sich drei bis fünf Jahre nach dem Studienabschluss immer noch eine höhere Karriere- und Lebenszufriedenheit (Brady et al., 2020).

⁷ Hintergrund der Studie war die Annahme, dass Studierende aus ethnischen Minderheiten und marginalisierten Gruppen eine viel größere Unsicherheit in Bezug auf ihre soziale Eingebundenheit in »Mainstream«-Institutionen wie Hochschulen erleben.

Clercq et al. (2019) evaluierten die Wirksamkeit der Intervention im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie. Um kurz- und mittelfristige Effekte zu evaluieren, wurden im Anschluss an die Intervention (T₂) soziale Erwartungen und Selbstbekräftigung, einen Monat nach der Intervention (T₃) Selbstwirksamkeitserwartung, soziale Integration, Absicht, an der Hochschule zu bleiben, und Wohlbefinden sowie zwei Monate nach der Intervention (T₄) studienbezogene Variablen (Leistung, Lernverhalten und Strategien) erhoben. Studierende in der Interventionsgruppe berichteten zu T₂ signifikant weniger Sorgen um ihre soziale Integration als Studierende der Kontrollgruppe. Mittelfristige Effekte ergaben sich hinsichtlich der sozialen Integration sowie der Absicht, an der Hochschule zu bleiben: Studierende in der Interventionsgruppe berichteten zu T₃ eine stärkere soziale Integration und Bleibeabsicht als Studierende in der Kontrollgruppe. Bezogen auf die studienbezogenen Variablen wurde ein signifikanter Unterschied für das Lernverhalten zwischen den Bedingungen gefunden. Demnach sind Studierende in der Interventionsgruppe im Vergleich zu Studierenden aus der Kontrollgruppe eher geneigt, bei Lernaufgaben ihre soziale Gruppe als Unterstützungsquelle zu nutzen (Clercq et al., 2019).

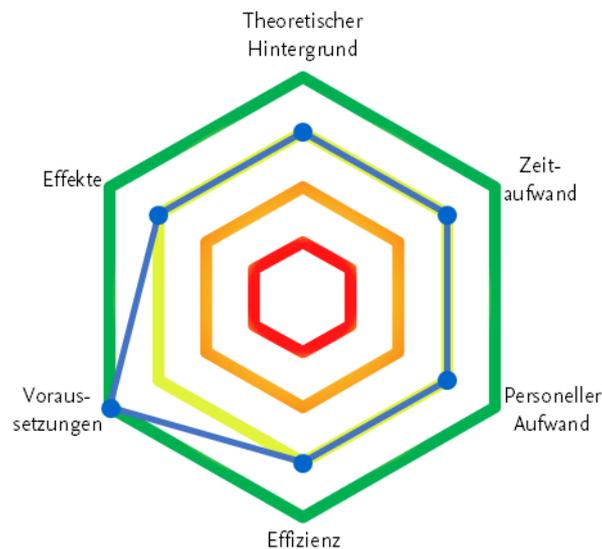
Die Intervention wurde in weiteren Kontexten implementiert und evaluiert (z.B. LaCosse et al., 2020; Walton et al., 2015). Sie erwies sich beispielsweise bei internationalen Studierenden⁸ der MINT-Fächer wirksam in der Steigerung ihres Zugehörigkeitsgefühls und darüber hinaus in Bezug auf akademische Leistungen (LaCosse et al., 2020).

Bewertung

Der Intervention ist sozialpsychologisch begründet. Der Zeitaufwand ist vergleichsweise gering. Die Intervention kann ohne großen Aufwand in die Studieneingangsphase integriert werden. Experimentelle Studien belegten die Effektivität der Intervention für eine Vielzahl gesundheitsbezogener Variablen.

⁸ In der Studie waren damit Studierende gemeint, deren Muttersprache nicht Englisch war.

Die Intervention stellt eine effiziente Möglichkeit dar, die soziale Einbindung und Unterstützung und darüber hinaus das Wohlbefinden zu stärken. Es ergibt sich eine positive Gesamtbewertung mit 3,2 von 4 Punkten.



Weiterführende Informationen

- Weitere Hintergrundinformationen zu Wise Interventions als auch zur Intervention sind im *Handbook of Wise Interventions* (Walton & Crum, 2021) zu finden.

Literatur

- Brady, S. T., Cohen, G. L., Jarvis, S. N. & Walton, G. M. (2020). A brief social-belonging intervention in college improves adult outcomes for black Americans. *Science advances*, *6*(18), eaay3689. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aay3689>
- Clercq, M. de, Michel, C., Remy, S. & Galand, B. (2019). Providing Freshmen with a Good “Starting-Block”. *Swiss Journal of Psychology*, *78*(1–2), 69–75. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000217>
- Higgins, E. & Rholes, W. S. (1978). “Saying is believing”: Effects of message modification on memory and liking for the person described. *Journal of Experimental Social Psychology*, *14*(4), 363–378. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(78\)90032-X](https://doi.org/10.1016/0022-1031(78)90032-X)
- LaCrosse, J., Canning, E. A., Bowman, N. A., Murphy, M. C. & Logel, C. (2020). A social-belonging intervention improves STEM outcomes for students who speak English as a second language. *Science advances*, *6*(40). <https://doi.org/10.1126/sciadv.abb6543>
- Walton, G. M. (2014). The New Science of Wise Psychological Interventions. *Current Directions in Psychological Science*, *23*(1), 73–82. <https://doi.org/10.1177/0963721413512856>
- Walton, G. M. & Cohen, G. L. (2011). A brief social-belonging intervention improves academic and health outcomes of minority students. *Science (New York, N.Y.)*, *331*(6023), 1447–1451. <https://doi.org/10.1126/science.1198364>

- Walton, G. M. & Crum, A. J. (Hrsg.) (2021). *Handbook of wise interventions: How social psychology can help people change*. The Guilford Press.
- Walton, G. M., Logel, C., Peach, J. M., Spencer, S. J. & Zanna, M. P. (2015). Two brief interventions to mitigate a “chilly climate” transform women’s experience, relationships, and achievement in engineering. *Journal of Educational Psychology*, *107*(2), 468–485.
<https://doi.org/10.1037/a0037461>

3.11 Stärkenbasierte Onlineintervention

Ziel

Ziel der Intervention ist es, das psychische Wohlbefinden von Studierenden mittels einer voll automatisierten Onlineintervention zu stärken und so die mentale Gesundheit zu fördern.

Theoretischer Hintergrund

Das Interventionsprogramm basiert auf Theorien und empirischen Kenntnissen aus der »Positiven Psychologie« (Bendtsen et al., 2020). Die Positive Psychologie zielt darauf ab, Faktoren zu erforschen und zu kultivieren, die das Leben lebenswert machen. Dazu zählen bspw. Glück, Wohlbefinden, Zufriedenheit, Tugenden, Charakterstärken und Talente (Blickhan, 2015; Ruch & Proyer, 2011). Interventionen der Positiven Psychologie fördern das Wohlbefinden und das Glückserleben, erweitern die persönlichen Ressourcen, helfen beim Einsatz eigener Stärken und tragen zu einem gelingenden Leben bei (Blickhan, 2015). Nach Sin und Lyubomirsky (2009) sind diese sogenannten Positiven Interventionen Maßnahmen oder intentionale Aktivitäten, die darauf abzielen, positive Gefühle, Verhaltensweisen oder Kognitionen zu kultivieren, die zu einer gesteigerten mentalen Gesundheit beitragen (Ruch & Proyer, 2011).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an Studierende aller Altersgruppen und aller Disziplinen.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Bei der Intervention handelt es sich um ein voll automatisiertes mHealth⁹-Programm (Bendtsen et al., 2020). Die Teilnehmenden bekommen Informationen und Tipps zum subjektiven Wohlbefinden, Selbsthilfe- und Selbstbeobachtungsübungen sowie personalisiertes Feedback. Darüber hinaus erhalten die Teilnehmenden durchschnittlich eine Textnachricht am Tag mit zusätzlichen Übungen und vertiefender Literatur.

Das Programm läuft zehn Wochen. Jede Woche wird ein neues Thema behandelt (Bendtsen et al., 2020). Zu jedem Thema wird neben anderen inhaltlichen Aspekten auch stets Informationsmaterial zur Verfügung gestellt.

1. In Woche 1 wird das Thema »Dankbarkeit« behandelt. Hierbei werden die Teilnehmenden dazu angehalten, sich der Dinge bewusst zu werden, für die sie in ihrem Leben dankbar sind.
2. In Woche 2 wird das Thema »Genuss« behandelt. Hierfür werden Mindfulness-Übungen eingeführt. Weiterhin werden die Teilnehmenden dazu angeregt, sich aktiv positive Momente in Erinnerung zu rufen.
3. Anschließend werden »Gedankenmuster« thematisiert. Hierbei werden Strategien und Aktivitäten vermittelt, mit welchen gegen negative Gedankenmuster vorgegangen werden kann.

⁹ Mobile Health (mHealth) beschäftigt sich mit der Entwicklung von mobilen Applikationen (Apps), die die Gesundheitsversorgung verbessern sollen (Olf, 2015).

4. In Woche 4 werden die »persönlichen Stärken« der Teilnehmenden behandelt. Hierbei werden Stärken identifiziert und Strategien zu deren Weiterentwicklung vermittelt.
5. In Woche 5 geht es um das Thema »Freundlichkeit«. Teilnehmende werden zu freundlichem Verhalten angehalten. Anschließend soll reflektiert werden, wie freundliches Verhalten das Wohlbefinden beeinflusst.
6. In Woche 6 werden »Empathie und Beziehung« thematisiert. Hierbei werden Ratschläge zur Stärkung von Beziehungen sowie Kommunikationstipps vermittelt.
7. Woche 7 widmet sich dem »Gesundheitsverhalten«. Hierbei werden vielfältige Informationen zum Zusammenhang von Wohlbefinden und gesunder Ernährung, physischer Aktivität, Alkohol- und Nikotinkonsum zur Verfügung gestellt.
8. In Woche 8 wird die Relevanz von »Optimismus« unterstrichen. Hierbei werden insbesondere Strategien zum Umgang mit Rückschlägen vermittelt.
9. Woche 9 behandelt die Relevanz der »Zielsetzung«. Hierbei wird darauf eingegangen, wie Ziele gesetzt und verfolgt werden sollten. Weiterhin werden die Teilnehmenden zur Reflexion ihrer eigenen Ziele angehalten.
10. Woche 10 dient dem »Rückblick« auf das Programm. Hierbei sollen die Teilnehmenden Gelerntes zusammenzufassen und auf dieser Grundlage Vorsätze für die Zukunft formulieren.

Häufigkeit

Die Sitzung findet in einem Zeitraum von zehn Wochen statt. In diesem Zeitraum werden die Teilnehmenden täglich mit neuem Informationsmaterial und neuen Übungen versorgt (Bendtsen et al., 2020).

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Erforderlich ist eine digitale Infrastruktur, mit der den Studierenden die Software zur Verfügung gestellt werden kann, sowie gegebenenfalls eine Übersetzung der Interventionssoftware in die deutsche Sprache. Das Angebot kann dann beispielsweise unter den Studierenden beworben und ihnen auf Anfrage zugänglich gemacht werden.

Erforderliche Qualifikationen

Da die Intervention computerbasiert stattfindet, sind keine durchführenden Personen und daher auch keine Qualifikationen erforderlich.

Effektivität und Evaluation

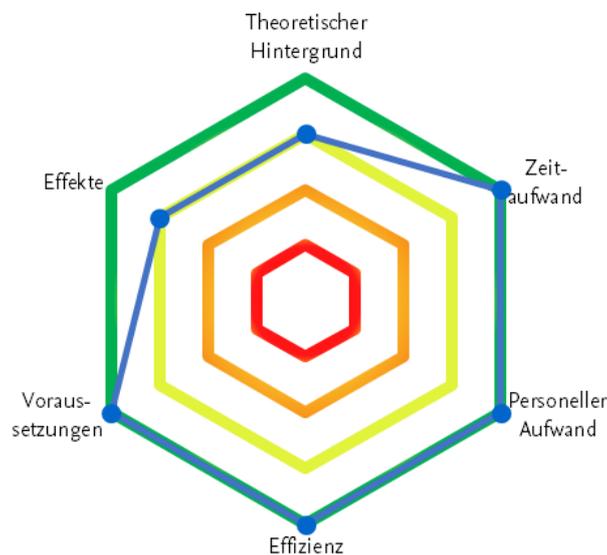
Bendtsen et al. (2020) evaluierten das Programm im Hochschulkontext mithilfe eines randomisierten kontrollierten Studiendesigns. Zum Vergleich wurden Prä-, Post- und Follow-up-Untersuchungen durchgeführt. Hierfür wurde das Mental Health Continuum (Short Form; MHC-SF) als Maß der positiven mentalen Gesundheit herangezogen. Zusätzlich wurden Depressions- und Ängstlichkeitswerte erfasst. Die Ergebnisse der Follow-up-Untersuchung drei Monate nach Abschluss der Intervention zeigten eine höhere positive mentale Gesundheit in der Interventionsgruppe (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG). Auch in den Subskalen der positiven mentalen Gesundheit hatte die IG signifikant höhere Werte im Vergleich zur KG (emotionales

Wohlbefinden, soziales Wohlbefinden, psychologisches Wohlbefinden). In den sekundären Outcomemaßen zeigte sich eine signifikant stärkere Verbesserung in der IG im Vergleich zur KG mit signifikant niedrigeren Werten für Depression und Ängstlichkeit. Insgesamt zeigte sich die Intervention der gewöhnlichen Behandlung überlegen, was die Steigerung der positiven mentalen Gesundheit angeht. Zusätzlich hat sie einen protektiven Effekt auf Depressions- und Ängstlichkeitssymptome (Bendtsen et al., 2020).

Bewertung

Die Intervention bezieht sich auf die »Positive Psychologie« und deren Erkenntnisse, spezifisch auf die Forschung zu »positiven Interventionen«. Strukturelle Ursachen von Wohl- und Missbefinden werden durch diese Intervention jedoch nicht adressiert. Da es sich um ein bereits vollständig entwickeltes, automatisiertes und onlinebasiertes Programm handelt, erfordert diese Intervention kaum zeitlichen und personellen Aufwand. Abgesehen von einer digitalen Infrastruktur werden für die Integration in den Hochschulkontext keine Voraussetzungen benötigt. Trotz des geringen Aufwands erzielt die Intervention sichtbare Effekte auf das psychische Wohlbefinden sowie auf das psychische Missbefinden, es fehlen jedoch Daten für valide Langzeiteffekte. Es handelt sich um eine vergleichsweise effektive Intervention zur Steigerung der personalen Ressourcen sowie des psychischen Wohlbefindens der Studierenden.

Die Intervention ist eine effiziente Möglichkeit zur Steigerung der personalen Ressourcen und des psychischen Wohlbefindens. Die Gesamtbewertung fällt daher mit 3,7 von 4 Punkten sehr positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Die Forschungsgruppe um Marcus Bendtsen an der Linköping University of Sweden wirkt an dem Forschungsprogramm MoBILE mit und evaluiert und implementiert in diesem Rahmen weitere mHealth-Interventionen für Lebensbereiche wie Körperliche

Aktivität, Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum. Weitere Informationen zum Projekt sind unter <https://liu.se/en/research/mobile> zu finden.

- Der Zugang zur Intervention kann möglicherweise über den Erstautor Marcus Bendtsen erfragt werden. Kontaktinformationen sind unter <https://www.marcusbendtsen.com/> zu finden.

Literatur

- Bendtsen, M., Müssener, U., Linderoth, C. & Thomas, K. (2020). A Mobile Health Intervention for Mental Health Promotion Among University Students: Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(3), e17208. <https://doi.org/10.2196/17208>
- Blickhan, D. (2015). *Positive Psychologie: Ein Handbuch für die Praxis. Reihe Fachbuch positive Psychologie*. Junfermann. http://sub-hh.ciando.com/book/?bok_id=1911979
- Olf, M. (2015). Mobile mental health: a challenging research agenda. *European journal of psychotraumatology*, 6, 27882. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27882>
- Ruch, W. & Proyer, R. T. (2011). Positive Interventionen: Stärkenorientierte Ansätze. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (2. Aufl., S. 83–92). Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>

4. Physische Gesundheit

4.1 Einleitung

Bei der Betrachtung der physischen Gesundheit stehen insbesondere verschiedene körperliche Beschwerden im Fokus, z. B. Kopfschmerzen, Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Beschwerden oder Magen-Darm-Beschwerden. Außerdem zählt der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand als ein Maß physischer Gesundheit.

Körperliche Beschwerden sind pathogene, d. h. krankheitserregende Aspekte der physischen Gesundheit. Belastende und stressreiche Lebensumstände von Studierenden können sich durch Somatisierungsprozesse in unterschiedlichen physischen Beschwerden niederschlagen (z. B. eines Reizdarmsyndroms; Gulewitsch et al., 2011). Knapp drei Viertel der Studierenden leiden mindestens ein paar Mal im Monat, die Hälfte der Studierenden sogar mindestens einmal pro Woche an körperlichen Beschwerden (Grützmacher et al., 2018). Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenbeschwerden, ein beeinträchtigtes Allgemeinbefinden sowie Kopfschmerzen werden dabei am häufigsten genannt, darüber hinaus auch Müdigkeit und Konzentrationschwierigkeiten (El Ansari et al., 2013). Mehr als jede zehnte Person berichtet zudem Herz-Kreislauf-Beschwerden. Insbesondere weibliche Studierende berichten ein hohes Maß an körperlichen Beschwerden (Grützmacher et al., 2018; Hannover et al., 2011).

Die subjektive Gesundheit meint die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Sie hat sich als zuverlässiger Indikator für den objektiven Gesundheitszustand erwiesen und erfasst auch Beschwerden im Vorfeld von Erkrankungen, die körperliche und soziale Funktionsfähigkeit, das emotionale und psychische Wohlbefinden sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität – und somit alle Dimensionen der WHO-Gesundheitsdefinition (World Health Organization, 1948).¹⁰ Insbesondere jüngere Menschen schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. In einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung geben 18- bis 29-jährige Personen mit 85,0 % im Vergleich zu anderen Altersgruppen am häufigsten eine hohe subjektive Gesundheit an (Lampert et al., 2018). Bei Studierenden ist dieser Wert mit 80,8 % jedoch etwas niedriger als in der altersähnlichen Vergleichsstichprobe (Grützmacher et al., 2018). Die Bewertung ihrer subjektiven Gesundheit hängt bei Studierenden insbesondere von der Präsenz psychosomatischer Beschwerden ab (Mikolajczyk et al., 2008).

Ursachen physischer Gesundheit

Einige Studien haben mögliche Ursachen bzw. Faktoren für die physische Gesundheit bei Studierenden untersucht. Im Sinne des in Kapitel »Zum Zusammenhang zwischen Studium und Gesundheit« eingeführten Rahmenmodells, das diesem Interventionskonzept zugrunde liegt, werden nachfolgend mögliche studiumsbezogene Belastungen sowie personale und studiumsbezogene Ressourcen diskutiert, die die physische Gesundheit verringern bzw. fördern. Entsprechend dem in Kapitel »Zur systematischen Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Interventionen« eingeführten Vorgehen für gesundheitsbezogene Interventionen

¹⁰ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

sollten Interventionen im Idealfall direkt an den umweltbezogenen Faktoren ansetzen, um möglichst große und nachhaltige positive Effekte auf die Gesundheit der Studierenden zu erzielen.

Studiumsbezogene Belastungen

Zunhammer et al. (2013) zeigten, dass Prüfungsstress zu Somatisierungsprozessen und damit zu körperlichen Beschwerden wie Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen führen kann. Stress und Schlafmangel gehören zu den häufigsten Auslösern von Kopfschmerzen bei Studierenden (Sweileh et al., 2010). Zudem zeigten sich bei Studierenden Zusammenhänge zwischen Schlafproblemen und somatischen Beschwerden (Schlarb et al., 2017). Langzeitstudierende (> 12 Semester) weisen ein deutlich größeres Risiko für ein Reizdarmsyndrom auf als Studierende mit kürzeren Studienzeiten (Gulewitsch et al., 2011).

Laut Tran et al. (2021) beeinflusst das Ausmaß von Problemen im Studienalltag – etwa akademische, finanzielle oder soziale Schwierigkeiten (z. B. Universitätsbürokratie, Kursanforderungen) – das Auftreten körperlicher Beschwerden. Finanzielle Sorgen sind außerdem ein Prädiktor für eine allgemein schlechtere physische Gesundheit bei Studierenden (Jessop et al., 2020). Auch ein wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen akademischem Einsatz (z. B. Lernen) und der dafür erhaltenen Belohnung (z. B. gute Noten) steht in Verbindung mit einer schlechteren physischen Gesundheit (Hodge et al., 2020). Eine weitere Belastung stellen lange Arbeitsphasen am Computer dar, die häufig mit muskuloskelettalen Beschwerden wie Nacken- und Rückenschmerzen einhergehen (Can & Karaca, 2019; Chang et al., 2007).

Studiumsbezogene und personale Ressourcen

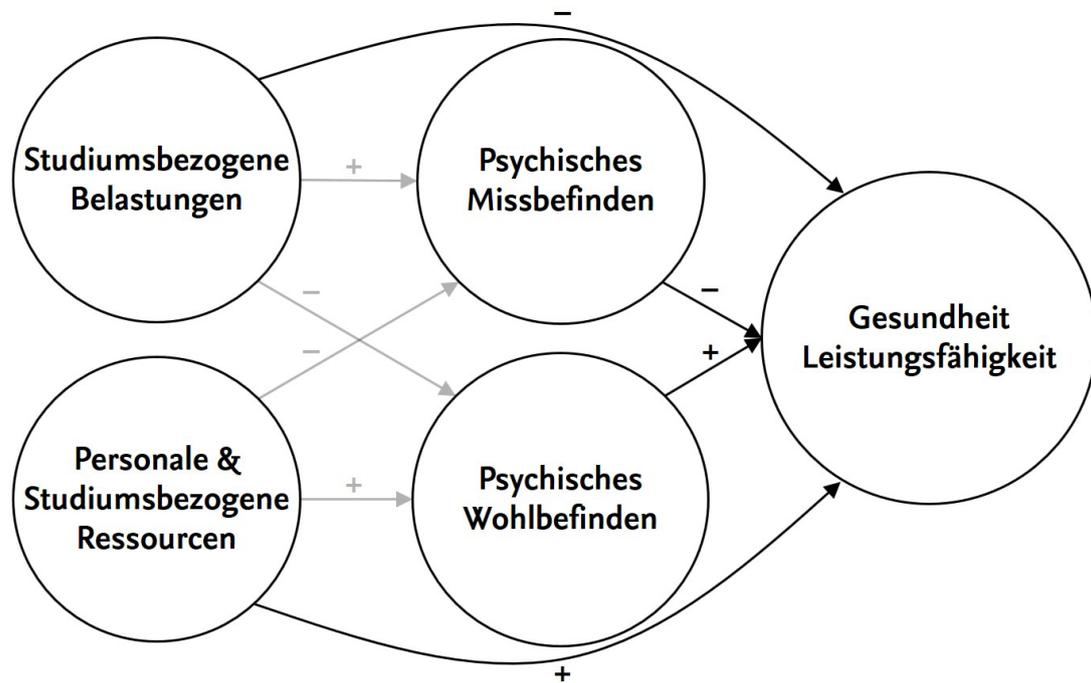
Soziale Unterstützung und insbesondere das Zugehörigkeitsgefühl bilden eine studiumsbezogene Ressource, die mit einer besseren Einschätzung der eigenen physischen Gesundheit bei Studierenden zusammenhängt (Hale et al., 2005).

Zu den personalen Ressourcen, die zur physischen Gesundheit der Studierenden beitragen, zählt ein hohes Maß an Kohärenzgefühl, allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung sowie Lebensqualität (El Ansari et al., 2013; Mikolajczyk et al., 2008). Bei weiblichen Studierenden gibt es zudem einen Zusammenhang zwischen Optimismus und einem geringeren Maß an körperlichen Beschwerden (Bothmer & Fridlund, 2003). Als weitere Ressource erwies sich eine nuancierte Einstellung zu Stress, bei der anerkannt wird, dass Stress auch einen positiven Effekt auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit haben kann. Ein solches Stress-Mindset führt laut Keech et al. (2018) zu weniger somatischen Beschwerden und einer subjektiv besseren physischen Gesundheit bei Studierenden. Auch eine ausgeprägte emotionale Intelligenz kann die allgemeine Gesundheit fördern (Extremera & Fernández-Berrocal, 2006).

Psychisches Befinden

Physische und psychische Gesundheit lassen sich nicht getrennt voneinander betrachten. Am Beispiel von Stress (Shankar & Park, 2016) wird deutlich, dass mentale und körperliche Prozesse immer miteinander verwoben sind und hier keine klare Abgrenzung möglich (oder wünschenswert) ist. Somit kann davon ausgegangen werden, dass Verbesserungen und Verschlechterungen des psychischen Befindens auch Einfluss auf die physische Gesundheit haben und umgekehrt. Im Rahmenmodell wird die körperliche Gesundheit vor allem als langfristiges Outcome verstanden, das sowohl direkt durch studiumsbezogene Belastungen sowie personale und studiumsbezogene Ressourcen als auch indirekt durch das psychische Befinden aufgrund dieser Belastungen und Ressourcen beeinflusst wird.

Abbildung 5. Ansatzpunkte für Interventionen zur Förderung der physischen Gesundheit



Studiumsbezogene Belastungen sowie studiumsbezogene und personale Ressourcen sind demnach sinnvolle Ansatzpunkte für gesundheitsbezogene Interventionen zur Förderung der physischen Gesundheit bei Studierenden. Im Folgenden werden daher Interventionen aufgeführt, mit denen sich die physische Gesundheit stärken lässt. Entsprechend unserem Rahmenmodell, dargestellt in Abbildung 2, werden ausschließlich Interventionen beschrieben, die die physische Gesundheit direkt adressieren oder an den relevanten Prädiktoren ansetzen.

Kernaussagen

- Die Hälfte der Studierenden (53,0 %) erleben pro Woche mindestens eine körperliche Beschwerde.
- Studierende bewerten ihren Gesundheitszustand als etwas schlechter als Nichtstudierende im gleichen Alter.
- Bedeutsame studiumsbezogene und personale Belastungen und Ressourcen zur Vorhersage der physischen Gesundheit sind: (Prüfungs-) Stress, Schlafmangel, finanzielle Sorgen, Arbeit am Computer, soziale Unterstützung, emotionale Intelligenz, Stress-Mindset sowie die Selbstwirksamkeitserwartung der Studierenden.

Interventionen

Auf der Basis der oben beschriebenen Faktoren, die die körperliche Gesundheit Studierender fördern, wurden Interventionen bzw. Interventionsansätze recherchiert, die diese Faktoren stärken und somit die physische Gesundheit begünstigen. Dazu zählen sowohl verhaltens- als

auch verhältnispräventive Maßnahmen, die, sinnvoll kombiniert, den größtmöglichen Interventionseffekt versprechen.

Die Interventionen werden im Folgenden nach dem in »Vorwort und Einleitung« beschriebenen Schema dargestellt.

Literatur

- Bothmer, M. I. K. von & Fridlund, B. (2003). Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(4), 347–357. <https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00234.x>
- Can, S. & Karaca, A. (2019). Determination of musculoskeletal system pain, physical activity intensity, and prolonged sitting of university students using smartphone. *Biomedical Human Kinetics*, 11(1), 28–35. <https://doi.org/10.2478/bhk-2019-0004>
- Chang, C.-H. J., Amick, B. C., Menendez, C. C., Katz, J. N., Johnson, P. W., Robertson, M. & Dennerlein, J. T. (2007). Daily computer usage correlated with undergraduate students' musculoskeletal symptoms. *American Journal of Industrial Medicine*, 50(6), 481–488. <https://doi.org/10.1002/ajim.20461>
- El Ansari, W., Oskrochi, R. & Stock, C. (2013). Symptoms and health complaints and their association with perceived stress: students from seven universities in England, Wales and Northern Ireland. *Journal of Public Health*, 21(5), 413–425. <https://doi.org/10.1007/s10389-013-0571-x>
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 45–51. <https://doi.org/10.1017/S1138741600005965>
- Grützmaker, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland*. <https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/forschung/BwB/bwb-2017/index.html>
- Gulewitsch, M. D., Enck, P., Hautzinger, M. & Schlarb, A. A. (2011). Irritable bowel syndrome symptoms among German students: prevalence, characteristics, and associations to somatic complaints, sleep, quality of life, and childhood abdominal pain. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 23(4), 311–316. <https://doi.org/10.1097/MEG.0b013e3283457b1e>
- Hale, C. J., Hannum, J. W. & Espelage, D. L. (2005). Social support and physical health: the importance of belonging. *Journal of American College Health*, 53(6), 276–284. <https://doi.org/10.3200/JACH.53.6.276-284>
- Hannöver, W., Wiesmann, U., Lemke, A., Drews, U., Haugk, J., Hecht, J., Poppe, P., Rentz, S. & Hannich, H.-J. (2011). Körperliche Beschwerden aufgrund von Belastungsphasen bei Medizinstudierenden im vorklinischen Studienabschnitt: Eine Anwendung des Gießener Beschwerdeboogens (GBB-24). *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 20(3), 99–107. <https://doi.org/10.3233/ZMP-2011-2022>
- Hodge, B., Wright, B. & Bennett, P. (2020). Balancing Effort and Rewards at University: Implications for Physical Health, Mental Health, and Academic Outcomes. *Psychological Reports*, 123(4), 1240–1259. <https://doi.org/10.1177/0033294119841845>
- Jessop, D. C., Reid, M. & Solomon, L. (2020). Financial concern predicts deteriorations in mental and physical health among university students. *Psychology & Health*, 35(2), 196–209. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1626393>

- Keech, J. J., Hagger, M. S., O'Callaghan, F. V. & Hamilton, K. (2018). The Influence of University Students' Stress Mindsets on Health and Performance Outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(12), 1046–1059. <https://doi.org/10.1093/abm/kay008>
- Lampert, T., Schmidtke, C., Borgmann, L.-S., Poethko-Müller, C. & Kuntz, B. (2018). Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 64-71. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-068>
- Mikolajczyk, R. T., Brzoska, P., Maier, C., Ottova, V., Meier, S., Dudziak, U., Ilieva, S. & El An-sari, W. (2008). Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three European countries. *BMC Public Health*, 8, 215. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-215>
- Schlarb, A. A., Claßen, M., Hellmann, S. M., Vögele, C. & Gulewitsch, M. D. (2017). Sleep and somatic complaints in university students. *Journal of Pain Research*, 10, 1189–1199. <https://doi.org/10.2147/JPR.S125421>
- Shankar, N. L. & Park, C. L. (2016). Effects of stress on students' physical and mental health and academic success. *International Journal of School & Educational Psychology*, 4(1), 5–9. <https://doi.org/10.1080/21683603.2016.1130532>
- Sweileh, W. M., Sawalha, A. F., Zyoud, S. H., Al-Jabi, S. W., Shamseh, F. F. B. & Khalaf, H. S. (2010). Epidemiological, clinical and pharmacological aspects of headache in a university undergraduate population in Palestine. *Cephalalgia : an international journal of headache*, 30(4), 439–446. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01969.x>
- Tran, S. T., Grotkowski, K., Miller, S. A., Reed, B. W., Koven, M. L., Buscemi, J. & Greenley, R. N. (2021). Hassles predict physical health complaints in undergraduate students: a dynamic structural equation model analysis of daily diary data. *Psychology & Health*, 36(7), 828–846. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1800010>
- Zunhammer, M., Eberle, H., Eichhammer, P. & Busch, V. (2013). Somatic symptoms evoked by exam stress in university students: the role of alexithymia, neuroticism, anxiety and depression. *PLoS One*, 8(12), e84911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084911>

4.2 Bewegte Hochschullehre

Ziel

Die Hochschullehre soll mithilfe von bewegungsaktivierenden Ansätzen sowohl lerneffizienter als auch gesundheitsförderlicher gestaltet werden. Im Vordergrund steht dabei die Reduzierung des sedentären (sitzenden) Verhaltens im Hochschulkontext. Die so erreichte Bewegungsförderung und Reduzierung von Sitzzeiten hat sowohl gesundheitliche als auch akademische Vorteile für die Studierenden (Rupp et al., 2020).

Theoretischer Hintergrund

Angesichts zunehmenden Bewegungsmangels und eines Anstiegs von Tätigkeiten, die im Sitzen ausgeführt werden (sedentäres Verhalten), auch im Bildungskontext entstand die Idee, Bewegungsaktivierung und Sitzzeit-Unterbrechungen in der Lehre an Hochschulen zu etablieren (Rupp et al., 2020). Ein Team aus Pädagog:innen und Gesundheitswissenschaftler:innen der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung der Pädagogischen Hochschule (PH) Heidelberg hat das »Heidelberger Modell der bewegten Lehre« entwickelt, bei dem klassische Lern- und Lehrsituationen in bewegte Formate übertragen werden (Rupp et al., 2020).

Die Relevanz des Themas ergibt sich zum einen aus der Beobachtung, dass sedentäres Verhalten die Wachzeit der Studierenden mit etwa elf Stunden oder mehr deutlich dominiert, zum anderen aus Befunden zu den gesundheitlichen Risiken langen sedentären Verhaltens wie etwa Verspannungen, muskuloskeletale Beschwerden oder chronische Erkrankungen (Parry et al., 2019; Patterson et al., 2018). Zudem gibt es zunehmend Belege für positive Effekte von bewegungsaktivierendem Lernen und Arbeiten auf arbeits-, kognitions- sowie lernbezogene Prozesse (Rupp et al., 2020).

Die theoretische Basis bildet das sozioökologische Modell sitzenden Verhaltens (Rupp et al., 2019). Sedentäres Verhalten ist demnach über zahlreiche Bedingungen auf verschiedenen Ebenen beeinflusst und auch nur so vollständig verstehbar (Rupp et al., 2020).

Beispiele für Einflussfaktoren sind:

- Wissen, Einstellungen und Überzeugungen zum sedentären Verhalten einer Person,
- soziale Unterstützung,
- das Verhalten von Dozierenden,
- die räumlichen Bedingungen, die Bewegung (z. B. im Stehen) erschweren,
- Vorgaben, die eine bestimmte Raumausstattung im Vorfeld festlegen.

Ausgehend von diesem Modell multipler Faktoren wurden verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen zur Reduzierung des sedentären Verhaltens gestaltet, die dort ansetzen (Rupp et al., 2020).

Hintergrund war auch die wissenschaftliche Erkenntnis, dass insbesondere Mehrebenen-Interventionen zur Reduzierung sedentären Verhaltens erfolgversprechend sind (Rupp et al., 2019).

Außerdem ergaben Befragungen, dass Studierende Bewegungserschwerende Rahmenbedingungen an der Hochschule als wesentlichen Grund für ihre langen Sitzzeiten ansehen (Rupp et al., 2020).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Maßnahmen richten sich primär an Studierende. Da sie aber sowohl individuums- als auch verhältnisbezogene Strategien verbinden, die insgesamt zu einer bewegungsaktivierenden Hochschullehre beitragen sollen, sind alle Hochschulangehörigen Zielgruppe der Interventionen.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Grundidee

Sitzunterbrechung, Haltungswechsel und regelmäßige Mikro-Bewegungen wie z.B. (Auf-)Stehen sind menschliche Bedürfnisse. Das Heidelberger Modell möchte bedürfnisbefriedigende Lehr- und Lernbedingungen schaffen und damit zu einer guten, lerneffizienten und gesunden (bewegten) Hochschule sowie einer besseren Bildungs- und Lehrqualität beitragen (Rupp et al., 2020). Zentrales Ziel des Heidelberger Modells bewegter Lehre ist die Integration von Bewegung in die Lehre an Hochschulen, ohne dabei den inhaltlichen oder zeitlichen Ablauf von Lehrveranstaltungen zu verändern (Rupp et al., 2020). Nur eine Kombination mehrerer Aspekte einer Bewegungsaktivierung in der Hochschule verstärkt die erwünschte Bewegungsdynamik (Rupp et al., 2020).

Aufbau

Das Heidelberger Modell bewegter Lehre umfasst fünf Bausteine, die in Wechselwirkung zueinander stehen (Rupp et al., 2020):

1. **Bewegende Methoden:** Diese bieten den Studierenden die Möglichkeit, sich während der Lehre zu bewegen, und erlauben eine bewegungsaktive, (meist) eigenständige Auseinandersetzung mit dem Lerngegenstand. An der PH Heidelberg wurden zum Beispiel »Podcast-Walks im Freien« implementiert. Diese bewegte Methode verknüpft Informationsvermittlung und Bewegung. Dafür erstellen Lehrende oder Studierende Podcasts. Deren Ziele ist die Wissensvermittlung, -wiederholung oder -überprüfung. Vor Beginn der Veranstaltung werden die Podcasts auf den entsprechenden Lernplattformen zur Verfügung gestellt. Anschließend hören sich die Studierenden die Podcasts während eines Spaziergangs auf ihren eigenen mobilen Endgeräten an. Der Spaziergang im Freien findet in der Gruppe gemeinsam mit den Lehrenden statt. Anschließend tauschen sich die Teilnehmenden – weiterhin im Freien – über die Inhalte des Podcasts aus. Nun kann sich ein weiterer Podcast-Walk anschließen oder es findet eine Rückkehr in den ursprünglichen Lehrraum statt (Rupp et al., 2020). Mit bewegenden Methoden können Lehre und Bewegung lernzeitschonend miteinander verknüpft und parallel verwirklicht werden. Zwischen beiden Elementen muss kein inhaltlicher Zusammenhang bestehen. Somit sind die Methoden studienfachunabhängig einsetzbar (Rupp et al., 2020).

2. **Bewegendes Lehrangebot:** In diesen curricular verankerten Studienangeboten erwerben Studierende theoretisches Wissen über die Möglichkeiten gezielter, studiengangspezifischer Bewegungsförderung sowie deren praktische Umsetzung im Lehrkontext. Mit den erworbenen Kompetenzen sollen sie befähigt werden, verschiedene Lebenssituationen sitzzeitreduziert und bewegungsaktiv zu gestalten und als Multiplikator:innen zu fungieren (Rupp et al., 2020). Möglich sind vielfältige Konzeptionen der bewegenden Lehrangebote, etwa einzelne Seminare, Module oder Studienergänzungen mit Zertifikatserwerb (Rupp et al., 2020). Ein Beispiel für diesen Baustein ist das curricular verankerte Modul »Bewegungsaktivierende Schul- und Unterrichtsgestaltung« an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg.
3. **Bewegungsfreundliche Lehrräume:** Ziel der Maßnahmen innerhalb dieses Bausteins ist, die Lehrräume und Arbeitsumgebung von Studierenden und Lehrenden bewegungsförderlicher zu gestalten (Rupp et al., 2020). Beispiele sind eine bewegungsfreundliche Raumaufteilung, der Einsatz bewegungsförderlichen Mobiliars, die Einbeziehung der Raumwände als Arbeitsflächen für Studierende oder die Einrichtung von Außenseminarräumen mit großzügigem Bewegungsraum (Rupp et al., 2020).
4. **Bewegende Weiterbildungen:** Die Dozierenden spielen bei der Umsetzung der Bausteine einer bewegten Lehre eine entscheidende Rolle. Bewegende Weiterbildungen haben zum Ziel, Wissen, Sensibilität und Akzeptanz Dozierender für bewegungsaktivierende Maßnahmen zu stärken und sie zugleich in die Lage zu versetzen, diese kompetent in die eigene Lehre zu integrieren (Rupp et al., 2020). Ein Beispiel ist das Weiterbildungsangebot der PH Heidelberg »Bewegte Hochschullehre – Einführung in das Heidelberger Modell der bewegten Lehre« (siehe weiterführende Informationen).
5. **Bewegungspause:** Die bisherigen Bausteine dienten der Grundidee einer lernzeitschonenden Bewegungsförderung an der Hochschule. Die Bewegungspause dagegen geht mit einer Unterbrechung der Lehre einher, bei der kurzzeitige Bewegungseinheiten zum Einsatz kommen. In diesem Sinne stellt dieser Baustein eine Ergänzung zu den bisherigen dar (Rupp et al., 2020). Bewegungspausen sind bereits an vielen Hochschulen wichtiger Bestandteil der Gesundheitsförderung und werden gut angenommen. Sie haben das Potenzial, lange Sitzzeiten in der Lehre kurz und aktiv zu unterbrechen sowie die Aufmerksamkeit positiv zu beeinflussen (Rupp et al., 2020).

Häufigkeit

Die oben erwähnten fünf Bausteine sollten in der Vorbereitung und Umsetzung von Lehrveranstaltungen sowie bei der Gestaltung der Curricula berücksichtigt werden.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Bei der Intervention »Kopf-Stehen« der PH Heidelberg wurde ein Steuerkreis aus Studierendenvertretungen, Rektoratsmitgliedern, Lehrenden und Gesundheitsverantwortlichen der Hochschule gegründet. Damit sollte die strukturelle Verankerung des Projekts erreicht und ein

partizipatives Vorgehen, das insbesondere die Zielgruppe der Studierenden in die Projektplanung einbindet, sichergestellt werden (Rupp et al., 2019).

Erforderlich sind finanzielle Mittel sowie zeitliche und personelle Ressourcen zur Organisation und Leitung der zusätzlichen Veranstaltungen.

Erforderliche Qualifikation

Keine besondere Qualifikation erforderlich.

Ergänzungen/Erweiterungen

Einen bedeutsamen Einfluss auf die Ausgestaltung der bewegten Hochschullehre (Rupp et al., 2020) hatte das Pilotprojekt »Kopf-Stehen« (Rupp et al., 2019). Rupp et al. (2019) stellen in ihrem Beitrag sowohl das Konzept als auch Beispiele für die Umsetzung vor. Das methodische Vorgehen basierte auf dem Public Health Action Cycle, welcher die vier Schritte (1) Problemanalyse, (2) Strategie- und Zielentwicklung, (3) Umsetzung sowie (4) Evaluation umfasst. Neben einer systematischen Literaturrecherche hat das Projektteam der PH Heidelberg Studierende und Dozierende befragt sowie subjektive und objektive Daten erhoben. Projektziele wurden dann auf der Basis der Literaturrecherche aus den Ergebnissen der Problemanalyse sowie dem sozioökologischen Modell als theoretischem Fundament abgeleitet. Auf allen drei Ebenen – Organisation, physische Umwelt, Individuum – wurden entsprechende Ziele formuliert und Strategien zur Umsetzung definiert. Die verhaltens- und verhältnisorientierten Umsetzungsmaßnahmen waren vielfältig, so wurde(n)

- ein interdisziplinärer Steuerkreis gegründet, Kooperationen mit Studienfächern aufgebaut, ein curricular verankertes Studienangebot zum bewegungsaktivierenden Lehren und Lernen erarbeitet, eine studienfachspezifische Integration des Themas in Lehrinhalte etabliert, Weiterbildungsangebote für Dozierende geschaffen sowie Handreichungen und Video-Tutorials für Lehrende mit Anregungen zum bewegungsaktivierenden Lehren erstellt,
- Lehrräume, Flure und Bibliotheken mit bewegungsaktivierendem Mobiliar ausgestattet,
- hochschulweite Informationskampagnen initiiert, Umgebungshinweise mit Informationen zu Vorteilen bewegter Lehre und zu Angeboten zur Qualifizierung von Studierenden zu Bewegungsberater:innen platziert sowie die Durchführung von Peer-to-Peer-Beratungen zur Thematik und zu den Maßnahmen eingeführt.

Eine detaillierte Beschreibung und Beispiele für die Umsetzungsmaßnahmen sind bei Rupp et al. (2019) zu finden.

Effektivität und Evaluation

Bislang wurden insbesondere die projektbegleitende Informationskampagne sowie Teile des Angebots für Beschäftigte evaluiert. Eine umfangreiche Evaluation des Heidelberger Modells

der bewegten Hochschullehre für Studierende steht noch aus, wird aber aktuell im Rahmen einer Promotion an der Universität Heidelberg realisiert (R. Rupp, Persönliche Mitteilung, 26. Juli 2022).

Die im Rahmen des Kopf-Stehen-Projekts zur Sitzzeitreduktion durchgeführte hochschulweite Informationskampagne wurde mithilfe einer quantitativen Online-Befragung evaluiert. Die überwiegende Mehrzahl der befragten Studierenden (95 %) berichtete, die Motive der Kampagne wahrgenommen zu haben. Diese wurden von 90 % der Studierenden als (eher) ansprechend bewertet. Wieder die Mehrzahl der Befragten (60 %) gab an, dass die Kampagne zur Reflexion ihres eigenen Sitzverhaltens angeregt habe (Rupp et al., 2019).

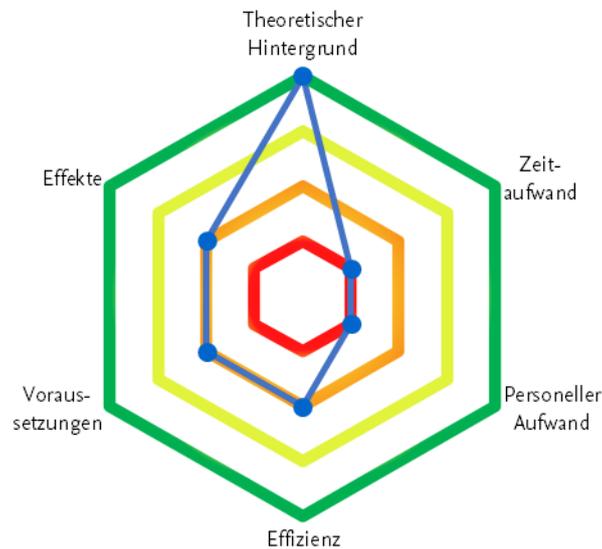
Im Zuge einer im Jahr 2021 durchgeführten Befragung wurden sogenannte Hokkis¹¹ sowie Stehpultaufsätze evaluiert (Pädagogische Hochschule Heidelberg, 2021a). Während der Testphase des Projekts wurde das neue Sitz-/Stehmobiliar zunächst Verwaltungsangestellten zur Verfügung gestellt. 36 Beschäftigte nahmen an dieser Befragung teil, davon machten 24 Angaben zur Nutzung, zu Effekten und Verbesserungsvorschlägen zu den Bewegungssitzen Hokkis sowie 12 Beschäftigte zu den Stehpultaufsätzen (Pädagogische Hochschule Heidelberg, 2021a). Die Hokkis und Stehpultaufsätze wurden sowohl im Büro als auch zu Hause genutzt. Der Großteil der Befragten nutzte die ergonomischen Arbeitsplatzhilfen mehrmals täglich bis zu 60 Minuten oder mehr am Stück. Bis auf jeweils eine Person berichteten alle Befragten körperliche Verbesserungen – sowohl nach der Hokki- als auch der Stehpultaufsatz-Nutzung. Ein Effekt auf die Konzentration wurde jeweils von etwa der Hälfte der Befragten berichtet. Zu den mehrfach genannten Effekten durch die Nutzung der Hokkis zählen die Reduktion von Rückenschmerzen, eine bessere Haltung am Arbeitsplatz, höhere Motivation, ein verbessertes Körpergefühl sowie die Reduktion von Kopfschmerzen während der Arbeit. Darüber hinaus war die Mehrheit der Befragten mit der Verarbeitung, dem Einstellbereich, der Funktionalität sowie dem Design beider Arbeitsplatzhilfen zufrieden. Verbesserungsbedarf gaben insgesamt 20 Befragte (etwas mehr als die Hälfte der Befragten) an (Pädagogische Hochschule Heidelberg, 2021a). Inzwischen sind die Verbesserungsvorschläge durch das Projektteam umgesetzt worden. So stehen beispielsweise zwei Versionen der Stehpultaufsätze zur Verfügung (Pädagogische Hochschule Heidelberg, 2021b).

Bewertung

Die Intervention basiert auf dem sozioökologischen Modell sitzenden Verhaltens und adressiert (auch) strukturelle Risikofaktoren der physischen Gesundheit. Die Intervention ist ein dauerhaftes Projekt, an dem mehrere Personen langfristig beteiligt sind, Zeit- und personeller Aufwand sind daher vergleichsweise hoch. Der Aufwand für die Integration der Intervention in den Hochschulkontext variiert in Abhängigkeit von den einzelnen konkreten Maßnahmen oder zum Beispiel den räumlichen Gegebenheiten. Einzelne Bestandteile der Intervention zeigten in ersten Untersuchungen positive Ergebnisse, insbesondere wirkte bewegungsförderliches Mobiliar Rückenschmerzen entgegen. Es fehlen jedoch umfangreichere Untersuchungen der gesamten Intervention.

¹¹ Ein Hokki-Hocker ist ein ergonomischer Bewegungssitz, der Haltungswechsel unterstützt und eine temporäre Sitzgelegenheit bietet. Der konvexe Standfuß ermöglicht eine kontrollierte und sichere (Kipp-)Bewegung des Hockers in alle Richtungen und unterstützt dadurch die Entlastung des Bewegungsapparats.

Die Intervention ist – sollten sich die ersten Evaluationsergebnisse bestätigen – eine gute Maßnahme zur Verbesserung der physischen Gesundheit der Studierenden. Die Gesamtbewertung fällt mit 2 von 4 Punkten moderat aus.



Weiterführende Informationen

- Das Modellprojekt »Kopf-Stehen« entstand in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse und wurde von 2017 bis 2019 hochschulweit an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg implementiert (Rupp et al., 2020). Nähere Informationen zur Intervention sind bei Rupp et al. (2019) zu finden sowie unter <https://www.ph-heidelberg.de/kopf-stehen.html>.
- Kurze Videotutorials von Lehrenden der PH Heidelberg zeigen beliebte bewegungsaktivierende Methoden, die als Anregung und Anleitung für Interessierte dienen sollen. Ein Link zu den Videotutorials findet sich unter <https://www.ph-heidelberg.de/kopf-stehen/methodensammlung-bewegungsaktive-hochschullehre.html>. Die Videotutorials können auch unmittelbar auf dem Youtube-Kanal des Medienzentrums Pädagogische Hochschule Heidelberg unter <https://www.youtube.com/playlist?list=PLhVrO77VPbRI2j9PSrRF5jWreMzccATor> gefunden werden.
- Praxismaterialien zur Bewegenden Methode (siehe Aufbau) »Haltungswechsel« können über einen Link auf der Seite <https://www.ph-heidelberg.de/gefoe/forschungsprofil/bewegende-methoden.html> heruntergeladen werden.
- Die Akademie für wissenschaftliche Weiterbildung an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg e.V. bietet einen Workshop für Lehrende unter der Leitung von Herrn Dr. Rupp zur Einführung in das Heidelberger Modell der bewegten Lehre an. Nähere Informationen zur Weiterbildung »Bewegte Hochschullehre – Einführung in das Heidelberger

ger Modell der bewegten Lehre« finden sich unter <https://www.ph-akademie.de/seminarangebot/hochschuldidaktik-2/> sowie in der Broschüre https://www.ph-akademie.de/wp-content/uploads/2021/01/Akademie_Bewegte-Hochschullehre_HD.pdf.

- Im Rahmen des University:Future-Festivals 2021 gab Herr Dr. Rupp eine Einführung in das Heidelberger Modell der bewegten Lehre und zeigte Praxiseinblicke in die bewegende Methode »Podcast-Walks im Freien«. Das Video zum Vortrag finden Sie unter <https://www.youtube.com/watch?v=KE7yzonn8Mo>.
- Das Buch »Online-Seminare bewegt gestalten« (Rupp, 2022) befasst sich mit der Anwendung des Heidelberger Modells bewegter Lehre auf digitale Formate und beinhaltet theoretische Grundlagen, bewegende Methoden sowie Praxistipps, um Online-Kurse bewegt zu gestalten.

Literatur

- Pädagogische Hochschule Heidelberg (2021a). *Ergebnisse der Umfrage 2021: Evaluation der Hokkis und Stehpultaufsätze*. <https://www.ph-heidelberg.de/bgm/themen/hokkis-und-stehpultaufsätze/>
- Pädagogische Hochschule Heidelberg (2021b). *Hokkis und Stehpultaufsätze*. <https://www.ph-heidelberg.de/bgm/themen/hokkis-und-stehpultaufsätze/>
- Parry, S. P., Coenen, P., Shrestha, N., O'Sullivan, P. B., Maher, C. G. & Straker, L. M. (2019). Workplace interventions for increasing standing or walking for decreasing musculoskeletal symptoms in sedentary workers. *The Cochrane database of systematic reviews*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012487.pub2>
- Patterson, R., McNamara, E., Tainio, M., Sá, T. H. de, Smith, A. D., Sharp, S. J., Edwards, P., Woodcock, J., Brage, S. & Wijndaele, K. (2018). Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *European journal of epidemiology*, 33(9), 811–829. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0380-1>
- Rupp, R. (2022). *Online-Seminare bewegt gestalten: Mit Schwung durch den Online-Marathon*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-36558-5>
- Rupp, R., Dold, C. & Bucksch, J. (2019). Sitzzeitreduktion und Bewegungsaktivierung in der Hochschullehre – Entwicklung und Implementierung der Mehrebenen-Intervention Kopf-Stehen. *die hochschullehre*, 5, 525–542.
- Rupp, R., Dold, C. & Bucksch, J. (2020). *Bewegte Hochschullehre*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30572-7>

4.3 Gruppen-Intervention Prämenstruelles Syndrom

Ziel

Die Intervention zielt darauf ab, Menstruationsbeschwerden, vor allem jedoch Symptome des prämenstruellen Syndroms zu lindern, indem die Studierenden funktionale Gedanken und förderliche Verhaltensweisen im Umgang mit ihrer Menstruation stärken.

Theoretischer Hintergrund

Viele menstruierende Personen erleben Beschwerden in Zusammenhang mit ihrer Regelblutung – entweder davor, auch Prämenstruelles Syndrom (PMS) genannt, oder währenddessen, oft als Regelschmerzen bezeichnet. Die Symptome äußern sich vor allem körperlich, zum Beispiel durch Unterleibskrämpfe und -schmerzen, Brustspannen, Übelkeit, Durchfall und Kopfschmerzen, aber auch psychische Symptome wie Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen und Müdigkeit können auftreten. Etwa 10 % der menstruierenden Personen erleben ihre Regelschmerzen als so stark, dass sie ihren Alltag während dieser Zeit nicht normal bewältigen können (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a). Von stärkeren PMS-Beschwerden sind etwa 20–40 % betroffen (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b). Auch Studierende erleben Einschränkungen durch Menstruationsbeschwerden, was sich in vielen Fällen negativ auf ihre inner- und außeruniversitäre Leistung auswirkt (Munro et al., 2021; Schoep et al., 2019; Sommer et al., 2016). Dies ist auch auf ein damit einhergehendes gesellschaftliches Stigma zurückzuführen und betrifft besonders stark Transgender und nichtbinäre Personen. In der Konsequenz berichten viele von ihnen ein verringertes Maß an Selbstbestimmung, Selbstvertrauen und mentalem Wohlbefinden (Chrisler et al., 2016).

Neben der pharmakologischen Behandlung (z. B. Schmerzmittel oder Antidepressiva; Bundesministerium für Gesundheit, 2022a; Lete & Lapuente, 2016; Marjoribanks et al., 2013), die teils mit erheblichen Nebenwirkungen einhergehen kann (z. B. Cohen et al., 2004), basieren alternative Interventionsansätze oftmals auf der Kognitiven Verhaltenstherapie. Diese Interventionen adressieren den Wunsch eines natürlichen Umgangs mit den Symptomen (Sundström-Poromaa et al., 2000) und haben sich in mehreren klinischen Studien als wirksam erwiesen (Busse et al., 2009; Kleinstäuber et al., 2012). Ein wesentlicher Vorteil gegenüber Pharmazeutika liegt dabei in ihrer langfristigen Wirkung, was vor allen Dingen auf das Erlernen und Anwenden von kognitiven und behavioralen Bewältigungsstrategien zurückzuführen ist (Hunter et al., 2002). In der Tat werden verschiedene Verhaltensweisen zur Linderung der Beschwerden weithin empfohlen. Dazu gehören körperliche Betätigung oder eine Umstellung der Ernährung (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b), aber auch spezifische Übungen wie zum Beispiel Entspannungstechniken (Goodale et al., 1990).

Diese Erkenntnisse kombiniert das *Praemensis*-Programm (Janda et al., 2015), auf dem diese Interventionsbeschreibung beruht. Es zielt darauf ab, das gesamte Syndrom an physiologischen und psychosozialen Beschwerden durch einen ganzheitlichen Ansatz zu behandeln. Den theoretischen Kern bildet dabei die Sozialkognitive Theorie nach Bandura (2004). Bandura nimmt an, dass sich individuelle Verhaltensweisen und Gedanken sowohl aus Einflüssen der Umwelt – in diesem Fall körperlichen Beschwerden und sozialen Faktoren – sowie aus Merkmalen der Person (z. B. Selbstwirksamkeit und Coping-Strategien) ergeben. Das Programm ba-

siert auf den Prinzipien und Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie, indem es den Teilnehmenden Wissen, hilfreiche Einstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit ihren Beschwerden vermittelt. Ein derart strukturierter Ansatz soll sicherstellen, dass die Teilnehmenden gesundheitsförderliches Verhalten langfristig etablieren (Janda et al., 2015), und bietet damit einen wesentlichen Vorteil gegenüber den Nebenwirkungen und hohen Abbruchraten der medikamentösen Behandlung (Sundström-Poromaa et al., 2000). Zudem adressiert das Programm gezielt die Stigmatisierung von Menstruationsbeschwerden und setzt damit auch an gesellschaftlichen Verhältnissen an.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an alle menstruierenden Personen, die körperliche und/oder psychische Beschwerden im Zusammenhang mit ihrer Menstruation erleben und diese verringern möchten.¹²

Aufbau (Gegenstände/Module)

Das Programm ist in seiner ursprünglichen Form als Online-Intervention konzipiert (Janda et al., 2015; Weise et al., 2019). Struktur und Inhalte können jedoch als Grundlage genutzt werden, um die Intervention auch in Präsenz durchzuführen. Sollten die Teilnehmenden persönliche Themen haben, die sie nicht in der gesamten Gruppe besprechen möchten, kann die Gruppenleitung ergänzend Einzelgespräche anbieten.

Das Programm besteht aus insgesamt 14 Modulen und integriert dabei vier Komponenten: (1) Psychoedukation, (2) Kognitive Interventionen, (3) Veränderungen des Lebensstils und des Verhaltens, (4) Rückfallprävention. Nicht alle 14 Module sind zwingend erforderlich. Sie können an die Bedürfnisse der Teilnehmenden angepasst oder gegebenenfalls übersprungen werden. In vielen Modulen bekommen die Teilnehmenden zudem Hausaufgaben, um das Gelernte in ihren Alltag zu integrieren.

Die einzelnen Module werden im Folgenden kurz beschrieben. Der Zugang zu den detaillierten Materialien wird im Abschnitt »Weiterführende Informationen« erläutert.

- Im ersten Modul steht die Psychoedukation im Fokus. Die Teilnehmenden sollen ein tiefgehendes Verständnis ihrer eigenen Symptomatik entwickeln. Die Gruppenleitung erklärt, was genau unter PMS verstanden wird, welche psychischen und physischen Symptome auftreten können und in welcher Weise diese das Alltagsleben beeinträchtigen. Zudem erläutert sie Wirk- und Risikofaktoren (z. B. genetische Veranlagung, soziale Einflüsse und Alltagsstressoren). Im Anschluss erstellen die Teilnehmenden zusammen mit der Gruppenleitung ein persönliches Wirkungsmodell ihrer Symptomatik. Darin festgehalten werden Auslöser, aufrechterhaltende Faktoren, individuelle Konsequenzen und bisherige Versuche zur Symptomlinderung. Zuletzt formulieren die Teilnehmenden ihre Ziele für die Intervention, um zum einen ein strukturiertes Vorgehen

¹² Personen, die unter sehr starken Beschwerden leiden, ist jedoch angeraten, zunächst eine:n Fachärzt:in aufzusuchen. Alternative Erkrankungen, die ähnliche Symptome hervorrufen können (z. B. Endometriose, aber auch Depression), sollten vorher unbedingt ausgeschlossen werden.

und die Messbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen und zum anderen die Motivation und das Durchhaltevermögen zu fördern.

- Im zweiten Modul lernen die Teilnehmenden die Verbindung zwischen ihren Gedanken, Gefühlen und ihrem Verhalten zu reflektieren und anhand eigener Beispiele zu analysieren. Zunächst werden allgemeine Situationen des Alltags betrachtet, danach konkrete Situationen, die mit der PMS-Symptomatik in Zusammenhang stehen.
- Im dritten Modul steht die kritische Betrachtung automatisierter, negativer Gedanken im Fokus. Die Teilnehmenden lernen, wie diese zu ihren Symptomen beitragen und sie aufrechterhalten können. Anschließend lernen die Teilnehmenden ihre eigenen automatischen Gedanken zu erkennen und damit umzugehen, indem sie diese aktiv hinterfragen, sie in einzelne Szenen zerlegen, die sie zu jeder Zeit pausieren und analysieren können, und die Gedanken positiv umformulieren.
- In Modul 4 werden die erlernten Strategien zur Kontrolle negativer automatischer Gedanken vertieft. Die Teilnehmenden erlernen weitere Techniken wie »Pro/Kontra-Listen« oder »Realitätscheck« und üben diese gezielt. Die Hausaufgaben bestehen darin, ein persönliches Gedankenprotokoll in Bezug auf die Menstruationssymptome zu erstellen und dieses zu analysieren.
- In Modul 5 geht es um Vorurteile im Zusammenhang mit Menstruationsbeschwerden. Diese leisten einen wesentlichen Beitrag zu den negativen Gedankenmustern, die viele Betroffene ausbilden. Die Gruppenleitung thematisiert diese Vorurteile, erläutert deren Ursprünge (z. B. in der Bibel oder während des Mittelalters) sowie deren Konsequenzen (z. B. erhöhter Stress und sozialer Rückzug). Die Teilnehmenden lernen ihre eigenen Vorurteile sowie die anderer Personen kritisch zu hinterfragen und so der eigenen Abwertung und Stigmatisierung entgegenzuwirken.
- Im sechsten Modul lernen die Teilnehmenden hilfreiche positive Gedanken zu formulieren, welche sie anstelle der ursprünglichen negativen Denkmuster etablieren sollen. Ziel ist, dass Gefühle von Wohlbefinden und Gelassenheit während der prämenstruellen Phase gestärkt werden sollen. Die Gruppenleitung gibt spezifische Tipps, wie diese formuliert werden sollten (z. B. glaubhaft, konkret, angemessen für den Alltag). Weiterhin weist sie auf Techniken hin, wie diese Verinnerlichung erleichtert werden kann, zum Beispiel mithilfe von Post-its oder kurzen Erinnerungsnachrichten. Als Hausaufgabe üben die Teilnehmenden ihre persönlichen, hilfreichen Gedanken.
- Im siebten Modul werden funktionale und dysfunktionale Verhaltensmuster thematisiert. Dazu spricht die Gruppenleitung zunächst über problematische Verhaltensmuster (z. B. Rückzug, Vermeidung, destruktive Kommunikation) und darüber, wie diese zwar kurzfristig lohnend sein können, aber langfristig zur Aufrechterhaltung oder sogar Verschlechterung der Symptomatik beitragen können. Die Teilnehmenden sollen daraufhin analysieren, inwiefern ihre bisherigen Verhaltensmuster funktional sind. Sie erlernen zusätzliche oder alternative, langfristig förderliche Strategien (z. B. Sport, soziale Kontakte und ein mitfühlender Umgang mit den eigenen Bedürfnissen).

- Im achten Modul lernen die Teilnehmenden den konstruktiven Umgang mit Stress, da ein hohes Stresslevel Menstruationsbeschwerden wesentlich verschlimmern kann. Die Gruppenleitung erläutert den Unterschied zwischen Stressor und Stressreaktion und wie sich dies auf Psyche und Körper auswirken kann. Darauf aufbauend werden die biologische Funktion und die Vorteile von Entspannung vermittelt. Die Teilnehmenden lernen verschiedene Entspannungstechniken, die sie in ihrem Alltag anwenden können.
- In Modul 9 lernen die Teilnehmenden, welchen Beitrag ihre eigenen Gedanken und Erfahrungen zu ihrem Stresslevel leisten. In diesem Zusammenhang lernen sie auch das Konzept der »fehlerhaften Beweisführung« (Hautzinger, 2009) kennen, das als indirekter Einflussfaktor auf das PMS wirken kann. Ziel des Moduls ist es, dass die Teilnehmenden ein individuelles Stressmodell erstellen, das ihre persönlichen Stressverstärker (z. B. negative Gedanken) und deren Einfluss auf ihr Erleben und Verhalten beinhaltet.
- Im zehnten Modul lernen die Teilnehmenden Voraussetzungen und Bedeutung von Vergnügen und Lust kennen und wie sie diese Gefühle fördern können (Lutz, 2005). Durch das verstärkte Ausüben von angenehmen Aktivitäten kann Stress abgebaut und dadurch auch das PMS gelindert werden. Zuletzt sollen die Teilnehmenden üben, gezielt mehr dieser Aktivitäten in ihrem Alltag zu etablieren.
- Im elften Modul wird der Einfluss von Ernährung und körperlicher Betätigung auf das PMS behandelt (z. B. die negative Wirkung von Koffein oder die positiven Effekte von Sport). Dazu erstellen die Teilnehmenden ein Ernährungstagebuch, um die Auswahl ihrer Nahrungsmittel, aber auch die verschiedenen Gründe für ihr Essen bewusst wahrzunehmen (z. B. Hunger, Ablenkung, Trost oder Belohnung). In ähnlicher Weise wird auch der persönliche Bezug zum Thema Sport und Bewegung diskutiert (z. B. ob Sport als Belastung oder als wohltuend empfunden wird).
- Die Module 12 und 13 dienen der Vertiefung von Modul 11 und sollen Personen, die Schwierigkeiten mit der Etablierung ausreichender körperlicher Bewegung und gesunder Ernährung haben, durch weitere Übungen gezielt unterstützen.
- Im letzten Modul erfolgt eine kurze Zusammenfassung aller behandelten Inhalte. Die Teilnehmenden erstellen einen persönlichen Plan für die Zukunft. Zum Beispiel können sie dort hilfreiche kognitive Strategien, individuelle Warnsignale für dysfunktionale Verhaltensweisen, eine Liste mit persönlichen angenehmen Aktivitäten oder kurze Erinnerungen zur Entspannung auflisten. Insgesamt sollen die durch die Intervention erlernten hilfreichen Gedanken und Verhaltensweisen zum Umgang mit Menstruationsbeschwerden so langfristig in ihrem Lebensstil verankert werden.

Häufigkeit

Die Intervention umfasst in ihrer gesamten Länge 14 Module mit je einer bis zwei wöchentlichen Sitzungen. Diese können jedoch an die Bedarfe der Teilnehmenden und Ressourcen der Hochschule angepasst und notfalls gekürzt werden. Beispielsweise können die Inhalte für ei-

nen Zeitraum von acht Wochen mit einer Gruppensitzung pro Woche ausgelegt werden. Möglich wäre auch ein niedrigschwelliges Onlineformat, in dem sowohl die wichtigsten Inhalte vermittelt werden als auch Raum zum persönlichen Austausch gegeben wird.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Je nach Ausrichtung der Intervention kann entweder ein Online- oder Präsenz-Format gewählt werden. In letzterem Fall sollten Räumlichkeiten sowie gegebenenfalls erforderliche Materialien zur Verfügung gestellt werden.

Erforderliche Qualifikation

Es ist ein:e Expert:in mit ausgewiesener Erfahrung im Bereich Kognitive Verhaltenstherapie und/oder gesundheitlicher Aufklärung erforderlich, die die Intervention vorbereitet und durchführt.

Effektivität und Evaluation

Die Wirksamkeit des *Praemensis* Programms wurde mithilfe eines randomisierten kontrollierten Designs geprüft (Weise et al., 2019). Zu beachten ist, dass die Stichprobe ausschließlich aus Personen bestand, die eine eher schwere PMS-Symptomatik aufwiesen: Voraussetzung zur Teilnahme war, dass alle Teilnehmenden die diagnostischen Kriterien einer prämenstruellen dysphorischen Störung (Ditzen et al., 2011) erfüllten.¹³

Jeweils zu Beginn, am Ende sowie sechs Monate nach der Intervention (Follow-up) machten die Teilnehmenden der Interventions- und Kontrollgruppe Angaben zu ihren Beschwerden. Mittels Tagebucheinträgen und Fragebögen wurden mehrere Variablen zur Beurteilung der Wirksamkeit herangezogen: funktionelle Beeinträchtigung, psychische Beeinträchtigung, Auswirkungen auf den Alltag, Intensität und Einschränkungen durch die Symptome. In allen sechs Bereichen wiesen die Teilnehmenden der Interventionsgruppe direkt nach der Intervention signifikant bessere Werte im Vergleich zur Kontrollgruppe auf. Auch sechs Monate nach der Befragung waren die Werte der Teilnehmenden an der Intervention noch besser als jene der Kontrollgruppe (Weise et al., 2019).

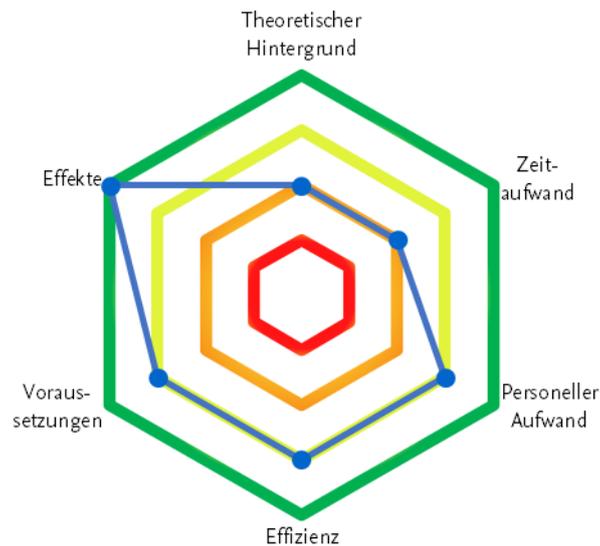
In der Studie wurde ebenfalls untersucht, ob es Umstände gibt, unter denen die Intervention besonders gut funktioniert. Es zeigte sich, dass es besonders hilfreich ist, gezielt Aktivitäten nachzugehen, die positive Emotionen auslösen. Dadurch kann spezifisch die Intensität der Symptome verringert werden. Zuletzt stellte ein geringes subjektives Stresslevel eine gute Voraussetzung dar, um Verbesserungen im Bereich der funktionellen Beeinträchtigung zu erzielen. Insgesamt erwies sich das Programm somit als erfolgreich (Weise et al., 2019).

¹³ In diesem diagnostischen Fragebogen werden anhand von 30 Items verschiedene Symptome und funktionelle Beeinträchtigungen des PMS abgefragt. Dazu gehören beispielsweise veränderte Stimmung, körperliche Symptome wie Kopf-, Gelenk- oder Brustschmerzen und gestörtes Ess- und Schlafverhalten. Die Intensität der Symptome wird auf einer Skala von 1 (*trifft nicht zu*) bis 4 (*trifft stark zu*) eingestuft. Personen, die mindestens fünf Symptome (davon mindestens ein stimmungsbezogenes Symptom) mit einer Intensität von 2 oder mehr berichteten, wurden in die Studie von Weise et al. (2019) aufgenommen.

Bewertung

Die Intervention kombiniert verschiedene Elemente der Kognitiven Verhaltenstherapie. Eine zentrale Stärke des Programms ist, dass nicht nur körperliche, sondern auch psychische, verhaltensbezogene und gesellschaftliche Komponenten adressiert werden. Je nach gewählter Modulanzahl und -umfang kann die Intervention einen geringen bis hohen Zeitaufwand darstellen. Zur Umsetzung benötigt man ein:e ausgewiese:n Expert:in. Strukturelle Ressourcen braucht es hingegen kaum, da die Intervention entweder online oder in Präsenz stattfinden kann. In seiner Originalversion hat das *Praemensis*-Programm zu einer signifikanten Verbesserung fast aller gemessenen PMS-assoziierten Symptome der Interventionsgruppe geführt. Dabei zielte die Intervention explizit auf eine langzeitliche Etablierung von förderlichen Gedanken und Verhalten im Umgang mit der Menstruation ab. Diese positiven Langzeiteffekte konnten auch sechs Monate danach noch empirisch gefunden werden.

Insgesamt fällt die Bewertung der Intervention mit 2,8 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Eine detailliertere Übersicht und Beschreibung der einzelnen Module können in Janda et al. (2015) angesehen werden.
- Zur Durchführung der Intervention können die Inhalte der einzelnen Module, Arbeitsblätter und weitere Materialien des *Praemensis*-Programms bei Dr. Cornelia Weise angefragt werden (weise@uni-marburg.de).

Literatur

Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>

- Bundesministerium für Gesundheit. (2022a). *Regelschmerzen: Symptome und Behandlung*.
<https://gesund.bund.de/regelschmerzen>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2022b, 28. April). *Prämenstruelles Syndrom (PMS)*.
<https://gesund.bund.de/praemenstruelles-syndrom-pms#quellen>
- Busse, J. W., Montori, V. M., Krasnik, C., Patelis-Siotis, I. & Guyatt, G. H. (2009). Psychological intervention for premenstrual syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(1), 6–15. <https://doi.org/10.1159/000162296>
- Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Manion, J., Murgo, M., Barney, A., Adams-Clark, A., Newton, J. R. & McGrath, M. (2016). Queer periods: attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and transgender community. *Culture, Health & Sexuality*, 18(11), 1238–1250. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1182645>
- Cohen, L. S., Soares, C. N., Yonkers, K. A., Bellew, K. M., Bridges, I. M. & Steiner, M. (2004). Paroxetine controlled release for premenstrual dysphoric disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosomatic medicine*, 66(5), 707–713. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000140005.94790.9c>
- Ditzen, B., Nussbeck, F., Drobnjak, S., Spörri, C., Wüest, D. & Ehlert, U. (2011). Validierung eines deutschsprachigen DSM-IV-TR basierten Fragebogens zum prämenstruellen Syndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(3), 149–159. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000095>
- Goodale, I. L., Domar, A. D. & Benson, H. (1990). Alleviation of premenstrual syndrome symptoms with the relaxation response. *Obstetrics and gynecology*, 75(4), 649–655.
- Hautzinger, M. (2009). Kognitive Verhaltenstherapie bei affektiven Störungen. *Psychiatrie und Psychotherapie update*, 3(01), 9–20. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067579>
- Hunter, M. S., Ussher, J. M., Cariss, M., Browne, S., Jelley, R. & Katz, M. (2002). Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 811–817. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00338-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00338-0)
- Janda, C., Kues, J. N., Kleinstaeuber, M. & Weise, C. (2015). *A therapeutic approach to premenstrual syndrome (PMS): Modularized treatment program*. *Verhaltenstherapie*: 25(4):294–303. https://scholar.archive.org/work/6jippiha7rgwvmxgm64quvcaru/access/wayback/https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/pstorage-karger-594308543098/8717002/000439336_sm_ever-sion.pdf
- Kleinstäuber, M., Witthöft, M. & Hiller, W. (2012). Cognitive-behavioral and pharmacological interventions for premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(3), 308–319. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9299-y>
- Lete, I. & Lapuente, O. (2016). Contraceptive options for women with premenstrual dysphoric disorder: current insights and a narrative review. *Open Access Journal of Contraception*, 7, 117–125. <https://doi.org/10.2147/OAJC.S97013>
- Lutz, R. (2005). Genusstraining: »Kleine Schule des Genießens«. In *Verhaltenstherapiemanual* (S. 346–350). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/3-540-26425-6_68
- Marjoribanks, J., Brown, J., O'Brien, P. M. S. & Wyatt, K. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *The Cochrane database of systematic reviews*(6), CD001396. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001396.pub3>
- Munro, A. K., Hunter, E. C., Hossain, S. Z. & Keep, M. (2021). A systematic review of the menstrual experiences of university students and the impacts on their education: A global perspective. *PLoS One*, 16(9), e0257333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257333>

- Schoep, M. E., Adang, E. M. M., Maas, J. W. M., Bie, B. de, Aarts, J. W. M. & Nieboer, T. E. (2019). Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women. *BMJ open*, 9(6), e026186. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026186>
- Sommer, M., Chandraratna, S., Cavill, S., Mahon, T. & Phillips-Howard, P. (2016). Managing menstruation in the workplace: an overlooked issue in low- and middle-income countries. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0379-8>
- Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Björn, I. & Nordh, O. (2000). Compliance to antidepressant drug therapy for treatment of premenstrual syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(4), 205–211. <https://doi.org/10.3109/01674820009085589>
- Weise, C., Kaiser, G., Janda, C., Kues, J. N., Andersson, G., Strahler, J. & Kleinstäuber, M. (2019). Internet-Based Cognitive-Behavioural Intervention for Women with Premenstrual Dysphoric Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(1), 16–29. <https://doi.org/10.1159/000496237>

4.4 Intervention zur Vorbeugung von Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen

Ziel

Das Ziel der Intervention ist es, Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen durch verschiedene Übungen zu reduzieren bzw. ihnen vorzubeugen.

Theoretischer Hintergrund

Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich sind weit verbreitet. Rund jede:r Zweite:r wird im Laufe seines Lebens an Nackenbeschwerden leiden (Fejer et al., 2006), rund jede:r Dritte:r an Schulterbeschwerden (Luime et al., 2004). Auch unter Studierenden gehören sie zu den am häufigsten berichteten körperlichen Beschwerden (Grützmaker et al., 2018). Dabei treten Schmerzen im Schulter-/Nacken-/Kopfbereich selten isoliert auf, sondern beeinflussen sich meist gegenseitig. So kann falsche oder fehlende Belastung der Schulter- und Nackenpartie in vielen Fällen zu Kopfschmerzen führen (Biondi, 2005; Sjaastad et al., 2006). Diese Verbindung wird jedoch oft übersehen (Mongini et al., 2008).

Die Intervention setzt an mehreren Stellen an, um den Studierenden gesundheitsförderliches Verhalten in Bezug auf ihren Schulter-, Nacken- und Kopfbereich zu erleichtern. Sie kann daher als multimodaler Ansatz verstanden werden.

Zum einen besteht die Intervention aus einem edukativen Element. Ziel ist es, die Studierenden über die physiologischen Grundlagen und Zusammenhänge von Schulter, Nacken und Kopf aufzuklären. Auch wenn Wissensvermittlung allein nicht ausreicht, um Beschwerden in diesem Bereich zu reduzieren (Gross et al., 2012; Haines et al., 2009; Linton & van Tulder, 2001), so ist es in der Physiotherapie gängige Praxis, dass der:die Therapeut:in den Patient:innen die Ursachen und Wirkzusammenhänge des relevanten Körperbereichs detailliert erläutert (Sluijs, 1991). Die Ergänzung um eine edukative Komponente kann weiterhin die regelmäßige Anwendung der gelernten Übungen sowie die Zufriedenheit mit der Maßnahme fördern (z. B. Clark et al., 2019).

Einen weiteren Bestandteil der Intervention bilden Entspannungs- und Kräftigungsübungen. Ein systematisches Review von randomisierten kontrollierten Studien zeigt, dass körperliche Übungen am effektivsten zur Prävention von Nacken- und Rückenschmerzen sind (Linton & van Tulder, 2001). Auch bei Schulterschmerzen bilden sie den zentralen Bestandteil der Behandlung (Greenberg, 2014). Basierend auf dieser Befundlage werden in der Intervention Übungen zur Kräftigung und Dehnung des Schulter- und Nackenbereichs gelehrt und von den Studierenden eigenständig zu Hause angewandt.

Ein letztes Element bilden visuelle Hinweisreize, sogenannte Visual Cues, die den Studierenden helfen, die Übungen in ihren Alltag zu integrieren. Die Verwendung von externen Hinweisen ist ein effektives Mittel zur Veränderung von Verhalten (Adams et al., 1998) und auch zur Förderung der körperlichen Gesundheit. Mithilfe von Visual Cues werden die Teilnehmenden an die regelmäßige Durchführung der Übungen erinnert, indem der Abruf im Gedächtnis erleichtert wird (Vortac et al., 1995). Die Wirksamkeit der Visual Cues ist dann am höchsten, wenn sie (1) zum relevanten Zeitpunkt sichtbar sind, (2) sich in unmittelbarer Nähe zum Ort der Aus-

führung des geplanten Verhaltens befinden und (3) aus ihrer Umgebung sichtbar hervorstechen (Proctor & Trisha, 2018; Reason, 2002). Bei der Intervention werden daher rote Hinweisschilder genutzt, die am Arbeitsplatz der Studierenden angebracht werden.

Die Intervention fasst also mehrere, gut evaluierte Bestandteile zusammen, um eine Reduktion der Beschwerden im Nacken-, Schulter- und Kopfbereich zu erzielen.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Zielgruppe sind Studierende, die unter Kopf-, Schulter- und/oder Nackenbeschwerden leiden oder diesen vorbeugen möchten.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention besteht aus insgesamt vier sich ergänzenden Komponenten (Mongini et al., 2012):

1. Wissensvermittlung (Dauer: ca. 30–60 Minuten)
In einer Einführungssitzung werden die Teilnehmenden begrüßt und ihnen wird der Ablauf der Intervention erklärt. Ein:e Expert:in mit medizinischen Kenntnissen erklärt, wie Kopf-, Schulter- und Nackenfunktionen zusammenhängen und wie Schmerzen in diesem Bereich entstehen und sich gegenseitig beeinflussen. Oft geschieht dies, wenn Gesichts- und Halsmuskulatur unbewusst angespannt werden. Ziel der Intervention ist es, dass die Studierenden lernen, diese unbewusste Kontraktion im Alltag wahrzunehmen und ihre Muskulatur durch gezielte Übungen zu stärken und zu entspannen. Dazu werden sie angeleitet, die im Nachfolgenden beschriebenen Übungen mehrmals am Tag selbstständig durchzuführen.
2. Entspannungsübung (Häufigkeit: 1–2 Mal am Tag)
„Setze dich in einen bequemen Stuhl oder Sessel in eine ruhige und ungestörte Umgebung. Lass deinen Unterkiefer fallen, sodass alle Anspannung abfällt. Halte diese Position für 10 bis 15 Minuten und atme ruhig weiter. Nimm bewusst wahr, wie sich dein Gesicht anfühlt, wenn es komplett entspannt ist. Wenn vorhanden, nimm ein Wärmekissen oder -pad und lege es auf Schulter-, Wangen oder Nacken, um die Muskulatur zusätzlich zu entspannen.“
3. Übungen zur Dehnung und Stärkung der Muskulatur (Häufigkeit: 8–10 Mal am Tag)
 - „Stelle dich aufrecht gegen eine Wand. Achte darauf, dass Fersen, Hüfte und Nacken die Wand berühren. Ohne den Rest deines Körpers zu bewegen, bringe deine Schultern in Kontakt mit der Wand, indem du die Schulterblätter zusammenziehst. Dann entspanne sie wieder. Wiederhole diesen Wechsel zwischen Kontraktion und Entspannung mehrere Male.“
 - „Stelle dich mit dem Rücken gegen eine Wand. Bewege deinen Kopf horizontal nach vorne und nach hinten. Spüre die Bewegung in deiner Nackenmuskulatur.“

- „Verschränke die Hände hinter deinem Nacken. Presse den Kopf nach hinten gegen deine Hände. Erzeuge Druck und Gegendruck. Halte diese Spannung für 2–3 Sekunden, danach löse sie wieder und entspanne.“
4. Visual Cues
- Die Studierenden sind dazu angehalten, an ihrem Arbeitsplatz Hinweise (zum Beispiel in Form von Post-its) anzubringen. Diese sollen sie daran erinnern, während des Arbeitens auf eine unbewusste Kontraktion ihrer Gesichts- und Halsmuskulatur zu achten. Ein weiterer Hinweiszettel kann angebracht werden, um an die regelmäßige Durchführung der Haltungs- und Relaxationsübungen zu erinnern. Im Idealfall können die Organisator:innen der Intervention diese Hinweise mit Bildern und Text gestalten und den Studierenden aushändigen.

Häufigkeit

Die Einführung erfolgt einmalig in Form einer Gruppensitzung. Danach sind die Studierenden angeleitet, die Intervention eigenständig fortzuführen und die kurzen Übungen langfristig in ihrem Alltag zu etablieren.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Es sind so gut wie keine hochschuleigenen Strukturen erforderlich. Lediglich für die Einführungssitzung sollte ein Raum zur Verfügung gestellt werden.

Erforderliche Qualifikation

Ein:e Expert:in mit medizinischen Vorkenntnissen ist erforderlich, um die Einführungssitzung durchzuführen und die Studierenden in der richtigen Durchführung der Übungen anzuleiten. Möglicherweise kann hier auf Expertise aus dem Hochschulsport zurückgegriffen werden.

Ergänzungen/Erweiterungen

Weitere optionale Maßnahmen können zum Erfolg der Intervention beitragen:

- Es kann hilfreich sein, dass die Studierenden eine Art Tagebuch über ihre Kopf-, Hals- und Nackenbeschwerden führen, in dem sie diese kurz am Abend schriftlich reflektieren. Beispielsweise können Angaben zur Häufigkeit, Intensität, Einnahme von Schmerzmitteln oder (bei weiblichen Studierenden) zu Menstruationsbeschwerden notiert werden. Ziel ist dabei, einen noch bewussteren Umgang mit dem eigenen Körper zu entwickeln.
- Damit die Intervention auch langfristig durch die Studierenden umgesetzt wird, können die Organisator:innen oder der:die Expert:in der Einführungssitzung nach beispielsweise zwei, acht und 16 Wochen eine Erinnerung an die Studierenden senden. Mit dieser E-Mail sollen die Studierenden an die Wichtigkeit der Intervention für ihre physische Gesundheit erinnert werden.

- Die Art der Haltungs- und Relaxationsübungen können nach Ermessen des:der Expert:in abgewandelt, erweitert oder durch andere Übungen ersetzt werden, solange das Ziel erhalten bleibt.
- Die Studierenden können in der Einführungssitzung dazu ermutigt werden, die Übungen gemeinsam durchzuführen, zum Beispiel in Veranstaltungspausen.

Effektivität und Evaluation

Die Effektivität der Intervention wurde bereits mehrfach in groß angelegten Studien untersucht (Mongini et al., 2008; Mongini et al., 2009; Mongini et al., 2010; Mongini et al., 2012; Rota et al., 2011). Zielgruppe waren insbesondere Beschäftigte verschiedener behördlicher Organisationen, die, vergleichbar mit Studierenden, die meiste Zeit ihrer Arbeit am Schreibtisch verbrachten.

Im Versuchsdesign wurden eine Interventionsgruppe und eine Wartelisten-Kontrollgruppe nach Ende der sechsmonatigen Intervention miteinander verglichen. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe berichteten direkt nach der Intervention signifikant seltener und weniger intensive Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen. Zudem griffen sie weniger oft auf medikamentöse Mittel zur Schmerzlinderung zurück (Mongini et al., 2008). Dieser positive Effekt blieb auch weitere sechs Monate nach dem Ende der Intervention bestehen (Mongini et al., 2009). Eine ähnlich gute Wirkung konnte auch für die initiale Wartelisten-Kontrollgruppe gezeigt werden, nachdem diese ebenfalls die Intervention durchgeführt hatte (Mongini et al., 2010).

In einer zweiten, groß angelegten Intervention in einer anderen Organisation wurden diese Befunde bestätigt (Rota et al., 2011). Darüber hinaus befasste sich die Untersuchung zusätzlich mit der Frage, ob sich die Intervention auch positiv auf unangenehme Begleiterscheinungen auswirken kann. Abgefragt wurden vor allem psychische, aber auch somatische Beschwerden, die im Zusammenhang mit Kopf-, Schulter- und Nackenschmerzen auftreten oder verstärkt werden können (z. B. Angstzustände, Rückenschmerzen, Krämpfe). Nach der Intervention berichteten die Teilnehmenden der Intervention von signifikant weniger Begleiterscheinungen als die Kontrollgruppe. Sechs Monate nach Abschluss der Intervention war dieser Unterschied jedoch nicht mehr festzustellen.

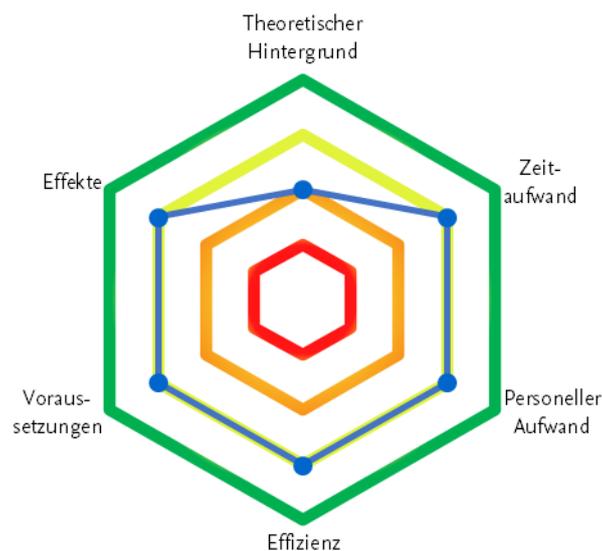
Da die bis hierhin genannten Studien auf einem nicht randomisierten Design beruhten, wurde die Intervention erneut mit einer größeren Stichprobe durchgeführt, in diesem Fall jedoch mithilfe eines randomisierten Kontrollgruppendesigns überprüft. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe berichteten auch in dieser Studie verringerte Kopf-, Schulter- und Nackenschmerzen verglichen mit der Kontrollgruppe zum Abschluss der Intervention, wodurch deren Effektivität erneut bestätigt wurde (Mongini et al., 2012).

Bewertung

Bei der Intervention werden verschiedene empirisch geprüfte Methoden zur Prävention und Behandlung von körperlichen Beschwerden kombiniert. Der Zeitaufwand ist als gering bis moderat einzustufen, abhängig davon, wie eng die Studierenden nach der Einführungssitzung begleitet werden sollen. Strukturen auf Seiten der Hochschule sind nur in geringem Maß erforderlich; es muss lediglich ein Raum für die Einführungssitzung zur Verfügung gestellt werden.

Hingegen fällt ein moderater personeller Aufwand an, da ein:e Expert:in aus einem relevanten Fachgebiet die Intervention anleiten und gegebenenfalls über eine gewisse Dauer begleiten muss. Besonders positiv hervorzuheben ist, dass der Ansatz bereits in groß angelegten randomisierten Studien mit Kontrollgruppen-Design überprüft wurde und sich dort als wirksam erwiesen hat.

Die Intervention ist eine effiziente Maßnahme, um physischen Beschwerden (Schulter, Nacken und Kopfschmerzen) vorzubeugen und entgegenzuwirken. Die Bewertung fällt mit 2,8 von 4 Punkten positiv aus.



Literatur

- Adams, A., Bochner, S. & Bilik, L. (1998). The effectiveness of warning signs in hazardous work places: cognitive and social determinants. *Applied ergonomics*, 29(4), 247–254. [https://doi.org/10.1016/S0003-6870\(97\)00047-1](https://doi.org/10.1016/S0003-6870(97)00047-1)
- Biondi, D. M. (2005). Physical treatments for headache: a structured review. *Headache*, 45(6), 738–746. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2005.05141.x>
- Clark, H., Bassett, S. & Siegert, R. (2019). The effectiveness of web-based patient education and action and coping plans as an adjunct to patient treatment in physiotherapy: A randomized controlled trial. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(10), 930–939. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1467521>
- Fejer, R., Kyvik, K. O. & Hartvigsen, J. (2006). The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature. *European Spine Journal*, 15(6), 834–848. <https://doi.org/10.1007/s00586-004-0864-4>
- Greenberg, D. L. (2014). Evaluation and treatment of shoulder pain. *Medical Clinics*, 98(3), 487–504. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.01.016>
- Gross, A., Forget, M., St George, K., Fraser, M. M. H., Graham, N., Perry, L., Burnie, S. J., Goldsmith, C. H., Haines, T. & Brunarski, D. (2012). Patient education for neck pain. *The Cochrane database of systematic reviews*(3), CD005106. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005106.pub4>

- Grützmacher, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland*. <https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/forschung/BwB/bwb-2017/index.html>
- Haines, T., Gross, A. R., Burnie, S., Goldsmith, C. H., Perry, L. & Graham, N. (2009). A Cochrane review of patient education for neck pain. *The spine journal: official journal of the North American Spine Society*, *19*(10), 859–871. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2009.04.019>
- Linton, S. J. & van Tulder, M. W. (2001). Preventive Interventions for Back and Neck Pain Problems: What is the Evidence? *Spine*, *26*(7), 778. https://journals.lww.com/spinejournal/full-text/2001/04010/preventive_interventions_for_back_and_neck_pain.19.aspx
- Luime, J. J., Koes, B. W., Hendriksen, I. J. M., Burdorf, A., Verhagen, A. P., Miedema, H. S. & Verhaar, J. A. N. (2004). Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, *33*(2), 73–81. <https://doi.org/10.1080/03009740310004667>
- Mongini, F., Ciccone, G., Rota, E., Ferrero, L., Ugolini, A., Evangelista, A., Ceccarelli, M. & Galassi, C. (2008). Effectiveness of an educational and physical programme in reducing headache, neck and shoulder pain: a workplace controlled trial. *Cephalalgia: An International Journal of Headache*, *28*(5), 541–552. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01551.x>
- Mongini, F., Evangelista, A., Milani, C., Ferrero, L., Ciccone, G., Ugolini, A., Piedimonte, A., Sigaudò, M., Carlino, E., Banzatti, E. & Galassi, C. (2012). An educational and physical program to reduce headache, neck/shoulder pain in a working community: a cluster-randomized controlled trial. *PLoS One*, *7*(1), e29637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0029637>
- Mongini, F., Evangelista, A., Rota, E., Ferrero, L., Ugolini, A., Ceccarelli, M., Ciccone, G. & Galassi, C. (2009). Long-term benefits of an educational and physical program on headache, and neck and shoulder pain, in a working community. *The Journal of Pain*, *10*(11), 1138–1145. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.01.324>
- Mongini, F., Evangelista, A., Rota, E., Ferrero, L., Ugolini, A., Milani, C., Ceccarelli, M., Joffrain, L., Ciccone, G. & Galassi, C. (2010). Further evidence of the positive effects of an educational and physical program on headache, neck and shoulder pain in a working community. *The Journal of Headache and Pain*, *11*(5), 409–415. <https://doi.org/10.1007/s10194-010-0231-2>
- Proctor, R. W. & Trisha, V. Z. (2018). *Human Factors in Simple and Complex Systems, Third Edition*. CRC Press. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.1201/9781315156811/human-factors-simple-complex-systems-robert-proctor-van-zandt-trisha>
<https://doi.org/10.1201/9781315156811>
- Reason, J. (2002). Combating omission errors through task analysis and good reminders. *Quality & safety in health care*, *11*(1), 40–44. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.40>
- Rota, E., Evangelista, A., Ciccone, G., Ferrero, L., Ugolini, A., Milani, C., Ceccarelli, M., Galassi, C. & Mongini, F. (2011). Effectiveness of an educational and physical program in reducing accompanying symptoms in subjects with head and neck pain: a workplace controlled trial. *The Journal of Headache and Pain*, *12*(3), 339–345. <https://doi.org/10.1007/s10194-011-0291-y>
- Sjaastad, O., Wang, H. & Bakkeiteig, L. S. (2006). Neck pain and associated head pain: persistent neck complaint with subsequent, transient, posterior headache. *Acta neurologica Scandinavica*, *114*(6), 392–399. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2006.00717.x>
- Sluijs, E. M. (1991). Patient Education in Physiotherapy: Towards a planned approach. *Physiotherapy*, *71*(7), 503–508. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(10\)61855-X](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(10)61855-X)

Vortac, O. U., Edwards, M. B. & Manning, C. A. (1995). Functions of external cues in prospective memory. *Memory*, 3(2), 201–219. <https://doi.org/10.1080/09658219508258966>

4.5 Kopfschmerzprävention »Headache Hurts«

Ziel

Das Projekt »KopfHoch – Kopfschmerz & Migräne an der Hochschule kompetent vorbeugen« zielt darauf ab, praxistaugliche Maßnahmen und Materialien zur wirksamen Kopfschmerz- und Migräneprävention für Studierende zu entwickeln. Die Präventionsmaßnahme »Headache Hurts« basiert auf dem Prinzip Wissen – Verstehen – Handeln und vermittelt Studierenden grundlegendes Wissen zu verschiedenen Arten und Ursachen von Kopfschmerz sowie Handlungsempfehlungen für effektive Prävention.

Theoretischer Hintergrund

Das Kopfschmerzwissen und die Präventionsempfehlungen richten sich nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Erfahrungen der klinischen Kopfschmerzdiagnostik und -therapie.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Maßnahme wurde für Studierende mit und ohne Kopfschmerzbeschwerden entwickelt.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Headache Hurts umfasst verschiedene Medien und Materialien zur Kopfschmerzprävention:

Ratgeber

Der Ratgeber »Headache Hurts« ist eine kompakte Broschüre, die wissenschaftlich fundierte Informationen zu den am weitesten verbreiteten Kopfschmerzarten sowie deren Prävention vermittelt. Der Ratgeber umfasst 60 Seiten und enthält Informationen zu den physiologischen Prozessen verschiedener Kopfschmerzarten und effektiven Präventionsmaßnahmen im Studienalltag. Er beinhaltet dabei verschiedene Werkzeuge wie z. B. einen Kopfschmerz-Schnelltest, welcher die Identifikation der individuellen Kopfschmerzart erlaubt, sowie einen Kopfschmerzkalender zur Dokumentation von kopfschmerzbezogenen Beschwerden. An den drei Pilothochschulen wurden die Ratgeber an die Studierenden ausgegeben (ZIES gemeinnützige Gesellschaft mbH, 2018).

App/Medizinisch zertifizierte Applikation

Eine kostenfreie App dient als täglicher Begleiter. Die App »Headache Hurts« wurde als Medizinprodukt zertifiziert und dient Studierenden als weitere Unterstützung bei der Prävention von Kopfschmerzen. Funktionen der App:

- Dokumentation des persönlichen Tagesablaufs: Tracking von Kopfschmerzattacken, individuellem Verhalten, Medikation
- Analyse des eigenen Verhaltens nach aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen der Kopfschmerzprävention

- Psychoedukation: Informationen zu den häufigsten Formen von Kopfschmerzen – Migräne, Kopfschmerz vom Spannungstyp oder Medikamentenübergebrauchskopfschmerz – nach ICHD (International Classification of Headache Disorders)
- Analyse der eigenen Kopfschmerzauslöser
- Individuelle Warn- und Erinnerungsfunktion
- Regelmäßiges Feedback zu den persönlichen Präventionserfolgen
- Export zur Unterstützung der ärztlichen Diagnostik: Die App bietet die Möglichkeit, die Kopfschmerzeintragungen in Form eines »Arztberichts« zu exportieren
- Geführte Entspannungsübung: Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson.

Die in der App von Nutzer:innen eingetragenen Daten verbleiben ausschließlich auf deren Endgeräten und werden nicht übermittelt oder an Dritte weitergegeben. Möchte der:die Nutzer:in Informationen weitergeben, z. B. im Rahmen der ärztlichen Diagnostik, erfolgt dies nur durch aktive Initiative des:der Nutzer:in. Die Nutzung der App ist kostenfrei. Die App wird für die Betriebssysteme Android und iOS bereitgestellt und kann über die entsprechenden App-Stores heruntergeladen werden (Barmer, 2020; KopfHoch, 2018).

Kurzer Erklärfilm

Ein sechsminütiger Animationsfilm bietet eine erste Einführung und vermittelt das nötige Wissen in kompakter Form. Der Film verknüpft die wichtigsten Informationen des Ratgebers mit anschaulichen Bildern und trägt somit zur besseren Gedächtniskonsolidierung bei. Der Film kann unter <https://headache-hurts.de/headache> angesehen werden.

Website/Informationsportal

Die Website www.headache-hurts.de dient als Portal, welches den Leser:innen zusätzlich zu den Inhalten des Ratgebers weiterführende und vertiefende Informationen bereitstellt. Das Informationsportal wird regelmäßig aktualisiert und um neue Beiträge erweitert (Kallmeier, 2019; ZIES gemeinnützige Gesellschaft mbH). Die Website fungiert außerdem als Plattform für den Erklärfilm »Headache Hurts« und das Audioangebot zur progressiven Muskelentspannung für Studierende¹⁴.

Alle Medien der Kampagne eint dabei der Anspruch, das grundlegende medizinische Wissen sowie die wichtigsten Dos and Don'ts der Kopfschmerzprävention handlungswirksam zu vermitteln. Gemäß dem Prinzip »Wissen – Verstehen – Handeln« sind die einzelnen Materialien daher als sich wechselseitig ergänzende Instrumente konzipiert. Einen Überblick über die Medien gibt es auf den Projektwebsites unter <https://headache-hurts.de/tools> sowie <https://www.zies-frankfurt.de/medien-zur-praevention/headache-hurts.html> (siehe ZIES gemeinnützige Gesellschaft mbH).

Häufigkeit

Die Nutzungshäufigkeit der Maßnahmen und Materialien wird von den Studierenden selbst bestimmt.

¹⁴ Nähere Informationen zur Entspannungsübung im Audioformat sowie zum Kopfschmerzkalender sind im Abschnitt »Ergänzungen/Erweiterungen« zu finden.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Die Initiator:innen des Projekts legen großen Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit den beteiligten Hochschulen. Daher wird in repräsentativ besetzten Expert:innenrunden der kontinuierliche Austausch mit den Vertreter:innen gepflegt und gemeinsam erörtert, wie die Maßnahme an den spezifischen Bedarf und die Strukturen der jeweiligen Hochschulen angepasst werden kann (Schmidt, 2018).

Das »Zentrum für Forschung und Diagnostik bei Implantaten, Entzündungen und Schmerzen« (ZIES) übernimmt zentrale Aufgaben in der Planung und Durchführung des Projekts an den Hochschulen, wodurch die Maßnahmen mit geringem Aufwand für die Hochschulen umsetzbar sind (siehe <https://www.zies-frankfurt.de/>; ZIES gemeinnützige Gesellschaft mbH).

Zu den Aufgabenbereichen des ZIES gehören u. a.:

1. Beratung der Hochschulen und detaillierte Planung
2. Durchführung und Analyse von Online-Befragungen
3. Einsatz des Medienangebots
4. Online-Schulungen mit zertifizierten Qualifikationsnachweisen
5. Implementation von Beratungsangeboten, z. B. Maßnahmen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz.

Die enge Zusammenarbeit mit den Hochschulen ist die Basis für eine bedarfsgerechte Umsetzung der Intervention. Durch den regelmäßigen Austausch kann das ZIES ein genaues Profil der Hochschule erstellen und die Maßnahmen ansprechend anpassen. Dazu zählen beispielsweise das Erstellen von angepassten Text- und Bildvorlagen für Einladungsschreiben an die Studierenden sowie bei Bedarf eine eigene Webseite für die Maßnahmen innerhalb der Webpräsenz der Hochschule. Auch die Organisation von Veranstaltungen in und vor Hörsälen zur Bekanntmachung der Maßnahme zählt zu den zentralen Aufgaben des ZIES.

Erforderliche Qualifikation

Da es sich um bereits verfügbare digitale und gedruckte Materialien handelt, sind keine personellen Qualifikationen erforderlich. Auch für die Implementierung und Verbreitung der Interventionsmaßnahmen und-materialien besteht für die Hochschule kein personeller Aufwand. Lediglich erforderlich ist der enge Kontakt und regelmäßige Austausch mit dem ZIES, das alle anderen zentralen Aufgaben zur Umsetzung übernimmt und begleitet (siehe Verantwortliche/erforderliche Strukturen).

Ergänzungen/Erweiterungen

Audioangebot Entspannungsübung

Auf der Website ist eine Audiodatei mit einer Übungseinheit zur progressiven Muskelrelaxation zu finden. Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson ist eine besonders effektive und leicht zu erlernende Entspannungstechnik. Die Übung dauert weniger als 10 Minuten. Die Studierenden werden ermutigt, die Entspannungsübung täglich durchzuführen (siehe <https://headache-hurts.de/tools-reader/entspannungsuebung>).

Kieler Kopfschmerz-Kalender

Der im Ratgeber enthaltene Kopfschmerzkalender dient der ausführlichen Dokumentation der Kopfschmerzen und der damit einhergehenden Beschwerden. Ziel ist es, bei Betroffenen ein besseres Verständnis ihrer Kopfschmerzen zu etablieren. Die Beschwerdedokumentation kann auch zur Vorbereitung der ärztlichen Diagnostik dienen. Den Kalender gibt es zum kostenlosen Herunterladen auf der Website <https://headache-hurts.de/tools-reader/kieler-kopfschmerzkalender>.

Effektivität und Evaluation

Erste Daten zur Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen wurden an mehreren Pilothochschulen erhoben, die am Projekt »KopfHoch – Kopfschmerz & Migräne an der Hochschule kompetent vorbeugen« teilnahmen. Mitarbeitende und Studierende wurden zu einer Onlinebefragung eingeladen und differenzierte Daten zur Reichweite sowie zur Wirkung der Maßnahmen bei den Zielgruppen wurden erhoben.

Insgesamt wurden die Präventionsmaßnahmen von der überwiegenden Mehrheit der Studierenden als nützlich erlebt. 85,4 % der Befragten, die mindestens eines der Medien genutzt hatten, gaben an, durch die Präventionsmaßnahme etwas Neues über Kopfschmerz gelernt zu haben. 85,8 % der befragten Studierenden, die mindestens eines der Medien genutzt hatten, berichteten, dass die Präventionsmaßnahme nützlich war oder in Zukunft nützlich sein wird.

Bei einer deutlichen Mehrheit der kopfschmerzbetroffenen Studierenden führte die Intervention zu einer Verbesserung der Beschwerden. 52,2 % der kopfschmerzbetroffenen Befragten, die durch die Präventionsmaßnahme Neues gelernt hatten, berichteten von einer Reduktion ihrer Kopfschmerzen. Bei den Befragten, die das Gelernte auch anwendeten, waren es 62,0 %. Schließlich berichteten 71,2 % der Befragten, die zusätzlich ihr Verhalten verändert hatten, von einer Reduktion ihrer Kopfschmerzbeschwerden.

Es konnte beobachtet werden, dass der Anteil der Befragten, die von einer Reduktion ihrer Kopfschmerzbeschwerden berichteten, mit der Zahl der genutzten Medien zunahm. Von einer Reduktion berichteten 29,8 % der Befragten, die ein einziges der bereitgestellten Medien verwendeten. Bei Befragten, die zwei Medien nutzten, lag der Anteil bei 55,6 % und bei denen, die drei Medien verwendeten, lag der Anteil bei 70,0 %. Wurden alle bereitgestellten Medien genutzt, lag der Anteil der Befragten, die eine Reduktion ihrer Kopfschmerzbeschwerden berichtete, bei 97,0 %. (Göbel & Frisch, 2019b).

Die Intervention wurde darüber hinaus nicht nur von kopfschmerzbetroffenen Studierenden genutzt: Mehr als 40 % der Studierenden, die drei Monate vor Beginn der Intervention keine Kopfschmerzen hatten, nutzten mindestens eine der Maßnahmen. Somit kann die Intervention auch zur primären Prävention von Kopfschmerzen verwendet werden.

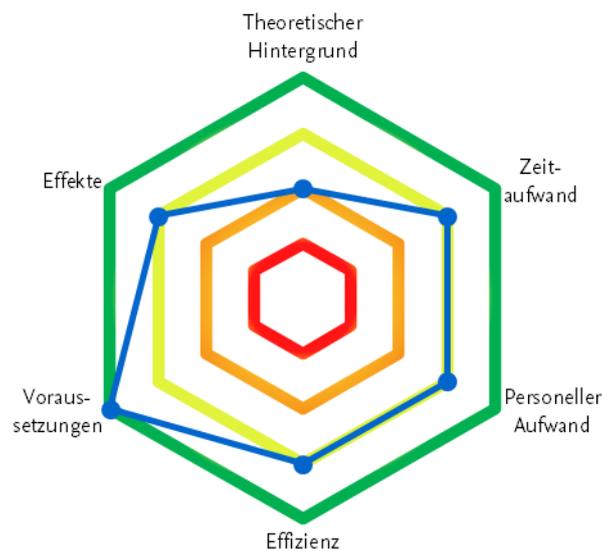
Die Ergebnisse aus der Befragung der Mitarbeitenden stützen die Befunde bei den Studierenden (Göbel & Frisch, 2019a).

Bewertung

Die Intervention bezieht sich nicht auf ein explizites theoretisches Modell, basiert aber auf den aktuellen medizinischen Erkenntnissen zu Kopfschmerz. Strukturelle Ursachen von Wohl- und

Missbefinden werden durch diese Intervention nicht adressiert. Da Organisation und Inhalt fast vollständig durch das ZIES gestellt werden, ist der zeitliche und personelle Aufwand für die Hochschulen gering und die Intervention lässt sich leicht in den Hochschulkontext integrieren. Erste Evaluationsergebnisse deuten auf die Wirksamkeit der Intervention hin, insbesondere hinsichtlich der Prävention von Kopfschmerzen sowie der Verbesserung von kopfschmerzbedingten Beschwerden. Allerdings fehlen derzeit noch Daten aus randomisierten kontrollierten Studien sowie Daten zu Langzeiteffekten.

Die Intervention ist – sollten sich die initialen Evaluationsergebnisse bestätigen – eine effiziente Maßnahme zur Verbesserung der physischen Gesundheit der Studierenden. Die Gesamtbewertung fällt mit 3 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Die Präventionsmaßnahme wurde u. a. an der Technischen Universität Dresden, der Fachhochschule Kiel, der Humboldt Universität zu Berlin, der Hochschule Bremerhaven, der Goethe-Universität Frankfurt am Main sowie der Hochschule Hamm-Lippstadt erfolgreich umgesetzt.
- Ansichtsseiten für den Ratgeber für Studierende sind unter <https://www.kopf-hoch.info/presse/> einsehbar. Der Ratgeber kann für 14 € bei der ZIES gGmbH bestellt werden (<https://www.zies-frankfurt.de/ratgeber-kopfschmerz.html>).
- Neben der Kampagne für Studierende gibt es auch ein Programm speziell für die Beschäftigten der Hochschulen. Den Hochschulmitarbeitenden stehen ebenfalls ein eigener Film, ein Ratgeber (Kopfschmerzwissen für Eilige) sowie ein Audioangebot mit einer Entspannungsübung der Progressiven Muskelrelaxation zur Verfügung. Zusätzlich gibt es ein gesondertes Portal für Beschäftigte unter <https://www.kopf-hoch.info/mitarbeiter-portal/>. Ein Einblick in den Ratgeber für die Mitarbeitenden gibt es unter <https://www.zies-frankfurt.de/ratgeber-kopfschmerz/2-uncategorised/145-kopfschmerzwissen-fuer-eilige.html>.

Literatur

- Barmer (2020). *KopfHoch – Kopfschmerzprävention an Hochschulen*. <https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/sachsen/standortinfo/aktuelle-ausgabe/hochschule-kopfschmerz-praevention-193162>
- ZIES gemeinnützige Gesellschaft mbH (2018, 1. November). *Studie: Wie viele Studierende leiden an Kopfschmerz? Neues Pilotprojekt soll bei der Vorbeugung helfen*. Pressekonferenz der ZIES gGmbH [Press release]. Berlin. <https://www.kopf-hoch.info/presse/>
- Göbel, H. & Frisch, K. (2019a). *Reichweite und Wirkung der Maßnahmen zur Kopfschmerzprävention bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an Hochschulen: Auswertung der Onlineerhebungen zu Evaluationszwecken im Rahmen von „KopfHoch – Kopfschmerz & Migräne an der Hochschule kompetent vorbeugen“*. ZIES gemeinnützige Gesellschaft mbH. https://www.zies-frankfurt.de/images/stories/data/Evaluation_Massnahmenangebot_Hochschulbeschaeftigte.pdf
- Göbel, H. & Frisch, K. (2019b). *Reichweite und Wirkung der Maßnahmen zur Kopfschmerzprävention bei Studierenden: Auswertung der Onlineerhebungen zu Evaluationszwecken im Rahmen von „KopfHoch – Kopfschmerz & Migräne an der Hochschule kompetent vorbeugen“*. ZIES gemeinnützige Gesellschaft mbH. https://www.zies-frankfurt.de/images/stories/data/Evaluation_Massnahmenangebot_Studierende.pdf
- Kallmeier, C. (2019). *Präventionsprogramm gegen Kopfschmerzen startet an der TU Dresden – Aktionswoche mit Vortrag*. <https://tu-dresden.de/tu-dresden/newsportal/news/praeventionsprogramm-gegen-kopfschmerzen-startet-an-der-tu-dresden-aktionswoche-mit-vortrag>
- KopfHoch (2018). *Neue Hochschulkampagne „Headache Hurts“ in Berlin vorgestellt*. <https://www.kopf-hoch.info/headache-hurts/>
- Schmidt, J. (2. November 2018). *Eine App soll Studenten gegen Kopfschmerzen helfen*. *Elektronik Praxis*. <https://www.elektronikpraxis.vogel.de/eine-app-soll-studenten-gegen-kopfschmerzen-helfen-a-772227/>
- ZIES gemeinnützige Gesellschaft mbH. (n.d.a). Zugriff am 12. September 2022, verfügbar unter <https://www.zies-frankfurt.de/>
- ZIES gemeinnützige Gesellschaft mbH. (n.d.b). *Auf einen Blick die besten Tools gegen deinen Kopfschmerz*. Zugriff am 22. Februar 2022, verfügbar unter <https://headache-hurts.de/tools>
- ZIES gemeinnützige Gesellschaft mbH. (n.d.c). *Digitale Medien zur Kopfschmerzprävention: Headache Hurts*. Zugriff am 15. September 2022, verfügbar unter <https://www.zies-frankfurt.de/medien-zur-praevention/headache-hurts.html>

4.6 StudiCare iSOMA

Ziel

StudiCare iSOMA ist ein internetbasiertes, begleitetes, kognitiv-behaviorales Onlineprogramm und zielt auf die Reduktion von physischen Beschwerden und psychologischen (Begleit-)Symptomen sowie auf die Förderung des Wohlbefindens sowie der Lebensqualität ab.

Theoretischer Hintergrund

Die Grundlage zur Entwicklung von StudiCare iSOMA bildet das kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzeltherapiekonzept für Patient:innen mit unerklärten Körperbeschwerden von Kleinstäuber et al. (2018). Die Module umfassen zentrale kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiebausteine wie z. B. das Klären von Therapiezielen, Entspannungsverfahren, Stressbewältigungs- und Coping-Techniken, Abbau von Schonungs- und Vermeidungsverhalten sowie eine Rückfallprophylaxe.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an alle Personen mit anhaltenden, belastenden körperlichen Beschwerden mit mindestens moderater somatischer Symptomschwere (d.h. einem Wert ≥ 4 im Patient Health Questionnaire PHQ-15; vgl. Hennemann et al., 2018).

Die Teilnahme am Training ist für Studierende im Rahmen der Teilnahme an einer Onlinestudie kostenlos. Die Registrierung erfolgt über die StudiCare-Onlineplattform (<https://www.studicare.com/isoma>). Volljährige Studierende, die an einer Hochschule eingeschrieben sind sowie über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, können sich für das Training anmelden (Kählke et al., 2019).

Aufbau (Gegenstände/Module)

StudiCare iSOMA besteht aus sieben, wöchentlichen Lektionen, die jeweils aufeinander aufbauen. Die Trainingsmodule sind aus einem Trainingsmanual für medizinisch unerklärte oder somatoforme Symptome (Kleinstäuber et al., 2018) adaptiert. Das Studiendesign sowie Interventionsstruktur und -aufbau entsprechen anderen Onlinetrainings von StudiCare (Ebert et al., 2017; Kählke et al., 2019).

Die einzelnen Module werden sukzessive (z. B. im wöchentlichen Rhythmus) freigeschaltet und beinhalten Psychoedukation, Verhaltensexperimente, Übungen und Hausaufgaben, Fragen sowie interaktive Elemente (z. B. Quizze) via Text, Audio oder Video (Hennemann et al., 2018).

Das Training beginnt zunächst mit einer kurzen Einführung. In dieser wird ein Überblick über die Inhalte des Trainings gegeben und werden Informationen zum Ablauf sowie zu den Funktionen von iSOMA bereitgestellt (Hennemann et al., 2022).

1. Im ersten Modul »Zielsetzung und Krankheitstheorien« lernen die Teilnehmenden die Geschichte der Symptomentwicklung kennen und formulieren persönliche Ziele für das Training.
2. Das zweite Modul »Stress und Entspannung« enthält Psychoedukation zur Stressreaktion, welche die Funktionen von Stress, den Aufbau des vegetativen Nervensystems, die individuelle körperliche Stressreaktion sowie Anzeichen von Anspannung thematisiert. Die Entspannungstechnik Progressive Muskelentspannung (PME) wird eingeführt.
3. Das dritte Modul »Aufmerksamkeitsmodifikation« widmet sich der Aufmerksamkeitsverlagerung und euthymen Aktivitäten¹⁵ nach dem Genussstraining von Lutz (Lutz, 1994). Der Schwerpunkt dieses Moduls liegt auf der Aufmerksamkeit bei der Wahrnehmung körperlicher Beschwerden sowie Strategien zur Aufmerksamkeitslenkung. Außerdem lernen die Teilnehmenden Genussregeln, um positives Erleben und das Wohlbefinden zu fördern sowie das Verhalten anzupassen.
4. Im vierten Modul »Umstrukturierung von krankheitsbezogenen Einstellungen« geht es um die Bedeutung von Bewertungsprozessen für körperliche Vorgänge. Die Teilnehmenden lernen mithilfe der kognitiven Umstrukturierung, dysfunktionale Gedanken bei körperlichen Beschwerden durch hilfreiche zu ersetzen. Die interozeptive Exposition¹⁶ ist Teil dieses Moduls.
5. Das fünfte Modul »Krankheitsverhalten« umfasst ein Aktivitätstraining sowie Übungen zur Reduzierung von Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten.
6. Im sechsten Modul »Stressmanagement« werden das Transaktionale Stressmodell (Lazarus & Folkman, 1984) eingeführt und Stressbewältigungstechniken erarbeitet.
7. Im letzten Modul »Zusammenfassung und Planung« wird ein zusammenfassendes biopsychosoziales Erklärungsmodell erarbeitet, welches den Teilnehmenden die Möglichkeit gibt, ihre während des Trainings gesammelten Erfahrungen in ein Gesamtmodell zu integrieren. Dabei werden im Rahmen einer Rückfallprävention persönliche Bewältigungsstrategien der Betroffenen zusammengefasst, die sie in Zukunft verstärkt einsetzen möchten.

Darüber hinaus gibt es nach den wöchentlichen Modulen Hausaufgaben (im Durchschnitt 1 bis 2 pro Modul) wie beispielsweise die Dokumentation des eigenen Befindens oder das regelmäßige Durchführen von Entspannungsübungen.

Die Module beginnen mit einer Reflexion über die Hausaufgaben aus vorangegangenen Modulen. Dem schließt sich ein Überblick zu den Inhalten des aktuellen/gegenwärtigen Moduls an (Hennemann et al., 2018; Hennemann et al., 2022; Kleinstäuber et al., 2018).

¹⁵ Der Begriff »Euthym« (abgeleitet vom griechischen »Euthymia«) meint eine positive Stimmungslage und wird sowohl von einem niedergedrückten (»Dysthymia«) als auch einem hochgestimmten, euphorischen Zustand (»Hypothymia«) abgegrenzt; vgl. Bensberg und Messer (2014).

¹⁶ Interozeption beschreibt die Wahrnehmung von Prozessen aus dem Körperinneren. Die interozeptive Exposition ist eine Form der Konfrontationstherapie, bei der die Personen mit eigenen (angstauslösenden) Körpersymptomen konfrontiert werden (Dorsch & Wirtz, 2021).

Häufigkeit

Das Training ist für eine Dauer von acht Wochen angelegt und besteht aus sieben inhaltlichen Modulen. Jedes Modul kann innerhalb von 45 bis 60 Minuten bearbeitet werden.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Die Intervention ist online auf der Webseite von StudiCare verfügbar. Die Teilnehmenden werden dabei von ausgebildeten eCoaches (siehe Ergänzungen/Erweiterungen) unterstützt und begleitet. Sie geben regelmäßig Rückmeldung zu den Modulen und stehen für Fragen zur Verfügung (Kahlke et al., 2019). Die eCoaches werden von StudiCare gestellt. Da es sich um eine externe Intervention handelt, muss die Hochschule keine personellen oder räumlichen Ressourcen zur Verfügung stellen.

Erforderliche personelle Qualifikation

Die eCoaches haben in der Regel einen psychologischen Hintergrund (z. B. Studierende der Psychologie, Psychotherapeut:innen in Ausbildung) und werden regelmäßig von ausgebildeten und erfahrenen Psychotherapeut:innen supervidiert (Hennemann et al., 2018).

Ergänzungen/Erweiterungen

Der webbasierte Inhalt wird durch optionale, motivationale Textnachrichten erweitert. Bei dieser zusätzlichen mobilen Komponente, dem:der sogenannten »SMS-Coach:in«, erhalten die Teilnehmenden regelmäßig automatische Textnachrichten auf ihre Smartphones, die auf den Interventionsinhalt zugeschnitten sind. Die Textnachrichten enthalten bspw. Erinnerungen an Hausaufgaben oder an die Anwendung von Interventionen, kurze Aufgaben und Botschaften zur Steigerung der Motivation für die Übungen. Das Ziel ist die zusätzliche Steigerung der Wirksamkeit des Trainings sowie der Adhärenz der Teilnehmenden an das Training (Hennemann et al., 2018).

Im zweiten Modul wurde eine optionale Tagebuch-App als Ergänzung eingeführt. Diese Tagebuch-App ist mit in die Webplattform integriert. Die Teilnehmenden wurden angewiesen, somatische Symptome, wahrgenommenen Stress, Stimmung, Krankheitsangst und Schlafqualität mithilfe von visuellen Analogskalen zu überwachen und Bewältigungsstrategien für Belastungen durch somatische Symptome täglich für mindestens eine Woche einzugeben (Hennemann et al., 2022).

Die eCoaches geben den Teilnehmenden innerhalb von 48 Stunden nach Abschluss eines Moduls ein halbstandardisiertes, schriftliches Feedback über das interne Nachrichtensystem der Plattform. Anschließend schalten sie das nächste Modul frei. Wenn ein Modul innerhalb von sieben Tagen noch nicht abgeschlossen wurde, verschicken die eCoaches bis zu drei Erinnerungen. Weitere Informationen zu den eCoaches sind in Hennemann et al. (2018) sowie Hennemann et al. (2022) verfügbar.

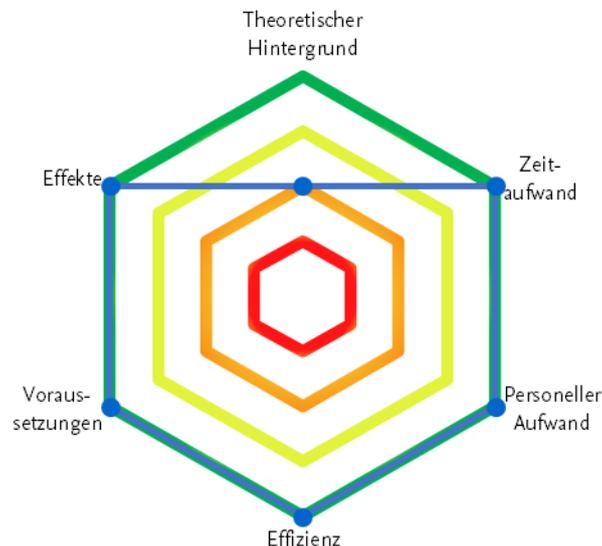
Effektivität und Evaluation

Hennemann et al. (2022) untersuchten in einer randomisierten kontrollierten Studie die Wirksamkeit von StudiCare iSOMA bei Studierenden mit diversen persistierenden somatischen Symptomen (PSS). Die Teilnehmenden wurden vor und unmittelbar nach dem Interventionszeitraum von acht Wochen hinsichtlich verschiedener primärer und sekundärer Evaluationsparameter befragt. Zu den assoziierten psychischen Belastungsparametern zählten Depression, Angst, Krankheitsangst, schmerzbedingte Behinderung sowie Einstellungen gegenüber psychologischer Behandlung. Hinsichtlich der Zielgröße Belastung durch somatische Beschwerden zeigte sich zum einen ein Effekt der Intervention auf den Schweregrad somatischer Symptome: Teilnehmende der Interventionsgruppe fühlten sich nach der Intervention signifikant weniger durch somatische Beschwerden belastet als vor der Intervention. Zum anderen berichteten die Teilnehmenden der Interventionsgruppe signifikant weniger assoziierte psycho-behaviorale Aspekte somatischer Symptome gemäß dem B-Kriterium für die somatische Belastungsstörung nach DSM-5 (z. B. übertriebene und anhaltende Gedanken über die Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome, ausgeprägte Ängste bezogenen auf die Gesundheit oder die Symptome sowie exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome oder Gesundheitsorgen aufgebracht werden). Für die sekundären Parameter Depression, Angst, Krankheitsangst, schmerzbedingte Behinderung zeigten sich ebenfalls signifikant größere Verbesserungen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Diese Effekte bestätigten sich auch für eine Subgruppe von Teilnehmenden mit klinisch relevanter Symptomatik. Etwa die Hälfte der Interventionsgruppe nahm außerdem an einer Follow-up-Befragung sechs Monate nach Anschluss der Intervention teil. Die Effekte in den primären sowie den sekundären Parametern bei den Teilnehmenden der Intervention waren auch sechs Monate nach Ende der Intervention erkennbar. Die Mehrheit der Teilnehmenden war insgesamt mit der Intervention zufrieden und würden diese an Freund:innen weiterempfehlen (Hennemann et al., 2022).

Bewertung

Die Intervention bedient sich etablierter Techniken und Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung von unerklärten somatischen Beschwerden. Strukturelle Ursachen von physischer Gesundheit werden durch diese Intervention nicht adressiert. Diese rein internetbasierte Intervention erfordert kaum zusätzlichen zeitlichen oder personellen Aufwand für die Hochschulen. Eine digitale Infrastruktur bildet die einzige Voraussetzung für die Integration in den Hochschulkontext. Die Intervention zeigt kurz- und langfristige positive Effekte auf die physische Gesundheit sowie Begleitsymptome (depressive Symptome oder Symptome einer Angststörung) bei Studierenden.

Die Intervention stellt eine effiziente Möglichkeit dar, körperliche Beschwerden und damit assoziierte psychosomatische Symptome zu reduzieren. Die Gesamtbewertung fällt mit 3,7 von 4 Punkten sehr positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Weitere Informationen zu StudiCare iSOMA sowie weiteren Trainings für Studierende gibt es auf der Projektwebsite unter <https://www.studicare.com/>.

Literatur

- Bensberg, G. & Messer, J. (2014). *Survivalguide Bachelor: Dein Erfolgscoach fürs ganze Studium ; nie mehr Leistungsdruck, Stress & Prüfungsangst ; Bestnoten mit Lerntechniken, Prüfungstipps! ; mit 20 Tabellen* (2. Aufl.). Springer.
- Dorsch, F. & Wirtz, M. A. (Hrsg.). (2021). *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (20., überarbeitete Auflage). Hogrefe.
- Ebert, D. D., Kählke, F., Jakob-Pannier, A., Küchler, A.-M., Kessler, R., Harrer, M., Buntrock, C., Berking, M., Cuijpers, P. & Baumeister, H. (2017). *StudiCare– Design und erste Ergebnisse einer multinationalen prospektiven Studie zur Erhebung und Förderung psychischen Gesundheit von Universitätsstudierenden*. <https://doi.org/10.3205/17dkvf079>
- Hennemann, S., Böhme, K., Baumeister, H., Bendig, E., Kleinstäuber, M., Ebert, D. D. & Witthöft, M. (2018). Efficacy of a guided internet-based intervention (iSOMA) for somatic symptoms and related distress in university students: study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ open*, 8(12), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024929>
- Hennemann, S., Böhme, K., Kleinstäuber, M., Baumeister, H., Küchler, A.-M., Ebert, D. D. & Witthöft, M. (2022). Internet-based CBT for somatic symptom distress (iSOMA) in emerging adults: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1037/ccp0000707>

- Kählke, F., Küchler, A.-M., Baumeister, H. & Ebert, D. D. (2019). StudiCare erfolgreich und gesund studieren – ein umfassendes deutsches und internationales Projekt zur Förderung der psychischen Gesundheit von Studierenden. *e-beratungsjournal.net*, 15(2).
- Kleinstäuber, M., Thomas, P., Witthöft, M. & Hiller, W. (2018). *Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen* (2. Aufl.). *Psychotherapie: Manuale*. Springer Berlin Heidelberg.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company. <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10265641>
- Lutz, R. (1994). Genußtraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Techniken und Einzelverfahren* (2. Aufl., S. 155–159). Springer.

5. Gesundheitsverhalten

5.1 Einleitung

Gesundheitsverhalten meint jedes präventive Verhalten, das die Gesundheit fördert, langfristig erhält sowie Gesundheitsbeeinträchtigungen verhindert und damit die Lebenserwartung verlängert (Lippke & Renneberg, 2006). Dazu zählen insbesondere das Schlafverhalten und die körperliche Aktivität.

Schlaf ist für Menschen überlebensnotwendig, da er einen wichtigen Beitrag zu den psychischen und biologischen Regenerationsprozessen leistet (Birbaumer & Schmidt, 2010). Schlafbeschwerden sind Prädiktoren für somatoforme Syndrome wie Spannungskopfschmerzen, Verdauungsstörungen oder das Reizdarmsyndrom, welche ihrerseits weitere Schlafbeschwerden verstärken (Schlarb, Claßen, Grünwald & Vögele, 2017). Guter Schlaf ist dagegen möglicherweise ein protektiver Faktor vor depressiven sowie angstbezogenen Symptomen (Di Benedetto et al., 2020). Schlafmangel kann sich bei Studierenden auf das allgemeine Wohlbefinden, die Gesundheit sowie die Studienleistung auswirken (Gomes et al., 2011; Kashani et al., 2012; Lund et al., 2010). Über 37 % einer Stichprobe deutscher Studierender und 42 % einer Stichprobe deutscher und luxemburgischer Studierender berichten von schlechtem Schlaf, Einschlaf- und Durchschlafproblemen sowie Schlafmittelkonsum (Schlarb, Claßen, Grünwald & Vögele, 2017; Schlarb, Claßen, Hellmann et al., 2017).

Als körperliche Aktivität wird jede Bewegung definiert, die willentlich durch die Skelettmuskulatur erzeugt wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt (in Anlehnung an Caspersen et al., 1985). Dazu zählen Aktivitäten wie Radfahren, Fußballspielen und Schwimmen sowie Übungen zur Muskelkräftigung wie Krafttraining, Pilates und Yoga (Finger et al., 2017). Die Aktivität kann am Arbeitsplatz sowie in der Freizeit stattfinden, um ihrer selbst willen, zu Zwecken des Trainings, um Gegenstände zu transportieren oder um Aufgaben zu erledigen. Körperliche Aktivität leistet einen wesentlichen Beitrag zur Prävention von Krankheit (World Health Organization, 2010) und fördert die physische sowie psychische Gesundheit (Eime et al., 2013; Reiner et al., 2013). Erwachsene zwischen 18 und 64 Jahren sollten nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wöchentlich mindestens 150 Minuten mäßig oder mindestens 75 Minuten intensiv körperlich aktiv sein. Diese Empfehlung erfüllten im Projekt »Gesundheit Studierender in Deutschland 2017« jedoch nur ca. ein Viertel (26,7 %) der Befragten. Unter Studierenden wurde ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und niedrigeren Burnoutraten sowie höherer Lebensqualität festgestellt (Dyrbye et al., 2017).

Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten lässt sich nicht vom psychischen Befinden oder der physischen Gesundheit trennen. Gesundheitsverhalten kann dabei sowohl Folge als auch Ursache von psychischem oder physischem Wohl- bzw. Missbefinden sein. Um das Gesundheitsverhalten zu adressieren, werden nachfolgend u. a. mögliche studiumsbezogene Belastungen sowie personale und studiumsbezogene Ressourcen diskutiert, durch die das Gesundheitsverhalten verändert werden kann. Entsprechend dem in Kapitel »Zur systematischen Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Interventionen« eingeführten Vorgehen für gesundheitsbezogene In-

Interventionen sollten Interventionen im Idealfall direkt an den umweltbezogenen Faktoren ansetzen, um möglichst große und nachhaltige positive Effekte auf die Gesundheit der Studierenden zu erzielen.

Etliche Studien deuten darauf hin, dass ein hohes Stresslevel zu vermindertem Gesundheitsverhalten führt. So berichteten Studierende in stressintensiven Phasen eine Verschlechterung ihrer gesundheitsfördernden Verhaltensweisen und insbesondere eine Reduktion der körperlichen Aktivität sowie gesunder Ernährung (Mouchacca et al., 2013; Weidner et al., 1996). Auch eine depressive Symptomatik geht bei Studierenden häufig mit einem weniger gesunden Essverhalten, weniger körperlicher Aktivität sowie geringerer Schlafqualität einher (Lovell et al., 2015). Weitere individuelle Belastungsfaktoren können das Gesundheitsverhalten hemmen; so ist z. B. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper über die Zeit mit geringeren Mengen an verzehrtem Obst und Gemüse sowie weniger körperlicher Aktivität assoziiert (Neumark-Sztainer et al., 2006). Ein wichtiger Faktor ist zudem der sozioökonomische Status, dessen direkter Zusammenhang mit gesundheitsförderndem Verhalten in der Forschung immer wieder bestätigt wurde (Pampel et al., 2010).

Auch subjektive soziale Normen spielen eine Rolle für das Gesundheitsverhalten. Was Studierende als »normal« ansehen – z. B. wie viel ihre Mitstudierenden schlafen –, kann ihr eigenes Verhalten beeinflussen (Hamilton et al., 2021). Darüber hinaus haben sich persönliche Ressourcen, insbesondere die Selbstwirksamkeitserwartung, in etlichen Studien als positive Prädiktoren für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen gezeigt (Sheeran et al., 2016).

Gleichzeitig können kleine Änderungen im physischen Umfeld gesündere Entscheidungen begünstigen. Sogenannte »Nudging«-Ansätze (Quigley, 2013) sind besonders im Bereich der Ernährung vielfach untersucht wurden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass relativ simple Veränderungen, z. B. in der Mensa, das Essverhalten Studierender positiv beeinflussen können (Arno & Thomas, 2016; Bucher et al., 2016).

Kernaussagen

- Mehr als ein Drittel (37–42 %) der Studierenden erleben regelmäßig Schlafprobleme.
- Etwa ein Viertel (26,7 %) der Studierenden erfüllen die WHO-Empfehlungen zur körperlichen Aktivität.
- Bedeutsame Prädiktoren für das Gesundheitsverhalten sind z. B. Stress, psychisches Befinden, Selbstwirksamkeitserwartung, soziale Normen sowie das physische Umfeld.

Interventionen

Auf der Basis der oben beschriebenen Faktoren, die gesundheitsförderndes Verhalten begünstigen oder hemmen können, wurden Interventionen bzw. Interventionsansätze recherchiert, die diese Faktoren adressieren und somit das Gesundheitsverhalten der Studierenden fördern. Dazu zählen sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen, die, sinnvoll kombiniert, den größtmöglichen Interventionseffekt versprechen.

Die Interventionen werden im Folgenden nach dem in »Vorwort und Einleitung« beschriebenen Schema dargestellt.

Literatur

- Arno, A. & Thomas, S. (2016). The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *16*(1), 676. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3272-x>
- Birbaumer, N.-P. & Schmidt, R. F. (2010). Zirkadiane Periodik, Schlaf und Traum. In N.-P. Birbaumer & R. F. Schmidt (Hrsg.), *Biologische Psychologie* (7. Aufl., S. 535–569). Springer.
- Bucher, T., Collins, C., Rollo, M. E., McCaffrey, T. A., Vlieger, N. de, van der Bend, D., Truby, H. & Perez-Cueto, F. J. A. (2016). Nudging consumers towards healthier choices: a systematic review of positional influences on food choice. *The British journal of nutrition*, *115*(12), 2252–2263. <https://doi.org/10.1017/S0007114516001653>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, *100*(2), 126–131.
- Di Benedetto, M., Towt, C. J. & Jackson, M. L. (2020). A Cluster Analysis of Sleep Quality, Self-Care Behaviors, and Mental Health Risk in Australian University Students. *Behavioral Sleep Medicine*, *18*(3), 309–320. <https://doi.org/10.1080/15402002.2019.1580194>
- Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *10*, 135.
- Finger, J. D., Mensink, G. B. M., Lange, C. & Mainz, K. (2017). *Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland* (Nr. 2). Robert Koch-Institut. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-027>
- Gomes, A. A., Tavares, J. & Azevedo, M. H. de (2011). Sleep and Academic Performance in Undergraduates: A Multi-measure, Multi-predictor Approach. *Chronobiology International*, *28*(9), 786–801. <https://doi.org/10.3109/07420528.2011.606518>
- Hamilton, K., Ng, H. T. H., Zhang, C.-Q., Phipps, D. J. & Zhang, R. (2021). Social Psychological Predictors of Sleep Hygiene Behaviors in Australian and Hong Kong University Students. *International Journal of Behavioral Medicine*, *28*(2), 214–226. <https://doi.org/10.1007/s12529-020-09859-8>
- Kashani, M., Eliasson, A. & Vernalis, M. (2012). Perceived stress correlates with disturbed sleep: a link connecting stress and cardiovascular disease. *Stress: the International Journal on the Biology of Stress*, *15*(1), 45–51. <https://doi.org/10.3109/10253890.2011.578266>
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens [Theories and models of health behavior]. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 35–60). Springer Medizin.
- Lovell, G. P., Nash, K., Sharman, R. & Lane, B. R. (2015). A cross-sectional investigation of depressive, anxiety, and stress symptoms and health-behavior participation in Australian university students. *Nursing & health sciences*, *17*(1), 134–142. <https://doi.org/10.1111/nhs.12147>
- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B. & Prichard, J. R. (2010). Sleep Patterns and Predictors of Disturbed Sleep in a Large Population of College Students. *The Journal of Adolescent Health*, *46*(2), 124–132. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.06.016>
- Mouchacca, J., Abbott, G. R. & Ball, K. (2013). Associations between psychological stress, eating, physical activity, sedentary behaviours and body weight among women: a longitudinal study. *BMC Public Health*, *13*(1), 828. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-828>
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J. & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health

- behaviors in adolescent females and males. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 39(2), 244–251.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.001>
- Pampel, F. C., Krueger, P. M. & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual review of sociology*, 36, 349–370. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>
- Quigley, M. (2013). Nudging for health: on public policy and designing choice architecture. *Medical Law Review*, 21(4), 588–621. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwto22>
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D. & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13, 813.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-813>
- Schlarb, A. A., Claßen, M., Grünwald, J. & Vögele, C. (2017). Sleep disturbances and mental strain in university students: results from an online survey in Luxembourg and Germany. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 24. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0131-9>
- Schlarb, A. A., Claßen, M., Hellmann, S. M., Vögele, C. & Gulewitsch, M. D. (2017). Sleep and somatic complaints in university students. *Journal of Pain Research*, 10, 1189–1199.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S125421>
- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M. P., Miles, E. & Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 35(11), 1178–1188.
<https://doi.org/10.1037/hea0000387>
- Weidner, G., Kohlmann, C.-W., Dotzauer, E. & Burns, L. R. (1996). The effects of academic stress on health behaviors in young adults. *Anxiety, Stress & Coping*, 9(2), 123–133.
<https://doi.org/10.1080/10615809608249396>
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

5.2 Gamification-Ansatz zur Förderung der körperlichen Aktivität

Ziel

Gamification ist nach Sailer (2016, S. 18) „ein Prozess der spielerischen Gestaltung von Aktivitäten in einem spielfremden Kontext durch die Verwendung von Spiel-Design-Elementen“. Mit Hilfe des Gamification-Ansatzes können hochschulspezifische, Mobile- oder Web-App-basierte Programme mit dem Ziel kreiert werden, die körperliche Aktivität der Studierenden zu fördern. Sekundäre Ziele können die Vermittlung von Wissen oder Lerneinheiten und die Erhöhung der sozialen Interaktion unter Studierenden sein (Mora-Gonzalez, Pérez-López & Delgado-Fernández, 2020).

Theoretischer Hintergrund

Die Zeit des Studiums gilt bei jungen Erwachsenen als kritische Lebensphase, langfristig einen aktiven und gesunden Lebensstil zu etablieren (Han et al., 2008). Gleichzeitig sinkt jedoch die körperliche Aktivität vieler Studierender in dieser Zeit (Bray & Born, 2004; Han et al., 2008; Kwan et al., 2012). Eine effektive Möglichkeit zur Förderung der körperlichen Aktivität sind Maßnahmen, die Teilnehmende über ihre Vorteile aufklären und motivieren (Conn et al., 2011). Interventionen, die motivationale Elemente enthalten, zeigen einen signifikant positiven Effekt auf das Fitness-Level der Teilnehmenden (Chase & Conn, 2013).

Allgemein sind Menschen motiviert, ihre grundlegenden Bedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und Zugehörigkeit zu erfüllen (Deci & Ryan, 1993). Spiele, analog oder digital, führen zur Befriedigung ebendieser Bedürfnisse (z. B. Videospiele: Ryan et al., 2006). Spiele besitzen die Eigenschaft, die Spielenden zu aktivieren, zu motivieren und ihnen Spaß an der Tätigkeit selbst zu bereiten (Deterding, 2015). Davon ausgehend entstand der Ansatz, die motivierenden spielbasierten Elemente aus dem Kontext von Videospiele zu lösen und auf andere Situationen zu übertragen. Dieses Vorgehen wird als Gamification bezeichnet (Deterding et al., 2011). Es zielt darauf ab, die Eigenschaften von Spielen zu nutzen, um die Einstellungen, Denkweisen und Verhaltensweisen von Personen in verschiedenen Kontexten positiv zu beeinflussen (Cugelman, 2013).

Es existieren eine Vielzahl an Techniken, Menschen in Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zu unterstützen und diese positiv zu beeinflussen (Abraham & Michie, 2008). Der Gamification-Ansatz weist mit diesen eine große Schnittmenge auf (Cheek et al., 2015; Cugelman, 2013; King et al., 2013). Ein Mehrwert besteht darin, dass Gamification in der Regel mehrere Techniken kombiniert und zusätzliche, motivierende Aspekte beinhaltet, zum Beispiel eine erzählerische Struktur, die Möglichkeit zur Kooperation (Cheng et al., 2019) und das Induzieren von Spaß oder Vergnügen (Cheng et al., 2019; Cugelman, 2013). Gamification kann sowohl auf der motivationalen wie auf der Verhaltensebene positive Effekte erzielen (Hamari et al., 2014). Der Ansatz wird daher auch im Bereich Gesundheit und Wohlbefinden zunehmend diskutiert (Cugelman, 2013; King et al., 2013; Lister et al., 2014; Pereira et al., 2014). Besonders Erfolg versprechend erweist er sich, um Gesundheitsverhaltensweisen (z. B. körperliche Aktivität) positiv zu beeinflussen (Johnson et al., 2016). Gamification ist daher ein sinnvoller Ansatz für Interventionen mit dem Ziel, das allgemeine Bewegungspensum und Fitnesslevel aller Studierenden zu erhöhen, die an einem derartigen Ansatz Freude haben.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Abhängig von den individuellen Gegebenheiten der Hochschule ist die Anzahl der Teilnehmenden variabel: Beispielsweise kann die Intervention für eine bestimmte Zielgruppe (z. B. einen Kurs oder ein Seminar) entwickelt werden. In diesem Szenario ist die Anzahl der Teilnehmenden begrenzt (z. B. fünf Kleingruppen mit jeweils fünf Personen). Ebenso können Interventionen konzipiert werden, deren Maximalzahl nach oben offen ist. Sie entfalten gerade dadurch ihre volle Wirkung, dass möglichst viele Personen partizipieren (z. B. mehrere Fachbereiche oder die gesamte Studierendenschaft). In diesem Fall richtet sich die Intervention an alle, die an einem derartigen Ansatz Interesse und Freude haben. Einige Interventionen beziehen sogar Mitarbeitende der Hochschule ein und lassen sie im direkten „Wettkampf“ gegen die Studierenden antreten (z. B. Müller et al., 2020).

Aufbau (Gegenstände/Module)

Der Aufbau der Intervention kann entsprechend den hochschuleigenen Ideen und Anforderungen gestaltet werden und erfolgt abhängig von den zur Verfügung stehenden zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen.

Bei der Umsetzung ist eine auf Gamification basierende Intervention zunächst in ein allumfassendes Thema oder Narrativ einzubetten, das von bekannten Filmen, Büchern oder Serien inspiriert sein kann. Grundsätzlich sollte dies möglichst authentisch gestaltet sein (Mora-Gonzalez, Pérez-López, Esteban-Cornejo & Delgado-Fernández, 2020). Existierende Interventionen stützen sich beispielsweise auf die Erzählungen und fiktiven Welten aus »Matrix«, »Die Tribute von Panem« oder »Harry Potter«.

Im nächsten Schritt gilt es, die Förderung der körperlichen Aktivität als spezifische Ziele zu formulieren. Eine Orientierungshilfe können die Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation geben, die 150–300 Minuten moderate oder 75–100 Minuten intensive körperliche Aktivität pro Woche empfehlen (World Health Organization, 2020). Dazu muss die körperliche Aktivität in konkrete Verhaltensweisen übersetzt werden. Verschiedene Formen sind möglich: zum Beispiel eine Mindestanzahl an Schritten, eine festgelegte Strecke zurücklegen, ein bestimmtes körperliches Intensitätslevel aufrechterhalten, einer sportlichen Aktivität (z. B. Joggen, Radfahren, Schwimmen) nachgehen oder an bestimmten Veranstaltungen (z. B. Kurse vom Hochschulsport) teilnehmen.

Der individuelle Fortschritt der Spielenden wird über das persönliche Smartphone oder, sofern vorhanden, ein Fitness-Armband erfasst. Wichtig ist, dass das Gerät über die entsprechende Soft- und Hardware verfügt (z. B. Accelerometer, Pulsmessung, Kamera). Ebenso ist eine Verbindung mit dem Internet erforderlich, um die Daten aller Teilnehmenden zusammenzuführen. Aus Datenschutzgründen sollte eine Rückverfolgung auf Einzelpersonen unbedingt vermieden werden (siehe Erforderliche personelle Qualifikation). Open-Source-Programme sind daher kommerziellen Diensten (z. B. Google Maps) vorzuziehen.

Gemäß dem Gamification-Ansatz wird der gemessene Fortschritt der Spielenden in ein Punktesystem übersetzt, das die grundlegende „Währung“ bildet. Die Bezeichnung dieser Währung kann selbst bestimmt werden und richtet sich nach der erzählerischen Struktur (alternativ z. B. Coins, Points oder Erfahrungspunkte). Ebenfalls sind mehrere Arten von Währungssystemen möglich (z. B. können neben Points sogenannte Badges durch besondere Zusatzleistungen er-

langt werden). Dadurch, dass diese Währung innerhalb der Intervention einen kollektiv anerkannten Wert besitzt (Cugelman, 2013), können die verschiedenen motivierenden Elemente des Gamification-Ansatzes wirksam werden.

Bei der Konzeptionierung sollte nach etablierten Strategien zu Gamification im Kontext gesundheitsbezogener Interventionen verfahren werden. Das »Internet Intervention Model« nennt fünf Prinzipien, die bei der Umsetzung beachtet werden sollten: (1) Sinngebung: Die App setzt Ziele, die mit den Motiven und Interessen der Nutzenden übereinstimmen, (2) sinnvolle Wahlmöglichkeiten: Die App erlaubt Nutzenden, selbst zu bestimmen, wie sie ihre Ziele erreichen wollen, (3) Unterstützung von Archetypen: Die Mechanismen der App nutzen die individuellen Eigenschaften und Charakteristika der Spielenden, (4) Rückmeldung: Die App kommuniziert, wie sich die Aktionen der Spielenden auf den Fortschritt auswirken, (5) Sichtbarkeit: Die App macht den Spielenden deutlich, welche Fortschritte sie gemacht haben und wie viel mehr zur Erreichung des Ziels nötig ist (Floryan et al., 2019; Floryan et al., 2020). Weitere Strategien sind Gelegenheiten zum Lernen und zur persönlichen Weiterentwicklung (z. B. durch ansteigende Schwierigkeitslevel), die Interaktion und der Vergleich mit anderen Spielenden sowie die Möglichkeit, in einer Geschichte oder alternativen Realität zu agieren (Cugelman, 2013).

Basierend auf diesen Strategien können Aufgaben und Herausforderungen konzipiert werden, für deren Bewältigung die Spielenden Punkte erhalten. Verschiedene Aufgabentypen sind möglich: Punkte für kontinuierliche Aktivitäten (z. B. 1 Punkt für jeden Schritt), Punkte für bestimmte einmalige Aktivitäten (z. B. Teilnahme an einem Sportkurs) oder Punkte, die für zufällig auftretende, zeitlich begrenzte Herausforderungen vergeben werden (z. B. das „Einfangen“ eines plötzlich auftauchenden Objekts an einem bestimmten Ort).

Sofern die Gamification-Intervention weitere Ziele verfolgt (z. B. die Vermittlung von Fakten zu einem bestimmten Themenbereich), können die Spielenden die Option erhalten, durch andere, nicht körperlich aktivierende Leistungen zusätzliche Punkte zu erhalten (z. B. das Absolvieren von Lerneinheiten oder das Beantworten von Quizfragen).

Eine Blaupause für eine Gamification-Intervention, die relativ leicht übertragbar ist und an die hochschulspezifischen Anforderungen angepasst werden kann, gibt es derzeit noch nicht, ist aber langfristig in Planung (siehe Weiterführende Informationen).

Häufigkeit

Die Dauer der Intervention kann abhängig vom Konzept selbst bestimmt werden. Bereits existierende Gamification-Interventionen wählen einen Zeitraum zwischen vier und 16 Wochen (Mora-Gonzalez, Pérez-López, Esteban-Cornejo & Delgado-Fernández, 2020). Innerhalb dieses Rahmens entscheiden die Spielenden selbst, wie viel Zeit sie der Intervention widmen wollen.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Ohne Zweifel ist eine Gamification-Intervention ein umfangreiches Unterfangen, das gleichweise hohe personelle, materielle und zeitliche Ressourcen voraussetzt. Gleichzeitig sind die eingesetzten Ressourcen durch die eigenständige Konzeptionierung weitgehend frei wählbar. Idealerweise greift man auf bestehende Strukturen zurück und vereint deren fachliche Potenziale (siehe Erforderliche personelle Qualifikation).

Erforderliche Qualifikation

Für eine auf Gamification basierende Intervention ist in der Regel ein interdisziplinäres Team aus mehreren Personen erforderlich, da eine Vielzahl an Aufgaben zu bewältigen ist. Dazu gehören die Konzeptionierung der Inhalte, die technische Entwicklung, das Design, die Kommunikation und Koordination aller Beteiligten, die Rekrutierung der Teilnehmenden und die begleitende Durchführung. Im Idealfall stammen die Expert:innen direkt aus den jeweiligen Fachdisziplinen der Hochschule, z. B. Informatik, Grafikdesign, Marketing, Public Health, Sportwissenschaft etc. Verantwortliche der Bereiche Öffentlichkeitsarbeit sowie Studierendeninformation können ebenfalls involviert werden. Außerdem ist in jedem Fall eine frühzeitige Absprache mit dem:der Datenschutzbeauftragten der Hochschule erforderlich.

Ergänzungen/Erweiterungen

Allgemein lässt der Gamification-Ansatz viel Spielraum, die Intervention nach den hochschuleigen Zielen und Bedürfnissen zu gestalten. Darüber hinaus kann der Ansatz auch zur Förderung anderer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen angewendet werden, beispielsweise im Bereich gesunde Ernährung oder psychisches Wohlbefinden (Cheng et al., 2019; Johnson et al., 2016).

Effektivität und Evaluation

Grundsätzlich hat sich der Gamification-Ansatz als effektive Möglichkeit zur Förderung von Gesundheitsverhalten erwiesen. Die langfristige Wirkung ist jedoch noch zu prüfen (Johnson et al., 2016).

Positive Effekte erzielten beispielsweise zwei Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität unter spanischen Studierenden: In einem Prä-Post-Design zeigten Teilnehmende einer ca. viermonatigen Intervention, verglichen mit einer Kontrollgruppe, eine signifikante Steigerung ihres kardiorespiratorischen Fitness-Levels (Mora-Gonzalez, Pérez-López & Delgado-Fernández, 2020; Mora-Gonzalez, Pérez-López, Esteban-Cornejo & Delgado-Fernández, 2020).

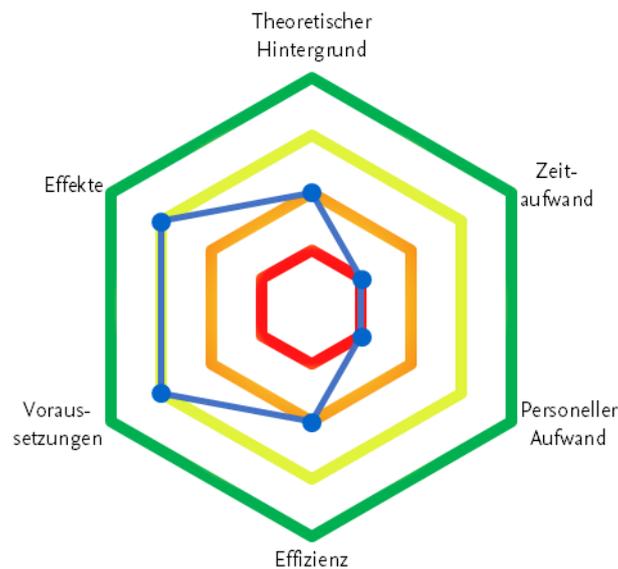
Eine positive Wirkung zeigte auch das »Game of TUK«, eine Gamification-Intervention, die an der Technischen Universität Kaiserslautern implementiert wurde (Müller, 2018). Ebenfalls in einem Prä-Post-Design evaluiert, berichteten die Teilnehmenden eine subjektiv höhere körperliche Aktivität nach der Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe. Diese erhöhte Aktivität blieb auch einen Monat später bei der Follow-up-Messung bestehen. Hier ist jedoch anzumerken, dass diese Effekte nur in Bezug auf aktiv Spielende gefunden wurden, die regelmäßig an der Intervention teilnahmen. Außerdem bewerteten die Teilnehmenden die Intervention im Hinblick auf Aspekte des psychischen Wohlbefindens: Spaß, Autonomie und Kompetenzerleben erhielten eine moderate bis hohe Bewertung (2,8–3,4 auf einer fünfstufigen Skala) (Müller et al., 2020).

Bewertung

Die Intervention bezieht sich nicht explizit auf ein theoretisches Modell, sondern leitet sich vielmehr aus praktischen Überlegungen und empirischen Befunden ab. Strukturelle Ursachen von gesundheitsbezogenem Verhalten werden durch diese Intervention nicht adressiert. Die Intervention erfordert einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand, zumindest solange

noch keine Blaupause eines Gamification-Programms an Hochschulen existiert (siehe Weiterführende Informationen). Die meisten Gamification-Interventionen sind, sobald sie erstellt wurden, leicht in den Hochschulkontext integrierbar. Es konnten positive Effekte auf verschiedene Parameter der körperlichen Aktivität gezeigt werden. Es fehlen jedoch Daten zu Langzeiteffekten. Denkbar sind auch weitere Effekte auf soziale Indikatoren sowie Maße wie Studienzufriedenheit und Zugehörigkeitsgefühl. Hierzu fehlen jedoch bisher spezifische Untersuchungen.

Insgesamt stellt die Intervention eine relativ gute Möglichkeit zur Förderung des Gesundheitsverhaltens bei Studierenden dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 2 von 4 Punkten moderat aus.



Weiterführende Informationen

- Expert:innen weisen auf eine aktuell noch sehr heterogene Terminologie und Vorgehensweise im Bereich Gamification hin (Cheng et al., 2019; Hamari et al., 2014; Johnson et al., 2016). Sie sprechen sich grundsätzlich für eine stärker theorie- und evidenzbasierte Umsetzung des Ansatzes aus (Cheng et al., 2019; Lister et al., 2014).
- Ein strukturiertes Vorgehen bei der allgemeinen Umsetzung von Gamification zeigen beispielsweise Morschheuser et al. (2017) auf; grundlegende Prinzipien im Bereich gesundheitsbezogener Interventionen beschreiben Floryan et al. (2019), konkrete Strategien und Taktiken listet Cugelman (2013).
- Als Inspiration kann es hilfreich sein, sich bereits umgesetzte Gamification-Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität anzuschauen. Als effektiv haben sich beispielsweise die Interventionen »\$in TIME« (Mora-Gonzalez, Pérez-López & Delgado-Fernández, 2020), »The Matrix rEvolution Program« (Mora-Gonzalez, Pérez-López, Esteban-Cornejo & Delgado-Fernández, 2020) oder das »Game of TUK« (Müller et al., 2020) erwiesen. Basierend auf dem Konzept des »Game of TUK« ist in Zukunft die Entwicklung einer Blaupause für Gamification-Interventionen geplant, die die Umsetzung an anderen deutschen Hochschulen erleichtern soll.

Literatur

- Abraham, C. & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(3), 379–387. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.3.379>
- Bray, S. R. & Born, H. A. (2004). Transition to university and vigorous physical activity: implications for health and psychological well-being. *Journal of American College Health*, 52(4), 181–188. <https://doi.org/10.3200/JACH.52.4.181-188>
- Chase, J.-A. D. & Conn, V. S. (2013). Meta-analysis of fitness outcomes from motivational physical activity interventions. *Nursing Research*, 62(5), 294–304. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3182a0395c>
- Cheek, C., Fleming, T., Lucassen, M. F., Bridgman, H., Stasiak, K., Shepherd, M. & Orpin, P. (2015). Integrating Health Behavior Theory and Design Elements in Serious Games. *JMIR Mental Health*, 2(2), e11. <https://doi.org/10.2196/mental.4133>
- Cheng, V. W. S., Davenport, T., Johnson, D., Vella, K. & Hickie, I. B. (2019). Gamification in Apps and Technologies for Improving Mental Health and Well-Being: Systematic Review. *JMIR Mental Health*, 6(6), e13717. <https://doi.org/10.2196/13717>
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R. & Mehr, D. R. (2011). Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes. *American Journal of Public Health*, 101(4), 751–758. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.194381>
- Cugelman, B. (2013). Gamification: what it is and why it matters to digital health behavior change developers. *JMIR serious games*, 1(1), e3. <https://doi.org/10.2196/games.3139>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 39(2), 223–238.
- Deterding, S. (2015). The Lens of Intrinsic Skill Atoms: A Method for Gameful Design. *Human-Computer Interaction*, 30(3-4), 294–335. <https://doi.org/10.1080/07370024.2014.993471>
- Deterding, S., Dixon, D., Khaled, R. & Nacke, L. (2011). From game design elements to gamefulness. In S. Deterding, D. Dixon, R. Khaled & L. Nacke (Hrsg.), *Proceedings of the 15th International Academic MindTrek Conference on Envisioning Future Media Environments - MindTrek '11* (S. 9). ACM Press. <https://doi.org/10.1145/2181037.2181040>
- Floryan, M., Chow, P. I., Schueller, S. M. & Ritterband, L. M. (2020). The Model of Gamification Principles for Digital Health Interventions: Evaluation of Validity and Potential Utility. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e16506. <https://doi.org/10.2196/16506>
- Floryan, M., Ritterband, L. & Chow, P. I. (2019). Principles of gamification for Internet interventions. *Translational Behavioral Medicine*, 6(6), 1131–1138. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz041>
- Hamari, J., Koivisto, J. & Sarsa, H. (2014). Does Gamification Work? – A Literature Review of Empirical Studies on Gamification. In *2014 47th Hawaii International Conference on System Sciences*. IEEE. <https://doi.org/10.1109/hicss.2014.377>
- Han, J. L., Dinger, M. K., Hull, H. R., Randall, N. B., Heesch, K. C. & Fields, D. A. (2008). Changes in Women's Physical Activity During the Transition to College. *American Journal of Health Education*, 39(4), 194–199. <https://doi.org/10.1080/19325037.2008.10599038>
- Johnson, D., Deterding, S., Kuhn, K.-A., Staneva, A., Stoyanov, S. & Hides, L. (2016). Gamification for health and wellbeing: A systematic review of the literature. *Internet interventions*, 6, 89–106. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.10.002>
- King, D., Greaves, F., Exeter, C. & Darzi, A. (2013). 'Gamification': influencing health behaviours with games. *Journal of the Royal Society of Medicine.*, 106(3), 76–78. <https://doi.org/10.1177/0141076813480996>

- Kwan, M. Y., Cairney, J., Faulkner, G. E. & Pullenayegum, E. E. (2012). Physical activity and other health-risk behaviors during the transition into early adulthood: a longitudinal cohort study. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(1), 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.08.026>
- Lister, C., West, J. H., Cannon, B., Sax, T. & Brodegard, D. (2014). Just a fad? Gamification in health and fitness apps. *JMIR serious games*, 2(2), e9. <https://doi.org/10.2196/games.3413>
- Mora-Gonzalez, J., Pérez-López, I. J. & Delgado-Fernández, M. (2020). The "\$in TIME" Gamification Project: Using a Mobile App to Improve Cardiorespiratory Fitness Levels of College Students. *Games For Health Journal*, 4(1), 37–44. <https://doi.org/10.1089/g4h.2019.0001>
- Mora-Gonzalez, J., Pérez-López, I. J., Esteban-Cornejo, I. & Delgado-Fernández, M. (2020). A Gamification-Based Intervention Program that Encourages Physical Activity Improves Cardiorespiratory Fitness of College Students: 'The Matrix rEvolution Program'. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph17030877>
- Morschheuser, B., Werder, K., Hamari, J. & Abe, J. (2017). How to Gamify? A Method For Designing Gamification. In *Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS)*. https://www.researchgate.net/publication/308165219_How_to_Gamify_A_Method_For_Designing_Gamification
- Müller, J. (2018). *App gestützte digitale Bewegungsförderung im Setting Universität auf Basis des Gamification-Ansatzes* [Masterarbeit]. Technische Universität Kaiserslautern, Kaiserslautern. unveröffentlichte Masterarbeit
- Müller, J., Sprenger, M., Franke, T., Lukowicz, P., Reidick, C. & Herrlich, M. (2020). Game of TUK. In B. Preim, A. Nürnberger & C. Hansen (Hrsg.), *Proceedings of the Conference on Mensch und Computer* (S. 169–172). ACM. <https://doi.org/10.1145/3404983.3410008>
- Pereira, P., Duarte, E., Rebelo, F. & Noriega, P. (2014). A Review of Gamification for Health-Related Contexts. In A. Marcus (Hrsg.), *LNCS sublibrary: SL 3 – Information systems and application, incl. Internet/Web and HCI: 8517–8520, Design, user experience, and usability: User experience design for everyday life applications and services: third international conference, DUXU 2014, held as part of HCI International 2014, Heraklion, Crete, Greece, June 22–27, 2014: proceedings / Aaron Marcus (ed.)* (S. 742–753). Springer.
- Ryan, R. M., Rigby, C. S. & Przybylski, A. (2006). The Motivational Pull of Video Games: A Self-Determination Theory Approach. *Motivation and Emotion*, 30(4), 344–360. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9051-8>
- Sailer, M. (2016). *Die Wirkung von Gamification auf Motivation und Leistung: Empirische Studien im Kontext manueller Arbeitsprozesse*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-14309-1>
- World Health Organization (25. November 2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

5.3 Kurze Schlafpausen an der Hochschule

Ziel

Studierende erhalten die Möglichkeit, kurze Schlafpausen (»Powernaps«) an der Hochschule einzulegen. Gezielte Powernaps während des Tages sollen das Wohlbefinden fördern und zu einer Verbesserung der akademischen Leistungen sowie zum Studienerfolg beitragen.

Theoretischer Hintergrund

Ausreichender Schlaf ist ein wichtiger Faktor für das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit von Studierenden (Wise, 2018). Bislang gibt es jedoch nur wenige Hochschulen, die ihren Studierenden Hilfestellung bei Schlafentzug anbieten (Wise, 2018).

Schlafentzug (bzw. Schlafdeprivation) führt zu Schlafschulden. Gemeint sind damit die kumulativen Auswirkungen eines nicht ausreichenden Nachtschlafs (Mednick & Ehrman, 2006). Wächst die Schlafschuld an, kann dies zu verminderter Leistungsfähigkeit und Gesundheitsproblemen führen (Wise, 2018). Schlafentzug hat zudem negative Auswirkungen auf die Reaktionsfähigkeit einer Person (Coren, 1996) und kann zu einer Verschlechterung von kognitiven Funktionen, visuomotorischen Leistungen, Entscheidungskompetenzen, verbalen Funktionen sowie zu herabgesetzter Motivation führen (Redeker et al., 2019).

Faktoren, die zu Schlafproblemen beitragen, sind u. a. Stress, schlechtes Zeitmanagement, schlechte Schlafgewohnheiten sowie umweltbezogene Faktoren wie z. B. Umgebungslärm (Rolston et al., 2007). Ausschließlich individuell ausgerichtete Interventionen sind laut Redeker et al. (2019) nur dann wirksam, wenn sie die Ursachen der Schlafprobleme in den Blick nehmen.

Die Einrichtung von Kurzzeit-Schlafmöglichkeiten in der Hochschule eröffnet die Möglichkeit, Schlafschulden abzubauen (Redeker et al., 2019).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Diese Maßnahme richtet sich an alle Studierenden.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Schlafmöglichkeiten an der Hochschule können in vielfältiger Weise angeboten werden – von Schlafsäcken bis zu innovativen Schlafkapseln gibt es bereits viele Beispiele. Idealerweise bietet sich die Bibliothek zur Installation von Ruhe- bzw. Schlafmöglichkeiten an oder aber ein anderer passender Ruheraum in der Hochschule.

Nachfolgend sind einige Beispiele von Hochschulen mit Schlafmöglichkeiten für Studierende gelistet (vgl. Wise, 2018):

- Die University of Michigan installierte Schlafstationen in der Bibliothek mit Liegen sowie Schließfächern für persönliche Gegenstände.
- Die University of Michigan, Washington State University, Saint Leo University of Florida, Savannah College of Art and Design, University of Miami, Wesleyan University und

Manchester University, Texas A&M University sowie die BCIT (British Columbia Institute of Technology) installierten Schlafkapseln oder Schlafröhren auf dem Campus.

- Die James Madison University Harrisonburg richtete eine Schlafecke (Nap Nook) mit Sitzsäcken und (antimikrobiellen) Kissen ein. Das Angebot ist kostenlos, eine Reservierung ist online möglich. Sitzsäcke gibt es auch in einem Schlafraum der Harvard Law School Bibliothek (Sewani, 2013).
- Die University East Anglia (UEA) stattete Schlafräume mit Sitzsäcken, Schlafsofas, (antimikrobiellen) Kissen, Augenmasken und Verdunkelungsvorhängen aus (BBC, 2015).
- Ein etwas anderes Konzept stellen Ruhe- oder Relaxräume dar. Diese bieten Studierenden mit Ruhe- bzw. Relaxesesseln (mit verstellbaren Kopf- und Fußteilen) einen Ort der Entspannung mit Schlafmöglichkeiten. Die Wake Forest University hat bspw. so einen Ruheraum („ZieSta Room“) in einer Bibliothek noch zusätzlich mit Schließfächern für persönliche Gegenstände ausgestattet/ergänzt (New, 2014; Wake Forest University, n.d.). Auch der Akademische Sportverband Zürich (ASVZ) richtete Relaxräume für die Studierenden ein, die mit Audio-/Klang- und Ruheliegen für Powernaps ausgestattet sind, sowie einen Meditationsraum zur Entspannung.
- Die University of Arizona stellt buchbare Schlafräume für kurze Zeitintervalle kostenpflichtig zur Verfügung. Diese sind jeweils 43,5 Quadratmeter groß, verfügen über ein Twin-Size-Bett, Ladestationen sowie ein Tablet zur Steuerung der Reservierungen (Heart of Illinois ABC, 2018; Kerr, 2018; Madariaga, 2018).

Häufigkeit

Entscheidend für die förderlichen Effekte eines Powernaps ist u. a. dessen Dauer. Sie beeinflusst die Wachheit (Aufgewecktheit) nach dem Schlaf.

Kürzere Powernaps mit einer Dauer von zehn bis zwanzig Minuten am Mittag begünstigen die anschließende Wachheit, Leistungsfähigkeit sowie den nächtlichen Schlaf (Redeker et al., 2019). Powernaps mit einer Dauer von weniger als 10 Minuten haben, wenn überhaupt, nur wenige Vorteile (Dhand & Sohal, 2006). Schlafzeiten, die länger als 30 Minuten dauern, mindern die Produktivität und führen zu Schlafträgheit (Dhand & Sohal, 2006). Schlafträgheit beeinträchtigt die Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit innerhalb einer gewissen Zeitspanne (Dhand & Sohal, 2006). Ein Powernap von zehn bis zwanzig Minuten am Mittag wird empfohlen (Fry & Truong, 2020; The National Sleep Foundation, 2021). Powernaps am späten Nachmittag (nach 14 Uhr) hingegen können die Qualität des Nachtschlafs herabsetzen (Pacheco & Wright, 2020).

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Neben den räumlichen Voraussetzungen innerhalb der Hochschule (z. B. in der Bibliothek) müssen Schlafmöglichkeiten bereitgestellt werden. Eine Online-Reservierung sowie Schließfächer für persönliche Gegenstände sind sinnvolle Ergänzungen.

Erforderliche Qualifikation

Nach der Einrichtung ist nur eine Betreuung der Schlafmöglichkeiten nötig. Eine Qualifikation der betreuenden Person ist nicht erforderlich. Die Betreuung kann z. B. auch durch das Personal der Bibliothek erfolgen.

Ergänzungen/Erweiterungen

Eine sinnvolle Erweiterung wäre z. B. eine Aufklärung der Beschäftigten und Studierenden über Schlafentzug und Schlafschulden sowie eine offensive Förderung von Power naps durch die Hochschulleitung (Redeker et al., 2019). Eine Aufklärung darüber wäre z. B. in Orientierungsveranstaltungen möglich, in denen Wissen über Schlafhygiene vermittelt wird (Wise, 2018).

Effektivität und Evaluation

Power naps haben positive Effekte auf die Gedächtnis- und Erinnerungsleistung (Lau et al., 2011; Pietrowsky & Schichl, 2021). Sowohl nach sehr kurzen (bis zu zehn Minuten; Lahl et al., 2008; Pietrowsky & Schichl, 2021) als auch nach etwas längeren Power naps (bis zu 25 Minuten; Lahl et al., 2008) zeigte sich eine Verbesserung der Erinnerungs- und Gedächtnisleistung. Auch bezogen auf das Kurzzeitgedächtnis ergaben sich positive Effekte (Rolston et al., 2007; Zhang et al., 2009).

Mithilfe von Power naps ließ sich der erlebte Stress reduzieren (Hernandez et al., 2019; Rolston et al., 2007). Auch die Stimmung und die Befindlichkeit werden positiv beeinflusst (Taub et al., 1976); die Anzeichen von extremer Müdigkeit sinken, die Aktivität ist erhöht (Brooks & Lack, 2006).

Verschiedene experimentelle Studien konnten positive Effekte von Power naps auf die Leistung bei unterschiedlichen Aufgaben zeigen, z. B. zur visuellen Diskrimination (Mednick et al., 2003), zur Vigilanz und zum arithmetischen Rechnen (Zhang et al., 2009), zum logischen Schlussfolgern (Takahashi & Arito, 2000) sowie im Ziffer-Symbol Substitutionstest¹⁷ (Symbol-Digit Substitution Task; SDST) und in Buchstaben-Durchstreichaufgaben (Letter Cancellation Task; LCT) zur Messung von kognitiven Leistungen, die bereits nach einer kurzen Dauer der Power naps von nur zehn Minuten zu beobachten waren (Brooks & Lack, 2006; Tietzel & Lack, 2001, 2002).

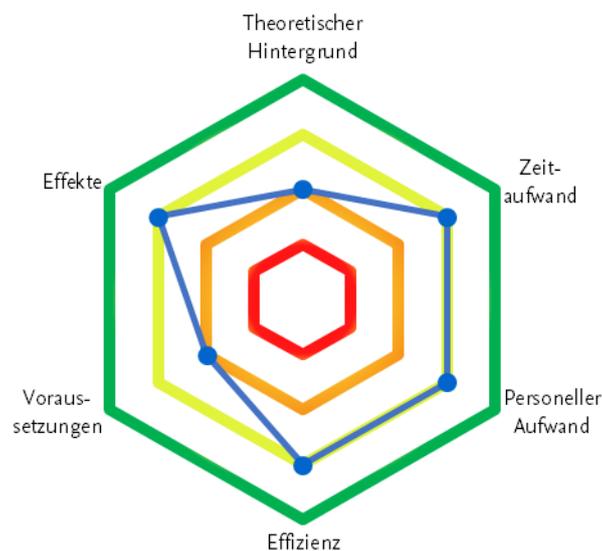
Weitere Studienergebnisse deuten auf einen positiven Einfluss von Power naps auf Aufmerksamkeit und Konzentration hin (Amin et al., 2012; Walzl, 2007). So konnte nach einem zehnminütigen Power nap eine verbesserte Aufmerksamkeit/Wachheit registriert werden (Tietzel & Lack, 2001, 2002). Diese war nach einem Power nap für bis zu zwei Stunden verbessert (Brooks & Lack, 2006). Auch die Daueraufmerksamkeit verbesserte sich nach einem Power nap nachweislich (Zhang et al., 2009). In diesem Zusammenhang fanden einige Studien positive Effekte auf die Müdigkeit. Die Proband:innen waren nach einem Power nap signifikant wacher (Walzl, 2007) und erlebten weniger Schläfrigkeit (Brooks & Lack, 2006; Takahashi & Arito, 2000).

¹⁷ Der Ziffer-Symbol-Substitutionstest beurteilt die Leistung hinsichtlich verschiedener kognitiver Funktionen wie z. B. der Exekutivfunktion und dem Arbeitsgedächtnis sowie der Verarbeitungsgeschwindigkeit und der räumlich-visuellen Aufmerksamkeit.

Bewertung

Die Intervention leitet sich aus neurobiologischen Erkenntnissen aus der Schlafforschung und empirischen Befunden ab. Es müssen Schlafmöglichkeiten in geeigneter Umgebung geschaffen werden und es muss eine Logistik zur Buchung und Betreuung des Angebots aufgebaut werden. Gezeigt werden konnten positive Effekte auf das Wohlbefinden sowie die Leistung, Daten zu Langzeiteffekten fehlen jedoch. Positiv hervorzuheben ist, dass die Evaluationen nicht nur subjektive, sondern auch objektive Maße berücksichtigten.

Insgesamt stellt die Intervention eine gute verhältnisorientierte Möglichkeit zur Förderung des Gesundheitsverhaltens bei Studierenden dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,6 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Zusätzliche Informationen zu Powernaps und Vorteilen von Powernaps, Tipps für einen erfolgreichen Powernap und vieles mehr gibt es in dem Artikel der Deutschen Schlafberatung unter <https://deutsche-schlafberatung.de/powernap-gesundheitliche-vorteile/>.
- Mehr zum Thema kurzzeitiges Schlafen findet sich auf den Seiten der National Sleep Foundation, bspw. in den Artikeln <https://www.thensf.org/the-benefits-of-napping/> und <https://www.sleepfoundation.org/sleep-hygiene/napping>; auf der Unterseite [/nap-pods](#) finden sich außerdem weitergehende Informationen zu sog. Schlafkapseln (s.o.).
- Weiterführende Informationen zum Thema Schlaf sowie interessante Einblicke in die Ergebnisse der Schlafstudie in Deutschland sind in dem Bericht der Techniker Krankenkasse (2017) zu finden. Die Ergebnisse der Studie zeigen u. a. das Bedürfnis eines relativ großen Anteils der Erwachsenenbevölkerung nach Mittagsschlaf auf.

Literatur

- Amin, M. M., Graber, M., Ahmad, K., Manta, D., Hossain, S., Belisova, Z., Cheney, W., Gold, M. S. & Gold, A. R. (2012). The effects of a mid-day nap on the neurocognitive performance of first-year medical residents: a controlled interventional pilot study. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(10), 1428–1433. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182676b37>
- BBC (2015). *UEA students offered 'nap nook' for daytime snoozing*. <https://www.bbc.com/news/uk-england-norfolk-31126806>
- Brooks, A. & Lack, L. C. (2006). A brief afternoon nap following nocturnal sleep restriction: which nap duration is most recuperative? *Sleep*, 29(6), 831–840. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.6.831>
- Coren, S. (1996). *Sleep Thieves: An Eye-Opening Exploration into the Science and Mysteries of Sleep*. Free Press.
- Dhand, R. & Sohal, H. (2006). Good sleep, bad sleep! The role of daytime naps in healthy adults. *Current opinion in pulmonary medicine*, 12(6), 379–382. <https://doi.org/10.1097/01.mcp.0000245703.92311.do>
- Fry, A. & Truong, K. (2020). *Napping*. <https://www.sleepfoundation.org/sleep-hygiene/napping>
- Heart of Illinois ABC (2018). *Nap pods help sleepy students on the UA Campus*. <https://kvoa.com/news/local-news/2018/12/04/nap-pods-help-sleepy-students-on-the-ua-campus/>
- Hernandez, C., Daly, K., Mehta, A. & Verduin, M. (2019). A Pilot Study Examining Biofeedback and Structured Napping to Promote Medical Student Wellbeing. *MedEdPublish*, 8(2). <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000110.1>
- Kerr, L. (2018). *Feeling sleepy? Napping pods coming to University of Arizona: Students can have two hours of free naps a month*. <https://www.kgun9.com/news/local-news/feeling-sleepy-napping-pods-coming-to-university-of-arizona>
- Lahl, O., Wispel, C., Willigens, B. & Pietrowsky, R. (2008). An ultra short episode of sleep is sufficient to promote declarative memory performance. *Journal of sleep research*, 17(1), 3–10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00622.x>
- Lau, H., Alger, S. E. & Fishbein, W. (2011). Relational memory: a daytime nap facilitates the abstraction of general concepts. *PLOS ONE*, 6(11), e27139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0027139>
- Madariaga, K. (2018). *Naps Come to Tucson: HOHM Launches with Sleep Pods at University of Arizona: HOHM offers great Zzz's to students in time for finals*. https://www.prweb.com/releases/naps_come_to_tucson_hohm_launches_with_sleep_pods_at_university_of_arizona/prweb15924600.htm
- Mednick, S. & Ehrman, M. (2006). *Take a nap! Change your life*. Workman Pub.
- Mednick, S., Nakayama, K. & Stickgold, R. (2003). Sleep-dependent learning: a nap is as good as a night. *Nature neuroscience*, 6(7), 697–698. <https://doi.org/10.1038/nn1078>
- The National Sleep Foundation (2021). *The Benefits of Napping*. <https://www.thensf.org/the-benefits-of-napping/>
- New, J. (2014). *Recommended Resting*. <https://www.insidehighered.com/news/2014/12/04/wake-forest-u-creates-room-napping-campus-library>
- Pacheco, D. & Wright, H. (2020). *Does Napping During the Day Affect Your Sleep at Night?* <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/does-napping-impact-sleep-at-night>

- Pietrowsky, R. & Schichl, M. (2021). Mittagsschlaf oder Entspannung fördern das Gedächtnis. In H. M. Piper (Hrsg.), *Neues aus Wissenschaft und Lehre* (S. 275–280). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110720037-029>
- Redeker, N. S., Caruso, C. C., Hashmi, S. D., Mullington, J. M., Grandner, M. & Morgenthaler, T. I. (2019). Workplace Interventions to Promote Sleep Health and an Alert, Healthy Workforce. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 15(4), 649–657. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7734>
- Rolston, E., Sandlin, J. R., Sandlin, M. & Keathley, R. (2007). Power napping: effects on cognitive ability and stress levels among college students. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 78(1), A-36. <https://doi.org/10.1080/02701367.2007.10762236>
- Sewani, M. (2013). *The Nap Map*. https://www.thecrimson.com/flyby/article/2013/4/27/nap_space_map/
- Takahashi, M. & Arito, H. (2000). Maintenance of alertness and performance by a brief nap after lunch under prior sleep deficit. *Sleep*, 23(6), 813–819.
- Taub, J. M., Tanguay, P. E. & Clarkson, D. (1976). Effects of daytime naps on performance and mood in a college student population. *Journal of abnormal psychology*, 85(2), 210–217. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.85.2.210>
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2017). *Schlaf gut Deutschland: TK-Schlafstudie 2017*. <https://www.tk.de/resource/blob/2033604/118707bfcdd95b0b1ccdafo6b30226ea/schlaf-gut-deutschland-data.pdf>
- Tietzel, A. J. & Lack, L. C. (2001). The short-term benefits of brief and long naps following nocturnal sleep restriction. *Sleep*, 24(3), 293–300. <https://doi.org/10.1093/sleep/24.3.293>
- Tietzel, A. J. & Lack, L. C. (2002). The recuperative value of brief and ultra-brief naps on alertness and cognitive performance. *Journal of sleep research*, 11(3), 213–218. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.2002.00299.x>
- Wake Forest University (n.d.). *ZieSta room*. Zugriff am 10. August 2021, verfügbar unter <https://zsr.wfu.edu/about/spaces/ziesta-room/>
- Walzl, M. (2007). Die Auswirkungen eines 20-minütigen Mittagsschlafs auf Müdigkeit, Konzentration und Aufmerksamkeit. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 57, 135–139.
- Wise, M. J. (2018). Naps and Sleep Deprivation: Why Academic Libraries Should Consider Adding Nap Stations to their Services for Students. *New Review of Academic Librarianship*, 24(2), 192–210. <https://doi.org/10.1080/13614533.2018.1431948>
- Zhang, G.-J., Sun, F.-F. & Liao, J.-Q. (2009). The effects of lunch time napping on habitual nappers' mental work efficiency in the afternoon and early. *Health*, 01(04), 284–289. <https://doi.org/10.4236/health.2009.14046>

5.4 Pausenexpress

Ziel

Der Pausenexpress dient der körperlichen Aktivierung der Studierenden. Ziel ist darüber hinaus, die Studierenden dazu anzuregen, häufiger körperlich aktiv zu werden.

Theoretischer Hintergrund

Regelmäßige körperliche Aktivität spielt eine wichtige Rolle für die Prävention von körperlichen Krankheiten (wie kardiovaskuläre Erkrankungen oder Diabetes mellitus) sowie für die Aufrechterhaltung und Verbesserung des psychischen Wohlbefindens (Eime et al., 2013; Reiner et al., 2013). In einer bundesweiten Befragung Studierender in Deutschland gaben lediglich ein Viertel der befragten Studierenden an, ausreichend, d. h. der Bewegungsempfehlung der WHO entsprechend, körperlich aktiv zu sein (Grützmaker et al., 2018). Zudem verbringen Studierende einen großen Teil des Tages sitzend (Rupp et al., 2019). Häufiges Sitzen gilt ebenfalls als gesundheitlicher Risikofaktor z. B. für kardiovaskuläre Erkrankungen und verschiedene Krebsarten (Rezende et al., 2014).

Der Pausenexpress zählt zu den Maßnahmen der aufsuchenden Gesundheitsförderung (Gerbing & Mess, 2019). Darunter werden niedrigschwellige verhaltensbezogene Maßnahmen verstanden, die vor Ort ohne Mehraufwand und zusätzliche Hilfsmittel in den (Arbeits-)Alltag integriert werden können und einen Gesundheitsnutzen versprechen.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an Studierende allgemein, insbesondere an inaktive und wenig aktive. Sie können daran teilnehmen, wenn sie eine Lehrveranstaltung besuchen, für die der Pausenexpress gebucht wurde. Die Buchung erfolgt durch die Dozierenden. Darüber hinaus gibt es aber auch die Möglichkeit, am Pausenexpress videogestützt live von zu Hause aus teilzunehmen.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention findet über einen Zeitraum von zehn Wochen statt. Jeweils zur Mitte der Lehrveranstaltung wird ein fünfminütiges Bewegungsprogramm absolviert, das aus Mobilisierungs-, Dehn- und Kräftigungsübungen besteht. Die Übungen werden im jeweiligen Veranstaltungsraum durchgeführt, Sportkleidung oder die Verwendung von Sportgeräten ist nicht erforderlich.

Häufigkeit

Der Pausenexpress wird einmal wöchentlich in den Lehrveranstaltungen durchgeführt, für die er gebucht wurde. Studierende, die mehrere Lehrveranstaltungen mit Pausenexpress besuchen, nehmen dementsprechend mehrmals pro Woche am Pausenexpress teil.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Für die Durchführung des Pausenexpresses werden personelle Ressourcen in Form von (studentischen) Trainer:innen und Personen, die die Trainer:innen schulen, benötigt. Studierende als Trainer:innen einzusetzen bietet sich u. a. deswegen an, weil sie sich tagsüber meistens schon in der Hochschule aufhalten und daher kurze Wege zu den gebuchten Lehrveranstaltungen haben. Für die Entlohnung der Trainer:innen und des Schulungspersonals sind finanzielle Ressourcen erforderlich.

Erforderliche Qualifikation

Das Schulungspersonal sollte für das Setting geeignete Mobilisierungs-, Dehn- und Kräftigungsübungen kennen. Deshalb könnten sich z. B. Mitglieder des Hochschulsports dazu eignen, die (studentischen) Trainer:innen zu schulen.

Ergänzungen/Erweiterungen

Die hier beschriebene Intervention wird in dieser Form an der Freien Universität Berlin durchgeführt, ist aber auch an vielen anderen Hochschulen in ähnlicher Form etabliert. Die Länge, Häufigkeit und Intensität der Intervention können individuell angepasst werden. An anderen Hochschulen wie der Universität Konstanz werden z. B. 15-minütige Bewegungseinheiten absolviert (Mess et al., 2016).

Effektivität und Evaluation

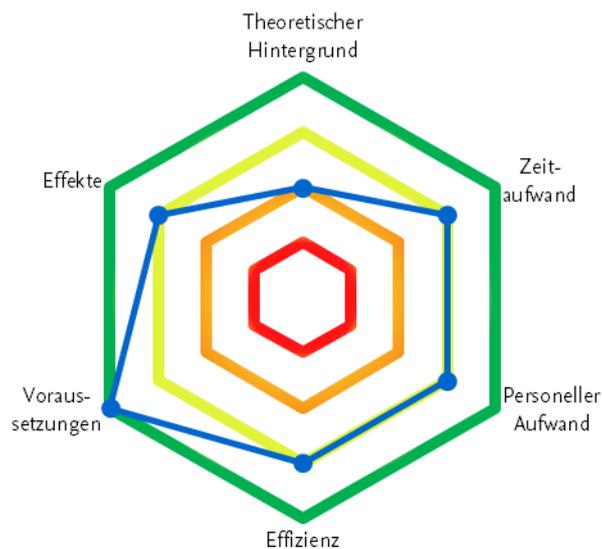
Die Wirksamkeit des Pausenexpresses für Studierende wurde an der Freien Universität Berlin mittels eines Prä-Post-Kontrollgruppendesigns evaluiert (Jochmann et al., 2020). Bei der Auswertung der Ergebnisse wurden insbesondere die Studierenden betrachtet, die vor der Intervention angaben, inaktiv (keine Ausdaueraktivität; $n = 22$) oder wenig aktiv (< 150 Minuten Ausdaueraktivität/Woche; $n = 68$) zu sein. Ebenso wurden in der Kontrollgruppe vor allem die Studierenden betrachtet, die vor der Intervention angaben, inaktiv ($n = 10$) oder wenig aktiv ($n = 20$) zu sein. Es zeigte sich, dass die befragten inaktiven bzw. wenig aktiven Studierenden nach der Intervention signifikant häufiger körperlich aktiv waren und signifikant häufiger Muskelkräftigungsübungen durchführten als vor der Intervention. In der Kontrollgruppe zeigten sich allerdings ähnliche Effekte. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte jedoch u. a. berücksichtigt werden, dass die Gruppengrößen sehr klein waren. Allgemein bewerteten die Studierenden die Intervention positiv. Knapp die Hälfte befragten Teilnehmenden (48,7 %) gaben an, dass ihnen der Pausenexpress sehr gut gefallen hat. Zudem berichteten jeweils mehr als ein Viertel der befragten Studierenden, dass sich die Intervention positiv auf das Lernklima der Lehrveranstaltung, ihre Konzentrationsfähigkeit und ihr Wohlbefinden auswirkte (Jochmann et al., 2020). Auch an der Hochschule Fulda bewerteten Teilnehmende die Intervention mehrheitlich positiv (König et al., 2015). So berichteten die Studierenden u. a., dass die Bewegungspausen zu einer Lockerung der Muskulatur führten und sie sich danach wacher fühlten. An der Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn wurde der Pausenexpress für Studierende ebenfalls anhand eines Prä-Post-Kontrollgruppendesigns evaluiert (Lenz et al.). Es zeigte sich, dass die Studierenden der Interventionsgruppe, nicht jedoch die der Kontrollgruppe, nach der Intervention

signifikant mehr Treppenstufen stiegen als vor der Intervention. Außerdem gaben die Teilnehmenden eine signifikante Verbesserung ihrer subjektiven Lebensqualität in den Bereichen physische Gesundheit und soziales Umfeld an. In der Kontrollgruppe blieb die subjektive Lebensqualität der Studierenden hingegen unverändert (Lenz et al.).

Bewertung

Die Intervention zählt zu den Maßnahmen der aufsuchenden Gesundheitsförderung. Der Zeitaufwand für die Implementierung der Intervention ist moderat. Der primäre Aufwand besteht in der Schulung der Trainer:innen sowie in der Durchführung des Pausenexpresses durch die Trainer:innen. Für die teilnehmenden Studierenden entsteht kein zusätzlicher Zeitaufwand. Da der Pausenexpress in Lehrveranstaltungen eingebettet ist, lässt er sich sehr gut in den Hochschulalltag integrieren. Es gibt mehrere Hinweise, dass sich der Pausenexpress u. a. positiv auf die körperliche Aktivität, die Konzentrationsfähigkeit sowie das Wohlbefinden auswirkt. Weitere (Langzeit-)Studien mit größeren Stichproben sind jedoch nötig, um die Effekte weiter abzusichern.

Insgesamt stellt die Intervention eine gute Möglichkeit dar, die körperliche Aktivität von Studierenden zu fördern. Die Gesamtbewertung fällt mit 3 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- An der Freien Universität übernimmt die Zentraleinrichtung Hochschulsport die Koordination des Pausenexpresses und die Schulung der studentischen Trainer:innen. Weitere Informationen, u. a. eine Beschreibung der verwendeten Mobilisierungs-, Dehn- und Kräftigungsübungen, finden sich unter <https://www.hochschulsport.fu-berlin.de/sportprogramm/gesundheitsport/studierendengesundheit/studipausenexpress/index.html>.
- An einigen anderen deutschen Hochschulen, z. B. der Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, der Hochschule Fulda, der Justus-Liebig-Universität Gießen, der Universität

Konstanz und der Universität Potsdam, wurde die Intervention ebenfalls bereits erfolgreich implementiert.

- Am Karlsruher Institut für Technologie gibt es seit 2012 eine Aktivpause als Angebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Dieses kurze Bewegungsprogramm für Beschäftigte wird seit 2020 als digitales Angebot fortgeführt und wurde auch für Studierende geöffnet. Ergänzend gibt es eine aktive Darstellung in sozialen Medien (Instagram-Kanal »@aktivpause_kit«; Youtube-Kanal »KIT Institut für Sport und Sportwissenschaft«) sowie eine Aktivpause-App für Android-Smartphones. Mehr Informationen gibt es auf der Website https://www.sport.kit.edu/Wissenstransfer_BetrieblichesGesundheitsmanagement.php.

Literatur

- Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 135.
- Gerbing, K.-K. & Mess, F. (2019). *Flexible Beschäftigungsformen und aufsuchende Gesundheitsförderung im Betrieb*. Initiative Gesundheit & Arbeit. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_39_Flexible_Beschaeftigungsformen.pdf?src=asp-cu&typ=dl&cid=7539
- Grützmaker, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland*. <https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/forschung/BwB/bwb-2017/index.html>
- Jochmann, A., Wolter, C., Lesener, T. & Gusy, B. (2020). *Evaluation des »Studi-Pausenexpresses« im Wintersemester 2019/2020* (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung Po1/20). Freie Universität Berlin.
- König, G., Parthey, J. & Kroke, A. (2015). Bewegungspausen in der Hochschullehre: Evaluationsergebnisse des Pilotprojektes „FiduS – Fit durchs Studium“ an der Hochschule Fulda. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Hochschulsport: Bildung und Wissenschaft: Bd. 3. Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen* (S. 273–287). Universitätsverlag Göttingen.
- Lenz, R., Preuß, M., Preuß, P. & Schellewald, V. *Kurzbericht Pausenexpress: Der Pausenexpress - die 15minütige Bewegungspause für Ihre Gesundheit*. Universität Bonn.
- Mess, F., Theune, J. & Schüler, S. (2016). Evaluation und Weiterentwicklung des Pausenexpresses als Maßnahme der aufsuchenden Gesundheitsförderung im Setting Universität. *Göttinger Univerlag*.
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D. & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13, 813. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-813>
- Rezende, L. F. M. de, Rodrigues Lopes, M., Rey-López, J. P., Matsudo, V. K. R. & Luiz, O. d. C. (2014). Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS One*, 9(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105620>
- Rupp, R., Dold, C. & Bucksch, J. (2019). Sitzzeitreduktion und Bewegungsaktivierung in der Hochschullehre – Entwicklung und Implementierung der Mehrebenen-Intervention Kopf-Stehen. *die hochschullehre*, 5, 525–542.

5.5 Stehtische in der Hochschule

Ziel

Diese verhältnispräventive Maßnahme zielt auf die Reduktion studentischer Sitzzeiten durch die Ausstattung von Hochschullehrsräumen mit bewegungsaktivierendem Mobiliar. Weniger Sitzen trägt zur Verbesserung der physischen Gesundheit bei.

Theoretischer Hintergrund

Lang anhaltendes, ununterbrochenes Sitzen dominiert den Großteil des Alltags von Studierenden. Diese berichten durchschnittliche Sitzzeiten von über acht Stunden am Tag, womit sie den höchsten Anteil von Sitzzeiten aller arbeitenden Berufsgruppen in Deutschland aufweisen (Rupp et al., 2019).

Sitzen bzw. sedentäres Verhalten ist gekennzeichnet durch einen niedrigen bis gar keinen Energieaufwand (Sedentary Behaviour Research Network, 2012) und wird als eigenständiger gesundheitlicher Risikofaktor eingeschätzt – unabhängig von Art und Ausmaß gesundheitsförderlicher (d. h. moderater bis hoher) körperlicher Aktivität (Bucksch et al., 2015). Sitzen ist mit einer Reihe chronisch-degenerativer Erkrankungen sowie einer erhöhten Gesamtsterblichkeit assoziiert (Rezende et al., 2014). Daher erscheint es notwendig, einen eigenständigen Interventionsfokus auf die Reduzierung von Sitzen zu legen, da Interventionen, die primär auf die Steigerung der körperlichen Aktivität ausgerichtet sind, nicht signifikant zu einer Reduktion von Sitzzeiten führen (Bucksch et al., 2015).

Da Sitzen nur selten bewusst gesteuert ist und eine hohe Gewohnheitskomponente enthält, sollten Interventionen insbesondere auf die Veränderung von Rahmenbedingungen abzielen (Bucksch et al., 2015).

Primäres Ziel ist die Reduktion der Sitzzeiten bzw. die Unterbrechung langer Phasen sitzenden Verhaltens durch leichte bis intensive körperliche Aktivität oder längere Phasen im Stehen. Gelingen kann dies u. a. durch Veränderungen der physischen Umwelt, wie sich am Beispiel der Einführung von aktivierenden Arbeitsplatzlösungen (z. B. höhenverstellbare Stehtische und Stehpulte) gezeigt hat. Stehtische stellen eine einfache Option für alltägliche Bewegung sowie die Reduzierung von Sitzzeiten dar (Bucksch et al., 2015).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an alle Studierenden. Es gibt keine spezifischen Teilnahmebedingungen.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Das Mobiliar wird als *ergänzende* Ausstattung installiert, d. h., höhenverstellbare Stehtische und Stehpulte werden zu traditionellen Sitztischen hinzugelegt (Rupp et al., 2019).

Je nach Bedarf und Möglichkeiten können verschiedene Elemente angeschafft und integriert werden. Am Beispiel der Pädagogischen Hochschule Heidelberg sind folgende fünf Gegenstände zu nennen: Sitz-Steh-Pulte/-Computertische, Steh-Gruppentische, Wackelhocker,

weich-elastische Federbodenmatten sowie Stehboards wurden in den Lehr- und Computerräumen, in der Bibliothek, den Foyers und Fluren an verschiedenen als wichtig eingeschätzten Orten aufgestellt (Rupp et al., 2019).

Es ist empfehlenswert, das Projekt und die Projektziele auf einer hochschulweiten Veranstaltung Studierenden und Lehrenden vorzustellen. Dafür eignen sich verschiedene Medien und Kommunikationskanäle (z. B. Fachvorträge, Bewegungsaktionen oder Informationsstände; vgl. Rupp et al., 2019).

Um die Effektivität und Reichweite der Intervention zu steigern, können die Studierenden direkt – z. B. durch Handreichungen, Video-Tutorials, Informationskampagnen, Postkarten, Sticker etc. – angesprochen werden (vgl. Rupp et al., 2019). Noch innovativere Strategien beinhalten z. B. Sitzcoachings für Studierende von Studierenden. Dieser Peer-to-Peer-Ansatz qualifiziert Studierende in ca. 30-minütigen Einzelgesprächen, andere Studierende zu ihrem Sitz-, Steh- und Bewegungsverhalten zu beraten (Rupp, 2019).

Häufigkeit

Die Häufigkeit der Nutzung wird durch die Studierenden bestimmt, orientiert an ihrem individuellen Bedarf sowie den gegebenen Kapazitäten/Möglichkeiten.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Erforderlich sind finanzielle Mittel zur Anschaffung des Mobiliars (siehe Hinckson et al., 2016) sowie personelle Ressourcen zur Organisation und Leitung der zusätzlichen Veranstaltungen.

Erforderliche Qualifikation

Keine besondere Qualifikation erforderlich.

Ergänzungen/Erweiterungen

Die Pädagogische Hochschule Heidelberg erweiterte die Intervention durch ein multimodales Programm, welches verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen verbindet. Die theoretische Basis des Ansatzes mit dem Namen »Kopf-Stehen« bildet das sozialökonomische Modell (Owen et al., 2011), wonach sitzendes Verhalten auf mehreren Ebenen durch multiple Bedingungsfaktoren beeinflusst wird (Rupp et al., 2019). Neben einer Veränderung der physischen Umwelt durch die ergänzende Ausstattung von Lehrräumen, Fluren und Bibliotheken mit Sitz-Steh-Mobiliar wurden an der Hochschule Heidelberg im Rahmen des multimodalen Programms zusätzliche Maßnahmen auf weiteren Ebenen eingeführt (Rupp et al., 2019), z. B.

- ein curricular verankertes Studienangebot zum bewegungsaktiven Lehren/Lernen
- die fachspezifische Integration des Themas in die jeweiligen Seminarinhalte durch die Studienfächer
- eine Kooperation mit Studienfächern
- eine hochschulweite Infokampagne
- Umgebungshinweise
- Schulungen von Studierenden zu Sitz-Steh-Bewegungsberater:innen

- die Durchführung von Peer-to-Peer-Beratungen.

Außerdem gibt es im Heidelberger Modell sogenannte *Stehlabore*. Das Stehlabor ist ein Lehrraum für 25 Personen, der mit Sitz-Steh-Pulten, Wackelhockern sowie Stehmatten ausgestattet ist und für eine kontinuierliche Sitz-Steh-Dynamik gesondert gestaltet wurde (Rupp et al., 2019).

Eine andere Erweiterung stellen Geh-Arbeitsplätze dar, die Finch et al. (2017) als Alternative zu Sitz-Steh-Tischen empfehlen. Geh-Arbeitsplätze wurden bisher an der Universität Regensburg und Universität Bayreuth im Rahmen des Projekts »Smart Moving« eingeführt.

Effektivität und Evaluation

Die Pädagogische Hochschule Heidelberg hat ihren Ansatz auf Basis der Phasen des Gesundheitsaktionszyklus entwickelt und strebt somit auch eine Prozess- und Ergebnisevaluation an. Dazu sind noch keine Ergebnisse veröffentlicht.

Internationale Studien bestätigen positive Effekte von Stehtischen in den Settings Hochschule (Jerome et al., 2017), primäre und sekundäre Bildung (Contardo Ayala et al., 2016; Hinckson et al., 2016; Silva et al., 2018) sowie Arbeit (Pronk et al., 2012; Resendiz et al., 2019).

Jerome et al. (2017) untersuchten die Effekte von Sitz-Steh-Tischen auf das Sitz- und Stehverhalten von Studierenden während der Lehre mithilfe von Videoaufnahmen. Die Studie ging über 12 Wochen und wurde in zwei Phasen eingeteilt: In den ersten sechs Wochen wurde einer von zwei Veranstaltungsräumen mit Stehtischen ausgestattet, während der zweite Raum ausschließlich traditionelle Sitztische enthielt. Nach dieser Phase wurde die Ausstattung beider Räume gewechselt. $N = 304$ Studierende nahmen an der Intervention teil und hatten die Möglichkeit, sowohl traditionelle Sitztische als auch innovative Sitz-Steh-Tische während der Veranstaltungen für die Dauer von je sechs Wochen zu nutzen. Die Verhaltensbeobachtungen fanden in der jeweils letzten Woche der beiden Phasen statt. Nach der Intervention wurden die Teilnehmenden zu einer Onlinebefragung eingeladen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Studierenden im Durchschnitt signifikant mehr Minuten pro Unterrichtseinheit und für einen größeren Anteil an der Unterrichtszeit standen, wenn Sitz-Steh-Tische zur Verfügung standen. Das spricht dafür, dass Studierende die Möglichkeit, an ihrem Arbeitsplatz zu stehen, auch nutzen. Im Genaueren konnte gezeigt werden, dass bei Vorhandensein von Sitz-Steh-Tischen – an denen auch nur in sitzender Position gelernt werden kann – die Studierenden etwa 9,0 % der Unterrichtszeit im Stehen verbrachten. In einem traditionell ausgestatteten Lernraum wurden nur 1,6 % der Unterrichtszeit im Stehen verbracht. Ergebnisse aus der Onlinebefragung zeigten, dass mehr als ein Drittel der Teilnehmenden von gesteigerter Aufmerksamkeit, Beteiligung, Fokus sowie Engagement und mehr als ein Drittel von weniger Ruhelosigkeit, Langeweile, Erschöpfung sowie Handynutzung berichteten. Eine große Mehrheit der Befragten (69 %) gaben an, dass sie bereit wären, weitere Veranstaltungen mit Sitz-Steh-Tischen zu besuchen (Jerome et al., 2017).

Pronk et al. (2012) untersuchten den Effekt von Sitz-Steh-Tischen auf Sitzzeiten, gesundheitliche Risikofaktoren, Stimmungszustände und Büroverhaltensweisen mithilfe eines Prä-Post-Vergleichsdesigns mit zwei Gruppen. In der ersten Woche wurden von allen $N = 34$ Teilnehmenden Daten erfasst. Darauf folgte die vierwöchige Interventionsphase, wobei ausschließlich die $n = 24$ Teilnehmenden aus der Interventionsgruppe Sitz-Steh-Tische zur Verfügung gestellt

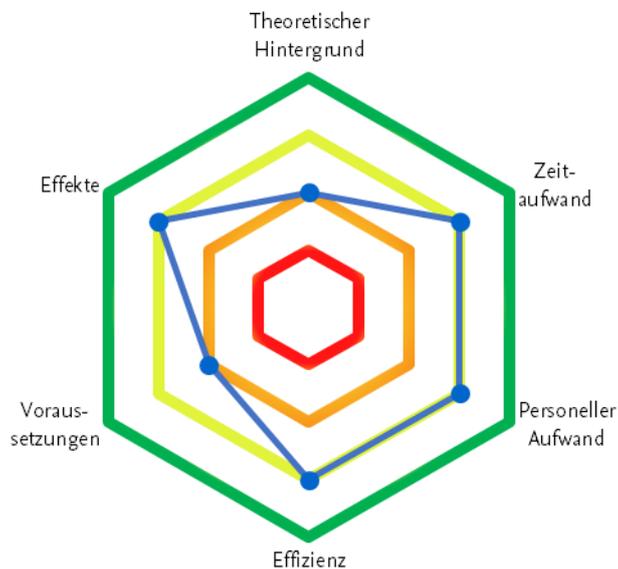
bekamen. Zwei Wochen nach der Intervention fand eine erneute Erhebung statt. Die Ergebnisse zeigen signifikante Veränderungen bei den Teilnehmenden der Interventionsgruppe. Während der Intervention nahm das Sitzverhalten im Vergleich zur Baseline-Erhebung um 22,4 % ab, nach dem Entfernen der Sitz-Steh-Tische stieg das Sitzverhalten in der Interventionsgruppe wiederum bis auf das Baseline-Niveau. Darüber hinaus sanken die selbstberichteten Rücken- und Nackenschmerzen bei den Teilnehmenden der Intervention, nicht jedoch in der Kontrollgruppe. Auch hinsichtlich des psychischen Befindens ergaben sich signifikante Verbesserungen bei den Teilnehmenden der Intervention (insbesondere bzgl. Erschöpfung, Engagement, depressiver Symptome).

Mann et al. (2021) untersuchten den Effekt von bewegungsfördernden Arbeitsplätzen (BA), die im Rahmen des »Smart-Moving«-Projekts als präventive Maßnahme in der Universitätsbibliothek installiert wurden. In einem Prä-Post-Design wurde das Sitz- und Stehverhalten erfasst, ergänzend dazu wurden die Akzeptanz und Bewertung der BA sowie die von den Nutzenden wahrgenommenen Auswirkungen auf Produktivität und Wohlbefinden erhoben. Die BA bestanden jeweils aus einem stufenlos höhenverstellbaren Tisch, einer Fußmatte für die Arbeit zum Stehen sowie zwei höhenverstellbaren Sitzmöglichkeiten ohne Rückenlehne zum aktiven Sitzen und assistierten Stehen. Nach der Intervention zeigte sich eine signifikante Reduktion der Sitzzeit sowie eine signifikante Erhöhung der Sitzunterbrechungen durch die Nutzung der BA. Aus den Interviews mit den Nutzenden gingen eine positive Bewertung sowie eine hohe Akzeptanz der BA hervor. Auch ihre Produktivität sowie ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden schätzten die Nutzenden nach der Intervention höher ein (Mann et al., 2021).

Bewertung

Die Intervention bezieht sich nicht explizit auf ein theoretisches Modell, sondern leitet sich vielmehr aus praktischen Überlegungen und empirischen Befunden ab. Durch die Umgestaltung der Lernumgebung setzt die Intervention an den strukturellen Rahmenbedingungen zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens an. Die Installation des Mobiliars erfordert nur moderate zeitliche und personelle Ressourcen. Durch zusätzliche Maßnahmen wie Workshops oder Informationskampagnen wird der Zeitaufwand entsprechend größer. Voraussetzung für die Integration in den Hochschulkontext sind entsprechende räumliche und administrative Gegebenheiten der jeweiligen Hochschule. Durch die Intervention können die Sitzzeiten effektiv reduziert werden. Darüber hinaus wirkt sie Rücken- und Nackenschmerzen entgegen und zeigt positive Effekte auf das psychische Befinden der Studierenden. Es fehlen jedoch Daten zu Langzeiteffekten.

Insgesamt stellt die Intervention eine gute Möglichkeit zur Förderung des Gesundheitsverhaltens bei Studierenden dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,6 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Kurze Videotutorials von Lehrenden der Hochschule Heidelberg zeigen beliebte Methoden, die im Rahmen der Bewegten Lehre, d. h. bei der Integration methodenbezogener Bewegungsanlässe in die Lehre, angewendet werden und die als Anregung und Anleitung für Interessierte dienen sollen. Ein Link zu den Videotutorials findet sich unter <https://www.ph-heidelberg.de/kopf-stehen/methodensammlung-bewegungsaktive-hochschullehre.html>.
- Nützliche Informationen zur Sitz-Steh-Dynamik am Beispiel des Büroalltags sowie Hinweise rund um Bewegung im Büro wurden von der BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) zusammengestellt. Die Broschüre gibt es als PDF-Datei zum Download unter <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis/A52.html> oder unter der Kennung: BAuA (2013). *Auf und nieder – immer wieder! – Mehr Gesundheit im Büro durch Sitz-Steh-Dynamik* (5. Auflage). 2013. Dortmund.
- Eine detaillierte Einführung in das Heidelberger Modell bieten Rupp et al. (2020) in ihrem neu erschienenen Buch »*Bewegte Hochschullehre*«.
- Auch die Universität Bayreuth hat aktivierende Sitzmöbel und Geharbeitsplätze in das Hochschulleben integriert. Es wurden höhenverstellbare Schreibtische, Stehtische, Stehmatten mit Waldbodeneffekt, bewegliche Hocker sowie Geharbeitsplätze (bestehend aus einem nicht motorisierten Laufband und einem höhenverstellbaren Schreibtisch) in den Bibliotheken installiert. Für mehr Informationen siehe <https://www.bgm.uni-bayreuth.de/de/Studierende/Projekte/smart-moving/index.html>.
- Das Student Health Center der Bergischen Universität Wuppertal lädt die Studierenden dazu ein, sich im Rahmen eines Wettbewerbs an der Gestaltung von Stehtischen sowie

Stehtischaufsätsen zu beteiligen. Weitere Infos finden sich unter <https://studenthealth.uni-wuppertal.de/index.php?id=21609&L=0>.

- Im Rahmen des Projekts »Smart Moving« veröffentlichte das Kompetenzzentrum für Ernährung in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse einen Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen zum Thema Mehr Bewegung und weniger Sitzen im Hochschulalltag. Der Leitfaden enthält unter anderem eine Vorstellung der beiden Modelluniversitäten Regensburg und Bayreuth und ist unter folgendem Link zugänglich: <https://www.kern.bayern.de/wissenschaft/189984/>.
- Eine Alternative für Stehtische sind sog. Standsomes aus Holz, die ohne Hilfsmittel in kürzester Zeit zusammengebaut und genutzt werden können. Diese sind bisher unter anderem an der Uni Bonn-Rhein-Sieg, der Universität zu Köln, der Universität Bamberg, der technischen Universität Dortmund und dem Karlsruher Institut für Technologie im Einsatz.

Literatur

- Bucksch, J., Wallmann-Sperlich, B. & Kolip, P. (2015). Führt Bewegungsförderung zu einer Reduzierung von sitzendem Verhalten? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(4), 275–280. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0514-1>
- Contardo Ayala, A. M., Salmon, J., Timperio, A., Sudholz, B., Ridgers, N. D., Sethi, P. & Dunstan, D. W. (2016). Impact of an 8-Month Trial Using Height-Adjustable Desks on Children's Classroom Sitting Patterns and Markers of Cardio-Metabolic and Musculoskeletal Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph13121227>
- Finch, L. E., Tomiyama, A. J. & Ward, A. (2017). Taking a Stand: The Effects of Standing Desks on Task Performance and Engagement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph14080939>
- Hinckson, E., Salmon, J., Benden, M., Clemes, S. A., Sudholz, B., Barber, S. E., Aminian, S. & Ridgers, N. D. (2016). Standing Classrooms: Research and Lessons Learned from Around the World. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 46(7), 977–987. <https://doi.org/10.1007/s40279-015-0436-2>
- Jerome, M., Janz, K. F., Baquero, B. & Carr, L. J. (2017). Introducing sit-stand desks increases classroom standing time among university students. *Preventive medicine reports*, 8, 232–237. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.10.019>
- Mann, D., Helten, J., Hoffmann, S. W., Sommoggy, J. von, Rüter, J., Loss, J., Germelmann, C. C. & Tittlbach, S. (2021). Bewegungsfördernde Bibliotheksarbeitsplätze an Hochschulen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(4), 290–295. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00806-9>
- Owen, N., Sugiyama, T., Eakin, E. E., Gardiner, P. A., Tremblay, M. S. & Sallis, J. F. (2011). Adults' sedentary behavior determinants and interventions. *American journal of preventive medicine*, 41(2), 189–196. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.05.013>
- Pronk, N. P., Katz, A. S., Lowry, M. & Payfer, J. R. (2012). Reducing occupational sitting time and improving worker health: the Take-a-Stand Project, 2011. *Preventing Chronic Disease*, 9, E154. <https://doi.org/10.5888/pcd9.110323>

- Resendiz, M., Lustik, M. B., Conkright, W. R. & West, G. F. (2019). Standing desks for sedentary occupations: Assessing changes in satisfaction and health outcomes after six months of use. *Work (Reading, Mass.)*, 63(3), 347–353. <https://doi.org/10.3233/WOR-192940>
- Rezende, L. F. M. de, Rodrigues Lopes, M., Rey-López, J. P., Matsudo, V. K. R. & Luiz, O. d. C. (2014). Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS One*, 9(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105620>
- Rupp, R. (2019). Sitzcoaching mit HKT. In W. Knörzer, W. Amler, S. Heid, J. Janiesch & R. Rupp (Hrsg.), *Das Heidelberger Kompetenztraining* (S. 135–142). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24397-5_15
- Rupp, R., Dold, C. & Bucksch, J. (2019). Sitzzeitreduktion und Bewegungsaktivierung in der Hochschullehre – Entwicklung und Implementierung der Mehrebenen-Intervention Kopf-Stehen. *die hochschullehre*, 5, 525–542.
- Rupp, R., Dold, C. & Bucksch, J. (2020). *Bewegte Hochschullehre*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30572-7>
- Sedentary Behaviour Research Network (2012). Letter to the editor: standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Appl. Physiol. Nutr. Metab.*, 37(3), 540–542. <https://doi.org/10.1139/H2012-024>
- Silva, D. R., Minderico, C. S., Pinto, F., Collings, P. J., Cyrino, E. S. & Sardinha, L. B. (2018). Impact of a classroom standing desk intervention on daily objectively measured sedentary behavior and physical activity in youth. *Journal of Science and Medicine in Sport / Sports Medicine Australia*, 21(9), 919–924. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2018.01.007>

5.6 Studieren wie im Schlaf

Ziel

Die Intervention »Studieren wie im Schlaf« (SWIS; Schlarb, Friedrich & Claßen, 2017) zielt darauf ab, Schlaflosigkeit zu mindern und die Schlafqualität zu verbessern. Sie wurde speziell für den Alltag und die Bedürfnisse Studierender entwickelt. Langfristig soll durch den verbesserten Schlaf auch die psychische Gesundheit gefördert werden (Friedrich et al., 2018).

Theoretischer Hintergrund

Der Alltag Studierender ist mit besonderen Herausforderungen an regelmäßigen und erholsamen Schlaf verbunden: akademische und nebenberufliche Verpflichtungen, eine unruhige Schlafumgebung durch Mitbewohner:innen, Partys sowie variable Tagesabläufe können die Schlafquantität und -qualität von Studierenden stark beeinträchtigen (Buboltz et al., 2001). Schlaflosigkeit, Alpträume oder andere Symptomatiken von gestörtem Schlaf sind die Folge (Gaultney, 2010; Schlarb et al., 2012; Schlarb et al., 2015). In Deutschland berichtet einer Studie von Schlarb und Kolleg:innen zufolge jede:r dritte Studierende (36,4 %), schlecht zu schlafen (Schlarb, Claßen et al., 2017).

Dies hat wiederum Folgen für die mentale Gesundheit: Schlaflosigkeit steht in Zusammenhang mit erhöhter Symptomatik von Depression, Angst- oder Zwangsstörungen (Taylor et al., 2011). Nicht zuletzt beeinträchtigt gestörter Schlaf auch die akademische Leistungsfähigkeit der Studierenden (Curcio et al., 2006; Gaultney, 2010; Trockel et al., 2000).

Um diese Problematik an Hochschulen zu adressieren, wurde die Intervention SWIS entwickelt. Sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische (Morris et al., 2016; Taylor et al., 2014) als auch hypnosebasierte Interventionen (Cordi et al., 2014; Lam et al., 2015) haben sich als effektiv in der Behandlung unterschiedlicher Symptome einer Schlafstörung gezeigt. Auch in Bezug auf die mentale Gesundheit zeigen die einzelnen Interventionsansätze im Durchschnitt positive mittlere (Kognitive Verhaltenstherapie) bis große (Hypnose, Entspannung, Achtsamkeit) Effekte (Friedrich & Schlarb, 2018).

SWIS kombiniert daher Elemente der Kognitiven Verhaltenstherapie mit Elementen der Hypnotherapie, um eine größtmögliche Verbesserung der Schlafqualität zu erreichen und so physischen und psychischen Symptomen entgegenzuwirken.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Das Training richtet sich an alle Studierenden, die unter verschiedenen Symptomen einer Schlafstörung wie z. B. Schlaflosigkeit, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, Tagesmüdigkeit, Alpträume und/oder unregelmäßige Schlaf-Wach-Zyklen leiden.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention ist im Gruppenformat durchzuführen. Sie besteht aus insgesamt sechs Sitzungen, von denen jede sowohl Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie als auch hypnotherapeutische Elemente beinhaltet. Zwei Trainer:innen leiten die Intervention an.

Zu Beginn jeder Session werden die Studierenden dazu angehalten, ihren aktuellen Fortschritt und individuelle Schwierigkeiten in der vergangenen Woche zu nennen. Anschließend werden die Inhalte vermittelt. Zum Ende jeder Session erhalten die Studierenden eine Hypnosetherapie-Intervention (HT-I), die sie, angeleitet durch eine Audio-Datei, eigenständig zu Hause durchführen.

Im Folgenden sind die Inhalte der einzelnen Sitzungen aufgeführt:

1. In der ersten Sitzung werden folgende Themen behandelt:
Psychoedukation I: gesunder Schlaf, Schlafstörung, Studium und Schlaf
Psychoedukation II: Entstehung und Aufrechterhaltung von Schlafstörungen
Regeln für gesunden Schlaf
Hypnotherapie-Intervention: „Ast im Fluss“ (Problemlösen, Veränderungsbereitschaft)
Hausaufgabe: (1) Anwenden von zwei Regeln für gesunden Schlaf, (2) Übung der HT-I
2. In der zweiten Sitzung werden folgende Themen behandelt:
Psychoedukation III: Teufelskreis
Schlaffördernde Wohngestaltung
Schlafrituale
Progressive Muskelrelaxation (PMR)
Hypnotherapie-Intervention: „Schlafbaum“ (Verstärkung der Melatonin-Ausschüttung)
Hausaufgabe: (1) optional: Änderung der Wohnumgebung, (2) Übung PMR, (3) Übung der HT-I
3. In der dritten Sitzung werden folgende Themen behandelt:
Stress-Management I: Stress-Multiplikatoren
Kognitive Umstrukturierung: positive und negative Phrasen
„Beruhigendes Bild“
Hypnotherapie-Intervention: „Rucksack“ (sich von unnötigem Ballast befreien)
Hausaufgabe: (1) Anwenden der positiven Phrasen, (2) Übung „beruhigendes Bild“, (3) Übung der HT-I
4. In der vierten Sitzung werden folgende Themen behandelt:
Stress-Management II: Stress-O-Meter
Systematisches Problemlösen (Alpträume)
Selbst-Hypnose
Hypnotherapie-Intervention: „Trainieren im Schlaf“ (verbessertes Lernen)
Hausaufgabe: (1) Anwenden des systematischen Problemlösens bei einer persönlichen, größeren Problemstellung, (2) Übung Selbst-Hypnose, (3) Übung der HT-I
5. In der fünften Sitzung werden folgende Themen behandelt:
Psychoedukation IV: Situation, Wahrnehmung, Verhalten und Konsequenzen
Kognitive Umstrukturierung II: positive und negative Feedback-Schleifen
Hypnotherapie-Intervention: „Schlaf-Wach-Land“ (Funktion des zirkadianen Rhythmus)
Hausaufgabe: (1) Anwenden positiver Feedback-Schleifen, (2) Übung der HT-I
6. In der sechsten Sitzung werden folgende Themen behandelt:
Stress-Management III: nützliche innerliche Phrasen zum Stressabbau
Schlaf in der Prüfungsphase

Schlaf-Notfall-Koffer

Hypnotherapie-Intervention: „roter Ballon“ (Stressmanagement und -reduktion)

Hausaufgabe: (1) Übung der HT-I

Häufigkeit

Das Training dauert sechs Wochen mit jeweils einer wöchentlichen Sitzung à 100 Minuten. Zwischen den Sitzungen führen die Teilnehmer:innen Übungen zu Hause aus.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Die Intervention ist als Präsenzformat entwickelt, sodass entsprechend der Gruppengröße Räumlichkeiten für die Durchführung der Sitzungen zur Verfügung gestellt werden müssen. Unter Umständen kann das Training in einer abgewandelten Form auch digital durchgeführt werden.

Erforderliche personelle Qualifikation

Für die Durchführung sind zwei Personen, ein:e Trainer:in und ein:e Co-Trainer:in, verantwortlich. Sie müssen sich im Voraus mit dem Interventionsmanual vertraut machen.

Effektivität und Evaluation

Die Effektivität von SWIS wurde in zwei Studien geprüft. An einer ersten Pilotstudie nahmen 27 Studierende teil, die mindestens von schlechter Schlafqualität berichteten. Mehr als die Hälfte litten unter einer Schlafstörung nach DSM-5-Kriterien. Die Akzeptanz der Intervention wurde sowohl von Studierenden als auch Trainer:innen als insgesamt hoch bewertet. Die gute Durchführbarkeit ließ sich durch die geringe Abbruchquote (drei Personen) sowie anhand der positiven Einschätzung der Trainer:innen bestätigen (Schlarb, Friedrich & Claßen, 2017).

In Bezug auf die Schlafdauer und -qualität wurden verschiedene Maße in einem Prä-Post-Design untersucht. Subjektiv berichteten die Studierenden von signifikant besserer Schlafqualität, kürzerer Einschlafdauer, weniger Müdigkeit im Verlauf des Tages und seltenerem Erwachen in der Nacht. Objektiv konnte diese Verbesserung mittels physiologischer Messung bestätigt werden: Die Einschlafdauer reduzierte sich von 38,4 auf 13,8 Minuten, Perioden der Wachheit verringerten sich auf weniger als 30 Minuten und auch die Schlafeffizienz konnte signifikant verbessert werden (Schlarb, Friedrich & Claßen, 2017).

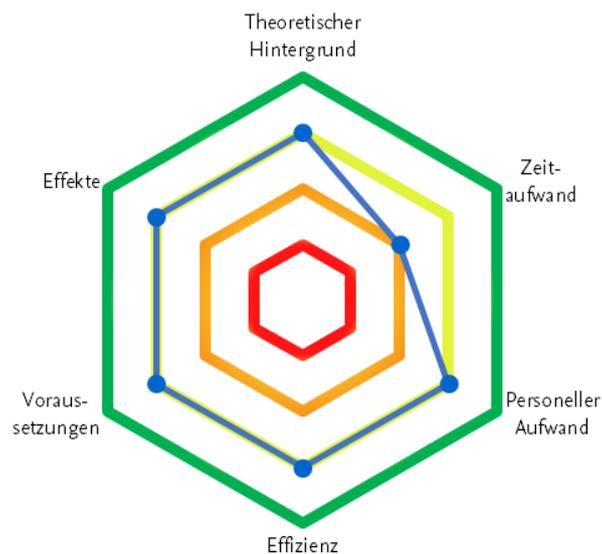
In einer zweiten Studie mit 56 Studierenden untersuchten die Autor:innen die Effekte von SWIS in Bezug auf verschiedene psychische Parameter. Zwar zeigten sich kurzfristig keine Effekte, allerdings berichteten die Teilnehmer:innen drei Monate nach der Intervention von weniger depressiven und angstbezogenen Symptomen, geringerem Stresserleben, weniger somatischen Beschwerden sowie einer höheren Lebensqualität. Die Autor:innen begründen dies mit der Zeit, die es braucht, um neue Strategien und Verhaltensweisen zu implementieren und zu habitualisieren (Friedrich et al., 2018).

Insgesamt zeigt sich die SWIS damit im Hinblick auf schlafassoziierte physische wie auch psychische Parameter als effektiv.

Bewertung

Die Intervention kombiniert Elemente der Hypno- und Kognitiven Verhaltenstherapie, die sich im Hinblick auf ihre schlafförderliche Wirkung jeweils einzeln als wirksam erwiesen haben. Strukturelle Ursachen von gesundheitsbezogenem Verhalten werden durch diese Intervention jedoch nicht adressiert. Die Intervention erfordert einen relativ hohen zeitlichen Aufwand in der Einarbeitungsphase. Die benötigten personellen Ressourcen sind hingegen moderat. Die Intervention ist explizit auf Studierende zugeschnitten und leicht in den Hochschulkontext integrierbar. Es konnten positive Effekte auf verschiedene schlafassoziierte Parameter wie Schlafqualität, Müdigkeit sowie Ein- und Durchschlafverhalten gezeigt werden. Es fehlen jedoch noch Daten zu Langzeiteffekten. Positiv hervorzuheben ist, dass die Evaluation nicht nur subjektive, sondern auch objektive Maße berücksichtigte. Weiterhin kann die Intervention langfristig (z. B. nach drei Monaten) zur Besserung des psychischen Befindens und zur Steigerung der Lebensqualität führen.

Insgesamt stellt die Intervention eine gute Möglichkeit zur Förderung des Gesundheitsverhaltens bei Studierenden dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,8 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Um Zugriff auf das Manual und die CD zur Durchführung von SWIS zu erhalten, kann Kontakt mit den Autor:innen aufgenommen werden (anja.friedrich@uni-bielefeld.de).

Literatur

- Buboltz, W. C., Brown, F. C. & Soper, B. (2001). Sleep Habits and Patterns of College Students: A Preliminary Study. *Journal of American College Health*, 50(3), 131–135. <https://doi.org/10.1080/07448480109596017>
- Cordi, M. J., Schlarb, A. A. & Rasch, B. (2014). Deepening sleep by hypnotic suggestion. *Sleep*, 37(6), 1143–1152. <https://doi.org/10.5665/sleep.3778>

- Curcio, G., Ferrara, M. & Gennaro, L. de (2006). Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, 10(5), 323–337. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2005.11.001>
- Friedrich, A., Claßen, M. & Schlarb, A. A. (2018). Sleep better, feel better? Effects of a CBT-I and HT-I sleep training on mental health, quality of life and stress coping in university students: a randomized pilot controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1860-2>
- Friedrich, A. & Schlarb, A. A. (2018). Let's talk about sleep: a systematic review of psychological interventions to improve sleep in college students. *Journal of sleep research*, 27(1), 4–22. <https://doi.org/10.1111/jsr.12568>
- Gaultney, J. F. (2010). The Prevalence of Sleep Disorders in College Students: Impact on Academic Performance. *Journal of American College Health*, 59(2), 91–97. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.483708>
- Lam, T.-H., Chung, K.-F., Yeung, W.-F., Yu, B. Y.-M., Yung, K.-P. & Ng, T. H.-Y. (2015). Hypnotherapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 23(5), 719–732. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.07.011>
- Morris, J., Firkins, A., Millings, A., Mohr, C., Redford, P. & Rowe, A. (2016). Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety and insomnia in a higher education context. *Anxiety, Stress & Coping*, 29(4), 415–431. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1058924>
- Schlarb, A. A., Bihlmaier, I., Hautzinger, M., Gulewitsch, M. D. & Schwerdtle, B. (2015). Nightmares and Associations with Sleep Quality and Self-Efficacy among University Students. *Journal of Sleep Disorders and Management*, 1. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2910766>
- Schlarb, A. A., Claßen, M., Hellmann, S. M., Vögele, C. & Gulewitsch, M. D. (2017). Sleep and somatic complaints in university students. *Journal of Pain Research*, 10, 1189–1199. <https://doi.org/10.2147/JPR.S125421>
- Schlarb, A. A., Friedrich, A. & Claßen, M. (2017). Sleep problems in university students – an intervention. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13.
- Schlarb, A. A., Kulesa, D. & Gulewitsch, M. D. (2012). Sleep characteristics, sleep problems, and associations of self-efficacy among German university students. *Nature and Science of Sleep*, 4, 1–7. <https://doi.org/10.2147/NSS.S27971>
- Taylor, D. J., Gardner, C. E., Bramoweth, A. D., Williams, J. M., Roane, B. M., Grieser, E. A. & Tatum, J. I. (2011). Insomnia and mental health in college students. *Behavioral Sleep Medicine*, 9(2), 107–116. <https://doi.org/10.1080/15402002.2011.557992>
- Taylor, D. J., Zimmerman, M. R., Gardner, C. E., Williams, J. M., Grieser, E. A., Tatum, J. I., Bramoweth, A. D., Francetich, J. M. & Ruggero, C. (2014). A pilot randomized controlled trial of the effects of cognitive-behavioral therapy for insomnia on sleep and daytime functioning in college students. *Behavior Therapy*, 45(3), 376–389. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.12.010>
- Trockel, M. T., Barnes, M. D. & Egget, D. L. (2000). Health-related variables and academic performance among first-year college students: implications for sleep and other behaviors. *Journal of American College Health*, 49(3), 125–131. <https://doi.org/10.1080/07448480009596294>

5.7 Visual Cues zur Förderung beiläufiger körperlicher Aktivität

Ziel

Mithilfe von Visual Cues soll die körperliche Aktivität der Studierenden gefördert werden. In Form von Plakaten oder Anzeigen wird in den Räumlichkeiten und auf dem Gelände der Hochschule zu mehr alltäglicher Bewegung motiviert (Bachert et al., 2021; Mnich et al., 2019; Paulus et al., 2021).

Theoretischer Hintergrund

Körperliche Aktivität ist förderlich für die physische sowie psychische Gesundheit (Eime et al., 2013; Reiner et al., 2013). Mithilfe von Visual Cues soll die sogenannte beiläufige körperliche Aktivität erhöht werden. Damit wird jene Form der Bewegung bezeichnet, die im Alltag stattfindet und nicht explizit dem Ziel des aktiven Sporttreibens oder der Erholung dient (Stamatakis et al., 2019). Beiläufige körperliche Aktivität macht einen Großteil des täglichen Energieumsatzes aus (Tremblay et al., 2007). Ihr Vorteil besteht darin, dass sie weder zusätzlichen Zeitaufwand noch umfangreiche Planung, materielle Ressourcen oder spezifische Fähigkeiten voraussetzt. Beispiele für beiläufige körperliche Aktivität sind alltägliche Wege wie das Zurücklegen von Strecken zu Fuß oder mit dem Fahrrad, Treppensteigen sowie Hausarbeiten wie Aufräumen, Putzen und Einkaufen (Stamatakis et al., 2019). Studien zeigen, dass sich beiläufige körperliche Aktivität positiv auf das kardiorespiratorische Fitnesslevel auswirkt (Jenkins et al., 2019; Ross & McGuire, 2011).

Gleichzeitig unterscheiden sich Personen in ihrem täglichen Aktivitätspensum teilweise stark (Tremblay et al., 2007). Besonders der Alltag Studierender ist durch ihr erhöhtes Sitzverhalten und lange Phasen körperlicher Inaktivität gekennzeichnet (Felez-Nobrega et al., 2018; Rouse & Biddle, 2010). Niedrigschwellige Interventionen mit dem Ziel, die beiläufige körperliche Aktivität zu erhöhen, stellen daher besonders im Kontext Hochschule eine sinnvolle Maßnahme zur Bewegungsförderung dar (Bachert et al., 2021; Mnich et al., 2019; Paulus et al., 2021; Pillay et al., 2009).

Die theoretische Basis der Intervention bildet das sozioökologische Modell des Gesundheitsverhaltens, welches Determinanten auf mehreren Ebenen annimmt (Sallis et al., 2008). Visual Cues setzen an der untersten, individuellen Verhaltensebene an. Sie werden wirksam, indem sie in kritischen Entscheidungssituationen Informationen bereitstellen, die eine Person unterstützen, sich für eine gesundheitsförderliche Handlungsoption zu entscheiden (z. B. Treppe statt Aufzug; Lally et al., 2010).

Derartige Ansätze, die auf eine Änderung der Entscheidungsarchitektur abzielen, werden zunehmend im Gesundheitssektor diskutiert (Quigley, 2013). Ziel ist es, Personen in entscheidenden Situationen das positive Gesundheitsverhalten zu erleichtern (»Nudging«, z. B. Bucher et al., 2016) bzw. sie in einer gut evaluierten Entscheidung zu unterstützen (»Boosting«, z. B. Hertwig, 2017). Gemein haben diese Ansätze, dass sie keine Einschränkungen vornehmen, also der Zielgruppe alle Handlungsoptionen offenlassen. Gleichzeitig erleichtern diese Ansätze das Verhalten, das im Einklang mit den langfristigen persönlichen Zielen steht (z. B. gute Gesundheit). Folglich wirken Visual Cues, indem sie Studierenden in der physischen Umgebung der Hochschule die Entscheidungen zu vermehrter beiläufiger Aktivität erleichtern.

Ein positives Gesundheitsverhalten (z. B. erhöhte körperliche Aktivität) ist dann am wahrscheinlichsten, wenn es auf mehreren Ebenen unterstützt wird (Sallis et al., 2008). So zielen Visual Cues auf das alltägliche Verhalten (untere Ebene), setzen aber Verhältnisse voraus, die körperliche Aktivität ermöglichen (höhere Ebenen, z. B. Strukturen der Organisation) – siehe dazu Verantwortliche/erforderliche Strukturen (Mnich et al., 2019).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Von der Intervention profitieren alle, die die Räumlichkeiten der Hochschule nutzen. Es handelt sich um eine sehr niedrigschwellige Intervention für eine breite Zielgruppe, die folglich sowohl Studierende als auch Beschäftigte und Besucher:innen erreicht.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Platzierung und Design

Visual Cues können an allen Stellen platziert werden, an denen eine Entscheidung für oder gegen eine bestimmte körperliche Aktivität getroffen wird. Folgende Verwendungsmöglichkeiten wurden bereits erfolgreich im Hochschulkontext umgesetzt:

- Plakate an Treppenaufgängen, um Personen anzuregen, die Treppe statt des Aufzugs zu benutzen (Bachert et al., 2021)
- Folien in der Vorlesung, um die Studierenden in den Pausen zum Aufstehen und kurzen Spaziergängen zu animieren (Mnich et al., 2019)
- Schilder an Sitz-/Stehischen, um die Studierenden zum phasenweisen Arbeiten im Stehen anzuregen (Paulus et al., 2021).

Visual Cues sollten sich auf Augenhöhe befinden, ausreichend groß, gut beleuchtet und für alle gut sichtbar sein. Hilfreich ist dabei ein ansprechendes Design, das Abbildungen und Text kombiniert (Jennings et al., 2017).

Inhalte

Die inhaltliche Gestaltung der Visual Cues kann individuell nach Zielgruppe und Einsatzort bestimmt werden. Beispielsweise können die Cues motivierende Sprüche enthalten, die auf die Vorteile körperlicher Aktivität für (1) das Fitnesslevel, (2) die Gedächtnisleistung, (3) die körperliche Verfassung oder (4) das Energielevel/die Vigilanz hinweisen. Auch können (5) nachhaltigkeitsbezogene (z. B. Fahrrad vs. Auto) oder (6) zeitliche Vorteile (z. B. Treppe vs. Aufzug) genannt werden. Bisherige Forschungsarbeiten zeigen, dass besonders Argumente in Bezug auf gesparte Zeit (Jennings et al., 2017; Ly & Irwin, 2019) und verbesserte Fitness Wirkung erzielen (Jennings et al., 2017).

Die Effektivität dieser Motivationsstrategien kann zu verschiedenen Tageszeitpunkten und in verschiedenen Kontexten unterschiedlich sein. Beispielsweise könnten Argumente zur verbesserten Vigilanz und Fokussierung nach der Mittagszeit besser wirken als vorher. Eine Darstellung wechselnder Visual Cues auf Bildschirmen wäre in diesem Fall eine mögliche Lösung (Mnich et al., 2019). Allerdings ist diese Form der Darbietung bisher noch wenig erforscht.

Weiterhin besteht die Option, die Visual Cues durch eine interaktive oder spielerische Komponente zu ergänzen. Quizfragen (z. B. zum positiven Effekt körperlicher Aktivität) oder kurze

Challenges (z. B. „Schaffst du es, eine halbe Stunde im Stehen zu arbeiten?“) können motivierend wirken und den Studierenden Spaß machen. Zugleich können derartige Gamification-Elemente (zur Fundierung siehe Intervention „Gamification“) auch an der räumlichen Umgebung ansetzen, beispielsweise in Form von bewegungssensitiven Lichtern oder Klängen an Treppenstufen (Bachert et al., 2021; Ly & Irwin, 2019).

Inklusion

Nicht alle Menschen haben die Möglichkeit, sich in dem Maße körperlich zu betätigen, wie es die Visual Cues anregen. Daher sollte bei der Konzeption unbedingt berücksichtigt werden, ob sich Studierende mit körperlichen Einschränkungen von den Cues eingeschränkt oder diskriminiert fühlen.

Häufigkeit

Nach Gestaltung, Druck und Platzierung der Visual Cues besteht die Intervention dauerhaft. Ein Ortswechsel oder eine neue Gestaltung der Cues sind jedoch jederzeit möglich und unter Umständen ratsam, um Gewöhnungseffekte zu vermeiden.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Erforderlich sind finanzielle Mittel für die Beschaffung und Gestaltung der Cues, beispielsweise für den Druck der Plakate oder die Anschaffung von Monitoren. Für Planung, Konzeption und Design kann unter Umständen auf bereits bestehende Strukturen zurückgegriffen werden (siehe Erforderliche personelle Qualifikation). Gleichzeitig muss eine physische Umgebung, die eine erhöhte beiläufige körperliche Aktivität fördert, sichergestellt werden. Konkret bedeutet dies beispielsweise, gesundheitsförderliches Mobiliar (z. B. Stehtische) anzuschaffen, Gänge ausreichend zu beleuchten, Treppenabgänge zu sichern, Fahrradstationen zu bauen oder einen ansprechenden Außenbereich für Pausengänge zu gestalten.

Erforderliche personelle Qualifikation

Die Implementierung dieser Intervention ist zeitlich begrenzt, sodass sich eine temporäre Zusammenarbeit von Personen mehrerer Disziplinen anbietet. Für die einzelnen Arbeitsschritte sind unterschiedliche personelle Qualifikationen notwendig, so können beispielsweise Expert:innen aus den Bereichen Gesundheitswissenschaft, Design und Kommunikation ein Projektteam bilden. Bei dieser Intervention bietet es sich explizit an, temporäre Projektgruppen aus Studierenden zu bilden (Bachert et al., 2021). Das Projekt kann im Rahmen eines Veranstaltungsmoduls oder Kurses angeboten werden. In diesem Fall würde eine Lehrperson als Supervisor:in fungieren und die Absprachen mit der Hochschule treffen. Dieser partizipative Ansatz bietet den Vorteil, dass die Studierenden die Visual Cues entwerfen, die sie dann selbst zu erhöhter körperlicher Alltagsbewegung motivieren sollen (siehe Intervention Arbeitsgruppe Studierendengesundheit).

Je nachdem, in welchem Kontext Visual Cues zum Einsatz kommen, sind Absprachen mit Lehrenden oder anderen für das Marketing sowie die Haustechnik zuständigen Stellen der Hochschulen erforderlich.

Ergänzungen/Erweiterungen

Visual Cues können auf vielfältige Weise konzipiert, designt und platziert werden. Die hier genannten Verwendungsmöglichkeiten dienen lediglich als Inspiration. Weitere Arten der Umsetzung sollten erprobt und deren Wirksamkeit sollte systematisch überprüft werden.

Effektivität und Evaluation

Die Effektivität von Visual Cues wurde im Hochschulkontext in mehreren Studien empirisch untersucht. Dabei wurde die Ausführung des gesundheitsförderlichen Verhaltens vor, während und nach der Platzierung der Visual Cues systematisch beobachtet. Die Effekte der Cues wurden an Treppenaufgängen (Bachert et al., 2021; Pillay et al., 2009), an Sitz-/Stehischen (Mnich et al., 2019) und innerhalb der Vorlesungspausen (Paulus et al., 2021) untersucht. Die Messung erfolgte entweder durch nonreaktive Verhaltensbeobachtung (Bachert et al., 2021; Mnich et al., 2019; Pillay et al., 2009) oder durch Online-Befragungen (Paulus et al., 2021).

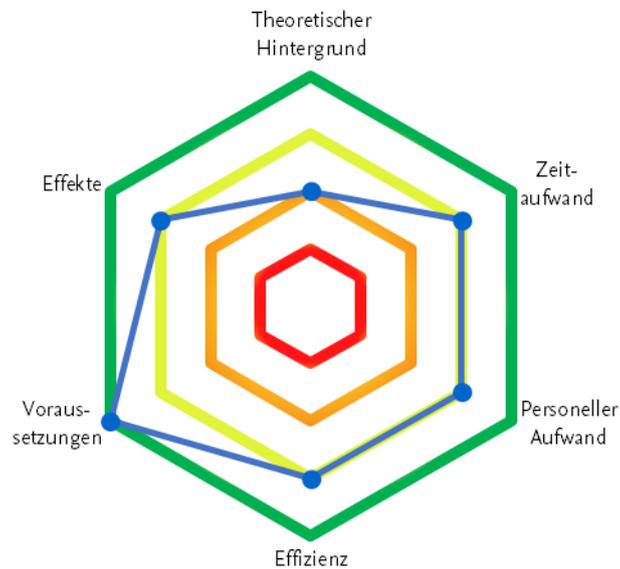
In allen vier Studien wurde eine signifikante Zunahme der körperlichen Aktivität während der Intervention im Vergleich zu vor der Intervention gefunden (Bachert et al., 2021; Mnich et al., 2019; Paulus et al., 2021; Pillay et al., 2009). Folgende spezifische Effekte der einzelnen Studien sind zu nennen: Nachdem die Visual Cues an den Treppenaufgängen entfernt wurden, wurde die körperliche Aktivität eine Woche (Pillay et al., 2009) bzw. vier Wochen (Bachert et al., 2021) nach der Intervention erneut beobachtet. Zu diesen Zeitpunkten war die Aktivität jeweils leicht zurückgegangen, jedoch – im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Platzierung – immer noch signifikant erhöht. Wie lange dieser Effekt erhalten bleibt, ist allerdings unklar, da noch keine Studien zu den Langzeiteffekten der Intervention vorliegen. In der Studie Visual Cues an Sitz-/Stehischen wurden einige der Cues im dreiwöchigen Interventionszeitraum von den Studierenden entfernt. Auch wenn der positive Effekt auf die körperliche Aktivität fortbestand (Paulus et al., 2021), sollte grundsätzlich darauf geachtet werden, die Cues gut zu befestigen. Zuletzt zeigte die Studie zur Verwendung von Visual Cues in den Vorlesungspausen nicht nur positive Effekte auf die körperliche Aktivität, sondern auch eine selbstberichtete Verbesserung in Bezug auf physische (z. B. weniger Kopf- und Nackenverspannung) sowie psychische Variablen (z. B. höhere Vigilanz, Motivation und höheres Wohlbefinden; Paulus et al., 2021).

Weiterhin ist anzunehmen, dass Visual Cues einen positiven Effekt auf die allgemeine (Gesundheits-)Kultur einer Hochschule haben können. Die vielfältige Präsenz von gesundheitsförderlichen Botschaften in den Räumlichkeiten kann die äußere Wahrnehmung und das Selbstverständnis einer Hochschule untermauern. Ihre Verwendung zeigt, dass die Hochschule den hohen Wert von Gesundheit und Wohlbefinden anerkennt und ihren Studierenden, Beschäftigten und Besucher:innen vermittelt.

Bewertung

Die Intervention orientiert sich an Überlegungen zur Verknüpfung von Handlungsimpulsen mit einem entsprechenden Setting, das die Umsetzung ermöglicht. Die Intervention erfordert nur einen moderaten Zeitaufwand und kaum personelle Ressourcen. Sie ist zudem sehr leicht in den Hochschulkontext zu integrieren und damit ein niedrighschwelliger und vergleichsweise kostengünstiger Ansatz. Es konnten positive Effekte auf die körperliche Aktivität sowie Parameter des physischen und psychischen Wohlbefindens gezeigt werden. Es fehlen jedoch Daten zu

Langzeiteffekten. Die Option, Studierende in Planung und Konzeption einzubeziehen, ist ein großer Vorteil, der dem partizipativen Ansatz von Gesundheitsförderung an Hochschulen folgt. Insgesamt stellt die Intervention eine gute Möglichkeit zur Förderung des Gesundheitsverhaltens bei Studierenden dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 3 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Visual Cues wurden an Sitz-/Stehischen (Mnich et al., 2019), in Vorlesungspausen (Paulus et al., 2021) und an Treppenaufgängen (Bachert et al., 2021) erprobt. Für weiterführende Informationen kann mit dem Verantwortlichen der Hochschule Kontakt aufgenommen werden (Philip.Bachert@kit.edu).

Literatur

- Bachert, P., Hildebrand, C., Erley, N., Jekauc, D., Wäsche, H., Kunkel, J. & Woll, A. (2021). Students on stairs: a participatory approach using decisional cues in the form of motivational signs to promote stair use. *The Journal of American College Health*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1845704>
- Bucher, T., Collins, C., Rollo, M. E., McCaffrey, T. A., Vlieger, N. de, van der Bend, D., Truby, H. & Perez-Cueto, F. J. A. (2016). Nudging consumers towards healthier choices: a systematic review of positional influences on food choice. *The British journal of nutrition*, 115(12), 2252–2263. <https://doi.org/10.1017/S0007114516001653>
- Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 135.

- Felez-Nobrega, M., Hillman, C. H., Dowd, K. P., Cirera, E. & Puig-Ribera, A. (2018). ActivPAL™ determined sedentary behaviour, physical activity and academic achievement in college students. *Journal of Sports Sciences*, 36(20), 2311–2316.
<https://doi.org/10.1080/02640414.2018.1451212>
- Hertwig, R. (2017). When to consider boosting: some rules for policy-makers. *Behavioural Public Policy*, 1(2), 143–161. <https://doi.org/10.1017/bpp.2016.14>
- Jenkins, E. M., Nairn, L. N., Skelly, L. E., Little, J. P. & Gibala, M. J. (2019). Do stair climbing exercise "snacks" improve cardiorespiratory fitness? *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme*, 44(6), 681–684.
<https://doi.org/10.1139/apnm-2018-0675>
- Jennings, C. A., Yun, L., Loitz, C. C., Lee, E.-Y. & Mummery, W. K. (2017). A Systematic Review of Interventions to Increase Stair Use. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(1), 106–114. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.08.014>
- Lally, P., van Jaarsveld, C. H. M., Potts, H. W. W. & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40(6), 998–1009. <https://doi.org/10.1002/ejsp.674>
- Ly, H. & Irwin, J. D. (2019). Designing effective point-of-choice prompts to promote active transportation and staircase use at a Canadian University. *The Journal of American College Health*, 67(3), 215–223. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1469503>
- Mnich, C., Bachert, P., Kunkel, J., Wäsche, H., Neumann, R. & Nigg, C. R. (2019). Stand Up, Students! Decisional Cues Reduce Sedentary Behavior in University Students. *Frontiers in public health*, 7, 230. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00230>
- Paulus, M., Kunkel, J., Schmidt, S. C. E., Bachert, P., Wäsche, H., Neumann, R. & Woll, A. (2021). Standing Breaks in Lectures Improve University Students' Self-Perceived Physical, Mental, and Cognitive Condition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4204. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084204>
- Pillay, J. D., Kolbe-Alexander, T., Achmat, M., Carstens, M. & Lambert, E. V. (2009). Are point-of-decision prompts in a sports science and medicine centre effective in changing the prevalence of stair usage? A preliminary study. *South African Journal of Sports Medicine*, 21(2). <https://www.ajol.info/index.php/sasma/article/view/44506>
- Quigley, M. (2013). Nudging for health: on public policy and designing choice architecture. *Medical Law Review*, 21(4), 588–621. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwt022>
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D. & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13, 813. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-813>
- Ross, R. & McGuire, K. A. (2011). Incidental physical activity is positively associated with cardiorespiratory fitness. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(11), 2189–2194. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31821e4ff2>
- Rouse, P. C. & Biddle, S. J. H. (2010). An ecological momentary assessment of the physical activity and sedentary behaviour patterns of university students. *Health Education Journal*, 69(1), 116–125. <https://doi.org/10.1177/0017896910363145>
- Sallis, J., Owen, N. & Fisher, E. (2008). Ecological models of health behavior. In Glanz, K., Rimer, BK., Viswanath, K. (Hrsg.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (S. 456–485). Wiley.
- Stamatakis, E., Johnson, N. A., Powell, L., Hamer, M., Rangul, V. & Holtermann, A. (2019). Short and sporadic bouts in the 2018 US physical activity guidelines: is high-intensity incidental physical activity the new HIIT? *British Journal of Sports Medicine*, 53(18), 1137–1139. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100397>

Tremblay, M. S., Esliger, D. W., Tremblay, A. & Colley, R. (2007). Incidental movement, life-style-embedded activity and sleep: new frontiers in physical activity assessment This article is part of a supplement entitled Advancing physical activity measurement and guidelines in Canada: a scientific review and evidence-based foundation for the future of Canadian physical activity guidelines co-published by Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism and the Canadian Journal of Public Health. It may be cited as Appl. Physiol. Nutr. Metab. 32(Suppl. 2E) or as Can. J. Public Health 98(Suppl. 2). *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme*, 32(S2E), S208-S217. <https://doi.org/10.1139/H07-130>

6. Risikoverhalten

6.1 Einleitung

Der Begriff Risikoverhalten bezeichnet Verhaltensweisen, die die Gesundheit gefährden (Lippke & Renneberg, 2006). Hierunter fällt vor allem der Konsum legaler und illegaler Drogen wie etwa Nikotin, Alkohol oder Cannabis. Zum Risikoverhalten zählen auch ein gestörtes Essverhalten sowie eine problematische Internetnutzung.

Rauchen gilt als der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für chronische, nichtübertragbare Krankheiten (Pötschke-Langer et al., 2015). Nikotinkonsum schädigt nahezu jedes Organ, die Zähne, den Verdauungsapparat, den Stoffwechsel und das Skelett (Pötschke-Langer et al., 2015). Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen treten unter Raucher:innen häufiger auf (International Agency for Research on Cancer, 2004; Pötschke-Langer et al., 2015) und bis zu 90 % der tödlichen Lungenkrebserkrankungen sind auf das Rauchen zurückzuführen (International Agency for Research on Cancer, 2004). Nikotinkonsum kann außerdem zu Fruchtbarkeitsproblemen sowie zu Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen führen (Pötschke-Langer et al., 2009). Der Anteil der Raucher:innen in der Altersklasse der 18- bis 29-Jährigen liegt bei Frauen bei 30,4 % und bei Männern bei 40,5 % (Richter et al., 2021). Die Prävalenz des Rauchens nimmt mit zunehmendem Bildungsgrad ab (Richter et al., 2021). Laut den Daten zum Projekt »Gesundheit Studierender in Deutschland 2017« ist die Prävalenz des Rauchens sowohl bei weiblichen (17,3 %) als auch bei männlichen Studierenden (19,6 %) deutlich geringer als der allgemeine Durchschnitt in ihrer Altersklasse (Grützmaker et al., 2018).

In der Betrachtung von studentischem Risikoverhalten spielt zudem der Alkoholkonsum eine große Rolle. Als psychoaktive Substanz kann Alkohol zu Abhängigkeit und einem erhöhtem Risiko für körperliche und psychische Erkrankungen führen (Perkins, 2002). Resultierende Organschädigungen können gravierende Konsequenzen bis zum Tod mit sich bringen (Robert Koch-Institut, 2016). Auch führt problematischer Alkoholkonsum zu einer Störung psychischer Funktionen, was sich z. B. in veränderten Schlafmustern manifestiert (Seitz & Bühringer, 2008; Singleton & Wolfson, 2009). Im Studienkontext lassen sich Verschlechterungen der akademischen Leistungen und Vernachlässigung von Pflichten beobachten (Bailer et al., 2009; Singleton & Wolfson, 2009). Studierende sind aufgrund ihres Alters besonders gefährdet, da in dieser Altersgruppe (18-29 Jahre) der Risikokonsum am größten ist (Lange et al., 2017). In der Befragung »Gesundheit Studierender in Deutschland 2017« berichteten 39,5 % der männlichen und 22,7 % der weiblichen Studierenden mindestens einmal monatlich vorkommenden Rauschkonsum (Grützmaker et al., 2018).

Cannabiskonsum kann ernst zu nehmende Schäden der physischen und psychischen Gesundheit verursachen. Dazu gehören motorische, kognitive und affektive Störungen, Depersonalisations- und Derealisationserleben sowie im Extremfall cannabisinduzierte Psychosen und Schizophrenie (Heppner et al., 2007; Kalant, 2004; Thomasius et al., 2009; Volkow et al., 2014). Gefährdet sind insbesondere Personen, die regelmäßig konsumieren (Kalant, 2004; Patton et al., 2002). In Deutschland haben knapp die Hälfte der Studierenden (45,6 %) in ihrem bisherigen Leben schon einmal Cannabis probiert (Grützmaker et al., 2018).

Ein gestörtes Essverhalten äußert sich zum Beispiel in restriktiver Nahrungsaufnahme, strengen Diätregeln, Binge Eating oder selbst herbeigeführtem Erbrechen. Gestörtes Essverhalten

hat kurz- und langfristige Folgen für die Gesundheit. So zeigten junge Menschen mit gestörtem Essverhalten u. a. eine schlechtere subjektive Gesundheit und mehr psychische Belastung – Effekte, die auch zehn Jahre später noch deutlich messbar waren (Kärkkäinen et al., 2018). Betroffen sind überwiegend weibliche Studierende, da bei ihnen Risikofaktoren wie ein negatives Körperbild sowie übermäßige Sorgen um das eigene Körpergewicht häufiger auftreten (Jacobi et al., 2005; Taylor et al., 2006).

Eine problematische Internetnutzung liegt vor, wenn sich negative Auswirkungen des Internetkonsums zeigen. Internetbasierte Aktivitäten können eine schädigende Wirkung haben (Dimidous et al., 2016). So kann intensive Social-Media-Nutzung mit verringertem Wohlbefinden einhergehen (Kross et al., 2013; Wirtz et al., 2021) und Stress verursachen (Pontes et al., 2018). Zudem wurden Zusammenhänge zwischen problematischer Internetnutzung und Depression, Ängstlichkeit, sozialer Phobie sowie Einsamkeit gefunden (Elhai et al., 2017; Keles et al., 2020). Auch eine erhöhte Ablenkung (van Zoonen et al., 2017), erschwerte Informationsverarbeitung (Jiang et al., 2016) und verminderte Lernleistung (Wood et al., 2012) können Folgen sein. Seit 2018 ist die tägliche Nutzungszeit bei den 18- bis 29-Jährigen in Deutschland konstant gestiegen und lag 2021 bei durchschnittlich 4,5 Stunden pro Tag (ARD/ZDF-Forschungskommission, 2022).

Einflussfaktoren auf das Risikoverhalten

Das Risikoverhalten lässt sich nicht vom psychischen Befinden oder der physischen Gesundheit trennen. Risikoverhalten kann dabei sowohl Folge als auch Ursache von psychischem oder physischem Wohl- bzw. Missbefinden sein. Um das Risikoverhalten zu adressieren, werden nachfolgend u. a. mögliche studiumsbezogene Belastungen sowie personale und studiumsbezogene Ressourcen diskutiert, durch die das Risikoverhalten verändert werden kann. Entsprechend dem in Kapitel »Zur systematischen Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Interventionen« eingeführten Vorgehen für gesundheitsbezogene Interventionen sollten Interventionen im Idealfall direkt an den umweltbezogenen Faktoren ansetzen, um möglichst große und nachhaltige positive Effekte auf die Gesundheit der Studierenden zu erzielen.

Zum einen können die Studienbedingungen die Wahrscheinlichkeit von Risikoverhalten erhöhen. Insbesondere ein hohes Anforderungs- und Stresserleben in der Hochschule führt häufig zu kompensierendem Risikoverhalten. Beispielsweise intensivieren sich in akademischen Stressphasen der Alkohol- und Drogenkonsum (Russell et al., 2017; Weidner et al., 1996) sowie bulimisches Essverhalten (Osberg & Eggert, 2012). Größere Handlungs- und Entscheidungsspielräume im Studium tragen hingegen zu reduziertem Risikoverhalten wie Präsentismus und überlangen Arbeitszeiten bei (Mülder et al., 2021).

Der soziale Kontext des Studiums spielt ebenfalls eine Rolle für das Risikoverhalten, beispielsweise durch subjektive soziale Normen. Was Studierende als »normal« ansehen, kann ihr eigenes Verhalten beeinflussen. Dieser Effekt ist insbesondere beim Alkoholkonsum gut dokumentiert und trägt aufgrund des vielfach überschätzten Trinkverhaltens Mitstudierender zu einem problematischen Alkoholkonsum bei (Lorant et al., 2013; Wolter et al., 2021). Soziale Einflüsse finden sich auch im Hinblick auf das Rauchverhalten bei Studierenden und teilweise stellt das Rauchen aus sozialen Gründen einen Einstieg in regelmäßiges Rauchen dar (Moran et al., 2004).

Zusätzlich wirken bestimmte persönliche Attribute der Studierenden als Prädiktoren für gesundheitsgefährdendes Verhalten. Beispielsweise begünstigt die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sowohl gestörtes Essverhalten – z. B. starke Restriktion oder Binge Eating – als auch vermehrtes Rauchen (Neumark-Sztainer et al., 2006). Soziale Ängste und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung erhöhen das Risiko für problematischen Alkoholkonsum (Gilles et al., 2006). Auch der sozioökonomische Status wird in der Forschung als wichtiger Faktor in Bezug auf gesundheitliches Risikoverhalten immer wieder bestätigt (Pampel et al., 2010).

Kernaussagen

- Knapp ein Fünftel (18,5 %) der Studierenden rauchen gelegentlich oder regelmäßig.
- 39,5 % der männlichen und 22,7 % der weiblichen Studierenden konsumieren mindestens einmal pro Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit (Rauschtrinken).
- Etwa die Hälfte der Studierenden (45,6 %) haben schon einmal Cannabis konsumiert.
- Bedeutsame Prädiktoren für Risikoverhalten sind z. B. Stress, psychisches Befinden, Selbstwirksamkeitserwartung, soziale Normen sowie Handlungs- und Entscheidungsspielräume.

Interventionen

Auf der Basis der oben beschriebenen Faktoren, die gesundheitliches Risikoverhalten begünstigen oder hemmen können, wurden Interventionen bzw. Interventionsansätze recherchiert, die diese Faktoren adressieren und somit das Risikoverhalten der Studierenden verringern. Dazu zählen sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen, die, sinnvoll kombiniert, den größtmöglichen Interventionseffekt versprechen.

Die Interventionen werden im Folgenden nach dem in »Vorwort und Einleitung« beschriebenen Schema dargestellt.

Literatur

- ARD/ZDF-Forschungskommission. (2022, 10. Februar). *Mediales Internet: tägliche Nutzungsdauer 2018-2021*. <https://www.ard-zdf-onlinestudie.de/onlinenutzung/mediales-internet-taegliche-nutzungsdauer/>
- Bailer, J., Stübinger, C., Dressing, H., Gass, P., Rist, F. & Kühner, C. (2009). Zur erhöhten Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums bei Studierenden [Increased prevalence of problematic alcohol consumption in university students]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 59(9–10), 376–379. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1215596>
- Diomidous, M., Chardalias, K., Magita, A., Koutonias, P., Panagiotopoulou, P. & Mantas, J. (2016). Social and Psychological Effects of the Internet Use. *Acta Informatica Medica*, 24(1), 66–68. <https://doi.org/10.5455/aim.2016.24.66-68>
- Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C. & Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of affective disorders*, 207, 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.030>

- Gilles, D. M., Turk, C. L. & Fresco, D. M. (2006). Social anxiety, alcohol expectancies, and self-efficacy as predictors of heavy drinking in college students. *Addictive Behaviors*, *31*(3), 388–398. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.020>
- Grützmaker, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland*. <https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/forschung/BwB/bwb-2017/index.html>
- Heppner, H., Sieber, C. & Schmitt, K. (2007). „Gewöhnlicher“ Drogenkonsum mit ungewöhnlichem Zwischenfall. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *132*(11), 560–562. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970377>
- International Agency for Research on Cancer. (2004). *Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans: Bd. 83*. WHO.
- Jacobi, C., Morris, L., Beckers, C., Bronisch-Holtze, J., Winter, J., Winzelberg, A. J. & Taylor, C. B. (2005). Reduktion von Risikofaktoren für gestörtes Essverhalten. *European Journal of Health Psychology*, *13*(2), 92–101. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.13.2.92>
- Jiang, T., Hou, Y. & Wang, Q. (2016). Does micro-blogging make us “shallow”? Sharing information online interferes with information comprehension. *Computers in Human Behavior*, *59*, 210–214. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.02.008>
- Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *28*(5), 849–863. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2004.05.027>
- Kärkkäinen, U., Mustelin, L., Raevuori, A., Kaprio, J. & Keski-Rahkonen, A. (2018). Do Disordered Eating Behaviours Have Long-term Health-related Consequences? *European Eating Disorders Review*, *26*(1), 22–28. <https://doi.org/10.1002/erv.2568>
- Keles, B., McCrae, N. & Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, *25*(1), 79–93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- Kross, E., Verduyn, P., Demiralp, E., Park, J., Lee, D. S., Lin, N., Shablack, H., Jonides, J. & Ybarra, O. (2013). Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults. *PLOS ONE*, *8*(8), e69841. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069841>
- Lange, C., Mainz, K. & Kuntz, B. (2017). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken. *Journal of Health Monitoring*, *2*(2), 74–81. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-032>
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens [Theories and models of health behavior]. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 35–60). Springer Medizin.
- Lorant, V., Nicaise, P., Soto, V. E. & d’Hoore, W. (2013). Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC public health*, *13*, 615. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3733799/pdf/1471-2458-13-615.pdf>
- Moran, S., Wechsler, H. & Rigotti, N. A. (2004). Social smoking among US college students. *Pediatrics*, *114*(4), 1028–1034. <https://doi.org/10.1542/peds.2003-0558-L>
- Mülder, L. M., Deci, N., Werner, A. M., Reichel, J. L., Tibubos, A. N., Heller, S., Schäfer, M., Pfirmann, D., Edelmann, D., Dietz, P., Beutel, M. E., Letzel, S. & Rigotti, T. (2021). Antecedents and Moderation Effects of Maladaptive Coping Behaviors Among German University Students. *Frontiers in Psychology*, *12*, 645087. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.645087>
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J. & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health

- behaviors in adolescent females and males. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 39(2), 244–251.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.001>
- Osberg, T. M. & Eggert, M. (2012). Direct and indirect effects of stress on bulimic symptoms and BMI: the mediating role of irrational food beliefs. *Eating Behaviors*, 13(1), 54–57.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.09.008>
- Pampel, F. C., Krueger, P. M. & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual review of sociology*, 36, 349–370. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>
- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M. & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*, 325(7374), 1195–1198.
<https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1195>
- Perkins, H. W. (2002). Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*(14), 91–100.
<https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.91>
- Pontes, H. M., Taylor, M. & Stavropoulos, V. (2018). Beyond "Facebook Addiction": The Role of Cognitive-Related Factors and Psychiatric Distress in Social Networking Site Addiction. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 21(4), 240–247.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0609>
- Pötschke-Langer, M., Gleich, F., Girrbaach, L., Schütz, J., Schoppa, A. & Lampert, T. (2009). *Tabakatlas Deutschland 2009* (1. Aufl.). Steinkopff Verlag. http://www.thoraxklinik-heidelberg.de/fileadmin/ohne_Kippe/Tabakatlas_2009.pdf
- Pötschke-Langer, M., Kahnert, S., Schaller, K., Viarisio, V., Heidt, C., Schunk, S., Mons, U. & Fode, K. (2015). *Tabakatlas 2015* (1. Aufl.). Pabst Science Publishers.
<http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-2015-final-web-dp-small.pdf>
- Richter, A., Schienkiwitz, A., Starker, A., Krug, S., Domanska, O., Kuhnert, R., Loss, J. & Mensink, G. (2021). Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 6(3), 3–27.
<https://doi.org/10.25646/8460>
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2016). *Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis). Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile
- Russell, M. A., Almeida, D. M. & Maggs, J. L. (2017). Stressor-related drinking and future alcohol problems among university students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(6), 676–687.
<https://doi.org/10.1037/adb0000303>
- Seitz, H. & Bühringer, G. (2008). *Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke*. Hamm. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Singleton, R. A. & Wolfson, A. R. (2009). Alcohol consumption, sleep, and academic performance among college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(3), 355–363.
- Taylor, C. B., Bryson, S., Luce, K. H., Cunning, D., Doyle, A. C., Abascal, L. B., Rockwell, R., Dev, P., Winzelberg, A. J. & Wilfley, D. E. (2006). Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry*, 63(8), 881–888.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.8.881>

- Thomasius, R., Weymann, N., Stolle, M. & Petersen, K. U. (2009). Cannabiskonsum und -missbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Auswirkungen, Komorbidität und therapeutische Hilfen. *Psychotherapeut*, 54(3), 170–178. <https://doi.org/10.1007/s00278-009-0662-x>
- van Zoonen, W., Verhoeven, J. W. & Vliegenthart, R. (2017). Understanding the consequences of public social media use for work. *European Management Journal*, 35(5), 595–605. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2017.07.006>
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M. & Weiss, S. R. B. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *The New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219–2227. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1402309>
- Weidner, G., Kohlmann, C.-W., Dotzauer, E. & Burns, L. R. (1996). The effects of academic stress on health behaviors in young adults. *Anxiety, Stress & Coping*, 9(2), 123–133. <https://doi.org/10.1080/10615809608249396>
- Wirtz, D., Tucker, A., Briggs, C. & Schoemann, A. M. (2021). How and Why Social Media Affect Subjective Well-Being: Multi-Site Use and Social Comparison as Predictors of Change Across Time. *Journal of Happiness Studies*, 22(4), 1673–1691. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00291-z>
- Wolter, C., Lesener, T., Thomas, T. A., Hentschel, A.-C. & Gusy, B. (2021). Finding the Right Balance: A Social Norms Intervention to Reduce Heavy Drinking in University Students. *Frontiers in public health*, 9, Artikel 653435. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653435>
- Wood, E., Zivcakova, L., Gentile, P., Archer, K., Pasquale, D. de & Nosko, A. (2012). Examining the impact of off-task multi-tasking with technology on real-time classroom learning. *Computers & Education*, 58(1), 365–374. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2011.08.029>

6.2 Aktion BOB

Ziel

Das Ziel der Intervention ist die Vermeidung von Autofahren unter Alkoholeinfluss und dadurch die Prävention von alkoholbedingten Verkehrsunfällen.

Theoretischer Hintergrund

Vor allem junge Menschen verursachen immer wieder schwere Verkehrsunfälle. So stellte beispielsweise das Statistische Bundesamt (2019a) fest, dass jeder fünfte Unfall mit Personenschaden (18,2 %), bei dem ein Pkw der Hauptverursacher war, von einem bzw. einer 18- bis 24-Jährigen verursacht wurde. Somit sind Fahranfänger:innen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren überproportional häufig an schweren Verkehrsunfällen beteiligt. Nach überhöhter Geschwindigkeit stellt Alkoholeinfluss die Hauptunfallursache dar (Statistisches Bundesamt, 2019a). Fahren unter Alkoholeinfluss scheint insbesondere bei jüngeren Verkehrsteilnehmer:innen ein Problem zu sein. 17,2 % der Unfallbeteiligten unter Alkoholeinfluss waren zwischen 18 und 24 Jahre alt, weitere 24,9 % waren zwischen 25 und 34 Jahre alt (Statistisches Bundesamt, 2019b).

Aktion BOB¹⁸ adressiert dieses Problem und läuft in anderen EU-Staaten, vor allem in Belgien, sehr erfolgreich. Etwa 96 % der belgischen Bevölkerung kennen das Programm, über 50 % waren schon einmal aktiv am Programm beteiligt (<http://www.aktion-bob.de/historie.html>). Die Intervention wurde 1995 in Belgien durch das belgische Institut VIAS in Zusammenarbeit mit Brauereien entwickelt. In Deutschland gibt es die BOB Kampagne seit 2007 in Mittelhessen und inzwischen auch in weiteren Bundesländern (z. B. Saarland, Bayern und Rheinland-Pfalz) und ist auch in vielen anderen europäischen Ländern verbreitet (Meinhard, 2019). Die Intervention zielt darauf ab, dass sich eine Person dazu verpflichtet, auf Alkohol zu verzichten und eine oder mehrere Personen später zu fahren, die Alkohol konsumiert haben (Barr & MacKinnon, 1998). Interventionen dieser Art werden als »Designierte Fahrer-Programme« (Nielson & Watson, 2009; Winsten, 1994) bezeichnet.

Das Ziel der Intervention ist es, alkoholbedingte Verkehrsunfälle zu reduzieren, indem:

- eine Alternative zum Fahren unter Alkoholeinfluss bereitgestellt wird,
- die Norm für alkoholfreies Fahren gefördert wird und
- eine verantwortungsvolle Vorausplanung des Transports bzw. der Reise gefördert wird (Nielson & Watson, 2009).

Zentral ist die Veränderung der Einstellungen und Normen von Personen mit einem Risiko für das Fahren unter Alkoholeinfluss. Durch die Ermutigung der Fahrer:innen, alkoholfrei zu bleiben, fördert die Intervention eine neue soziale Norm des Nichttrinkens (Nielson & Watson, 2009).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Maßnahme zielt insbesondere auf junge Fahrer:innen im Alter von bis zu 25 Jahren ab.

¹⁸ BOB ist keine Abkürzung, sondern ein Phantasiename, der leicht einzuprägen ist und somit einen hohen Wiedererkennungswert besitzt (Meinhard, 2019).

Aufbau (Gegenstände/Module)

BOB ist die Bezeichnung für die Person einer Gruppe, die nach vorheriger Absprache am betreffenden Abend keinen Alkohol trinkt und sich und seine:ihre Mitfahrer:innen sicher nach Hause bringt. Er oder sie dokumentiert die Verantwortungsübernahme für die Gruppe nach außen, indem er oder sie sich durch einen gelben BOB-Schlüsselanhänger zu erkennen gibt.

Kompensation für die Verantwortungsübernahme ist üblicherweise ein kostenloses, alkoholfreies Getränk für BOB in teilnehmenden Gaststätten, Kneipen und Diskotheken (Meinhard, 2019). Vertreter:innen der Aktion regen Gaststätten, Kneipen und Diskotheken zur Teilnahme an. Förderlich wäre im Zuge der Umsetzung der Aktion BOB also insbesondere eine Beteiligung von Bars und Kneipen, die sich auf dem Campus oder in der Nähe der Hochschule befinden.

In Mittelhessen werden die gelben BOB-Schlüsselanhänger bspw. über die Geschäftsstellen der teilnehmenden Zeitungsverlage, den Polizeidienststellen des Polizeipräsidiums Mittelhessen sowie im Rahmen von Veranstaltungen verteilt (weitere Informationen auf den Projektseiten des Polizeipräsidiums Mittelhessen unter: <https://ppmh.polizei.hessen.de/ueber-uns/regional/aktion-bob/>).

Häufigkeit

Die Intervention ist jederzeit in allen teilnehmenden Lokalen durchführbar.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Erforderlich ist Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung der Intervention. Weiterhin muss eine Zusammenarbeit mit Bars und Kneipen in Campusnähe zur Umsetzung initiiert werden.

Erforderliche Qualifikation

Für die Umsetzung der Maßnahme sind keine personellen Qualifikationen erforderlich.

Ergänzungen/Erweiterungen

Einige solcher Designierte Fahrer-Programme (siehe theoretischer Hintergrund) nutzen Anreize, um die breitere Nutzung zu fördern (Nielson & Watson, 2009). Auch Aktion BOB hat diese Anreizkomponente in Form eines kostenlosen alkoholfreien Getränks für designierte Fahrer:innen umgesetzt.

Das Präventionsprogramm kann durch weitere zusätzliche Maßnahmen wie z.B. Workshops in Oberstufenzentren, Ausbildungsbetrieben und anderen Institutionen ergänzt werden (Meinhard, 2019). In diesen Workshops im Umfang von 45 Minuten werden die zielgruppenspezifischen Gefahren im Straßenverkehr, insbesondere als Folgen von Alkohol, interaktiv erarbeitet. Es werden Diskussionen zu Risiken des Alkoholkonsums geführt sowie themenspezifische Filme gezeigt. Wichtiger Themen sind dabei der Auf- und Abbau der Blutalkoholkonzentration, Grenzwerte und Rechtsfolgen, Statistiken zu Verkehrsunfällen, finanzielle Aspekte oder auch die Wirkung von Drogen und Medikamenten. Rauschbrillen können zur Simulation eines Rauschzustands eingesetzt werden (Meinhard, 2019).

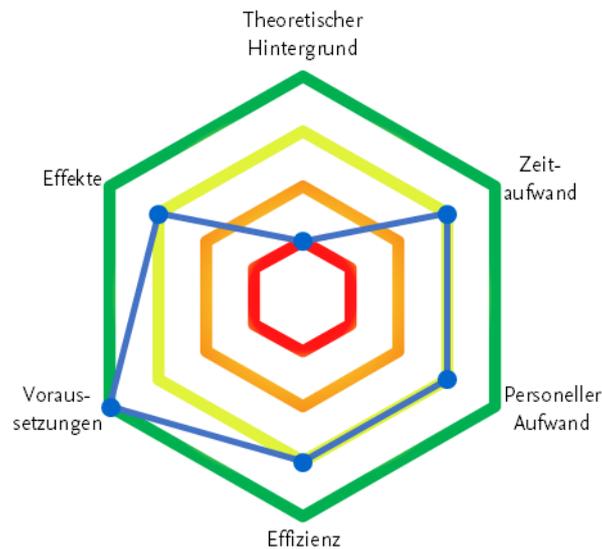
Effektivität und Evaluation

Im Rahmen einer Evaluationsstudie wurden die Verkehrsunfallzahlen der Jahre 2006 (Einführung von BOB in 2007) bis 2011 mit dem Schwerpunkt bei 18-24 jährigen Fahrer:innen mit und ohne Alkoholeinfluss in Hessen verglichen (Röser et al., 2012). Landkreise, in denen BOB eingeführt wurde, wurden mit anderen Landkreisen ohne BOB und der Entwicklung in Hessen insgesamt verglichen. Die Unfälle nach Alkoholkonsum im Bereich der BOB-Region gingen signifikant zurück. Dieser Trend fiel bei den 18- bis 24-Jährigen am deutlichsten aus (Röser et al., 2012). Im Landkreis Lahn-Dill (BOB-Region) ist die Gesamtzahl der Unfälle der 18-24 Jährigen unter Alkoholeinfluss im Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2006 um 58 % zurückgegangen, im statistisch vergleichbaren Landkreis Limburg-Weilburg (keine BOB-Region) hingegen nahmen die Unfälle um 9 % zu (Röser et al., 2012). Bei einem Vergleich der Unfälle der 18-24 Jährigen unter Alkoholeinfluss in Mittelhessen (BOB-Region) mit dem gesamten Bundesland Hessen (ohne Mittelhessen), nahmen die Unfälle in der BOB-Region stärker ab (44 %) als in Hessen insgesamt (27 %; Röser et al., 2012). Wie groß der Anteil der Aktion BOB am Zustandekommen dieser Unterschiede war, ist jedoch unklar (Röser et al., 2012). Die Prozessevaluation zeigte weiterhin einen hohen Bekanntheitsgrad und eine hohe Akzeptanz gegenüber der Intervention in den Einsatzgebieten auf (Röser et al., 2012).

Bewertung

Die Intervention leitet sich aus praktischen Überlegungen ab. Strukturelle Ursachen von Risikoverhalten werden durch diese Intervention teilweise adressiert. Für die erfolgreiche Implementierung der Intervention sind Kooperationen mit relevanten Lokalen notwendig. Der Kontaktaufbau und die -pflege zu den Lokalen erfordert nur moderate zeitliche und personelle Ressourcen. Die Intervention ist auf die Altersgruppe der Studierenden zugeschnitten und leicht in den Hochschulkontext integrierbar, jedoch dort noch nicht evaluiert. Die Befunde aus einer Studie im deutschsprachigen Raum legen aber einen Beitrag zur Reduktion alkoholassoziierter Unfälle nahe. Allerdings fehlen derzeit noch Daten aus randomisiert-kontrollierten Studien sowie zu Langzeiteffekten.

Insgesamt stellt die Intervention eine einfache und praktische Möglichkeit zur Förderung des Bewusstseins für alkoholfreies Fahren dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,8 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Weitere Informationen zum Projekt sowie Materialien zum Herunterladen können unter <http://www.aktion-bob.de/index.html> abgerufen werden.
- Die Aktion BOB ist als Präventionsprogramm in der »Grünen Liste Prävention« des Landespräventionsrates empfohlen, siehe: <https://www.gruene-liste-praevension.de/nano.cms/datenbank/programm/92>.

Literatur

- Barr, A. & MacKinnon, D. P. (1998). Designated driving among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(5), 549–554. <https://doi.org/10.15288/jsa.1998.59.549>
- Meinhard, G. (2019). *"Klare Sicht...!?! Evaluation der Wirksamkeit eines primärpräventiven Programms zur Erhöhung der Verkehrssicherheit"* [Dissertation]. Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn.
- Nielson, A. L. & Watson, B. (2009). The Effectiveness of Designated Driver Programs. *Journal of the Australasian College of Road Safety*, 20(2), 32–37.
- Röser, F., Hamburger, K. & Knauff, M. (2012). *Evaluation der Aktion BOB: Befragungen und statistische Analyse: Abschlussbericht*. Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Statistisches Bundesamt. (2019a, 7. Oktober). *Unfälle von 18- bis 24-Jährigen im Straßenverkehr 2018*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-18-bis-24-jaehrigen-5462406187004.pdf?__blob=publicationFile

- Statistisches Bundesamt. (2019b, 8. November). *Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr 2015*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-alkohol-5462404187004.pdf?__blob=publicationFile
- Winsten, J. A. (1994). Promoting Designated Drivers: The Harvard Alcohol Project. *American Journal of Preventive Medicine*, 10(3), 11–14. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)30544-0](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)30544-0)

6.3 Alcohol Expectancy Challenge

Ziel

Das Ziel dieser Interventionen ist, alkoholbezogene Denkmuster zu verändern und so den Alkoholkonsum zu reduzieren.

Theoretischer Hintergrund

Alcohol Expectancy Challenge (kurz: Erwartungs-Challenge, EC) ist ein evidenzbasierter Ansatz, dem die Erwartungstheorie¹⁹ zugrunde liegt. Sie wird u. a. eingesetzt, um den Alkoholkonsum bei Studierenden zu reduzieren (Lau-Barraco & Dunn, 2008). Alkoholbezogene Erwartungen sind Kognitionen über bzw. Überzeugungen hinsichtlich affektiver und verhaltensbezogener Effekte von Alkohol (Schreiner, 2010). Die Intervention gründet auf der Annahme, dass alkoholbezogene Erwartungen ein wichtiger Einflussfaktor auf den eigentlichen Konsum sind (Lau-Barraco & Dunn, 2008).

Mit der Intervention sollen bestimmte Denkmuster verändert werden, insbesondere in Bezug auf die Auswirkungen von Alkoholkonsum. Dafür werden alternative Denkmuster vorgeschlagen, z. B. dass die antizipierten Folgen von Alkohol vor allem Placebo-Effekte sein könnten (Darkes & Goldman, 1993). Bei der Intervention ist vor allem die Kombination aus Information und Erfahrungslernen wirksam (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2002).

Positive alkoholbezogene Erwartungen sprechen für das Trinken von Alkohol (z. B. „Ich erwarte, der Mittelpunkt der Party zu sein, wenn ich ein paar Drinks konsumiere“), negative Erwartungen (z. B. „Ich erwarte, einen Kater zu haben, wenn ich ein paar Drinks konsumiere“) hingegen sprechen dagegen (Jones et al., 2001).

Die ersten Interventionen dieser Art wurden von Darkes und Goldman (1993, 1998) entwickelt. Seitdem wurden fortlaufend verschiedene Interventionen nach diesem Ansatz in unterschiedlichen Formaten (siehe Aufbau) und für unterschiedliche Zielgruppen (u. a. Studierende) gestaltet (vgl. Cruz, 2006; Cruz & Dunn, 2003; Dietz, 2016; Dunn et al., 2000; Dunn et al., 2020; Dunn et al., 2022; Fried, 2013; Fried & Dunn, 2012; Lau-Barraco & Dunn, 2008; Schreiner, 2010; Sivasithamparam, 2011; Wood et al., 2007).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an alle Studierenden, insbesondere an diejenigen, die Alkohol konsumieren und ihr Konsumverhalten ändern möchten.

Bei der Intervention von Schreiner (2010) nahmen alle Teilnehmenden einer Lehrveranstaltung an der Intervention teil. Diese war als Kurs-Aktivität Teil des regulären Lehrplans.

¹⁹ Erwartungstheorien gehen auf die Theorie des sozialen Lernens nach Bandura (1977) zurück.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Nachfolgend werden beispielhaft eine klassische Variante im simulierten Bar-Setting (Lau-Barraco & Dunn, 2008) sowie eine Version für große Lehrveranstaltungen mit über 100 Teilnehmenden (Schreiner, 2010) vorgestellt.

Alcohol Expectancy Challenge im simulierten Bar-Setting

Die Intervention von Lau-Barraco und Dunn (2008) stellt eine Modifikation der ursprünglichen Version (Darkes & Goldman, 1993, 1998) dar und besteht aus einer einzelnen Sitzung, die inhaltlich geschlechtsspezifisch gestaltet wurde, um den Unterschieden in den alkoholbezogenen Erwartungen zwischen männlichen und weiblichen Personen Rechnung zu tragen. Bei dieser Intervention im simulierten Bar-Setting werden den Teilnehmenden Getränke serviert, wobei sie nicht wissen, ob es sich um alkoholische oder Placebo-Getränke handelt (Lau-Barraco & Dunn, 2008). Ein »Barkeeper« mixt auf der Bar vor Teilnehmenden die Getränke, wobei es für die Teilnehmenden so aussieht, als seien alle Getränke mit Alkohol. Ausschließlich der Barkeeper weiß, wer wirklich Alkohol erhielt (Dunn et al., 2000). Jeder Person werden entweder zwei alkoholische oder zwei Placebo-Getränke serviert. Während sie ihre Getränke zu sich nahmen, spielen die Teilnehmenden ca. eine halbe Stunde Gesellschaftsspiele, um eine ausgelassene Atmosphäre zu schaffen. So soll eine reale Trinksituation simuliert werden (Dunn et al., 2000; Lau-Barraco & Dunn, 2008). Anschließend sollen die Teilnehmenden unabhängig voneinander angeben, wer aus der Gruppe Alkohol konsumiert hat, und warum sie dies annahm (Lau-Barraco & Dunn, 2008). Im Anschluss daran fand eine Diskussion zur Erwartungstheorie und den pharmakologischen bzw. Erwartungseffekten von Alkohol statt, die auf der (fehlerhaften) Einschätzung des eigenen sowie des Alkoholkonsums der Anderen beruht (Lau-Barraco & Dunn, 2008).

Die Teilnehmenden waren oft ungenau in ihren Einschätzungen, wer getrunken hatte und führten häufig widersprüchliche Verhaltensweisen an, die sie zu ihren Schlussfolgerungen veranlassten, z. B. „Sie hat getrunken, weil sie heiter war.“ oder „Er hat viel geredet, also glaube ich, dass er getrunken hat.“ (Lau-Barraco & Dunn, 2008). Anschließend berichtete der Barkeeper, wer in der Gruppe tatsächlich alkoholische Getränke erhalten hatte. Eins der Ziele dieser Übung ist, den Teilnehmenden zu zeigen, dass sie bei moderaten Alkoholdosen in einem angenehmen sozialen Kontext nicht ohne weiteres feststellen können, ob sie oder jemand anderes tatsächlich Alkohol konsumiert hat oder nicht (Dunn et al., 2000). Diese Erfahrung ging dann über in eine Diskussion zu den von den Teilnehmenden erwarteten und den pharmakologischen Wirkungen von Alkohol. Die Sitzung endete mit einer Atemanalyse, die sicherstellte, dass kein:e Teilnehmer:in mit einer Blutalkoholkonzentration von über 0,02 Promille das Labor verlässt (Lau-Barraco & Dunn, 2008).

Expectancy Challenge Alcohol Literacy Curriculum

Eine zweite Version der Intervention erfordert keinen Alkohol und wird nicht in dem simulierten Bar-Setting ausgetragen (Fried & Dunn, 2012; Schreiner, 2010). Diese Methode ist auch bekannt als »Expectancy Challenge Alcohol Literacy Curriculum« (ECALC; vgl. Sivasithamparam et al., 2008). Die Version von Schreiner (2010) hat den Vorteil, dass sie für sehr große Lehrveranstaltungen mit über 100 Studierenden geeignet ist. In einem Vortrag werden die sedierende Wirkung von Alkohol sowie alkoholbezogene Denkmuster und Erwartungshaltungen thematisiert. Die Intervention beginnt mit einer Wortlisten-Übung (sog. »Expectancy Word List Activity«; siehe weiterführende Informationen). Diese Liste beinhaltet Wörter, die verschiedene Erwartungen in Bezug auf die Wirkung von Alkohol repräsentieren (z. B. entspannt, gesprächig).

Die Teilnehmenden werden dazu aufgefordert, alle Erwartungen auf der Liste einzukreisen, die sie mit Alkoholkonsum verbinden. Ihnen werden dann Werbeanzeigen präsentiert, die erwartete anregende und sedierende Wirkungen von Alkohol darstellen. Die nächste Aufgabe besteht darin, die in jeder Werbung beworbenen Erwartungseffekte zu identifizieren und Widersprüche zu erkennen. Anschließend werden die pharmakologischen Auswirkungen (Alkohol als Beruhigungsmittel) den erwarteten Wirkungen gegenübergestellt und häufige Missverständnisse über die Wirkung auf den:die Einzelne:n diskutiert. Am Ende des Vortrags kehren die Studierenden zu der Wortlistenaktivität zurück und sollen alle eingekreisten Wörter von der Liste streichen, die als »erwartete Effekte« von Alkohol identifiziert wurden (Schreiner, 2010).

Häufigkeit

Die Intervention von Lau-Barraco und Dunn (2008), welche als Gruppenspiel in einer simulierten Bar gestaltet ist, besteht aus einer einzelnen Sitzung, die etwa 90 bis 120 Minuten dauert. Die Gruppengröße beträgt ca. 8-12 Teilnehmende.

Da die Version für große Gruppen (Schreiner, 2010) als Teil des regulären Lehrplans stattfinden kann, nehmen alle Studierenden der Veranstaltung daran teil. Für die Intervention sind etwa 45 bis 50 Minuten vorgesehen.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Für die klassische Version (vgl. Lau-Barraco & Dunn, 2008) sind räumliche, personelle sowie materielle Ressourcen erforderlich. Dazu zählen u. a. die Organisation von Räumlichkeiten, in denen das Gruppenspiel durchgeführt werden kann, sowie von Mobiliar zur Aufbereitung des »Bar-Settings« sowie alkoholische und nicht-alkoholische Getränke, die im Rahmen der Bar-Simulation den Teilnehmenden serviert werden.

Das curriculare Programm (vgl. Schreiner, 2010) hat den Vorteil, nicht auf die oben erwähnten klassischen Elemente angewiesen zu sein. Da es in eine bestehende Veranstaltung integriert werden kann, erfordert es kaum zusätzliche Ressourcen.

Erforderliche Qualifikation

Für das curriculare Programm benötigt der:die Moderator:in Wissen in den Bereichen Pharmakologie von Alkohol und Alkoholerwartungen und müsste entsprechend geschult werden (Schreiner, 2014).

Ergänzungen/Erweiterungen

Das ECALC-Programm gibt es auch im digitalen Format (vgl. Dietz, 2016; Dotson et al., 2014; Flori, 2020; Fried, 2013; Schreiner, 2014). Dieses digital unterstützte Programm kann auch von Laien nach einer kurzen Schulung durchgeführt werden und erfordert somit kein Expertenwissen (vgl. Schreiner, 2014).

Effektivität und Evaluation

Lau-Barraco und Dunn (2008) evaluierten die Intervention im simulierten Bar-Setting mithilfe einer randomisiert-kontrollierten Studie mit einer Stichprobe von Studierenden mit starkem Alkoholkonsum (sog. Rauschtrinken). Evaluiert wurde die Veränderung des Alkoholkonsums sowie der alkoholbezogenen Erwartungen. Einen Monat nach der Intervention berichteten die Teilnehmenden der Interventionsgruppe eine signifikante Reduktion ihres Alkoholkonsums sowie selteneres Rauschtrinken. Darüber hinaus gab es Veränderungen in einigen der erfassten alkoholbezogenen Erwartungen. Teilnehmende der Interventionsgruppe berichteten einen Monat nach der Intervention sowohl weniger allgemeine positive Erwartungen durch Alkoholkonsum (z. B. „Trinken lässt die Zukunft heller erscheinen“) als auch weniger spezifische Erwartungen, dass Alkohol die soziale Kompetenz verstärkt (z. B. „Ein paar Drinks erleichtern mir das Gespräch mit anderen“). Auch ihre Erwartungen, dass Alkohol entspannt und Anspannung reduziert, waren tendenziell weniger stark ausgeprägt. Die Veränderungen in den alkoholbezogenen Erwartungen vermittelten den Effekt der Intervention auf den reduzierten Alkoholkonsum. Bei Teilnehmenden der Kontrollgruppen zeigten sich weder eine Veränderung im Alkoholkonsum noch in den alkoholbezogenen Erwartungen (Lau-Barraco & Dunn, 2008).

Schreiner (2010) evaluierte die Intervention für große Gruppen mit einem quasi-experimentellen Design. Die Intervention hatte einen signifikanten Effekt auf die Anzahl der durchschnittlich konsumierten alkoholischen Getränke pro Trinkgelegenheit. Insbesondere bei männlichen Studierenden der Interventionsgruppe reduzierte sich der Alkoholkonsum, während dieser bei männlichen Studierenden in der Kontrollgruppe anstieg. Im Hinblick auf die Veränderung von alkoholbezogenen Erwartungen erwies sich die Intervention ebenfalls als wirksam: Teilnehmende der Intervention berichteten im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant weniger positive alkoholbezogene Erwartungen hinsichtlich Geselligkeit (z. B. „Ich wäre kontaktfreudig“), den empowernden Effekten von Alkohol (z. B. „Ich würde mich mutig fühlen“), Risiko und Aggression (z. B. „Ich würde mich dominant fühlen“), Sexualität (z. B. „Ich würde Sex mehr genießen“) sowie Spannungsabbau durch Alkohol (z. B. „Mein Körper würde sich entspannt anfühlen“). Außerdem erwarteten Teilnehmende der Intervention mehr kognitive und verhaltensbezogene Beeinträchtigungen durch Alkohol (z. B. „Mir würde schwindelig werden“, „Meine Reaktionen wären langsam“). Zusätzliche Analysen mit einer Substichprobe der Teilnehmenden mit besonders starkem und riskantem Alkoholkonsum ergaben einen besonders großen Effekt der Intervention auf die Reduktion der durchschnittlichen sowie maximalen Getränke pro Trinkgelegenheit (Schreiner, 2010).

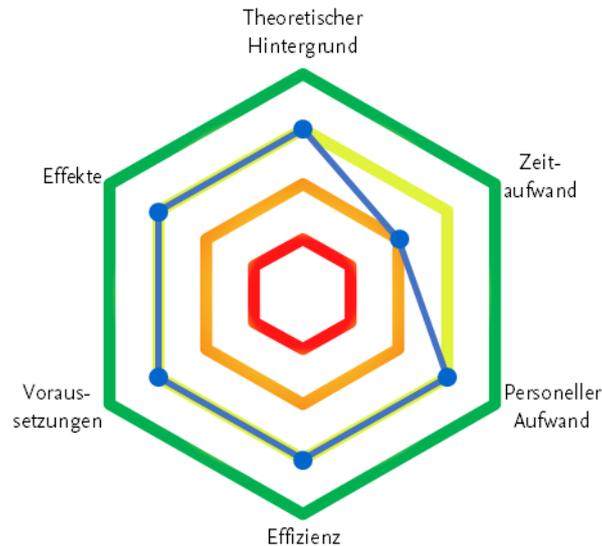
Fried und Dunn (2012) konnten die vorangegangenen Ergebnisse auf den Alkoholkonsum und alkoholbezogene Erwartungen weitgehend replizieren. Die Intervention war besonders wirksam bei männlichen Studierenden mit starkem Alkoholkonsum (Fried & Dunn, 2012).

Bewertung

Die Bewertung bezieht sich auf das für große Lehrveranstaltungen konzipierte ECALC-Programm. Die Intervention ist durch die Erwartungstheorie begründet und formuliert dessen Wirkketten. Strukturelle Ursachen des Alkoholkonsums werden jedoch nicht adressiert. Der Zeit- und personelle Aufwand zur Umsetzung dieser Intervention ist moderat. Erforderlich ist die inhaltliche Ausgestaltung des Moduls für die Lehrveranstaltungen, wobei online Materialien dazu verfügbar sind. Empfohlen ist auch eine kurze Schulung der Moderierenden. Da die Intervention explizit auf Studierende zugeschnitten ist, ist sie leicht in den Hochschulkontext

integrierbar. Der Alkoholkonsum wurde reduziert sowie alkoholbezogene Erwartungen korrigiert. Es fehlen jedoch Daten zu Langzeiteffekten.

Insgesamt stellt die Intervention eine gute und effiziente Möglichkeit zur Reduktion von (riskantem) Alkoholkonsum sowie der Veränderung alkoholbezogener Denkmuster dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 2,8 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Auf den Internetseiten der *Eastern Illinois University* lassen sich unter dem Suchbegriff „Expectancy Challenge Alcohol Literacy Curriculum“ diverse Beiträge zum Thema finden, z. B. ein Trainingsmanual für ECALC unter https://www.eiu.edu/ihec/ECALC_Training_Manual.pdf oder eine Beispiel-Präsentation der ECALC, welches die Wortlisten-Übung beinhaltet, unter https://www.eiu.edu/ihec/Expectancy_Challenge_Alcohol_Literacy_Curriculum.pdf u.v.m.

Literatur

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory. Prentice-Hall series in social learning theory.* Prentice-Hall.
- Cruz, I. Y. (2006). *Reducing alcohol consumption among high school students by challenging alcohol expectancies* [Dissertation]. University of Central Florida, Florida.
- Cruz, I. Y. & Dunn, M. E. (2003). Lowering risk for early alcohol use by challenging alcohol expectancies in elementary school children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 493–503. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.493>
- Darkes, J. & Goldman, M. S. (1993). Expectancy challenge and drinking reduction: experimental evidence for a mediational process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 344–353. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.2.344>

- Darkes, J. & Goldman, M. S. (1998). Expectancy challenge and drinking reduction: Process and structure in the alcohol expectancy network. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *6*(1), 64–76. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.6.1.64>
- Dietz, A. R. (2016). *Evaluation of the expectancy challenge alcohol literacy curriculum (ECALC) for high school students* [Dissertation]. University of Central Florida, Florida.
- Dotson, K. B., Herring, D., Dietz, A., Shah, M. & Dunn, M. E. (2014). *The Expectancy Challenge Alcohol Literacy Curriculum (ECALC): Implementation of a Digital Translation with High School Students*. Conference: Research Society on Alcoholism. Bellevue, WA. https://www.researchgate.net/profile/keri-bayley/publication/267153824_the_expectancy_challenge_alcohol_literacy_curriculum_ealc_implementation_of_a_digital_translation_with_high_school_students <https://doi.org/10.13140/2.1.1886.4640>
- Dunn, M. E., Fried-Somerstein, A., Flori, J. N., Hall, T. V. & Dvorak, R. D. (2020). Reducing alcohol use in mandated college students: A comparison of a Brief Motivational Intervention (BMI) and the Expectancy Challenge Alcohol Literacy Curriculum (ECALC). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *28*(1), 87–98. <https://doi.org/10.1037/pha0000290>
- Dunn, M. E., Lau, H. C. & Cruz, I. Y. (2000). Changes in activation of alcohol expectancies in memory in relation to changes in alcohol use after participation in an expectancy challenge program. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *8*(4), 566–575. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.8.4.566>
- Dunn, M. E., Schreiner, A., Flori, J. N., Crisafulli, M. J., Willis, E. A., Lynch, G. T., Leary, A. V. & Dvorak, R. D. (2022). Effective prevention programming for reducing alcohol-related harms experienced by first year college students: Evaluation of the expectancy challenge alcohol literacy curriculum (ECALC). *Addictive Behaviors*, *131*, 107338. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107338>
- Flori, J. N. (2020). *Changes in likely activation patterns of alcohol expectancies after exposure to the expectancy challenge alcohol literacy curriculum (ECALC)* [Masterarbeit]. University of Central Florida.
- Fried, A. B. (2013). *Evaluation of digitally enhanced expectancy challenge alcohol literacy curriculum for use with mandated college students* [Dissertation]. University of Central Florida, Florida.
- Fried, A. B. & Dunn, M. E. (2012). The Expectancy Challenge Alcohol Literacy Curriculum (ECALC): a single session group intervention to reduce alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, *26*(3), 615–620. <https://doi.org/10.1037/a0027585>
- Görge, T. & Nowak, S. (2013). *Alkohol und Gewalt: eine Analyse des Forschungsstandes zu Phänomenen, Zusammenhängen und Handlungsansätzen*. Münster. Deutsche Hochschule der Polizei.
- Jones, B. T., Corbin, W. & Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction*, *96*, 57–72.
- Lau-Barraco, C. & Dunn, M. E. (2008). Evaluation of a single-session expectancy challenge intervention to reduce alcohol use among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, *22*(2), 168–175. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.22.2.168>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2002). *A call to action: changing the culture of drinking in U.S. colleges*.
- Schreiner, A. (2010). *Evaluation of an expectancy challenge curriculum in reducing high risk alcohol use among college students when modified for large classes* [Masterarbeit]. University of Central Florida, Florida.

- Schreiner, A. (2014). *Evaluation of a digitally-automated alcohol curriculum designed to alter expectancies and alcohol in use first-year college students* [Dissertation]. University of Central Florida.
- Sivasithamparam, J. (2011). *Evaluation of the expectancy challenge alcohol literacy curriculum (ECALC) for reducing alcohol use among high school students* [Dissertation]. University of Central Florida, Florida.
- Sivasithamparam, J., Hall, T. V. & Dunn, M. E. (2008). *CALC 101: The collegiate alcohol literacy curriculum as a prevention approach for high-risk drinking in first-year college student*. Poster presented at the annual meeting of the American College Health Association. Florida.
- Wood, M. D., Capone, C., Laforge, R., Erickson, D. J. & Brand, N. H. (2007). Brief motivational intervention and alcohol expectancy challenge with heavy drinking college students: a randomized factorial study. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2509–2528.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.06.018>

6.4 Botschaften zum Rauschtrinken

Ziel

Mithilfe dieser kurzen Intervention, bei der Botschaften zum Rauschtrinken versendet werden, soll der Alkoholkonsum von Studierenden reduziert werden. Die Botschaften sprechen die Kognitionen und Einstellungen zum Alkoholkonsum an und sollen so den Konsum mindern.

Theoretischer Hintergrund

Der Alkoholkonsum, darunter auch das Rauschtrinken, nimmt zu, wenn junge Menschen an die Hochschule kommen (Norman et al., 2018). Studien belegen, dass Studierende häufiger zu riskantem Alkoholkonsum neigen als gleichaltrige Nichtstudierende (Bailer et al., 2009). Das Rauschtrinken (engl. *Binge Drinking*) ist assoziiert mit einem erhöhten Risiko von negativen sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen sowie mit einer niedrigeren akademischen Leistung (Norman et al., 2018). Daher stellt der Übergang zur Hochschule einen idealen Zeitpunkt dar, um auf die mit dem Alkoholkonsum verbundenen Probleme aufmerksam zu machen und so einen Anstieg des Alkoholkonsums zu verhindern (Norman et al., 2018).

Der Intervention liegt die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior, TPB; Ajzen, 1988) zugrunde. Ihr zufolge ist die wichtigste Determinante des Verhaltens einer Person ihre Absicht (Intention), ein bestimmtes Verhalten auszuführen (Lindgren et al., 2021; Norman et al., 2018). Die Intention wird insbesondere durch die drei Merkmale (1) Einstellungen (z. B.: Alkohol macht mich lockerer), (2) subjektive Normen (z. B.: Ich trinke genau so viel wie meine Freund:innen) sowie (3) die wahrgenommene Verhaltenskontrolle (z. B.: Es fällt mir schwer weniger Alkohol zu trinken) bestimmt (Norman et al., 2018). Erweiterungen der TPB unterscheiden zudem zwischen affektiven und kognitiven Einstellungen, subjektiven und beschreibenden Normen sowie Selbstwirksamkeit und wahrgenommener Kontrolle (Fishbein & Ajzen, 2010).

Diese drei die Intention formenden Merkmale werden im Rahmen der Intervention mit Botschaften adressiert.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich primär an Studierende, die Alkohol konsumieren. Die Botschaften können aber auch – wie in der Studie von Norman et al. (2018) – an alle neuen Studierenden in der Studieneingangsphase versendet werden.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die versendeten Botschaften versuchen zu vermitteln, dass

- Spaß an der Hochschule auch ohne Alkoholkonsum möglich ist,
- Rauschtrinken an der Hochschule negative Auswirkungen auf das Studium hat,
- Freundschaften zu Rauschtrinkenden die Wahrscheinlichkeit von Rauschtrinken an der Hochschule erhöhen.

Die Botschaften setzen sich jeweils aus einem Text- und einem Video-Element zusammen. Jede Botschaft umfasst zwischen 200 und 250 Wörter (Norman et al., 2019). Beispiele für die

Botschaften sind unter https://sheffieldpsychology.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_etUpaB-jUW5PoapL verfügbar.

Die erste Botschaft [„Du kannst ohne Rauschtrinken Spaß an der Hochschule haben“] skizziert verschiedene Möglichkeiten, neue Leute kennenzulernen und Spaß ohne exzessiven Alkoholkonsum zu haben. Als ein Beispiel wird der Beitritt zu Vereinen/Gruppen aufgeführt (Norman et al., 2018).

Die zweite Botschaft [„Rauschtrinken ist nicht gut für dein Studium“] informiert über die Auswirkungen von Rauschtrinken auf das Studierverhalten. Dazu zählen bspw. das Versäumen von Lehrveranstaltungen und Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit (Norman et al., 2018).

Die dritte Botschaft [„dem sozialen Druck zum Rauschtrinken widerstehen“] hebt die Tatsache hervor, dass die Mehrheit der Studierenden nicht regelmäßig mehr als fünf Trinkeinheiten bei einer Gelegenheit trinkt und dass es darüber hinaus viele Gründe gibt, dies nicht zu tun, selbst wenn Freund:innen es machen. Zu den aufgeführten Gründen zählt z. B. die Erinnerung daran, dass es sich dabei um die „eigene Entscheidung“ handelt, Rauschtrinken teuer ist und man trunken nur eingeschränkt stark alkoholisierten Freund:innen helfen kann (Norman et al., 2018).

Jeder Botschaft folgt ein kurzes einminütiges Video, in dem Studierende über die jeweiligen Themen sprechen (Norman et al., 2018).

Häufigkeit

Die Botschaften werden einmal versendet.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Hierzu liegen keine spezifischen Informationen vor.

Erforderliche Qualifikation

Es sind keine besonderen Qualifikationen erforderlich.

Effektivität und Evaluation

Norman et al. (2018) untersuchten die Wirksamkeit der Intervention in einer randomisierten kontrollierten Studie. Sie untersuchten die Effekte der Intervention in Bezug auf den Alkoholkonsum sowie alkoholbezogene Kognitionen.

Nach der Intervention zeigte sich eine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums sowie der Frequenz des (problematischen) Rauschtrinkens²⁰ bei Studierenden, die die Botschaften gesehen und gelesen hatten. Auch sechs Monate nach der Intervention zeigten sich bei den Teil-

²⁰ Der problematische Alkoholkonsum wird über den Cut-off-Wert der AUDIT-Skala bestimmt (s. oben).

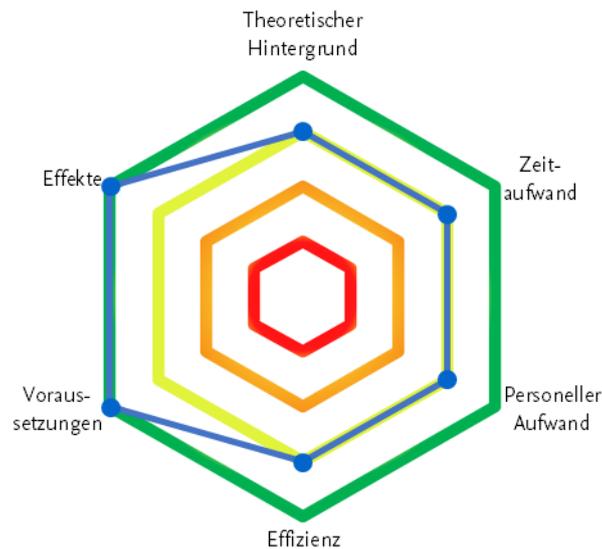
nehmenden der Interventionsgruppe signifikant weniger Alkoholprobleme (niedrigere AUDIT²¹-Werte) im Vergleich zu (Mit-)Studierenden, die keine Botschaften erhielten (Norman et al., 2018).

Studierende, die die Botschaften gesehen hatten, berichteten seltener eine Absicht zum Rauschtrinken sowie weniger positive affektive und kognitive Einstellungen zum Rauschtrinken. Sie gaben zudem seltener an, dass Rauschtrinken an der Hochschule Spaß macht, und waren überzeugt, dass Rauschtrinken einen negativen Einfluss auf ihr Studium haben würde. Einige dieser Effekte erwiesen sich über einen Zeitraum von sechs Monaten als zeitstabil (Norman et al., 2018).

Bewertung

Die Intervention ist durch die Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen (1988) fundiert. Da die Intervention hauptsächlich das einmalige Versenden von vorgefertigten Botschaften umfasst, ist der zeitliche und personelle Aufwand gering und die Integration in den Hochschulkontext ohne zusätzlichen Aufwand realisierbar. Die Intervention zeigt kurz- und langfristige Effekte auf den Alkoholkonsum sowie auf alkoholbezogene Überzeugungen und Einstellungen.

Die Intervention ist somit eine gute und niedrigschwellige Möglichkeit zur Reduzierung des alkoholbezogenen Risikoverhaltens. Die Gesamtbewertung fällt mit 3,3 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Weitere Informationen zur Intervention an der University of Sheffield finden sich unter https://sheffieldpsychology.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_etUpaBjUW5PoapL.

²¹ AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) ist ein Screening-Instrument zur Identifizierung von Alkoholproblemen. Die angegebenen Punktezahlen der einzelnen Items werden zu einer Gesamtpunktzahl aufsummiert. Der Wertebereich geht von 0 bis max. 40 Punkte, wobei eine Punktzahl von 8 oder mehr auf einen gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum hinweist (= Cut-off-Wert).

Literatur

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Open University Press.
- Bailer, J., Stübinger, C., Dressing, H., Gass, P., Rist, F. & Kühner, C. (2009). Zur erhöhten Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums bei Studierenden [Increased prevalence of problematic alcohol consumption in university students]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 59(9-10), 376–379. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1215596>
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203838020>
- Lindgren, K. P., DiBello, A. M., Peterson, K. P. & Neighbors, C. (2021). Theory-driven interventions: How social cognition can help. In D. Frings & I. P. Albery (Hrsg.), *The Handbook of Alcohol Use* (S. 485–510). Elsevier.
- Norman, P., Cameron, D., Epton, T., Webb, T. L., Harris, P. R., Millings, A. & Sheeran, P. (2018). A randomized controlled trial of a brief online intervention to reduce alcohol consumption in new university students: Combining self-affirmation, theory of planned behaviour messages, and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*, 23(1), 108–127. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12277>
- Norman, P., Webb, T. L. & Millings, A. (2019). Using the theory of planned behaviour and implementation intentions to reduce binge drinking in new university students. *Psychology & Health*, 34(4), 478–496. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1544369>

6.5 eCHECKUP-Alkohol

Ziel

Das Präventionskonzept »eCHECKUP TO GO & Peer-Beratung« (Laging et al., 2016) integriert das Online-Präventionsprogramm eCHECKUP TO GO-Alkohol mit einer studentischen Peer-Beratung und verknüpft diese mit dem vorhandenen Hochschul-Beratungsnetzwerk. Mit der Intervention soll insbesondere riskantem, missbräuchlichem und schädlichem Alkoholkonsum von Studierenden entgegengewirkt werden. Sie vereint darüber hinaus verhaltenspräventive und verhältnispräventive Online- und Offline-Maßnahmen (Laging et al., 2016).

Theoretischer Hintergrund

Die erste Komponente des Präventionskonzepts ist das Online-Alkoholpräventionsprogramm »eCHECKUP TO GO-« (eCHUG-) Alkohol. Die eCHUG-Alkoholintervention wurde an der San Diego State University entwickelt und an der Hochschule Esslingen in Zusammenarbeit mit dem eCHUG-Entwickler:innenteam im Zeitraum zwischen 2013 und 2016 ins Deutsche übersetzt und angepasst (Braun et al., 2020; Ganz et al., 2018). Weltweit werden eCHUG-Interventionen bereits an über 600 Hochschulen und Institutionen eingesetzt (Counseling & Psychological Services San Diego State University, 2018).

Bei dieser kurzen, in sich geschlossenen webbasierten Intervention handelt es sich um ein evidenzbasiertes Bewertungs- und personalisiertes Feedback-Tool (Alfonso et al., 2013; Braun et al., 2020; Dumas et al., 2011). Das Programm ist vollautomatisiert (Braun et al., 2020) und wird von den Nutzer:innen eigenständig und anonym durchlaufen (Alfonso et al., 2013).

Die Intervention nutzt den »Soziale-Normen«-Ansatz (Alfonso et al., 2013) und basiert auf dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM; Keller et al., 1999). Nach dem TTM ist die Veränderung von (Risiko-)Verhalten ein Prozess, in dem fünf unterschiedliche, aufeinander aufbauende Stufen der Verhaltensänderung durchlaufen werden. Das TTM leistete einen entscheidenden Beitrag zur Entwicklung der Motivierenden Gesprächsführung (engl. Motivational Interviewing; Miller & Rollnick, 2002), die in der individuellen Beratung insbesondere bei Abhängigkeiten genutzt wird (Keller, 2004). Weitere Bausteine sind u. a. individualisiertes Feedback und Psychoedukation (Laging et al., 2016). Darüber hinaus kommen Strategien zur Schadensminderung (sog. Harm Reduction Strategies) zum Einsatz, um die Teilnehmenden im Umgang mit Risikosituationen zu unterstützen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Die Ausbildung studentischer Peer-Berater:innen geht auf das Konzept der Peer-Education zurück. Demnach haben Gleichaltrige (Peers) einen wesentlichen Einfluss auf Lebensstil und Verhaltensweisen von Individuen. Mit der Ausbildung werden Studierende zu Peer-Berater:innen, die ihre Mitstudierenden im Rahmen niedrigschwelliger Aktionen auf dem Campus auf das Thema Substanzkonsum ansprechen und zu Gesprächen auf Augenhöhe kommen. Diese Aktionen tragen dazu bei, das Thema zu enttabuisieren und die Präventionsprogramme im Hochschulsetting zu verbreiten und verankern (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an Studierende, insbesondere solche, die Motivation und Bereitschaft aufweisen, ihr Alkoholkonsumverhalten zu reflektieren und zu verändern.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Das eCHECKUP-Alkoholpräventionskonzept verzahnt zwei Präventionsangebote: das Online-Präventionsprogramm eCHECKUP TO GO- (eCHUG-) Alkohol sowie die studentische Peer-Beratung. Die eCHUG-Alkoholintervention umfasst zwei Kernkomponenten: Zunächst bearbeiten die Studierenden ein *Online-Assessment* zur Erfassung von demografischen Informationen (z. B. Alter, Geschlecht, Gewicht, Lebenssituation) sowie von Informationen über den Alkoholkonsum, das Trinkverhalten und alkoholbezogenen Konsequenzen (Doumas et al., 2011; Doumas & Andersen, 2009).

Anschließend erhalten sie auf Basis ihrer persönlichen Angaben im ersten Schritt ein unmittelbares *individualisiertes Feedback*. Das Feedback enthält Informationen zu verschiedenen Bereichen, u. a.²² (Hochschule Esslingen):

- Eigenes Trinkverhalten: Grafische Darstellung der Menge an konsumiertem Alkohol und der daraus resultierenden Blutalkoholkonzentration (BAK), Erläuterungen zentraler Inhalte anhand kurzer Videos
- Persönliche Auswirkungen und körperliche Folgen: Darstellungen der Aufnahme an Kalorien durch alkoholische Getränke sowie von Auswirkungen des Alkoholkonsums auf den Körper
- Vergleich des eigenen Alkoholkonsums mit dem Konsum anderer Erwachsener und Studierender in Deutschland und der eigenen Hochschule sowie normatives Feedback, das die Wahrnehmung des:der Befragten zum Konsum anderer Studierender mit den tatsächlichen normativen Daten vergleicht
- Geschätzte jährlichen Ausgaben für den Alkoholkonsums inkl. grafischer Darstellung möglicher alternativer Verwendungszwecke
- Auswertung der individuellen persönlichen und familiären Risikofaktoren
- Informationen zum Tabakkonsum und zur Wechselwirkung von Alkohol und Medikamenten
- Informationen zu Unterstützungsangeboten der Hochschule
- Liste mit Empfehlungen und Verweisen auf lokale Einrichtungen (Alfonso et al., 2013; Doumas et al., 2011; Doumas & Andersen, 2009; Walters et al., 2007)
- Liste mit sicheren Trinkstrategien (Hustad et al., 2010).

Im Kern der Aktivitäten der Peer-Berater:innen stehen originelle und niedrighschwellige Aktionen (sogenannte Outreach-Aktionen) auf dem Campus, bei denen es zu Gesprächen auf Augenhöhe mit Mitstudierenden zum Thema Alkoholkonsum geht (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). In der Ausbildung entwickeln die Peer-Berater:innen Methoden und Informationsmaterialien, die sie in den Outreach-Aktionen einsetzen; so bieten sie z. B. den Studierenden auf ihrem Campus alkoholfreie Cocktails und Informationsmaterialien zum eCHUG an (Bundesministerium für Gesundheit, 2018; Laging et al., 2016).

²² Hinweis: Die Inhalte des Feedbacks können sich zwischen Studien und Hochschulen unterscheiden, da jede Hochschule eine individuelle Version der eCHUG-Intervention erhält. Die hier aufgeführten Punkte beziehen sich auf die Version der Hochschule Esslingen.

Ein Beratungs- und ggf. Behandlungsnetzwerk aus hochschulinternen und -externen Ansprechpartner:innen ergänzt die beiden zuvor genannten Elemente (Online-eCHUG und Peer-Beratung), welche sich im Gesamtkonzept aufeinander beziehen (Laging et al., 2016).

Häufigkeit

Die eCHUG-Alkoholintervention steht den Studierenden jederzeit zur Verfügung, sodass sie das Programm öfter durchführen können (Laging et al., 2016). Die Durchführung dauert zwischen 20 und 45 Minuten. Unmittelbar danach erhalten sie ihr individualisiertes Feedback. Die Durchführung ist anonym, die Eingaben der Studierenden werden mithilfe einer zufälligen Identifikationsnummer gespeichert, wodurch sie ihr individualisiertes Feedback auch zu einem späteren Zeitpunkt abrufen und erneut einsehen können (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

An der Hochschule Esslingen wurden pro Semester drei Outreach-Aktionen der Peer-Berater:innen durchgeführt. Die Gespräche dauerten zwischen 30 Sekunden und 20 Minuten. Bei jeder Aktion wurden insgesamt ca. 150 Studierende angesprochen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018; Laging et al., 2016).

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Das Projektteam der Hochschule Esslingen leitet und betreut in Kooperation mit der BARMER im Rahmen des Projekts »eCHECKUP – Prävention des riskanten Alkoholkonsums bei Studierenden« die Einführung des Präventionskonzepts an den Hochschulen. Sowohl die Betreuung als auch die Nutzung der Präventionsangebote sind im Rahmen des Projekts kostenfrei. Das Projektteam berät die Hochschule auch über Möglichkeiten der langfristigen finanziellen Förderung über die Projektphase hinaus (Laging et al., 2018). Die Hochschulen können sich eigeninitiativ für eine Teilnahme bewerben oder die Teilnahme wird durch die Kontaktaufnahme des Projektteams mit Hochschulen angestoßen (Laging et al., 2018; Reuter & Braun, 2019). Im Rahmen des Projekts werden interessierte Hochschulen individuell im Hinblick auf eine mögliche Implementierung und Adaptation der Präventionsmaßnahmen beraten und begleitet. Im Falle einer Implementierung werden alle Kosten im Rahmen dieses Projekts finanziert. Auf diese Weise können z. B. die Lizenzgebühren für eCHUG (siehe unten) und die Lehrauftragsmittel für die Qualifizierung der studentischen Peer-Berater:innen (siehe unten) übernommen werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Die eCHUG-Alkoholintervention wird über die San Diego State University lizenziert. Die jährliche Lizenzgebühr beträgt etwa 1.000 Euro (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Diese Kosten decken die folgenden Leistungen: Erstellung einer individuellen eCHUG-Version, Bereitstellung des Programms auf den Servern der San Diego State University, Administration sowie Pflege des eCHUG. Neben der Lizenzierung ist eine von der Hochschule bestimmte Ansprechperson erforderlich, die die Implementierung des eCHUG begleitet (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Diese von der Hochschule ausgewählte Ansprechperson erhält Zugang zu der eCHUG-Administrator:innenplattform. Die Plattform enthält die in eCHUG hinterlegten Kontakte zu Beratungseinrichtungen der Hochschule, welche durch die befugte Person beliebig erweitert und aktualisiert werden kann. Auf dieser Plattform können auch Materialien zur Bewerbung für das eCHUG, pseudonymisierte Datensätze, statistische Auswertungen sowie Nutzer:innenzahlen abgerufen werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Auch für die studentische Peer-Berater:innenausbildung werden Ressourcen benötigt. Pro Semester fallen Kosten für die Ausbildung sowie für die Outreach-Aktionen an. Dazu zählen Lehrauftragsmittel in Höhe von bis zu fünf SWS pro Semester für die Schulung der Peer-Berater:innen. Das Projektteam der Hochschule Esslingen unterstützt bei der Suche nach geeignetem Lehrpersonal. Für die Finanzierung der Outreach-Aktionen fallen darüber hinaus Kosten für alkoholfreie Cocktails, Informationsmaterialien etc. an (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Erforderliche Qualifikation

Ausbildung der Peer-Berater:innen

Mithilfe einer studentischen Peer-Berater:innenausbildung werden Studierende qualifiziert, um im Anschluss ihre Mitstudierenden bei sucht- und substanzmittelbezogenen Fragen zu beraten, sie hinsichtlich ihres eigenen Alkoholkonsums zu sensibilisieren, über die damit verbundenen Gesundheitsrisiken zu diskutieren, das Thema des riskanten Alkoholkonsums innerhalb der Studierendengemeinschaft zu enttabuisieren, zu einem risikoarmen Alkoholkonsum anzuregen sowie zur Durchführung der eCHUG-Alkoholintervention zu motivieren (Laging et al., 2016) und bei Bedarf an eine passende Beratungsstelle zu vermitteln (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Die Peer-Beratung ist eine proaktive Präventionsmaßnahme und dient neben der Beratung der stärkeren Verankerung der Präventionsangebote im Hochschul-Setting (Laging et al., 2016; Laging et al., 2018).

Die Ausbildung wird an der Hochschule Esslingen bereits seit dem Jahr 2014 durchgeführt (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Dort ist sie im Wahlpflicht-Bereich des Studiums Generale aller Studiengänge der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege curricular verankert. Die gesamte Ausbildung geht über zwei Semester und gliedert sich in einen Basis- sowie einen Aufbaukurs (Laging et al., 2016). In diesen Seminaren werden die Studierenden vor allem in der Motivierenden Gesprächsführung, zu Daten und Fakten hinsichtlich des Substanzkonsums unter Studierenden sowie bezüglich des eCHUG-Präventionsprogramms geschult und verfügen nach erfolgreichem Abschluss über Methodenkompetenz, Sozialkompetenz sowie Selbstkompetenz (Laging et al., 2016). Weitere Informationen zum Aufbau sowie den Inhalten der Ausbildung sind in Laging et al. (2016) sowie Bundesministerium für Gesundheit (2018) zu finden.

Ergänzungen/Erweiterungen

Die eCHUG-Intervention kann für jede Hochschule individuell angepasst werden. Dafür wird eine hochschuleigene Version von eCHUG erstellt, die mit den relevanten Hochschuleinrichtungen und dem lokalen Beratungsnetzwerk (z. B. Zentrale Studienberatung, Hochschulsport, Psychologische Beratung) verknüpft werden kann. Die Anpassungsmöglichkeiten umfassen auch eine Adaptation des Erscheinungsbildes von eCHUG an das Corporate Design der jeweiligen Hochschule (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Gegebenenfalls kann das Konzept in ein studentisches Gesundheitsmanagement integriert werden (Laging et al., 2018). Verfügt eine Hochschule bereits über Daten zum Alkoholkonsum ihrer Studierenden, können diese in das eCHUG übernommen werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Alcohol-Wise ist ein kommerzieller, interaktiver Online-Alkoholpräventionskurs, der – neben weiteren Komponenten – die eCHECKUP-Alkoholintervention als eine Kurskomponente integriert und nutzt (Croom et al., 2015; Gilbertson et al., 2018). Alcohol-Wise wird vom Unternehmen 3rd Millennium Classrooms angeboten, das eng mit dem eCHUG-Entwickler:innenteam der San Diego State University kooperiert (<https://web.3rdmil.com/>). Das Besondere ist ein Test zu alkoholbezogenem Wissen nach Abschluss des Kurses, welcher bei über 70 % korrekten Antworten als bestanden gilt. Ein weiteres zentrales Element ist die Vermittlung psychoedukativer Informationen zum Thema Alkohol. Der gesamte Kurs dauert ein bis zwei Stunden mit einer Folgebefragung etwa 30 Tage nach Abschluss (Croom et al., 2015). Einige Hochschulen, z. B. die [Rowan University](#) in New Jersey, haben Alcohol-Wise als Pflichtkurs eingeführt, den die Studienanfänger:innen vor Beginn der Veranstaltungen ihres Studiums bestehen müssen. Die Alcohol-Wise Intervention hat sich in verschiedenen Studien sowohl im Hinblick auf alkoholbezogene (Croom et al., 2015; Strohman et al., 2016) als auch leistungsbezogene Variablen (Gilbertson et al., 2018; Lane & Schmidt, 2007) als wirksam erwiesen.

Effektivität und Evaluation

Die Wirksamkeit der eCHUG-Alkoholintervention wurde bereits in zahlreichen Evaluationsstudien sowohl im englischsprachigen (Doumas et al., 2011; Doumas & Andersen, 2009; Henry et al., 2004; Hustad et al., 2010; Steiner et al., 2005; Walters et al., 2007) als auch im deutschsprachigen Raum (Ganz et al., 2018) untersucht.

Zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien konnten die Wirksamkeit der eCHUG-Intervention bei Risikokonsument:innen²³ bestätigen (Doumas et al., 2011; Doumas & Andersen, 2009; Walters et al., 2007). Bei Walters et al. (2007) reduzierten sich sowohl die Anzahl der wöchentlich konsumierten alkoholischen Getränken als auch die maximale Blutalkoholkonzentration in einem Zeitraum von acht Wochen in der Interventionsgruppe signifikant stärker als in der Kontrollgruppe, insbesondere durch die Korrektur der Einschätzung des Alkoholkonsums der Peers. Ein ähnliches Ergebnis ließ sich bei Doumas und Andersen (2009) und Doumas et al. (2011) beobachten, die eine signifikant größere Reduktion der Menge des konsumierten Alkohols pro Woche, der Frequenz des Konsums bis zu einer Alkoholintoxikation²⁴, der Peak-Drinking²⁵-Menge sowie signifikant weniger alkoholbedingte Probleme in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe verzeichneten.

Während die vorherigen Studien Studienanfänger:innen betrachteten, evaluierten Hustad et al. (2010) die eCHUG-Intervention bei sogenannten Incoming-Studierenden²⁶. Auch in dieser Stichprobe zeigten sich ähnliche Ergebnisse, d. h. Effekte hinsichtlich fast aller Alkoholkategorien, z. B. Anzahl an Getränken pro Trinkgelegenheit sowie pro Woche, Peak Drinking, Anzahl

²³ Als high-risk oder at-risk drinkers wurden Teilnehmende gruppiert, die bei der Baseline-Erhebung mindestens eine Binge-Drinking-Gelegenheit (Rauschtrinken) in den letzten 30 Tagen angaben. Rauschkonsum kommt dann vor, wenn bei Männern fünf oder mehr und bei Frauen vier oder mehr alkoholische Getränke pro Trinkgelegenheit konsumiert werden.

²⁴ Frequency of Drinking to Intoxication wurde mit dem Item »During the past 30 days how many times have you gotten drunk or very high from alcohol?« erfasst.

²⁵ Peak Drinking wurde in der Studie mit dem folgenden Item erfasst: „Was ist die höchste Anzahl an Getränken, die Sie in den letzten drei Monaten an einem gegebenen Abend konsumiert haben?“

²⁶ Als incoming students werden im US-amerikanischen Raum jene Studierenden bezeichnet, die für ein Studium zugelassen wurden, aber das Semester und damit die Veranstaltungen noch nicht begonnen haben.

an Episoden mit erhöhtem Alkoholkonsum, Blutalkoholkonzentration (BAC) und alkoholbedingte Konsequenzen.

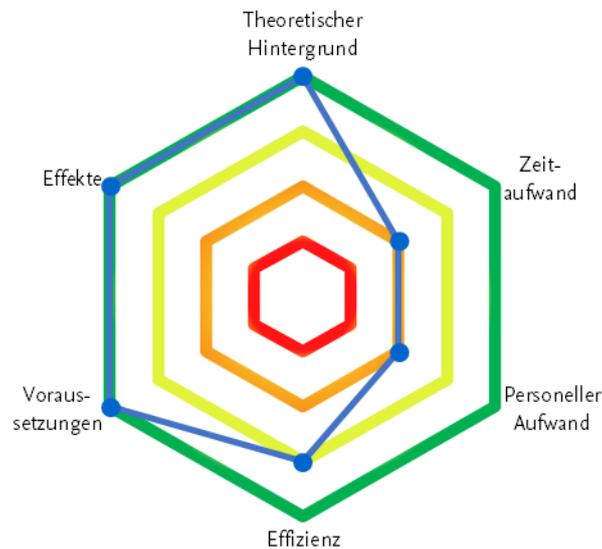
Auch in einer deutschen Stichprobe konnte die Wirksamkeit der Intervention hinsichtlich der Reduktion von Alkoholkonsum sowie der maximalen Blutalkoholkonzentration (peak BAC) bestätigt werden. Die Effekte waren bis zu sechs Monaten nach der Intervention sichtbar (Ganz et al., 2018).

Die Evaluation der Peer-Qualifikation erfolgte mündlich (formativ) sowie schriftlich (summativ) im Rahmen der webbasierten Lehrveranstaltungsevaluation (Laging et al., 2018). Nach Informationen von M. Braun (Persönliche Mitteilung, 20. Januar 2022) wurde die Peer-Qualifikation von Studierenden im Rahmen von studentischen Fokusgruppen als eine sehr gute Möglichkeit bewertet, um auf die eCHUG-Intervention aufmerksam zu machen und für die Teilnahme zu motivieren. Die Bewertung der Peer-Qualifikation im Rahmen der Lehrveranstaltungsevaluation fiel durchgehend positiv aus. Pandemiebedingt wurden Anpassungen der Peer-Qualifikation und damit einhergehend auch der Evaluation vorgenommen. Die Peer-Aktionen konnten im Zuge der Anpassung in den digitalen Raum verlagert werden. Aktuell werde evaluiert, wie sich die digitale Peer-Qualifikation und die Aktionen auf die Nutzungszahlen der eCHUG-Alkoholintervention auswirken. Die Ergebnisse wurden noch nicht veröffentlicht. Jedoch weisen erste Ergebnisse darauf hin, dass die Peer-Aktionen auf dem Campus sowie im virtuellen Raum erfolgreich sind, um Studierende zur Durchführung der eCHUG-Intervention zu motivieren (M. Braun, Persönliche Mitteilung, 20. Januar 2022).

Bewertung

Die Intervention hat ein breites theoretisches Fundament und bezieht sich u. a. auf den »Soziale-Normen«-Ansatz, das Transtheoretische Modell und daraus abgeleitete Techniken sowie das Peer-Education-Konzept. Durch die Peer-Beratung werden auch strukturelle Ursachen von Risikoverhalten adressiert. Der zeitliche und personelle Aufwand ist moderat und ergibt sich hauptsächlich durch die Offline-Komponente der Peer-Beratung und -Ausbildung. Insgesamt lässt die Intervention sich sehr leicht in den Hochschulkontext integrieren. Sie erzielt kurz- und langfristige positive Effekte in Bezug auf den Alkoholkonsum sowie weitere alkoholbezogene Parameter. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Intervention bei Studierenden zu einer realistischeren Einschätzung des Alkoholkonsums der Peers führt. Erste Evaluationsergebnisse der Peer-Beratung deuten auf ihre Wirksamkeit hin. Allerdings stehen derzeit noch Daten aus quantitativen sowie Langzeitstudien aus.

Insgesamt stellt die Intervention eine gute Möglichkeit zur Reduktion von (problematischem) Alkoholkonsum dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 3,2 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Die eCHUG-Alkoholintervention sowie weitere webbasierte Interventionen zur Prävention von missbräuchlichem Substanzkonsum bei Studierenden waren im Zeitraum zwischen 2016 und 2017 Teil des BMG-geförderten DIOS-Projekts²⁷. Im Rahmen dieses Projekts wurde eine Implementierungsstrategie entwickelt und an teilnehmenden Hochschulen erprobt. Zusätzlich wurde ein Handbuch für die Implementierung von (Online-)Präventionsangeboten, u. a. der eCHUG-Alkoholintervention, an deutschen Hochschulen erstellt. Dieses Handbuch enthält eine Kurzbeschreibung der Präventionsmaßnahmen sowie Darstellungen der Inhalte, der Funktionsweise und des Umfangs der Intervention. Es stellt neben der Implementierung der eCHUG-Intervention auch den Lizenzierungsprozess für interessierte Hochschulen dar und enthält Erläuterungen zum Anpassungsverfahren der eCHUG-Intervention an die jeweilige Hochschule. Außerdem bietet das Handbuch eine Beschreibung der Konzeption und Durchführung der Peer-Berater:innenausbildung; ergänzt wird es durch das »Präventionshandbuch Alkohol – Fakten, Tipps und Erfahrungswerte von Peers für Peers in der Präventionsarbeit mit eCHECKUP TO GO«. Zudem kann die Hochschule Esslingen Unterrichtsmaterialien für interessierte Hochschulen zur Verfügung stellen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Das Handbuch ist veröffentlicht und befindet sich im Anhang des Abschlussberichts des DIOS-Projekts (Bundesministerium für Gesundheit, 2018): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_DIOS_final-merged.pdf.

²⁷ DIOS – Dissemination und nachhaltige Implementierung von (Online-)Präventionsmaßnahmen für missbräuchlichen Substanzkonsum bei Studierenden

- Die eCHUG-Alkoholintervention (sowie die Peer-Beratung) wird bereits an mehreren deutschen Hochschulen (u. a. Hochschule Furtwangen, Hochschule Karlsruhe, DHBW Stuttgart, Universität Hildesheim, Hochschule Hannover, RWTH Aachen sowie Universität Ulm) angeboten; an der Pädagogischen Hochschule Freiburg sowie in der Stadt Heidelberg wurde zusätzlich auch die Peer-Beratung implementiert. Seit dem Wintersemester 2021/2022 stellt die Stadt Heidelberg Studierenden aller Universitäten und Hochschulen in Heidelberg (z. B. Karl-Ruprechts-Universität, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Hochschule Fresenius Heidelberg, Hochschule für Jüdische Studien) flächendeckend die Teilnahme an der eCHUG-Intervention zur Verfügung und bietet hochschulübergreifend die Qualifizierung von Peer-Berater:innen an. Weitere Informationen sind z. B. unter <https://www.heidelberg.de/2000088> zu finden.
- Weitere Informationen finden sich auf der Website von eCHECKUP-Alkohol: <https://www.echeckup-alkohol.de/>
- Mehr zum Alcohol-Wise-Alkoholpräventionskurs gibt es unter <https://blog.3rdmil.com/course-highlight-alcohol-wise>. Einen kostenlosen Ratgeber zum Download sowie weitere Informationen für interessierte Hochschulen gibt es unter <https://web.3rdmil.com/college/>.
- Das Handbuch »College Student Alcohol Abuse« von Correia et al. (2012) liefert Hintergrundinformationen zu studentischem Alkoholkonsum, bündelt Beschreibungen computerisierter Alkoholinterventionen wie z.B. eCHUG oder Alcohol-Wise und skizziert weitere Ansätze zur Prävention studentischen Alkoholkonsums und zu Intervention.

Literatur

- Alfonso, J., Hall, T. V. & Dunn, M. E. (2013). Feedback-based alcohol interventions for mandated students: an effectiveness study of three modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(5), 411–423. <https://doi.org/10.1002/cpp.1786>
- Braun, M., Ganz, T., Heidenreich, T. & Laging, M. (2020). Adapting an Online Prevention Program to the Higher Education Area in Germany. *Research on Social Work Practice*, 30(5), 496–504. <https://doi.org/10.1177/1049731520905110>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2018). *Dissemination und nachhaltige Implementierung von (Online-)Präventionsmaßnahmen für missbräuchlichen Substanzkonsum bei Studierenden (DIOS)*. Abschlussbericht DIOS. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_DIOS_final-merged.pdf
- Correia, C. J., Murphy, J. G. & Barnett, N. P. (2012). *College Student Alcohol Abuse-MAJ: A Guide to Assessment, Intervention, and Prevention* (1. Aufl.). John Wiley & Sons. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=1029216>
- Counseling & Psychological Services San Diego State University. (2018). *What is eCHECKUP TO GO?* <http://echeckuptogo.com/>
- Croom, K., Staiano-Coico, L., Lesser, M. L., Lewis, D. K., Reyna, V. F., Marchell, T. C., Frank, J. & Ives, S. (2015). The glass is half full: evidence for efficacy of alcohol-wise at one university but not the other. *Journal of health communication*, 20(6), 627–638. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1012239>

- Doumas, D. M. & Andersen, L. L. (2009). Reducing Alcohol Use in First-Year University Students: Evaluation of a Web-Based Personalized Feedback Program. *Journal of College Counseling, 12*(1), 18–32. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2009.tb00037.x>
- Doumas, D. M., Kane, C. M., Navarro, T. B. & Roman, J. (2011). Decreasing Heavy Drinking in First-Year Students: Evaluation of a Web-Based Personalized Feedback Program Administered During Orientation. *Journal of College Counseling, 14*(1), 5–20. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2011.tb00060.x>
- Ganz, T., Braun, M., Laging, M., Schermelleh-Engel, K., Michalak, J. & Heidenreich, T. (2018). Effects of a stand-alone web-based electronic screening and brief intervention targeting alcohol use in university students of legal drinking age: A randomized controlled trial. *Addictive Behaviors, 77*, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.017>
- Gilbertson, R. J., Norton, T. R., Beery, S. H. & Lee, K. R. (2018). Web-Based Alcohol Intervention in First-Year College Students: Efficacy of Full-Program Administration Prior to Second Semester. *Substance Use & Misuse, 53*(6), 1021–1029. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1392979>
- Henry, S., Lange, J. & Wilson, L. (2004). *Evaluation of e-CHUG Integrated into two classroom-based alcohol interventions*. <https://web.3rdmil.com/assets/guides/research/Henry%20-%20Evaluation%20of%20eCHUG%20integrated%20into%20two%20classroom%20based%20alcohol%20interventions.pdf>
- Hochschule Esslingen (n.d.). *eCHECKUP-Alkohol*. Zugriff am 2. Juni 2022, verfügbar unter <https://www.echeckup-alkohol.de/>
- Hustad, J. T. P., Barnett, N. P., Borsari, B. & Jackson, K. M. (2010). Web-based alcohol prevention for incoming college students: a randomized controlled trial. *Addictive Behaviors, 35*(3), 183–189. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.10.012>
- Keller, S. (2004). Motivation zur Verhaltensänderung – Aktuelle deutschsprachige Forschung zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 12*(2), 35–38. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.12.2.35>
- Keller, S., Velicer, W. F. & Prochaska, J. O. (1999). Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht. In S. Keller (Hrsg.), *Lambertus Forschung. Motivation zur Verhaltensänderung: Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (S. 17–44). Lambertus.
- Laging, M., Heidenreich, T., Ganz, T. & Braun, M. (2016). *Online-Prävention substanzbezogener Störungen bei Studierenden: Forschungsprojekt im Rahmen der Förderlinie „Prävention von riskantem Substanzkonsum unter Studierenden“ des Bundesministeriums für Gesundheit*. Abschlussbericht. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_eCHUG.pdf
- Laging, M., Heidenreich, T., Reuter, M. & Braun, M. (2018). *eCHECKUP-Alkohol*. Gesundheitsfördernde Hochschulen Südwest. https://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen-sw.de/wp-content/uploads/2018/11/Projekt-Steckbrief-%C3%BCberarbeitet_eCHECKUP-Alkohol.pdf
- Lane, D. & Schmidt, J. A. (2007). *Evaluating personalized alcohol interventions*. http://www.echeckuptogo.com/docs/MPA_Poster_Handout.pdf
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: preparing people for change* (2. Aufl.). The Guilford Press.
- Reuter, M. & Braun, M. (2019). *eCHECKUP-Prävention des riskanten Alkoholkonsums bei Studierenden*. http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/A_Arbeitskreis/A6_Tagungsberichte/19_07_12_Goettingen/eCHECKUP-Alkohol_2019-07-12.pdf

- Steiner, J., Woodall, W. G., Yeagley, J. A. & Venegas, M. (2005). *The E-CHUG: A Randomized, Controlled Study of a Web-Based Binge Drinking Intervention with College Freshman*. University of New Mexico Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA). https://3rdmilclassrooms.com/Documents/SPR_2005.pdf
- Strohman, A. S., Braje, S. E., Alhassoon, O. M., Shuttleworth, S., van Slyke, J. & Gandy, S. (2016). Randomized controlled trial of computerized alcohol intervention for college students: role of class level. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(1), 15–24. <https://doi.org/10.3109/00952990.2015.1105241>
- Walters, S. T., Vader, A. M. & Harris, T. R. (2007). A controlled trial of web-based feedback for heavy drinking college students. *Prev Sci (Prevention Science: the Official Journal of the Society for Prevention Research)*, 8(1), 83–88. <https://doi.org/10.1007/s11121-006-0059-9>

6.6 Gemeinsam in ein rauchfreies Leben: Kurs zur Rauchentwöhnung

Ziel

Das Ziel des Kurses ist es, Studierende dabei zu unterstützen, mit dem Rauchen aufzuhören.

Theoretischer Hintergrund

Das Gruppenprogramm zur Tabakentwöhnung wurde vom Institut für Therapieforschung (IFT) in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konzipiert und vereint klinisch wirksame Methoden der Verhaltenstherapie und der Motivationsforschung, die den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zur Behandlung der Tabakabhängigkeit entsprechen (IFT-Gesundheitsförderung, 2020b). Zu den angewendeten Methoden zählen u. a. kognitiv-emotionale Methoden zum Aufbau eines Problembewusstseins (z. B. Psychoedukation), motivationale Methoden (z. B. motivierende Gesprächsführung), Verfahren zur Zielorientierung sowie der Umgang mit Rückfällen. Eine pharmakologische Unterstützung wird bei stark körperlich abhängigen Raucher:innen als Option berücksichtigt (IFT-Gesundheitsförderung, 2020b; Kröger et al., 2019).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Der Kurs richtet sich an aktive Raucher:innen.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Während des Kurses werden drei Phasen durchlaufen (Hoch & Kröger, 2011; Kröger, 2011; Kröger et al., 2019; Wörmann, 2013).

1. Vorbereitungsphase: In der ersten Phase liegt der Schwerpunkt auf dem Aufbau der Motivation sowie der Vorbereitung auf den Rauchstopp. Themen der Vorbereitungsphase sind beispielsweise Informationen zur Ambivalenz des Rauchens, Denkfehler und Alternativen und der Rauchstopp. In diesen ersten Sitzungen mit dem Schwerpunkt „Kennenlernen und Vorbereitung des Rauchstopps“ werden individuelle Vor- und Nachteile des Rauchens und Nichtrauchens erarbeitet sowie der Schweregrad der eigenen Tabakabhängigkeit analysiert. Die Gruppenmitglieder stärken gemeinsam ihre individuelle Motivation, erarbeiten Möglichkeiten zur Ablenkung und zum Umgang mit dem Rauchverhalten. Theoretischer Input erfolgt zu den Themen Rauchen sowie zur Wirkung von Nikotin auf den Körper. Zentrale Fragen sind, was Tabak im Körper bewirkt, warum es so schwer ist, mit dem Rauchen aufzuhören, oder was beim Aufhören helfen kann. Die Trainer:innen zeigen alternative Verhaltensweisen auf. Insgesamt soll die Gruppe in dieser ersten Phase den ersten rauchfreien Tag planen und ausführlich darauf vorbereitet werden (Raucherambulanz TU Dresden, 2020b).

2. Beendigungsphase: Als nächsten Schritt legen die Teilnehmenden einen Rauchstopp ein. Zentral ist ein festgelegter »Rauchstopptag«. Auf diesen werden die Teilnehmenden intensiv vorbereitet. Zuvor erfolgt eine ausführliche Analyse des individuellen Rauchverhaltens der Teilnehmenden. Anschließend beginnt die Gruppe gemeinsam ihren Rauchstopp – ohne zuvor ihren Tabakkonsum reduziert zu haben.
3. Stabilisierungsphase: Die letzte Phase dient der Stabilisierung. Nach dem Rauchstopp unterstützen und begleiten die Trainer:innen die Teilnehmenden dabei, langfristig rauchfrei zu bleiben. Dazu dient die letzte Phase des Programms, bei der die Abstinenz stabilisiert wird und eine individuelle telefonische Nachbetreuung durch die Trainer:innen erfolgt. Zusätzlich erhalten die Teilnehmenden ein Begleitheft als Nachschlagewerk für die Inhalte des Programms (IFT-Gesundheitsförderung, 2014; Raucherambulanz TU Dresden, 2020b). Themen in der Stabilisierungsphase sind beispielsweise Umgang mit Risiken, Identität als rauchfreie Person, Zukunftsplanung sowie individuelle telefonische Beratungen.

Die letzten Sitzungen dienen dem Erfahrungsaustausch bzgl. des Rauchstopps. Besprochen werden sowohl positive Veränderungen als auch kritische Situationen sowie der Umgang mit Rückfällen. Theoretischer Input wird zum Zusammenhang zwischen Rauchen und Körpergewicht sowie Maßnahmen zur Gewichtskontrolle gegeben. Abschließend reflektieren die Teilnehmenden ihren Fortschritt, ihre neue Identität als Nichtraucher:innen und planen ihr zukünftiges rauchfreies Leben (Raucherambulanz TU Dresden, 2020b).

Telefonische Betreuung

Zwei telefonische Termine dienen der zusätzlichen Unterstützung und Begleitung. Bei diesen Gesprächen können Teilnehmende ihre persönlichen Anliegen mit dem:der Trainer:in besprechen. Der erste Telefontermin dient zunächst der Besprechung von persönlichen Erfahrungen und Fragen der ersten rauchfreien Tage. Der etwas spätere zweite Telefontermin bietet die Möglichkeit, den persönlichen Erfolg des Rauchstopps zu reflektieren sowie abschließende Fragen mit dem: der Trainer:in zu klären (Raucherambulanz TU Dresden, 2020a).

Häufigkeit

Es werden verschiedene Programmversionen angeboten (Kröger et al., 2019):

Der Basiskurs besteht aus einer Einführungsveranstaltung sowie sechs Gruppenterminen. Einmal pro Woche findet ein jeweils 90-minütiges Treffen statt. Zwei individuelle Telefontermine mit dem:der Kursleiter:in schließen sich an.

Der Kompaktkurs beginnt ebenfalls mit einer Einführungsveranstaltung und umfasst drei Gruppentermine, die einmal pro Woche mit einer Dauer von je 180 Minuten veranstaltet werden. Zwei individuelle Telefontermine mit dem:der Kursleiter:in stehen den Teilnehmenden zur Verfügung.

Diese beiden Versionen unterscheiden sich lediglich im formalen Kursablauf, hinsichtlich der Kurselemente bestehen keine wesentlichen Unterschiede.

Der Tageskurs beinhaltet einen Gruppentermin, an dem acht inhaltliche Kurseinheiten durchlaufen werden. Eine Kurseinheit behandelt jeweils einen inhaltlichen Schwerpunkt und dauert 45 Minuten. Insgesamt geht der Tageskurs somit in etwa 8 Stunden. Der Rauchstopp beginnt zur Mitte des Tageskurses. Am Ende der achten Kurseinheit kann eine individuelle Nachbesprechung in Anspruch genommen werden. Auch dieser Kurs beinhaltet einen anschließenden Telefontermin, wobei dieser eine Woche nach Beendigung des Kurses erfolgt.

Für Betriebe wird das Programm in den zwei Versionen Kompaktkurs und Tageskurs angeboten. Die beiden Optionen unterscheiden sich im zeitlichen und organisatorischen Ablauf (IFT-Gesundheitsförderung, 2020a).

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Die Teilnahme am Kurs ist entgeltpflichtig. Die Teilnahmegebühren werden durch den jeweiligen Anbieter bzw. Trainer:in festgelegt. Die Kursgebühren an der TU Dresden betragen 90 € für Studierende zzgl. 20 € Materialkosten. An der Universität Münster ist der Basiskurs mit einer Gebühr von 160 € zzgl. 25 € Materialkosten, der Kompaktkurs mit einer Gebühr von 180 € zzgl. 25 € Materialkosten verbunden.

Es besteht die Möglichkeit, sich die Gebühren anteilig erstatten zu lassen, da das Programmkonzept dem Leitfaden Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom Juli 2019 entspricht.

Daher können die für die Teilnehmenden anfallenden Kosten stark variieren – von kostenlos bis zu einer Summe von 350 € und mehr (Kröger, 2011).

Erforderliche Qualifikation

Der Kurs wird von geschulten Trainer:innen angeleitet, die ihr Zertifikat an der IFT-Gesundheitsförderung erworben haben. Eine Übersicht über regionale zertifizierte Trainer:innen und Kursangebote sind unter <https://rauchfrei-programm.de/trainer-finden/> zu finden.

Die IFT-Gesundheitsförderung bietet bundesweite Schulungen für Personen mit staatlich anerkannten Berufen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (z. B. Psycholog:innen, Ärzt:innen oder Pädagog:innen) und Personen mit einer beruflichen Vorbildung im Bereich Erwachsenenpädagogik oder Gesundheitsförderung. Genauere Informationen zu den Schulungsvoraussetzungen, Kosten sowie Ablauf der Schulungen finden sich unter <https://www.rauchfrei-programm.de/schulungsangebote/schulungsvoraussetzungen.html>. Das Zertifikat befähigt die ausgebildeten Kursleiter:innen zur selbstständigen Durchführung des Kurses. Darüber hinaus berät die IFT-Gesundheitsförderung Organisationen bei der Implementation und vermittelt bundesweit Trainer:innen.

Für Hochschulen bestehen somit zwei Möglichkeiten zur Durchführung der Intervention: externe Trainer:innen können engagiert werden oder Mitarbeitende der Hochschule können sich einmalig zu Trainer:innen ausbilden lassen und anschließend selbst Kurse anbieten.

Ergänzungen/Erweiterungen

Der Kurs wird mittlerweile auch im Onlineformat angeboten. Diese Version umfasst vier Termine à 90 Minuten sowie einen Telefontermin. Trainer:innen können sich für den Onlinekurs fortbilden (IFT-Gesundheitsförderung).

Effektivität und Evaluation

Der Kurs wird von der IFT-Gesundheitsförderung jährlich evaluiert. Für alle Kursleiter:innen ist es obligatorisch, an der Evaluation teilzunehmen. Nach der letzten Kursstunde bearbeiten die Teilnehmenden einen Fragebogen im Rahmen des Qualitätsmanagements. Um langfristige Effekte des Programms zu evaluieren, wird in unregelmäßigen Abständen eine Stichprobe der Teilnehmenden zu einer telefonischen Nachbefragung eingeladen, die sechs Monate nach Kursende stattfindet (Kröger et al., 2019).

Im Kursjahr 2018 gaben 98,3 % der Kursteilnehmer:innen an, zufrieden oder sehr zufrieden mit den Kursinhalten zu sein. Seit 2007 liegt dieser Anteil konstant über 98 % (Kröger et al., 2019).

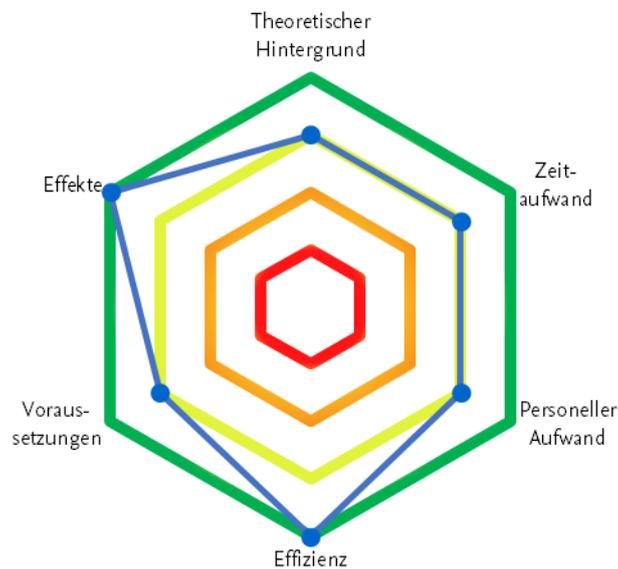
Auch in Bezug auf die Abstinenz wurden Daten erhoben. Als abstinent galt eine Person, wenn sie seit dem Rauchstopp gar nicht oder nicht mehr als fünf Zigaretten geraucht hat. Diese Definition orientiert sich an dem Russell-Standard von West et al. (2005). Die letzte 6-Monats-Follow-up-Erhebung der langfristigen Abstinenz fand im Jahr 2009 statt und lag bei 34,1 % (Kröger & Gröll, 2018). Die letzte 12-Monats-Follow-up-Erhebung zur langfristigen Abstinenz gemäß Intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse)²⁸ fand im Jahr 2014 statt. Wie auch in den Jahren 2009 und 2011 lag die langfristige Abstinenz nach zwölf Monaten bei über 30 % (Kröger & Gröll, 2018).

Bewertung

Die Intervention kombiniert Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie sowie weitere Methoden, die sich im Hinblick auf die Rauchentwöhnung als wirksam erwiesen haben. Strukturelle Ursachen von gesundheitsbezogenem Verhalten werden durch diese Intervention jedoch nicht adressiert. Die Intervention erfordert nur einen relativ geringen zeitlichen und personellen Aufwand, da der Kurs von externen Trainer:innen geleitet werden kann. Die Intervention ist leicht in den Hochschulkontext integrierbar und durch die verschiedenen Kursformate sehr flexibel einsetzbar. Es konnten positive Effekte auf das Rauchverhalten bzw. das Erreichen von Abstinenz gezeigt werden, die auch langfristig erhalten bleiben.

²⁸ Die ITT-Analyse ist eine Auswertungsmethodik, die als international anerkannter wissenschaftlicher Standard gilt. Bei dieser Methodik werden alle Studienteilnehmer:innen als Mitglieder der Gruppe betrachtet, der sie zu Studienbeginn zugewiesen wurden – unabhängig von Abbrüchen. Dies dient der Verbesserung der internen Validität von Studienbefunden sowie der Bewertbarkeit der Wirksamkeit einer Intervention (<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/intention-to-treat-analyse>).

Die Intervention ist eine effektive und effiziente Möglichkeit zur Reduzierung des Risikoverhaltens bei Studierenden. Die Gesamtbewertung fällt mit 3,3 von 4 Punkten sehr positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Die Universität Würzburg sowie die Universität Jena bieten im Rahmen des universitären Gesundheitsmanagements den Rauchfrei-Kurs zur Rauchentwöhnung an, auch im Onlineformat, siehe https://www.uni-jena.de/unijenamedia/universitaet%3%A4t/dez5/personalentwicklung/flyer_rauchentw%C3%B6hnung.pdf.

Literatur

- Hoch, E. & Kröger, C. B. (2011). Nikotinabhängigkeit. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Springer-Lehrbuch. Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 767–782). Springer Medizin.
- IFT-Gesundheitsförderung (n.d.). *Das Rauchfrei Programm: Kursangebot*. Zugriff am 21. Juni 2022, verfügbar unter <https://rauchfrei-programm.de/raucher/>
- IFT-Gesundheitsförderung (2014, 23. April). *Kursbeschreibung – Rauchfrei Programm*. <https://www.rauchfrei-programm.de/kursbeschreibung.html>
- IFT-Gesundheitsförderung (2020a, 23. Januar). *Das Rauchfrei Programm – Programm zur Tabakentwöhnung*. <https://www.ift-gesundheit.de/programme-zur-gesundheitsfoerderung/das-rauchfrei-programm.html>
- IFT-Gesundheitsförderung (2020b, 12. Mai). *Beschreibung des Programms für Fachleute*. <https://www.rauchfrei-programm.de/schulungsangebote/beschreibung-fuer-fachleute.html>
- Kröger, C. (2011). *Effektivität von Tabakentwöhnung in Deutschland: Nachbefragung der Teilnehmer am Rauchfrei Programm zur Untersuchung des Einflusses verschiedener Parameter auf die langfristigen Effekte*. Projektbericht.
- Kröger, C. & Gröll, J. (2018). *Das Rauchfrei Programm*. Jahresbericht 2018; Berichtszeitraum: 01.01.2017 bis 31.12.2017. München. IFT-Gesundheitsförderung.

- Kröger, C., Lochbühler, K., Goebel, J. & Schoder, K. (2019). *Das Rauchfrei Programm*. Jahresbericht 2019; Berichtszeitraum: 01.01.2018 bis 31.12.2018. München. IFT-Gesundheitsförderung.
- Raucherambulanz TU Dresden (2020a). *Das Rauchfrei-Programm*. <https://www.raucherambulanz.tu-dresden.de/index.php?seite=programm>
- Raucherambulanz TU Dresden (2020b). *Die vier Säulen des Rauchfrei-Programms*. <https://www.raucherambulanz.tu-dresden.de/index.php?seite=programmsaeulen>
- West, R., Hajek, P., Stead, L. & Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*, 100(3), 299–303. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00995.x>
- Wörmann, M. (2013). *Tabakentwöhnung in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Evaluation eines internetbasierten Ausstiegsprogramms für Raucher* [Dissertation]. Universität Bielefeld, Bielefeld.

6.7 Quit the Shit – Reduzierung des Cannabiskonsums

Ziel

Die Online-Intervention »Quit the Shit« unterstützt Teilnehmende, ihren Cannabiskonsum stark zu reduzieren oder den Konsum ganz zu beenden. Die Intervention ist kostenlos und kann auf Wunsch anonym durchgeführt werden (<https://www.quit-the-shit.net/qts/>).

Theoretischer Hintergrund

Der Konsum von Cannabis ist besonders unter jungen Erwachsenen weit verbreitet (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020). In Deutschland haben knapp die Hälfte der Studierenden in ihrem bisherigen Leben schon einmal Cannabis probiert (Grützmaier et al., 2018). Der Konsum von Cannabis kann ernst zu nehmende Schäden der physischen und psychischen Gesundheit verursachen. Dazu gehören motorische, kognitive und affektive Störungen, Depersonalisations- und Derealisationserleben sowie im Extremfall, cannabisinduzierte Psychosen und Schizophrenie (Heppner et al., 2007; Kalant, 2004; Thomasius et al., 2009; Volkow et al., 2014). Gefährdet sind insbesondere Personen, die regelmäßig konsumieren (Kalant, 2004; Patton et al., 2002).

Um diesen negativen Effekten entgegenzuwirken, zielt »Quit the Shit« darauf ab, die Häufigkeit des Konsums zu minimieren. Es basiert auf dem Modell der Selbstregulation (Kanfer, 1986). Selbstregulation setzt sich demnach aus den drei Komponenten (1) Selbstbeobachtung, (2) Selbstbewertung sowie (3) Selbstverstärkung zusammen. Die Intervention verfolgt einen lösungsorientierten Ansatz (De Shazer, 1997), indem sie den Teilnehmenden gezielt Strategien zu diesen drei Aspekten vermittelt. Durch (1) systematische Beobachtung des eigenen Verhaltens, (2) kritische Reflexion der eigenen Gedanken und Gefühle sowie (3) die Förderung von positiv verstärkenden alternativen Verhaltensweisen soll langfristig die Reduktion des Konsums angestrebt werden.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an alle Personen, die ihren Cannabiskonsum reduzieren möchten. Das objektive Ausmaß des Konsums spielt dabei eine eher untergeordnete Rolle; wichtig sind vor allen Dingen der subjektive Wunsch und die Motivation zur Veränderung des eigenen Konsumverhaltens.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Programm

Die Studierenden führen die Intervention eigenständig und unabhängig von ihrer Hochschule durch. Die Teilnahme erfolgt ausschließlich online und wird von einem Team professioneller Berater:innen begleitet. Es gliedert sich in sieben Schritte:

1. Die Teilnehmenden melden sich auf der Website an. Im Rahmen eines individuellen Screenings machen sie Angaben zu ihrem Konsumverhalten.

2. Ein Starttermin wird festgelegt, bei dem ein persönliches Chat-Gespräch mit einem:einer der Berater:innen erfolgt. Bei diesem Erstgespräch legen die Teilnehmenden ihre individuellen Ziele in Bezug auf ihren Konsum fest.
3. Ein Konsumtagebuch wird eingeführt, das das Kernstück des Programms bildet. Mithilfe des Tagebuchs reflektieren und protokollieren die Teilnehmenden relevante Aspekte ihres Konsumverhaltens. Zugleich sollen alternative, gesündere Verhaltensweisen etabliert werden. Die Berater:innen geben wöchentlich Rückmeldung zu den persönlichen Einträgen.
4. Im Laufe der Beratungen werden Übungen freigeschaltet, die den Teilnehmenden bei der Erreichung ihrer Ziele helfen sollen.
5. Ein Online-Forum bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit zum vertraulichen Austausch. Es ist ausschließlich den Nutzer:innen und Berater:innen von »Quit the Shit« zugänglich.
6. Bei einem Abschlusstermin findet erneut ein Chat-Gespräch zwischen Betreuer:in und Teilnehmer:in statt. Besprochen werden der Ablauf des Programms, der persönliche Fortschritt sowie die zukünftige Situation.
7. Nachbefragungen erfolgen jeweils zum Ende sowie drei und sechs Monate nach Abschluss der Intervention. Die Nutzer:innen werden gebeten, Feedback zum Programm zu geben und ihren Konsum zu den jeweiligen Zeitpunkten zu berichten, um langfristige Effekte zu messen.

Häufigkeit

»Quit the Shit« hat eine reguläre Dauer von vier Wochen. Auf Absprache kann eine Verlängerung um weitere vier Wochen erfolgen. Sollte darüber hinaus Handlungsbedarf bestehen, informieren die Berater:innen im Abschlussgespräch zu verschiedenen Möglichkeiten über das Programm hinaus.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Da die Intervention durch den externen Dienstleister »drugcom« erfolgt, sind keine gesonderten Strukturen erforderlich. Es entstehen weder Kosten für die Hochschule noch für die Teilnehmenden.

Erforderliche Qualifikation

Personelle Qualifikationen für die Planung und Durchführung der Intervention sind keine erforderlich. Jedoch muss das Programm unter den Studierenden bekannt gemacht und speziell an betroffene Personen herangetragen werden. Personal der Studierendeninformation und -beratung oder des hochschulischen Gesundheitsmanagements können diese Zuständigkeit übernehmen. Potenzielle Kommunikationswege sind Aushänge in den Räumlichkeiten, der Internetauftritt der Hochschule oder Werbung im Rahmen von Veranstaltungen.

Ergänzungen/Erweiterungen

Vertraulichkeit

Die Nutzungsdaten werden streng vertraulich behandelt. Alle Berater:innen von »Quit the Shit« sind an die Schweigepflicht gebunden und verfügen über das Zeugnisverweigerungsrecht. Auf Wunsch können persönliche Daten nach Ende des Programms gelöscht werden; spätestens nach 6 Monaten erfolgt eine automatische Löschung.

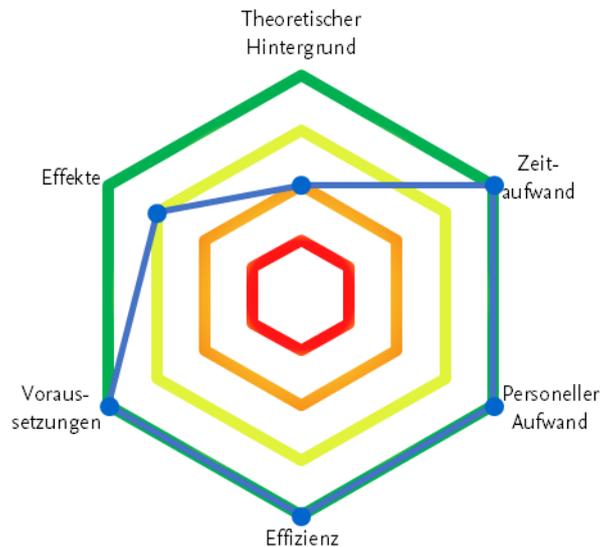
Effektivität und Evaluation

Die Effektivität der Intervention wurde bisher in zwei Studien empirisch untersucht. Tossman et al. (2011) verwendeten ein randomisiertes Kontrollgruppendesign. Die Interventionsgruppe berichtete drei Monate nach Ende des Programms eine signifikant geringere Konsummenge (Gramm) sowie signifikant weniger Konsumtage (Anzahl) verglichen mit der Kontrollgruppe. Weiterhin berichtete die Interventionsgruppe von positiven Effekten in Hinblick auf ihre Ängstlichkeit, Depressivität, Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit. Die Ergebnisse beziehen sich auf jene Personen, die die Intervention bis zum Ende durchlaufen haben. Aufgrund der vergleichsweise hohen Abbruchquote (Tossman et al., 2011) ist es essenziell, die Teilnahmebereitschaft bis zum Ende der Intervention aufrechtzuerhalten, um die oben skizzierten Effekte zu erreichen. In einer zweiten Studie untersuchten Jonas et al. (2018), ob sich eine verkürzte Dauer (vier Wochen statt 50 Tage) auf die Effektivität des Programms auswirken würde. Beide Bedingungen erwiesen sich als gleich wirksam: Es ergab sich eine signifikante Reduktion des Konsums unter den Teilnehmenden jeweils 3, 6 und, zusätzlich zur ersten Studie, 12 Monate nach der Intervention. Diese Befunde bestätigen die positiven Effekte der Studie von Tossman et al. (2011). Es erfolgte eine Verkürzung des Programms auf vier Wochen.

Bewertung

Ausgehend vom Modell der Selbstregulation fördert »Quit the Shit« die Selbstreflexions- und Kontrollstrategien der Teilnehmenden mit dem Ziel, ihren Cannabis Konsum zu reduzieren. Da das Programm durch einen externen Dienstleister angeboten wird, sind auf Seiten der Hochschule nahezu keine Ressourcen erforderlich. Zu leisten ist lediglich die Kommunikation an relevante Zielgruppen, sodass der benötigte Zeitaufwand sowie die benötigten personellen Ressourcen äußerst gering ausfallen. Auf Seiten der Studierenden sorgt die Option zur internetbasierten, anonymen und kostenlosen Teilnahme für einen niedrighwelligen Zugang. Trotz einer recht hohen Abbruchquote hat sich das Programm für Personen, die es vollständig durchführen, als wirksam erwiesen. Die professionelle Betreuung durch Expert:innen in der Drogen- und Suchtberatung ist positiv hervorzuheben.

Insgesamt stellt die Intervention ein einfach umzusetzendes und effektives Angebot für Studierende zur Reduzierung ihres Cannabiskonsums dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 3,5 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Die Beratung im »Quit-the-Shit«-Programm erfolgt durch das drugcom-Team (Website: <https://www.drugcom.de/ueber-uns>). Alle Mitglieder verfügen über extensive Erfahrung in der Beratung und/oder im psychotherapeutischen Bereich. Zusätzlich bestehen Kooperationen mit verschiedenen Beratungsstellen in ganz Deutschland.
- Die Website des Programms bietet weitere Inhalte an: Der Bereich „Wissenswertes“ dient der Psychoedukation der Cannabis-Konsument:innen. Dort werden Informationen zu den Wirkweise und Effekten von Cannabis bereitgestellt sowie Herausforderungen und Erwartungshaltungen an den Prozess der Entwöhnung thematisiert. Die Bereiche „FAQ“ und „Userberichte“ sollen Bedenken und Fragen potenzieller Nutzer:innen klären und die Intervention dadurch so niedrigschwellig wie möglich gestalten.

Literatur

- De Shazer, S. (1997). Die Lösungsorientierte Kurztherapie – ein neuer Akzent der Psychotherapie. In J. Hesse (Hrsg.), *Systemisch-lösungsorientierte Kurztherapie: ... Symposium ... im Oktober 1995 in Köln* (S. 55–74). Vandenhoeck & Ruprecht.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020). *European Drug Report 2020: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2810/420678>
- Grützmaker, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland*. <https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/forschung/BwB/bwb-2017/index.html>

- Heppner, H., Sieber, C. & Schmitt, K. (2007). „Gewöhnlicher“ Drogenkonsum mit ungewöhnlichem Zwischenfall. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132(11), 560–562.
<https://doi.org/10.1055/s-2007-970377>
- Jonas, B., Tensil, M.-D., Tossmann, P. & Strüber, E. (2018). Effects of Treatment Length and Chat-Based Counseling in a Web-Based Intervention for Cannabis Users: Randomized Factorial Trial. *Journal of medical Internet research*, 20(5), e166.
<https://doi.org/10.2196/jmir.9579>
- Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28(5), 849–863.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2004.05.027>
- Kanfer, F. H. (1986). Implications of a Self-Regulation Model of Therapy for Treatment of Addictive Behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Hrsg.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change* (S. 29–47). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_2
- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M. & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*, 325(7374), 1195–1198.
<https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1195>
- Thomasius, R., Weymann, N., Stolle, M. & Petersen, K. U. (2009). Cannabiskonsum und -missbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Auswirkungen, Komorbidität und therapeutische Hilfen. *Psychotherapeut*, 54(3), 170–178. <https://doi.org/10.1007/s00278-009-0662-x>
- Tossmann, H.-P., Jonas, B., Tensil, M.-D., Lang, P. & Strüber, E. (2011). A controlled trial of an internet-based intervention program for cannabis users. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14(11), 673–679. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0506>
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M. & Weiss, S. R. B. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *The New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219–2227.
<https://doi.org/10.1056/NEJMr1402309>

6.8 »Soziale Normen«-Intervention zum Alkoholkonsum

Ziel

Das Ziel der Intervention stellt die Reduktion bzw. Vorbeugung von riskantem Alkoholkonsum sowie die Förderung eines verantwortungsvollen und risikoarmen Umgangs mit Alkohol dar (Farnir, 2018).

Theoretischer Hintergrund

Der Intervention liegt der »Soziale Normen«-Ansatz zugrunde. Für alkoholbezogene Interventionen richtungsweisend ist die Erkenntnis, dass der Alkoholkonsum durch soziale Normen beeinflusst wird (Lorant et al., 2013). Bei Studierenden spielen insbesondere soziale Beziehungen zu Peers eine zentrale Rolle für das Trinkverhalten, d. h., Studierende passen ihren Alkoholkonsum an den (wahrgenommenen) Alkoholkonsum ihrer Peers an (Berkowitz, 2005; Helmer, 2015). Gezeigt werden konnte jedoch, dass Studierende den Alkoholkonsum ihrer Peers systematisch überschätzen und dadurch selbst mehr trinken (Perkins & Berkowitz, 1986). Der »Soziale Normen«-Ansatz zielt darauf ab, diese Fehleinschätzung zu korrigieren, indem Studierenden die wahre Verhaltensnorm ihrer Peer-Gruppe und ihre eigene Position innerhalb der Peer-Gruppe mitgeteilt werden (Berkowitz, 2004). Es wird angenommen, dass Studierende dadurch eine realistischere Einschätzung des Alkoholkonsums ihrer Peers erhalten und das eigene Trinkverhalten an diese realistischere Einschätzung anpassen, infolgedessen also weniger trinken.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich an Studierende, insbesondere solche, die einen riskanten Alkoholkonsum²⁹ aufweisen.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Intervention läuft in zwei Schritten ab (Farnir, 2018; Wolter et al., 2021).

1. Erhebung des eigenen Alkoholkonsums und Einschätzung des Alkoholkonsums der Peers hinsichtlich Frequenz und Menge
2. Rückmeldung zum eigenen Alkoholkonsum und zur Einschätzung des Konsums der Peers im Vergleich zum tatsächlichen Konsum der Peers.

Häufigkeit

Die Intervention findet einmalig statt.

²⁹ Als riskanter Alkoholkonsum wird ein Konsummuster bezeichnet, „das das Risiko von schädlichen Konsequenzen für die körperliche und psychische Gesundheit erhöht“ (Lange et al., 2016). Konkret wird eine durchschnittliche tägliche Alkohol-Trinkmenge von mehr als 10–12 g Reinalkohol für Frauen und 20–24 g für Männer als riskant definiert.

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Zur Umsetzung der Intervention benötigen die teilnehmenden Studierenden ein internetfähiges Endgerät (Laptop, Smartphone, etc.) und einen E-Mail-Account. Die Verantwortlichen müssen den Alkoholkonsum z. B. mit dem Audit-C online erheben, die Daten analysieren (Schritt 1) sowie Rückmeldungen an die teilnehmenden Studierenden verschicken oder ihnen mündlich geben (Schritt 2).

Erforderliche Qualifikation

Für die Umsetzung der Intervention sind keine besonderen personellen Qualifikationen erforderlich.

Ergänzungen/Erweiterungen

Optional bietet es sich an, die Intervention um einen dritten Schritt zu erweitern. Der dritte Schritt besteht in der Evaluation der Intervention. Dabei werden der eigene Alkoholkonsum und die Einschätzung des Alkoholkonsums der Peers erneut erhoben (Farnir, 2018; Wolter et al., 2021).

Bezüglich der Intervention gibt es mehrere Gestaltungsspielräume, die im Folgenden aufgeführt sind.

- Es ist nicht festgelegt, wie viel Zeit zwischen der Erhebung (Schritt 1) und der Rückmeldung (Schritt 2) liegen sollte. In der Praxis erfolgt die Rückmeldung häufig direkt im Anschluss an die Erhebung, teilweise liegen auch mehrere Tage bis zu zwei Monate zwischen den beiden Schritten (Foxcroft et al., 2015).
- Zusätzlich ist nicht festgelegt, wer als Bezugsgruppe für die Einschätzung des Alkoholkonsums der Peers dienen sollte. Es wird allerdings empfohlen, eine möglichst spezifische Bezugsgruppe zu wählen (Foxcroft et al., 2015). Je näher die Bezugsgruppe ist, desto leichter fällt es Studierenden, sich mit der Bezugsgruppe zu identifizieren. Beispielsweise eignen sich Mitstudierende des gleichen Fachbereichs und Geschlechts als Bezugsgruppe (Wolter et al., 2021).
- Außerdem gibt es mehrere Optionen, wie die Rückmeldung (Schritt 2) erfolgen kann: in Face-to-Face-Kommunikation, web- oder E-Mail-basiert. E-Mail-basierte Rückmeldungen haben den Vorteil, dass sie kosteneffizient und von den Studierenden jederzeit abrufbar sind (Thomas et al., 2021; Wolter et al., 2021).

Effektivität und Evaluation

Es konnte bereits mehrfach gezeigt werden, dass alkoholbezogene Interventionen für Studierende, die auf dem »Soziale Normen«-Ansatz basieren, einen positiven Effekt auf die Trinkhäufigkeit und -menge sowie den riskanten Alkoholkonsum haben können (Foxcroft et al., 2015). Studierende mit einem riskanten Alkoholkonsum scheinen von einer Intervention besonders zu profitieren (Haug et al., 2012).

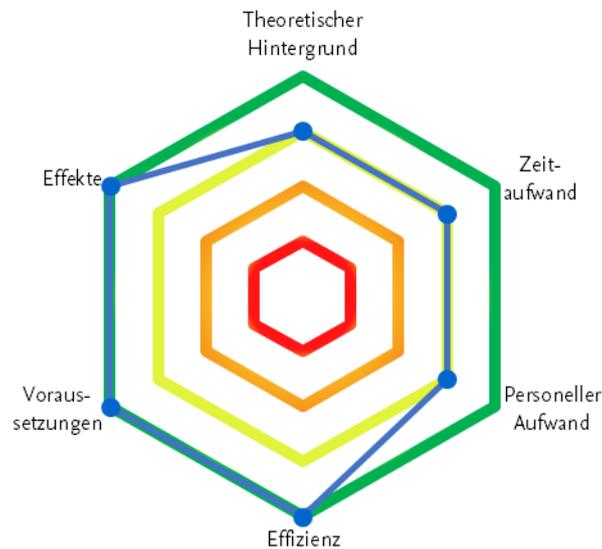
Zudem kommen Foxcroft et al. (2015) in ihrer Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass die positiven Effekte einer »Soziale Normen«-Intervention zum Alkoholkonsum auch langfristig, d. h. vier Monate oder länger, bestehen bleiben. Beispielsweise tranken in einer randomisierten kontrollierten Studie von Kypri et al. (2008) die teilnehmenden Studierenden auch noch zwölf Monate nach der Intervention signifikant weniger Alkohol als die Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

2019 wurde an der Freien Universität Berlin eine auf dem »Soziale Normen«-Ansatz basierende Intervention zum Alkoholkonsum durchgeführt und anhand eines Prä-Post-Kontrollgruppendedesigns evaluiert (Wolter et al., 2021). Ungefähr zwei Monate nach der ersten Erhebung des eigenen Alkoholkonsums und der Einschätzung des Alkoholkonsums der Peers (Schritt 1) erhielten die Studierenden der Interventionsgruppe eine E-Mail-basierte Rückmeldung zum eigenen Alkoholkonsum und zur Einschätzung des Konsums der Peers im Vergleich zum tatsächlichen Konsum der Peers (Schritt 2). Für die Teilnehmenden der Kontrollgruppe blieb der zweite Schritt aus. Nach drei weiteren Monaten fand die zweite Erhebung des eigenen Alkoholkonsums und der Einschätzung des Alkoholkonsums der Peers statt (Schritt 3). Als Bezugsgruppe wurden Mitstudierende des gleichen Fachbereichs und Geschlechts gewählt. In die Analyse einbezogen wurden ausschließlich Studierende, die den Alkoholkonsum ihrer Peers überschätzten und einen überdurchschnittlichen Alkoholkonsum aufwiesen (Interventionsgruppe: n = 190; Kontrollgruppe: n = 101). In der Interventionsgruppe ergab sich nach der Intervention eine Korrektur der Einschätzung des Alkoholkonsums der Peers und eine Reduktion des Alkoholkonsums. In der Kontrollgruppe waren diese Effekte signifikant schwächer ausgeprägt.

Bewertung

Die Intervention basiert auf dem »Soziale Normen«-Ansatz. Sie ist mit einem geringen Zeit- und Personalaufwand für die Hochschule realisierbar, da die Verantwortlichen lediglich die beiden Erhebungen durchführen und auswerten sowie die Rückmeldungen an die Studierenden verschicken oder ihnen mündlich geben müssen. Für die teilnehmenden Studierenden ist der Zeitaufwand für die Durchführung der Intervention sehr gering. Es konnte gezeigt werden, dass die Intervention bei Studierenden zu einer realistischeren Einschätzung des Alkoholkonsums der Peers und zu einer Reduktion des Alkoholkonsums führt. Die Effekte scheinen auch über einen längeren Zeitraum bestehen zu bleiben.

Insgesamt stellt die Intervention eine gute Möglichkeit zur Reduktion bzw. Vorbeugung von riskantem Alkoholkonsum sowie zur Förderung eines verantwortungsvollen und risikoarmen Umgangs mit Alkohol dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 3,5 von 4 Punkten sehr positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Ausführliche Informationen zur konkreten Umsetzung der »Soziale Normen«-Intervention zum Alkoholkonsum an der Freien Universität Berlin sind bei Farnir (2018) und bei Wolter et al. (2021) zu finden.
- Es bietet sich an, den Studierenden bei der Rückmeldung (Schritt 2) zusätzlich externe Links (u. a. zu <https://www.dein-masterplan.de/> oder <https://www.kenn-dein-limit.info/> der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) mit weiteren Informationen zum Alkoholkonsum zur Verfügung zu stellen, damit sie ihr Wissen auf dem Gebiet selbstständig erweitern können.

Literatur

- Berkowitz, A. D. (2004). *The Social Norms Approach: Theory, Research, and Annotated Bibliography*. Trumansburg, NY. http://www.alanberkowitz.com/articles/social_norms.pdf
- Berkowitz, A. D. (2005). An Overview of the Social Norms Approach. In L. C. Lederman & L. P. Stewart (Hrsg.), *Changing the Culture of College Drinking: A Socially Situated Health Communication Campaign* (S. 193–214). Hampton Press. <https://pdfs.semanticscholar.org/6ef6/20971cfda65d43ec3cac2c2aocd7bf7c02fo.pdf>
- Farnir, E. (2018). *Intervention nach dem soziale Normen-Ansatz zur Reduktion des Alkoholkonsums: Eine Evaluationsstudie bei Studierenden der Freien Universität Berlin* [Unveröffentlichte Masterarbeit]. Freien Universität Berlin, Berlin.
- Foxcroft, D. R., Moreira, M. T., Almeida Santimano, N. M. L. & Smith, L. A. (2015). *Social norms information for alcohol misuse in University and College students (Review)* (Cochrane Database of Systematic Reviews Nr. 12). DOI: 10.1002/14651858.CD006748.pub4

- Haug, S., Sannemann, J., Meyer, C. & John, U. (2012). Reduktion des Alkoholkonsums und Förderung der Rauchabstinenz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mittels Internet und Mobiltelefon: Ein Literaturüberblick [Internet and mobile phone interventions to decrease alcohol consumption and to support smoking cessation in adolescents: a review]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 74(3), 160–177. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1268446>
- Helmer, S. (2015). *Substanzkonsum von Studierenden und Einflüsse der Peergroup. Über die Bedeutung von sozialen Normen für den legalen und illegalen Substanzkonsum von europäischen Studierenden* [Dissertation]. Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, Bielefeld. <https://d-nb.info/1073642348/34>
- Kypri, K., Langley, J. D., Saunders, J. B., Cashell-Smith, M. L. & Herbison, P. (2008). Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Archives of internal medicine*, 168(5), 530–536. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2007.109>
- Lange, C., Manz, K., Rommel, A., Schienkiwitz, A. & Mensink, G. B. M. (2016). Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. *Journal of Health Monitoring*(1), Artikel 1, 2–21. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-025>
- Lorant, V., Nicaise, P., Soto, V. E. & d'Hoore, W. (2013). Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC public health*, 13, 615. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3733799/pdf/1471-2458-13-615.pdf>
- Perkins, H. W. & Berkowitz, A. D. (1986). Perceiving the Community Norms of Alcohol Use among Students: Some Research Implications for Campus Alcohol Education Programming. *International Journal of the Addictions*, 21(9-10), 961–976. <https://doi.org/10.3109/10826088609077249>
- Thomas, T. A., Wolter, C., Lesener, T. & Gusy, B. (2021). Wenn weniger trinken mehr ist: Differenzielle Ergebnisse einer Alkoholintervention bei Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00897-y>
- Wolter, C., Lesener, T., Thomas, T. A., Hentschel, A.-C. & Gusy, B. (2021). Finding the Right Balance: A Social Norms Intervention to Reduce Heavy Drinking in University Students. *Frontiers in public health*, 9, Artikel 653435. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653435>

6.9 StudentBodies

Ziel

Das Ziel der internetgestützten Intervention ist die Prävention von Essstörungen durch den Aufbau eines gesünderen Körperbildes sowie den Abbau von übermäßigen Sorgen um das eigene Körpergewicht (Jacobi et al., 2005; Taylor et al., 2006). Darüber hinaus werden Strategien zur Gewichtsregulation, zum Umgang mit Binge Eating sowie Informationen zu Risiken im Zusammenhang mit Essstörungen vermittelt (Taylor et al., 2006).

Theoretischer Hintergrund

Die kognitiv-behaviorale Intervention enthält Elemente und Konzepte aus »The Road to Recovery« (Davis et al., 1989) – einem psychoedukativen Gruppenprogramm für bulimische Patient:innen. Psychoedukation kann definiert werden als der Prozess der Dissemination von Informationen über die Natur einer Störung (z. B. Essstörungen wie Bulimia nervosa) mit dem Ziel, Einstellungs- und Verhaltensänderungen bei den Empfänger:innen zu fördern (Davis et al., 1990). Das Ziel des psychoedukativen Gruppenprogramms ist es, den Proband:innen durch die Bereitstellung von störungsrelevanten Informationen und Selbstfürsorgestrategien (z. B. Selbstüberwachung, Essensplanung, Stimuluskontrolle, Problemlösung sowie kognitive Umstrukturierung) bei der Normalisierung ihres Essverhaltens zu assistieren (Davis et al., 1990). Zudem beinhaltet sie kognitiv-behaviorale Übungen in Anlehnung an das Body-Image- bzw. Körperbild-Selbsthilfeprogramm von Cash (1991) und orientiert sich an den Arbeiten von Fairburn et al. (Fairburn et al., 1995; Fairburn & Carter, 1997) zur Behandlung von Binge Eating. Außerdem wurden Komponenten aus den Richtlinien für Prävention bzw. gesunde Gewichtsregulation von Taylor et al. (1991) – in Bezug auf die Implementierung einer computergestützten Therapie – sowie Taylor und Altman (1997) entnommen (vgl. Jacobi et al., 2005).

Die Intervention wurde von Forschenden der Stanford University School of Medicine entwickelt und im Jahr 2005 von Jacobi et al. (2005) erstmals an die deutsche Situation adaptiert. Seitdem wurde StudentBodies erweitert und weiterentwickelt. So gibt es bereits eine spezifische Version für Frauen mit erhöhtem Risiko zur Entwicklung einer Anorexia Nervosa (SB-AN; Ohlmer et al., 2013). Für weitere Versionen siehe »Erweiterungen und Ergänzungen«.

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Die Intervention richtet sich insbesondere an junge Frauen, die unter körperlicher Unzufriedenheit und übermäßiger Beschäftigung mit Figur und Gewicht leiden und daran arbeiten möchten (Jacobi et al., 2005).

Aufbau (Gegenstände/Module)

Die Inhalte sind über acht Sitzungen verteilt, die in acht Wochen absolviert werden. Thematisiert werden körperliche Unzufriedenheit sowie negatives Körperbild, hohe Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht, Diät- bzw. restriktives Essverhalten, gesunde Ernährung, Sport, Essstörungen, Heißhungeranfälle und Selbstwertgefühl. Zusätzlich kommen interaktive Elemente wie

eine moderierte asynchrone Diskussionsgruppe, ein Körpertagebuch, ein persönliches Tagebuch sowie Lektüreempfehlungen pro Sitzung mit Fragen zur Förderung der Auseinandersetzung mit dem aktuellen Thema zum Einsatz. Die Teilnehmer:innen sollen regelmäßig ihre eigenen Gedanken und Gefühle zum Körper im Körpertagebuch aufzeichnen und zu einzelnen Themen gezielt kognitiv-behaviorale Übungen durchführen (Jacobi et al., 2005).

1. In der ersten Sitzung werden zunächst Anweisungen zu den Programmfunktionen gegeben. Themen für diese Sitzung sind: Ansichten über den eigenen Körper, Bestandteile des Selbstwertgefühls, historische Perspektive und das Körperbild im Gehirn. Der Umgang mit technischen Problemen wird erläutert. Beispiel für die Leseaufgabe: Fraser, Laura. »In der Öffentlichkeit essen: Warum wir die Kalorien anderer Leute zählen«.
2. Themen der zweiten Sitzung sind: Kulturelle Schönheitsideale, Veränderung des Körpergefühls, Einführung des Körpertagebuchs, Schreiben eines Briefes an den eigenen Körper. Außerdem werden Essstörungen konkret thematisiert: »Was sind Essstörungen?« und »Bist du gefährdet?« sind dabei zentrale Fragen. Beispiel für die Leseaufgabe: Al-Shaykh, Hanan: »In einem marokkanischen Bad«.
3. In der dritten Sitzung liegt der Fokus auf der Arbeit mit dem Körpertagebuch. Die Teilnehmenden erhalten schnelle Wohlfühl-Körpertipps und gehen auf die Vorteile von Sport- bzw. Bewegungsübungen (Exercise Benefits) ein. Das Thema »Eine Größe passt nicht allen« wird angesprochen und die Ursachen von Essstörungen werden erörtert. Ein zentrales Thema ist Ernährung, insbesondere werden Ernährungsgrundlagen sowie Ernährungsmythen geklärt. Beispiel für die Leseaufgabe: Shute, Jennifer: »Lebensgröße«.
4. Die Arbeit mit dem Körpertagebuch ist auch Teil der vierten Sitzung. Außerdem wird der Umgang mit negativen Gedanken geübt. Darüber hinaus wird ein Übungsprogramm entwickelt, das die Teilnehmenden über die nächsten Sitzungen hinweg begleiten wird. Weitere Themen dieser Sitzung sind: Neue Perspektiven entdecken, der Körper in Aktion, warum Diäten nicht funktionieren sowie die Zusage, keine Diät zu machen. Beispiel für die Leseaufgabe: Houston, Pam: »Aus Gewohnheit fange ich an, mich zu entschuldigen«.
5. Die Teilnehmer:innen arbeiten in der fünften Sitzung mit ihrem Körpertagebuch und dokumentieren ihr Übungsprogramm. (Soziale) Medien und der Umgang mit kritischen Kommentaren sind weitere Themen in dieser Sitzung. Es folgt eine Einheit zur bewussten Auseinandersetzung mit dem eigenen Spiegelbild. Im Bereich »Ernährung« geht es um Fettratgeber sowie Heißhunger, außerdem wird Binge Eating als eine essenzielle Form der Essstörungen vorgestellt. Beispiel für die Leseaufgabe: Seid, Roberta: »Nie zu dünn«.
6. In der sechsten Sitzung wird vor allem das Übungsprogramm dokumentiert. Themen dieser Sitzung sind darüber hinaus: Wissen, wann man satt ist, Folgen von Essstörungen sowie die Behandlung von Essstörungen. Die Teilnehmer:innen lernen, wie sie Freund:innen helfen können. Beispiel für die Leseaufgabe: Berg, Frances M.: »Kinder und Jugendliche in einer Gewichtskrise«.

7. Zentrales Thema der siebten Sitzung ist Zielsetzung. Im Bereich Ernährung geht es um Kantinenessen sowie Essen gehen. Beispiel für die Leseaufgabe: Fraser, Laura: »Nicht essen, nicht erzählen«. Abschließend erarbeiten die Teilnehmer:innen ihre Errungenschaften.
8. In der letzten Sitzung werden ein Quiz zum Körperbild gemacht und Bestandteile des eigenen Selbstwertgefühls bestimmt. Die Themen Übung, Ernährung sowie Essstörungen werden abschließend behandelt. Beispiel für die Leseaufgabe: Prominente und Essstörungen (Beintner et al., 2012).

Häufigkeit

Die Online-Intervention besteht aus acht Sitzungen, die in acht aufeinanderfolgenden Wochen auf einer digitalen Plattform bearbeitet werden. Dabei wird pro Woche eine Sitzung zur Bearbeitung freigeschaltet. Die Inhalte sind multimedial aufbereitet, die Sitzungen enthalten Informationstexte sowie Audio- und Videodateien. Die Teilnehmer:innen haben uneingeschränkten Zugriff auf das Material der aktuellen Sitzung. Außerdem ist es möglich, Inhalte bereits abgeschlossener Sitzungen einzusehen. Nach Beendigung der Intervention erhalten die Teilnehmer:innen insgesamt neun Monate weiteren Zugang, damit sie nach Bedarf auf das Material zurückgreifen können (Kass et al., 2014; TU Dresden, 2014).

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Die Intervention beinhaltet moderierte Diskussionsgruppen, deren Moderation sowie Orte und Zeiten organisiert werden müssen.

Erforderliche personelle Qualifikation

Das asynchrone online Diskussionsforum sollte von einer Person mit psychologischem bzw. psychotherapeutischem Hintergrund moderiert werden (Beintner et al., 2012).

Ergänzungen/Erweiterungen

Die Intervention wurde sowohl als ein universelles als auch zielgruppenspezifisches Präventionsprogramm eingesetzt (Beintner et al., 2012). Für letzteres sind die Studie von Jacobi et al. (2012) für eine Subgruppe mit unterschwelligem Essstörungen (*SB+*) sowie die Studie von Saekow et al. (2015) für eine Subgruppe mit subklinischen Essstörungen (*SB-ED*) zu nennen.

Effektivität und Evaluation

Die Intervention wurde in einigen Studien evaluiert. Es zeigten sich positive Effekte in verschiedenen Bereichen.

Die erste Evaluation von StudentBodies im deutschsprachigen Raum wurde von Jacobi et al. (2005) durchgeführt. Zum Post-Messzeitpunkt gab es signifikante Gruppenunterschiede in

»Restrain«³⁰, Gewichts- und Figursorgen sowie im Schlankheitsstreben zugunsten der Interventionsgruppe. Des Weiteren konnte ein signifikanter Wissenszuwachs durch das Programm für die Teilnehmerinnen bestätigt werden. Risikogruppenanalysen belegen signifikant größere Veränderungen für eine Hochrisikogruppe. Damit scheinen Frauen mit erhöhtem Risiko besonders stark von der Teilnahme an der Intervention zu profitieren.

Jacobi et al. (2007) untersuchten in einer weiteren Studie langfristige Effekte bzw. die Nachhaltigkeit der bisher erzielten Effekte der deutschsprachigen Version von StudentBodies. Dafür wurden in einem Kontrollgruppendesign 100 teilnehmende Studentinnen zu drei Messzeitpunkten inklusive eines dreimonatigen Follow-up begleitet. Direkt nach der Intervention konnten die Ergebnisse der vorausgegangenen Studie (Jacobi et al., 2005) weitestgehend repliziert werden. Beim Follow-up waren Verbesserungen im Schlankheitsstreben, dem Wissenstest sowie bzgl. Gewichts- und Figursorgen in der Interventionsgruppe signifikant größer als in der Kontrollgruppe. Auch hier ergab sich, dass Teilnehmerinnen mit einem erhöhten Risiko für Essstörungen besonders profitieren (Jacobi et al., 2007).

Für den englischsprachigen Raum berichten Taylor et al. (2006) zur Effektivität von StudentBodies von einer signifikanten Reduktion der Gewichtssorgen (gemessen mit der Weight Concerns Scale; WCS) für die Interventionsgruppe verglichen mit einer Kontrollgruppe unmittelbar nach der Intervention. Dieser Effekt konnte sowohl ein als auch zwei Jahre nach der Intervention bestätigt werden.

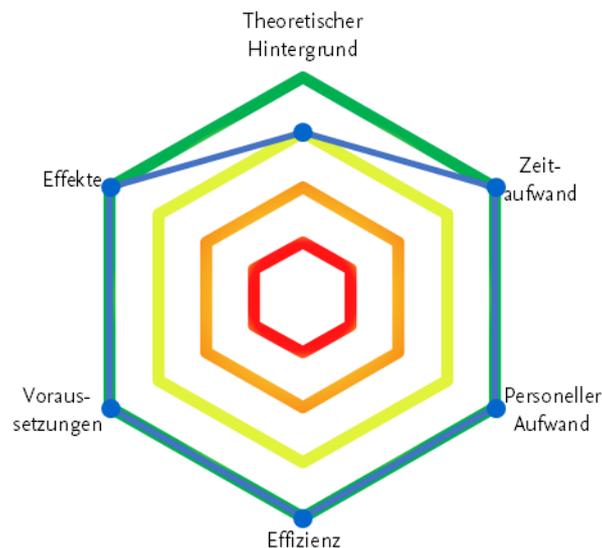
In einer Metaanalyse zu StudentBodies erwies sich die Intervention als wirksam mit kleinen bis moderaten Verbesserungen essstörungsbezogener Einstellungen, insbesondere der Reduzierung des negativen Körperbildes und des Wunsches, dünn zu sein (Beintner et al., 2012). Die Effekte blieben beim Follow-up erhalten. Darüber hinaus verbesserte sich das Wissen in Bezug auf eine gesunde Gewichtsregulation, Ernährung sowie Essstörungen direkt nach der Intervention und im Follow-up (Beintner et al., 2012).

Bewertung

Die Intervention bezieht sich auf verschiedene theoretisch und empirisch begründete Programme zu Essstörungen und bedient sich etablierter essstörungsspezifischer Elemente der Kognitiven Verhaltenstherapie. Strukturelle Ursachen für ernährungsbezogenes Risikoverhalten werden durch diese Intervention nicht adressiert. Da es sich um eine onlinebasierte Intervention handelt, erfordert sie kaum zusätzlichen zeitlichen oder personellen Aufwand für die Hochschulen. Für die Integration in den Hochschulkontext ist eine digitale Infrastruktur die einzige Voraussetzung. Die Intervention zeigt kurz- und langfristige positive Effekte auf verschiedene essstörungsspezifische Parameter wie Figur- und Gewichtssorgen und negatives Körperbild.

³⁰ Die Skala Restrain des Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) bezieht sich auf das Einschränken der Nahrungsaufnahme durch das Befolgen von Diätregeln.

Insgesamt stellt die Intervention ein effektives Angebot für Studierende zur Reduktion ihres essstörungsspezifischen Risikoverhaltens dar. Die Gesamtbewertung fällt mit 3,8 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- StudentBodies wurde durch das Team der Technischen Universität Dresden zu einem maßgeschneiderten Onlineprogramm »everybody« weiterentwickelt. Dieses Programm zielt auf die Steigerung der Körperzufriedenheit ab und ist für Frauen ab 18 Jahren geeignet. Weitere Informationen gibt es auf den Websites der TU Dresden (<https://tu-dresden.de/mn/der-bereich/news/everybody-online-programm-fuer-gesundes-koerpergefuehl>) sowie des Forschungsverbundes ICare (<https://www.icare-online.eu/de/everybody.html>).
- Das Team der TU Dresden entwickelte ein appbasiertes Training zur Steigerung der Körperzufriedenheit speziell für Männer. Dieses Training »BodyMind« stützt sich auf wissenschaftlich fundierte psychologische Theorien und Modellen und beinhaltet acht Module (siehe <https://tu-dresden.de/mn/psychologie/ikpp/e-mental-health/forschung/abgeschlossene-projekte/bodymind>).

Literatur

- Beintner, I., Jacobi, C. & Taylor, C. B. (2012). Effects of an Internet-based prevention programme for eating disorders in the USA and Germany – a meta-analytic review. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1002/erv.1130>
- Cash, T. F. (1991). *Body-image therapy: A program for self-directed change*. Guilford Press.
- Davis, R., Dearing, S., Faulkner, J., Jasper, K., Olmstead, M., Rice, C. & Rockert, W. (1989). *The road to recovery: A manual for participants in the psychoeducation group for bulimia nervosa*. The Toronto Hospital, Toronto General Division.

- Davis, R., Olmsted, M. P. & Rockert, W. (1990). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: assessing the clinical significance of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(6), 882–885. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.58.6.882>
- Fairburn, C. G. & Carter, J. C. (1997). Self-help and guided self-help for binge eating problems. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Hrsg.), *Handbook of treatment for eating disorders* (S. 494–499). The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A. & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry, 52*(4), 304–312. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950160054010>
- Jacobi, C., Morris, L., Beckers, C., Bronisch-Holtze, J., Winter, J., Winzelberg, A. J. & Taylor, C. B. (2005). Reduktion von Risikofaktoren für gestörtes Essverhalten. *European Journal of Health Psychology, 13*(2), 92–101. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.13.2.92>
- Jacobi, C., Morris, L., Beckers, C., Bronisch-Holtze, J., Winter, J., Winzelberg, A. J. & Taylor, C. B. (2007). Maintenance of Internet-Based Prevention: A Randomized Controlled Trial. *The International Journal of Eating Disorders, 40*(2), 114–119.
- Jacobi, C., Völker, U., Trockel, M. T. & Taylor, C. B. (2012). Effects of an Internet-based intervention for subthreshold eating disorders: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy, 50*(2), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.013>
- Kass, A. E., Trockel, M., Safer, D. L., Sinton, M. M., Cunning, D., Rizk, M. T., Genkin, B. H., Weisman, H. L., Bailey, J. O., Jacobi, C., Wilfley, D. E. & Taylor, C. B. (2014). Internet-based preventive intervention for reducing eating disorder risk: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Behaviour research and therapy, 63*, 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.010>
- Ohlmer, R., Jacobi, C. & Taylor, C. B. (2013). Preventing symptom progression in women at risk for AN: results of a pilot study. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association, 21*(4), 323–329. <https://doi.org/10.1002/erv.2225>
- Saekow, J., Jones, M., Gibbs, E., Jacobi, C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. & Taylor, C. B. (2015). StudentBodies-eating disorders: A randomized controlled trial of a coached online intervention for subclinical eating disorders. *Internet interventions, 2*(4), 419–428. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.10.004>
- Taylor, C. B., Agras, W. S., Losch, M., Plante, T. G. & Burnett, K. (1991). Improving the effectiveness of computer-assisted weight loss. *Behavior Therapy, 22*(2), 229–236. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80178-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80178-9)
- Taylor, C. B. & Altman, T. (1997). Priorities in prevention research for eating disorders. *Psychopharmacology Bulletin, 33*(3), 413–417.
- Taylor, C. B., Bryson, S., Luce, K. H., Cunning, D., Doyle, A. C., Abascal, L. B., Rockwell, R., Dev, P., Winzelberg, A. J. & Wilfley, D. E. (2006). Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry, 63*(8), 881–888. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.8.881>
- TU Dresden. (2014). *Online-Präventionsprogramm gegen Essstörungen sucht Teilnehmerinnen*. <https://tu-dresden.de/tu-dresden/newsportal/news/esstoerung>

6.10 Tagebuch zur Reflexion der persönlichen Internetnutzung

Ziel

Diese Intervention zielt darauf ab, dass Studierende ihren persönlichen Umgang mit internetbasierten Aktivitäten (1) kritisch reflektieren, (2) diese Aktivitäten reduzieren sowie (3) gesundheitsförderliche Handlungsalternativen explorieren. Nach Ende der angeleiteten Intervention sollen die Studierenden die Vorteile eines bewussteren Umgangs mit diesen Aktivitäten erlebt haben und ihn dadurch auf lange Sicht eigenverantwortlich umsetzen. Langfristiges Ziel der Intervention ist, dem Leidensdruck, den die Studierenden durch diese Aktivitäten im Alltag erleben, entgegenzuwirken.

Theoretischer Hintergrund

Mit Smartphones, Tablets und anderen digitalen Endgeräten ist es heute von quasi überall möglich, auf das Internet zuzugreifen (Jin Jeong et al., 2020). Dabei ist in keiner anderen Altersgruppe die Internetnutzung so hoch wie bei Teenagern und jungen Erwachsenen (Anderson et al., 2017). In Deutschland ist seit 2018 die tägliche Nutzungszeit bei den 18- bis 29-Jährigen permanent gestiegen und liegt 2021 bei durchschnittlich 4,5 Stunden pro Tag (ARD/ZDF-Forschungskommission, 2022). Zu dieser Gruppe, den sogenannten Digital Natives (Prensky, 2001), gehört auch der Großteil der Studierenden. Jeden Tag greifen sie viele Male auf das Internet zu und benutzen es sowohl für studienbezogene wie für private Zwecke. Vorrangig nutzen Studierende (1) den E-Mail-Verkehr, (2) tauschen mittels Messaging-Diensten Nachrichten aus (z. B. WhatsApp, Telegram, Signal), (3) teilen oder konsumieren Inhalte über Social Media (z. B. TikTok, Instagram, Twitter, Facebook) und (4) streamen Musik oder Videos über verschiedene Streaming-Plattformen (z. B. Apple Music, Spotify, Netflix; Carbonell et al., 2018) – wobei die verschiedenen Anbieter in der Regel mehrere dieser Funktionen vereinen. Besonders jüngere Altersgruppen gelten daher als anfällig für die mit intensivem Internetkonsum assoziierten Folgen (Teo, 2013).

Wirkung und Problematik internetbasierter Aktivitäten

Die Internetnutzung ist nicht per se gut oder schlecht. Während zweifelsohne positive Auswirkungen existieren, auch für Studierende (Karataş, 2018; Singh & Samah, 2018), können internetbasierte Aktivitäten ebenso schädigende Wirkung haben (Diomidous et al., 2016). Diese Effekte variieren je nach Art der Inhalte, der Häufigkeit, Dauer sowie Intention des Konsums (Boer et al., 2022). So kann intensive Social-Media-Nutzung mit verringertem Wohlbefinden einhergehen (Kross et al., 2013; Wirtz et al., 2021) und Stress verursachen (Pontes et al., 2018). Im pathologischen Spektrum wurden Zusammenhänge zwischen problematischer Internetnutzung und Depression, Ängstlichkeit, Sozialer Phobie sowie Einsamkeit aufgezeigt (Elhai et al., 2017; Keles et al., 2020). Weitere Studien berichten von schädigenden Einflüssen auf kognitiver Ebene, etwa erhöhte Ablenkung (van Zoonen et al., 2017), erschwerte Informationsverarbeitung (Jiang et al., 2016) und verminderte Lernleistung (Wood et al., 2012). Speziell im Kontext Studierender zeigten sich negative Zusammenhänge zwischen hohem Internetkonsum und Lernmotivation (Reed & Reay, 2015) sowie zwischen Social-Media-Nutzung und akademischen Leistungen (Junco, 2012) – insbesondere, wenn diese während der Lernens erfolgte (Lau, 2017). Darüber hinaus werden auch negative Einflüsse auf die physische Gesundheit berichtet (Lemola et al., 2015).

Zur Messung problematischen Internetverhaltens wurden verschiedene Skalen entwickelt (z. B. Andreassen et al., 2017). Eine Internet-Abhängigkeit ist nicht rein quantitativ über die Nutzungsdauer beschreibbar. Es müssen weitere Faktoren wie Intention und (negative) Konsequenzen der Nutzung berücksichtigt werden (Billieux et al., 2015; Griffiths, 2010, 2012). Problematische Internetnutzung liegt demnach dann vor, wenn das Verhalten unkontrolliert und impulsiv erfolgt, sich negativ auf das Wohlbefinden oder auf das soziale, akademische und berufliche Leben auswirkt, Sorgen oder zwanghafte Gedanken hervorruft – und trotzdem nicht unterlassen wird (Andreassen, 2015; Romero Saletti et al., 2021). Insbesondere Aktivitäten zum Vergnügen oder aus rein hedonistischen Motiven – z. B. Gaming, Pornografienutzung oder das Streamen von Inhalten zur Unterhaltung – bergen ein hohes Abhängigkeitspotenzial (Fineberg et al., 2018). Problematische Internetnutzung gilt daher oft als Obergriff für problematische Verhaltensweisen wie Social-Media-Abhängigkeit oder Gaming-Sucht (Baggio et al., 2018).

Ziel und Vorgehen

Da Studierende zunehmend auf den Gebrauch des Internets angewiesen sind, ist eine reine Abstinenz keine sinnvolle Zielsetzung (Young, 1999). Im schlimmsten Fall können dadurch Symptome wie Rückfallverhalten (Baumer et al., 2013) oder Angst vor sozialem Ausschluss (Blackwell et al., 2017) auftreten. Einige Autor:innen schlagen stattdessen eine zeitliche Begrenzung in Kombination mit einer reflektierten und kontrollierten Nutzung vor (Young, 1999; Yubo Hou et al., 2019; Zhou et al., 2021). Für einen reflektierten Umgang ist es wichtig, zunächst die Anwendungsbereiche zu identifizieren, die für den Alltag zwingend erforderlich sind. Beispielsweise gehören der Versand von E-Mails, das Recherchieren per Suchmaschine oder der Zugriff auf Online-Plattformen und -Datenbanken zur normalen Arbeits- und Lernroutine der meisten Studierenden. Übrig bleiben in der Regel die Anwendungsbereiche, die dem reinen Vergnügen dienen (siehe oben) und daher eher ein hohes Abhängigkeitspotenzial bergen (Fineberg et al., 2018). Diese Bereiche sollten bei der Entwicklung eines bewussten Umgangs während der Intervention in den Fokus genommen werden.

Auch wenn in der Literatur noch keine Einigkeit über Charakteristika einer »gesunden Internetnutzung« besteht, legen verschieden Fallstudien nahe, dass es vor allem darunter liegende, maladaptive psychische Prozesse sind, die zu exzessiver Nutzung und dadurch negativen Konsequenzen im Alltag führen (Griffiths, 2010, 2012). So entsteht ein Teufelskreis aus schädlichen Denkmustern und deren Verstärkung, der das problematische Verhalten aufrechterhält (Turel et al., 2011). Ziel einer Intervention sollte daher sein, die persönliche Internetnutzung in Bezug auf die eigenen Gedanken-, Gefühls- und Handlungsmuster zu reflektieren und bei schädigenden Folgen alternative Verhaltensweisen zu etablieren.

Kognitive Verhaltenstherapie als Grundlage einer Intervention

Um einen gesunden, d. h. kontrollierten Umgang mit internetbasierten Aktivitäten zu etablieren, kann auf Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zurückgegriffen werden (Du et al., 2010; Young, 1999, 2007). Den theoretischen Kern einer Intervention bildet dabei die Sozialkognitive Theorie nach Bandura (2004). Diese nimmt an, dass sich individuelle Verhaltensweisen und Gedanken sowohl aus Einflüssen der Umwelt (z. B. internetbasierte Angebote) wie aus Merkmalen der Person (z. B. Selbstwirksamkeit und Selbstregulation) ergeben. In der Tat zeigen verschiedene Studien, dass auch problematischer Internetkonsum in Zusammenhang mit fehlerhafter Fähigkeit zur Selbstregulation und maladaptiven Denkmustern steht (Casale et al., 2018; Spada et al., 2008). Die KVT zielt darauf ab, durch Restrukturierung diese Gedanken, Gefühle und das Verhalten von Personen positiv zu beeinflussen (Butler et al., 2006).

Ein Rückgriff auf die Methodik der KVT erscheint daher sinnvoll; sie hat sich in der Vergangenheit auch bereits in einer nichtklinischen Gruppe bei problematischer Internetnutzung als effektiv erwiesen (Lan et al., 2018; Yubo Hou et al., 2019; Zhou et al., 2021).

Diese Intervention zielt daher darauf ab, dass die Studierenden für sich selbst reflektieren, wie sich ihr Umgang mit dem Internet auf sie auswirkt und welche gesundheitsförderlichen Handlungsalternativen sie etablieren wollen. Um diesen Prozess zu strukturieren, werden für die Intervention verschiedene Elemente aus der Kognitiven Verhaltenstherapie genutzt (Young, 1999). Kern ist das Führen eines Tagebuchs (Young, 2011).

Zielgruppe bzw. Teilnahmebedingungen

Als Orientierungshilfe kann ein Kriterium aus der Psychotherapie verwendet werden: Es besteht dann Interventionsbedarf, wenn ein subjektiver Leidensdruck besteht – entweder in Bezug auf die Symptome selbst oder aufgrund ihrer negativen Konsequenzen (Klauer & Schneider, 2016). Entscheidend sollte also hier die persönliche Einschätzung der Studierenden sein. So können sie, auch wenn keine schwerwiegende Abhängigkeitssymptomatik vorliegt, in einzelnen Lebensbereichen negative Konsequenzen erleben, etwa wenn sie Konzentrationsprobleme haben, ihre generelle Motivation und Leistung sinkt oder ihr Sozialleben darunter leidet.

Folglich können alle Studierenden an der Intervention teilnehmen, die durch ihre persönliche Internetnutzung eine Form des Leidensdrucks erleben und stattdessen einen reflektierten und dadurch gesünderen Umgang damit entwickeln möchten.

Aufbau (Gegenstände/Module)

Dieser Interventionsansatz setzt sich aus drei Komponenten zusammen: (1) Messung, (2) Reflexion mithilfe eines Tagebuchs und (3) Verhaltensänderung. Der Aufbau stellt eine Integration der Interventionsansätze von Zhou et al. (2021), Yubo Hou et al. (2019) und Young (1999) dar. Die Intervention kann an die Bedürfnisse der Teilnehmenden sowie an die zeitlichen und materiellen Ressourcen der Hochschule angepasst werden.

Weil das Smartphone das am häufigsten verwendete Gerät zur Internetnutzung ist (IfD Allensbach, 2021) und diese dort automatisch per App getrackt werden kann, beschränkt sich dieser Ansatz auf die Messung der Smartphone-Internet-Nutzung. Personen, die ihr problematisches Internetverhalten eher bei der Verwendung anderer Geräte erleben (z. B. PC, Videokonsole), können ihre Nutzungszeit stattdessen handschriftlich im Tagebuch protokollieren.

Phase 1: Vorbereitungssitzung

Den Studierenden wird eine kurze Einführung in die Intervention gegeben. Dabei können Wirkmechanismen, Vorteile und Schwierigkeiten wie z. B. potenziell auftretende Entzugssymptome thematisiert werden (Young, 1999). Weiterhin wird sichergestellt, dass alle Teilnehmenden über eine App zur Messung der Internetzeit verfügen und diese zu nutzen wissen. Gemessen werden sollen beispielsweise die Häufigkeit des Einschaltens des Smartphones, die Tageszeit und die Dauer der Nutzung (global sowie spezifischer Apps). Außerdem erhalten die Studierenden ein Reflexions-Tagebuch, um ihre Gedanken und Gefühle zu Beginn und im Verlauf der Intervention festzuhalten. Im letzten Teil der Sitzung sollen die Studierenden ihre Internetnutzung anhand von vorgegebenen Leitfragen reflektieren:

- Wie viel Zeit verbringe ich pro Tag und pro Woche im Internet?

- Wie viel der Nutzungszeit ist zwingend erforderlich (z. B. für Uni/Arbeit/administrative Tätigkeiten)? Wie viel Zeit verbringe ich mit anderen Aktivitäten?
- Wie schränken diese Aktivitäten meinen Alltag ein oder schädigen mich sogar?
- Welche sinnvollen Dinge könnte ich stattdessen in dieser Zeit tun?
- Warum verbringe ich Zeit mit diesen bestimmten internetbasierten Aktivitäten? Welche Bedürfnisse möchte ich damit erfüllen? Was sind alternative, mir langfristig wohlthuendere Wege, diese Bedürfnisse zu erfüllen?

Zum Abschluss sollen die Teilnehmenden jeweils fünf Nachteile exzessiver Internutzung und fünf Vorteile alternativer Aktivitäten notieren, von diesen ein Foto machen und als Smartphone-/Desktop-Hintergrund speichern.

Phase 2: Intervention

Die Interventionsphase ist für eine Dauer von ca. zwei Wochen angesetzt. Während dieser Phase sind die Studierenden dazu angehalten, ihre (nicht für den akademischen/beruflichen Bereich benötigte) Internetnutzung auf eine bestimmte Zeit zu reduzieren. Da es keine offiziellen Empfehlungen für eine »gesunde Nutzungsdauer« gibt, sind die Studierenden auch hier auf eigenes Urteilsvermögen angewiesen, welche Art und welcher Umfang der Nutzung für sie angemessen scheint. Zum Beispiel könnte eine Person ihren Social-Media-Konsum auf maximal zwei Stunden am Tag reduzieren. Ein etwas niedrigschwelligerer Ansatz kann sein, zunächst zeitlich begrenzte „Offline-Perioden“ festzulegen, zum Beispiel 2,5 Stunden pro Tag (Yubo Hou et al., 2019). Verschiedene Apps können hier zur Unterstützung dienen, indem sie die Nutzer:innen nach Überschreiten des Zeitlimits darauf aufmerksam machen oder die Anwendung automatisch stoppen (z. B. „StayFree“, „Forest“; verfügbar im App- bzw. Playstore).

Jeden Abend soll ein Screenshot der Nutzungszeit erstellt und digital an die Leiter:innen der Intervention übermittelt werden. Außerdem führen die Studierenden ein Tagebuch, um ihre Gefühle, Gedanken und ihr Verhalten in Bezug auf ihre internetbasierten Aktivitäten zu reflektieren und schriftlich festzuhalten. Dabei können die Studierenden sich an den Leitfragen aus der Vorbereitungssitzung orientieren (siehe oben). Besonderer Fokus soll auf den Vergleich zwischen On- und Offline-Perioden gelegt werden, darüber hinaus sollen konkrete Handlungsabsichten für den nächsten Tag notiert werden.

Hier kann es hilfreich sein, dass Studierende spezifische Implementierungs-Intentionen, d. h. „Wenn-Dann-Pläne“ formulieren (Gollwitzer, 1999). Beispielsweise könnte eine Person den folgenden Plan aufstellen: „Wenn ich abends nach Hause komme, dann lege ich mein Smartphone in ein anderes Zimmer, mache mir einen Tee und lese mein neues Buch weiter.“ Dies hat sich vielfach als eine simple und effektive Methode zur Verhaltensänderung erwiesen (Gollwitzer & Sheeran, 2006). Im Laufe der Zeit erstellen die Studierenden dadurch ein persönliches Inventar alternativer Aktivitäten, auf das sie je nach Aufwand und zur Verfügung stehenden Zeit zurückgreifen können (Young, 1999).

Phase 3: Abschlussitzung

Die letzte Sitzung kann frei gestaltet werden und soll vor allen Dingen einem gemeinsamen Abschluss und Austausch unter den Studierenden dienen. Ziel sollte eine Reflexion der vergangenen zwei Wochen sein; es können Schwierigkeiten und Herausforderungen thematisiert sowie positive Erfahrungen und Tipps geteilt werden. Zuletzt sollen die Studierende spezifische

Absichten formulieren, wie sie ihre Erkenntnisse und ihr persönliches Verhaltensinventar nutzen wollen, um langfristig einen für sich gesunden Umgang mit internetbasierten Aktivitäten aufrechtzuerhalten.

Häufigkeit

Die Dauer der Intervention ist selbst wählbar. Bisherige Umsetzungen zeigen, dass sich ein Zeitraum von ein bis zwei Wochen als wirksam erwiesen hat (siehe Effektivität und Evaluation).

Verantwortliche/erforderliche Strukturen

Für die Einführungs- und Abschlusssitzung sollte ein physischer oder virtueller Raum zur Verfügung gestellt werden. Ansonsten sind keine gesonderten Strukturen erforderlich.

Erforderliche Qualifikation

Es sind ein bis zwei Personen erforderlich, die das finale Interventionskonzept erstellen und die Intervention durchführen. Im besten Fall verfügen sie über Kenntnisse im Bereich Psychologie, insbesondere in Kognitiver Verhaltenstherapie. Neben der Gestaltung der Einführungs-sitzung sollen sie während der Interventionsphase für die Studierenden für Fragen zur Verfügung stehen und ihnen eine kurze Rückmeldung zu ihren Nutzungszeiten (Screenshots) geben. Ergänzend können sie kurze Erinnerungsnachrichten an die Studierenden senden, um die Motivation aufrechtzuerhalten.

Effektivität und Evaluation

Der hier beschriebene Interventionsansatz beruht zum großen Teil auf Elementen der Kognitiven Verhaltenstherapie, die sich in Bezug auf gesundheitsschädliche Internetnutzung entlang des gesamten Spektrums – vom problematischen Verhalten bis hin zur klinischen Störung – als wirksam erwiesen haben (Lan et al., 2018; Stevens et al., 2019).

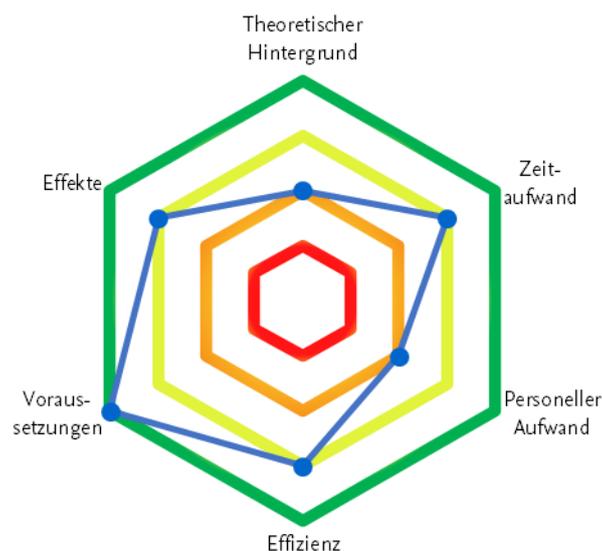
Spezifischer basiert diese Intervention auf Konzepten von Zhou et al. (2021) und Yubo Hou et al. (2019), die erfolgreich empirisch geprüft wurden. Yubo Hou et al. (2019) setzten in einer einwöchigen Intervention die Techniken Erinnerungskarten, Reflexion, kognitive Umstrukturierung und Praktizieren alternativer Verhaltensweisen ein. Die Teilnehmenden berichteten eine Reihe positiver Effekte im Vergleich zur Kontrollgruppe: geringere Nutzungszeit, bessere Schlafqualität, verringerte Abhängigkeitssymptomatik, verbesserte mentale Gesundheit sowie einen höheren Selbstwert. Darüber hinaus zeigten die Studierenden eine höhere Lernmotivation, verbrachten mehr Zeit mit Lernen und berichteten höheres Wohlbefinden. Ergebnisse zu Langzeiteffekten der Intervention liegen bisher nicht vor. Zhou et al. (2021) führten eine zweiwöchige Intervention durch, in der die Teilnehmenden 2,5-stündige „Offline-Perioden“ einhalten sollten. Sie setzten die oben beschriebenen Methoden der zeitlichen Begrenzung, Reflexion mittels Tagebuches und Praktizieren alternativer Verhaltensweisen ein. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe berichteten die Teilnehmenden direkt nach der Intervention eine erhöhte Lebens- bzw. Arbeitszufriedenheit, je nachdem, ob die Abstinenzphase in ihrer Freizeit oder Arbeitszeit lag. Qualitative Analysen zeigen, dass die Teilnehmenden durchaus von kurzfristigen negativen Effekten wie z. B. Angst, etwas zu verpassen, berichteten, jedoch vor allen Dingen dann positive Effekte erlebten, wenn sie aktiv anderen angenehmen Aktivitäten nachgingen

oder ihre Produktivität und Effizienz steigern konnten. Beide Studien betonen, dass die Interventionen besonders effektiv sind bei Personen, die eine eher ausgeprägte Symptomatik problematischer Internetnutzung aufweisen.

Bewertung

Die Intervention basiert auf der Sozialkognitiven Theorie nach Bandura und setzt sich aus verschiedenen Elementen der Kognitiven Verhaltenstherapie zusammen. Ihre Wirksamkeit wurde bereits vielfach empirisch geprüft. Der Zeit-, personelle und strukturelle Aufwand ist als gering bis moderat einzustufen. Ein Raum für die Durchführung sowie die Leitung der Intervention durch eine:n Expert:in sind von der Hochschule zu organisieren. Wenn auch Studien zu Langzeiteffekten bis dato fehlen, haben sich die einzelnen Komponenten der Intervention kurzfristig als wirksam erwiesen. Positive Effekte zeigten sich auf eine Reihe von Variablen wie Selbstwert, Lernmotivation und Zufriedenheit.

Die Intervention ist eine gute Möglichkeit, um die persönliche Internetnutzung zu reflektieren und möglicherweise zu reduzieren. Insgesamt fällt die Bewertung mit 2,8 von 4 Punkten positiv aus.



Weiterführende Informationen

- Im deutschsprachigen Raum beschäftigt sich der Fachbereich »Allgemeine Psychologie« der Universität Duisburg-Essen mit Internetabhängigkeit und Internetnutzungs-kompetenzen und hat dazu eine Broschüre herausgegeben. Die Inhalte können bei der finalen Konzeption des Interventionsansatzes ergänzend eingesetzt werden, zum Beispiel in Form eines Selbsttests für die Studierenden oder als Zusatzmaterial für die Leiter:innen der Intervention: https://www.medienanstalt-nrw.de/fileadmin/user_upload/materials_and_ordering_system/download/L203_Geschickt-Geklickt_ReSet-Whiteteppapier.pdf.

Literatur

- Anderson, E. L., Steen, E. & Stavropoulos, V. (2017). Internet use and Problematic Internet Use: a systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(4), 430–454. <https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1227716>
- Andreassen, C. S. (2015). Online Social Network Site Addiction: A Comprehensive Review. *Current Addiction Reports*, 2(2), 175–184. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0056-9>
- Andreassen, C. S., Pallesen, S. & Griffiths, M. D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, 64, 287–293. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.006>
- ARD/ZDF-Forschungskommission. (2022, 10. Februar). *Mediales Internet: tägliche Nutzungsdauer 2018-2021*. <https://www.ard-zdf-onlinestudie.de/onlinenutzung/mediales-internet-taegliche-nutzungsdauer/>
- Baggio, S., Starcevic, V., Studer, J., Simon, O., Gainsbury, S. M., Gmel, G. & Billieux, J [Joël] (2018). Technology-mediated addictive behaviors constitute a spectrum of related yet distinct conditions: A network perspective. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(5), 564–572. <https://doi.org/10.1037/adbo000379>
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Baumer, E., Adams, P., Khovanskaya, V., Liao, T., Smith, M., Schwanda Sosik, V. & Williams, K. (2013). *Limiting, leaving, and (re) lapsing: an exploration of facebook non-use practices and experiences*.
- Billieux, J [Joël], Philippot, P., Schmid, C., Maurage, P., Mol, J. de & van der Linden, M. (2015). Is Dysfunctional Use of the Mobile Phone a Behavioural Addiction? Confronting Symptom-Based Versus Process-Based Approaches. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(5), 460–468. <https://doi.org/10.1002/cpp.1910>
- Blackwell, D., Leaman, C., Tramposch, R., Osborne, C. & Liss, M. (2017). Extraversion, neuroticism, attachment style and fear of missing out as predictors of social media use and addiction. *Personality and Individual Differences*, 116, 69–72. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.039>
- Boer, M., Stevens, G. W., Finkenauer, C. & van den Eijnden, R. J. (2022). The complex association between social media use intensity and adolescent wellbeing: A longitudinal investigation of five factors that may affect the association. *Computers in Human Behavior*, 128, 107084. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107084>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Carbonell, X., Chamarro, A., Oberst, U., Rodrigo, B. & Prades, M. (2018). Problematic Use of the Internet and Smartphones in University Students: 2006-2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 475. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030475>
- Casale, S., Rugai, L. & Fioravanti, G. (2018). Exploring the role of positive metacognitions in explaining the association between the fear of missing out and social media addiction. *Addictive Behaviors*, 85, 83–87. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.05.020>
- Diomidous, M., Chardalias, K., Magita, A., Koutonias, P., Panagiotopoulou, P. & Mantas, J. (2016). Social and Psychological Effects of the Internet Use. *Acta Informatica Medica*, 24(1), 66–68. <https://doi.org/10.5455/aim.2016.24.66-68>

- Du, Y., Jiang, W. & Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *44*(2), 129–134. <https://doi.org/10.3109/00048670903282725>
- Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C. & Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of affective disorders*, *207*, 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.030>
- Fineberg, N. A., Demetrovics, Z., Stein, D. J., Ioannidis, K., Potenza, M. N., Grünblatt, E., Brand, M., Billieux, J [J.], Carmi, L., King, D. L [D. L.], Grant, J. E., Yücel, M., Dell'Osso, B., Rumpf, H.-J., Hall, N., Hollander, E., Goudriaan, A., Menchon, J., Zohar, J., . . . Chamberlain, S. R. (2018). Manifesto for a European research network into Problematic Usage of the Internet. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, *28*(11), 1232–1246. <https://doi.org/10.1016/j.euro-neuro.2018.08.004>
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, *54*(7), 493–503. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.493>
- Gollwitzer, P. M. & Sheeran, P. (2006). Implementation Intentions and Goal Achievement: A Meta - analysis of Effects and Processes. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Bd. 38, S. 69–119). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(06\)38002-1](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(06)38002-1)
- Griffiths, M. D. (2010). The Role of Context in Online Gaming Excess and Addiction: Some Case Study Evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *8*(1), 119–125. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9229-x>
- Griffiths, M. D. (2012). Facebook addiction: concerns, criticism, and recommendations--a response to Andreassen and colleagues. *Psychological Reports*, *110*(2), 518–520. <https://doi.org/10.2466/01.07.18.PRo.110.2.518-520>
- IfD Allensbach (2021). AWA 2021 Codebuch. https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/AWA/AWA_2021/Codebuchausschnitte/AWA2021_Computer_Internet_Telekommunikation.pdf
- Jiang, T., Hou, Y. & Wang, Q. (2016). Does micro-blogging make us “shallow”? Sharing information online interferes with information comprehension. *Computers in Human Behavior*, *59*, 210–214. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.02.008>
- Jin Jeong, Y., Suh, B. & Gweon, G. (2020). Is smartphone addiction different from Internet addiction? comparison of addiction-risk factors among adolescents. *Behaviour & Information Technology*, *39*(5), 578–593. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2019.1604805>
- Junco, R. (2012). In-class multitasking and academic performance. *Computers in Human Behavior*, *28*(6), 2236–2243. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.06.031>
- Karataş, E. (2018). A Case Study on the Positive Effects of Smartphone Usage in Postgraduate Education. *Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.14686/buefad.402975>
- Keles, B., McCrae, N. & Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, *25*(1), 79–93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- Klauer, T. & Schneider, W. (2016). Behandlungsmotivation und Indikation von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *61*(4), 318–326. <https://doi.org/10.1007/s00278-016-0113-4>
- Kross, E., Verduyn, P., Demiralp, E., Park, J., Lee, D. S., Lin, N., Shablack, H., Jonides, J. & Ybarra, O. (2013). Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults. *PLOS ONE*, *8*(8), e69841. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069841>

- Lan, Y., Ding, J.-E., Li, W., Li, J., Zhang, Y., Liu, M. & Fu, H. (2018). A pilot study of a group mindfulness-based cognitive-behavioral intervention for smartphone addiction among university students. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1171–1176. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.103>
- Lau, W. W. (2017). Effects of social media usage and social media multitasking on the academic performance of university students. *Computers in Human Behavior*, 68, 286–291. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.043>
- Lemola, S., Perkinson-Gloor, N., Brand, S., Dewald-Kaufmann, J. F. & Grob, A. (2015). Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age. *Journal of youth and adolescence*, 44(2), 405–418. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0176-x>
- Pontes, H. M., Taylor, M. & Stavropoulos, V. (2018). Beyond "Facebook Addiction": The Role of Cognitive-Related Factors and Psychiatric Distress in Social Networking Site Addiction. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 21(4), 240–247. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0609>
- Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants Part 2: Do They Really Think Differently? *On the Horizon*, 9(6), 1–6. <https://doi.org/10.1108/10748120110424843>
- Reed, P. & Reay, E. (2015). Relationship between levels of problematic Internet usage and motivation to study in university students. *Higher Education*, 70(4), 711–723. <https://doi.org/10.1007/s10734-015-9862-1>
- Romero Saletti, S. M., van den Broucke, S. & Chau, C. (2021). The effectiveness of prevention programs for problematic Internet use in adolescents and youths: A systematic review and meta-analysis. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 15(2). <https://doi.org/10.5817/CP2021-2-10>
- Singh, M. K. K. & Samah, N. A. (2018). Impact of Smartphone: A Review on Positive and Negative Effects on Students. *Asian Social Science*, 14(11), 83. <https://doi.org/10.5539/ass.v14n11p83>
- Spada, M. M., Langston, B., Nikčević, A. V. & Moneta, G. B. (2008). The role of metacognitions in problematic Internet use. *Computers in Human Behavior*, 24(5), 2325–2335. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2007.12.002>
- Stevens, M. W. R., King, D. L [Daniel L.], Dorstyn, D. & Delfabbro, P. H. (2019). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26(2), 191–203. <https://doi.org/10.1002/cpp.2341>
- Teo, T. (2013). An initial development and validation of a Digital Natives Assessment Scale (DNAS). *Computers & Education*, 67, 51–57. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2013.02.012>
- Turel, Serenko & Giles (2011). Integrating Technology Addiction and Use: An Empirical Investigation of Online Auction Users. *MIS Quarterly*, 35(4), 1043. <https://doi.org/10.2307/41409972>
- van Zoonen, W., Verhoeven, J. W. & Vliegenthart, R. (2017). Understanding the consequences of public social media use for work. *European Management Journal*, 35(5), 595–605. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2017.07.006>
- Wirtz, D., Tucker, A., Briggs, C. & Schoemann, A. M. (2021). How and Why Social Media Affect Subjective Well-Being: Multi-Site Use and Social Comparison as Predictors of Change Across Time. *Journal of Happiness Studies*, 22(4), 1673–1691. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00291-z>
- Wood, E., Zivcakova, L., Gentile, P., Archer, K., Pasquale, D. de & Nosko, A. (2012). Examining the impact of off-task multi-tasking with technology on real-time classroom learning. *Computers & Education*, 58(1), 365–374. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2011.08.029>

- Young, K. S. (1999). Internet Addiction: Symptoms, Evaluation, and Treatment, *17*. <http://netaddiction.com/articles/symptoms.pdf>
- Young, K. S. (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, *10*(5), 671–679. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9971>
- Young, K. S. (2011). CBT-IA: The First Treatment Model for Internet Addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*(4), 304–312. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.304>
- Yubo Hou, Dan Xiong, Tonglin Jiang, Lily Song & Qi Wang (2019). Social media addiction: Its impact, mediation, and intervention. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, *13*(1). <https://cyberpsychology.eu/article/view/11562/10373>
- Zhou, X [Xingchen], Rau, P.-L. P., Yang, C.-L. & Zhou, X [Xiaofei] (2021). Cognitive Behavioral Therapy-Based Short-Term Abstinence Intervention for Problematic Social Media Use: Improved Well-Being and Underlying Mechanisms. *The Psychiatric quarterly*, *92*(2), 761–779. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09852-0>