

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, atraktiv, 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 zugrundeliegende 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 fassen J. Green et al. (2015) in ihrem Beitrag zusammen, auf die nachfolgend eingegangen wird und die auch für dieses Interventionsmanual handlungsleitend sind.

Die Planung gesundheitsbezogener Interventionen

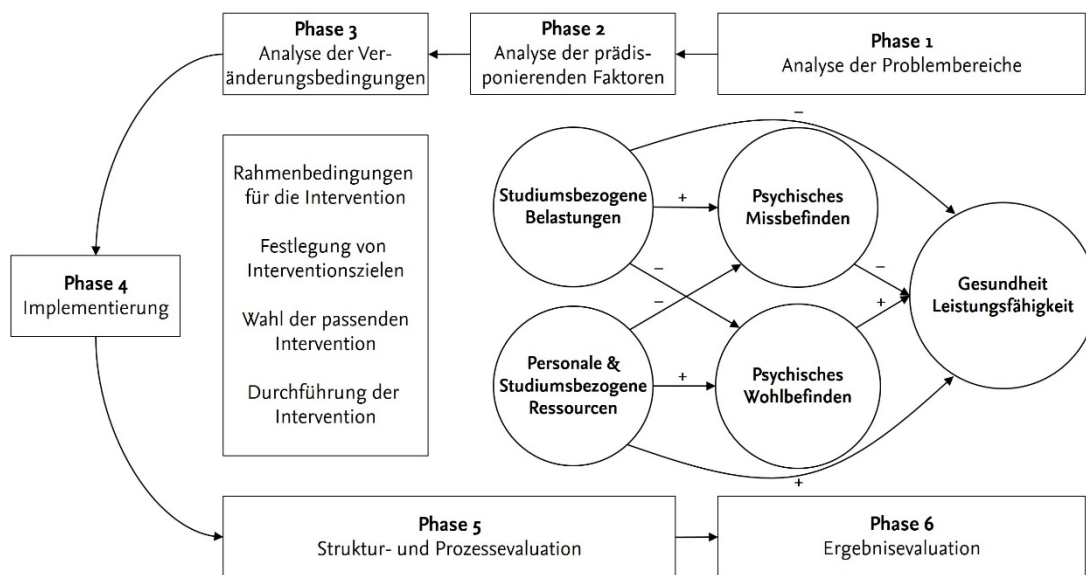
Für die Interventionsplanung wird auf ein in der Gesundheitsförderung etabliertes Konzept zurückgegriffen, das Precede-Proceed-Modell von Green und Kreuter (1991). Die Begriffe Precede und Proceed sind Akronyme, die für verschiedene Phasen stehen. Precede steht für »Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation«, also für eine

Von der Bestandsaufnahme zur Intervention

Zur systematischen Planung und Umsetzung von Interventionen

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 (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 1. 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 auch auf der gleichen Grundlage der gesundheitsbezogenen Nutzen der Intervention beurteilt werden. Die in Abbildung 1 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, wie z. B. die allgemeine Lebenszufriedenheit, aber auch die spezifische Lebenswelt der Hochschule betreffen, wie 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 an Studierenden über körperliche Beschwerden wie Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen klagt.

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 zu erbringenden Prüfungsleistungen in bestimmten Intervallen 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 im Anschluss an die Intervention festzustellen, ob das angestrebte Ziel auch erreicht wurde, oder ob man diesem zumindest nähergekommen 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 & 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 personale, räumliche und zeitliche Ressourcen, aber auch um die Qualifikation des Personals, bestimmte Interventionen anzuleiten. In die Analyse eingeschlossen werden alle an den Interventionen direkt oder indirekt beteiligten Personengruppen (Stakeholder). Zu unterscheiden ist zwischen

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

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 lässt. 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, ob es z. B. ausreichend Personal zur erfolgreichen Implementierung der Intervention gibt, und ob dieses über die Qualifikationen zur Umsetzung der geplanten Maßnahmen verfügt. Auch weitere struktu-

Von der Bestandsaufnahme zur Intervention

Zur systematischen Planung und Umsetzung von Interventionen

relle 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 ließen sich eventuelle 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 Problembereiche 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 immer 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>