

Motivierende Gesundheitsgespräche mit Arbeitslosen Konzeption, Implementation und Evaluation der "FIT-Beratung"

Abschlussbericht über das Pilotprojekt im Jahr 2004

Dr. Gudrun Wiborg¹, Monique Wewel², Dr. Reiner Hanewinkel¹ & Carsten Stephan²

unter Mitarbeit von

Dr. Barbara Isensee¹, Dagmar Glasmacher¹, Andrea Lorenz¹

¹Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, IFT-Nord

Düsternbrooker Weg 2

24105 Kiel

E-Mail: wiborg@ift-nord.de; hanewinkel@ift-nord.de

²Institut für Prävention und Gesundheitsförderung, IPG

an der Universität Duisburg-Essen

Max-Fiedler-Str. 6

45128 Essen

E-Mail: wewel@ipg-uni-essen.de; stephan@ipg-uni-essen.de

Kiel, Essen, Januar 2005

Förderhinweis

Das Projekt wurde im Auftrag des BKK Bundesverbandes durchgeführt und von diesem finanziert.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zusammenfassung	3
1 Einleitung	5
2 Hintergrund und Ausgangslage	6
2.1 Arbeitslosigkeit vs. Erwerbslosigkeit	6
2.2 Soziale Ungleichheit und Arbeitslosigkeit	7
2.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit	8
2.4 Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen	11
3 Konzept der FIT-Beratung	13
3.1 Methodische Grundlagen	13
3.2 Materialien	15
4 Methode	16
4.1 Ablauf des Beratungsgesprächs	16
4.2 Qualifizierung der Berater	16
4.3 Rekrutierung der Teilnehmer	17
4.4 Studiendesign	20
4.5 Fragebögen	22
4.6 Statistische Analyse	25
4.7 Stichprobe	25
5 Ergebnisse	29
5.1 Attritionsanalyse	29
5.2 Dokumentation der Beratungen	30
5.3 Bewertung der Beratungen durch die Teilnehmer	32
5.4 Effekte der Intervention auf unterschiedliche Gesundheitsbereiche	34
5.5 Weitere Ergebnisse in der Interventionsgruppe	38
5.6 Vergleich von parallelisierter Vergleichsgruppe und Interventionsgruppe	39
6 Diskussion	45
7 Literatur	53
Anhang	

Zusammenfassung

Hintergrund

Aufgrund hoher Morbiditäts- und Mortalitätsraten sind effektive Programme zur Prävention riskanter Verhaltensweisen und generellen Gesundheitsförderung für die Population der Arbeitslosen wünschenswert. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Entwicklung, Implementation und Evaluation einer derartigen Intervention.

Präventive Intervention

Entwickelt wurde eine einstündige Intervention, die die Stadien der Verhaltensänderung des Transtheroretischen Modells berücksichtigt und auf der Methode des Motivationalen Interviews aufbaut. Grundgedanke des Motivationalen Interviews ist, dass der Klient selbstverantwortlich Verhaltensänderungen einleitet. In der Intervention werden Diskrepanzen zwischen dem eigenen Verhalten und einem gesunden Lebensstil aufgezeigt. Dazu werden mit Hilfe eines Fragebogens Informationen zu den Gesundheitsbereichen Ernährung, Bewegung, Rauchen und Alkoholkonsum erfasst. Ein Vergleich der individuell erhobenen Informationen mit Populationswerten bzw. objektiven Werten, die ein gesundheitsbewusstes Verhalten widerspiegeln, soll Diskrepanzen zwischen dem eigenen potentiell gesundheitsschädlichen Verhaltensstil und dem wünschenswerten Verhalten deutlich machen. Möglichkeiten der Verhaltensänderungen werden erarbeitet, die Entscheidung für eine Verhaltensänderung liegt aber ausschließlich beim Klienten selbst.

Evaluationsdesign

Kontrollierte prospektive Interventionsstudie

Stichprobe

131 Personen nahmen an der Intervention teil. Als Vergleichsgruppe fungierten 219 Arbeitslose, die lediglich mit einem Fragebogen zu zwei Messzeitpunkten zu ihrem Gesundheitsverhalten schriftlich befragt wurden. Es war trotz unterschiedlicher (niedrigschwelliger) Ansprachewege ein hoher Aufwand erforderlich, um die Zielpopulation für die Intervention zu rekrutieren.

Bewertung der Intervention

Die Beratung wurde sehr positiv eingeschätzt. Die Erwartungen von 85% der Teilnehmer an das Gespräch wurden erfüllt und rund drei Viertel der Teilnehmer äußerten Zufriedenheit mit den Informationen und den Rückmeldungen hinsichtlich der gemeinsam erarbeiteten Veränderungsstrategien.

Effekte der Intervention auf verschiedene Verhaltensbereiche

Statistisch bedeutsame Unterschiede im Zeitverlauf in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit zeigen sich für die Variablen

- (a) Alkoholkonsum,
- (b) gesunde Ernährung,
- (c) Bewegung und
- (d) individuelle Einschätzung des Gesundheitszustandes.

Die Ergebnisse deuten an, dass

- (a) Arbeitslose, die bereits gesundheitsbewusstes Verhalten zeigen, motiviert werden können, dieses auch weiterhin beizubehalten,
- (b) zur Veränderung Motivierte in ihrem Wunsch nach einer Verhaltensänderung weiter bestärkt werden und diesen Wunsch auch erfolgreich umsetzen und
- (c) die Personen, die an der Intervention teilnahmen, ihren Gesundheitszustand weniger positiv wahrnehmen.

Diese bedeutsamen Unterschiede im Zeitverlauf zeigen sich auch dann, wenn die Interventionsgruppe mit einer nach dem Geschlecht und dem Bildungsstand parallelisierten Subgruppe der Vergleichsstichprobe (N = 95) verglichen wird.

Diskussion

Die Ergebnisse der Untersuchung können dahingehend interpretiert werden, dass es gelungen ist, eine praktikable Kurzintervention zu entwickeln, die bei den Personen, die zur Teilnahme an der Intervention motiviert werden konnten, auf positive Resonanz stößt und potentiell disseminiert werden kann. Erste Ergebnisse der Pilotstudie deuten an, dass diese Intervention positive Effekte im Sinne der Gesundheitsförderung haben kann und eine Sensibilisierung hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustandes erfolgt. Diese initialen Ergebnisse müssen durch weitere Untersuchungen untermauert werden.

1. Einleitung

Soziale Ungleichheit und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebenserwartung geraten zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit. Die Verbesserung des Gesundheitsstatus sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen und die Verringerung sozialer Ungleichheit stellen eine große gesellschaftliche Herausforderung dar, insbesondere für alle Disziplinen, die sich mit sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen.

Auch Arbeitslose sind von sozialer Ungleichheit betroffen: Obwohl arbeitslose Menschen nicht per se zu der Gruppe der sozial benachteiligten Schichten der Gesellschaft zu zählen sind, dürfte ein nicht unbeträchtlicher Anteil der arbeitslosen Personen zu den sozial benachteiligten Schichten zu rechnen sein. Verhaltensweisen, die als gesundheitsriskant bezeichnet werden können, treten zudem in dieser Gruppe gehäuft auf. Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und erhöhter Morbidität sowie Mortalität ist durch repräsentative Erhebungen und Krankenkassenstatistiken eindeutig belegt (vgl. z.B. Elkeles, 1999; Elkeles & Kirschner, 2004; Kuhnert, Urgatz & Kastner, 2001; Kurella, 1992).

Arbeitslosigkeit kann u.a. abhängig von Bewältigungsressourcen und moderierenden Faktoren wie z.B. Alter und Geschlecht individuell unterschiedliche Folgen haben. Insgesamt betrachtet weisen Arbeitslose im Vergleich zu Berufstätigen jedoch deutlich häufiger gesundheitliche Einschränkungen auf (Grobe & Schwartz, 2003). Andererseits richten sich nur sehr wenige Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung explizit an die Zielgruppe der Arbeitslosen. Elkeles und Kirschner (2004) konstatieren, dass „die enorme Morbiditätslast der Arbeits- und Langzeitarbeitslosen und ihre hohe Exposition mit Gesundheitsrisiken prinzipiell gesundheitspolitischen Handlungsbedarf begründen“ (S. 33).

Der BKK Bundesverband beauftragte das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) und das Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen (IPG Essen), in einem Modellprojekt ein Beratungskonzept für Arbeitslose zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren, das drei Ziele verfolgt:

- (a) Gesundheitsförderung,
- (b) Prävention gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und
- (c) Stärkung persönlicher Ressourcen zur Bewältigung der Arbeitslosigkeit.

Bei der Entwicklung des Beratungskonzeptes für Arbeitslose wurde postuliert, dass die zu beratende Person selbst akzeptierte und als realisierbar eingeschätzte Veränderungen identifiziert und umsetzt.

Der vorliegende Abschlussbericht stellt die Ergebnisse dieses Pilotprojektes dar. Ausgehend vom aktuellen Forschungsstand wird der Fokus zunächst auf die Ergebnisse von Studien zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit gelegt, um im Weiteren auf die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen einzugehen. Daran anschließend werden die Entwicklung der FIT-Beratung dargestellt und die zugrunde liegenden methodischen Grundlagen dieser Intervention erläutert. In den darauf folgenden Kapiteln werden das Studiendesign, das methodische Vorgehen sowie die Ergebnisse der Evaluation aufgezeigt. Im Abschlusskapitel werden die Ergebnisse dieser Pilotstudie umfassend diskutiert und Schlussfolgerungen für weitere Maßnahmen, die auf diesem Ansatz aufbauen bzw. diese Zielgruppe ansprechen, gezogen.

2. Hintergrund und Ausgangslage

2.1 Arbeitslosigkeit vs. Erwerbslosigkeit

In Deutschland wird in der Regel von „Arbeitslosigkeit“ bzw. von „Erwerbslosigkeit“ gesprochen. In der Fachsprache werden diese Begriffe unterschiedlich definiert: Die Bundesagentur für Arbeit registriert als *Arbeitslose* im Sinne des § 16 SGB III Arbeitssuchende bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, die nicht Schüler, Student oder Teilnehmer an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung, arbeitsunfähig erkrankt, Empfänger von Altersrente sind und die eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung suchen. Arbeitslose müssen für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung stehen sowie sich persönlich bei ihrer zuständigen Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben.

Im Gegensatz dazu definiert das statistische Bundesamt *Erwerbslose* als Personen im Alter von 15 und mehr Jahren ohne Arbeitsverhältnis, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig davon, ob sie sich bei einer Arbeitsagentur als Arbeitslose gemeldet haben. Personen, die eine geringfügige Tätigkeit ausüben – und sei es auch nur eine Arbeitszeit von einer Wochenstunde – oder die eine vorübergehende Beschäftigung als Aushilfe annehmen, fallen bereits nicht mehr unter die Definition „erwerbslos“ (Statistisches Bundesamt, 2004).

Für die Teilnehmer der FIT-Beratung (die im Weiteren als „Arbeitslose“ bezeichnet werden) wurde eine Definition zugrunde gelegt, die zwischen diesen beiden Positionen liegt: Als Zielgruppe definiert wurden alle Personen ohne Arbeit, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht Schüler, Studenten oder Rentner sind. Die Arbeitslosigkeitsmeldung bei der zuständigen Agentur für Arbeit war kein Kriterium für die Teilnahme an der FIT-Beratung. Mit dieser Definition wurden somit die zum Teil sehr engen Definitionsgrenzen der Bundesagen-

tur für Arbeit erweitert, indem auch Personen einbezogen wurden, die an einer beruflichen Weiterbildung teilnehmen. Darüber hinaus war auch eine Arbeitszeit von einer Stunde pro Woche, wie in der Definition des Statistischen Bundesamtes, kein Ausschlusskriterium.

2.2 Soziale Ungleichheit und Arbeitslosigkeit

Soziale Ungleichheit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen wird derzeit vielfach öffentlich diskutiert. Soziale Benachteiligung wirkt sich auf alle Lebensbereiche inklusive der Gesundheit aus. Voraussichtlich wird auch das Präventionsgesetz diese Thematik aufgreifen, indem in §3 (1) ausdrücklich herausgestellt wird, „dass Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention insbesondere zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen“ (Präventionsgesetz in der Fassung vom 6.12.2004).

Wie allerdings soziale Ungleichheit definiert und gemessen werden kann und welche Bevölkerungsgruppen zu den „sozial Benachteiligten“ gezählt werden, wird vielfach nicht explizit ausgesprochen. Aus diesem Grunde soll an dieser Stelle einleitend ein Überblick in die grundlegenden soziologischen Ungleichheitskonzeptionen gegeben werden, dies geschieht unter Berücksichtigung einer Einordnung der – in der FIT-Beratung angesprochenen – Zielgruppe der Arbeitslosen.

Soziale Ungleichheit wurde traditionell mit so genannten vertikalen Indikatoren gemessen. Wesentliche Indikatoren in diesem Zusammenhang sind die (Schul-)bildung, das Einkommen und Vermögen sowie der Beruf und das dazugehörige Berufsprestige (Hradil, 1987). Mit der Arbeitslosigkeit ist in der Regel ein im Vergleich zu erwerbstätigen Menschen geringes Einkommen verbunden. Der finanzielle Verlust ist vielfach mit erheblichen Einschränkungen am gesellschaftlichen Leben verbunden. Der Wegfall des Arbeitsplatzes hat also unmittelbare Konsequenzen auf die Lebensverhältnisse der Betroffenen, sodass trotz der sozialen Absicherung durch das Arbeitslosengeld und die Arbeitslosenhilfe Arbeitslosigkeit häufig mit dem Zwang verbunden ist, Ausgaben drastisch einzuschränken oder Schulden zu machen. Auch die berufliche Stellung, also das Berufsprestige, verliert angesichts der Arbeitslosigkeit an Wert. So werden „akademische Arbeitslose“ in der Gesellschaft zunächst nicht differenziert von dem „ungelernten Arbeitslosen“ wahrgenommen.

Anhand der „traditionellen“ Indikatoren wird schnell deutlich, wie sehr der soziale Status mit dem Beschäftigungsstatus verknüpft ist. Allerdings erfassen Modelle, die sich ausschließlich auf diese Indikatoren beziehen, nicht die gesamte Bevölkerung, sondern nur den erwerbstätigen Teil (Hradil, 2002). Neben dieser Tatsache vernachlässigen nach Geißler (1994) die

„klassischen“ Indikatoren und Schichtkonzepte eine Reihe von Dimensionen sozialer Ungleichheit, die gerade in fortgeschrittenen Industriegesellschaften eine große Bedeutung haben, hier sind u.a. Wohnbedingungen oder soziale Beziehungen zu nennen.

Komplexere Konstellationen sozialer Ungleichheit werden häufig mit den so genannten Lagemodellen erfasst. Dabei wird auch die soziale Lage einer Person oder Bevölkerungsgruppe einbezogen. Die soziale Lage umfasst neben den Lebensbedingungen auch die soziale Position (Hradil, 2002). Diese vertikale Gliederung der Gesellschaft in Schichten durch die Hauptmerkmale Bildung, Einkommen und Berufsprestige wird um horizontale Indikatoren zur Messung sozialer Ungleichheit erweitert. Zu den horizontalen Schichtindikatoren zählen in erster Linie Alter, Nationalität, Region und das Geschlecht. Eine allgemeingültige anerkannte Liste horizontaler Indikatoren existiert jedoch nicht. Dieses Konzept schließt ausdrücklich auch Teile der Bevölkerung ein, die nicht im Arbeitsleben stehen und primär von wohlfahrtsstaatlichen Instanzen abhängig sind (Hradil, 2002).

Um soziale Ungleichheiten möglichst genau abbilden zu können, müssen horizontale wie vertikale Merkmale miteinander verknüpft werden. Das bedeutet also auch, dass arbeitslose Menschen nicht per se zu der Gruppe der sozial benachteiligten Schichten der Gesellschaft zu rechnen sind, da Arbeitslose eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe darstellen. Allerdings ist davon auszugehen, dass in Deutschland ein nicht unbeträchtlicher Anteil der arbeitslosen Personen zu den sozial benachteiligten Schichten zu rechnen ist. So steht es nach Elkeles und Kirschner (2004, S.4) „außer Frage, dass Arbeitslosigkeit – insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit – soziale Ungleichheit mitkonstruiert.“

2.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Die hohen Arbeitslosenquoten und die aktuellen Reformen am Arbeitsmarkt erfordern dringend eine intensive Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Betroffenen. In repräsentativen Untersuchungen in Deutschland wie z.B. dem Mikrozensus oder dem sozioökonomischen Panel werden deutliche Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und einem vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand aufgezeigt (Walter, 2003).

Nach Swart und Mächler (2000) verlaufen die Gesundheitseinschränkungen in mehreren Phasen und werden mit anhaltender Arbeitslosigkeit manifest. Möglicherweise anfangs noch positive Auswirkungen der Arbeitslosigkeit (z.B. Abbau von beruflichen Belastungen, mehr persönliche Freizeit) werden von den massiven Beeinträchtigungen für die Betroffenen und

ihre Umwelt in kurzer Zeit übertreffen. Das bedeutet, dass mit steigender Arbeitslosendauer der Anteil von Personen mit Behinderungen oder gesundheitlichen Einschränkungen erheblich zunimmt. Während nur 13,4% der kurzfristig Arbeitslosen (< 1 Monat Arbeitslosigkeit) gesundheitliche Einschränkungen aufweisen, liegen diese zu 25,7% bei einer Arbeitslosendauer von ein bis unter zwei Jahren vor. Langzeitarbeitslose (hier definiert als 2 Jahre und länger dauernde Arbeitslosigkeit) leiden ca. zu einem Drittel (31,0%) an gesundheitlichen Einschränkungen. Entsprechend steigt der Anteil der Schwerbehinderten von 2,7% (< 1 Monat Arbeitslosigkeit) über 4,8% (1 bis < 2 Jahre Arbeitslosigkeit) auf 5,7 % (2 + Jahre Arbeitslosigkeit) (Hollederer, 2003). Auch im Mikrozensus von 1999 werden diese Unterschiede deutlich: So bezeichnen sich 8,4% der Erwerbstätigen und 14,3% der Arbeitslosen subjektiv als krank oder unfallverletzt (Dittrich, 2001). Eine Zusammenführung von Daten nationaler und regionaler Gesundheitssurveys (N=55.000) zeigt bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen vermehrt eine schlechtere Gesundheit, Behinderungen und Einschränkungen in täglichen Aktivitäten (Walter, 2003).

Auch vertiefende Analysen einzelner Krankenkassen wie der Gmünder Ersatzkasse (GEK; Grobe, Dörning & Schwartz, 1999) oder der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK; Schach, Rister-Mende, Schach, Glimm & Wille 1994) zeigen in der Gegenüberstellung zu Erwerbstätigen, dass insbesondere arbeitslose Männer eine um durchschnittlich 63% häufigere stationäre Krankenhausbehandlung (Frauen: 37%) aufweisen. Am ausgeprägtesten ist dieser Unterschied bei psychiatrischen Krankheiten, die auch Abhängigkeitserkrankungen einschließen. So standen 1998 bei Arbeitslosen 875 Krankenhaustage je 1.000 Versichertenjahre 116 Tage bei Berufstätigen gegenüber. Die Betrachtung einzelner stationärer Diagnosen verdeutlicht die hohe Prävalenz von Alkoholerkrankungen. So entfallen 10,4% aller Diagnosen auf Alkoholabhängigkeit, die damit mit Abstand an erster Stelle stehen (Grobe et al., 1999; Schach et al., 1994).

Nicht nur bei Krankenhausaufenthalten, sondern auch in der Prävalenz psychischer Störungen zeigen sich Unterschiede (Ducki, 1998; Kuhnert et al., 2001; Wentura, 2001). Hier lässt sich bei den Arbeitslosen oftmals ein vielfältiger Komplex psychischer, psychosozialer und psychosomatischer Beeinträchtigungen feststellen: Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Depression, Schlaflosigkeit, Suchtproblematiken, hier insbesondere Nikotin- und Alkoholmissbrauch, sind in diesem Zusammenhang zu nennen.

Auch bei der Auswertung von Krankenkassendaten wird die starke psychische Belastung Arbeitsloser deutlich. So sind in Deutschland z.B. männliche Arbeitslose achtmal häufiger von psychiatrischen Erkrankungen betroffen als Beschäftigte (Grobe et al., 1999). Auch bei

arbeitslosen Versicherten der BKK stehen psychische Erkrankungen nach Muskel- und Skeletterkrankungen an zweiter Stelle bei den Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) je 100 Mitglieder. Die Zahl der AU-Tage ist im Vergleich zu arbeitenden Versicherten mehr als doppelt so groß (BKK Bundesverband, 2001).

Diese Problematik wird auch in einer Metaanalyse von Paul und Moser (2001) deutlich, in die 396 Studien einfließen. In allen untersuchten Indikatoren psychischer Gesundheit erhielten Arbeitslose schlechtere Werte als Erwerbstätige. Die gegenüber Erwerbstätigen erhöhte Morbidität spiegelt sich auch in einer mit der Dauer der Arbeitslosigkeit deutlich ansteigenden Mortalität wider. Bereits Personen, die weniger als ein Jahr arbeitslos sind, haben eine relative Erhöhung des Mortalitätsrisiko von 1,5; Personen mit einer Arbeitslosigkeit von zwei und mehr Jahren von 3,2. D.h. bei längerfristiger Arbeitslosigkeit besteht ein erhöhtes Risiko, in den nächsten drei Jahren zu versterben (Grobe et al., 1999).

Nach Kieselbach (1998a) sind die Gesundheitseffekte für verheiratete Männer mit finanziell abhängigen Kindern besonders gravierend. Arbeitslosigkeit hat hier die schädigendsten Auswirkungen in Folge

- hoher familiärer Anforderungen,
- einer intensiven Arbeitsorientierung,
- erzwungener Abhängigkeit vom Staat, die oft als beschämend erlebt wird,
- größerer finanzieller Probleme.

Für die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind zwei grundlegende Thesen zu unterscheiden: die Kausalitäts- und die Selektionshypothese. Die Kausalitätshypothese besagt, dass Arbeitslosigkeit häufig zu Beeinträchtigungen in der Gesundheit führt. Die Selektionshypothese (Elkeles & Seifert, 1992) hingegen postuliert, dass ein schlechterer Gesundheitsstatus häufiger und länger zur Arbeitslosigkeit führt. Für beide Hypothesen fanden sich in Studien Belege, sodass es gerechtfertigt zu sein scheint, dass sowohl ein Zusammenhang zwischen mangelnder Gesundheit und Arbeitslosigkeit (Selektionseffekt) wie auch umgekehrt besteht (vgl. z.B. Elkeles & Seifert 1992; Frese, 1987; Kastner, 2001; Kieselbach 1998a, 2001).

Der Gesundheitsbericht für Deutschland (Kieselbach, 1998b) fasst die Dimensionen zusammen, auf denen sich psychosozialer Stress wegen Arbeitsplatzverlust und andauernder Arbeitslosigkeit auswirkt: Die mit der Arbeitstätigkeit verbundenen Momente von ökonomischer Sicherheit, sozialer Einbindung, Selbstwertgefühl, Zeitstrukturierung sowie externen Anforderungen schwächen sich ab oder gehen verloren. Dieser Prozess wird als primäre Viktimisie-

rung bezeichnet. Erfahrungen von Alltagsproblemen wie finanziellen Sorgen, Zukunftsunsicherheit und sozialer Stigmatisierung führen zu einer Verstärkung von psychosozialen Belastungen, die als sekundäre Viktimisierung eingestuft werden können. Als sozial unangemessen angesehene Formen der Bewältigung werden den Betroffenen selbst angelastet (tertiäre Viktimisierung). Dieser Prozess trifft zum einen Personen, die aufgrund des Mangels an persönlichen und sozialen Ressourcen ihre Situation nur sehr unzureichend bewältigen können und gravierende psychosoziale Probleme aufweisen und andererseits Personen, die „zu gut“ mit der Situation fertig werden, und denen deshalb Selbstverschulden und Missbrauch des sozialen Sicherungssystems vorgeworfen werden. Eine starke individuelle und/oder gesamtgesellschaftliche Arbeitsorientierung erhöht die psychische Belastung der Arbeitslosigkeit (Hollederer, 2003).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sowohl das subjektive Gesundheitsempfinden als auch Morbiditäts- und Mortalitätsdaten einen negativen Effekt der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit erkennen lassen. So weisen Arbeitslose einen ungünstigeren Gesundheitszustand auf, nehmen häufiger medizinische Leistungen in Anspruch und werden öfter stationär behandelt. Insbesondere zeigen sich die Auswirkungen auf der psychischen und psychosomatischen Ebene, da Arbeitslose im Vergleich zu Berufstätigen verstärkt von Erkrankungen aus diesem Bereich betroffen sind.

2.4 Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Vor dem Hintergrund der dargestellten Befunde wird umso deutlicher, dass Angebote der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung insbesondere für die Zielgruppe der sozial Benachteiligten dringend geboten sind. Allerdings ist in den letzten Jahren deutlich geworden, dass sozial benachteiligte Menschen besonderer Zugänge bedürfen, damit Konzepte der Gesundheitsförderung wirksam umgesetzt werden können (Morfeld, 2003).

Ganz allgemein lassen sich zwei Ansätze von Präventionsmaßnahmen unterscheiden:

- (a) Interventionen, die auf eine Veränderung der Verhältnisse und Strukturen abzielen (Verhältnisprävention),
- (b) Interventionen, die auf eine Veränderung des individuellen Verhaltens abzielen (Verhaltensprävention).

Wesentliche Grundvoraussetzung für den Erfolg und die Akzeptanz von (präventiven) Interventionen ist, dass die Maßnahmen spezifisch auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten sind. Weiterhin trägt die Motivation der Personen zu dem Erfolg einer Intervention entschei-

dend bei. Diese Motivation ist allerdings bei Menschen unterschiedlich gelagert, insbesondere bei einer sehr heterogenen Zielgruppe wie den Arbeitslosen. Interventionen sollten daher diese unterschiedlichen Motivationslagen berücksichtigen.

Eine Möglichkeit in diesem Zusammenhang stellt das von DiClemente und Prochaska (1982; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1993) entwickelte Transtheoretische Modell (TTM) dar. Transtheoretisch heißt das Modell, da die konzipierten Veränderungsprozesse aus verschiedenen theoretischen Ansätzen entlehnt wurden und unterschiedliche, überwiegend kognitive Konstrukte integriert. Bei dem TTM handelt es sich um einen Ansatz zur Beschreibung und Erklärung von Prozessen zur Änderung von Verhalten und der Umsetzung von Verhaltensabsichten. Erstmals wurden diese Prozesse bei der Entwöhnung Suchtkranker analysiert, inzwischen ist es aber auf viele weitere, meist gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (Diät, Sport etc.) übertragen worden.

Das TTM geht davon aus, dass die Verhaltensänderung einen Prozess darstellt, der durch das aktive Durchlaufen von aufeinander aufbauenden Stufen gekennzeichnet ist. Diese sind im Einzelnen:

Absichtslosigkeit (precontemplation): Es besteht keine Intention, das Verhalten in absehbarer Zeit zu verändern. Gründe dafür können im fehlenden Problembewusstsein oder defensivem Verhalten aufgrund sozialen Drucks liegen.

Absichtsbildung (contemplation): Es wird erwägt, das Verhalten in der nächsten Zeit (6 Monate) zu verändern. Diese Stufe wird geprägt durch das Nachdenken über das Verhalten. Es existiert ein Problembewusstsein und erste Überlegungen, das Verhalten zu ändern, werden getroffen.

Vorbereitung (preparation): Erste Schritte zur Veränderung werden eingeleitet, die Verhaltensänderung wird in den nächsten 30 Tagen angestrebt. Die Motivation zur Verhaltensänderung ist hier von besonderer Relevanz.

Handlung (action): Das angestrebte Verhalten wird (seit weniger als 6 Monaten) gezeigt. Diese Phase stellt, geprägt von viel Anstrengung und einem hohen Maß an Entschlossenheit, die aktivste Stufe dar.

Aufrechterhaltung (maintenance): Das angestrebte Verhalten wird (seit mehr als 6 Monaten) beibehalten. Ein Rückfall in alte Verhaltensweisen ist hier eine potentielle Gefahr. Für einige Verhaltensbereiche wird eine sechste Stufe, die **Termination**, postuliert. In dieser Phase besteht keine Rückfallgefahr mehr, allerdings ist je nach Verhaltensbereich eine lebenslange Auseinandersetzung mit der Thematik erforderlich.

Die Unterteilung von Veränderungen in aufeinander aufbauende Stufen trägt insbesondere der Zeitdimension und dem Prozesscharakter von Veränderungen Rechnung. Bei den Stufen wird nicht von einem linearen „Abarbeiten“ bzw. Durchlaufen der Stufen ausgegangen, sondern ein „Rückfall“ auf niedrigere Stufen ist durchaus möglich. Auch die Zeiträume, die Personen in den einzelnen Stufen verbringen, können dabei individuell sehr stark variieren (Grimley, Prochaska, Velicer, Blais & DiClemente, 1994). Es wird angenommen, dass je nach Stadium, in dem sich die Person befindet, unterschiedliche Strategien und Prozesse hilfreich bzw. wirksam sind, um im Veränderungsprozess fortzufahren. Es gilt daher, in Interventionen die richtige Strategie zum richtigen Zeitpunkt zu finden bzw. anzubieten. Nach diesem Modell ist als Erfolg einer Intervention also nicht nur die endgültige Verhaltensänderung, sondern auch das schon Fortschreiten von einem Veränderungsstadium zum nächsten anzusehen.

Das TTM hat auf Grund seiner intuitiven Eingängigkeit sehr schnell eine weite Verbreitung in Forschung und Anwendung erfahren. Kritisiert werden v.a. Unklarheiten bei der Operationalisierung des Modells (v.a. die Zeitkriterien 6 Monate und 30 Tage – warum gerade diese Zeiträume?), die fragliche Überprüfbarkeit der Modellannahmen und die häufig auf Querschnittstudien basierenden Untersuchungen zum TTM.

Dennoch hat sich die stufenspezifische Vorgehensweise nach dem TTM sehr bewährt, da eine Intervention je nach Stufe, auf der sich eine Person im Veränderungsprozess befindet, gezielt erfolgen kann. Entsprechend den Stufen des TTM reicht das Spektrum an Maßnahmen also in den frühen Stadien von der Motivationsbildung und der Steigerung eines Problembewusstseins bis zu konkreten Handlungsanweisungen wie die Mobilisierung von Unterstützung in den späteren Phasen.

3 Konzept der FIT-Beratung

3.1 Methodische Grundlagen

Die Berücksichtigung der individuellen Lebenslage einer Person und auch ihrer individuellen Motivation zur Verhaltensänderung sind eine wichtige Voraussetzung, um Effekte hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung erzielen zu können. Die methodische Grundlage der FIT-Beratung sind motivierende Gesundheitsgespräche (Motivational Interviewing; MI). Der Ansatz des MI ist von Miller und Rollnick (1991) entwickelt worden und mittlerweile international weit verbreitet. Das MI ist ein zugleich klientenzentrierter und direkter Behandlungs- und Beratungsstil und dient der Förderung der Veränderungsbereitschaft „unentschlossener Personen“ (Überblick bei Demmel, 2001). Es wird davon ausgegangen,

dass Menschen in der Regel nicht unmotiviert, sondern ambivalent in Bezug auf eine mögliche Veränderung sind. Dementsprechend vollzieht sich die Motivationsarbeit entlang der Exploration und Reduzierung von Ambivalenzen des Klienten.

Der Ablauf des MI umfasst zwei Phasen, von denen die erste Phase dem Aufbau von Änderungsbereitschaft gewidmet ist und die zweite Phase der Erarbeitung und Vereinbarung persönlich verbindlicher Ziele und Wege dient, die in einem Änderungsplan konkretisiert werden sollen. Ausgehend von einer individualisierten, sachlichen Rückmeldung, die dem Klienten in Bezug auf sein eigenes Verhalten gegeben wird, z.B. zu seinem derzeitigen Alkoholkonsum im Vergleich zur der empfohlenen Konsumhöhe, werden mit dem Klienten gemeinsam Ambivalenzen und „hinderliche Gedanken“ in Bezug auf eine Verhaltensänderung identifiziert und hinterfragt. Die Entscheidung zur Änderung des Verhaltens (und damit die Verantwortung) liegt explizit bei dem Klienten selbst.

Wichtige Voraussetzungen für den Berater ist ein empathischer und authentischer Beratungsstil. Das bedeutet auch, dass der Berater nicht die Rolle des „Richters“ einnimmt, der den moralischen Zeigefinger erhebt und dem Klienten gegenüber doziert, wie dieser sein Leben richtig gestalten sollte. Ein zentrales Merkmal dieser Gesprächsform ist der Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen: Ambivalenz des Klienten wird nicht als Widerstand, mangelnde Einsicht oder unzureichender Leidensdruck abgewertet und diagnostische Etikettierungen werden vermieden.

MI wird durch die folgenden Prinzipien charakterisiert:

- Empathie zeigen,
- Widersprüche aufzeigen,
- Wortgefechte vermeiden,
- Nachgiebig auf Widerstand reagieren,
- Selbstwirksamkeit erhöhen (Wie kann ich Situation X auch ohne Alkohol, Rauchen oder Essanfälle bewältigen?).

Seit Ende der 80er Jahre wurden überwiegend in den angelsächsischen Ländern Studien zur Wirksamkeit des MI insbesondere zur Sekundärprävention und Behandlung des Alkoholmissbrauchs und der -abhängigkeit durchgeführt (z.B. Project MATCH Research Group, 1997). Mittlerweile ist das Indikationsspektrum erheblich erweitert worden:

- Tabak: Colby et al. (1998); Emmons et al. (2001)
- Cannabis: Stephens, Roffman & Curtin (2000)
- Kokain: Stotts, Schmitz, Rhoades & Grabowski (2001)

- Heroin: Saunders, Wilkinson & Philips (1995)
- Amphetamine: Baker, Boggs & Lewin (2001)
- Benzodiazepine: Heather (2001)
- HIV-Prävention: Belcher et al. (1998)
- Diäten: Berg-Smith et al. (1999).

Erste Arbeiten zur Anwendung des MI im Feld der Gesundheitsförderung wurden bereits veröffentlicht, stammen aber sämtlich aus dem angloamerikanischen Bereich (Resnicow et al. 2002).

3.2 Materialien

Zur *Durchführung der Beratung* wurden folgende Materialien entwickelt:

1. Fragebogen zum gesundheitsbezogenen Verhalten: Die Antworten dienten als Ausgangspunkt für das Beratungsgespräch. Auf Basis der Antworten wurde für die Teilnehmer ein individuelles Gesundheitsprofil erstellt, das ihnen im Laufe des Beratungsgesprächs ausgehändigt wurde (die detaillierte Darstellung des Fragebogens findet sich unter dem Gliederungspunkt 4.5).
2. Leitfaden für die Berater zur Durchführung der Beratung. Die Berater erhielten einen Leitfaden, der in drei Abschnitte unterteilt wurde:
 - theoretische und methodische Grundlagen für die Beratung,
 - Fachinformationen zu den verschiedenen Gesundheitsbereichen (Rauchen, Alkohol, Bewegung und Ernährung) sowie
 - konkrete Anleitungen und Hilfestellungen für das Beratungsgespräch und die Erstellung eines individualisierten Gesundheitsprofils.
3. Individuelles Gesundheitsprofil: Das Gesundheitsprofil diente der persönlichen Rückmeldung zu dem Gesundheitsverhalten der Teilnehmer. In dem Profil waren die persönlichen Werte des Klienten für die Bereiche Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkohol eingetragen. Des Weiteren enthielt das Profil für diese Bereiche Referenz- sowie Empfehlungswerte. Ziel war es, die persönlichen Werte des Klienten mit den Referenz- bzw. Empfehlungswerten zu vergleichen, um ihm so eine Einschätzung seines Gesundheitszustandes zu ermöglichen. Auf Grundlage des Profils wurde das Gespräch mit dem Teilnehmer geführt.

Zur *Rekrutierung der Arbeitslosen* wurden ferner folgende Materialien entwickelt:

1. Faltblatt: Dieses wurde in Zusammenarbeit mit Arbeitslosen sowie mit Mitarbeitern von Arbeitslosenzentren entwickelt und stellen die Inhalte und das Angebot der Beratung

kurz dar. In Bezug auf die Inhalte wurden ausschließlich die klassischen, weniger abschreckenden Themen, wie Bewegung, Ernährung, Stress, Alkohol und Rauchen benannt. Auf die Nennung möglicherweise gravierenderer und ursächlicher Gesundheitsbelastungen wie sozialer Rückzug, Depression sowie geringe Selbstwirksamkeit wurde verzichtet. In das Falblatt integriert war eine Postkarte, über die Interessierte sich zu der Beratung anmelden konnten. Das Einsenden der Postkarte war kostenfrei. Darüber hinaus wurde eine telefonische und elektronische Anmeldung ermöglicht.

2. Plakate zum Aushängen in verschiedenen Einrichtungen, z.B. Agentur für Arbeit, Betriebskrankenkassen: Das Layout orientierte sich an dem Falblatt. Es bot die Möglichkeit, zusätzliche Informationen im unteren Bereich des Plakats festzuhalten.

Die Materialien finden sich im Anhang I.

4 Methode

4.1 Ablauf des Beratungsgesprächs

Zu Beginn des Beratungsgesprächs erhielten die Teilnehmer den Fragebogen zum gesundheitsbezogenen Verhalten sowie ihren Änderungswünschen und präferierten Beratungsbereichen. Das Ausfüllen des Fragebogens dauerte ca. 10 bis 20 Minuten. Im Anschluss an das Ausfüllen des Fragebogens wurde ein ca. einstündiges Gespräch auf Grundlage der Daten im Fragebogen durchgeführt. Dabei wurden die vom Teilnehmer ausgewählten Beratungsschwerpunkte behandelt. Die Teilnehmer erhielten ein auf Basis des Fragebogens individuell erstelltes Gesundheitsprofil sowie ggf. weiterführende Informationsmaterialien oder Kontaktadressen zu für sie relevanten Gesundheitsbereichen. Außerdem wurde bei Bedarf ein weiterer Gesprächstermin und ggf. Zielvereinbarungen („Hausaufgaben“) vereinbart. Direkt nach Abschluss der Beratung wurden die Teilnehmer gebeten, einen einseitigen Fragebogen auszufüllen, auf dem sie ihre Zufriedenheit mit dem Beratungsgespräch angeben sollten. Den Teilnehmern wurde versichert, dass die Inhalte des Gesprächs sowie die Informationen auf dem Fragebogen der Schweigepflicht unterliegen. Die Beratung wurde in der Zeit von Februar bis August 2004 angeboten.

4.2 Qualifizierung der Berater

Voraussetzung für die Beratertätigkeit im Rahmen dieses Projektes war die Teilnahme an einem 1,5-tägigen Workshop, der einer Einführung in die theoretischen Grundlagen für die

Beratung diente, und einem zweitägigen Workshop, auf dem in die Methoden des MI eingewiesen wurde und diese praktisch geübt wurden. Im Anschluss an die Fortbildung erhielten die Berater den Leitfaden für die Durchführung der Beratung.

Insgesamt wurden sechs Personen zu Beratern qualifiziert, von denen drei aus Nordrhein-Westfalen und drei aus Schleswig-Holstein kamen. Als Berufsgruppen waren in Nordrhein-Westfalen vertreten: ein Diplom-Pflegewirt, eine Diplom-Sozialarbeiterin und eine Gesundheitsberaterin. In Schleswig-Holstein führten Diplom-Psychologinnen mit fortgeschrittener Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten die Beratung durch.

4.3 Rekrutierung der Teilnehmer

Im Rahmen des Projektes wurden vielfältige Anspracheformen gewählt und erprobt, mit denen die Zielgruppe für die FIT-Beratung erreicht werden sollte.

Rekrutierung über Faltblätter und Plakate

Insgesamt wurden 4.000 Faltblätter in Nordrhein-Westfalen und 3.500 Faltblätter in Schleswig-Holstein in Einrichtungen, die von Arbeitslosen frequentiert werden, ausgelegt (eine Liste der Einrichtungen findet sich im Anhang II).

Interessierte Arbeitslose hatten durch das Faltblatt die Möglichkeit der Kontaktaufnahme auf unterschiedlichen Wegen. Dabei sollte die Hürde, mit einer „fremden“ Institution in Verbindung zu treten, so gering wie möglich gehalten werden, daher konnte zwischen eher anonymen und persönlicheren Wegen gewählt werden:

- Telefonisch über die angegebene Hotline
- über eine dem Flyer angehängte Postkarte, die portofrei versandt werden konnte und
- über die genannten E-Mail Adressen

Die Plakate wurden in Beratungsstellen, Arbeitsämtern, Volkshochschulen und Krankenkassen meist in Verbindung mit dem Faltblatt ausgehängt.

Rekrutierung über Mitarbeiter der Sozialämter

Mitarbeiter von Sozialämtern in Bochum, Essen, Duisburg, Mülheim, Gelsenkirchen und Oberhausen wurden gebeten, in Gesprächen auf die Beratung aufmerksam zu machen. Keiner der Teilnehmer gab an, über Sozialämter auf die Beratung aufmerksam geworden zu sein.

Rekrutierung über Agenturen für Arbeit

Arbeitsvermittler

Auch die Mitarbeiter der Agenturen für Arbeit in Bochum, Duisburg, Essen, Gelsenkirchen, Kiel, Mühlheim und Oberhausen wurden angesprochen, um als Multiplikatoren auf die FIT-Beratung aufmerksam zu machen. Eine gezielte Ansprache durch die ArbeitsvermittlerInnen wurde überwiegend nicht durchgeführt. Eine Arbeitsvermittlerin in Oberhausen und zwei Arbeitsvermittler in Kiel sprachen gezielt Kunden an, um ihnen die FIT-Beratung zu empfehlen. In anderen Agenturen für Arbeit erfolgte eine (eingeschränkte bzw. nicht weiter nachvollziehbare) Weitergabe des Falblattes durch die Auslage im Eingangsbereich.

Informationsstände

In den Agenturen für Arbeit in Bochum, Kiel und Oberhausen wurde an insgesamt 19 Tagen im Eingangsbereich ein Informationsstand aufgebaut, an dem durch die Berater selbst auf das Angebot aufmerksam gemacht wurde. Bei der Besetzung des Standes wurde auf die Zeiten starker Frequentierung geachtet, so wurde beispielsweise nach Rücksprache mit Mitarbeitern der Agentur für Arbeit auf den Montagvormittag zurückgegriffen, da zu diesem Zeitpunkt viele Arbeitslose das Arbeitsamt aufsuchen. Tabelle 1 zeigt, welche Erfahrungen mit dieser Form der Ansprache gemacht wurden.

Tabelle 1. Rekrutierung von Teilnehmern über Informationsstände.

Agentur für Arbeit	Besetzungszeiten	Vereinbarte Termine	Teilnahme an der FIT-Beratung
Bochum	5 Tage á 5 Stunden	11	5
Kiel	6 Tage á 4 Stunden	12	6
Oberhausen	8 Tage á 4 Stunden	14	3

Rekrutierung über Medien

Auch über eine intensive Öffentlichkeitsarbeit wurde versucht, die Zielgruppe auf das Angebot aufmerksam zu machen. In mehreren Zeitungen sowie einer Fernsehsendung wurde über das Projekt berichtet (exemplarische Zeitungsartikel finden sich im Anhang III). 34 Personen, die an dem Gespräch teilnahmen, wurden über die Medien rekrutiert.

Rekrutierung über BKK

Zur Betreuung einer maximalen Zahl von BKK-versicherten Arbeitslosen wurden alle BKK mit Hauptsitz in Schleswig-Holstein, Hamburg und Nordrhein-Westfalen (N=102) angeschrieben. Ziel war es, BKK-Mitarbeiter in der Durchführung der FIT-Beratung zu qualifizieren und für die eigenständige Organisation und Durchführung der Betreuung zu befähigen.

Zugelassen für die Teilnahme an der Qualifikation zur Beratung der Arbeitslosen waren folgende Berufsgruppen: Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen, Psychologen, Gesundheitsberater, -wissenschaftler.

Von den angeschriebenen BKK signalisierten elf grundsätzlich Interesse an der FIT-Beratung und folgten einer Einladung zu einem Informationstreffen. Die BKK begrüßten das Beratungskonzept, äußerten jedoch insbesondere in Bezug auf die praktische Durchführung und den Arbeitsaufwand Bedenken. Eine Teilnahme am Projekt und damit an der Berater-schulung sowie der nachfolgenden Beratertätigkeit hätten aufgrund damaliger anderweitiger Anforderungen die vorhandene personelle Kapazität überschreiten.

Rekrutierung über Volkshochschulen

In dem Frühjahrsprogramm der Volkshochschule (VHS) in Essen wurde auf die Beratung aufmerksam gemacht. Von Februar bis Juli 2004 war eine Projektmitarbeiterin einmal wöchentlich für drei Stunden in der VHS, um interessierte Arbeitslose kostenlos zu beraten. Insgesamt nahmen 5 Arbeitslose an der Beratung teil.

Rekrutierung über Weiterbildungsträger

In unterschiedlichen Qualifizierungsmaßnahmen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein wurde den Teilnehmern das Angebot zur Beratung unterbreitet. 24 Teilnehmer, die ausschließlich aus Nordrhein-Westfalen kamen, nahmen an der Beratung teil.

Abschließend gibt die folgende Tabelle 2 einen Überblick der verschiedenen Ansprachewege mit den Angaben der Arbeitslosen, die tatsächlich an der Beratung teilgenommen haben:

Tabelle 2. Überblick der Ansprachewege zur Rekrutierung der Teilnehmer.

Anspracheweg	Gesamt	Schleswig-Holstein	Nordrhein-Westfalen
Faltblatt und Plakate	38 (29,0%)	20 (34,5%)	18 (24,7%)
Arbeitsvermittler	14 (10,7%)	6 (10,3%)	8 (11,0%)
Zeitungen	30 (22,9%)	23 (39,7%)	7 (9,6%)
Radio	4 (3,1%)	---	4 (5,5%)
Freunde/Bekannte	6 (4,6%)	2 (3,4%)	4 (5,5%)
VHS	5 (3,8%)	---	5 (6,8%)
Weiterbildung	24 (18,3%)	---	24 (32,9%)
Keine Angabe	10 (7,6%)	7 (12,1%)	3 (4,1%)
gesamt	131 (100%)	58 (100%)	73 (100%)

Weiteres Angebot: Hotline

Die Hotline war ab dem 23. Januar 2004 bis Ende Juli 2004 werktäglich von 10 Uhr bis 18 Uhr besetzt. In dem genannten Zeitraum gingen 37 Anrufe ein.

4.4 Studiendesign

Zur Evaluation des Beratungskonzeptes wurde ein kontrolliertes prospektives Studiendesign realisiert. Die Teilnehmer wurden gebeten, zu zwei Zeitpunkten einen Fragebogen auszufüllen. Die Erstbefragung (Prä) wurde direkt vor dem Beratungsgespräch durchgeführt. Die Zweitbefragung (Post) wurde im Oktober 2004 durchgeführt. Die Erstbefragung in der Interventionsgruppe war an das Beratungsgespräch gekoppelt, was zu unterschiedlichen Zeiträumen zwischen Erst- und Zweitbefragung bei den Teilnehmern in der Interventionsgruppe führte. Die mittlere Zeit zwischen Erst- und Zweitbefragung liegt in der Interventionsgruppe bei 131 Tagen (SD = 51,80; Range = 53 – 268 Tage; Median = 135 Tage).

Unter allen Teilnehmern, die sich an beiden Fragebogenerhebungen beteiligten, wurden insgesamt fünf Preise verlost. Als Vergleichsgruppe wird eine Stichprobe Arbeitsloser herangezogen, die zeitlich parallel zur Interventionsgruppe zwei Mal schriftlich im April und im Oktober 2004 befragt wurde. Diese Gruppe wurde mittels einer Mitgliederzeitschrift der ktp BKK geworben. In Tabelle 3 ist der Ablauf der Untersuchung dargestellt.

Tabelle 3. Ablauf der Untersuchung.

Interventionsgruppe	Vergleichsgruppe
Distribution des Faltblattes FIT Kontaktierung der Agenturen für Arbeit und anderer Einrichtungen für Arbeitslose	Einladung zur Teilnahme an der Erstbefragung
↓	↓
Anmeldung via Postkarte, Servicehotline oder Email Vereinbarung eines Gesprächstermins	
↓	
Beratung: Ausfüllen des Fragebogens Auf Grundlage der Fragenergebnisse Führung des Beratungsgesprächs Erstellung des individuellen Gesundheitsprofils Bewertung der Beratung durch die Teilnehmer im Anschluss an das Gespräch	
↓	
Nacherhebung via Fragebogen	Einladung zur Teilnahme an der Zweitbefragung

Dem Terminus „Vergleichsgruppe“ wurde gegenüber dem ebenfalls möglichen Terminus „Kontrollgruppe“ der Vorzug gegeben, da sich dieser Begriff insbesondere im Public Health Forschungsbereich immer mehr durchsetzt und von einer internationalen Expertengruppe, die Empfehlungen zur besseren Berichterstattung von nicht randomisierten Interventionsstudien verfasst hat, verwendet wird (Des Jarlais, Lyles, Crepaz; TREND Group, 2004). Dieses „Trend Statement“ ist in der renommierten Fachzeitschrift „American Journal of Public Health“ erschienen. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Empfehlungen als Leitlinien durchsetzen werden. Eine ähnliche Entwicklung hat es auch schon für den Bereich der randomisierten Interventionsstudien gegeben (CONSORT Statement: Moher, Schulz, Altman; CONSORT Group, 2001).

Mit dem Begriff „Vergleichsgruppe“ wird auch deutlich gemacht, dass die Interventions- und die Vergleichsstichprobe dieser Untersuchung auf unterschiedlichen Wegen rekrutiert wurden und sich hinsichtlich einiger deskriptiver Merkmale statistisch bedeutsam voneinander unterscheiden (vgl. Kapitel 4.7).

4.5 Fragebögen

Folgende Instrumente wurden zur Prozess- und Ergebnisevaluation eingesetzt (alle Bögen finden sich zur Ansicht im Anhang IV):

1. Dokumentationsbogen: In diesem Bogen dokumentierten die Berater das Beratungsgespräch hinsichtlich Dauer, besprochener Themen und inhaltlicher Schwerpunkte, getroffener Vereinbarungen (Ziele, Hausaufgabe, Überweisung, Folgetermin etc.), der Zugehörigkeit zu einer BKK sowie besonderer Anmerkungen.

2. Bewertung der Beratung: In diesem Bogen bewerteten die Teilnehmer das Beratungsgespräch. Sie wurden auf einer fünfstufigen Skala („sehr zufrieden“ bis „gar nicht zufrieden“) um eine Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen, Rückmeldungen, der Gesprächsführung und dem Eingehen auf die persönliche Situation gebeten sowie um ihre Meinung, inwieweit die erhaltenen Informationen ihr Verhalten widerspiegeln, sich ihre Erwartungen erfüllt haben und ob sie das Angebot weiter empfehlen würden („trifft vollständig zu“ bis „trifft gar nicht zu“). Ferner bietet der Bogen die Möglichkeit einer offenen Rückmeldung. Der Fragebogen zur Bewertung der Beratung wurde adaptiert aus einer Evaluationsstudie zur Prüfung einer Kurzintervention bei riskant alkoholkonsumierenden Studenten (Hanewinkel & Wiborg, 2002, in Druck).

3. Fragebogen zum Gesundheitsverhalten bei Arbeitslosen: In diesem Fragebogen wurden das Gesundheitsverhalten, soziale Kontakte, Veränderungswünsche und deren Wichtigkeit und Zuversicht sowie allgemeine Angaben zur Person erfasst. Der Bogen, der in der Interventionsgruppe zu Beginn des Beratungsgesprächs sowie in der zweiten Befragung im November von den Teilnehmern ausgefüllt wurde, diente sowohl zur Themenauswahl und Rückmeldung im Beratungsgespräch als auch zur Ergebnisevaluation. Folgende Bereiche wurden im Einzelnen erfasst und daraus wurden – jeweils in Klammern aufgeführt – die angegebenen Indikatoren gebildet:

- (a) individuelle Einschätzung des Gesundheitszustandes; fünfstufige Skala („ausgezeichnet“ bis „schlecht“, dichotomisiert zu „ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“ vs. „weniger gut“, „schlecht“)
- (b) aktueller Gesundheitszustand im Vergleich zum Vorjahr; fünfstufige Skala von „derzeit viel besser“ bis „derzeit viel schlechter“
- (c) übliche Bettgeh- und Aufstehzeiten
- (d) Kontakte im sozialen Umfeld: Möglichkeit zu Kontakt bei Problemen, Verstandenfühlen, generelle alltägliche Unterstützung, Verschlechterung der sozialen Kontakte im Laufe der Arbeitslosigkeit; dichotomes Antwortformat „ja“ – „nein“
- (e) Ernährung:
 - Größe und Gewicht (umgerechnet zum Body-Mass-Index (BMI) als exakter Wert und kategorisiert in untergewichtig [BMI<18,5], normalgewichtig [BMI 18,5-25],

leicht übergewichtig [BMI 25-30] und adipös [BMI >30])

- Häufigkeit verschiedener Mahlzeiten (Frühstück, Mittag, Abendessen, Zwischenmahlzeiten); vierstufige Skala von „täglich“ bis „nie“
- Häufigkeit des Konsums verschiedener Nahrungsmittel; fünfstufige Skala von „mehrmals täglich“ bis „nie“ (dichotomisiert zu „mindestens 2-3 mal/ Woche vs. seltener“)
- Menge des Konsums nichtalkoholischer und nicht-koffeinhaltiger Getränke, vierstufige Skala von „halber Liter“ bis zweieinhalb Liter oder mehr“

(f) Bewegung:

- Häufigkeit von Ausdauersport bzw. -bewegung über mindestens 30 Minuten, dreistufige Skala von „3-7mal die Woche“ bis „seltener“
- Häufigkeit von Gymnastik und Muskeltraining, dreistufige Skala von „3-7mal die Woche“ bis „seltener“
- Häufigkeit von Spielsportarten, dreistufige Skala von „3-7mal die Woche“ bis „seltener“ (Berechnung des Indikators „körperlich inaktiv“= alle drei Bereiche seltener als 1-2mal wöchentlich angegeben)

(g) Rauchen:

- Raucherstatus Nichtraucher, Ex-Raucher, Raucher
- für die Raucher:
 - tägliches Rauchen, dichotomes Antwortformat „ja“ – „nein“
 - Anzahl pro Tag gerauchter Zigaretten
 - morgendliches Rauchen, vierstufige Skala von „innerhalb der ersten 5 Minuten“ bis „nach einer Stunde“
 - Frühere Aufhörversuche, dichotomes Antwortformat „ja“ – „nein“, Häufigkeit der Versuche und Länge der rauchfreien Zeit

(h) Alkohol:

- Häufigkeit von „Trinktagen“ in den vergangenen 30 Tagen
- Durchschnittliche Trinkmenge je Tag in Gramm reinen Alkohol: Summe pro „üblichem Trinktag getrunkenen Gläser * Menge des reinen Alkohols pro Glas * Anzahl der Trinktage im letzten Monat] / 30 (Tage); dabei wurde gemäß Bühringer et al. (2000) angenommen, dass 0,33 l Bier 12,8 g Reinalkohol, 0,25 l Wein/Sekt 22,0 g Reinalkohol und 0,02 l Spirituosen 5,2 g Reinalkohol enthalten; Dichotomisierung in gemäß und über von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlenen Menge [10g bei Frauen und 20g bei Männern] (Bühringer & Seitz, 2003; Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2000; Singer & Teyssen, 2002)
- Häufigkeit des exzessiven Trinkens (Binge drinking) in vergangenem Monat. Binge

drinking ist operationalisiert als Konsum von 5 oder mehr Gläsern Alkohol hintereinander an einem Tag (Wechsler & Nelson, 2003).

- (i) Für die Bereiche Ernährung, Bewegung, Rauchen und Alkohol wurden jeweils zusätzlich erfasst:
 - Veränderungswünsche, dichotomes Antwortformat „trifft zu“ – „trifft nicht zu“
 - Wichtigkeit der Verhaltensänderung, dreistufige Skala von „überhaupt nicht wichtig“ bis „sehr wichtig“
- (j) Angaben zur Person und weitere Angaben: Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand, Anzahl im Haushalt lebender Personen, höchster Schulabschluss, Schichtzugehörigkeit, zuletzt ausgeübter Beruf, Dauer der Arbeitslosigkeit, Einschätzung der Chance auf Wiedereinstieg in den Beruf, Angabe, wie der Teilnehmer auf Beratungsangebot aufmerksam geworden ist.

In der Interventionsgruppe wurden bei der zweiten Befragung zusätzlich noch die folgenden Bereiche abgefragt:

- (k) Beurteilung der FIT-Beratung aus der Retrospektive hinsichtlich der Hilfe beim Erreichen verschiedener Ziele, fünfstufige Skala von „sehr hilfreich“ bis „gar nicht hilfreich“,
- (l) Inanspruchnahme anderer Angebote wie Sportgruppe oder Rauchentwöhnungskurs,
- (m) Veränderungen der „beruflichen Situation“.

Die Items des Fragebogens wurden in Anlehnung an verschiedene Quellen zusammengestellt und durch eigene Items ergänzt. Die verwendeten Quellen sind für die Bereiche Ernährung, Bewegung, Alkohol und Rauchen der Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (Dlugosch & Krieger, 1995), für den Bereich Ernährung die Instrumente aus dem Forschungsprojekt „Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study (BRAHMS)“ (Renner, Hahn & Schwarzer, 1996), für die Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustands und den Bereich Ernährung die Instrumente des Bundesgesundheits surveys (Robert Koch Institut, 1998), für den Bereich Rauchen der Fagerström-Test zur Erfassung der Nikotinabhängigkeit (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991; Heatherton, Kozlowski, Frecker, Rickert, Robinson, 1989; Schumann, Rumpf, Meyer, Hapke & John, 2002) und für den Bereich Alkohol der Fragebogen aus der Evaluationsstudie zur Prüfung einer Kurzintervention bei riskant Alkohol konsumierenden Studenten von Hanewinkel und Wiborg (2002, in Druck) und die Repräsentativerhebung 2001 des Bundesgesundheitsministeriums (Kraus & Augustin, 2001) .

Der Dokumentationsbogen und der Bogen zur Bewertung der Beratung wurden nur in der Interventionsgruppe eingesetzt. Der Fragebogen zum Gesundheitsverhalten wurde in der Interventionsgruppe und zeitlich parallel in der Vergleichsgruppe jeweils zweimal vorgegeben.

4.6 Statistische Analyse

Zur Deskription der Stichproben wurden absolute und relative Häufigkeiten sowie als Maße der zentralen Tendenz das arithmetische Mittel und als Streuungsmaß die Standardabweichung berechnet. Bei inferenzstatistischen Vergleichen der Interventions- und der Vergleichsgruppe wurden für dichotome Variablen auf Nominaldatenniveau Zweistichproben-Konfigurationsfrequenzanalysen (KFA) durchgeführt. Die KFA ist ein Verfahren zur Analyse mehrdimensionaler Kontingenztafeln, die als heuristische Methode von Lienert (1969) und gemeinsam mit Krauth (Lienert, 1969; Krauth, 1993; Krauth & Lienert, 1995; Bortz, Lienert & Boehnke, 1990) als inferenzstatistische Methode vorgestellt wurde. Die Berechnungen wurden mit dem Programm "Configurency Frequency Analysis – Version 2000" (von Eye, 2001) durchgeführt. Gruppenvergleiche für intervallskalierte Daten wurden mit Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Für die Berechnung der Attritionsanalyse wurden bei kategorialen Variablen χ^2 -Tests auf statistische Unabhängigkeit durchgeführt sowie für intervallskalierte Variablen t-Tests auf Mittelwertunterschiede für unabhängige Stichproben. Zusammenhänge dichotomer Variablen wurden mit dem phi-Korrelationskoeffizient berechnet. Alle Berechnungen – mit Ausnahme der KFA – wurden mit SPSS, 7.5 und Stata SE 8 durchgeführt.

4.7 Stichprobe

Rücklaufquote in der Interventionsgruppe

In der Interventionsgruppe nahmen an der Erstbefragung insgesamt 131 Personen teil, von denen 73 aus Nordrhein-Westfalen und 58 aus Schleswig-Holstein kamen. Zu der Nachbefragung Ende Oktober 2004 wurden die 131 Teilnehmer, die an dem Beratungsgespräch und somit auch an der Erstbefragung teilgenommen hatten, eingeladen. Die Teilnehmer wurden mit einem Fragebogen, einem frankierten Rückumschlag zur Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens sowie dem Hinweis auf die Verlosung nach Abschluss der Datenerhebung angeschrieben. Personen, die ihren Fragebogen nicht zurücksandten, wurden telefonisch kontaktiert. Datensätze der zwei Befragungen liegen von 93 Personen (N=45 aus Nordrhein-Westfalen und N=48 aus Schleswig-Holstein) vor. Die Rücklaufquote liegt somit in der Interventionsgruppe bei 71%.

Rücklaufquote in der Vergleichsgruppe

In der Vergleichsgruppe wurden N=7.468 arbeitslose Personen aus dem Bundesgebiet über die Mitgliedszeitung der ktpBKK zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Von diesen nahmen N=1.355 Personen an der Erstbefragung teil (Rücklaufquote=18,1%). An der zweiten Befragung im Oktober 2004 nahmen N=995 Personen teil. Datensätze identischer Personen über beide Befragungszeitpunkte liegen von N=219 Personen vor, d.h. die Rücklaufquote für die Vergleichsgruppe lag bei lediglich 16,2% ausgehend von der Teilnehmerzahl, die an der Erstbefragung teilnahm.

Charakteristika der Teilnehmer in der Interventionsgruppe und in der Vergleichsgruppe

Die Charakteristika der Teilnehmer sind detailliert im Anhang V dargestellt.

Demographische Daten

Die Teilnehmer, die sich zu der Beratung anmeldeten und somit der Interventionsgruppe zugeordnet wurden, waren fast ausschließlich Deutsche (92,2%). Mit knapp 58% sind Männer häufiger vertreten als Frauen (42,2%). Das Durchschnittsalter liegt bei 42,2 Jahren. Ein Fünftel ist 35 Jahre oder jünger. 37,8% haben eine Fachhochschul- oder Hochschulreife bzw. ein Studium abgeschlossen, 26% der Teilnehmer verfügt über keinen bzw. einen Hauptschulabschluss und 36,3% sind verheiratet oder leben in fester Partnerschaft.

In der Vergleichsgruppe nahmen etwas mehr Frauen (53,4%) als Männer teil, das durchschnittliche Alter der Befragten beträgt 48,4 Jahre. Nahezu alle Befragten sind Deutsche. Fast die Hälfte der Befragten hat einen Hauptschulabschluss, 70,6% sind verheiratet oder leben in fester Partnerschaft.

Angaben zur Arbeitslosigkeit und deren subjektiv eingeschätzten Konsequenzen

In der Interventionsgruppe liegt die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit bei knapp drei Jahren, allerdings ist die große Schwankungsbreite von 1 Monat bis 247 Monaten (Median=20 Monate) Dauer zu berücksichtigen.

Die Chancen, bald wieder Arbeit zu finden, schätzen 28% als „sehr gut“ bzw. „gut“ ein. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Langzeit- (>12 Monate) und Kurzarbeitslosen (<12 Monate) konnten hinsichtlich dieser Variable nicht festgestellt werden. Hinsichtlich des Geschlechts zeigten sich jedoch signifikante Unterschiede: 36,5% der Männer gaben eine positive Prognose ab im Vergleich zu nur 15,7% der Frauen ($\chi^2(3) = 12,87; p < 0,001$).

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer hat den Eindruck, dass sich die sozialen Kontakte während der Arbeitslosigkeit verschlechtern haben. Frauen gaben diese Einschätzung mit 68,8%

der Fälle signifikant häufiger an als Männer mit 46,5% ($\chi^2(1) = 5,75$; $p < 0,05$).

In der Vergleichsgruppe liegt die Dauer der Arbeitslosigkeit mit durchschnittlich 23,4 Monaten (Schwankungsbreite 0-193 Monate; Median=20 Monate) niedriger als der in der Interventionsgruppe. Jedoch erachten in der Vergleichsgruppe mit 16,9% weniger Personen als in der Interventionsgruppe ihre Chance, bald wieder Arbeit zu finden, als „gut“ oder „sehr gut“. Gut ein Drittel der Befragten – und somit numerisch weniger als in der Interventionsgruppe – berichtet, dass sich die sozialen Kontakte im Laufe der Arbeitslosigkeit verschlechtert haben.

Individuelle Einschätzung des Gesundheitszustandes; Aktuell gezeigtes Gesundheitsverhalten

In der Interventionsgruppe schätzt mehr als zwei Drittel der Befragten (68,5%) den eigenen Gesundheitszustand als „gut“ bis „ausgezeichnet“ ein. Immerhin knapp 23% der Teilnehmer sind adipös (BMI>30), ca. ebenso viele sind körperlich inaktiv (22%) und knapp ein Drittel (29,9%) bezeichnet sich als Raucher. Der Anteil der Raucher ist in der Gruppe der Männer mit 44,6% deutlich höher als in der Gruppe der Frauen, in der sich nur 9,4% als Raucher bezeichneten. Die Anteile der ExraucherInnen sind in beiden Gruppen mit 17,6% bei den Männern und 18,9% bei den Frauen weitgehend gleich. Zu den NichtraucherInnen zählen sich 71,7% der Frauen, jedoch nur 37,8% der Männer ($\chi^2(2) = 19,60$; $p < 0,01$). Männer der Interventionsgruppe gaben an, im vergangenen Monat im Schnitt 1,9 Mal (SD=4,9) exzessiv getrunken zu haben, im Gegensatz zu 0,5 (SD=1,4) Trinkexzessen (Binge drinking) bei den Frauen ($t(84) = 2,25$; $p < 0,05$).

Zusammenfassend zeigten sich in der Interventionsgruppe bei den Frauen ein niedrigerer Anteil von Rauchern, eine geringere Häufigkeit exzessiven Trinkverhaltens (Binge drinking) sowie eine ungünstigere Wahrnehmung bezüglich des sozialen Umfeldes und der Prognose der Arbeitssituation.

In der Vergleichsgruppe schätzen zwei Drittel der Befragten (66,2%) den eigenen Gesundheitszustand als „gut“ bis „ausgezeichnet“ ein. Die Raucherquote liegt bei 32,7%. Adipös (BMI>30) sind mit 21% der Teilnehmer so viele wie in der Interventionsgruppe, und mit 15,1% ist der Anteil körperlich Inaktiver geringer als in der Interventionsgruppe. Über den Empfehlungen der maximalen täglich konsumierten Alkoholmenge liegen in der Interventionsgruppe 20,3% der Personen und damit numerisch weniger als in der Vergleichsgruppe mit knapp einem Drittel (31,6%).

Die am häufigsten genannten Veränderungswünsche in beiden Gruppen betreffen gesundes Essen (Interventionsgruppe: 63,9%; Vergleichsgruppe: 75,4%), das Gewicht (Interventions-

gruppe: 86,1%; Vergleichsgruppe: 81,6%) und die Bewegung im Alltag (Interventionsgruppe: 69,6%; Vergleichsgruppe: 64,3%). Darüber hinaus äußerten 70,4% der Vergleichsgruppe den Wunsch, weniger zu rauchen, hingegen nur 42,1% in der Interventionsgruppe.

Im Vergleich zur Interventionsgruppe sind die Befragten in der Vergleichsgruppe häufiger weiblich, älter, häufiger Hauptschulabsolventen und in Ehe oder fester Partnerschaft lebend, kürzer arbeitslos und schätzen ihre Chancen auf einen Wiedereinstieg schlechter ein. Der subjektive Gesundheitszustand, Rauchen, der BMI sowie die körperliche Aktivität sind relativ ähnlich ausgeprägt. Unterschiede zeigten sich wiederum bezüglich des Alkoholkonsums, der in der Vergleichsgruppe numerisch höher ist als in der Interventionsgruppe. Unterschiede hinsichtlich der Veränderungswünsche zeigten sich bei den Themen Ernährung und Rauchen, bei denen die Vergleichsgruppe häufiger Veränderungswünsche angab.

5 Ergebnisse

5.1 Attritionsanalyse

In der Interventionsgruppe beteiligten sich an der Zweitbefragung 93 Personen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 71%, die als zufrieden stellend bezeichnet werden kann. Um zu prüfen, ob es einen systematischen Ausfall von Personen in der Zweitbefragung gibt, d.h. ob diejenigen, die sich nicht an der Nachuntersuchung beteiligten, besondere Merkmale aufwiesen, die sie von den Teilnehmern unterschieden, die an der Zweitbefragung teilnahmen, wurde in der Interventionsgruppe auf Basis der Daten aller Personen, die an der Erstbefragung teilnahmen, eine Attritionsanalyse vorgenommen.

Aus der Grundgesamtheit sämtlicher Teilnehmer wurden dazu zwei Gruppen gebildet, von denen sich die erste aus den Personen zusammensetzte, die an der Zweitbefragung teilnahmen, und die zweite Gruppe aus denjenigen bestand, die den zweiten Fragebogen nicht ausfüllten und so aus der Studie ausschieden.

Die beiden Gruppen wurden in einem nächsten Schritt hinsichtlich folgender Variablen miteinander verglichen:

- Bundesland, in dem die Intervention durchgeführt wurde (Nordrhein-Westfalen oder Schleswig-Holstein),
- Alter,
- Geschlecht,
- Dauer der Arbeitslosigkeit,
- Familienstand,
- Nationalität,
- Zufriedenheit mit der Beratung,
- soziale Unterstützung (erfasst durch drei Variablen),
- Rückgang sozialer Kontakte während der Arbeitslosigkeit,
- Beurteilung der Chance, bald wieder Arbeit zu finden,
- Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes,
- Rauchverhalten,
- Alkoholkonsum (angegeben über exzessives Trinken und riskanten Konsum (mehr als 10g täglich für Frauen und 20g täglich für Männer).

Systematische Unterschiede zeigten sich für nachfolgende Variablen:

- Bundesland: Die Rücklaufquote für die Nachbefragung war in Schleswig-Holstein mit 82,8% signifikant höher als in Nordrhein-Westfalen mit 61,6% ($\chi^2(1) = 7,00$; $p < 0,01$).

- Beurteilung der Chance, bald wieder Arbeit zu finden: 79,2% der Personen, die an beiden Befragungen teilnahmen, schätzten die Chance einer baldigen Arbeitsfindung als „weniger gut“ bzw. „schlecht“ ein. Im Gegensatz dazu gaben mit 53,0% der Personen, die aus der Untersuchung ausschieden, deutlich weniger eine ähnlich schlechte Prognose ab ($\chi^2(3) = 9,43$; $p < 0,05$).
- Verstandenfühlen vom sozialen Umfeld: In der Attritionsgruppe gaben 69,7% an, sich mit ihren Problemen von dem sozialen Umfeld verstanden zu fühlen, während dies nur 46,4% in der Gruppe, die an beiden Zeitpunkten den Fragebogen ausfüllten, ebenso positiv einschätzten ($\chi^2(1) = 5,15$; $p < 0,05$).
- Anteil Raucher: In der Gruppe, die nicht an der Nachbefragung teilnahm, war der Anteil von Rauchern mit 42,9% höher als in der Gruppe, die an beiden Befragungen teilnahm, mit 25,0% ($\chi^2(2) = 6,21$; $p < 0,05$).

Lediglich tendenziell signifikant, jedoch numerisch groß ist der Unterschied in der Dauer der Arbeitslosigkeit, der mit durchschnittlich 30,9 Monaten (SD= 37,8) in der Gruppe, die an beiden Messungen teilnahm, geringer ausfällt als in der Attritionsgruppe mit 46,4 Monaten (SD=52,9) ($t(110) = 1,68$; $p < 0,1$).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in der Interventionsgruppe die Personen, die bei der Zweitbefragung ausschieden, häufiger aus Nordrhein-Westfalen kamen, einen größeren Anteil von Rauchern hatten und insgesamt eine positivere Einschätzung hinsichtlich ihrer Chance, wieder Arbeit zu finden.

5.2 Dokumentation der Beratungen

Insgesamt meldeten sich in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein 237 Personen zu einer Beratung an, von denen N= 131 (55,3%) tatsächlich zum Termin erschienen. In Nordrhein-Westfalen meldeten sich 107 Personen an, von denen 73 (68,2%) zu mindestens einem Gesprächstermin erschienen. In Schleswig-Holstein meldeten sich 130 Personen, von denen 58 (44,6%) zu dem Gespräch erschienen. In 44 Fällen (33,6%) wurde ein Zweittermin vereinbart, der in 36 Fällen wahrgenommen wurde. Mit 41 Teilnehmer wurde eine Zielvereinbarung getroffen. 22 Personen sind BKK-versichert.

Die Gespräche dauerten im Schnitt 70,6 Minuten (SD=20,5; Range=30-125 Minuten). In drei Fällen wurde eine Empfehlung zu der Vorstellung in der Psychotherapeutischen Ambulanz des IFT-Nord ausgesprochen. Ein weiterer Teilnehmer wurde direkt in ein Psychiatrisches Krankenhaus überwiesen, da akute Selbstgefährdung bestand.

Die behandelten bzw. Schwerpunktthemen der Beratungen waren:

- Ernährung: in 112 Gesprächen (86,1%),
- Bewegung: in 105 Gesprächen (80,8%),
- Soziale Beziehungen: in 67 Gesprächen (51,9%),
- Alkohol: in 43 Gesprächen (33,3%),
- Rauchen: in 42 Gesprächen (32,6%),
- Stress: in 40 Gesprächen (31%),
- Tagesstruktur: in 34 Gesprächen (26,4%),
- Isolation: in 24 Gesprächen (18,6%).

Es wird deutlich, dass Ernährung, Bewegung und soziale Beziehungen die am häufigsten behandelten Themen der Beratungen darstellten.

Statistisch signifikante Korrelationen ergaben sich zwischen folgenden Gesprächsthemen:

- Ernährung und Bewegung,
- Ernährung und Rauchen,
- Ernährung und Stress,
- Bewegung und Stress,
- Soziale Beziehungen und Stress,
- Soziale Beziehungen und Isolation,
- Tagesstruktur und Soziale Beziehungen,
- Rauchen und Alkohol,
- Tagesstruktur und Isolation.

Das heißt, dass diese Themen überzufällig häufig in einer Beratung miteinander kombiniert wurden bzw. im Falle der Themenkombinationen Stress und Bewegung sowie Stress und Ernährung überzufällig selten.

In Tabelle 4 sind die Korrelationen zwischen den behandelten Themen dargestellt.

Tabelle 4. Korrelationsmatrix der in der FIT-Beratung behandelten Themen.

Ernährung	Ernährung 112							
Bewegung	100	Bewegung 105						
	0,54**							
Alkohol	40	38	Alkohol 43					
	0,14	0,14						
Rauchen	40	36	20	Rauchen 42				
	0,18*	0,09	0,21*					
Stress	30	27	12	10	Stress 40			
	-0,21*	-0,22*	0,05	0,11				
Soz. Beziehungen	57	54	26	20	26	Soz. Bez. 67		
	0,03	0,00	0,12	0,06	0,18*			
Tagesstruktur	30	26	11	7	10	24	Tagesstruktur 34	
	0,04	0,06	0,01	0,15	0,02	0,22*		
Isolation	22	18	9	8	10	21	12	Isolation 24
	0,08	0,07	0,04	0,01	0,11	0,34**	0,26**	

Anmerkung: Erste Zeile: Anzahl der Gespräche;
Zweite Zeile: Korrelationskoeffizient; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

5.3 Bewertung der Beratungen durch die Teilnehmer

Die FIT-Beratung wurde von den Teilnehmern in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein gleichermaßen positiv eingeschätzt: In den Abbildungen 1-3 sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Items zur Bewertung der Beratung aufgeführt. Die in den Graphiken angegebenen Zahlen sind die absoluten Häufigkeiten.

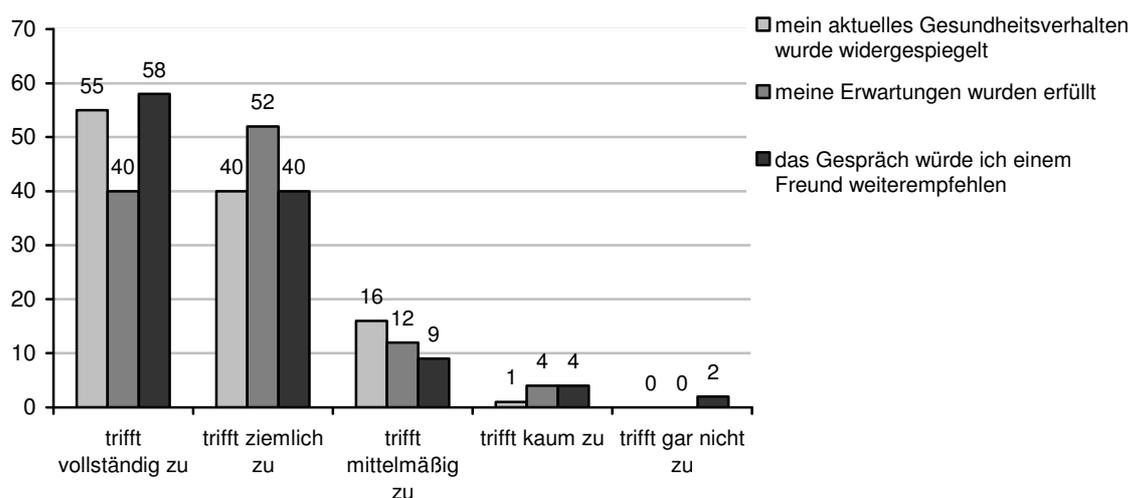


Abbildung 1. Bewertung des Beratungsgesprächs.

85,2% berichteten, dass sich ihre Erwartungen an das Gespräch erfüllt hätten und 86,7% würden das Gespräch einem Freund empfehlen. Für 84,8% spiegelten die im Gespräch

vermittelten Informationen ihr aktuell eingeschätztes Gesundheitsverhalten wider.

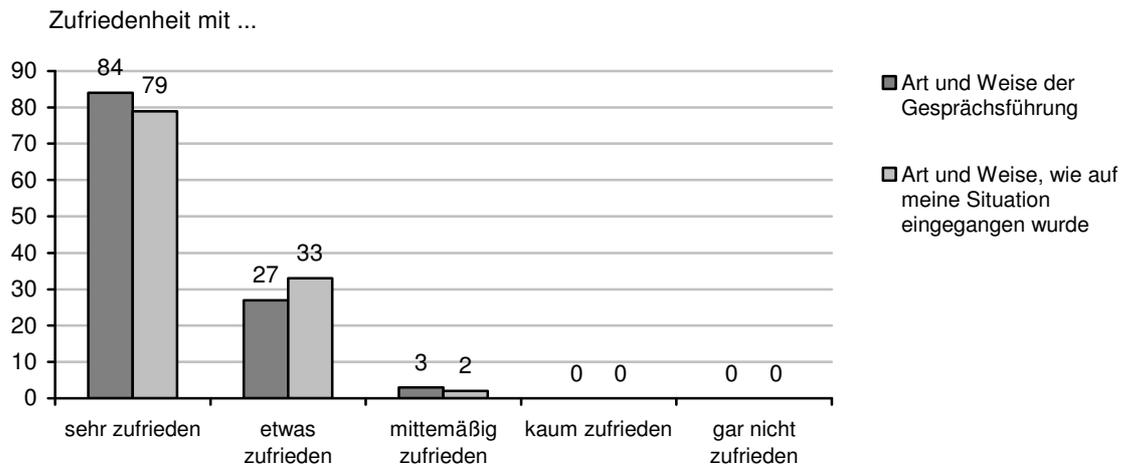


Abbildung 2. Zufriedenheit mit Gesprächsführung und Eingehen auf die individuelle Situation.

Fast drei Viertel waren mit der Gesprächsführung durch den Berater und 69,3% mit der Art und Weise, in der ihr Gesprächspartner auf ihre persönliche Situation eingegangen ist „sehr zufrieden“.

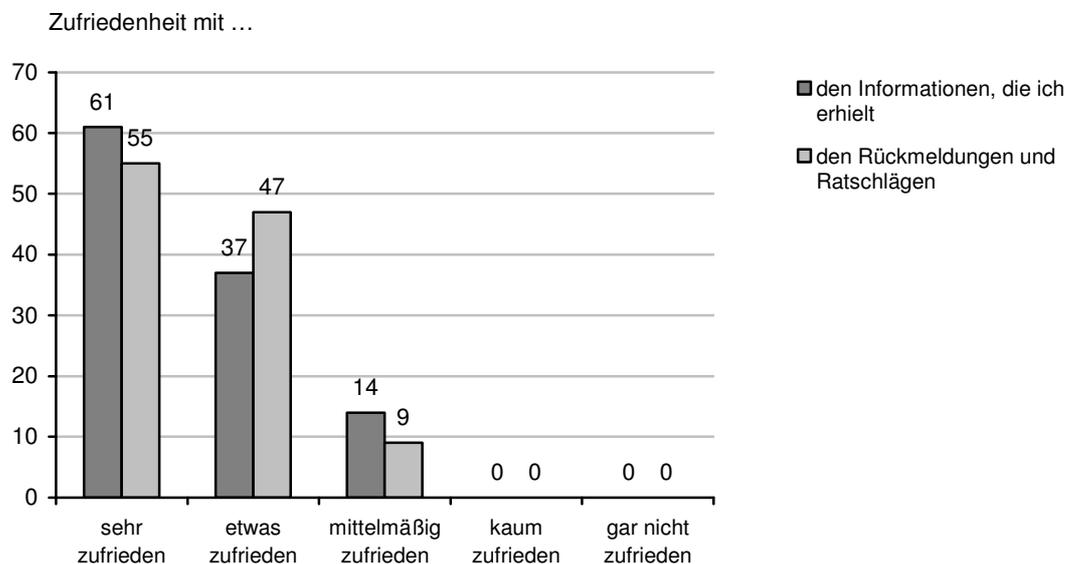


Abbildung 3. Zufriedenheit mit Informationen und Rückmeldungen.

Mehr als die Hälfte war mit den vermittelten Informationen sowie den Rückmeldungen und Ratschlägen, die sie während des Gesprächs erhielten „sehr zufrieden“.

5.4 Effekte der Intervention auf unterschiedliche Gesundheitsbereiche

Im Folgenden werden die Effekte der Intervention hinsichtlich unterschiedlicher Variablen als Gruppenvergleich (Interventions- vs. Vergleichsgruppe) über die Zeit dargestellt.

Ernährung

In der Interventionsgruppe bezeichneten sich 68 von 72 Personen (oder 94,4%), die zum ersten Erhebungszeitpunkt angaben, regelmäßig *Obst* zu essen, weiterhin als regelmäßige Obstesser (Tabelle 5). Dies sind signifikant mehr als in der Vergleichsgruppe, in der sich in der Nachbefragung nur noch 136 von 157 Personen (79,5%) der vormals regelmäßigen Obstesser als solche einschätzten ($Z=2,26$; $p<0,05$).

Tabelle 5. Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit des Obstessens von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; gesamte Stichprobe)

Gruppe		Erstbefragung	Zweitbefragung	
			Mind. 2-3/Woche	seltener
<i>Interventionsgruppe</i>				
	Mind. 2-3/ Woche	72	68	4
	seltener	18	11	7
	Σ	90	79	11
<i>Vergleichsgruppe</i>				
	Mind. 2-3/ Woche	157	136	21
	seltener	62	35	27
	Σ	219	171	48

In der Interventionsgruppe zeigten sich für diejenigen, die den Wunsch äußerten, zukünftig gesünder essen zu wollen, signifikante Effekte: 45 von 47 Personen (95,7%) der zu gesünderem Essen motivierten, regelmäßigen *Salat- und Gemüseesser* gaben auch in der Nachbefragung an, diese Lebensmittel regelmäßig (mindestens zweimal in der Woche) zu essen, im Vergleich zu lediglich 70 von 85 Personen (82,4%) mit identischer Motivation der Vergleichsgruppe ($Z=2,05$; $p<0,05$; Tabelle 6).

Tabelle 6. Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit des Salat- und Gemüseessens von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; Teilstichprobe der zu gesünderem Essen Motivierten)

Gruppe		Erstbefragung	Zweitbefragung	
<i>Interventionsgruppe</i>			Mind. 2-3/Woche	seltener
	Mind. 2-3/Woche	47	45	2
	seltener	18	12	6
	Σ	65	57	8
<i>Vergleichsgruppe</i>				
	Mind. 2-3/Woche	85	70	15
	seltener	45	30	15
	Σ	130	100	30

Bewegung

In der Interventionsgruppe gaben 14 von 21 Personen (66,7%) der Personen, die zum ersten Erhebungszeitpunkt der Gruppe der „Inaktiven“ zugeordnet wurden, zum zweiten Erhebungszeitpunkt an, sich mehr zu bewegen. Eine Steigerung der Bewegung zeigte sich auch für die „Inaktiven“ in der Vergleichsgruppe, jedoch mit 60,6% (20 von 33 Personen) in signifikant niedrigerem Ausmaß als in der Interventionsgruppe ($Z=1,78$; $p<0,05$; Tabelle 7).

Tabelle 7. Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit der körperlichen Bewegung von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; gesamte Stichprobe)

Gruppe		Erstbefragung	Zweitbefragung	
<i>Interventionsgruppe</i>			Inaktiv	Aktiv
	Inaktiv	21	7	14
	Aktiv	65	6	59
	Σ	86	13	73
<i>Vergleichsgruppe</i>				
	Inaktiv	33	13	20
	Aktiv	186	21	165
	Σ	219	34	185

Für die Untergruppe der besonders zur Bewegung Motivierten (diejenigen, die als Veränderungsziel angaben, sich mehr im Alltag bewegen zu wollen) zeigte sich außerdem, dass 11 von 17 Personen (64,7%) der Interventionsgruppe, die zur Erstbefragung bereits als „aktiv“ eingestuft wurden, auch in der Nachbefragung angaben, körperlich aktiv zu sein, im Vergleich zur Vergleichsgruppe, in der 86,7% (91 von 105 Personen) der „Motivierten“ über die Zeit aktiv blieben ($Z=6,04$; $p<0,001$).

Tabelle 8. Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit der körperlichen Bewegung von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; Teilstichprobe der zu mehr Bewegung Motivierten)

<i>Gruppe</i>		Erstbefragung	Zweitbefragung	
<i>Interventionsgruppe</i>			Inaktiv	Aktiv
	Inaktiv	34	4	30
	Aktiv	17	6	11
	Σ	51	10	41
<i>Vergleichsgruppe</i>			Inaktiv	Aktiv
	Inaktiv	23	8	15
	Aktiv	105	14	91
	Σ	128	22	106

Gleichzeitig konnten in der Gruppe der Motivierten von der Erst- zur Zweiterhebung mit 30 von 34 Personen (88,2%) der ehemals als inaktiv eingestuften Personen bedeutsam mehr Teilnehmer der Interventionsgruppe zur Bewegung animiert werden als in der Vergleichsgruppe (15 von 23 Personen = 65,2%; $Z=6,55$; $p<0,001$; Tabelle 8).

Alkohol

In der Vergleichsgruppe berichteten 40 von 68 Personen (58,8%), deren Alkoholkonsumhöhe in der Eingangsbefragung über den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zum Konsum von Alkohol lagen (bei Frauen über 10g/Tag und bei Männern über 20g/Tag), auch zur zweiten Befragung einen über den Empfehlungen liegenden Alkoholkonsum, im Vergleich zu 9 von 16 Personen der Interventionsgruppe (56%), die sowohl zur ersten als auch zur zweiten Befragung einen Alkoholkonsum angaben, der über den einschlägigen Empfehlungen lag ($Z=1,68$; $p<0,05$). Dementsprechend trank eine größere Zahl an Personen der Interventionsgruppe (61 von 68 Personen = 89,7%), die ursprünglich entsprechend der DGE-Kriterien Alkohol konsumierte, zum zweiten Erhebungszeitpunkt ebenfalls entsprechend dieser Empfehlungen (Vergleichsgruppe: 114 von 145 Personen = 78,6%; $Z=3,01$; $p<0,05$; Tabelle 9).

Tabelle 9. Veränderung hinsichtlich der Einhaltung der empfohlenen Höchstmenge täglich konsumierten Alkohols von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; gesamte Stichprobe)

Gruppe		Erst- befragung	Zweitbefragung	
			≤10g Alk/Tag/F ≤20g Alk/Tag/M	≥10g Alk/Tag/F ≥20g Alk/Tag/M
<i>Interventionsgruppe</i>				
	≤10g Alk/Tag/F ≤20g Alk/Tag/M	68	61	7
	≤10g Alk/Tag/F ≤20g Alk/Tag/M	16	7	9
	Σ	84	68	16
<i>Vergleichsgruppe</i>				
	≤10g Alk/Tag/F ≤20g Alk/Tag/M	145	114	31
	≥10g Alk/Tag/F ≥20g Alk/Tag/M	68	28	40
	Σ	213	142	71

Anmerkung: F = Frauen; M = Männer

Bezüglich der durchschnittlichen Anzahl der Tage, an denen im vergangenen Monat Alkohol konsumiert wurde, zeigten sich zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe signifikante Interaktionseffekte: Während in der Interventionsgruppe die Anzahl der Trinktage pro Monat von durchschnittlich 9,6 Tagen auf 5,4 Tage sank, blieben diese in der Vergleichsgruppe mit 7,7 Tagen bzw. 7,6 Tagen nahezu unverändert (Interaktion Zeit x Gruppe: $F(1,282) = 6,45$; $p < 0,05$). Ein noch deutlicherer Effekt zeigt sich, wenn nur diejenigen betrachtet werden, die den Wunsch äußerten, entweder gar keinen Alkohol mehr zu trinken bzw. den Konsum zu reduzieren. Hier sank die Anzahl der Trinktage in der Interventionsgruppe von 10,7 auf 8,3, während sie in der Kontrollgruppe von 5,3 auf 8,3 Tage stieg (Interaktion Zeit x Gruppe: $F(1,29) = 6,37$; $p < 0,05$).

Hinsichtlich der konsumierten Alkoholmenge in Gramm pro Tag kommt es sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe zu leichten Reduktionen über die Zeit, signifikante Interaktionseffekte zeigten sich nicht. Bei einer Betrachtung derjenigen, die entweder weniger Alkohol konsumieren bzw. den Konsum vollständig einstellen wollten, zeigt sich ein tendenzieller Interaktionseffekt: Während in dieser Untergruppe der Interventionsgruppe der Konsum von 25,7g auf 14,2g sank, stieg er in der Vergleichsgruppe von 12,9g auf 17,9g an (Interaktion Zeit x Gruppe: $F(1,25) = 3,43$; $p < 0,1$).

Rauchen

Die Anzahl der Raucher verringerte sich in beiden Gruppen nur geringfügig über die Zeit, in der Interventionsgruppe lag der Anteil mit 29,9% zur Ersterhebung und 26,1% zur Zweiterhebung zu beiden Erhebungszeitpunkten niedriger als in der Vergleichsgruppe mit 33,0%

bzw. 33,5%; innerhalb der Gruppen veränderte sich die Anzahl von Rauchern nicht bzw. kaum. Auch die Anzahl gerauchter Zigaretten reduzierte sich zwischen den Gruppe nicht signifikant, obgleich die Anzahl gerauchter Zigaretten numerisch in der Interventionsgruppe von 19,5 auf 16,8 Zigaretten täglich sank, während in der Vergleichsgruppe ein leichter numerischer Anstieg von 18,3 auf 19,2 Zigaretten berichtet wurde.

Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes

In der Interventionsgruppe schätzten 20 von 63 Personen (31,7%), die ihren Gesundheitszustand bei der ersten Befragung als „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“ bezeichneten, diesen bei der Zweitbefragung als „weniger gut“ bzw. „schlecht“ ein, im Vergleich zur Vergleichsgruppe, in der 22 von 145 Personen (15,2%) ihren Gesundheitszustand in der Post-Befragung negativer einschätzte als in der Prä-Befragung ($Z=2,83$; $p<0,05$; Tabelle 10).

Tabelle 10. Veränderung hinsichtlich der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; gesamte Stichprobe)

<i>Gruppe</i>		Erst- befragung	Zweitbefragung	
			Gut bis ausgezeichnet	Weniger gut/ schlecht
<i>Interventionsgruppe</i>				
	Gut bis ausgezeichnet	63	43	20
	Weniger gut/ schlecht	27	11	16
	Σ	90	54	36
<i>Vergleichsgruppe</i>				
	Gut bis ausgezeichnet	145	123	22
	Weniger gut/ schlecht	74	20	54
	Σ	219	143	76

5.5 Weitere Ergebnisse in der Interventionsgruppe

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf Fragen, die ausschließlich in der zweiten Befragung erfasst wurden und daher einmalig zum zweiten Befragungszeitpunkt bei den Teilnehmern erhoben wurden.

- 60 Teilnehmer gaben in der Nachbefragung an, noch immer arbeitslos zu sein. Relativiert an der Anzahl der Teilnehmer, die diese Frage beantworteten (N=75) ergibt sich daraus ein Prozentsatz von 80,0%.
- 36,8% äußerten, dass die Beratung für sie „sehr hilfreich“ bzw. „hilfreich“ für das Erreichen ihrer Gesundheitsziele gewesen sei; 17,2% empfanden sie als „nicht hilfreich“ bzw. „gar nicht hilfreich“.

- Gut einem Fünftel half die Beratung bei einer besseren Tagesstruktur,
- bei etwas mehr als einem Viertel war sie laut Teilnehmer hilfreich bei der Verbesserung der Stimmung und dem Umgang mit Stress und
- bei knapp einem Viertel half sie bei der Verbesserung der Lebenssituation.
- Sieben Teilnehmer gaben an, auf Grund der FIT-Beratung an einem Gruppen- bzw. Therapieangebot teilgenommen zu haben.

5.6. Vergleich der parallelisierten Vergleichsgruppe mit der Interventionsgruppe

Zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe sind erhebliche Baselineunterschiede hinsichtlich deskriptiver Merkmale zu verzeichnen. Diese beziehen sich auf die Geschlechterverteilung, das Alter, den Bildungsstand, den Familienstand und die Dauer der Arbeitslosigkeit. Um die beiden Untersuchungsgruppen besser miteinander vergleichen und somit auch die Effekte der Intervention besser abschätzen zu können, wurde eine Parallelisierung der Stichproben nach Geschlecht und Schulabschluss vorgenommen. Von einer Parallelisierung der Stichproben hinsichtlich aller genannten Variablen wurde Abstand genommen, als deutlich wurde, dass die in der Stichprobe verbleibenden Personen unter $N = 30$ liegen würde und inferenzstatistische Analysen somit nicht mehr sinnvoll zu interpretieren gewesen wären.

Eine Parallelisierung der Stichproben anhand der zwei bedeutsamsten soziodemographischen Variablen – Geschlecht und Schulabschluss – führte in der Vergleichsgruppe zu einer Stichprobengröße von 95 Personen. Diese Gruppengröße reicht aus, um Unterschiede zur unveränderten Interventionsgruppe aufzeigen zu können.

Hinsichtlich der Variablen Alter, Familienstand und Dauer der Arbeitslosigkeit unterscheiden sich die parallelisierte Vergleichsgruppe und die Interventionsgruppe auch nach der Parallelisierung. Hinsichtlich der Dauer der Arbeitslosigkeit sowie dem Familienstand zeigt die Vergleichsgruppe eher günstigere Voraussetzungen als die Interventionsgruppe: Die Dauer der Arbeitslosigkeit ist in der Vergleichsgruppe geringer, und die Teilnehmer dieser Gruppenbedingung leben häufiger in einer festen Partnerschaft. Das heißt, dass hier ein Selektionbias dahingehend, dass sich in der Interventionsgruppe eher Personen angemeldet haben, die günstigere Ausgangsbedingungen hatten, nicht aufgetreten zu sein scheint.

Eine Beschreibung der parallelisierten Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe findet sich in Anlage VI.

Im Folgenden werden die Effekte der Intervention hinsichtlich unterschiedlicher Variablen als

Gruppenvergleich (Interventions- vs. parallelisierte Vergleichsgruppe) über die Zeit dargestellt.

Ernährung

In der Interventionsgruppe bezeichneten sich 68 von 72 Personen (oder 94,4%), die zum ersten Erhebungszeitpunkt angaben, regelmäßig *Obst* zu essen, weiterhin als regelmäßige Obstesser (Tabelle 11). Dies sind signifikant mehr als in der parallelisierten Vergleichsgruppe, in der sich in der Nachbefragung nur noch 59 von 68 Personen (86,7%) der vormals regelmäßigen Obstesser als solche einschätzten ($Z=1,97$; $p<0,05$).

Tabelle 11. Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit des Obstessens von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; parallelisierte Vergleichsgruppe; gesamte Stichprobe)

Gruppe		Erstbefragung	Zweitbefragung	
			Mind. 2-3/Woche	seltener
Interventionsgruppe	Mind. 2-3/ Woche	72	68	4
	seltener	18	11	7
	Σ	90	79	11
	<hr/>			
Vergleichsgruppe	Mind. 2-3/ Woche	68	59	9
	seltener	27	16	11
	Σ	95	75	20

In der Interventionsgruppe zeigten sich für diejenigen, die den Wunsch äußerten, zukünftig gesünder essen zu wollen, signifikante Effekte: 45 von 47 Personen (95,7%) der zu gesünderem Essen motivierten, regelmäßigen *Salat- und Gemüseesser* gaben auch in der Nachbefragung an, diese Lebensmittel regelmäßig (mindestens zweimal in der Woche) zu essen, im Vergleich zu lediglich 27 von 35 Personen (77,1%) mit identischer Motivation der Vergleichsgruppe ($Z=2,34$; $p<0,01$; Tabelle 12).

Tabelle 12. Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit des Salat- und Gemüseessens von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; parallelisierte Vergleichsgruppe; Teilstichprobe der zu gesünderem Essen Motivierten)

<i>Gruppe</i>		Erstbefragung	Zweitbefragung	
<i>Interventionsgruppe</i>			Mind. 2-3/Woche	seltener
	Mind. 2-3/Woche	47	45	2
	seltener	18	12	6
	Σ	65	57	8
<i>Vergleichsgruppe</i>				
	Mind. 2-3/Woche	35	27	8
	seltener	21	14	7
	Σ	56	41	15

Bewegung

Hinsichtlich der hinreichenden Bewegung konnte kein bedeutsamer Unterschied zwischen der parallelisierten Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe gefunden werden, wenn die Gesamtstichprobe zugrunde gelegt wird (Tabelle 13).

Tabelle 13. Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit der körperlichen Bewegung von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; parallelisierte Vergleichsgruppe; gesamte Stichprobe)

<i>Gruppe</i>		Erstbefragung	Zweitbefragung	
<i>Interventionsgruppe</i>			Inaktiv	Aktiv
	Inaktiv	21	7	14
	Aktiv	65	6	59
	Σ	86	13	73
<i>Vergleichsgruppe</i>				
	Inaktiv	16	5	11
	Aktiv	79	12	67
	Σ	95	17	78

Für die Untergruppe der besonders zur Bewegung Motivierten (diejenigen, die als Veränderungsziel angaben, sich mehr im Alltag bewegen zu wollen) zeigt Tabelle 14, dass 11 von 17 Personen (64,7%) der Interventionsgruppe, die zur Erstbefragung bereits als „aktiv“ eingestuft wurden, auch in der Nachbefragung angaben, körperlich aktiv zu sein, im Vergleich zur Vergleichsgruppe, in der 86,0% (37 von 43 Personen) der „Motivierten“ über die Zeit aktiv blieben ($Z=4,82$; $p<0,001$).

Tabelle 14. Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit der körperlichen Bewegung von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; parallelisierte Vergleichsgruppe; Teilstichprobe der zu mehr Bewegung Motivierten)

<i>Gruppe</i>		Erstbefragung	Zweitbefragung	
<i>Interventionsgruppe</i>			Inaktiv	Aktiv
	Inaktiv	34	4	30
	Aktiv	17	6	11
	Σ	51	10	41
<i>Vergleichsgruppe</i>				
	Inaktiv	11	3	8
	Aktiv	43	6	37
	Σ	54	9	45

Gleichzeitig konnten in der Gruppe der Motivierten von der Erst- zur Zweiterhebung mit 30 von 34 Personen (88,2%) der ehemals als inaktiv eingestuften Personen bedeutsam mehr Teilnehmer der Interventionsgruppe zur Bewegung animiert werden als in der parallelisierten Vergleichsgruppe (8 von 11 Personen = 72,7%; $Z=4,69$; $p<0,001$).

Alkohol

In der parallelisierten Vergleichsgruppe berichteten 47 von 63 Personen (74,6%), dass ihre Alkoholkonsumhöhe sowohl in der Eingangsbefragung als auch in der Zweitbefragung den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zum Konsum von Alkohol entsprach (bei Frauen nicht mehr als 10g/Tag und bei Männern nicht mehr als 20g/Tag), im Vergleich zu 61 von 68 Personen der Interventionsgruppe (89,7%), die sowohl zur ersten als auch zur zweiten Befragung einen der DGE-Kriterien entsprechenden Alkoholkonsum angaben ($Z=2,93$; $p<0,01$). Dementsprechend trank eine größere Zahl an Personen der parallelisierten Vergleichsgruppe (16 von 63 Personen = 25,4%), die ursprünglich entsprechend der DGE-Kriterien Alkohol konsumierte, zum zweiten Erhebungszeitpunkt mehr als empfohlen wird (Interventionsgruppe: 7 von 68 Personen = 10,3%; $Z=1,78$; $p<0,05$; Tabelle 15).

Tabelle 15. Veränderung hinsichtlich der Einhaltung der empfohlenen Höchstmenge täglich konsumierten Alkohols von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; parallelisierte Vergleichsgruppe; gesamte Stichprobe)

Gruppe		Erst- befragung	Zweitbefragung	
			≤10g Alk/Tag/F ≤20g Alk/Tag/M	≥10g Alk/Tag/F ≥20g Alk/Tag/M
<i>Interventionsgruppe</i>				
	≤10g Alk/Tag/F ≤20g Alk/Tag/M	68	61	7
	≤10g Alk/Tag/F ≤20g Alk/Tag/M	16	7	9
	Σ	84	68	16
<i>Vergleichsgruppe</i>				
	≤10g Alk/Tag/F ≤20g Alk/Tag/M	63	47	16
	≥10g Alk/Tag/F ≥20g Alk/Tag/M	29	13	16
	Σ	92	60	32

Anmerkung: F = Frauen; M = Männer

Bezüglich der durchschnittlichen Anzahl der Tage, an denen im vergangenen Monat Alkohol konsumiert wurde, zeigten sich zwischen der Interventions- und der parallelisierten Vergleichsgruppe ein tendenziell signifikanter Interaktionseffekt: Während in der Interventionsgruppe die Anzahl der Trinktage pro Monat von durchschnittlich 9,6 Tagen auf 5,4 Tage sank, blieben diese in der parallelisierten Vergleichsgruppe mit 9,0 Tagen und 9,0 Tagen unverändert (Interaktion Zeit x Gruppe: $F(1,170) = 3,50$; $p < 0,1$). Kein Effekt zeigt sich, wenn nur diejenigen betrachtet werden, die den Wunsch äußerten, den Konsum reduzieren oder ganz einstellen zu wollen. Hier sank die Anzahl der Trinktage in der Interventionsgruppe von 10,7 auf 8,3, während sie in der Kontrollgruppe von 15,7 auf 11,2 Tage sank.

Hinsichtlich der konsumierten Alkoholmenge in Gramm pro Tag kommt es sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe zu leichten Reduktionen über die Zeit, signifikante Interaktionseffekte zeigten sich weder in der Gesamtgruppe noch in der Gruppe derjenigen, die ihren Konsum reduzieren oder ganz auf Alkohol verzichten wollten.

Rauchen

Die Anzahl der Raucher verringerte sich in beiden Gruppen über die Zeit geringfügig, in der Interventionsgruppe sank der Anteil von Rauchern von 29,9% auf 26,1% und lag damit niedriger als in der Vergleichsgruppe mit 39,4% zum ersten bzw. 38,3% zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Auch die Anzahl gerauchter Zigaretten reduzierte sich zwischen den Gruppen nicht signifikant, obgleich die Anzahl gerauchter Zigaretten numerisch in der Interventionsgruppe von 19,5 auf 16,7 Zigaretten täglich deutlicher sank als in der Vergleichsgruppe,

in der der Konsum von 19,3 Zigaretten auf 19,0 Zigaretten abfiel.

Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes

In der Interventionsgruppe schätzten 20 von 63 Personen (31,7%), die ihren Gesundheitszustand bei der ersten Befragung als „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“ bezeichneten, diesen bei der Zweitbefragung als „weniger gut“ bzw. „schlecht“ ein, im Vergleich zur parallelisierten Vergleichsgruppe, in der 10 von 62 Personen (16,1%) ihren Gesundheitszustand in der Post-Befragung negativer einschätzte als in der Prä-Befragung ($Z=2,15$; $p<0,05$; Tabelle 16).

Tabelle 16. Veränderung hinsichtlich der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes N; parallelisierte Vergleichsgruppe; gesamte Stichprobe)

<i>Gruppe</i>		Erst- befragung	Zweitbefragung	
<i>Interventionsgruppe</i>			Gut bis ausgezeichnet	Weniger gut/ schlecht
	Gut bis ausgezeichnet	63	43	20
	Weniger gut/ schlecht	27	11	16
	Σ	90	54	36
<i>Vergleichsgruppe</i>				
	Gut bis ausgezeichnet	62	52	10
	Weniger gut/ schlecht	33	10	23
	Σ	95	62	33

Fazit

Die Analyse der Veränderungen der parallelisierten Vergleichsgruppe mit der Interventionsgruppe über die Zeit ergeben im Wesentlichen ganz ähnliche signifikante Ergebnisse wie die Analyse der Veränderungen der gesamten Vergleichsgruppe mit der Interventionsgruppe. Rein numerisch gehen die Veränderungen in beiden Analysen in die gleiche Richtung. Einige Zusammenhänge unterschreiten aufgrund der kleineren Stichprobengröße nicht mehr das Signifikanzniveau. Die Bildung der parallelisierten Vergleichsgruppe und die Analyse der Veränderungen über die Zeit bestätigen die Stabilität der Analysen, die für die gesamte Vergleichsgruppe und die Interventionsgruppe vorgenommen wurden. Damit ergeben sich erste Hinweise, dass die sich andeutenden Interventionseffekte auch bei hinsichtlich des Geschlechts und der Schulbildung vergleichbaren Untersuchungsgruppen gefunden werden können.

6 Diskussion

Ziel des vorliegenden Projektes war die Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines speziell auf Arbeitslose ausgerichteten Beratungskonzeptes zur Prävention riskanter Verhaltensweisen und zur generellen Gesundheitsförderung.

Konzept und Praktikabilität der Beratung

An die Intervention wurden folgende Kriterien angelegt:

1. Sie sollte niedrigschwellig und kurz sein, um potentiell möglichst viele Arbeitslose erreichen zu können.
2. Sie sollte die unterschiedlichen Motivationsstadien zur Verhaltensänderung berücksichtigen, d.h. sie sollte den Klienten „dort abholen, wo er sich motivational befindet“.
3. Sie sollte praktikabel und effektiv sein.
4. Sie sollte von unterschiedlichen Berufsgruppen durchführbar sein.

Entwickelt wurde eine etwa einstündige Intervention, die die Stadien der Verhaltensänderung des Transtheroretischen Modells berücksichtigt und auf der Methode des Motivationalen Interviews aufbaut. Unserer Kenntnis nach ist dies die erste Untersuchung, die diese Methode bei der Population der Arbeitslosen eingesetzt hat.

Grundgedanke des Motivationalen Interviews ist, dass der Klient selbstverantwortlich Verhaltensänderungen einleitet. Auf eine Pädagogik des erhobenen Zeigefingers wird gänzlich verzichtet. In der Intervention werden Diskrepanzen zwischen dem eigenen Verhalten und einem gesunden Lebensstil aufgezeigt. Dazu wurden für die Gesundheitsbereiche Ernährung, Bewegung, Rauchen und Alkoholkonsum Fragen für einen kurzen, einfach verständlichen Fragebogen zusammengestellt. Anhand der Antworten auf die Fragen und dem Vergleich zu Populationswerten bzw. zu Werten, die einen gesundheitsbewusstes Verhalten widerspiegeln, sollen Diskrepanzen zwischen dem eigenen potentiell gesundheitsschädlichen Verhaltensstil und dem wünschenswerten Verhalten deutlich gemacht werden. Möglichkeiten der Verhaltensänderungen werden gemeinsam erarbeitet, die Entscheidung für eine Verhaltensänderung liegt aber ausschließlich beim Klienten selbst.

Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass mit einer durchschnittlichen Gesprächsdauer von 70 Minuten das ökonomische Kriterium einer kurzen Interventionszeit erreicht werden konnte. Des Weiteren zeigte sich in der Bewertung und Rückmeldung der Teilnehmer kein Unterschied dahingehend, ob Psychologen oder Sozialarbeiter die Beratung durchführen. Das bedeutet, dass die Beratung grundsätzlich von unterschiedlichen Berufsrichtungen durchgeführt werden kann.

Durch die in diesem Projekt entwickelten Materialien – Fragebogen zum gesundheitsbezogenen Verhalten, Leitfaden für die Durchführung der Beratung, individuelles Gesundheitsprofil – ist es möglich, weitere Gesundheitsberater in die Intervention einzuführen. Das Potential der Übertragbarkeit in andere Settings – beispielsweise der Umsetzung der Intervention durch Krankenkassenmitarbeiter – scheint somit gegeben. Notwendig wäre allerdings eine hinreichende Schulungsmaßnahme zur Einführung in die Durchführung und Methodik der Beratung.

Bewertung der Beratung durch die Teilnehmer

Die Beratung wurde von den Teilnehmern insgesamt als sehr positiv eingeschätzt. Die Erwartungen von 85% der Teilnehmer an das Gespräch wurden erfüllt und rund drei Viertel der Teilnehmer äußerten Zufriedenheit mit den Informationen und den Rückmeldungen und gemeinsam erarbeiteten Veränderungsstrategien.

Effekte der Intervention auf verschiedene Verhaltensbereiche

Arbeitslose, die bereits regelmäßig Obst und Gemüse (mindestens zweimal in der Woche) verzehrten, behielten diese Verhaltensweisen signifikant häufiger bei als Arbeitslose in der Vergleichsgruppe.

Dieser Effekt zeigte sich auch hinsichtlich eines gemäßigten Alkoholkonsums: Knapp 90% der Teilnehmer in der Interventionsgruppe, die zum ersten Erhebungszeitpunkt einen gemäßigten Alkoholkonsum zeigten, tranken auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt nicht mehr als die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und anderer Expertengruppen (Bühringer & Seitz, 2003; Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2000; Singer & Teysen, 2002) raten. In der Vergleichsgruppe hingegen lagen 21,4% der Teilnehmer, die ursprünglich einen gemäßigten Konsum angaben, bei der Zweitbefragung über den Empfehlungen. Darüber hinaus sank die Anzahl der Tage, an denen Alkohol konsumiert wird, in der Interventionsgruppe, während sie in der Vergleichsgruppe nahezu gleich blieb. Noch deutlicher zeigte sich dieser Effekt, wenn nur die Teilnehmer betrachtet werden, die in der Erstbefragung angaben, zukünftig gar nicht mehr oder weniger trinken zu wollen.

In Bezug auf die Variable Bewegung zeigte sich, dass in der Interventionsgruppe ein größerer Anteil von zum ersten Befragungszeitpunkt als „inaktiv“ eingestuften Teilnehmern zu mehr Aktivität motiviert werden konnte. Dies zeigte sich in noch stärkerem Ausmaß in der Gruppe derjenigen, die bei der Erstbefragung den expliziten Wunsch äußerten, sich zukünftig mehr bewegen zu wollen. Interessanterweise zeigte sich in dieser Gruppe noch ein weiterer Effekt: Von den Personen, die zum ersten Erhebungszeitpunkt als „aktiv“ eingestuft wur-

den, behielten die Teilnehmer der Interventionsgruppe signifikant häufiger das aktive Verhalten bei als die Personen in der Vergleichsgruppe. Während die Teilnehmer der Interventionsgruppe in Bezug auf das Ernährungsverhalten sowie ihren Alkoholkonsum also ein bereits gesundheitsförderliches Verhalten eher beibehielten bzw. dieses sogar noch stärker zeigten, konnten sie bezüglich ihres Bewegungsverhalten zu einer positiven Veränderung in Richtung mehr Bewegung motiviert werden.

Signifikante Ergebnisse bezüglich des Rauchverhaltens der Teilnehmer zeigten sich nicht, obgleich die Anzahl gerauchter Zigaretten numerisch in der Interventionsgruppe von 19,5 auf 16,8 Zigaretten täglich sank, während in der Vergleichsgruppe ein leichter numerischer Anstieg von 18,3 auf 19,2 Zigaretten berichtet wurde.

Bedeutsame Unterschiede hinsichtlich des individuellen eingeschätzten Gesundheitszustandes im Zeitverlauf wurden zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe festgestellt: Während in der Interventionsgruppe 31,7% der Personen, die ihren Gesundheitszustand bei der ersten Befragung als „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“ bezeichneten, diesen bei der Zweitbefragung als „weniger gut“ bzw. „schlecht“ einstuften, waren dies in der Vergleichsgruppe zu lediglich 15,2%. Eine mögliche Erklärung für diesen Befund könnte die Sensibilisierung der Teilnehmer hinsichtlich ihrer Gesundheit sein, die aus den in der Beratung vermittelten Informationen zu den verschiedenen Gesundheitsbereichen, erfolgt sein könnte.

Die Ergebnisse der Untersuchung geben somit erste Hinweise darauf, dass die Intervention dazu geeignet sein könnte,

- (a) Arbeitslose, die bereits gesundheitsbewusstes Verhalten zeigen, zu motivieren, dieses auch weiterhin beizubehalten,
- (b) zur Veränderung Motivierte in ihrem Wunsch nach einer Verhaltensänderung weiter zu bestärken und diese Änderungen einzuleiten,
- (c) eine Sensibilisierung hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustandes erfolgt

Viele Gespräche beschränkten sich nicht nur auf die klassischen Gesundheitsbereiche Bewegung, Ernährung, Alkohol und Rauchen, sondern es gelang teilweise auch andere, im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit einhergehende Belastungsfaktoren anzusprechen: In der Hälfte der Gespräche wurden auch soziale Beziehungen, in einem Viertel die Tagesstruktur und in knapp einem Fünftel Isolation der Arbeitslosen thematisiert.

Rund ein Viertel der Befragten gab in der Nachuntersuchung an, das Gespräch habe bei der Verbesserung der Lebenssituation, dem Umgang mit Stress und der Stimmung geholfen.

Dieses „Ausstrahlen“ der Intervention auf andere Bereiche der Lebenssituation bzw. der psychischen Gesundheit über die „klassischen“ Bereiche der Gesundheitsförderung ist ein sehr zu begrüßender Nebeneffekt der Intervention.

Motivierung und Ansprache der Teilnehmer

Eine weitere Komponente des Pilotprojektes bildete die Erprobung unterschiedlicher Ansprachewege. Insgesamt meldeten sich 237 Arbeitslose an, von denen 131 oder 55% tatsächlich zum Beratungsgespräch erschienen. Es ist denkbar, dass sich in dieser hohen Diskrepanz zwischen Anmeldungen und tatsächlich wahrgenommenen Gesprächsterminen eine mangelnde Tagesstruktur und die daraus möglicherweise resultierende Unverbindlichkeit bei Terminen einiger Arbeitsloser widerspiegelt, die dazu führt, dass Termine vergessen werden. Um dem vorzubeugen, wurde allen Teilnehmern nach der Vereinbarung des Termins eine schriftliche Bestätigung desselben zugesandt bzw. einen Tag vorher telefonisch angefragt, ob es bei dem Termin bliebe. In Anbetracht dieses „Services“ muss die Anzahl der Personen, die „unentschuldigt“ nicht zum vereinbarten Termin kam, als hoch eingestuft werden.

Obwohl die letztendlich erreichte Zahl von Arbeitslosen groß genug ist, um systematische Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen aufzeigen zu können und auch im Vergleich zu anderen Interventionsstudien befriedigend ist (Hanewinkel & Wiborg, in Druck), blieb die Zahl der erreichten Arbeitslosen gerade vor dem Hintergrund, dass in diesem Projekt ganz unterschiedliche Ansprachewege erprobt wurden, hinter den Erwartungen zurück.

Im Folgenden sollen die gewählten Ansprachewege aufgeführt und mögliche Gründe für die z.T. geringe Resonanz diskutiert werden. Eine wichtige Teilnehmergruppe des Pilotprojektes bildeten BKK-versicherte Arbeitslose. Zur Einbeziehung dieser Erwerbslosen wurden die BKK mit Sitz in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Hamburg mit dem Angebot der Kooperation in dem Programm kontaktiert. Von diesen BKK haben zunächst elf ihr Interesse signalisiert. Letztlich konnte sich insbesondere aufgrund des personellen Aufwandes keine BKK an dem Projekt beteiligen.

Neben der Rekrutierung über die BKK stellte das Falblatt ein entscheidendes Werbemittel dar, das an unterschiedlichen Orten, überwiegend bei Agenturen für Arbeit ausgelegt wurde. Die Resonanz auf die ca. 7.000 distribuierten Falblätter war gering. Dies ist zu einem großen Teil darauf zurückzuführen, dass die persönliche Weitergabe seitens Multiplikatoren scheiterte. Geplant war, das Falblatt als eine Art Erinnerung an die persönlich übermittelte Empfehlung zur FIT-Beratung einzusetzen und als eine Möglichkeit der Kontaktaufnahme.

Hier zeigten sich insbesondere aufgrund der im Projektzeitraum beschlossenen Reformen am Arbeitsmarkt Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen dem IFT-Nord/IPG Essen und den Agenturen für Arbeit. Angesichts der Umstrukturierungsmaßnahmen in den Agenturen waren viele zeitliche Ressourcen seitens der Mitarbeiter gebunden, sodass eine gezielte Ansprache durch die ArbeitsvermittlerInnen überwiegend nicht möglich war. Zudem zeigte sich auch, dass das Interesse an der Thematik insgesamt seitens der Kooperationspartner/Multiplikatoren als eher gering einzuschätzen ist.

Auch die Infotische in den Bundesagenturen für Arbeit erwiesen sich nicht als effektive Möglichkeit der Rekrutierung Arbeitsloser. Zwar konnten hier relativ viele Termine vereinbart werden, aber eine Vielzahl der Arbeitslosen, die über den Informationsstand in der Agentur für Arbeit rekrutiert wurden, erschienen nicht zu dem vereinbarten Termin. Qualitative Auswertungen der Rückmeldungen der Beraterinnen, die auch den Informationsstand führten, machten zudem deutlich, dass die angesprochenen Erwerbslosen überwiegend „genervt“, „misstrauisch“ und sich „nicht wirklich interessiert“ zeigten und „eher lustlos“ einer Beratung zustimmten.

Die über Monate besetzte Hotline hat mit einer Teilnehmerfrequentierung von unter 40 nicht den erhofften Zuspruch gefunden. Ebenso wurde die Möglichkeit der Kontaktaufnahme über E-mail sehr selten genutzt. Die geringe Resonanz hier ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass viele erwerbslose Menschen nicht über einen Internetzugang verfügen und daher eher andere Wege wählten.

Insgesamt konnte der größte Prozentsatz von Teilnehmern in Schleswig-Holstein über Zeitungsartikel rekrutiert werden. Die Betonung auf den wissenschaftlichen Aspekt, indem auf die Durchführung einer Studie im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit und Gesundheit aufmerksam gemacht wurde, zeigte hier eine gute Resonanz. Zudem gelang es in Schleswig-Holstein großformatige Artikel in den Printmedien zu platzieren, während in Nordrhein-Westfalen lediglich sehr kleine Artikel erschienen, die im Vergleich eher geringe Wirkung zeigten.

In Nordrhein-Westfalen wurden die meisten Teilnehmer über die direkte Ansprache im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen erreicht. Hier wurde deutlich, dass das Interesse der Teilnehmer an der FIT-Beratung sehr groß war, wenn die Intervention eingebunden in den Alltag der Qualifizierungsteilnehmer war. Durch die Integration der FIT-Beratung in den dortigen Tagesablauf traten hier die Probleme bezüglich Terminabsagen und -verschiebungen nicht auf.

Zusammenfassend wird deutlich, dass durch den Wegfall zweier wesentlicher Ansprachewege, BKK und Multiplikatoren, die Rekrutierung Arbeitsloser erheblich erschwert wurde. Dennoch geben die in der FIT-Beratung gemachten Erfahrungen erste Hinweise auf potentiell Erfolg versprechende Ansprachewege, nämlich die Integration des Beratungsangebots in Weiterbildungsmaßnahmen.

Bewertung der Methodik der Pilotstudie

Mit der Realisierung der vorliegenden Untersuchung wurde teilweise Neuland betreten. Eine aktuelle Recherche (Januar 2005) über die MEDLINE, dem weltweit umfassendsten Dokumentationssystem medizinischer Originalarbeiten, ergab lediglich 13 „Treffer“ bei der Kombination der drei Suchbegriffe „unemployment“ + „controlled“ + „trial“, im Vergleich zu 5.585 „Treffern“ bei dem einzelnen Suchbegriff „unemployment“. Dies bedeutet, dass weltweit nur sehr wenige Untersuchungen vorliegen, die die Auswirkungen spezifischer *Interventionen* auf die Gesundheit der Arbeitslosen untersucht und als Studiendesign eine kontrollierte, prospektive Studie umgesetzt haben, während eine Vielzahl epidemiologischer Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit vorliegen. Als weitere Stärke der Untersuchung kann die Stichprobengröße angesehen werden, die hinreichend groß ist, um etwaige Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen aufzeigen zu können.

Dennoch sollten die Ergebnisse dieser Untersuchung nur vorsichtig interpretiert und nicht generalisiert werden, da es sich nicht um eine *randomisierte* Kontroll-Gruppen-Studie handelt. Eine randomisierte Studie wurde aus ethischen Gründen abgelehnt, da es nicht vertretbar schien, einen Teilnehmer, der sich zu einer Beratung anmeldet, einer der Gruppen zuzuordnen und dabei in Kauf zu nehmen, dass der Hälfte der angemeldeten Teilnehmer mindestens für die Dauer der Studie (dies wäre der Fall bei einem Wartelisten-Kontrollgruppen-Design gewesen) keine Beratung angeboten wird.

Die Vergleichsgruppe, die in dieser Untersuchung zum Vergleich hinzugezogen wurde, unterschied sich nicht nur durch die Rekrutierungsform von der Interventionsgruppe sondern auch systematisch in einigen deskriptiven Charakteristiken: Im Vergleich zur Interventionsgruppe sind die Befragten in der Vergleichsgruppe häufiger weiblich, älter, häufiger Hauptschulabsolventen und in Ehe oder fester Partnerschaft lebend, kürzer arbeitslos und schätzen ihre Chancen auf einen Wiedereinstieg ins Arbeitsleben schlechter ein. Der subjektive eingeschätzte Gesundheitszustand, Anteil der Raucher, der Body Mass Index sowie das Ausmaß der körperlichen Aktivität waren in beiden Gruppen relativ ähnlich ausgeprägt sowie auch die Veränderungswünsche. Unterschiede zeigen sich bezüglich des Alkoholkonsums,

der in der Vergleichsgruppe numerisch höher war als in der Interventionsgruppe.

Um die systematischen Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe, die zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung bestanden, zu kontrollieren, wurde eine nach dem Geschlecht und dem Bildungsstand parallelisierte Subgruppe der Vergleichsstichprobe (N = 95) gebildet. Es spricht für die Stabilität der gefundenen Interventionseffekte, dass sich die wesentlichen statistisch bedeutsamen Unterschiede im Zeitverlauf auch dann zeigen, wenn die Interventionsgruppe mit der parallelisierten Vergleichsstichprobe verglichen wird.

Von Bedeutung bei der Interpretation der Ergebnisse ist auch, dass es sich bei den erhobenen Daten um Selbstangaben handelt und daher nicht ausgeschlossen werden kann, dass Antworttendenzen der sozialen Erwünschtheit aufgetreten sind. Dies dürfte aber gleichermaßen für die Interventions- und die Vergleichsgruppe zutreffend sein.

Letztlich muss noch auf dem Umstand hingewiesen werden, dass es sich bei der Interventions- aber auch der Vergleichsgruppe um selbst selektierte Gruppen handelt. Dieses sind Personen, die möglicherweise besonders interessiert an ihrer eigenen Gesundheit sind. Die Generalisierung der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der Arbeitslosen verbietet sich schon aus diesem Grund.

Fazit und Ausblick

Mit der FIT-Beratung wurde eine praktikable Kurzintervention zur Prävention riskanter Verhaltensweisen und Gesundheitsförderung gezielt für die Gruppe der Arbeitslosen entwickelt. Die Intervention wird von der Zielgruppe sehr positiv bewertet und hat das Potential, disseminiert zu werden. Für eine Dissemination sind allerdings hinreichende Schulungsmaßnahmen der Gesundheitsberater notwendig.

Die im Rahmen einer Pilotstudie gewonnenen Erkenntnisse zur potentiellen Effektivität der Intervention sind viel versprechend, sollten aber aufgrund der methodischen Einschränkungen der realisierten Studie dahingehend interpretiert werden, dass erste Hinweise für die Effektivität gefunden wurden, die in weiteren Studien erhärtet werden müssen. Relativ unbefriedigend bleibt der hohe Aufwand, der betrieben werden musste, um Arbeitslose zu erreichen.

Folgeprojekte sollten die Integration der Intervention im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen als viel versprechenden Weg zur Rekrutierung der Probanden prüfen. Denkbar wäre z.B. ein mehrstufiges Verfahren, in dem die Zielgruppe zunächst für das Thema Gesund-

heitsförderung sensibilisiert wird. Diese „Türöffnung“ könnte über Weiterbildungsmaßnahmen laufen, in denen das Thema Gesundheitsförderung als ein fester Bestandteil integriert wird. Aufbauend auf diesem niedrigschwelligen universellen Angebot könnten alle Interessierten die Möglichkeit zu einer individualisierten persönlichen Beratung erhalten. Es ist wahrscheinlich, dass die Hemmschwelle zu der individuellen Beratung auch dadurch gesenkt würde, dass die Teilnehmer in der Gruppe bereits Informationen erhalten, die es ihnen ermöglichen abzuschätzen, ob eine vertiefende Beratung für sie hilfreich sein könnte. Dass Weiterbildungseinrichtungen ein geeigneter Ort sein können, um Erwerbslose zu erreichen, darauf deuten auch die fast 34% der Teilnehmer in Nordrhein-Westfalen hin, die im Rahmen einer Weiterbildungsmaßnahme rekrutiert werden konnten.

Des Weiteren könnte eine Kombination mit weiterführenden Programmen (z.B. Rauchentwöhnungskurs für Entwöhnungswillige; Stressmanagement) sinnvoll sein. Es ist außerdem denkbar, dass die FIT-Beratung auf andere sozial benachteiligte Gruppen mit zielgruppenspezifischen Schwerpunkten ausgeweitet wird. Darüber hinaus würde eine Ausweitung der Beratung in anderen Settings, z.B. in Krankenkassen durch die Mitarbeiter oder Institutionen für Gesundheitsförderung sinnvoll erscheinen. Bevor diese Interventionsform jedoch auf andere Settings und andere sozial benachteiligte Gruppen ausgeweitet wird, sollten weitere kontrollierte, prospektive Studien unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieses Pilotprojektes durchgeführt werden, um die sich andeutenden ersten Effektivitätsergebnisse zu erhärten.

7 Literatur

- Baker, A., Boggs, T.G. & Lewin, T.J. (2001). Randomized control trial of a brief cognitive-behavioral intervention among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96, 1279-1288.
- Belcher, L., Kalichman, S., Topping, M., Smith, S., Emshoff, J., Norris, F. & Nurss, J. (1998). A randomized trial of a brief HIV risk reduction counseling intervention for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 531-541.
- Berg-Smith, S.M., Stevens, V.J., Brown, K.M., van Horn, L., Gernhofer, N., Peters, E., Greenberg, R., Snetselaar, L., Ahrens, L. & Smith, K. (1999). A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research*, 14, 399-410.
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2001). *Gesundheitsreport. Statistik und Analyse*. Essen: BKK Bundesverband.
- Bortz, J., Lienert, G.A. & Boehnke, K. (1990). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bühringer, G. & Seitz, H.K. (2003). Absenkung der Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum alkoholischer Getränke? *Sucht*, 49, 272-273.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funke, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004). *Referentenentwurf für ein Präventionsgesetz in der Fassung vom 6.12.2004*.
- Colby, S.M., Monti, P.M., Barnett, N.C., Rohsenow, D.J., Weissman, K., Spirito, A., Woolard, R.H. & Lewander, W.J. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 574-578.
- Demmel, R. (2001). Motivational Interviewing: ein Literaturüberblick. *Sucht*, 47, 171-188. [Korrektur: *Sucht*, 47, 265-266].
- Des Jarlais, D.C., Lyles, C., Crepaz, N.; TREND Group. (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94, 361-366.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2000). *Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr*. Frankfurt a.M.: Umschau Braus.
- DiClemente, C. & Prochaska, J. (1982). Self change and therapy change of smoking behavior. A comparison of process of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.
- Dittrich, S. (2001). Fragen zur Gesundheit: Ergebnisse des Mikrozensus 1999. In Statistisches Bundesamt, *Wirtschaft und Statistik* 9. S.771-780. Schriftenreihe des PDZ, Mannheim.
- Dlugosch, G.E. & Krieger, W. (1995). *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Ducki, A. (1998). Ressourcen, Belastungen und Gesundheit. In E. Bamberg, A., Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 144-153). Göttingen: Hogrefe.
- Elkeles, T. & Kirschner, W. (2004). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Intervention durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

- Elkeles, T. & Seifert, W. (1992). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Langzeitanalysen mit dem Sozio-Ökonomischen Panel. *Soziale Welt*, 43, 278-300.
- Elkeles, T. (1999). Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. *Sozialer Fortschritt*, 48, 150-155.
- Emmons, K.M., Hammond, S.K., Fava, J.L., Velicer, W.F., Evans, J.L. & Monroe, A.D. (2001). A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low-income households with young children. *Pediatrics*, 108, 18-24.
- Frese, M. (1987). Zur Verlaufsstruktur der psychischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In T. Kieselbach & A. Wacker (Hrsg.), *Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit. Psychologische Theorie und Praxis* (S. 224-241). Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Geißler, R. (Hrsg.) (1994). *Soziale Schichtung und Lebenschancen in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Enke.
- Grimley, D., Prochaska, J., Velicer, W., Blais, L. & DiClemente, C. (1994). The transtheoretical model of change. In T.M. Brinthaup & R.P. Lipka (Hrsg.), *Changing the self: Philosophies, techniques, and experiences. SUNY series, studying the self* (S. 201-227). Albany, NY: State University of New York Press.
- Grobe, T., Dörning, H. & Schwartz, F.W. (1999). GEK-Gesundheitsreport 1999, Schwerpunkt Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In GEK – Gmünder Ersatzkasse (Hrsg.), *Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 3*. St. Augustin: Asgard.
- Grobe, Th. & Schwartz, F.W. (2003). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Hanewinkel, R. & Wiborg, G. (2002). Evaluation einer Kurzzeitintervention zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol bei Studenten. In G. Richter, H. Rommelspacher & C. Spies (Hrsg.), *„Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende?“. Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts* (S. 334-350). Lengerich: Pabst.
- Hanewinkel, R. & Wiborg, G. (in Druck). Brief alcohol screening and intervention for German college students. *Sucht*.
- Heather, N. (2001). Brief interventions for substance use disorder other than alcohol. *Addiction*, 96, 1511-1512.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K.-O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W. & Robinson, J. (1989). Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction*, 84, 791-799.
- Hollederer, A. (2003). *Arbeitslosenuntersuchungen: Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos?* IAB Kurzbericht, Ausgabe Nr. 4 vom 21.3.2003, 1-7.
- Hradil, S. (1987). *Sozialstruktur in einer fortgeschrittenen Gesellschaft: Von Klassen und Lagen zu Schichten und Milieus*. Opladen: Leske und Budrich
- Hradil, S. (2002). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Opladen: Leske und Budrich.
- Kastner, M. (2001). Neue Arbeitswelt auch neue Arbeitslosenwelt? In M. Kastner & J. Vogt (Hrsg.), *Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung* (S. 9-30). Lengerich: Pabst.
- Kieselbach, T. (1998a). Arbeitslosigkeit. *Magazin Gesundheit und Umwelt*, 14, 2-5.

- Kieselbach, T. (1998b). Arbeitslosigkeit. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Gesundheitsbericht für Deutschland* (S.116-121). Stuttgart: Metzler-Poeschl.
- Kieselbach, T. (2001). Berufliche Transitionen unter einer Gerechtigkeitsperspektive. In M. Kastner & J. Vogt (Hrsg.), *Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung* (S. 109-146). Lengerich: Pabst.
- Kraus, R. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47, Sonderheft 1.
- Krauth, J. & Lienert, G.A. (1995). *Die Konfigurationsfrequenzanalyse (KVA) und ihre Anwendung in Psychologie und Medizin. Ein multivariates nichtparametrisches Verfahren zur Aufdeckung von Typen und Syndromen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Krauth, J. (1993). *Einführung in die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kuhnert, P., Urgatz, B. & Kastner, M. (2001). Präventives Gesundheitsverhalten als Bewältigungsressource bei Langzeitarbeitslosen. In M. Kastner & J. Vogt (Hrsg.), *Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung* (S.243-265). Lengerich: Pabst.
- Kurella, S. (1992). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Literaturstudie für die Jahre 1985-1991*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Lienert, G.A. (1969). Die „Konfigurationsfrequenzanalyse“ als Klassifikationsmethode in der klinischen Psychologie. In M. Irle (Hrsg.), *Bericht über den 26. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Tübingen, 1968* (S. 244-53). Göttingen: Hogrefe.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Moher D., Schulz, K.F., Altman, D.; CONSORT Group (Consolidated Standards of Reporting Trials) (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1987-1991.
- Morfeld, M. (2003). *Zwischen sozialer Ungleichheit und Befindlichkeit. Zur Bedeutung psychosozialer Mediatoren*. Dissertation an der Universität Bielefeld. URL: <http://bieson.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/264/>. Eingesehen am 27.01.2005.
- Paul, K. & Moser, K. (2001). Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In J. Zempel & K. Bacher (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen. Band. 12: Psychologie sozialer Ungleichheit* (S. 83-110). Opladen: Leske und Budrich.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1993). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Project MATCH Research Group (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92, 1671-1698.
- Renner, B., Hahn, A. & Schwarzer, R. (1996). *Risiko und Gesundheitsverhalten*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Resnicow, K., Dilorio, C., Soet, J.E., Ernst, D., Borrelli, B. & Hecht, J. (2002). Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. *Health Psychology*, 21, 444-451.
- Robert Koch-Institut (1998). *Fragebogen Bundes-Gesundheitssurvey 1998*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Saunders, B., Wilkinson, C. & Philips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415-424.

- Schach, E., Rister-Mende, S., Schach, S., Glimm, E. & Wille, L. (1994). *Die Gesundheit von Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Vergleich*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz.
- Schumann, A., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2002). Deutsche Version des Fagerström-Test for Nicotine Dependence (FTND) (FTND-d) und des Heaviness of Smoking Index (HSI) (HSI-d). In A. Glöckner-Rist, F. Rist, & H. Küfner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 2.00*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Singer, M.V. & Teysen, S. (2002). Serie - Alkoholismus: Moderater Alkoholkonsum - Gesundheitsförderlich oder schädlich? *Deutsches Ärzteblatt*, 99, A1103-A 1106.
- Statistisches Bundesamt (2004). *Erwerbstätigkeit – Einführung*. URL: <http://www.destatis.de/basis/d/erwerb/erwerbtxt.php>. Eingesehen am 22.12.2004.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 898-908.
- Stotts, A.L., Schmitz, J.M., Rhoades, H.M. & Grabowski, J. (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 858-862.
- Swart, E. & Mächler, H. (2000). Verbessert sich der Gesundheitszustand nach Wiederaufnahme einer ABM Tätigkeit? *Gesundheitswesen*, 62, 335-341.
- Von Eye, A. (2001). Configural Frequency Analysis – Version 2000. A program for 32 Bit Windows Operating Systems. *Methods of Psychological Research Online*, 6, 129-139.
- Walter, U. (2003). *Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung*. URL: http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/f303_1.pdf. Eingesehen am 27.01.2005.
- Wechsler, H. & Nelson, T.F. (2003). Binge drinking and the American college student: what's five drinks? *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 287-291.
- Wentura, D. (2001). Formen der Bewältigung. In M. Kastner & J. Vogt (Hrsg.), *Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung* (S.243-265). Lengerich: Papst.