

Zeitschrift für

Gesundheits- psychologie

Herausgeber

Claus Vögele
Verena Klusmann
Arnold Lohaus
Britta Renner
Christel Salewski
Heike Spaderna
Silke Schmidt

European Journal of
Health Psychology



Christine Knaevelsrud /
Birgit Wagner / Maria Böttche

Online-Therapie und -Beratung

Ein Praxisleitfaden zur
onlinebasierten Behandlung
psychischer Störungen

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)
2016, 88 Seiten, Großformat, inkl. CD-ROM,
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-8017-2562-4
Auch als eBook erhältlich

Das Buch liefert eine praxisorientierte Darstellung
kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden sowie
störungsübergreifender Ansätze im internetbasierten
Setting.



Dieter Riemann

Ratgeber Schlafstörungen

Informationen für Betroffene
und Angehörige

(Ratgeber zur Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“,
Band 2). 2., akt. Auflage 2016, 71 Seiten, Kleinformat,
€ 9,95 / CHF 13.50
ISBN 978-3-8017-2745-1
Auch als eBook erhältlich

Die Neuauflage des Ratgebers stellt wirkungsvolle
verhaltenstherapeutisch orientierte Maßnahmen zur
Reduktion von Schlafstörungen dar.



Georg H. Eifert /
Andrew T. Gloster

ACT bei Angststörungen

Ein praktisch bewährtes
Therapiemanual

(Reihe: „Therapeutische Praxis“). 2016, 146 Seiten,
Großformat, inkl. CD-ROM,
€ 36,95 / CHF 45.90
ISBN 978-3-8017-2729-1
Auch als eBook erhältlich

Das Manual beschreibt ein empirisch überprüftes und
klinisch bewährtes Programm zur Behandlung von Angst-
störungen mithilfe der Akzeptanz- und Commitment-
Therapie (ACT).



Tobias Teismann /
Christoph Koban /
Franciska Illes /
Angela Oermann

Psychotherapie suizidaler Patienten

Therapeutischer Umgang
mit Suizidgedanken, Suizid-
versuchen und Suiziden

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)
2016, 206 Seiten, Großformat,
€ 39,95 / CHF 48.50
ISBN 978-3-8017-2584-6
Auch als eBook erhältlich

Das Buch informiert praxisorientiert über Methoden
der Risikoabschätzung, Krisenintervention und Psycho-
therapie bei suizidalen Erwachsenen, Kindern, Jugend-
lichen und alten Menschen.

Zeitschrift für

Gesundheits- psychologie

European Journal of
Health Psychology

24. Jahrgang / Heft 1 / 2016

Herausgeber	Prof. Dr. Claus Vögele, Université du Luxembourg, FLSHASE Campus BELVAL, Maison des Sciences Humaines, 11, Porte de Sciences, L-4366 Esch-sur-Alzette Redaktionsassistentin: Nicole Knoblauch, Esch-sur-Alzette	
Mitherausgeber	Prof. Dr. Verena Klusmann, Bremen Prof. Dr. Arnold Lohaus, Bielefeld Prof. Dr. Britta Renner, Konstanz Prof. Dr. Christel Salewski, Hagen Prof. Dr. Silke Schmidt, Greifswald Prof. Dr. Heike Spaderna, Trier	
Wissenschaftlicher Beirat	Prof. Dr. Urs Baumann, Salzburg Prof. Dr. Elmar Brähler, Leipzig Prof. Dr. Birte Dohnke, Schwäbisch Gmünd Prof. Dr. Michael Eid, Berlin Prof. Dr. Heike Eschenbeck, Schwäbisch Gmünd Prof. Dr. Toni Faltermaier, Flensburg Prof. Dr. Dieter Frey, München Prof. Dr. Edgar Geissner, Prien am Chiemsee Prof. Dr. Nina Knoll, Berlin Prof. Dr. Thomas Kubiak, Mainz Prof. Dr. Friedrich Lösel, Cambridge	Prof. Dr. Mike Martin, Zürich Prof. Dr. Franz Petermann, Bremen Prof. Dr. Wolfgang Schlicht, Stuttgart Prof. Dr. Silke Schmidt, Greifswald Prof. Dr. Urte Scholz, Zürich Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Berlin Prof. Dr. Andreas Schwerdtfeger, Graz Prof. Dr. Monika Sieverding, Heidelberg Prof. Dr. Wolfgang Stroebe, Utrecht Prof. Dr. Petra Warschburger, Potsdam Prof. Dr. Jürgen Wegge, Dresden
Hinweise für Autoren	Die Richtlinien zur Manuskriptgestaltung und Hinweise für Autoren können unter www.hogrefe.de/produkte/zeitschriften/zgp mit Acrobat Reader heruntergeladen werden.	
Verlag	Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, Postfach 3751, 37027 Göttingen, Tel. 0551 99950 0, Fax 0551 99950 111, Verlag: verlag@hogrefe.de, Redaktion: journals@hogrefe.de, Internet: http://www.hogrefe.de Verleger: Dr. G.-Jürgen Hogrefe, Wissenschaftlicher Verlagsleiter: Dr. Michael Vogtmeier	
Herstellung	Jenny Scheide, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, Tel. 0551 99950 442, Fax 0551 99950 445	
Vertrieb/Verwaltung	Hendriekje Thiel, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Herbert-Quandt-Straße 4, 37081 Göttingen, Tel. 0551 99950 900, Fax 0551 99950 998	
Anzeigen-/Beilagenverwaltung	Nadine Teichert, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, Tel. 0551 99950 526, Fax 0551 99950 111	
Gesamtherstellung	Konrad Triltsch, Print und digitale Medien GmbH, Johannes-Gutenberg-Straße 1–3, 97199 Ochsenfurt-Hohestadt	
ISSN	ISSN-L 0943-8149, ISSN-Print 0943-8149, ISSN-Online 2190-6289 Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, vorbehalten.	
Erscheinungsweise	vierteljährlich	
Bezugsbedingungen	Jahresabonnement Institute € 255,- / SFr 327,-; Jahresabonnement Private € 94,- / SFr 125,-; Einzelheft € 64,- / SFr 79,- zzgl. Porto- und Versandgebühren (unverbindliche Preisempfehlung). Die Preise verstehen sich in Deutschland inkl. MwSt. und für Lieferungen von Deutschland ins Ausland exkl. MwSt. Das Abonnement verpflichtet zum Bezug eines ganzen Jahrgangs. Das Abonnement verlängert sich, wenn nicht bis 8 Wochen vor Jahresende abbestellt wird. Bei Ausfall der Lieferung durch höhere Gewalt, Streik oder dergleichen ergeben sich hieraus keine Ansprüche auf Lieferung oder Rückzahlung des Bezugsgeldes durch den Verlag. Lieferung erfolgt auf Gefahr des Empfängers. Der Abonnent ist damit einverstanden, dass der Transportdienstleister ggf. den Verlag während der Laufzeit des Abonnements über eine Anschriftenänderung informiert. Ist er nicht damit einverstanden, hat er dies spätestens zwei Wochen nach Erhalt des ersten Heftes schriftlich dem Verlag mitzuteilen.	
Zahlungen	an Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen Bankverbindung: Deutsche Bank AG, IBAN DE 32 2607 0072 0041 1116 00, BIC DEUTDE2H260	
Gelistet in	Social Sciences Citation Index (SSCI), Social Scisearch, Journal Citation Report/Social Sciences Edition, PsycINFO, PsycLit, PsycJOURNALS, PSYINDEX, Scopus, IBZ, IBR und Europ. Reference List for the Humanities (ERIH), Impact Faktor (2014): 0.250	
Elektronische Volltexte	http://econtent.hogrefe.com/	

Inhalt

Originalia		
	Erfassung von Achtsamkeit mit der deutschen Version des Five Facet Mindfulness Questionnaires (FFMQ-D)	1
	Assessment of Mindfulness with the German Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaires (FFMQ-D)	
	<i>Johannes Michalak, Gerhard Zarbock, Marko Drews, Deline Otto, Dennis Mertens, Gunnar Ströhle, Malte Schwinger, Bernd Dahme und Thomas Heidenreich</i>	
	Das subjektive Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen nach einer Trainings- und Erholungswoche. Mehrebenenmodelle für längsschnittliche Daten	13
	Informal Caregivers' Subjective Well-Being After a Training and Recreation Week: Multilevel Models for Longitudinal Data	
	<i>Christian Hetzel, Martina Opfermann-Kersten und Michael Holzer</i>	
	Entwicklung und Evaluierung eines Stressbewältigungsprogramms für Studierende im Hochschulsetting	29
	Development and Evaluation of a Stress Management Program for Students	
	<i>Marie-Hélène Seidl, Matthias F. Limberger und Ulrich W. Ebner-Priemer</i>	
	Erschöpfung und Engagement im Studium. Eine Anwendung des Job Demands-Resources Modells	41
	Exhaustion and Engagement in University Students: An Application of the Job Demands-Resources Model	
	<i>Burkhard Gusy, Franziska Wörfel und Katrin Lohmann</i>	
<hr/>		
Nachrichten	Veranstaltungskalender	54
	Gutachterinnen und Gutachter für die Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Jahrgang 2015	56
<hr/>		
Hinweise für Autoren		57
<hr/>		

Begutachtung von Leistungsfähigkeit und Kausalität



Wolfgang Schneider et al. (Hrsg.)

Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Autorisierte Leitlinien und Kommentare

2., überarb. und erw. Aufl. 2016. 664 S., 22 Abb., 51 Tab., Gb

€ 49.95 / CHF 65.00

ISBN 978-3-456-85565-3

AUCH ALS E-BOOK

Die Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in unterschiedlichen Versicherungs- und Rechtskontexten hat in den letzten zehn Jahren erheblich an Bedeutung zugenommen. Jedoch weist die Begutachtung von psychischen und psychosomatischen Krankheiten inhaltlich und methodisch erhebliche Probleme auf, die sich insbesondere auf die Validität der gutachterlichen Bewertung auswirken.

Die Autoren des vorliegenden Buches haben im Rahmen einer interdisziplinären und multizentrischen Kooperation Standards zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit und von Kausalitätsfragen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen mit dem Ziel entwickelt und evaluiert, die Begutachtung zukünftig methodisch einheitlicher, valider und den Prozess der Entscheidungsfindung transparenter zu gestalten. Diese Standards sind von den relevanten Fachgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) als Leitlinie autorisiert worden.



Erfassung von Achtsamkeit mit der deutschen Version des Five Facet Mindfulness Questionnaires (FFMQ-D)

Johannes Michalak¹, Gerhard Zarbock², Marko Drews², Deline Otto², Dennis Mertens³, Gunnar Ströhle⁴, Malte Schwinger¹, Bernd Dahme⁵ und Thomas Heidenreich⁶

¹Universität Witten/Herdecke

²IVAH Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg

³Universität Hildesheim

⁴Praxis für Psychotherapie und Psychosomatik, Freiburg

⁵Universität Hamburg

⁶Hochschule Esslingen

Zusammenfassung. Achtsamkeit hat für die Gesundheitspsychologie eine immer stärkere Bedeutung, da achtsamkeitsbasierte Interventionen in der Prävention und Rehabilitation das körperliche Wohlbefinden und die Lebensqualität steigern können. Wie valide lässt sich selbstberichtete Achtsamkeit mit der deutschen Übersetzung des „Five Facet Mindfulness Questionnaire“ (FFMQ) erfassen? Der 39 Items umfassende FFMQ wurde ins Deutsche übersetzt. An einer Stichprobe von 550 studentischen Versuchspersonen wurde die dimensionale Struktur, Reliabilität und Validität der fünf Skalen bestimmt. Die Ergebnisse zeigen eine hohe Übereinstimmung mit den Validierungsstudien zur englischsprachigen Originalfassung des FFMQ. Die fünf-faktorielle Struktur konnte weitestgehend repliziert werden. Hypothesenkonform fanden sich korrelative Zusammenhänge zur psychopathologischen Symptombelastung und zu Indikatoren der psychischen Gesundheit. Mit der deutschen Version des FFMQ liegt ein valides Instrument vor, das die Erfassung der von Baer beschriebenen fünf Facetten selbstberichteter Achtsamkeit ermöglicht.

Schlüsselwörter: Achtsamkeit, Gesundheitspsychologie, psychometrische Eigenschaften

Assessment of Mindfulness with the German Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaires (FFMQ-D)

Abstract. Mindfulness plays an increasing role in the field of health psychology, since mindfulness-based interventions in prevention and rehabilitation can lead to a higher bodily well-being and quality of life. How valid is the measurement of self-reported mindfulness as a multidimensional construct using the German translation of the Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)? The 39-item inventory was translated into German and presented to a sample of 550 undergraduate students. The dimensional structure, reliability, and validity of the different scales were evaluated. Results were largely comparable to those obtained for the original English version of the FFMQ. As anticipated, the five-factor structure was largely replicated and expected associations with symptom distress and indicators of psychological and physical well-being were found. The German version of the FFMQ seems to be an economic, reliable, and valid questionnaire for assessing self-reported mindfulness in a multidimensional way.

Keywords: mindfulness, health psychology, psychometric properties

Theoretischer Hintergrund

Achtsamkeit wird nach Kabat-Zinn (1990) als eine bestimmte Form der Aufmerksamkeitslenkung beschrieben, die absichtsvoll und nicht wertend auf die Erfahrungen des gegenwärtigen Augenblicks gerichtet ist. In einer

großen Anzahl von Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Achtsamkeit mit psychischer Gesundheit assoziiert ist und dass achtsamkeitsbasierte Interventionen die psychische Gesundheit fördern können (Keng, Smoski & Robins, 2011).

Das Achtsamkeitsprinzip wurde in den vergangenen Jahren vornehmlich im Bereich der Klinischen Psycholo-

gie und dem damit verbundenen psychotherapeutischen Kontext angewandt und beforscht. Doch insbesondere hinsichtlich körperlicher Wahrnehmungsprozesse und präventiver und auch rehabilitativer Interventionen sollte der Achtsamkeit auch im Bereich der Gesundheitspsychologie verstärkt Beachtung zukommen (Kirby, 2012). Von besonderer Bedeutung ist dabei die psychometrische Erfassung unterschiedlicher Facetten von Achtsamkeit im Rahmen gesundheitspsychologischer Fragestellungen und zur Überprüfung von Wirkmechanismen präventiver und rehabilitativer Maßnahmen.

Instrumente zur Erfassung von selbstberichteter Achtsamkeit

Auf Basis der Operationalisierung unterschiedlicher Aspekte der Achtsamkeit wurden verschiedene Selbstbeurteilungsfragebögen entwickelt, von denen eine Reihe auch in deutscher Sprache vorliegen (für einen Überblick siehe Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006; Heidenreich, Ströhle & Michalak, 2006).

Der „Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit“ (FFA: Buchheld, Grossman & Walach, 2001; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, Grossman & Schmidt, 2004) knüpft inhaltlich explizit an das buddhistische Achtsamkeitsverständnis an. Der FFA-Generalfaktor subsumiert unterschiedliche achtsamkeitsbezogene Aspekte, wie eine gegenwärtige und nicht-identifizierende Aufmerksamkeit, eine akzeptierende nicht-urteilende Haltung, ganzheitliches Annehmen, sowie das prozesshafte und einsichtsvolle Verstehen.

Mit der „Mindful Attention and Awareness Scale“ (MAAS: Brown & Ryan, 2003; deutsche Version: Michalak, Heidenreich, Ströhle & Nachtigall, 2008) wird im Selbstbericht ein zentraler Aspekt von Achtsamkeit erfasst, nämlich die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment zu richten. Alle Items der MAAS sind in Richtung einer achtlosen Haltung formuliert. Ein geringes Ausmaß an mit der MAAS erfassten selbstberichteten Achtsamkeit korrelierte vor allem mit einer erhöhten psychopathologischen Symptombelastung, sowie einer erhöhten Ängstlichkeit und Depressivität. Auch wenn die MAAS mit anderen Verfahren zur Erfassung von selbstberichteter Achtsamkeit substantielle Korrelationen aufweist (Baer et al., 2006), so wurde die Operationalisierung von Achtsamkeit lediglich über negativ formulierte Items verschiedentlich kritisiert (Grossman, 2011, Höfling, Moosbrugger, Schermelleh-Engel, & Heidenreich, 2011).

Aufgrund theoretischer Überlegungen zur Multidimensionalität des Achtsamkeitsprinzips wurde das „Kentucky

Inventory of Mindfulness Skills“ (KIMS) von Baer und Kollegen entwickelt (Baer, Smith & Allen, 2004; deutsche Version: Ströhle, Nachtigall, Michalak & Heidenreich, 2010). Mit der KIMS werden vier Achtsamkeitsfertigkeiten im Selbstreport erfasst: „Beobachten“, „Beschreiben“, „Mit Aufmerksamkeit Handeln“ und „Akzeptieren ohne Bewertung“. Bei der Itemkonstruktion ließen sich die Autoren (Baer, et al., 2004) von der Frage leiten: „Was man tut (oder nicht tut), wenn man achtsam ist.“. Die Skalenkonzeption orientiert sich eng am Achtsamkeitsverständnis von Linehan (1993), die im Rahmen ihrer Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) zwischen zwei Arten von Achtsamkeitsfertigkeiten unterscheidet: Die „Was“-Fertigkeiten (beobachten, beschreiben, teilnehmen) beziehen sich auf das, was man tut, wenn man achtsam ist, und die „Wie“-Fertigkeiten (nicht werten, nur aufmerksam auf eine Sache sein, wirkungsvoll handeln) beschreiben die Art und Weise, wie dies geschehen soll (Dimidjian & Linehan, 2003; Lammers & Stiglmayr, 2004; Robins, 2002). Im KIMS erfasst die Skala „Beobachten“ die Selbsteinschätzung bezüglich der Fähigkeit, eine Vielzahl äußerer und innerer Reize wie Körperempfindungen, Kognitionen, Emotionen, Geräusche oder Gerüche achtsam wahrzunehmen. Die „Beschreiben“-Skala beinhaltet die Fähigkeit der Bewusstmachung von Geistesinhalten durch einzelne Wörter (z. B. „Traurigkeit“) oder mit kurzen Phrasen (z. B. „jetzt spielt wieder die ‚Niemand-mag-mich-Platte‘“). Das Beschreiben der jeweiligen Inhalte erfolgt dabei in einer nicht-wertenden Art (Baer et al., 2004). Der Faktor „Mit Aufmerksamkeit Handeln“ beschreibt die Fertigkeiten, sich ganz auf eine Aktivität einzulassen (Baer et al., 2004). Diese Facette wird als Gegensatz zum Autopilotenmodus verstanden; einem Zustand, in welchem das ganzheitliche Erleben des Augenblicks durch halb bewusst ablaufende, automatisierte Handlungs- und Denkroutinen verhindert wird (Baer et al., 2004). Der Faktor „Akzeptieren ohne Bewertung“ beinhaltet eine nicht-wertende Haltung gegenüber der aktuellen Erfahrung einzunehmen, was bedeutet, dass man automatische Werturteile wie gut/schlecht oder richtig/falsch nicht anwendet und die Realität so sein lässt wie sie ist, ohne den Versuch zu unternehmen, sie in irgendeiner Weise zu ändern oder zu vermeiden (Baer et al., 2004). Studien zur psychometrischen Struktur der KIMS stellten ein Modell vier teilweise distinkter aber korrelierter Faktoren heraus (Baer et al., 2004), das in Folgestudien repliziert werden konnte (z. B. Baum, Kuyken, Bohus, Heidenreich, Michalak, & Steil, 2010; Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen, & Dewulf, 2008). Die Skalen ‚Beschreiben‘, ‚Mit Aufmerksamkeit Handeln‘ und ‚Akzeptieren‘ korrelierten negativ mit der allgemeinen Psychopathologie, der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus und der Erfahrungsvermeidung; während die

Beobachten-Skala mit dem Ausmaß an Alexithymie assoziiert war (Baer, et al., 2004). Positive Zusammenhänge ergaben sich mit den Persönlichkeitsdimensionen Extraversion (Beschreiben), Offenheit für Erfahrungen (Beobachten), Verträglichkeit (Mit Aufmerksamkeit Handeln), Gewissenhaftigkeit (Beschreiben, Mit Aufmerksamkeit Handeln) und anderen Maßen, wie emotionaler Intelligenz (Beobachten, Beschreiben), Lebenszufriedenheit (Beschreiben) und Impression Management (Beschreiben). Diese Ergebnisse zeigen, dass die einzelnen Aspekte der Achtsamkeit durchaus distinkt mit Konstrukten der psychischen Gesundheit zusammenhängen, was die Nützlichkeit einer multidimensionalen Erfassung von Achtsamkeit unterstreicht.

Daher entwickelten Baer und Kollegen (Baer et al., 2006) in einem weiteren Schritt den Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), indem die gemeinsame dimensionale Struktur der bis dato gängigen Achtsamkeitsfragebögen faktorenanalytisch ermittelt wurde. Zur Konstruktion des FFMQ gingen folgende Fragebögen in die Analysen mit ein: die MAAS (Brown & Ryan, 2003), das KIMS (Baer et al., 2004), der FFA (Buchheld & Walach, 2002), der Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ, Chadwick, Hember, Symes, Peters, Kuipers, & Dagnan, 2008) und die Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS, Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007). Die insgesamt 112 Items dieser Fragebögen wurden zuerst einer exploratischen Faktorenanalyse unterzogen (Analysestichprobe: 612 Studierende). Diese ergab eine fünf-faktorielle Lösung nach dem Scree-Plot-Kriterium. Nach der Elimination niedrig oder uneindeutig ladender Items blieb ein Satz von 39 Items übrig, der in einem nächsten Schritt, nachdem alle Items ein 5-stufiges Likert-Antwortskalenformat erhielten, einer konfirmatorischen Faktorenanalyse an einer unabhängigen studentischen Stichprobe (N = 268) unterzogen wurde. In dieser Analyse konnte die fünf-faktorielle Struktur repliziert werden. Der so gebildete FFMQ besteht also aus fünf Skalen, wobei die bereits bekannten Skalen aus der KIMS (‘Beobachten’, ‘Beschreiben’, ‘Mit Aufmerksamkeit Handeln’ und ‘Akzeptieren ohne Bewertung’) durch die Skala ‘Nichtreaktivität’ ergänzt wurden. Die Skala Nichtreaktivität wird in erster Linie durch Items des FFA und SMQ repräsentiert und beschreibt die Nichtreaktivität auf Ereignisse des inneren Erlebens (z. B. „Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, kann ich von diesen Abstand nehmen und bin mir der Gedanken oder Vorstellungen bewusst, ohne dass ich von ihnen überwältigt werde.“). Alle fünf Skalen zeigten eine akzeptable bis exzellente interne Konsistenz (Cronbach’s $\alpha = .72$ bis $\alpha = .92$) für unterschiedliche Stichproben (Studenten: Baer et al., 2006; Meditierende: Baer, Smith, Lykins, Button, Krietemeyer, Sauer et al., 2008; De Bruin, Topper, Mus-

kens, Bögels, & Kamphuis, 2012; Patienten mit Fibromyalgie: Veehof, Klooster, Taal, Westerhof, & Bohlmeijer, 2011). Die psychometrischen Analysen des FFMQ zeigten, dass vier der fünf Skalen – die ‘Beobachten’-Skala ausgeschlossen – als Facetten eines übergeordneten Achtsamkeitskonstrukts verstanden werden können (Baer et al., 2006; 2008). Wurde der FFMQ jedoch Personen mit Meditationserfahrung vorgelegt, ergab sich ein Modell zweiter Ordnung auf Basis aller fünf FFMQ-Skalen (Baer et al., 2008), was darauf hindeutet, dass die Skala ‘Beobachten’ nur bei Meditationserfahrenen *achtsames* Beobachten erfasst. Daher wird für den FFMQ ein Modell korrelierter Faktoren postuliert und im Zuge dessen die distinkte Betrachtung der einzelnen Faktoren gegenüber der Bildung eines Generalfaktors bevorzugt. Dieses Vorgehen deckt sich mit der heute allgemein akzeptierten Annahme, dass Achtsamkeit als ein Prinzip mit mehreren Facetten angesehen werden kann. Die valide Messung eines mehrdimensionalen Konstrukts erhöht sich, wenn jede Facette reliabel und separat gemessen werden kann (Smith, Fischer & Fister, 2003). Alle fünf Skalen der Originalversion des FFMQ korrelierten signifikant mit dem seelischen und körperlichen Wohlbefinden („well-being“; Baer et al., 2008). Des Weiteren zeigten sich distinkte Zusammenhänge der einzelnen Skalen zu unterschiedlichen Konstrukten: ‘Beobachten’ war assoziiert mit (erhöhter) Offenheit, ‘Beschreiben’ mit emotionaler Intelligenz; ein hohes Level in der Skala ‘Mit Aufmerksamkeit Handeln’ war verbunden mit einer verminderten Tendenz zu Dissoziationen und eine vermehrte Gedankensuppression stand in einem Zusammenhang mit niedrigen Werten in der Skala ‘Akzeptieren ohne Bewertung’ (Baer et al., 2006). Die Skalen des FFMQ zeigten sich des Weiteren als sensitiv hinsichtlich der Veränderung durch eine achtsamkeitsbasierte Intervention bei Personen mit chronischen Gesundheitsproblemen (Carmody & Baer, 2008).

Ziele und Hypothesen der Studie

In der vorliegenden Untersuchung wurden zunächst die Dimensionalität der deutschen Version des FFMQ (FFMQ-D) untersucht und wichtige Itemkennwerte sowie die Reliabilität der Skalen berechnet. Es wurde angenommen, dass sich die in der Originalarbeit von Baer und Kollegen (2006) gefundene fünf-faktorielle Struktur auch für die deutsche Version in konfirmatorischen Faktorenanalysen replizieren lässt und sich ähnliche korrelative Zusammenhänge zwischen den gebildeten Skalen finden lassen. Zudem wurden Zusammenhänge mit dem Bindungsverhalten und der emotionalen Kompetenz untersucht. Auf-

grund der Annahme, dass Achtsamkeit zu einer verbesserten Emotionsregulation führt (z.B. Arch & Craske, 2006; Hayes & Feldman, 2004), nahmen wir an, dass eine erhöhte Achtsamkeit mit einem positiven Bindungsverhalten und einer besseren Emotionsregulation einhergeht. Darüber hinaus nahmen wir an, dass selbstberichtete Achtsamkeit mit einer geringeren Tendenz zur Vermeidung von aversiven Zuständen (experiential avoidance, Hayes, et al., 2004) einhergeht. Zusätzlich wurden negative Zusammenhänge der selbstberichteten Achtsamkeit mit der psychopathologischen Symptombelastung postuliert.

Methode

Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus Psychologiestudenten ($N = 451$; Alter = 24,72, $SD = 6,26$; männlich = 84; weiblich = 367) und Medizinstudenten ($N = 71$; Alter = 22,61, $SD = 4,7$; männlich = 16; weiblich = 55) der Universitäten Bochum, Frankfurt am Main und Hamburg, Studenten der Sozialen Arbeit der Hochschule Esslingen ($N = 24$; Alter = 21,37, $SD = 3,5$; männlich = 1; weiblich = 23), sowie Supervisoren im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten aus Hamburg ($N = 4$; Alter = 38,5, $SD = 4,9$; männlich = 1; weiblich = 3). Insgesamt umfasste die Stichprobe somit 550 Probanden. Im Durchschnitt waren die Teilnehmer $M = 24,40$ Jahre ($SD = 6,17$, Range: 16–54) alt; 81,3% waren weiblichen und 18,7% männlichen Geschlechts. Die Rekrutierung der studentischen Stichproben erfolgte im Rahmen von Lehrveranstaltungen. Die Supervisoren wurden im Rahmen eines Workshops rekrutiert.

Die Psychologiestudenten erhielten für ihre Studienteilnahme eine Versuchspersonenstunde gutgeschrieben, die Studierenden der Medizin- und Sozialpädagogik und die Supervisoren erhielten keine Kompensation für die Teilnahme. Über alle verwendeten Instrumente hinweg zeigten sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den Psychologie- und den Medizinstudenten und auch die Varianzen der Gruppen unterschieden sich nicht signifikant.

Hinsichtlich der Vorerfahrung mit Meditationsübungen und achtsamkeitsassoziierten Techniken gaben 22,7% der Probanden an, schon mal an einem Kurs oder einer Veranstaltung teilgenommen zu haben, in der Achtsamkeit eingeübt wurde; wobei 18,2% der Stichprobe angaben, die Meditationsübungen über einen längeren Zeitraum durchgeführt zu haben. Bezogen auf die letzten drei

Monate meditierten 6% der Teilnehmer mindestens einmal pro Woche. Insgesamt gaben 9,6% der Teilnehmer an, regelmäßig Methoden des Achtsamkeitstrainings oder der Meditation im Alltag anzuwenden.

Alle Probanden füllten ein Fragebogenset aus, bestehend aus der deutschen Übersetzung des Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-D), der Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL-K-9; Klaghofer & Brähler, 2001), dem Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Gloster, Klotsche, Chaker, Hummel, & Hoyer, 2011), dem Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi; Neumann, Rohmann, & Bierhoff, 2007), sowie dem Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF; Rindermann, 2009).

Ein Ethikvotum durch die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg, nach der die Studie den berufsrechtlichen bzw. gesetzlichen Anforderungen entspricht, wurde vor Studienbeginn eingeholt. Die Probanden der Studie wurden vor Studienbeginn im Sinne des informierten Einverständnisses aufgeklärt. Die Anonymität der Probanden wurde gewahrt, indem alle Daten anonymisiert gespeichert wurden.

Material

Five Facet Mindfulness Questionnaire FFMQ-D

Der FFMQ ist ein Fragebogen, der 39 Items umfasst. In der Originalversion (Baer et al., 2006) wird selbstberichtete Achtsamkeit, wie oben beschrieben, mit Hilfe von fünf Faktoren erfasst: ‚Beobachten‘, ‚Beschreiben‘, ‚Mit Aufmerksamkeit Handeln‘, ‚Akzeptieren ohne Bewertung‘ und ‚Nichtreaktivität‘. Wie ebenfalls oben beschrieben, liegt die interne Konsistenz der Skalen der Originalversion im akzeptablen bis exzellenten Bereich (Cronbach's $\alpha = .72$ bis $\alpha = .92$) und Hinweise zur Validität der Skalen liegen vor.

Die deutsche Übersetzung des FFMQ wurde durch die Autoren vorgenommen. Hierbei lagen für 31 Items des FFMQ, die aus dem FFA, der MAAS und dem KIMS entnommen worden sind, bereits deutsche Übersetzungen vor (siehe Buchheld & Walach, 2002; Michalak et al., 2008; Ströhle et al., 2010). Die restlichen 10 Items (Item Nr.: 4, 9, 13, 19, 21, 24, 29, 33, 35, 37; siehe Tabelle 2) wurden durch G. Z. in die deutsche Sprache übersetzt, wobei diese Übersetzungen anschließend durch G. S., M. D. und D. O. unabhängig voneinander überprüft wurden.

Kurzform der Symptomcheckliste (SCL-K-9; Klaghofer & Brähler, 2001)

Die eindimensionale 9-Item-Skala erfasst die psychopathologische Symptombelastung. Die Probanden beurteilen die vergangenen sieben Tage hinsichtlich neun Arten

von Beschwerden (z.B. „Wie oft litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Gefühlsausbrüchen gegenüber denen Sie machtlos waren?“) auf einer 5-stufigen Likertskala. Die SCL-K-9 weist eine gute Reliabilität von Cronbach's $\alpha = .87$ auf. Die Kurzversion SCL-K-9 korreliert mit dem global severity index (GSI) SCL-90-R zu .93.

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Hayes et al., 2004; Hummel, Kämpfe, Gloster, Klotsche, Chaker, Hoyer & Wittchen, 2009)

Der AAQ-II dient zur Erhebung von Akzeptanz und Vermeidung von aversiven Zuständen und Erlebnissen (z. B. „Ich habe Angst vor meinen Gefühlen.“). Die Probanden beurteilen auf einer 7-stufigen Skala das Ausmaß ihrer Erfahrungsvermeidung. Der AAQ zeigte eine sehr hohe interne Konsistenz; Cronbach's $\alpha = .95$. Signifikante Korrelationen zeigten sich mit Depressivität und Ängstlichkeit (Hummel et al., 2009).

Bochumer Bindungsinventar (BoBi; Neumann, Rohmann & Bierhoff, 2007)

Der BoBi- als deutsche Adaption des „Experiences in Close Relationships“ Fragebogen (Brennan, Clark & Shaver, 1998) – dient zur Erfassung der Bindungsunsicherheit und bildet die zwei Dimensionen ‚Angst‘ (z. B. „Ich mache mir Gedanken darüber, dass ich verlassen werden könnte.“) und ‚Vermeidung‘ (z. B. „Ich zeige einem Partner nicht gern, wie es tief in mir aussieht.“) in Partnerschaften ab. Die Probanden beurteilen die insgesamt 36 Items auf einer 7-stufigen Skala. Die zweidimensionale Faktorenstruktur des Originalfragebogens konnte in der deutschen Version an einer studentischen Stichprobe bestätigt werden (Neumann, et al., 2007). Die interne Konsistenz der beiden Skalen lag bei $\alpha = .85$ (Vermeidung) und $\alpha = .91$ (Angst). Die Skala ‚Vermeidung‘ korrelierte signifikant mit einer geringeren Zufriedenheit, Stabilität und Paarentität; während die Skala ‚Angst‘ einen deutlichen Zusammenhang zu einem reduzierten Selbstwertgefühl und Erleben von Glück zeigte (Neumann et al., 2007).

Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF; Rindermann, 2009)

Der EKF erfasst die emotionale Kompetenz anhand von 62 Items, wobei insgesamt vier Skalen berechnet werden: ‚Erkennen und Verstehen eigener Emotionen‘ (z. B. „Wenn ich glücklich bin, kann ich mir das erklären.“), ‚Erkennen von Emotionen bei anderen‘ (z. B. „Die Gefühle anderer kann ich gut erkennen.“), ‚Regulation und Kontrolle eigener Emotionen‘ (z. B. „Eigene Ärger und Wut kann ich kontrollieren.“) sowie ‚Emotionale Expressivität‘ (z. B. „Ich erzähle oft von meinen Gefühlen.“). Der EKF besteht aus einer Version zur Selbst- und einer zur Fremdeinschätzung. In der vorliegenden Studie wurde

die Selbsteinschätzungsversion eingesetzt. Die Skalen des EKFs zeigten eine hohe interne Konsistenz zwischen Cronbach's $\alpha = .89$ und $\alpha = .93$ (Rindermann, 2009). Negative Zusammenhänge zeigten sich vor allem zwischen der Emotionsregulation und Neurotizismus, Depressivität sowie Ängstlichkeit. Emotionale Kompetenz spielt zur Verarbeitung von schweren Erkrankungen eine besondere Rolle, da mit ihr unter anderem Krankheitsüberzeugungen, Bewältigungsfähigkeit und „Kampfgeist“ im Zusammenhang stehen (Johnson, 2004; Carlisle, John, Fife-Shaw & Lloyd, 2005).

Statistische Analysen

Zur Überprüfung der theoretisch postulierten Faktorenstruktur des FFMQ-D wurden konfirmatorische Faktorenanalysen durchgeführt. Im ersten Schritt wurde untersucht, inwiefern ein Modell mit fünf korrelierten Faktoren die Daten der hier vorliegenden Stichprobe angemessen repräsentiert. Im Gegensatz zur Originalstudie von Baer und Kollegen (2006) wurde auf die in der Literatur zunehmend kontrovers diskutierte Methode des Item-Parceling verzichtet (vgl. Little, Cuningham & Shahar, 2002) und stattdessen auf die einzelnen Items als Indikatoren der jeweiligen Faktoren zurückgegriffen. In einem zweiten Analyseschritt wurde das korrelierte 5-Faktoren-Modell mit einem hierarchischen Modell verglichen, in dem die fünf Achtsamkeitsfacetten auf einen übergeordneten generellen Achtsamkeitsfaktor zurückgeführt wurden. Zur Beurteilung des Modellfits wurden der Confirmatory Fit Index (CFI), der Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) und der Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) herangezogen. Ein CFI $\geq .90$ sowie ein SRMR oder RMSEA $\leq .08$ stehen für einen akzeptablen Fit, während ein CFI $\geq .95$ und ein SRMR oder RMSEA $\leq .05$ Belege für einen guten Modellfit darstellen (Jackson et al. 2009; Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003).

Da die Daten nicht multivariat normalverteilt waren, wurden die Teststatistiken mit der von Satorra und Bentler (2001) vorgeschlagenen Formel korrigiert. Entsprechend wird immer der Satorra-Bentler (SB) korrigierte χ^2 -Wert berichtet. Für den Vergleich der Modelle miteinander wurden die deskriptiven Fit-Maße sowie der SB korrigierte χ^2 -Differenztest eingesetzt (Bryant & Satorra, 2012; Bryant, 2013). Für die einzelnen Skalen des FFMQ-D wurde die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) berechnet. Im Rahmen der Konstruktvalidierung wurde der FFMQ-D mit den Werten aus der SCL-K-9, und dem AAQ-II, dem BoBi und dem EKF korreliert.

Ergebnisse

Konfirmatorische Faktorenanalysen

Das erste Modell mit fünf korrelierten Faktoren wies eine unzureichende Anpassung an die Daten auf ($\chi^2[692] = 1885.6, p = .00; CFI = .851, SRMR = .069, RMSEA = .056$). Da die im Vergleich zu RMSEA und SRMR niedrigen CFI-Werte auf eine gewisse Anzahl von Items mit niedrigen Ladungen auf ihren theoretisch postulierten Primärfaktoren hindeuteten, wurden im nächsten Schritt zur Verbesserung des Modellfits alle Items mit Primärladungen von $\lambda < .40$ aus dem Modell entfernt. Dies betraf Item 11 (Skala Beobachten) sowie die Items 23, 28 und 34 (Skala Mit Aufmerksamkeit Handeln). Des Weiteren wurde in den Modifikationsindizes ersichtlich, dass die Items 5 und 13 eine hohe Messfehlerkorrelation aufwiesen. Da diese Korrelation aufgrund der sehr ähnlichen Itemformulierungen („leicht abgelenkt“; „leicht abzulenken“, siehe Tabelle 1) theoretisch plausibel ist, wurde sie zusätzlich in das Modell aufgenommen. Für das so revidierte 5-Faktoren-Modell erwies sich der Modellfit als akzeptabel ($\chi^2[549] = 1146.2, p = .00; CFI = .907, SRMR = .056, RMSEA = .044$).

Anschließend wurde geprüft, ob sich die fünf korrelierten Achtsamkeitsfacetten zu einem allgemeinen Achtsamkeitsfaktor höherer Ordnung zusammenfassen lassen. Für dieses Modell ergab sich ein leicht schlechterer Modellfit ($\chi^2[554] = 1159.5, p = .00; CFI = .905, SRMR = .059, RMSEA = .045$). Trotz der auf den ersten Blick relativ ähnlichen Fit-Werte erwies sich das korrelierte 5-Faktoren-Modell im Satorra-Bentler Chi-Quadrat-Differenztest als signifikant besser im Vergleich zum dritten Modell ($\Delta\chi^2[5] = 13.19, p < .05$). Alle Items und Faktorladungen des Modells mit fünf korrelierten Faktoren sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Reliabilitäten, Trennschärfen und Itemschwierigkeiten

Die mit Hilfe der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) geschätzten Reliabilitäten der Skalen des FFMQ-D betragen $\alpha = .90$ (Akzeptieren ohne Bewertung), $\alpha = .88$ (Beschreiben), $\alpha = .74$ (Beobachten), $\alpha = .80$ (Mit Aufmerksamkeit Handeln) und $\alpha = .78$ (Nichtreaktivität). In Tabelle 2 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, korrigierte Trennschärfen und die Itemschwierigkeiten der Items dargestellt. Die Trennschärfen befanden sich im anzustrebenden Bereich von $KT > .30$. Die Itemschwierigkeiten variierten über die Skalen hinweg zwi-

schen $\rho = .39$ bis $\rho = .75$. Die mittleren Itemschwierigkeiten der Skalen lagen bei $\rho = .61$ (Beobachten), $\rho = .69$ (Beschreiben), $\rho = .61$ (Mit Aufmerksamkeit Handeln), $\rho = .68$ (Akzeptieren ohne Bewertung) und $\rho = .51$ (Nichtreaktivität).

Interkorrelationen der Skalen und Konstruktvalidität

Die Skalen ‚Beschreiben‘, ‚Mit Aufmerksamkeit Handeln‘, ‚Akzeptieren ohne Bewertung‘ und ‚Nichtreaktivität‘ korrelierten signifikant positiv miteinander (siehe Tabelle 3). Die Skala ‚Beobachten‘ zeigte einen signifikant positiven Zusammenhang zu ‚Beschreiben‘ und ‚Nichtreaktivität‘, nicht aber zu ‚Mit Aufmerksamkeit Handeln‘ und ‚Akzeptieren ohne Bewertung‘.

Tabelle 4 zeigt die korrelativen Zusammenhänge zwischen dem FFMQ-D und den Kriteriumsmaßen. Die FFMQ-D-Skalen ‚Beschreiben‘, ‚Mit Aufmerksamkeit Handeln‘, ‚Akzeptieren ohne Bewertung‘ und ‚Nichtreaktivität‘ wiesen konsistente Zusammenhänge in der erwarteten Richtung auf. Es zeigten sich signifikante Korrelationen zu einer geringeren Vermeidung von aversiven Zuständen (AAQ-II), einer reduzierten psychopathologischen Symptombelastung (SCL-K-9), geringerer Bindungsunsicherheit bzgl. Angst und Vermeidung (BoBi-A, BoBi-V) sowie einer verbesserten Wahrnehmung von Emotionen (EFK-EE, EFK-EA), Emotionsregulation (EFK-ER) und Emotionsexpression (EFK-EX; außer Nichtreaktivität). Deutlich weniger konsistent erwies sich das Zusammenhangsmuster für die Skala ‚Beobachten‘. Diese korrelierte lediglich signifikant mit dem verbesserten Erkennen von Emotionen bei der eigenen Person und bei Anderen, sowie einer erhöhten Emotionsexpression.

Diskussion

Die psychometrischen Eigenschaften der englischen Originalversion des FFMQ konnten für die deutschsprachige Version (FFMQ-D) weitestgehend repliziert werden. Dies gilt sowohl für die von Baer et al. (2006) vorgeschlagene Faktorenstruktur mit den fünf Achtsamkeitsfacetten ‚Beobachten‘, ‚Beschreiben‘, ‚Mit Aufmerksamkeit Handeln‘, ‚Akzeptieren ohne Bewertung‘ und ‚Nichtreaktivität‘ als auch für die zufriedenstellenden bis guten Reliabilitäten aller Skalen. In den konfirmatorischen Faktorenanalysen zeigte sich für das Modell mit fünf korrelierten Faktoren ein signifikant besserer Modellfit im Vergleich zu einem

Tabelle 1. Faktorenladungen des FFMQ-D (Konfirmatorische Faktorenanalyse)

	Komponente				
	1	2	3	4	5
Item 25: Ich sage mir, dass ich nicht so denken sollte, wie ich denke.	.85				
Item 30: Ich denke, dass manche meiner Gefühle schlecht oder unangebracht sind, und dass ich sie nicht haben sollte.	.85				
Item 17: Ich urteile darüber, ob meine Gedanken gut oder schlecht sind.	.65				
Item 10: Ich sage mir, dass ich nicht das fühlen sollte, was ich fühle.	.73				
Item 35: Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, bewerte ich mich selbst entweder als gut oder schlecht, abhängig vom Inhalt des Gedankens/der Vorstellung.	.67				
Item 3: Ich kritisiere mich dafür, irrationale oder unangebrachte Gefühle zu haben.	.65				
Item 39: Ich missbillige mich, wenn ich unvernünftige Ideen habe.	.62				
Item 14: Ich glaube, dass einige meiner Gedanken unnormal sind, und dass ich nicht so denken sollte.	.73				
Item 16: Ich habe Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, um meine Gefühle auszudrücken.		-.80			
Item 2: Ich kann meine Gefühle gut in Worte fassen.		.77			
Item 12: Es fällt mir schwer, das, was ich denke, in Worte zu fassen.		-.78			
Item 37: Ich kann ziemlich genau beschreiben, wie ich mich im Moment gerade fühle.		.70			
Item 27: Sogar wenn ich schrecklich verärgert bin, kann ich das in Worte fassen.		.64			
Item 7: Es fällt mir leicht, meine Überzeugungen, Meinungen und Erwartungen in Worte zu fassen.		.65			
Item 32: Ich habe die natürliche Tendenz, meine Erfahrungen in Worte zu fassen.		.58			
Item 22: Körperliche Empfindungen sind für mich schwer zu beschreiben, weil mir die richtigen Worte dazu fehlen.		-.63			
Item 15: Ich achte auf Empfindungen, wie zum Beispiel Wind in meinem Haar oder Sonnenschein auf meinem Gesicht.		.70			
Item 26: Ich nehme Gerüche und Düfte der Dinge wahr.		.64			
Item 31: Ich bemerke visuelle Elemente sowohl in der Kunst als auch in der Natur, zum Beispiel Farben, Formen, Strukturen oder Muster aus Licht und Schatten.		.60			
Item 20: Ich achte auf Geräusche, wie beispielsweise das Ticken von Uhren, Vogelzwitschern oder das Geräusch vorüber fahrender Autos.		.52			
Item 6: Wenn ich dusche oder bade, bin ich mir des Gefühls des Wasser auf meinem Körper bewusst.		.47			
Item 1: Wenn ich gehe, dann nehme ich ganz bewusst wahr, wie sich die Bewegungen meines Körpers anfühlen.		.44			
Item 36: Ich achte darauf, wie sich meine Gefühle auf meine Gedanken und mein Verhalten auswirken.		.40			
Item 11: Ich bemerke, wie Lebensmittel und Getränke meine Gedanken, meine Körperempfindungen und meine Gefühle beeinflussen.					-
Item 13: Ich bin leicht abgelenkt.				.73	
Item 5: Wenn ich etwas tue, dann schweifen meine Gedanken ab und ich bin leicht abzulenken.				.69	
Item 18: Ich finde es schwierig, auf das konzentriert zu bleiben, was im gegenwärtigen Augenblick passiert.				.81	
Item 8: Ich achte nicht darauf, was ich tue, da ich tagträume, mir Sorgen mache oder anderweitig abgelenkt bin.				.66	
Item 38: Ich merke, wie ich Dinge tue, ohne auf sie zu achten.				.43	
Item 23: Es sieht so aus, als würde ich „automatisch funktionieren“, ohne viel Bewusstsein für das, was ich tue.				-	
Item 28: Ich hetze durch Aktivitäten, ohne wirklich aufmerksam für sie zu sein.				-	
Item 34: Ich erledige Aufträge oder Aufgaben automatisch, ohne mir bewusst zu sein, was ich tue.				-	
Item 29: Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, kann ich sie einfach nur wahrnehmen, ohne auf sie zu reagieren.					.70
Item 19: Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, kann ich von diesen Abstand nehmen und bin mir der Gedanken oder Vorstellungen bewusst, ohne dass ich von ihnen überwältigt werde.					.75
Item 33: Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, registriere ich sie nur und lasse sie wieder ziehen.					.59
Item 24: Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, beruhige ich mich kurz danach wieder.					.58
Item 4: Ich nehme meine Gefühle und Empfindungen wahr, ohne auf sie reagieren zu müssen.					.45

Tabelle 1. Faktorenladungen des FFMQ-D (Konfirmatorische Faktorenanalyse) (Fortsetzung)

	Komponente				
	1	2	3	4	5
Item 9: Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren.					.52
Item 21: In schwierigen Situationen kann ich innehalten, ohne sofort zu reagieren.					.47

Anmerkung: Faktor 1 = Akzeptieren ohne Bewertung, Faktor 2 = Beschreiben, Faktor 3 = Beobachten, Faktor 4 = Mit Aufmerksamkeit Handeln, Faktor 5 = Nichtreaktivität.

hierarchischen Modell mit einem zusätzlichen allgemeinen Achtsamkeitsfaktor höherer Ordnung. Wenngleich das hierarchische Modell für sich genommen ebenfalls einen noch akzeptablen Modellfit aufweisen konnte, interpretieren wir die signifikante Überlegenheit des 5-Faktoren-Modells als Hinweis darauf, dass die mit dem FFMQ-D gemessene Achtsamkeit eher als differenziertes Konstrukt mit verschiedenen Facetten denn als globaler Faktor verstanden werden sollte. In Einklang mit dieser Schlussfolgerung zeigte sich in den Analysen, dass nur wenig Varianz des Beobachten-Faktors von dem übergeordneten Achtsamkeitsfaktor aufgeklärt wird. Diese Facette scheint demnach in einem umfassenden Achtsamkeitskonstrukt eher unbedeutsam zu sein. Die Resultate decken sich mit der ersten Modelltestung von Baer et al. (2006) an einer Stichprobe mit wenig Meditationserfahrung. Der Beobachten-Faktor zeigte im Modell korrelierter Faktoren nur geringe Beziehungen zu den anderen Faktoren und lud nicht signifikant auf dem Achtsamkeitsfaktor. Baer et al. (2006) führten die gleiche Analyse an einer Stichprobe mit mehr Meditationserfahrung durch und fanden, dass der Beobachten-Faktor zwar immer noch die niedrigste Ladung aufwies ($r = .39$), jedoch signifikant mit dem übergeordneten Faktor korrelierte. Das Ergebnis scheint wiederum dafür zu sprechen, dass achtsames Beobachten, als einer der zentralen Bestandteile der Achtsamkeitspraxis, auch durch die FFMQ-Items der Deutschen Version bei nicht Meditierenden nicht hinreichend valide erfasst werden kann. Entsprechend würde eine Analyse des FFMQ-D an einer deutschen Stichprobe von meditationserfahrenen Personen Sinn machen, um zu klären, ob die Korrelation mit einem übergeordneten Achtsamkeitsfaktor auch hier höher ist.

In unseren Analysen des ersten Modells zeigten vier Items (Item 11 [Skala Beobachten], sowie Items 23, 28 und 34 [Skala Mit Aufmerksamkeit Handeln]) nur geringe Ladungen auf den theoretisch postulierten Primärfaktoren und wurden aus dem Modell entfernt. Dies führte zu einem besseren Modellfit des zweiten Modells mit fünf korrelierten Faktoren. Dementsprechend sollten Benutzer der deutschen Version des FFMQ entscheiden, ob sie den Test um diese vier Items reduzierten möchten oder, we-

gen der Vergleichbarkeit mit der englischsprachigen Originalversion, alle 39 Items benutzen möchten.

Die Ergebnisse unserer Analysen zur Kriteriumsvalidität bestätigen die Annahme, dass eine differentielle Erhebung der einzelnen Facetten der Achtsamkeit notwendig und sinnvoll ist. Die einzelnen FFMQ-D-Skalen korrelierten größtenteils signifikant allerdings in unterschiedlichem Ausmaß mit den Außenkriterien. ‚Beschreiben‘ zeigte den deutlichsten Zusammenhang zum Erkennen von Emotionen bei der eigenen Person und bei Anderen sowie zur Emotionsexpression. Die Skala ‚Nichtreaktivität‘ dagegen war eng mit der Emotionsregulation assoziiert. Wie erwartet korreliert die Skala ‚Akzeptieren ohne Bewertung‘ am engsten mit der Akzeptanzfähigkeit, zeigte aber auch einen deutlichen Zusammenhang mit der psychopathologischen Symptombelastung. Hinsichtlich des Bindungsverhaltens zeigten sich die höchsten (negativen) Korrelationen zwischen ‚Beschreiben‘ und Vermeidung, sowie ‚Akzeptieren ohne Bewertung‘ und Angst.

Der FFMQ-D stellt als reliables und valides Verfahren zur Erfassung von selbstberichteter Achtsamkeit ein geeignetes Instrument dar, um Achtsamkeit weiterführend zu untersuchen. Dabei sollte allerdings betont werden, dass Achtsamkeit hier im Selbstreport erfasst wird, was im Kontext von Achtsamkeit – neben den allgemeinen Einschränkungen, die mit der Fragebogenmethodik verbunden sind – besondere Probleme aufwirft (Grossman, 2011). So verlangt die valide Antwort auf Items wie beispielsweise „Wenn ich etwas tue, dann schweifen meine Gedanken ab und ich bin leicht abzulenken“ bereits ein gewisses Maß an Bewusstheit und Achtsamkeit. Hohe Werte im Sinne der Achtsamkeit können dabei mit Ambivalenzen in Bezug auf die Interpretation verbunden sein: Deuten sie auf eine hohe Achtsamkeit hin oder auf einen Mangel an Bewusstheit für Unachtsamkeit? Ergänzende Methoden zu Erfassung von Achtsamkeit, die weniger stark auf hochinferente Selbstauskunftsprozesse angewiesen sind, wurden in letzter Zeit entwickelt (Burg & Michalak, 2011; Rohde, Adolph, Dietrich & Michalak, 2014).

Eine weitere Limitation der Studie stellt die Zusammensetzung der Stichprobe dar. Diese bestand größtenteils aus

Tabelle 2. Kennwerte der Items des FFMQ-D

Items	M	SD	KT	ρ
1 Wenn ich gehe, dann nehme ich ganz bewusst wahr, wie sich die Bewegungen meines Körpers anfühlen. (beo)	2,71	1,00	.40	0,43
2 Ich kann meine Gefühle gut in Worte fassen. (bes)	3,72	0,92	.71	0,68
3 <i>Ich kritisiere mich dafür, irrationale oder unangebrachte Gefühle zu haben.</i> (aob)	2,44	1,02	.63	0,64
4 Ich nehme meine Gefühle und Empfindungen wahr, ohne auf sie reagieren zu müssen. (nr)	3,02	0,85	.42	0,51
5 <i>Wenn ich etwas tue, dann schweifen meine Gedanken ab und ich bin leicht abzulenken.</i> (mah)	3,05	0,95	.57	0,49
6 Wenn ich dusche oder bade, bin ich mir des Gefühls des Wasser auf meinem Körper bewusst. (beo)	3,75	1,00	.40	0,69
7 Es fällt mir leicht, meine Überzeugungen, Meinungen und Erwartungen in Worte zu fassen. (bes)	3,79	0,89	.61	0,70
8 <i>Ich achte nicht darauf, was ich tue, da ich tagträume, mir Sorgen mache oder anderweitig abgelenkt bin.</i> (mah)	2,31	0,97	.58	0,67
9 Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren. (nr)	3,28	0,89	.45	0,57
10 <i>Ich sage mir, dass ich nicht das fühlen sollte, was ich fühle.</i> (aob)	2,34	1,05	.67	0,67
11 Ich bemerke, wie Lebensmittel und Getränke meine Gedanken, meine Körperempfindungen und meine Gefühle beeinflussen. (beo)	2,92	1,25	.34	0,48
12 <i>Es fällt mir schwer, das, was ich denke, in Worte zu fassen.</i> (bes)	2,22	0,91	.71	0,70
13 <i>Ich bin leicht abgelenkt.</i> (mah)	2,87	0,93	.59	0,53
14 <i>Ich glaube, dass einige meiner Gedanken unnormal sind, und dass ich nicht so denken sollte.</i> (aob)	2,02	1,01	.66	0,75
15 Ich achte auf Empfindungen, wie zum Beispiel Wind in meinem Haar oder Sonnenschein auf meinem Gesicht. (beo)	3,60	0,98	.60	0,65
16 <i>Ich habe Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, um meine Gefühle auszudrücken.</i> (bes)	2,29	0,94	.73	0,68
17 <i>Ich urteile darüber, ob meine Gedanken gut oder schlecht sind.</i> (aob)	2,72	1,11	.64	0,58
18 <i>Ich finde es schwierig, auf das konzentriert zu bleiben, was im gegenwärtigen Augenblick passiert.</i> (mah)	2,56	0,94	.63	0,61
19 Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, kann ich von diesen Abstand nehmen und bin mir der Gedanken oder Vorstellungen bewusst, ohne dass ich von ihnen überwältigt werde. (nr)	3,17	0,95	.63	0,54
20 Ich achte auf Geräusche, wie beispielsweise das Ticken von Uhren, Vogelzwitschern oder das Geräusch vorüber fahrender Autos. (beo)	3,38	1,01	.43	0,59
21 In schwierigen Situationen kann ich innehalten, ohne sofort zu reagieren. (nr)	3,32	0,84	.42	0,58
22 <i>Körperliche Empfindungen sind für mich schwer zu beschreiben, weil mir die richtigen Worte dazu fehlen.</i> (bes)	2,15	0,88	.58	0,71
23 <i>Es sieht so aus, als würde ich „automatisch funktionieren“, ohne viel Bewusstsein für das, was ich tue.</i> (mah)	2,22	0,94	.31	0,69
24 Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, beruhige ich mich kurz danach wieder. (nr)	3,25	0,91	.49	0,57
25 <i>Ich sage mir, dass ich nicht so denken sollte, wie ich denke.</i> (aob)	2,14	1,02	.80	0,72
26 Ich nehme Gerüche und Düfte der Dinge wahr. (beo)	3,84	0,95	.52	0,71
27 Sogar wenn ich schrecklich verärgert bin, kann ich das in Worte fassen. (bes)	3,60	0,93	.61	0,65
28 <i>Ich hetzte durch Aktivitäten, ohne wirklich aufmerksam für sie zu sein.</i> (mah)	2,59	0,81	.48	0,60
29 Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, kann ich sie einfach nur wahrnehmen, ohne auf sie zu reagieren. (nr)	2,79	0,89	.62	0,45
30 <i>Ich denke, dass manche meiner Gefühle schlecht oder unangebracht sind, und dass ich sie nicht haben sollte.</i> (aob)	2,16	1,03	.79	0,71
31 Ich bemerke visuelle Elemente sowohl in der Kunst als auch in der Natur, zum Beispiel Farben, Formen, Strukturen oder Muster aus Licht und Schatten. (beo)	3,74	0,98	.48	0,69
32 Ich habe die natürliche Tendenz, meine Erfahrungen in Worte zu fassen. (bes)	3,62	0,93	.55	0,66
33 Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, registriere ich sie nur und lasse sie wieder ziehen. (nr)	2,53	0,83	.50	0,39
34 <i>Ich erledige Aufträge oder Aufgaben automatisch, ohne mir bewusst zu sein, was ich tue.</i> (mah)	2,28	0,81	.46	0,68
35 <i>Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, bewerte ich mich selbst entweder als gut oder schlecht, abhängig vom Inhalt des Gedankens/ der Vorstellung.</i> (aob)	2,31	1,08	.66	0,67
36 Ich achte darauf, wie sich meine Gefühle auf meine Gedanken und mein Verhalten auswirken. (beo)	3,47	0,90	.36	0,62
37 Ich kann ziemlich genau beschreiben, wie ich mich im Moment gerade fühle. (bes)	3,84	0,92	.66	0,71

Tabelle 2. Kennwerte der Items des FFMQ-D (Fortsetzung)

Items	M	SD	KT	ρ
38 <i>Ich merke, wie ich Dinge tue, ohne auf sie zu achten.</i> (mah)	2,69	0,90	.44	0,57
39 <i>Ich missbillige mich, wenn ich unvernünftige Ideen habe.</i> (aob)	2,05	1,01	.61	0,74

Anmerkungen: beo = Skala Beobachten, bes = Skala Beschreiben, mah = Skala Mit Aufmerksamkeit Handeln, aob = Skala Akzeptieren ohne Bewertung, nr = Skala Nichtreaktivität, KT = korrigierte Trennschärfe, ρ = Itemschwierigkeit; kursive Items sind negativ gepolt.

Tabelle 3. Interkorrelationen der Skalen des FFMQ-D

	1	2	3	4	5
1 Beobachten					
2 Beschreiben	.16**				
3 Mit Aufmerksamkeit Handeln	.06	.35**			
4 Akzeptieren ohne Bewertung	.01	.35**	.45**		
5 Nichtreaktivität	.12**	.25**	.30**	.33**	
6 Gesamtskala	.39**	.67**	.67**	.72**	.59**

Anmerkungen: ** $p < .01$

Tabelle 4. Korrelationen der Skalen des FFMQ-D mit Außenkriterien

	AAQ-II	SCL-K-9	BoBi-A	BoBi-V	EKF-EE	EKF-EA	EKF-ER	EKF-EX
FFMQ-D-beo	.02	.02	.04	-.04	.13**	.27**	.05	.11*
FFMQ-D-bes	-.43**	-.31**	-.18**	-.41**	.56**	.38**	.27**	.66**
FFMQ-D-mah	-.42**	-.46**	-.28**	-.28**	.40**	.12**	.34**	.22**
FFMQ-D-aob	-.56**	-.49**	-.33**	-.29**	.45**	.09*	.37**	.28**
FFMQ-D-nr	-.37**	-.36**	-.24**	-.04	.34**	.09*	.57**	-.03
Gesamtskala	-.57**	-.51**	-.32**	-.33**	.61**	.30**	.51**	.42**

Anmerkungen: beo = Skala Beobachten, bes = Skala Beschreiben, mah = Skala Mit Aufmerksamkeit Handeln, aob = Skala Akzeptieren ohne Bewertung, nr = Skala Nichtreaktivität; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire, SCL-K-9 = Symptom-Check-List, BoBi-A = Bochumer Bindungsinventar Skala ‚Angst‘, BoBi-V = Bochumer Bindungsinventar Skala ‚Vermeidung‘; EKF-EE = Emotionale-Kompetenz-Fragebogen Skala ‚Erkennen eigener Emotionen‘, EKF-EA = Emotionale-Kompetenz-Fragebogen Skala ‚Erkennen Emotionen anderer‘, EKF-ER = Emotionale-Kompetenz-Fragebogen Skala ‚Emotionsregulation‘, EKF-EX = Emotionale-Kompetenz-Fragebogen Skala ‚Emotionsexpression‘; * $p < .05$, ** $p < .01$

jungen weiblichen Studierenden. Auch wenn in der Untersuchung zur englischsprachigen Originalversion des FFMQ von Baer et al. (2006) ein vergleichbares Vorgehen gewählt wurde und wenn Validierungsstudien zu Achtsamkeitsfragebögen in klinischen Populationen häufig vergleichbare Resultate wie in studentischen Stichproben ergeben (z.B. Baum et al., 2010), wären doch Folgestudien sinnvoll, bei denen die deutsche Version des FFMQ-D in für gesundheitspsychologische Fragestellungen repräsentativeren Stichproben erneut validiert wird.

Zudem verfügte ein Großteil der Probanden bisher über noch keine regelmäßigen Erfahrungen mit Meditationsübungen, was sich insbesondere auf das Verständnis der Items der Beobachten-Skala ausgewirkt haben dürfte und zumindest teilweise die fehlende Korrelation der Skala Beobachten mit der Gesamtskala erklären könnte

(siehe Befunde zu Auswirkungen von Meditationserfahrung von Baer et al., 2008). Dieser Aspekt sollte deswegen in Zukunft in weiteren Studien aufgegriffen werden, um den Fragebogen zusätzlich an einer Stichprobe von Probanden mit Meditationserfahrung zu validieren.

Trotz dieser Einschränkungen erscheint der FFMQ-D als geeinigtes Maß zur multidimensionalen Erfassung von selbstberichteter Achtsamkeit. Er erlaubt unterschiedliche Komponenten in ihren ggf. differentiellen Auswirkungen und Zusammenhängen zu untersuchen. Solche differenzierten Ergebnisse legen auch nahe, Achtsamkeitstrainings durch spezielle Berücksichtigung dieser Faktoren zu gestalten (siehe beispielsweise Zarbock, Ammann, Ringer, 2012).

Die vorliegende Studie belegt, dass die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version des FFMQ

einen Einsatz im Rahmen gesundheitspsychologischer Forschung rechtfertigen. Dies ist umso bedeutsamer, als in den zurückliegenden Jahren vermehrt Studien zu achtsamkeitsbasierten Verfahren im Bereich der Gesundheitspsychologie vorgelegt wurden: beispielsweise untersuchten Griffiths, Camic und Hutton (2009) mögliche Effekte der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen in der Rehabilitationsphase. Als wesentliches Ergebnis zeigte sich, dass Achtsamkeit im Alltag zu einer signifikanten Stressreduktion führte. Die Erfassung verschiedener Facetten der Achtsamkeit mittels des hier vorgestellten FFMQ bietet dabei erhebliche Vorteile gegenüber der eindimensionalen Erfassung von Achtsamkeit (etwa mittels der MAAS): künftige Studien im Gesundheitsbereich könnten sowohl den relativen Einfluss der einzelnen Achtsamkeitsfacetten auf Veränderungen im Rahmen von Interventionen überprüfen als auch differentielle Korrelationen mit gesundheitsbezogenen Variablen untersuchen. Besonders vielversprechend erscheint die im FFMQ (im Gegensatz zur KIMS) enthaltene Facette „non-reactivity“, der im Rahmen von Gesundheitsverhalten eine potentiell bedeutsame Rolle zukommen könnte: es ist davon auszugehen, dass automatisierte Handlungen und reflexhafte Reaktionen problematisches Gesundheitsverhalten aufrechterhalten.

Die Steigerung der Achtsamkeit und die damit einhergehende Förderung der durch den FFMQ-D erhobenen fünf Faktoren in gesundheitspsychologischen Interventionen könnte aus Sicht der Autoren ein guter und weiter zu erforschender Schritt zur Integration achtsamkeitsbasierter Verfahren in die Gesundheitspsychologie darstellen, dem in zukünftigen Studien vermehrt Beachtung zukommen sollte.

Literatur

- Arch, J. J. & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1849–1858.
- Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. The Kentucky Inventory of Mindfulness skills. *Assessment*, 11, 191–206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S. et al. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329–342.
- Baum, C., Kuyken, W., Bohus, M., Heidenreich, T., Michalak, J. & Steil, R. (2010). The psychometric properties of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills in clinical populations. *Assessment*, 17, 220–229.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford Press.
- Bryant, F. B. & Satorra, A. (2012). Principles and Practice of Scaled Difference Chi-Square Testing. *Structural Equation Modeling*, 19, 372–398.
- Bryant, F. B. & Satorra, A. (2013). *EXCEL macro file for conducting scaled difference chi-square test via LISREL 8*. Retrieved June 17, 2015, from <http://www.econ.upf.edu/~satorra/>.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.
- Buchheld, N., Grossman, P. & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11–34.
- Buchheld, N. & Walach, H. (2002). Achtsamkeit in Vipassana-Meditation und Psychotherapie: Die Entwicklung des „Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 2, 153–172.
- Burg, J. M. & Michalak, J. (2011). The healthy quality of mindful breathing: associations with rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 179–185.
- Carlisle, A. C. S., John, A. M. H., Fife-Shaw, C. & Lloyd, M. (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping-strategies, and illness outcome. *British Journal of Health Psychology*, 10, 571–587.
- Carmody, J. & Baer, R. (2008). Relationship between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 23–33.
- Chadwick, P. D. J., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E. & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to distressing thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 451–455.
- De Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J. G., Bögels, S. M. & Kamp-huis, J. H. (2012). Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment*, 19 (2), 187–197.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S. & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44, 1235–1245.
- Dimidjian, S. & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness. *Clinical Psychology: Science and Practise*, 10, 166–171.
- Ditto, B., Eclache, M. & Goldman, N. (2006). Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation. *Annals of behavioral medicine*, 32 (3), 227–234.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J. & Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29 (3), 177–190.
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hummel, K.V. & Hoyer, J. (2011). Assessing psychological flexibility: What does it add above and beyond existing constructs? *Psychological Assessment*, 23, 970–82.
- Griffiths, K., Camic, P. M. & Hutton, J. M. (2009). Participant Experiences of a Mindfulness-based Cognitive Therapy Group for Cardiac Rehabilitation. *Journal of Health Psychology*, 14, 675–681. Verfügbar unter: <http://hpq.sagepub.com/content/14/5/675>

- Grossman, P. (2011). Defining Mindfulness by poorly I think I pay attention during everyday awareness" and other intractable problems for psychology's (re)invention of Mindfulness. *Psychological Assessment*, 23, 1034–1040.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D. et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 5, 553–578.
- Hayes, A. M. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practise*, 11 (3), 255–262.
- Heidenreich, T., Ströhle, G. & Michalak, J. (2006). Achtsamkeit: Konzeptuelle Aspekte und Ergebnisse zum Freiburger Achtsamkeitsfragebogen. *Verhaltenstherapie*, 16, 33–40.
- Höfling, V., Moosbrugger, H., Schermelleh-Engel, K. & Heidenreich, T. (2011). Mindfulness or mindlessness? A modified version of the Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 27 (1), 59–64.
- Hummel, K., Kämpfe, C., Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hoyer et al. (2009). Assessing psychological flexibility: Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) in clinical and healthy samples. Poster presented at the world congress of the Association of Contextual and Behavioral Science (ACBS), Enschede, NL.
- Jackson, D. L., Gillespy, J. A. & Purc-Stephenson, R. (2009). Reporting practices in confirmatory factor analysis: An overview and some recommendations. *Psychological Methods*, 14, 6–23.
- Johnson, M. (2004). Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of 'active' self-esteem and coping. *British Journal of Health Psychology*, 9, 419–432.
- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophe living: The Program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Keng, S. L., Smoski, M. J. & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041–1056.
- Kirby, S. E. (2012). Physical and Psychological Triggers for Attacks in Ménière's Disease: The Patient Perspective. *Psychotherapy and psychosomatics: official journal of the International College of Psychosomatic Medicine (ICPM)*, 81, 396–399.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115–124.
- Lammers, C. H. & Stiglmayr, C. (2004). Achtsamkeit und Akzeptanz in der DBT. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 247–293). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Little, T. D., Cunningham, W. A. & Shahar, G. (2002). To Parcel or not to parcel: Exploring the questions, weighing the merits. *Structural Equation Modeling*, 9, 151–173.
- Michalak, J., Heidenreich, T., Ströhle, G. & Nachtigall, C. (2008). Die deutsche Version der Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS). Psychometrische Befunde zu einem Achtsamkeitsfragebogen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 200–208.
- Neumann, E., Rohmann, E. & Bierhoff, H.-W. (2007). Entwicklung und Validierung von Skalen zur Erfassung von Vermeidung und Angst in Partnerschaften: Der Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi). *Diagnostica*, 53, 33–47.
- Rindermann, H. (2009). *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF). Einschätzung emotionaler Kompetenzen und emotionaler Intelligenz aus Selbst- und Fremdsicht*. Göttingen: Hogrefe.
- Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practise in dialectic behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practise*, 9, 50–57.
- Rohde, K., Adolph, D., Dietrich, D. E. & Michalak, J. (2014). Mindful regulation and non-judgmental orientation in depression: A multi-method approach. *Biological Psychology*, 101, 36–43.
- Satorra, A. & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66, 507–514.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures [Online]. *Methods of Psychological Research – Online*, 8 (2), 23–74. Retrieved March, 10, 2009 from <http://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/mpr-online>
- Smith, G. T., Fischer, S. & Fister, S. M. (2003). Incremental validity principles in test construction. *Psychological Assessment*, 15, 467–477.
- Ströhle, G., Nachtigall, C., Michalak, J. & Heidenreich, T. (2010). Die Erfassung von Achtsamkeit als mehrdimensionales Konstrukt. Die deutsche Version des Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 1–12.
- Veehof, M. M., Klooster, P. M., Taal, E., Westerhof, G. J. & Bohlmeijer, E. T. (2011). Psychometric properties of the Dutch Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 30, 1045–1054.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., Grossman, P. & Schmidt, S. (2004). Empirische Erfassung der Achtsamkeit: Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 726–770). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Zarbock, G., Ammann, A. & Ringer, S. (2012) *Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz.

Prof. Dr. Johannes Michalak

Universität Witten/Herdecke

Fakultät für Gesundheit

Department für Psychologie und Psychotherapie

Alfred-Herrhausen-Straße 50

58448 Witten

johannes.michalak@uni-wh.de

Das subjektive Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen nach einer Trainings- und Erholungswoche

Mehrebenenmodelle für längsschnittliche Daten

Christian Hetzel¹, Martina Opfermann-Kersten² und Michael Holzer²

¹Deutsche Sporthochschule Köln

²Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Zusammenfassung. Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Evaluation des subjektiven Wohlbefindens nach einer einwöchigen Gruppenintervention für pflegende Angehörige, durchgeführt von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Für das Wohlbefinden (WHO-5 Index) wird ein Längsschnitt mit vier Messzeitpunkten innerhalb von 6 Monaten in zwei Regionen bzw. drei Einrichtungen eingesetzt und mehrebenenanalytisch ($n = 545$ Messwerte von $n = 145$ Personen) im finalen Modell für Geschlecht, Pflegebedürftigkeit, Region und Verlauf der Pflegebelastungen kontrolliert. In der Gesamtgruppe (86% Frauen, mittleres Alter 57 Jahre, 54% klinisch relevante Depressivität, 64% mindestens Pflegestufe 2, 40% Demenz) scheint das Wohlbefinden kurzfristig sehr deutlich (Cohen's $d = 0,41$) zu steigen und mittelfristig geringfügig über dem Ausgangsniveau ($d = 0,17$) zu bleiben. Die Kurven variieren substantiell nach Region und Verlauf der Pflegebelastungen. Diskutiert werden insbesondere Verbesserungspotenziale in der Qualität und der Nachhaltigkeit der Intervention. Kausale Aussagen sind begrenzt, weil eine längsschnittliche Kontrollgruppe fehlt. Die Intervention könnte ein Modell für eine gesetzliche Regelleistung sein.

Schlüsselwörter: häusliche Pflege, Angehörige, Gruppeninterventionen, Wohlbefinden, Mehrebenenanalyse

Informal Caregivers' Subjective Well-Being After a Training and Recreation Week: Multilevel Models for Longitudinal Data

Abstract. The aim of this study was to evaluate the subjective well-being of informal caregivers after a 1-week group intervention offered by the Social Insurance for Agriculture, Forestry, & Horticulture (SVLFG). The study design to evaluate well-being (WHO-5 Index) was based on a panel of four dates within 6 months in two regions and three institutions. The final multilevel model ($n = 545$ measures of $n = 145$ individuals) was controlled for sex, need for care, region, and process of burden. For the whole group (86% women; average age 57 years; 54% with clinically relevant depression; 64% with at least Care Level 2, 40% with dementia), well-being increased substantially (Cohen's $d = 0.41$) in the short term and remained slightly ($d = 0.17$) above the baseline in the medium term. The curves vary substantially for region and process of burden. The potentials for improving the quality of interventions and sustainability is discussed. The absence of a longitudinal control group limits any causal interpretation. The intervention could be a model for standard services offered by the public health system.

Keywords: homecare, informal caregiver, group intervention, well-being, multilevel analysis

Pflegende Angehörige sind angesichts der hohen Belastungen weniger gesund als Personen ohne private Pflegeaufgaben (z. B. Faßmann, 1996; Schulze & Drewes, 2004; Wilz, Kalytta & Küssner, 2005; Schneekloth & Wahl, 2005; Meyer, 2006; Pinquart & Sörensen, 2006a; Schäufele Köhler, Lode & Weyerer, 2007; Clark & Diamond, 2010; Rösler-Schidlack, Stummer & Ostermann, 2010;

TK, 2013; COMPASS, 2015). Zum Jahresende 2011 gab es in Deutschland rund 2,5 Millionen pflegebedürftige Personen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Mehr als zwei Drittel der pflegebedürftigen Personen (70 Prozent bzw. 1,76 Millionen) wurden zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt, 2013, S. 7). Nach den Daten des Sozio-ökonomischen Panels übernehmen etwa

Die Autoren danken Frau Prof. Dr. Britta Renner und den beiden anonymen Gutachten für die konstruktiven Hinweise.

doppelt so viele Menschen (ca. 3,5 Millionen) die häusliche Pflege (Rothgang, Müller & Unger, 2013, S. 107). Demografisch bedingt wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen bundesweit bis zum Jahr 2030 um etwa die Hälfte erhöhen, während die Zahl der Menschen, die in der Pflege arbeitet, eher rückläufig ist (Rothgang, Müller, Unger, Klie, Göhner & Schuhmacher, 2012). Pflegende Angehörige sind damit eine relevante Zielgruppe für Gesundheitsförderung und Prävention sowie eine tragende Säule pflegerischer Versorgungsstrukturen.

International gibt es einige Interventionsstudien und Metaanalysen (siehe unten). Allerdings ist die Befundlage als heterogen und unzureichend zu bewerten. Überraschend ist, dass es national kaum Interventionen geschweige denn Interventionsstudien gibt, die auf die Gesundheitsförderung und Prävention von pflegenden Angehörigen ausgerichtet sind. Lüdecke, Kofahl, Mesthenos, Triantafyllou und Döhner (2005) erklären dies damit, dass Sozial- und Gesundheitspolitik überwiegend am Pflegebedürftigen selbst und kaum am pflegenden Angehörigen orientiert ist. Eine Ausnahme ist die Trainings- und Erholungswoche der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). Seit dem Jahr 2006 haben bundesweit an inzwischen elf Standorten mehr als 2000 Personen an dieser stationären Gruppenintervention teilgenommen. Nach Kenntnis des Autors ist dieses Angebot ein Alleinstellungsmerkmal in der gesetzlichen Sozialversicherung – vergleichbares gab („Pflegen und sich pflegen lassen“ der Techniker Krankenkasse, Dlugosch & Mücke, 2006) oder gibt es („Mach mal PAUSE“ der BARMER GEK, www.pause-pflege.de) nur temporär. Der Verlauf des subjektiven Wohlbefindens nach der Trainings- und Erholungswoche wurde in zwei Regionen getrennt evaluiert (Hetzel, 2010, 2012a). Diese Evaluationen weisen aus noch darzustellenden Gründen Limitationen auf, die durch das Zusammenlegen der beiden Datensätze und mit angemessenen statistischen Methoden zumindest in Teilen überwunden werden können.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Verlauf des subjektiven Wohlbefindens bis sechs Monate nach der Trainings- und Erholungswoche anhand der gepoolten Datenbasis zu evaluieren. Für die Analyse der längsschnittlichen Daten sollen Mehrebenenmodelle eingesetzt werden. Das Potenzial dieser Methode ist für die Psychologie erkannt (z. B. Nezlek, Schröder-Abé & Schütz, 2006; Hosoya, Koch & Eid, 2014), aber sie wird in der gesundheitspsychologischen Evaluationsforschung bislang kaum eingesetzt.

Theoretischer Hintergrund

Personen fühlen sich subjektiv wohl, wenn sie eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen sowie häufig positive und selten negative Stimmungen und Gefühle erleben. Ein schlechtes subjektives Wohlbefinden ist oft mit einer erhöhten Depressivität verbunden (Eid & Larsen, 2008). Subjektives Wohlbefinden ist unter anderem eine Folge gesundheitsförderlichen Verhaltens, dessen Bedingungen theoretisch insbesondere mit der „Theory of Planned Behavior“ (Ajzen & Fishbein, 1980), dem „Transtheoretischen Modell“ (Prochaska & DiClemente, 1983), dem „Precaution Adoption Process Model“ (Weinstein & Sandman, 1992) oder dem „Health Action Process Approach“ (Schwarzer & Fuchs, 1996) erklärt werden. Im Kern liegen diesen Modellen folgende psychologische Determinanten des Gesundheitsverhaltens zugrunde:

- Risikowahrnehmung: Überzeugung, durch ein Gesundheitsproblem persönlich verwundbar zu sein, was auch die vermeintlichen Konsequenzen einer Erkrankung mit einschließt;
- Wahrgenommener Nutzen des Gesundheitsverhaltens: das Verhältnis der wahrgenommenen Kosten zu den Barrieren dieses Verhaltens;
- Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997) die Erwartung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbst ausführen zu können.

Im Kontext pflegender Angehöriger haben sich Modelle bewährt, die auf das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) zurückgehen und entsprechend adaptiert wurden (z. B. Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990; Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit & Whitlatch, 1995; Zank, 2010; Gräsel & Adabbo, 2011). Wesentlich dabei ist, dass primäre von sekundären Stressoren unterschieden werden (primär: direkt mit der Pflege Tätigkeit verbunden, sekundär: Rollenkonflikte mit Beruf und/oder Familie, persönliche Einschränkungen), dass im Stressprozess Moderator- und Mediatoreffekte von Coping und sozialer Unterstützung spezifiziert werden, dass Kontextfaktoren (z. B. Geschlecht, Alter, Pflegebedarf, Pflegehistorie, Pflegemotivation, Unterstützungsstrukturen im privaten und professionellen Umfeld, finanzielle Ressourcen) dabei wichtige Determinanten sind und dass chronisch andauernder Stress zu negativen Konsequenzen für die pflegenden Angehörigen führt (z. B. Depressivität).

Empirische Befunde

Die psychologischen Determinanten gesundheitsförderlichen Verhaltens sind empirisch vielfach bestätigt (Bengel & Jerusalem, 2009), im Kontext pflegender Angehöriger jedoch kaum untersucht. Bedingungen der häuslichen Pflege sowie die Gesundheit der pflegenden Angehörigen sind als gut erforscht zu werten. In für Deutschland repräsentativen Querschnittsuntersuchungen zeigt sich immer wieder, dass bei pflegenden Angehörigen geringeres Wohlbefinden bzw. höhere Depressivität assoziiert ist insbesondere mit höherer Pflegebedürftigkeit, mit dem Vorliegen einer demenziellen Erkrankung, mit geringeren finanziellen Ressourcen, mit einer längeren Pflegehistorie, mit geringerer Bildung und bei Frauen (z. B. Schulze & Drewes, 2004; Schneekloth & Wahl, 2005; Schäufele Köhler, Lode & Weyerer, 2007; Zank, 2010; TK, 2013; COMPASS, 2015). Das Alter ist in diesen Studien von nachrangiger Bedeutung, möglicherweise weil sich förderliche Faktoren (z. B. weniger berufliche Rollenkonflikte mit Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters) und hemmende Faktoren (z. B. mit dem Alter zunehmende chronische Erkrankungen) aufheben. Metaanalytisch wurden im Rahmen der häuslichen Pflege signifikante Korrelation zwischen Depression und Belastung (Pinquart & Sörensen, 2003) bzw. Frauen (Pinquart & Sörensen, 2006b) festgestellt. In einer längsschnittlichen Beobachtungsstudie von Angehörigen demenziell erkrankter Menschen in Deutschland konnten differenzierte Belastungsverläufe über die Zeit aufgezeigt werden, die insbesondere vom initialen Pflegebedarf abhängen und das subjektive Wohlbefinden beeinflussen (Zank, 2010). Ferner wird dargestellt, dass emotionale und instrumentelle Bewältigungsmöglichkeiten für die Vorhersage von Depressivität bedeutsam sind.

Bei der häuslichen Pflege von demenziell erkrankten bzw. älteren Menschen gibt es zahlreiche Interventionsstudien sowie Metaanalysen (z. B. Pinquart & Sörensen, 2002, 2006a, 2006b; Selwood, Johnston, Katona, Lyketos & Livingston, 2007; Coon & Evans, 2009; Mantovan, Ausserhofer, Huber, Schulc & Them, 2010; Kurz & Wilz, 2011). Unterstützende und entlastende Interventionen für pflegende Angehörige reduzieren die subjektive Belastung der Pflegenden, reduzieren Depressivität, erhöhen das subjektive Wohlbefinden, verbessern Wissen und Pflegekompetenzen und reduzieren die Symptome der Gepflegten. Dennoch kommen die Autoren im Kern zu dem Schluss, dass die Befundlage zur Effektivität als heterogen und unzureichend zu bewerten ist. Denn Effektstärken seien meist gering und die methodische Qualität sei vielfach defizitär (z. B. fehlende Randomisierung der Untersuchungsgruppen, kleine Stichproben, kurze Unter-

suchungszeiträume). Zudem sei Kritik an der Konzeption der Interventionen angebracht. Beispielsweise kommen Kurz und Wilz (2011) in ihrem Überblick zu dem Schluss, dass die meisten bisherigen Interventionen den Schwerpunkt auf problemorientierte Strategien (Wissensvermittlung, Verbesserung der Problemlösefähigkeit, Erweiterung des Hilfenetzes) legen, während emotionalen Anteilen der Angehörigenbelastung nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Zu den emotionalen Anteilen zählen insbesondere Bearbeitung von Beziehungswandel und Verlusten, Veränderung von Einstellungen und Bewertungen sowie Anleitung zur Selbstfürsorge. Für letzteres ist zentral: persönlich wertgeschätzte Ziele entwickeln und verfolgen, sich positiven Aspekten des Lebens öffnen, soziale Kontakte pflegen, positive Gefühle anderen gegenüber ausdrücken (Kaluza, 2004; Luhmann, Hofmann, Eid & Lucas, 2012).

Das Konzept der Trainings- und Erholungswoche nimmt zumindest in Teilen diese Kritik auf (siehe dazu unten). Wesentlicher gemeinsamer Befund zu den beiden Evaluationen (Hetzel, 2010, 2012a) ist folgender. Das subjektive Wohlbefinden steigt im Mittel zum ersten Erhebungszeitpunkt nach einem Monat deutlich, sinkt zum zweiten Erhebungszeitpunkt nach drei Monaten (aber weniger deutlich) und steigt geringfügig zum dritten Erhebungszeitpunkt nach sechs Monaten an. Allerdings wurden mittlere Veränderungen nur jeweils über zwei Messzeitpunkte getestet, aber nicht über den gesamten Beobachtungszeitraum. Zudem wurden interindividuelle Unterschiede nur für Aggregate der Ausgangsbelastung und des Pflegeverlaufs ermittelt. Weitere mögliche Personenheterogenitäten (z. B. nach Geschlecht oder Alter) wurden fallzahlbedingt nicht explizit analysiert. Nicht zuletzt fallen Unterschiede zwischen den Regionen sowohl im Ausgangsniveau als auch im Verlauf des Wohlbefindens auf, ohne dass diese vergleichend analysiert wurden.

Hypothesen

Ziel ist es, den Verlauf des subjektiven Wohlbefindens bis sechs Monate nach der Trainings- und Erholungswoche zu evaluieren und dabei für wesentliche Kovariaten zu kontrollieren.

Das subjektive Wohlbefinden scheint unmittelbar nach der Intervention stark anzusteigen und dann abzuflachen. Um einen den Daten angemessenen Verlauf des Wohlbefindens (Wachstumskurve) zu modellieren, sollen daher eine quadratische, eine kubische und eine logarithmische Funktion verglichen werden (H1). Das Niveau der

Wachstumskurve ist geringer, wenn die initiale Pflegebedürftigkeit höher ist (H2), wenn eine Demenz vorliegt (H3), wenn die finanziellen Ressourcen gering sind (H4), wenn der Pflegebeginn länger zurück liegt (H5) und bei Frauen (H6). Das Niveau ist unabhängig vom gesetzlichen Renteneintrittsalter (H7). Kommen im Zeitverlauf zusätzliche Stressoren hinzu, dann ist das Wohlbefinden geringer (H8a). Pflegende Personen in stabilen Pflegesituationen (d.h. es kommen über den gesamten Beobachtungszeitraum keine zusätzlichen Stressoren dazu) können das Wohlbefinden deutlicher steigern als pflegende Personen in Pflegesituationen mit zunehmenden Stressoren (H8b). Personen in Pflegesituationen mit zunehmenden Stressoren können das Wohlbefinden nachhaltig zumindest stabilisieren (H8c). Nicht zuletzt soll der Einfluss der Region (H9) sowohl auf das Niveau als auch auf den Verlauf des Wohlbefindens kontrolliert werden, um die oben beschriebenen Limitationen zu überwinden. H2–H9 sind nicht unabhängig voneinander. Daher soll der gleichzeitige Einfluss der genannten Variablen auf die Wachstumskurve modelliert werden. Dadurch wird der Einfluss der einzelnen Variablen auf die Wachstumskurve um den Einfluss der übrigen im Modell befindlichen Variablen adjustiert.

Methode

Konzept und Durchführung der Intervention

Die Trainings- und Erholungswoche ist eine stationäre Gruppenintervention für pflegende Angehörige mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention. Sie dauert sieben Tage und ist auf Gruppen bis maximal 15 pflegende Angehörige (ohne die gepflegten Personen) ausgerichtet. Gegenstand der Evaluation ist der Interventionszeitraum 2007/2008 in einer Einrichtung im Süden Deutschlands (Rehabilitationszentrum Klinik Rosenhof in Bad Birnbach) und 2009/2010 in zwei Einrichtungen im Westen Deutschlands (Gesundheitszentrum Saarschleife in Mettlach Orscholz, Klinik Lohrey in Bad Soden-Saalmünster). Das Angebot ist finanziert über gesetzliche Leistungen zuzüglich einem Eigenanteil von 99,- Euro. Einschlusskriterien sind, dass eine Pflegestufe vorliegt und dass entweder die pflegende oder die gepflegte Person in der Krankenkasse der SVLFG versichert ist oder dass die gepflegte Person durch einen landwirtschaftlichen Arbeitsunfall zum Pflegefall geworden ist.

Zum Interventionsbeginn wird die eigene Pflegesituation im Hinblick auf pflegebezogene und psychologische

Aspekte analysiert. Dies erfolgt in moderierten Gruppendiskussionen sowie optional in einem Einzelgespräch. Schwerpunkte bei den auf die Pflegeverrichtung bezogenen Informationen und Trainingsmaßnahmen erfolgen nach individuellen Bedarfen und in Abstimmung mit den Teilnehmenden (Informationen zu Krankheitsbildern, Umgang mit Demenz, Transfer- und Lagerungstechniken, Hygiene, Ernährung, Medikamente, Sterbebegleitung). Ergänzend werden Informationen zu gesetzlichen Leistungsansprüchen, Unfallschutz und Angeboten zur Unterstützung und Entlastung gegeben. Ziel der auf die psychologischen Aspekte bezogenen Anteile ist der Aufbau personaler Ressourcen sowie die erfolgreiche Bewältigung der mit der Pflege verbundenen primären und sekundären Stressoren (Auslöser von und Umgang mit Stress, Konfliktbewältigung, Kommunikation, Akzeptanz der Pflegesituation, Beziehung zur pflegebedürftigen Person, Aufbau von Selbstwirksamkeit und Gesundheitsverhalten). Konzeptionelle Basis sind die dargestellten Stress-theorien, die Quellen der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1977) sowie Elemente aus der Selbstmanagement-Therapie, insbesondere Aufbau von Änderungsmotivation, Zielvereinbarungen, Entwicklung von Handlungsplänen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012). Methodisch werden gruppentherapeutische Ansätze (Wirkmechanismen nach Yalom, für die Intervention detailliert dargestellt in Engel und Engel, 2012) eingesetzt und optionale Einzelgespräche geführt, um auf individuelle Bedarfe zu reagieren. Tägliche Angebote zu Entspannungstechniken (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation), zu Bewegungsübungen für ein individuelles Heimprogramm und zur Freizeitgestaltung fördern den Aufbau gesundheitsförderlichen Verhaltens und lassen Erholungseffekte erwarten. Die auf die Pflegeverrichtung bezogenen Inhalte einschließlich emotionsorientierter Anteile werden von Pflegefachkräften und PhysiotherapeutInnen erbracht. Diplom-PsychologInnen leiten die gemeinsame Gesprächsrunden, die optionalen Einzelgespräche und die Entspannungseinheiten. Folgende „Behavioral Change Techniques“ (Michie, Ashford, Sniehotta, Dombrowski, Bishop & French, 2011) sind bei der Intervention zentral: Zielverhalten setzen, Handlungsplanung, Barrierenidentifikation, Modellernen, soziale Unterstützung anregen, Stressmanagement. Die Programmabläufe der drei Einrichtungen zeigen etwa folgende Zeitanteile: Pflegekurs einschließlich emotionsorientierter Anteile 50 %, Psychologie einschließlich Entspannung 20 %, Bewegung 20 %, Informationen 10 %.

Die ReferentInnen wurden von den Angebotsverantwortlichen der SVLFG auf die Interventionen vorbereitet. Zudem wurde ein Erfahrungsaustausch unter den Referenten organisiert. Dabei war handlungsleitend, dass die oben beschriebenen Schwerpunkte in allen Einrichtungen umgesetzt wurden und dass aber gleichzeitig noch Hand-

lungsspielräume zur Individualisierung bestehen blieben. So wurde in den Einrichtungen der Westregion ein Einzelgespräch zur Ermittlung des individuellen Bedarfs verpflichtend am ersten Tag geführt, während dies in der Südregion freigestellt wurde. Unterschiede ergaben sich in der zeitlichen Reihenfolge des Programmablaufs sowie bezüglich der Freizeitangebote, Entspannung und aktiven Erholung, weil hier die Ressourcen der Einrichtung bzw. der näheren Umgebung genutzt wurden.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte über allgemeine Öffentlichkeitsarbeit (Anzeigen in Regional- und Fachzeitschriften, Internetauftritt, Informationsveranstaltungen), über Ansprache durch Multiplikatoren (insbesondere der örtliche Berufsstand und der SVLFG-Präventionsdienst) sowie persönliche Anschreiben von zufällig ausgewählten pflegebedürftigen Personen, die bei der SVLFG versichert sind (Ausschöpfungsquote etwa 10 % nach Eigenangaben der SVLFG).

Design

Gegenstand der Evaluation war die Effektivität der Trainings- und Erholungswoche bezüglich des subjektiven Wohlbefindens der Teilnehmenden für den genannten Interventionszeitraum. Erhebungszeitpunkte waren die Basiserhebung bei Interventionsbeginn (t_0) sowie die Katamnese nach einem Monat (t_1), drei Monaten (t_2) und sechs Monaten (t_3). Zudem wurde für t_0 in der Westregion eine Vergleichsgruppe erhoben, die die SVLFG mithilfe von Anschreiben von zufällig ausgewählten Personen der Zielgruppe generierte. Die Daten wurden mittels Fragebögen erhoben. Für auftretende Fragestellungen beim Ausfüllen der Fragebögen bei t_0 standen die Angebotsverantwortlichen der SVLFG vor Ort zur Verfügung, bei den Katamnesen telefonisch. Der Rücklauf erfolgte postalisch und portofrei.

Es wurden u. a. zwei erprobte Messinstrumente eingesetzt. Der WHO-5 Index (Bech, 2012) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung des gegenwärtigen psychischen Wohlbefindens. Es wird in fünf Fragen mit sechsfach gestuften Likert-Skalen danach gefragt, inwieweit im Zeitraum der letzten zwei Wochen die folgenden Gefühle oder Stimmungen vorherrschend waren: a) ausgeglichene Laune, Fröhlichkeit, b) Entspannung, c) Akti-

vität und Vitalität, d) Energiegeladenheit und e) Interesse an Dingen (Antwortmöglichkeiten jeweils: die ganze Zeit, meistens, etwas, mehr als die Hälfte der Zeit, etwas weniger als die Hälfte der Zeit, ab und zu, zu keinem Zeitpunkt). Die psychometrischen Eigenschaften des WHO-5 gelten als ausgezeichnet (Brähler, Mühlan, Albani & Schmidt, 2007). Bei Personen mit Werten unter 13 gilt das Wohlbefinden als schlecht und zudem als guter Indikator für eine Depression nach ICD-10 (Henkel, Mergl, Kohlen, Maier, Möller & Hegerl, 2003). Der Disability-Index ermittelt die Pflegebedürftigkeit sowohl in kognitiver als auch in funktionaler Hinsicht anhand von 17 dichotomisierten Items, davon zehn ADL (activities of daily living) des Barthel-Index und sieben IADL (instrumental activities of daily living). Er gilt als valides Instrument (Döhner et al., 2007, S. 52). Die Reliabilitäten dieser Skalen sind in der vorliegenden Studie erwartungsgemäß hoch (siehe Tab. 3). Die Korrelation der Pflegestufen zum Disability-Index ist substantiell ($r_{\text{Spearman}} = 0,62$) und unterstreicht die Validität.

Datenbasis

Folgende Variablen werden verwendet. Erhebungszeitpunkt in Monaten (ZEIT mit 0, 1, 3 und 6, zusätzlich ZEIT2 bzw. ZEIT3 als zweite bzw. dritte Potenz), Geschlecht (SEX mit 0 = Mann, 1 = Frau), gesetzliches Renteneintrittsalter (AGE mit 0 = 65 Jahre und jünger, 1 = 66 Jahre und älter), Einkommen (EINKOMMEN mit 0 = subjektiv sehr schlecht bis mäßig, 1 = subjektiv sehr gut oder gut), Pflegedauer (DAUER, in Monaten), demenzieller Status (DEMENZ mit 0 = nein, 1 = ja¹) und Pflegebedürftigkeit gemäß Disability-Index (DISABILITY: Skala 0–17, mit höherer Wert entspricht höhere Pflegebedürftigkeit, siehe unten) jeweils bei der Basiserhebung, Wohlbefinden zum aktuellen Erhebungszeitpunkt anhand des WHO-5 Index (WOHL: 0–5 mit höherer Wert = höheres Wohlbefinden), zusätzliche Belastungen zwischen dem vorherigen und dem aktuellen Erhebungszeitpunkt² (BEL, Skala 0–2, mit höherer Wert = mehr zusätzliche Belastungen) und kumulierte Belastungen im Beobachtungszeitraum (BELCUM mit 0 = mindestens eine zusätzliche Belastung³, 1 = stabile Belastungen) sowie Region (REGION mit 0 = Süd, 1 =

¹ Ärztliche Diagnose „Demenz“ und pflegebedürftige Person zeigt Verhaltensauffälligkeiten, z. B. umherwandern, ständiges Wiederholen von bereits Gesagtem, unangemessenes Schreien, grundlos schreien, unangemessen an-/ausziehen.

² BEL ist der Mittelwert aus folgenden Angaben: bei jedem Messzeitpunkt wurde erhoben, ob sich bestimmte Bedingungen verschlechtert haben (Hilfsbedürftigkeit, finanzielle Situation, Verfügbarkeit von Helfern, für die Pflege verfügbare Zeit jeweils mit 0 = besser/gleich, 1 = etwas schlechter, 2 = viel schlechter) und ob eine Krisensituation aufgetreten ist (0 = nein, 2 = ja). Bei der Basisdatenerhebung wurde nach Veränderungen in den letzten sechs Wochen gefragt.

³ Personen mit fehlenden Angaben bei BEL zu mindestens einem Messzeitpunkt, werden bei BELCUM der Gruppe 0 zugeordnet.

Tabelle 1. Brutto- und Nettostichprobe

Zeile	Fälle	Südregion	Westregion	Gesamt
1	brutto	107	100	207
2	- Fälle ohne t_0 (Basis)	-	8	8
3	- Fälle mit drop bei t_1 (1 Monat)	8	17	25
4	- Fälle mit drop bei t_2 (3 Monate)	5	15	20
5	- Fälle mit nur zwei vollständigen t	1	8	9
6	= netto	93	52	145
7	= (Anteil von brutto)	(87 %)	(52 %)	(70 %)
8	davon 3 Messzeitpunkte vollständig	35	18	53
9	davon 4 Messzeitpunkte vollständig	58	34	92

Anmerkungen: t = Messzeitpunkt; EM-Ersetzung bei BEL_{t_0} in Südregion (siehe Text) nach Zeile 3.

West⁴). DISABILITY und DAUER werden jeweils am Gesamtmittelwert zentriert (grand-mean), so dass der Nullpunkt jeweils der durchschnittlichen Ausprägung über alle Personen entspricht. Alle anderen Items bzw. Skalen haben einen natürlichen Nullpunkt.

Die Mehrebenenanalyse setzt für jeden der zu analysierenden Messzeitpunkte vollständige Daten voraus. Aufgrund fehlender Werte werden folgende Personen ausgeschlossen (siehe Tabelle 1): erstens, die an der Basiserhebung nicht teilgenommen haben; zweitens, die die häusliche Pflege vor dem ersten bzw. zweiten Messzeitpunkt beendet haben (Grund: Heimeinzug oder Tod des Angehörigen); drittens, die übrigen Personen, die bei zwei Messzeitpunkten keinen Fragebogen ausgefüllt haben. In der Westregion wird der Wert für BEL_0 mittels Expectation-Maximization-Algorithmus geschätzt, weil dort nur eins von fünf Items von BEL erhoben wurden (nach Zeile 3, Tab. 1). Dafür werden folgende Drittvariablen eingesetzt: das Auftreten einer Krisensituation im letzten halben Jahr (ein Item von BEL), $WOHL_{t_0}$, DISABILITY und Alter der pflegebedürftigen Person sowie BEL_1 (MCAR-Test nach Little $\chi^2(43) = 57,8$; $p = 0,065$). Der so bereinigte Datensatz beinhaltet noch 145 Personen mit drei oder vier Messzeitpunkten, die in die weiteren Auswertungen eingehen.

Die Ausfälle sind in Bezug auf die in die Untersuchung eingehenden Merkmale weitgehend unsystematisch (siehe Tabelle 2). Eine Ausnahme ist, dass die Panelmortalität in der Westregion deutlich höher ist. Dies liegt insbesondere daran, dass vergleichsweise deutlich mehr Personen im Beobachtungszeitraum aus den oben berichteten Gründen nicht mehr zu Hause pflegen („echte Abbrecher“, Zeile 3 und 4 in Tabelle 1) und dass dort mehr

Personen an einzelnen Messzeitpunkten nicht teilnehmen (Zeile 2 und 5 in Tab. 1). Vor allem die „echten Abbrecher“ ($n = 45$ aus den Zeilen 3 und 4 in Tab. 1) dürften erklären, warum die Ausfälle sich bei der Basiserhebung signifikant weniger wohl fühlen und nach einem Monat signifikant mehr zusätzlichen Belastungen ausgesetzt sind.

Statistische Analysen und Berechnungen

Für die Analyse von längsschnittlichen Daten, d.h. Personen werden mehrfach zu unterschiedlichen Messzeitpunkten befragt, haben sich insbesondere Mehrebenenmodelle bewährt (gemischte Modelle und hierarchisch lineare Modelle sind alternative Begriffe, zum Verfahren siehe z. B. Raudenbush & Bryk, 2002; Hox, 2010; Snijders & Bosker, 2012). Die Methode bietet zusammenfassend folgende Vorteile (Nezlek et al., 2006; Kwok, Underhill, Berry, Luo, Elliott & Yoon, 2008; Hosoya et al., 2014). Die Abhängigkeit der Messwerte kann modelliert werden. Denn Messwerte (Ebene 1) sind innerhalb von Personen (Ebene 2) verschachtelt, die wiederum in weiteren soziologischen Kontexten oder Regionen verschachtelt sein können. Auch von der Normalverteilung abweichende Residualstrukturen können modelliert werden. So liegt bei längsschnittlichen Daten häufig ein autoregressiver Effekt auf die Residuen der Ebene 1 vor, so dass die Kovarianzstruktur der abhängigen Variablen berücksichtigt werden muss. Ferner kann auch die Residualstruktur zwischen den Ebenen heterogen sein (Heteroskedasität), so dass Zufallseffekte spezifiziert werden müssen. Bei Nichtberücksichtigung von derartigen Ab-

⁴ Es gibt in der Westregion keinen systematischen Einfluss der beiden Einrichtungen auf die Zielgröße (Hetzel, 2012a), so dass auf diese Differenzierung verzichtet wird.

hängigkeiten würden Standardfehler verzerrt geschätzt, wodurch die Validität inferenzstatistischer Schlüsse gefährdet ist. Des Weiteren können mit Mehrebenenmodellen Effekte einer höheren Ebene auf eine niedrigere Hierarchieebene bewertet werden (cross-level-Interaktionen). Zudem können Effekte von kategorialen oder kontinuierlichen, zeitvarianten und zeitstabilen Prädiktoren oder Kovariaten simultan berücksichtigt werden. Die Zahl der für jede Person vorliegenden Messwiederholungen kann unterschiedlich sein, d.h. es können einzelne Messzeitpunkte fehlen, ohne dass die Person komplett ausgeschlossen werden muss. Durch die Verwendung einer Zeitvariablen können auch unterschiedlich große Zeitabstände zwischen den Messzeitpunkten sowie nicht-lineare Entwicklungen der abhängigen Variablen (sog. Wachstumskurven) spezifiziert werden. Zusammenfassend sind mit dieser Methode sowohl mittlere Veränderungen über den gesamten Beobachtungszeitraum als auch interindividuelle Unterschiede bzw. Abweichungen von den mittleren Veränderungen bewertbar.

Tabelle 2. Drop-Out-Analyse

	Unterschied zwischen drop (n = 56) und Nicht-drop (n = 145)	
	t bzw. χ^2	p
REGION	$\chi^2(1; n = 201) = 30,04$	<0,001
SEX	$\chi^2(1; n = 199) = 0,69$	0,504
DISABILITY	$t(196) = -1,33$	0,185
AGE65	$\chi^2(1; n = 199) = 2,90$	0,110
DEMENZ	$\chi^2(1; n = 187) = 0,10$	0,864
EINKOMMEN	$\chi^2(1; n = 190) = 0,65$	0,506
DAUER	$t(195) = 1,21$	0,228
WOHL ₀	$t(189) = 1,94$	0,054
WOHL ₁	$t(175) = 0,25$	0,800
WOHL ₃	$t(158) = -0,42$	0,672
WOHL ₆	$t(142) = -1,49$	0,138
BEL ₀	$t(172) = -1,37$	0,172
BEL ₁	$t(158) = -2,60$	0,010
BEL ₃	$t(144) = -0,83$	0,409
BEL ₆	$t(131) = -0,44$	0,660

Anmerkung: bei den Tests zu BEL drop (n = 29)

Ziel ist es Mehrebenenmodelle zu den oben skizzierten Hypothesen zu entwickeln. Dabei sollen die Modelle schrittweise aufgebaut werden, um am Ende ein Modell zu erhalten, das nur noch statistisch bedeutsame Varia-

blen beinhaltet – es sei denn, dass starke theoretische Gründe für das Beibehalten eines insignifikanten Prädiktors vorliegen. Auf diese Weise kann Overfitting minimiert werden. „Overfitting“ meint, dass das Modell bei zu vielen Einflussvariablen zu komplex ist und zu viele zu schätzende Parameter im Vergleich zum Informationsgehalt der Daten beinhaltet. Bei einem zu großen Modell kann es sein, dass Zufallszusammenhänge angepasst und damit unter Umständen unberechtigt Zusammenhänge zwischen solchen Einflussvariablen und der Zielgröße postuliert und inhaltlich interpretiert werden.

Das Ausgangsmodell ist das Nullmodell mit der *i*-ten Person zum Messzeitpunkt *t* (*e* erfasst die Residualvariation auf der intraindividuellen Ebene, *r* die der interindividuellen Ebene, γ^5 sind die unstandardisierten Regressionskoeffizienten): $WOHL_{ti} = \gamma_{00} + r_{0i} + e_{ti}$. Anhand des Nullmodells kann der Intraklassenkoeffizient (ICC) berechnet werden. Er bezeichnet den Anteil der Varianz zwischen den Ebene-2-Einheiten auf der abhängigen Variablen an der Gesamtvarianz. Ist diese Varianz substantiell, ist eine Mehrebenenanalyse zwingend und das Modell eignet sich zur Prüfung zeitstabiler Unterschiede zwischen den Personen auf der abhängigen Variable.

Im zweiten Schritt soll ein Wachstumskurvenmodell spezifiziert werden, das den Verlauf des Wohlbefindens möglichst gut abbildet. Dazu wird der Erhebungszeitpunkt als Variable ins Modell aufgenommen und eine kubische (2a), quadratische (2b) und logarithmische Funktion (2c) geprüft. Die Belastungen BEL als zeitvariante Kovariate werden dabei zusätzlich ins Modell aufgenommen.

Im dritten Schritt werden die Variablen aufgenommen, die den Hypothesen folgend die Wachstumskurve in ihrem Verlauf beeinflussen. Das sind erstens die Region und zweitens die kumulierten Belastungen (Modell 3a). Bedeutsame Variablen werden beibehalten (Modell 3b).

Im vierten Schritt wird das ermittelte Wachstumskurvenmodell um sämtliche weitere Variablen erweitert, die die Kurve potenziell parallel verschieben und damit interindividuelle Unterschiede bzw. zeitstabile Personenheterogenität abbilden (Modell 4a). Bedeutsame Variablen und Zufallskomponenten werden beibehalten (Modell 4b).

Modell 4b: $WOHL_{ti} = \gamma_{00} + \gamma_{01} * REGION_i + \gamma_{02} * SEX_i + \gamma_{03} * DISABILITY_i + \gamma_{04} * BELCUM_i + \gamma_{10} * BEL_{ti} + \gamma_{20} * ZEIT_{ti} + \gamma_{21} * REGION_i * ZEIT_{ti} + \gamma_{22} * BELCUM_i * ZEIT_{ti} + \gamma_{30} * ZEIT_{2_{ti}} + \gamma_{31} * REGION_i * ZEIT_{2_{ti}} + \gamma_{32} * BELCUM_i * ZEIT_{2_{ti}} + \gamma_{40} * ZEIT_{3_{ti}} + r_{0i} + r_{2i} * ZEIT_{ti} + r_{3i} * ZEIT_{2_{ti}} + r_{4i} * ZEIT_{3_{ti}} + e_{ti}$

Im fünften Schritt wird geprüft, ob ein autoregressiver Effekt erster Ordnung auf den Residuen modelliert wer-

⁵ Die γ -Koeffizienten haben zwei Indizes, wobei der erste die Koeffizientennummer der Binnen-Kontext-Regression (Messzeitpunkte) und der zweite die Variable der Zwischen-Kontext-Regression (Personenheterogenität) bezeichnet.

den muss, um verbleibende Autokorrelationen zwischen den Messzeitpunkten, die nicht durch das Modell abgefangen werden, zu berücksichtigen. Dazu wird die Kovarianz-Struktur der intraindividuellen Zufallsfehler spezifiziert (siehe Snijders & Bosker, 2012).

In allen Modellen wird in Ebene-2 nur dann für die Ebene-1-Steigungen ein Residuum eingeführt, wenn die Zufallskomponente signifikant ist (Chi-Quadrat-Test). Die Schätzer werden mit der Full-Maximum-Likelihood-Methode ermittelt. Dabei werden sowohl die Regressionskoeffizienten als auch die Varianz- und Kovarianzkomponenten in die Maximum-Likelihood-Funktion eingeschlossen. Das hat den Vorteil, dass das Informationskriterium von Akaike korrekt ermittelt werden kann ($AIC = -2LL + 2 \cdot q$ mit $-2LL =$ Devianz und $q =$ die Anzahl der geschätzten Parameter) und so auch Modelle, die nicht in hierarchischer Ordnung zueinander stehen, verglichen werden können. Optimal ist ein möglichst geringes AIC . Für die Beurteilung der Gesamtmodellanpassung und zum Vergleich der Modellalternativen werden ferner das Ebene-1- R^2 und Ebene-2- R^2 verwendet, die mit der vereinfachten Formel nach Snijders und Bosker (2012) ermittelt werden. Ergänzend werden im finalen Modell für die Entwicklung des Wohlbefindens im Längsschnitt und für die Personenheterogenität im Querschnitt die durchschnittlichen Effektstärken Cohen's d als Punktschätzer berechnet mit $d = (M_1 - M_2) / SD$. Dabei sind die übrigen Variablen des Modells am Mittelwert konstant gehalten und die Standardabweichung des Wohlbefindens wird über alle Erhebungszeitpunkte gemittelt. Nach Cohen (1988) ist $d \geq 0,2$ ein kleiner Effekt, $d \geq 0,5$ ein mittlerer und $d \geq 0,8$ ein starker Effekt. Sämtliche Analysen erfolgen mittels der Statistiksoftware HLM 7.0 und SPSS 22.

Ergebnisse

Es liegen 545 Messzeitpunkte (WOHL: $M = 2,53$; $SD = 1,07$; BEL: $M = 0,20$, $SD = 0,25$) von 145 Personen vor. Das Durchschnittsalter beträgt 57,3 Jahre ($SD = 10,2$). Frauen sind im Mittel etwas jünger ($M = 56,7$; $SD = 10,3$) als Männer ($M = 61,2$; $SD = 8,7$). 36 % der Personen pflegen jemanden in Pflegestufe 1, 50 % in Pflegestufe 2 und 14 % in Pflegestufe 3. Die weitere Deskription ist in Tabelle 3 dargestellt. Das Ausgangsniveau des Wohlbefindens beträgt im Mittel 2,30 bzw. als Summenscore 11,5 ($= 2,30 \cdot 5$). 53,5 % der Personen haben einen Wert unter-

halb der Schwelle von 13, die als Indikator für eine klinisch relevante Depression gilt. In der bivariaten Betrachtung ist das Wohlbefinden deutlich ($|r| \geq 0,20$; $p < 0,05$) geringer in der Westregion.

Die Vergleichsgruppe der Westregion ist bezüglich Geschlecht, Pflegebedarf, Demenz, Pflegedauer, Wohlbefinden strukturell ähnlich (für weitere Merkmale siehe Hetzel, 2012a, S. 41 ff.). Allerdings ist in der Interventionsgruppe der Anteil älterer Menschen deutlich geringer und das subjektive finanzielle Einkommen deutlich höher.

Die mehrbenenanalytischen Befunde sind in Tabelle 4 und für das Modell 4a in Tabelle 5 dargestellt. Der Anteil der Varianz des Wohlbefindens, der auf die Personenheterogenität (also auf die Unterschiedlichkeit der Personen in Ebene 2) zurückzuführen ist, beträgt 53,9 % ($ICC = 0,617 / (0,617 + 0,527)$). Das Modell mit der gemäß AIC besten Anpassung an die Daten ist das Modell 4b. Einziger insignifikanter Prädiktor ($p < 0,10$) ist die Pflegebedürftigkeit (DISABILITY), der aber aus theoretischen Gründen beibehalten wird. Der autoregressive Effekt auf Ebene 1 ist nicht bedeutsam (Modell 5).

H1: Die kubische Funktion bildet die Wachstumskurve des Wohlbefindens statistisch bedeutsam ab. Denn die Regressionskoeffizienten der ZEIT-Polynome sind signifikant (Modell 2a, 4b). Außerdem ist die Modellanpassung deutlich besser als bei den alternativen Operationalisierungen (2b und 2c, hier nicht dargestellt). Gemäß Modell 4b steigt das Wohlbefinden nach einem Monat im Mittel mit nahezu mittlerem Effekt ($d = 0,41$)⁶. Es sinkt aber nach drei bzw. sechs Monaten wieder, bleibt aber oberhalb des Basisniveaus (jeweils $d = 0,17$).

H2 (angenommen, Modell 4b): Ist die Pflegebedürftigkeit bei der Basiserhebung ceteris paribus (also bei Konstanz der anderen Variablen) eine Einheit höher, dann ist das Niveau des Wohlbefindens 0,696 Einheiten tiefer ($p < 0,10$).

H3, 4, 5, 7 (jeweils nicht angenommen, Modell 4a): Das Niveau des Wohlbefindens ist unabhängig davon, ob eine Demenz vorliegt bzw. wie gut das finanzielle Auskommen ist bzw. wie lange der Pflegebeginn zurückliegt bzw. vom Eintritt in das gesetzliche Renteneintrittsalter.

H6 (angenommen, Modell 4b): Bei Frauen ist im Vergleich zu Männern das Niveau des Wohlbefindens ceteris paribus um 0,455 Einheiten geringer. Der Effekt ist nahezu mittelgroß ($d = 0,43$).

H8a (angenommen): Steigt im Zeitverlauf der Index der Belastungen (BEL) ceteris paribus um eine Einheit (d.h. kommen Belastungen dazu), dann ist das Niveau des Wohlbefindens signifikant um 0,448 Einheiten geringer.

⁶ Für die Referenzgruppe (männliche pflegende Person, mittlere Pflegebedürftigkeit, keine zusätzlichen Belastungen im Zeitverlauf, Südregion) beträgt die Steigerung nach einem Monat 0,294 ($= 0,564 - 0,306 + 0,036$) Einheiten.

https://econtent.hogrefe.com/contentReq.requestUri} - Sunday, May 05, 2024 10:19:15 PM - IP Address:3.144.124.232

Tabelle 3. Deskription und bivariate Korrelationen

	n	M	SD	Interventionsgruppe													Vergleichsgruppe			
				2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	M	SD
1 REGION	145	,36		,09	,02	,20*	-,12	-,05	-,28*	-,12	-,34*	-,23*	-,19*	-,22*	,06	,08	,26*	,27*		
2 SEX	145	,86			-,04	-,14	,08	,15	,09	-,10	-,16	-,12	-,12	-,16	-,04	-,11	,02	-,05	,80	
3 DISABILITY	145	8,87	4,68			-,03	,29*	-,05	,04	-,10	-,15	-,14	-,05	-,04	,12	,11	,09	-,02	9,38	4,45
4 AGE65	145	,25					-,11	-,05	-,17*	,12	,09	-,07	-,07	-,05	-,02	,14	,26*	,10	,45	
5 DEMENZ	140	,40						,09	-,04	,01	-,14	-,12	-,11	-,09	,27*	,20*	,02	-,02	,30	
6 EINKOMM	140	,59							,14	,01	,13	-,08	,05	,00	-,24*	-,20*	-,23*	-,22*	,37	
7 BELCUM	145	,12							,23*	,11	,24*	-,24*	,27*	,23*	-,35*	-,28*	-,27*	-,33*		
8 DAUER	144	71,5	91,5							,00	,00	-,04	,01	-,04	-,04	-,07	-,05	-,10	64,9	62,2
9 WOHL ₀	145	2,30	1,18								,51*	,50*	,50*	,50*	-,09	-,03	-,10	-,21*	2,1	1,2
10 WOHL ₁	138	2,79	1,00								,53*	,53*	,53*	,63*	-,02	-,20*	-,10	-,10		
11 WOHL ₃	141	2,51	1,00											,67*	-,08	-,07	-,28*	-,24*		
12 WOHL ₆	127	2,51	1,02											,00	,00	-,01	-,23*	-,19		
13 BEL ₀	145	,23	,25												,32*	,11	-,03	-,03		
14 BEL ₁	138	,16	,22												,16	,16	,33*	,33*		
15 BEL ₃	141	,18	,26														,33*	,33*		
16 BEL ₆	127	,22	,28																	

Anmerkungen: n = Anzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung (nicht bei dichotomen Ausprägungen), Korrelation (Pearson) mit fallweisem Ausschluss, * p < 0,05, Vergleichsgruppe der Westregion n = 148, $\alpha_{\text{Bonferroni}}$ für WOHL₀ = 0,86 und DISABILITY = 0,90.

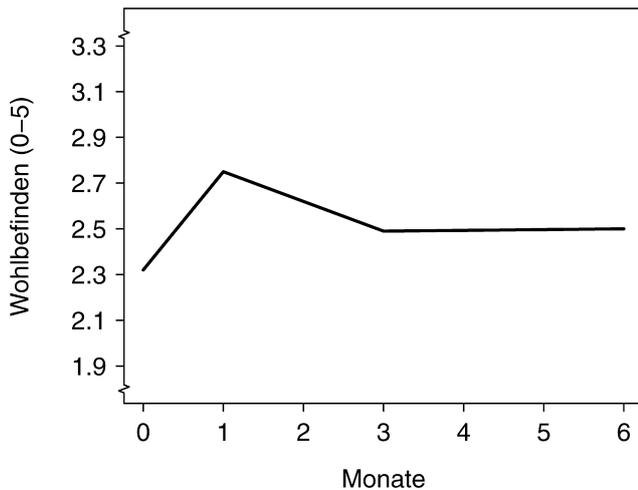


Abbildung 1. Verlauf des Wohlbefindens für die Gesamtgruppe.

H8b (angenommen): Pflegende Personen in stabilen Pflegesituationen (BELCUM=1) können das Wohlbefinden deutlicher steigern als pflegende Personen in Pflegesituationen mit zunehmenden Belastungen. Im Ausgangsniveau sind beide Gruppen gleich, nach einem Monat ist der Unterschied nahezu mittelgroß ($d = 0,43$), nach drei Monaten fast groß ($d = 0,73$) und nach sechs Monaten wieder etwa so wie nach einem Monat ($d = 0,40$).

H8c in Verbindung mit H9 (angenommen): Personen in Pflegesituationen mit zunehmenden Belastungen können das Wohlbefinden zumindest nachhaltig stabilisieren. Da die Region sowohl auf das Basisniveau als auch auf den Verlauf des Wohlbefindens einen deutlichen Einfluss hat, werden die Befunde regional differenziert. In der Südregion wird nach einem Monat eine kleine Steigerung erreicht ($d = 0,28$) und mittelfristig das Basisniveau gehalten. In der Westregion sind die Effekte deutlicher und mittelfristig wird sogar eine Steigerung des Wohlbefindens erreicht ($d = 0,42$ bzw. $d = 0,30$); allerdings ist das Ausgangsniveau des Wohlbefindens in der Westregion sehr deutlich geringer ($d = 0,66$). In beiden Regionen steigt also das Wohlbefinden bei Personen mit stabilen Pflegesituationen deutlich bis sehr deutlich auch mittelfristig. Dies ist sowohl in den Effektstärken (Tabelle 6) als auch grafisch (Abb. 1–3, Modell 4b, Kontrollvariablen am Mittelwert konstant gehalten) augenscheinlich.

Das finale Modell 4b erklärt 16,7% der Varianz des Wohlbefindens innerhalb der untersuchten Personen durch die Belastungen zum jeweiligen Messzeitpunkt und die drei Zeit-Variablen. Die einbezogenen Personenmerkmale (Geschlecht, Pflegebedürftigkeit, Region und kumulierte Belastungen) erklären 19,4% der Varianz des Wohlbefindens zwischen den untersuchten Personen.

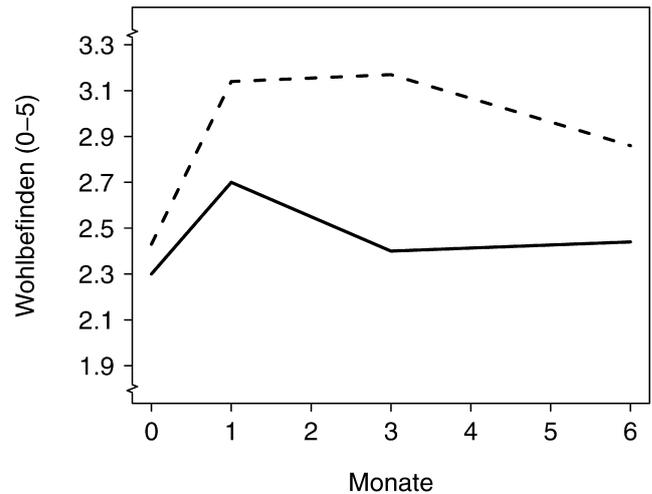


Abbildung 2. Verlauf des Wohlbefindens nach Belastungsentwicklung (durchgezogene Linie für zunehmende Belastungen, gestrichelte Linie für stabile Belastungen).

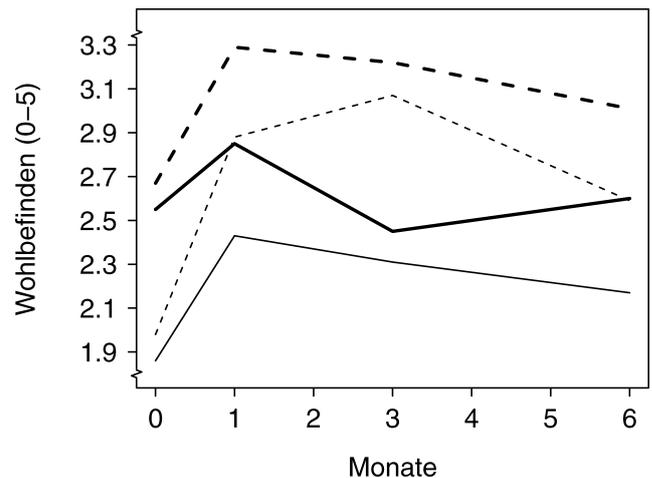


Abbildung 3. Verlauf des Wohlbefindens nach Region und Belastungsentwicklung (dicke durchgezogene Linie für Westregion zunehmende Belastungen, dicke gestrichelte Linie für Westregion stabile Belastungen, dünne durchgezogene Linie für Südregion zunehmende Belastungen, dünne gestrichelte Linie für Südregion stabile Belastungen).

Diskussion

Mittels Mehrebenenmodellen wird der Verlauf des Wohlbefindens von pflegenden Angehörigen analysiert, die an einer Trainings- und Erholungswoche teilgenommen haben. Bei Beginn der Intervention liegt etwa jede zweite teilnehmende Person (53,5%) im Bereich einer klinisch relevanten Depression. Dieser Anteil ist noch etwas höher als in der Beobachtungsstudie von Zank (2010) mit pflegenden Angehörigen von demenziell Erkrankten (35%). In jedem Fall ist er deutlich höher als in der Normierungsstichprobe, bei der je nach Alter und Ge-

Tabelle 4. Parameterschätzer für verschiedene Modelle

Ebene 1	Modell 0	Modell 2a	Modell 3a	Modell 3b	Modell 4b	Modell 5
Ebene 2						
<i>Fixe Effekte γ (s. e.)</i>						
Konstante γ_{00}	2,512* (0,072)	2,420* (0,103)	2,711* (0,115)	2,674* (0,115)	3,035* (0,164)	3,053* (0,197)
REGION γ_{01}	–	–	-0,808* (0,207)	-0,744* (0,193)	-0,696* (0,192)	-0,710* (0,182)
SEX γ_{02}	–	–	–	–	-0,455* (0,178)	-0,454* (0,187)
DISABILITY γ_{03}	–	–	–	–	-0,025 (0,014)	-0,024 (0,014)
BELCUM γ_{04}	–	–	-0,066 (0,306)	0,039 (0,249)	0,121 (0,248)	0,087 (0,266)
BEL γ_{10}	–	-0,494* (0,137)	-0,462* (0,137)	-0,461* (0,137)	-0,448* (0,135)	-0,483* (0,145)
ZEIT γ_{20}	–	0,725* (0,149)	0,422* (0,177)	0,562* (0,145)	0,564* (0,145)	0,553* (0,143)
* REGION γ_{21}	–	–	0,574 (0,315) ^o	0,324* (0,106)	0,321* (0,106)	0,337* (0,112)
* BELCUM γ_{22}	–	–	0,784 (0,528)	0,382* (0,185)	0,382* (0,186)	0,405* (0,160)
ZEIT2 γ_{30}	–	-0,329* (0,068)	-0,237* (0,086)	-0,305* (0,068)	-0,306* (0,068)	-0,304* (0,064)
* REGION γ_{31}	–	–	-0,169 (0,148)	-0,047* (0,016)	-0,046* (0,015)	-0,048* (0,017)
* BELCUM γ_{32}	–	–	-0,252 (0,223)	-0,055* (0,025)	-0,055* (0,025)	-0,058* (0,023)
ZEIT3 γ_{40}	–	0,035* (0,008)	0,028* (0,010)	0,035* (0,008)	0,036* (0,008)	0,035* (0,007)
* REGION γ_{41}	–	–	0,014 (0,017)	–	–	–
* BELCUM γ_{42}	–	–	0,022 (0,024)	–	–	–
<i>Zufallseffekte</i>						
Varianz r_0	0,617*	1,066*	0,934*	0,948*	0,896*	0,777*
Varianz r_2	–	1,386*	1,340*	1,439*	1,415*	0,141*
Varianz r_3	–	0,264*	0,267*	0,290*	0,285*	0,002*
Varianz r_4	–	0,003*	0,003*	0,004*	0,004*	–
Varianz e	0,527	0,288	0,275	0,262	0,267	0,316
Kovarianz AR(1) ρ	–	–	–	–	–	0,247
<i>Modellgüte</i>						
Devianz	1439,6	1372,5	1343,3	1344,5	1336,3	1344,2
AIC (Parameter)	1472 (3)	1405 (16)	1391 (24)	1389 (22)	1384 (24)	1386 (21)
R ² Ebene 1	–	0,060	0,138	0,136	0,167	0,158
R ² Ebene 2	–	0,049	0,149	0,148	0,194	0,205

Anmerkungen: n (Ebene 1 bzw. 2) = 545 bzw. 145; t -Test zweiseitig mit * $p \leq 0,05$, ^o $p \leq 0,1$; Full Maximum Likelihood; Modelle mit robusten Standardfehlern; ohne Varianz r_1 da sonst das Modell nicht konvergiert.

schlecht 10–22% der Personen dazu zählen (Brähler et al., 2007). Erhöhte Depressivität bei pflegenden Angehörigen ist vielfach nachgewiesen (siehe eingangs zitierte Literatur). Dies unterstreicht die Notwendigkeit

von unterstützenden und entlastenden Angeboten für pflegende Angehörige.

Kernergebnis der vorliegenden Studie ist, dass die Erfolge in Bezug auf das Wohlbefinden kurzfristig (ein Mo-

Tabelle 5. Parameterschätzer für Modell 4a (wegen Missings reduzierte Fallzahl)

Modell 4a		
Fixe Effekte	γ	(s.e.)
Konstante γ_{00}	3.085*	(0.180)
REGION γ_{01}	-0.767*	(0.204)
SEX γ_{02}	-0.461*	(0.164)
DISABILITY γ_{03}	-0.028°	(0.015)
BELCUM γ_{04}	0.248	(0.273)
AGE65 γ_{05}	0.041	(0.171)
DEMENZ γ_{06}	-0.087	(0.154)
EINKOMMEN γ_{07}	-0.051	(0.130)
DAUER γ_{08}	-0.001	(0.001)
BEL γ_{10}	-0.448*	(0.138)
ZEIT γ_{20}	0.635*	(0.150)
* REGION γ_{21}	0.323*	(0.115)
* BELCUM γ_{22}	0.407*	(0.204)
ZEIT2 γ_{30}	-0.338*	(0.070)
* REGION γ_{31}	-0.044*	(0.017)
* BELCUM γ_{32}	-0.058*	(0.027)
ZEIT3 γ_{40}	0.039*	(0.008)

Anmerkungen: n (Ebene 1 bzw. 2) = 502 bzw. 134; t -Test zweiseitig mit * $p \leq 0,05$, ° $p \leq 0,1$; Full Maximum Likelihood; Modelle mit robusten Standardfehlern; Zufallseffekte: Varianz $r_0 = 0,840^*$, $r_2 = 1,234^*$, $r_3 = 0,234^*$, $r_4 = 0,003^*$, $e = 0,287$; AIC = 1283 (28 Parameter); R^2 für Ebene 1 bzw. 2 = 0,200 bzw. 0,246.

nat) sehr deutlich und mittelfristig (bis sechs Monate) bei stabilen Belastungen noch immer deutlich scheinen. Bei zunehmenden Belastungen scheint das Wohlbefinden mittelfristig zumindest stabilisiert zu werden. Evaluationsmethodisch limitierend ist, dass keine längsschnittliche Kontrollgruppe eingesetzt wurde. Daher können nur

Gesamtwirkungen (Bruttoeffekte) erfasst werden. Ohne eine belastbare Kontrollgruppe ist eine kausale Interpretation nur sehr eingeschränkt zulässig, weil die Effekte beispielsweise auf Stichprobenselektivität, die (nicht) eingeschlossenen Kovariaten und das Adjustierungsmodell zurückzuführen sind. Auch der statistische Regressions-effekt kann ohne adäquate Kontrollgruppe nicht kontrolliert werden. So könnte es sein, dass punktuell vornehmlich übermäßig stark belastete Personen teilnahmen. Typische Zufallsschwankungen im Wohlbefinden würden dann – auch ohne Intervention – tendenziell nur in eine Richtung (Verbesserung) stattfinden. Eine vorsichtige kausale Interpretation ist nach Ansicht der Autoren jedoch vertretbar, weil die Modelle zumindest für wesentliche Kovariaten methodisch angemessen adjustiert sind, weil Zufallseffekte spezifiziert werden, weil die Stichprobenselektivität gering ist und weil die Analysen in Längsschnittperspektive systematische Veränderungen mit der Intervention in Verbindung bringen. Die Bewertung der dargestellten Effekte baut in Anlehnung an Zank (2010) darauf, dass ohne Interventionsteilnahme bei konstanter Pflegesituation der Wohlbefindensverlauf stabil sei und dass bei zunehmenden Pflegebelastungen das Wohlbefinden sinke. Zudem dürften alternative Erklärungen, dass die Entwicklung unspezifisch auftritt, also beispielsweise sozial erwünschte Antworten, Kursleitereffekte, Hawthorne-Effekt oder Placebo-Effekt die beschriebenen Effekte nicht vollständig erklären. Dagegen steht, dass die Studie mit einem fundierten Konzept in drei unterschiedlichen Einrichtungen mit unterschiedlichen aber vergleichbar kompetenten Kursleitenden durchgeführt wurde. Zudem werden die teils deutlichen Effektstärken mit validen Instrumenten ermittelt.

Die fehlende Nachhaltigkeit der kurzfristig sehr deutlichen Effekte ist zu diskutieren. Erstens, der konzeptio-

Tabelle 6. Effektstärken (Cohen's d) für die Entwicklung des Wohlbefindens und die Personenheterogenität (Modell 4b)

Längsschnitt	Basis zu	Basis zu	Basis zu	
	1 Monate	3 Monate	6 Monate	
Insgesamt (Abb. 1)	,41	,17	,17	
Südregion, stabile Belastungen (Abb. 3)	,59	,52	,32	
Südregion, zunehmende Belastungen (Abb. 3)	,28	-,10	,04	
Westregion, stabile Belastungen (Abb. 3)	,85	1,04	,58	
Westregion, zunehmende Belastungen (Abb. 3)	,54	,42	,30	
<i>Querschnitt</i>	<i>Basis</i>	<i>1 Monat</i>	<i>3 Monate</i>	<i>6 Monate</i>
REGION: Südregion > Westregion	,66	,39	,13	,41
SEX: Männer > Frauen	,43	,43	,43	,43
DISABILITY: 25% > 75%-Perzentil	,19	,19	,19	,19
BELCUM: stabile > zunehmende Belastungen (Abb. 2)	,12	,43	,73	,40
BEL: 25% > 75%-Perzentil	,17	,17	,17	,17

Anmerkungen: die Kontrollvariablen im Modell sind am Mittelwert konstant gehalten.

nelle Rahmen der Intervention ist als angemessen zu werten, weil er zentrale theoretische und empirische Aspekte zum Umgang mit Depressivität bzw. zur Förderung von Wohlbefinden berücksichtigt. Allerdings lag im Interventionszeitraum kein Manual vor, so dass die Gewichtung der einzelnen methodisch-didaktischen Aspekte kaum belegbar ist. Es könnte also sein, dass alternative Gewichtungen zu deutlicheren Effekten und nachhaltigeren Ergebnissen führen. Hier könnte ein Abgleich mit dem Konzept für eine zweiwöchige Intervention gemäß Dlugosch und Mücke (2006) lohnenswert sein, wobei auch dort die Nachhaltigkeit begrenzt ist. Zweitens sind wie bei Dlugosch und Mücke (2006) keine systematischen Aktivitäten im Nachgang zur Trainings- und Erholungswoche angelegt, die zu einer Verstärkung der Effekte beitragen könnten. Insbesondere niederschwellige Aktivitäten (z. B. regelmäßige Informations- und Motivationsschreiben), zugehende professionelle Beratung durch psychosoziale und pflegebezogene Fachkräfte, Telefon- oder E-Coaching, Förderung der Selbsthilfe (z. B. Teilnahme an Angehörigengruppen⁷) und Folgeseminare wären auf Praktikabilität und Effektivität zu überprüfen. Das Potenzial läge darin, dass in Anlehnung an Kanpfer und Autoren (2012) die in der Intervention begonnenen Selbstmanagementphasen fortgeführt werden können (Evaluation der Fortschritte, Erfolgsoptimierung). Möglicherweise wären für besonders belastete Personen bzw. für Personen mit klinisch relevanter Depressivität auch intensive psychotherapeutische Ansätze sinnvoll (z. B. Wilz & Kalytta, 2012). Insbesondere individuellen Interventionen sowie Interventionen in der unmittelbaren Lebensumgebung wird eine hohe Bedeutung beigemessen (Kurz & Wilz, 2011).

Auffällig sind die regionalen Unterschiede. Die deutlichen initialen Unterschiede im Wohlbefinden könnten in der Teilnehmendenstruktur (substanzielle Korrelation der Region zu Alter) begründet sein, was möglicherweise auf regional unterschiedliche Akquisestrategien zurückzuführen ist. Eine Folge von initialen Unterschieden ist, dass Steigerungen von einem niedrigeren Niveau aus leichter möglich sind als von einem höheren Niveau. Dies zeigt sich auch hier, so dass bei angenommenem gleichem Ausgangsniveau die regionalen Kurven annähernd parallel sein dürften⁸. Insofern scheinen die regionalen Unterschiede der Wohlbefindensverläufe eher im Niveau zu liegen als in den Steigungen. Gleichwohl bestehen kleine Steigungsunterschiede, die möglicherweise auf mangelnde Treatmentintegrität zurückzuführen sind.

Unterschiede in der Akquise und im Treatment könnten darin begründet sein, dass zum Interventionszeitpunkt die Durchführungsverantwortung bei dem jeweiligen SVLFG-Regionalträger lag. Es gab zwar die beschriebenen Ansätze zur Standardisierung, aber es existierte keine verbindliche zentrale Fachstelle zur Qualitätssicherung. Inzwischen ist die SVLFG ein Bundesträger (Koch, 2014) und das Angebot ist einheitlich manualisiert (internes Dokument der SVLFG). Allerdings gäbe es auch alternative Erklärungen für die regionalen Unterschiede, beispielsweise regionale Bedingungen (Strukturwandel im Agrarsektor, Mentalität, institutionelles Umfeld etc.), betriebliche Bedingungen der Teilnehmenden (Betriebsgrößen und -ausrichtungen, wirtschaftliche Perspektiven etc.), persönliche Bedingungen (Vorerfahrungen, Copingstrategien, soziale Unterstützung, berufliche Anforderungen etc.) und zeitliche Veränderungen der Rahmenbedingungen zwischen den Interventionszeiträumen. Derartige Merkmale sind aber nicht operationalisiert. Methodisch stellt sich die Frage, ob die Region als Clustervariable spezifiziert werden müsste (siehe Limitationen).

Hypothesengemäß scheinen Belastungen das Wohlbefinden bedeutsam zu beeinflussen. Allerdings werden bei BEL eher objektive Belastungen erfasst. Subjektive Bewertungen sind nicht operationalisiert, obwohl sie stress-theoretisch bedeutsam sind. So zeigt Zank (2010), dass objektive und subjektive Belastungen einschließlich deren Verläufe zumindest in Teilen unabhängig voneinander sind. Außerdem wird mit der dichotomen Betrachtung des Belastungsgeschehens im Beobachtungszeitraum (keine bzw. mindestens eine zusätzlichen Belastung) die Realität grob vereinfacht. Hier sollte weitere Forschung ansetzen.

Einige Hypothesen können nicht bestätigt werden. Das bedeutet aber nicht, dass die entsprechenden Variablen keinen Einfluss auf das Wohlbefinden haben. So beträgt beispielsweise bei der pflegebedürftigen Person die Korrelation zwischen demenzieller Erkrankung und Disability-Index $r = 0,29$. Der Effekt der Demenz auf das Wohlbefinden wird also zu einem bedeutsamen Anteil durch den Disability-Index erklärt und leistet keinen zusätzlichen statistisch bedeutsamen Beitrag zur Prognose des Wohlbefindens. Ähnlich verhält es sich bei Region und Alter ($r = 0,20$).

Die erklärte Varianz ist auf beiden Analyseebenen höchstens 20 % und damit gering. Dies deutet darauf hin, dass wesentliche erklärende Variablen fehlen. Ansatzpunkte liefern die eingangs dargestellten Theorien und empirischen Befunde. So könnte das Gesundheitsverhal-

⁷ Nach Auskunft der SVLFG konnte dies in einzelnen Landkreisen etabliert werden.

⁸ Auf eine statistische Baselineadjustierung des Wohlbefindens (z. B. durch Berücksichtigung der Baseline als Kovariate oder der klinisch relevanten Depressivität als Gruppierungsvariable) wurde verzichtet, da in der vorliegenden Arbeit gerade die regionalen Unterschiede interessieren.

ten und die Angebotsnutzung einschließlich der psychologischen Determinanten das Modell bereichern. Auch individuelle Bewältigungs- und Anpassungsprozesse, soziale Unterstützung und Pflegemotivation sind nicht operationalisiert, die aber den Stressprozess bedeutsam beeinflussen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie dürften mindestens für pflegende Angehörige in der Land- und Forstwirtschaft sowie im Gartenbau verallgemeinerbar sein. Erstens sind die Drop-Out-Analysen weitgehend unauffällig bzw. erklärbar. Zweitens ist trotz der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Intervention der Selektionsbias relativ gering, weil er sich auf Alter und finanzielles Einkommen beschränkt. Des Weiteren gibt es eine epidemiologische Studie in der bayerischen Land- oder Forstwirtschaft für die Altersgruppe ab 55 Jahren (Hetzel, 2012b), die für die hier untersuchte Südregion repräsentativ ist. Der Vergleich der Pflegenden in dieser Studie mit der vorliegenden Interventionsgruppe zeigt, dass zwar die Interventionsgruppe gesundheitlich etwas beeinträchtigt ist. Dieser Unterschied ist aber zumindest in Teilen auf Geschlechts- und Altersunterschiede der pflegenden Person sowie die Pflegebedürftigkeit der zu pflegenden Person zurückzuführen (im Einzelnen siehe Hetzel, 2010, S. 34).

Der Vergleich zentraler Strukturdaten deutet zudem darauf hin, dass die Ergebnisse auch für weitere Branchen bzw. für pflegende Angehörige im Allgemeinen generalisierbar sein könnten. So sind die pflegebedürftigen Personen der Interventionsgruppe (DISABILITY: $M = 8,87$, $SD = 4,68$) zwar deutlich bedürftiger als die einer Repräsentativuntersuchung zur häuslichen Pflege in Deutschland (DISABILITY: $M = 5,43$, $SD = 5,04$) (Döhner et al., 2007, S. 64). Aber dies dürfte darin begründet sein, dass die Seminarteilnahme das Vorhandensein einer Pflegestufe voraussetzt, während in der Vergleichsuntersuchung dies nicht der Fall ist. Der Frauenanteil (73 %) und das Durchschnittsalter der pflegenden Personen (59 Jahre), die Pflegedauer (8,2 Jahre⁹) sowie der Anteil der pflegebedürftigen Personen mit mindestens leichten kognitiven Einschränkungen (48 %) ist mit repräsentativen Daten für Deutschland vergleichbar (Angaben aus Schneekloth & Wahl, 2005). Auch der hohe Anteil der Personen mit klinisch relevanter Depression gibt die gesundheitliche Lage pflegender Angehöriger gut wieder. Allerdings ist fraglich, ob die sozioökonomische Lebenslage in einem landwirtschaftlichen Familienbetrieb des ländlichen Raums – dies ist charakteristisch für die Interventionsgruppe – für die Allgemeinbevölkerung generalisierbar ist.

Neben den bereits aufgeführten Limitationen ist eine weitere, dass trotz der hierarchischen Datenstruktur kei-

ne weitere hierarchische Analyseebene für die Region bzw. die Einrichtungen eingeführt wird. Dies ist darin begründet, dass dafür zwei Regionen bzw. drei Einrichtungen quantitativ nicht ausreichen. Daher wurden diese Effekte auf Personenebene kontrolliert. Empfehlungen bezüglich der Frage, ab welcher Zahl von Analyseeinheiten weitere Ebenen hinzugefügt werden können, variieren von 10 (Nezlek et al., 2006; Snijders & Bosker, 2012) bis 30 (Maas & Hox, 2005) und hängen stark von Faktoren wie den Kovarianzen zwischen den Messwerten ab. Das hat zur Folge, dass zum einen für das Merkmal Region die Fallzahl künstlich erhöht ist, was zu unterschätzten Standardfehlern bzw. zu überschätzten p-Werten für die Region führen kann. Da aber die Koeffizienten sehr deutlich von Null verschieden sind, dürfte das Problem praktisch vernachlässigbar sein. Zum anderen – und das wiegt schwerer – ist statistisch nicht zwischen Effekten der Person und solchen der Region zu unterscheiden. Damit muss ein entscheidender Vorteil der Mehrebenenanalyse ungenutzt bleiben. Außerdem sind statistische Tests zu paarweisen Messzeitpunktvergleichen nicht ohne weiteres möglich. Die verbleibenden Vorteile der Mehrebenenanalyse, die unter Methode dargestellt wurden, rechtfertigen dennoch den Einsatz gegenüber beispielsweise einer Messwiederholungs-ANOVA mit a-priori-Kontrasten.

In der Schlussfolgerung scheint die Trainings- und Erholungswoche trotz der methodischen Limitationen positive Effekte auf das Wohlbefinden der pflegenden Person zu haben. Diese Effekte dürften zur Stabilisierung häuslicher Pflege beitragen. Dies wäre nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich bedeutsam, weil so der Heimeinzug verzögert oder vermieden werden kann. Die Analysen weisen auf regionale Unterschiede und Verbesserungspotenziale in der Nachhaltigkeit hin, die der Leistungsträgerin SVLFG Ansatzpunkte für die Qualitätssicherung bieten könnten. Zudem sollte die Bewertung der Intervention deutlicher auf Personen mit höherem Alter und mit geringerem subjektiven Einkommen ausgerichtet werden. Weitere Forschung kann an der Generalisierbarkeit, an einzubeziehenden Kovariaten sowie an der Integration einer längsschnittlichen Kontrollgruppe ansetzen. Unabhängig davon hat die SVLFG eine innovative und gesetzliche Regelintervention für ein gesellschaftlich bedeutsames Thema entwickelt, die andere Sozialversicherungen übernehmen oder weiterentwickeln können. Methodisch zeigen die Analysen die Leistungsfähigkeit der Mehrebenenmodellierung für Längsschnittdaten.

⁹ Zur Diskussion der Ermittlung der Pflegedauer siehe Müller, Unger und Rothgang (2010).

Literatur

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S. & Whitlatch, C. (1995). *Profiles in Caregiving. The Unexpected Career*. London: Academic Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191 – 215.
- Bech, P. (2012). Subjective positive well-being. *World Psychiatry*, 11, 105 – 106.
- Bengel, J. & Jerusalem, M. (2009). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Brähler, E., Mühlan, H., Albani, C. & Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53, 83 – 96.
- Clark, M. C. & Diamond, P. M. (2010). Depression in family caregivers of elders: a theoretical model of caregiver burden, socio-tropy, and autonomy. *Research in Nursing & Health*, 33, 20 – 34.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- COMPASS (2015). *Befragungsergebnisse Pflegeberatung und Belastung Angehöriger*. Zugriff am 07.08.2015. Verfügbar unter http://www.compass-pflegeberatung.de/fileadmin/user_upload/Kurzwertung_Forsa-Befragung_20150715.pdf
- Coon, D. W. & Evans, B. (2009). Empirically based treatments for family caregiver distress: What works and where do we go from here? *Geriatric Nursing*, 30, 426 – 436.
- Dlugosch, G. E. & Mücke, M. (2006). „Pflegen und sich pflegen lassen“ – Evaluation eines Seminarangebotes für pflegende Angehörige. In R. Loidl-Keil & W. Laskowski (Hrsg.), *Evaluationen im Gesundheitswesen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen* (S. 279 – 329). München, Mehring: Rainer Hampp.
- Döhner, H., Kofahl, C., Lüdecke, D. & Mnich, E. (2007). Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage (Eurofamcare). *The National Survey Report for Germany*. Hamburg: Institute for Medical Sociology.
- Eid, M. & Larsen, R. (2008). *The science of subjective well-being*. New York: Guilford.
- Engel, J. & Engel, M. (2012). Warum Gruppen wirken. In Landwirtschaftliche Pflegekasse Hessen Rheinland-Pfalz und Saarland (LPK HRS) (Hrsg.), *Auszeit für pflegende Hände* (S. 88 – 97). Kassel: LPK HRS.
- Faßmann, H. (1996). Burnout bei pflegenden Angehörigen: Isoliert, erschöpft und ausgebrannt. Modellprojekt belegt das Ausmaß der psychischen Überlastung. *Forum Sozialstation*, 79, 43 – 45.
- Gräbel, E. & Adabbo, R. (2011). Perceived burden of informal caregivers of a chronically ill older family member burden in the context of the transactional stress model of Lazarus and Folkman. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 24, 143 – 154.
- Henkel, V., Mergl, R., Kohnen, R., Maier, W., Möller, H. J. & Hegerl, U. (2003). Identifying depression in primary care: A comparison of different methods in a prospective cohort study. *British Medical Journal*, 326, 200 – 201.
- Hetzel, C. (2010). *Personen in belastenden Situationen (PibS): Eine Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige als Angebot der Land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherung Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben (LSV NOS) – Evaluationsbericht*. Landshut: LSV NOS.
- Hetzel, C. (2012a). Evaluationsbericht: Personen in belastenden Situationen (PibS). In Landwirtschaftliche Pflegekasse Hessen Rheinland-Pfalz und Saarland (LPK HRS) (Hrsg.), *Auszeit für pflegende Hände* (S. 26 – 67). Kassel: LPK HRS.
- Hetzel, C. (2012b). *Arbeitsbedingungen und Gesundheit bei älteren Personen in Familienunternehmen*. Bamberg: University of Bamberg Press.
- Hosoya, G., Koch, T. & Eid, M. (2014). Längsschnittdaten und Mehrebenenanalyse. *Kölner Zeitschrift für Soziologie*, 66, 189 – 218.
- Hox, J. J. (2010). *Multilevel analysis*. New York: Routledge.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung – Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Koch, E. (2014). Das agrarsoziale Sicherungssystem. *ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 49, 567 – 568.
- Kurz, A. & Wilz, G. (2011). Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz. Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. *Nervenarzt*, 82, 336 – 342.
- Kwok, O., Underhill, A. T., Berry, J. W., Luo, W., Elliott, T. R. & Yoon, M. (2008). Analyzing Longitudinal Data with Multilevel Models: An Example with Individuals Living with Lower Extremity Intra-articular. *Rehabilitation Psychology*, 53, 370 – 386.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M. & Lucas, R. E. (2012). Subjective Well-Being and Adaptation to Life Events: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 592 – 615.
- Lüdecke, D., Kofahl, C., Mestheneos, E., Triantafyllou, J. & Döhner, H. (2005). Pflegende Angehörige: Ein vernachlässigtes Thema in europäischer Gesundheits- und Sozialplanung? *Gesundheitswesen*, 67, V45.
- Maas, C. J. M. & Hox, J. (2005). Sufficient sample sizes for multilevel modelling. *Methodology*, 1, 86 – 92.
- Mantovan, F., Ausserhofer, D., Huber, M., Schulc, E. & Them, C. (2010). Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz – Eine systematische Literaturübersicht. *Pflege*, 4, 223 – 239.
- Meyer, M. (2006). *Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. Hamburg: LIT-Verlag.
- Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, F., Dombrowski, S., Bishop, A. & French, D. (2011). A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy. *Psychology and Health*, 26, 1479 – 1498.
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2010). Wie lange Angehörige zu Hause gepflegt werden. *Soziale Sicherheit*, 6/7, 230 – 237.
- Nezlek, J. B., Schröder-Abé, M. & Schütz, A. (2006). Mehrebenenanalysen in der psychologischen Forschung: Vorteile und Möglichkeiten der Mehrebenenmodellierung mit Zufallskoeffizienten. *Psychologische Rundschau*, 57, 213 – 223.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583 – 594.
- Pinquant, M. & Sörensen, S. (2002). Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 15, 85 – 100.
- Pinquant, M. & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 58 B, 112 – 128.

- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006a). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577–595.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006b). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61B, 33–45.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395.
- Raudenbush, S. W. & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models*. Newbury Park: Sage.
- Rösler-Schidlack, B., Stummer, H. & Ostermann, H. (2010). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Unterstützung bei Pflegenden Angehörigen. *Pflegewissenschaft*, 10, 75–86.
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2013). *BARMER GEK Pflege-report, Schwerpunktthema: Reha bei Pflege*. Siegburg: Asgard-Verl.-Service.
- Rothgang, H., Müller, R., Unger, R., Klie, T., Göhner, A. & Schuhmacher, B. (2012). *Themenreport „Pflege 2030“*. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Schäufele, M., Köhler, L., Lode, S. & Weyerer, S. (2007). Welche Faktoren sind mit subjektiver Belastung und Depressivität bei Pflegepersonen kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen assoziiert? Ergebnisse einer repräsentativen Studie in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20, 197–210.
- Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten*. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schulze, E. & Drewes, J. (2004). *Die gesundheitliche Situation Pflegenden in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Auswertung des Lebenserwartungssurvey des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BIB) beim Statistischen Bundesamt*. Wiesbaden: BIB.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour. Research and practice with social-cognitive models* (pp. 163–196). Buckingham: Open University Press.
- Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C. & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101, 75–89.
- Snijders, T. A. B. & Bosker, R. J. (2012). *Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modeling*. London: Sage.
- Statistisches Bundesamt (2013). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- TK – Techniker Krankenkasse (2013). *Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Weinstein, N. D. & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11, 170–180.
- Wilz, G. & Kalytta, T. (2012). Evaluation eines kognitiv-behavioralen Gruppenkonzepts für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62, 359–366.
- Wilz, G., Kalytta, T. & Küssner, C. (2005). Quantitative und qualitative Diagnostik von Belastungen und Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 18, 259–277.
- Zank, S. (2010). Belastung und Entlastung von pflegenden Angehörigen. *Psychotherapie im Alter*, 7, 431–444.

Dr. Christian Hetzel

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH
an der Deutschen Sporthochschule Köln
Evaluation
50933 Köln
hetzel@iqpr.de

Michael Holzer

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Stabsstelle Selbstverwaltung/Öffentlichkeitsarbeit, Abschnitt
Weißensteinstraße 70–72
34131 Kassel

Martina Opfermann-Kersten

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Stabsstelle Selbstverwaltung/Öffentlichkeitsarbeit
Weißensteinstraße 70–72
34131 Kassel

Das praxiserprobte und fundierte Coaching



Bettina Hafner / Ursula Kronenberger

Entspannt Prüfungen bestehen

Ein Manual für Studierende in Lern- und Prüfungszeiten

2015. 224 S., 1 Abb., Kt

€ 19.95 / CHF 26.90

ISBN 978-3-456-85468-7

AUCH ALS E-BOOK

Haben Sie Prüfungsangst? Oder sind Sie nicht sicher, ob Sie die richtigen Lerntechniken anwenden? In beiden Fällen hilft Ihnen dieser Ratgeber – basierend auf neurowissenschaftlichen Erkenntnissen.

Das Buch versteht sich als Begleiter in den Lernphasen und der Prüfungsvorbereitung. Theoretische Inputs, praktische Beispiele aus dem Lern- und Prüfungsalltag und Anleitungen für Übungen und Selbstreflexion wechseln sich ab. Die Kapitel folgen dabei dem über Jahre erprobten Ablauf des Prüfungscoachings, das die Autorinnen an unterschiedlichen Hochschulen für Studierende oder im Einzelsetting für unterschiedliche Berufs- und Ausbildungsgruppen anbieten.

Der Blick auf die Prüfungsvorbereitung ist ein ganzheitlicher: Überwindung von inneren Blockaden und der Aufbau von Zielen bilden die Grundlage, um weiter an der persönlichen Motivation und Lernstruktur zu arbeiten. Der Aufbau von Selbstdisziplin und Durchhaltevermögen, der hilfreiche Umgang mit Angstgefühlen bis hin zur optimalen Prüfungsernährung bieten dem Leser ein Gesamtpaket, das ihn für jede Lern- und Prüfungsherausforderung fit macht – mit zahlreichen Übungen, Checklisten und Tests.

WHOQOL

WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF

Handbuch für die deutsch-sprachigen Versionen der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität

M. C. Angermeyer / R. Kilian / H. Matschinger

Einsatzbereich:

Erwachsene ab 18 Jahren.

Das Verfahren:

Der WHOQOL-100 und der WHOQOL-BREF sind Instrumente zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität. Der WHOQOL-100 umfasst insgesamt 100 Items, die den Dimensionen Physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Unabhängigkeit, Soziale Beziehungen, Umwelt und Religion/Spiritualität zugeordnet sind. Er sollte vor allem dort eingesetzt werden, wo eine tief greifende Erfassung aller Aspekte von Lebensqualität das primäre Studienziel darstellt. Für Anwendungsbereiche, in denen die Erfassung der Lebensqualität nur eine von mehreren Zieldimensionen bildet, eignet sich die aus 26 Items bestehende Kurzversion WHOQOL-BREF, welche die Dimensionen Physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Soziale Beziehungen und Umwelt erfasst. Beide Instrumente liegen mittlerweile in mehr als 30 Sprachen vor, so dass eine weltweite Vergleichbarkeit von Lebensqualitätsdaten möglich ist. Eine Ergänzung zu diesen beiden Instrumenten bilden die WHOQOL-Wichtigkeitsfragen, die insgesamt 24 Fragen zur subjektiven Wichtigkeit der Fassetten des WHOQOL-100 umfassen. Die für die Auswertung per Computer notwendige, mitgelieferte CD ist unter dem Statistikprogramm SPSS lauffähig; das Inventar kann alternativ aber auch per Hand ausgewertet werden.

Bearbeitungsdauer:

WHOQOL-100 ca. 30 bis 45 Minuten; WHOQOL-BREF ca. 5 bis 10 Minuten.

01 267 01 Test komplett 228,00 €

www.testzentrale.de



BMS

Beanspruchungs-Mess-Skalen

Verfahren zur Erfassung erlebter Beanspruchungsfolgen: Psychische Ermüdung - Monotonie - Psychische Sättigung - Stress

2., vollständig überarbeiteter Auflage

U. Debitz / H-E. Plath / P. Richter

Einsatzbereich:

Die BMS können für Berufstätige jeden Alters eingesetzt werden.

Das Verfahren:

Die Beanspruchungs-Mess-Skalen (BMS) erlauben die Ermittlung und Bewertung der Beanspruchungszustände psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung und Stress nach DIN EN ISO 10 075 bzw. DIN SPEC 33418:2014-03. Zwei echte Parallelversionen der BMS mit je 40 dichotomen Items ermöglichen die Erfassung der Beanspruchungswerte zu Beginn (Vormessung) und zum Ende des Arbeitstages bzw. der Schicht (Nachmessung). Dabei sollten jeweils Gruppen (ab 6 Personen) mit gleicher Tätigkeit untersucht werden. Die arbeitsbedingte Beanspruchung kann sowohl über die Differenz von Vor- und Nachmessung als auch über die Ergebnisse der Nachmessung bestimmt werden. Die Ergebnisse der 4 Skalen können 3 Bewertungsstufen des Wohlbefindens („Wohlbefinden“, „leichte“ und „starke Beeinträchtigungen des Befindens“) zugeordnet werden, die Hinweise auf notwendige Gestaltungs- bzw. Veränderungsmaßnahmen des Arbeitsplatzes geben. Das Verfahren wird PC-gestützt über das Hogrefe Testsystem (HTS) durchgeführt. Alternativ kann die Durchführung über ausdrückbare Fragebögen erfolgen, die anschließend in das HTS eingegeben werden. Für beide Durchführungsarten erfolgt die anschließende Auswertung ausschließlich über das HTS (Gruppenanalysen sind nur in der HR- und der Clinical-Edition des HTS 5 möglich).

Zuverlässigkeit:

Die Reliabilitätskoeffizienten liegen im guten bis sehr guten Bereich ($r_{tt} \geq .80$). Geringfügig niedrigere Werte zeigt die Stressskala.

Bearbeitungsdauer:

Die Bearbeitungsdauer liegt bei ca. 10 Minuten.

H5 207 01 Test komplett* 360,00 €

*HTS 5 benötigt eine HTS 5 - Edition oder eine entsprechende HTS 5 - Jahreslizenz. Weitere Informationen zu den Software-Produkten finden Sie im Bereich eTesting auf unserer Homepage.

www.testzentrale.de





Entwicklung und Evaluierung eines Stressbewältigungsprogramms für Studierende im Hochschulsetting

Marie-Hélène Seidl, Matthias F. Limberger und Ulrich W. Ebner-Priemer

Karlsruher Institut für Technologie

Zusammenfassung. Nicht erst seit den Studierendenprotesten werden die Themen Stress und Belastung an Universitäten mannigfaltig thematisiert. Im Gegensatz zur enormen Bedeutung ist die Anzahl der evaluierten Stressstrainings, die speziell für Studierende entwickelt wurden, bestenfalls überschaubar. Ziel der vorliegenden Studie war es, ein auf die Bedürfnisse der Studierenden zugeschnittenes multimodales Stressbewältigungsprogramm zu entwickeln und auf seine Wirksamkeit zu überprüfen. Die Evaluierung des siebenwöchigen Trainings erfolgte durch ein randomisiertes Wartelisten-Kontrollgruppendesign an 63 Studierenden. Insgesamt zeigt sich eine deutliche Verbesserung (signifikante Interaktion Gruppe*Zeit) bezüglich einer Vielzahl gesundheitsrelevanter Parameter: Stressbelastung, Prüfungsangst, psychosomatische Beschwerden, depressive Symptomatik, Perfektionismus, Selbstwert, Erholungsfähigkeit, Beanspruchungs-Erholungs-Bilanz und Selbstmanagementfähigkeiten/Ressourcen. Zusammenfassend erscheint das Trainingsprogramm, mit seiner innovativen zielgruppenspezifischen Konzeption, als erfolgsversprechender Baustein einer präventiven Gesundheitsförderung im Hochschulsetting.

Schlüsselwörter: Stressbewältigung;Evaluierung;Training;Studierende;randomisiertes Wartelisten-Kontrollgruppendesign

Development and Evaluation of a Stress Management Program for Students

Abstract. In Germany complaints of high workload and stress are common among university students. Despite the significant relevance of the topic, evaluated stress management programs tailored to the needs and demands of students are rare. The aim of this study was to develop and evaluate a multicomponent stress management program, specifically targeting stressors and circumstances relevant to students. We evaluated a 7-week stress management program in 63 student participants using a randomized wait-list controlled design. Empirical findings regarding the efficacy of the program showed significant improvement (interaction group*time) regarding all of the investigated constructs and parameters: perceived stress, test anxiety, psychosomatic symptoms, depressive symptoms, perfectionism, self-esteem, recovery experience, recuperation and stress, and self-management. Findings suggest that this multimodal stress management program especially tailored to the needs of students may be useful as a preventive intervention to support students' health.

Keywords: stress management, evaluation, students, randomized wait-list controlled design

Seit Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge im Rahmen der Bologna-Reform wird, zumeist populärwissenschaftlich, von einer erhöhten Stressbelastung bei Studierenden berichtet. Empirische Befunde sind selten, weisen jedoch ein konsistentes Bild auf: Studierende der „neuen“ Studienstrukturen berichten im Vergleich zu jenen der Magister- und Diplomstudiengänge von eingeschränkteren Handlungs- und Zeitspielräumen, einer erschwerten Vereinbarkeit von Studium und Freizeit (Gusy, Drewes, Fischer & Lohmann, 2009) sowie von einer tendenziell höheren Leistungsanforderung bei mangelnder Transparenz und Gliederung des Studiums (Bargel, Mul-

trus, Ramm & Bargel, 2009; Ramm, Multrus, Bargel & Schmidt, 2014).

Problematisch erscheint außerdem der Gesundheitsstatus der Studierenden. Laut Gesundheitssurvey der Techniker Krankenkasse (2007), der auf einer Befragung von 3.306 Studierenden unterschiedlicher Fachhochschulen und Universitäten in Nordrhein-Westfalen beruht, leidet mehr als ein Drittel der Studierenden unter Konzentrationsproblemen und Nervosität, mehr als ein Viertel berichtet von Kopfschmerzen, Schlafschwierigkeiten und Stimmungsschwankungen. Vor allem depressive Verstimmungen, mangelndes Selbstwertgefühl und Prüfungsängs-

Das Hochschulprojekt Stressbewältigung bei Studierenden wurde von der Techniker Krankenkasse unterstützt.

te zählen zu den häufigsten Beschwerdebildern. Prüfungsängste etwa sind laut Holm-Hadulla, Hofman, Sperth und Funke (2009) unter den Studierenden zwischen 1993 und 2008 von 37 auf 56 Prozent angestiegen. Auch das Verordnungsvolumen von Antidepressiva hat bei Studierenden laut Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (2011) seit 2006 zugenommen (44 Prozent).

Obwohl Studierende im Vergleich zu anderen Gruppen sicherlich noch ein relativ gesundes Kollektiv darstellen, legen die Befunde nahe, maßgeschneiderte präventive Angebote auch für die Zielgruppe der Studierenden zu entwickeln und im Setting der Hochschule zu etablieren. Es gilt, Kompetenzen der Studierenden im Bereich des Selbst- und Stressmanagements zu fördern (u. a. auch die Vermittlung von Lern- und Zeitmanagement-techniken), um Stressbelastungen trotz hoher Leistungsansprüche zu kompensieren und einer zunehmenden Belastung der Zielgruppe entgegenzusteuern (vgl. Ackermann & Schumann, 2010; Gusy, Lohmann & Drewes, 2010).

Interventionsprogramme zur Gesundheit bei Studierenden

Insgesamt existieren im Bereich der Gesundheitsprävention eine Reihe von empirisch evaluierten Interventionsprogrammen zur Stressbewältigung. Kaluza (2006) stellt in einer etwas älteren Übersicht zwanzig deutschsprachige, empirisch evaluierte Interventionsprogramme zur Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter vor. Acht der Programme widmen sich dabei dem thematischen Schwerpunkt der Stressbewältigung und sind vorwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet.

Im Rahmen dieser Übersichtsarbeit fordert Kaluza (2006) dazu auf, nur solche Präventionsprogramme zu berücksichtigen, die bestimmten Qualitätskriterien entsprechen. Beispielsweise wurde auf eine präventive Orientierung und eine gesundheitspsychologische Fundierung der Trainingsinhalte Wert gelegt. Zusätzlich sollte das Vorhandensein eines Trainingsmanuals und/oder das Angebot von Trainerschulungen die Disseminationsfähigkeit der Programme sichern. Ein weiteres Auswahlkriterium stellte das Vorliegen einer Evaluationsstudie dar. Zur Sicherung der empirischen Effektivität wären randomisierte kontrollierte Studiendesigns wünschenswert. Dieser methodische Standard wird jedoch nur von wenigen Evaluationsstudien erfüllt. Die Evaluation der von Kaluza (2006) ausgewählten Interventionsprogramme erfolgte beispielsweise nur in drei Fällen anhand eines randomisierten Studiendesigns. Abgesehen von den geforderten

Qualitätskriterien, spricht sich Kaluza (2006) abschließend für eine genauere Zielgruppenbestimmung der Präventionsprogramme hinsichtlich verschiedener Lebenslagen oder spezifischer belastender Lebenssituationen aus: „Dadurch könnte eine stärkere Berücksichtigung des lebensweltlichen Kontextes der Teilnehmer in den jeweiligen Programmen ermöglicht und damit ein Transfer der im Laufe der Programmteilnahme erworbenen Kompetenzen in die alltägliche Lebenswelt unterstützt werden.“ (Kaluza, 2006, S. 175). Eine zielgruppenspezifische Konzeption von Präventionsprogrammen ist jedoch selten. Nur ein geringer Anteil der von Kaluza (2006) ausgewählten Trainings wendet sich an eine spezielle Zielgruppe wie beispielsweise Paare, Eltern oder Erzieher. Keines der erwähnten Programme wurde für die Population der Studierenden konzipiert oder an das Setting „Hochschule“ adaptiert.

Im englischsprachigen Raum ist der Einsatz von zielgruppenspezifischen Präventionsprogrammen hingegen weiter verbreitet. Conley, Durlak und Dickson (2013) fanden in einer Übersicht 83 kontrollierte und präventiv orientierte Programme, die bei Studierenden unterschiedlicher Studiensemester und Fachrichtungen eingesetzt wurden. Die Evaluation erfolgte bei 57 Prozent der Untersuchungen anhand eines randomisierten kontrollierten Studiendesigns. Jene Studien, die Stressbewältigungsprogramme bei Studierenden einsetzten, berichteten jedoch von keiner zielgruppenspezifischen Adaption der Trainingsinhalte.

Adaptierte Stressbewältigungsprogramme

Es liegen nur wenige Untersuchungen zu präventiven Stressbewältigungstrainings vor, die sich auf die Zielgruppe der Studierenden fokussieren und deren spezifischen Lebenskontext berücksichtigen. Bei der Konzeption der adaptierten Maßnahmen werden zumeist bereits bestehende Präventionsprogramme mit unterschiedlicher fachlicher Orientierung inhaltlich an die Bedürfnisse der Studierenden angepasst. Exemplarisch soll auf drei Programme näher eingegangen werden.

Lynch, Gander, Kohls, Kudielka und Walach (2011) untersuchten anhand einer Pilotstudie das achtwöchige Trainingsprogramm „Mindfulness-Based Coping with University Life“ (MBCUL) an der Universität Northhampton. Das ursprüngliche MBSR-Programm wurde an die Lebenswelt der Studierenden adaptiert und beinhaltet verschiedene Meditationstechniken und Gruppendiskussionen, u. a. zu den Themen Stress, Lernen und Aufmerksamkeit, Gesundheit, Kommunikation und Beziehungsgestaltung. Die Wirksamkeit des Trainings wurde anhand eines nicht randomisierten Wartelisten-Kontrollgruppen-

designs ($n = 10$; $n = 6$) erhoben. Es konnten keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen der Interventions- und der Wartelistengruppe bezüglich der Variablen subjektives Stressempfinden, Angst, Depression und Achtsamkeit beobachtet werden. Jedoch zeigten sich signifikante Veränderungen bezüglich der genannten Parameter, wenn allein die Veränderungen innerhalb der Interventionsgruppe betrachtet wurden. Weiterhin kritisch anzumerken ist die breite Altersspanne der Teilnehmer (Interventionsgruppe: $M = 34,30$ Jahre ($SD = 12,24$); Wartelistengruppe: $M = 28,83$ Jahre ($SD = 11,05$)). Dies ist für eine studentische Probandengruppe eher ungewöhnlich und stellt die Behauptung eines zielgruppenspezifischen Trainings in Frage.

Deckro et al. (2002) setzten zur Erfassung der Wirksamkeit einer sechswöchigen Mind-Body-Maßnahme bei Studierenden ($n = 63$; $n = 65$) ein randomisiertes Wartelisten-Kontrollgruppen-Design ein. Die Interventionsmaßnahme basiert auf validierten klinischen Programmen, die laut Autoren an die Zielgruppe der Studierenden angepasst und anhand von Pilotstudien weiterentwickelt wurde. Sie beinhaltet sowohl die Vermittlung kognitiver und palliativ-regenerativer Strategien als auch theoretische Inhalte und Diskussionen zum Thema Stress. In der Experimentalgruppe konnte im Vergleich zur Wartelistengruppe eine signifikante Reduktion der psychischen Belastung, der subjektiven Stressbelastung und der Angstneigung (state anxiety) festgestellt werden. Kritisch anzumerken ist wiederum sowohl die breite Altersspanne der Probanden (17–60 Jahre; $M = 24$ Jahre), die hohe Drop-Out Rate (30 Prozent) als auch der Umstand, dass nur 43 Prozent der Teilnehmer das gesamte Training komplett durchliefen.

Sheehy und Horan (2004) passten das „Stressimpfungstraining“ anhand von Pilotstudien inhaltlich an die Bedürfnisse einer bestimmten Gruppe von Studierenden ($n = 11$; $n = 11$) an. Berücksichtigt wurden individuelle Stressoren der erstsemestrigen Studierenden der Rechtswissenschaften. Die vermittelten Coping-Strategien bezogen sich gezielt auf die Themenbereiche „Wettbewerb im Studium“, „mangelndes Feedback“ und „Wertekonflikte“. Anhand eines randomisierten Wartelisten-Kontrollgruppendesigns konnten bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe im Vergleich zur Wartelistengruppe niedrigere Levels von Stress, Angst und irrationalen Gedanken berichtet werden. Auch die akademische Leistung der Teilnehmer schien sich durch das Training zu verbessern. Wiederum ist anzumerken, dass das Durchschnittsalter der Teilnehmer mit 30 Jahren relativ hoch ausfiel.

Ein Großteil der weiteren, hier nicht näher angeführten internationalen Studien untersucht die Bewältigung von Stressbelastungen bei Studierenden bestimmter Fach-

richtungen. Diese Studien fügen sich in das beschriebene Bild ein: Entweder geben sie keine eindeutigen Hinweise auf eine Adaption der Trainingsinhalte an die Zielgruppe der Studierenden und/oder weisen methodische Einschränkungen bezüglich der durchgeführten Evaluation auf (vgl. u. a. Barbosa et al., 2013; Felton, Coates & Christopher, 2013; Finkelstein, Brownstein, Scott & Lan, 2007; Gaab, Sonderegger, Scherrer & Ehlert, 2006; Hirokawa, Yagi & Miyata, 2002; Kang, Choi & Ryu, 2009).

Somit existiert unseres Wissens eine kleine Auswahl an Stressbewältigungsprogrammen, die sich inhaltlich an der Lebenswelt und den Bedürfnissen der Studierenden orientiert. Die hier beschriebenen Studien setzen zur Evaluation der Maßnahme teilweise kontrollierte randomisierte Studiendesigns ein und konnten überwiegend positive Effekte bei der Variablen „Stress“ nachweisen. Kritisch anzumerken sind jedoch die teilweise sehr kleinen Gruppengrößen und/oder die breite Altersspanne der Teilnehmer, die die Repräsentativität der Ergebnisse für die Zielgruppe der Studierenden in Frage stellen.

Nicht-adaptierte Stressbewältigungsprogramme

Weiterhin existiert eine Vielzahl von publizierten Studien, die nicht-adaptierte Stressbewältigungsprogramme bei Studierenden untersucht. Der Großteil der Untersuchungen setzt bei Studierenden bereits existierende präventive Stressbewältigungsprogramme unterschiedlicher fachlicher Orientierung ein, ohne speziell auf die Bedürfnisse und den Lebenskontext der Zielgruppe einzugehen.

Eine Pilotstudie im deutschsprachigen Raum, die sich gezielt auf die Gruppe der Studierenden fokussierte, jedoch von keiner Adaption der Trainingsinhalte berichtete, stammt beispielsweise von Thielmann, Ackermann, Frommer und Böckelmann (2010). Untersucht wurde die Effektivität eines achtwöchigen Stressbewältigungskurses bei Studierenden der Universität Magdeburg ($N = 18$). Das Training beinhaltete die Wahrnehmung, Analyse und Bewertung von stressempfundene Situationen sowie die Vermittlung des Autogenen Trainings. Thielmann et al. (2010) verzichteten auf eine Kontrollgruppe, was die Aussagekraft der gefundenen Veränderungen einschränkt.

T. Esch, Sonntag, S. M. Esch und Thees (2013) untersuchten die Wirkung eines achtwöchigen Stressmanagement-Programms bei 43 Studierenden des Studiengangs „Integrative Health Promotion“ der Universität Coburg anhand eines randomisierten Wartelisten-Kontrollgruppendesigns ($n = 24$; $n = 19$). Das dort angewandte und von den Krankenkassen anerkannte MBMSR-Programm „Gesund im Stress“ vereint verschiedene Themenberei-

che der Mind-Body Medizin auf den Ebenen des Verhaltens, der Bewegung, der Entspannung und der Ernährung. Die Studie zeigte signifikante Effekte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Wartelistengruppe bezüglich einer Verbesserung des allgemeinen Gesundheitsverhaltens, nicht jedoch bezüglich der durch die Perceived Stress Scale (PSS) erfassten Stressbewältigung.

Es existieren noch weitere internationale Untersuchungen, die keine Hinweise auf eine zielgruppenspezifische Adaption der Programm-Inhalte geben und/oder methodische Einschränkungen aufweisen und auf die in Folge nicht näher eingegangen wird (vgl. u. a. Berger & O'Brien, 1998; Gaab et al., 2003; Oman, Shapiro, Thoresen, Plante & Flinders, 2008; Shapiro, Brown, Thoresen & Plante, 2011; Winterdyk et al., 2008).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich international bereits eine Vielzahl von Untersuchungen mit der Bewältigung von Stressbelastungen bei Studierenden beschäftigt. Durch die eingesetzten Präventionsprogramme konnten teilweise positive Veränderungen bezüglich der Variable „Stressbelastung“ und weiterer gesundheitsrelevanter Parameter bei der Zielgruppe erzielt werden. Nur ein geringer Anteil der Studien berichtet jedoch von Anpassungen der Trainingsprogramme an die Bedürfnisse und die Lebenswelt der Studierenden. Bei einem weitaus größeren Teil der Untersuchungen ist davon auszugehen, dass gängige Stressbewältigungsprogramme ohne eine gezielte Adaption der Trainingsinhalte zum Einsatz kamen. Überdies weisen die Studien häufig methodische Einschränkungen bezüglich der durchgeführten Evaluation auf. Somit erfüllen die aktuellen Trainingsprogramme überwiegend nicht die Qualitätskriterien nach Kaluza (2006), der bei der Evaluierung gesundheitspsychologischer Maßnahmen die Einhaltung gewisser methodischer Standards voraussetzt und sich für eine genauere Zielgruppenbestimmung der Programme ausspricht.

Ziele der vorliegenden Studie

Die vorliegende Studie beabsichtigt, die Wirksamkeit eines Stressbewältigungstrainings im Hochschulsetting zu überprüfen. Das Training, dem grundsätzlich ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz zugrunde liegt, orientiert sich dabei an den Modellen von Richard Lazarus (1966; Lazarus & Folkman, 1984) und Albert Ellis (1979, 1997). Außerdem lehnen sich die Inhalte des entwickelten Stressbewältigungsprogramms an die Qualitätskriterien des GKV-Spitzenverbandes (2014) an und folgen somit einem multimodalen Ansatz, der instrumentelle, kognitive und palliativ-regenerative Strategien zur Stressbewältigung vereint. Ansonsten berücksichtigt das Trai-

ning die von Kaluza (2006) diskutierten Qualitätskriterien. Das Programm wurde inhaltlich an die Lebenswelt der Studierenden angepasst und soll ein praktikables Modell vermitteln, um Stressbelastungen im Studienalltag und späteren Berufsleben erfolgreich zu managen. Ziel war es, das Training als reguläre Seminarveranstaltung an der Hochschule anzubieten und die Nachhaltigkeit des Programms anhand von standardisierten Trainingsmaterialien und Trainerschulungen zu sichern. Zur Beurteilung der Effektivität wurden zum einen anhand eines randomisierten Wartelisten-Kontrollgruppendesigns die Veränderungen hinsichtlich der Variable „subjektive Stressbelastung“ untersucht. Zum anderen wurde der Einfluss des Trainings auf weitere gesundheitsrelevante Parameter überprüft, die aus den Inhalten des Programms abgeleitet werden können: Prüfungsängstlichkeit, psychosomatische Beschwerden, depressive Symptomatik, Perfektionismus, subjektiv eingeschätzte Beanspruchungs-Erholungsbilanz, Selbstwert, Abschalten von der Arbeit/Erholungsfähigkeit und Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten.

Hypothesen

Als primary endpoint wurde der Bereich der „Stressbelastung“ ausgewählt. Gemäß Hypothese 1 wurde durch das Stressbewältigungstraining eine signifikante prä-post-Reduktion der Variable „Stressbelastung“ in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Wartelistengruppe erwartet (Wechselwirkung Gruppe*Zeit). Als secondary endpoints wurden alle weiteren gesundheitsrelevanten Variablen ausgewählt, die aus den Trainingsinhalten abgeleitet und mit Stressbelastungen assoziiert werden können. Gemäß Hypothese 2 wurden signifikante prä-post-Veränderungen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Wartelistengruppe bezüglich der Variablen Prüfungsängstlichkeit, psychosomatische Beschwerden, depressive Symptomatik, Perfektionismus, Selbstwert, Beanspruchung, Erholung, Abschalten von der Arbeit/Erholungsfähigkeit, Selbstmanagementfähigkeiten und Ressourcen erwartet, wobei die Interventionsgruppe der Wartelistengruppe überlegen sein sollte.

Methodik

Studiendesign und Untersuchungsablauf

Das Stressbewältigungstraining wurde im Rahmen eines randomisierten Wartelisten-Kontrollgruppendesigns hinsichtlich seiner Effekte evaluiert. Um eine Randomisie-

zung zu ermöglichen, erhielt die Interventionsgruppe das Training zu Beginn des jeweiligen Semesters (Wintersemester 2012/13, Sommersemester 2013), während die Wartelistengruppe das Treatment erst eineinhalb Monate später, also in der Mitte des Semesters erhielt. Bei der Interventionsgruppe fanden vor dem Training (Prä-Messung) und am Ende des Trainings (Post-Messung) Erhebungen statt. Diese fanden zeitgleich bei der Wartelistengruppe statt. Den Probanden wurde eine Fragebogenbatterie mit neun unterschiedlichen Paper-Pencil-Fragebögen vorgegeben. Sie benötigten zur Bearbeitung durchschnittlich 45–60 Minuten.

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte über das Schlüsselqualifikationen-Programm des House of Competence (HoC) am Karlsruher Institut für Technologie (KIT), das eine zentrale Einrichtung für die überfachliche Kompetenzentwicklung und Weiterbildung von Studierenden darstellt. Das Stressbewältigungstraining wurde dabei als akkreditierte Lehrveranstaltung am HoC angeboten. Es wurde von zwei Psychologen des Lehrstuhls für Angewandte Psychologie des KIT durchgeführt, die Erfahrungen im Bereich des Stressmanagements und der universitären Lehre aufweisen.

Im Rahmen einer Einführungsveranstaltung zu Semesterbeginn wurden die Teilnehmer randomisiert den beiden Untersuchungsbedingungen (Interventionsgruppe und Wartelistengruppe) zugeteilt. Zu diesem Zeitpunkt fanden sowohl die Prä-Messung als auch eine Zuweisung der Studierenden zu den verschiedenen Seminarterminen statt. Im Sommersemester 2013 wurde im Vorfeld der Erhebung zusätzlich ein Screening der Teilnehmer durchgeführt, um tatsächlich belastete Studierende, die von der Interventionsmaßnahme maßgeblich profitieren konnten, zu ermitteln. Zu diesem Zweck wurden ausgewählte Items des Perceived Stress Questionnaire (PSQ) vorgegeben. Drop-Outs fanden im Studienverlauf zu zwei Zeitpunkten statt: Sowohl im Vorfeld des Trainings nach erfolgter Randomisierung bzw. der Zuweisung der Seminartermine ($n = 8$) als auch während des Trainings, da der obligatorische, ganztägige Blocktermin von einem Teilnehmer kurzfristig nicht wahrgenommen werden konnte ($n = 1$). Insgesamt kann die Drop-Out-Rate somit als gering eingestuft werden.

Untersuchungsteilnehmende

63 Studierende unterschiedlicher Fachrichtungen des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT) nahmen an den sieben Terminen der präventiven Stressbewältigungsmaßnahme teil. Kontrollgruppe und Interventionsgruppe unterschieden sich nicht bezüglich Alter und Anzahl der Fachsemester (Alter: IG: $M = 22.03$ Jahre ($SD = 1.94$), WL:

$M = 22.44$ Jahre ($SD = 2.02$); Anzahl an Fachsemestern: IG: $M = 5.03$ ($SD = 2.46$), WL: $M = 5.13$ ($SD = 2.23$)). In beiden Gruppen waren Männer stark überproportional vertreten (IG: 22 Männer, 9 Frauen; WL: 29 Männer, 3 Frauen), was die Geschlechterverteilung am KIT widerspiegelt (Anteil Männer:Frauen = 3:1).

Beschreibung des Interventionsprogramms

Das Stressbewältigungstraining ist ein spezifisch auf die Zielgruppe der Studierenden zugeschnittenes Programm zur Stress- und Belastungsreduktion. Es richtet sich an Studierende aller Fachrichtungen (Bachelor- und Masterstudiengänge) und soll Bewältigungsstrategien für einen gesunden und produktiven Umgang mit Stressbelastungen im Studium vermitteln.

Grundsätzlich liegt dem Training ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz zugrunde. Es orientiert sich an den Modellen von Richard Lazarus (1966; Lazarus & Folkman, 1984) und Albert Ellis (1979, 1997), die dem Einfluss von persönlichen Bewertungen und Einstellungen auf das Stresserleben hohe Bedeutung zumessen. Gleichzeitig erfüllt das Training die vom GKV-Spitzenverband (2014) vorgegebenen Qualitätskriterien, bezogen auf das Handlungsfeld „Stressmanagement“. Das Training folgt einem multimodalen Ansatz, der instrumentelle, kognitive und palliativ-regenerative Strategien vereint. Das Autogene Training nach Johannes Heinrich Schultz (2004; Langen, 2005) ist fester Bestandteil jeder Seminareinheit. Die Übungssequenzen bauen aufeinander auf und bieten den Teilnehmern die Möglichkeit, die Entspannungstechnik Schritt für Schritt und mit regelmäßigen Hilfestellungen seitens des Trainers zu üben.

Die im Seminar angewandten Techniken werden anhand von praxisnahen Beispielen aus dem Studienleben veranschaulicht und geübt. Praxisorientierte Hausaufgaben sollen die Selbstreflexion der Studierenden anregen und somit einen Transfer des Gelernten in den Studienalltag begünstigen. Eigens für das Training entwickelte Teilnehmerunterlagen bieten außerdem eine Zusammenfassung der wichtigsten Trainingsinhalte. Der stetige Wechsel von informativen Theorie-Einheiten und Übungen im Einzel- und Gruppensetting soll für ein abwechslungsreiches und produktives Lernumfeld sorgen. Der Studierende soll neben der Auseinandersetzung mit seinen individuellen Stressfaktoren ein breites Angebot an Bewältigungsmöglichkeiten kennenlernen (u.a. mentales Stressmanagement, Optimierung des Zeit- und Lernmanagements, Bewältigung von Prüfungsangst, effektive Prüfungsvorbereitung, Autogenes Training).

Im Detail, besteht das Stressbewältigungsprogramm aus sechs Seminareinheiten à 180 Minuten und einem ganztägigen Blocktermin à 420 Minuten. Es ist für eine Gruppengröße von acht bis zwölf Personen konzipiert.

Die erste Seminareinheit „Stress im Studium“ dient dem gegenseitigen Kennenlernen der Teilnehmer und hat zum Ziel, unter den Studierenden eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre zu schaffen. Neben einer Darstellung der Kursinhalte diskutieren die Teilnehmer bereits persönliche Erfahrungen und Einschätzungen in Bezug auf Stress im Studienalltag.

In der zweiten Seminareinheit „Stress und seine Auswirkungen“ werden den Studierenden aktuelle Informationen und Fakten zum Thema „Stress“ vermittelt. Die Teilnehmer setzen sich mit ihren persönlichen Stressfaktoren auseinander und entwickeln zu konkreten stress-behafteten Situationen im Studium erste Bewältigungsstrategien (instrumentelles Stressmanagement). Das dem Seminar zugrunde liegende Stressmodell (in Anlehnung an Ellis, 1979, 1997; Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984) soll dabei einen Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten der Entstehung und Bewältigung von Stress bieten. Neben einer Einführung in das Autogene Training werden die Bereiche „konstruktive Zielsetzung und Zielerreichung“ behandelt.

Der dritte Seminartermin „Stress entsteht im Kopf“ ist als ganztägiger Blocktermin konzipiert und widmet sich dem mentalen und palliativ-regenerativen Stressmanagement. Der Themenblock „Gedanken und Stress“ soll den Teilnehmern die Bedeutung von Denk- und Bewertungsprozessen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Stress verdeutlichen. Durch die Auseinandersetzung mit automatisch ablaufenden, stressverursachenden Denkfehlern (vgl. Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010; Kaluza, 2011) und durch die Veranschaulichung des Konzeptes der „inneren Antreiber“ (vgl. Kaluza, 2011; Remmert, 2011) sollen die Studierenden lernen, ihr Denken zu reflektieren und Verhaltensänderungen einzuleiten. Der Themenblock „Ausgleich und Genuss“ hebt die Bedeutung erholsamer Aktivitäten und euthymer Erfahrungen als wesentliche Bewältigungsstrategie hervor (vgl. Koppenhöfer, 2004).

Die vierte Seminareinheit „Sich vor Stress schützen“ behandelt das Thema Kommunikation und Stress (vgl. Kaluza, 2011; Seiwert, 2009). Sowohl die Fähigkeit zur Abgrenzung als auch die Identifizierung von Unterstützungsmöglichkeiten im Studenumfeld spielen bei der Bewältigung von Stress eine zentrale Rolle. Durch die Vermittlung von Kommunikationsstrategien und die Auseinandersetzung mit aktuellen Wert- und Zielvorstellungen sollen die Teilnehmer lernen, sich in ihrem Umfeld zu positionieren und Stressbelastungen nachhaltig zu reduzieren.

Ziel der fünften Seminareinheit „Zeit- und Lernmanagement“ ist es, die Teilnehmer mit aktuellen Techniken des Zeit- und Lernmanagements (vgl. Heister, 2009; Kregel, 2012; Meier & Engelmeyer, 2009; Seiwert, 2009) vertraut zu machen und ihnen Kompetenzen für eine optimierte Zeit- und Lernplanung zu vermitteln. Eine konstruktive Zeitplanung, das Setzen von Prioritäten sowie eine Verbesserung des Lernverhaltens sollen wichtig, im Studium erforderliche Kompetenzen fördern.

Das Thema Prüfungsängstlichkeit (vgl. Fehm & Fydriich, 2011; Wolf & Merkle, 2009) vor und während Klausuren bzw. mündlichen Prüfungen ist Schwerpunkt der sechsten Seminareinheit „Prüfungsangst bewältigen“. Die Teilnehmer setzen sich mit ihrem Verhalten in Prüfungssituationen auseinander und sollen Kompetenzen auf unterschiedlichen Bewältigungsebenen (Aufmerksamkeitslenkung, Reduzierung angstverschärfender Gedanken durch stützende Bewertungen, konstruktive Prüfungsvorbereitung, Vermittlung von Kompetenzen für einen souveränen Umgang mit Prüfungssituationen) erwerben.

Die letzte und siebte Seminareinheit „Resümee und Ausblick“ bietet den Teilnehmern Gelegenheit, Bilanz zu ziehen und sich mit ihrer persönlichen Entwicklung im Verlauf des Trainings und ihrer individuellen Zielerreichung zu beschäftigen. Das Autogene Training wird mit einer „Phantasiereise“ abgeschlossen, die den Studierenden einen Blick in die Zukunft und eine positive Visualisierung unterschiedlicher Lebensbereiche ermöglichen soll. Die Zukunftsvision soll die Studierenden außerdem auf einen „Exkurs in das Berufsleben“ vorbereiten und zielt darauf ab, einen Transfer der erlernten Stressbewältigungsstrategien in die Arbeitswelt zu begünstigen.

Erhebungsinstrumente

Die verwendeten Erhebungsinstrumente zur Evaluierung des Trainings leiten sich direkt aus den Bestandteilen des Programms und damit auch indirekt aus den GKV-Qualitätskriterien (2014) ab. In den folgenden Darstellungen werden beim Perceived Stress Questionnaire (PSQ) sowohl der Gesamtwert als auch die Subskalen betrachtet, während bei den übrigen Verfahren die Gesamtwerte berücksichtigt werden.

Perceived Stress Questionnaire (PSQ)

Der PSQ (Fliege, Rose, Arck, Levenstein & Klapp, 2001) erfasst die subjektive Wahrnehmung sowie die Bewertung und Weiterverarbeitung von Stressoren mit den vier Faktoren Anspannung, Anforderungen, Sorgen und Freude. Die Interne Konsistenz (Cronbachs α) kann für die Subskalen (Sorgen: $\alpha = .77$, Anspannung: $\alpha = .83$, Freude: $\alpha = .82$ und Anforderungen: $\alpha = .81$) als zufriedenstellend

angesehen werden. Für den Gesamtwert besteht eine sehr gute interne Konsistenz mit $\alpha = .93$ (Kocalevent et al., 2007). Die Konstruktvalidität ist zufriedenstellend. In der vorliegenden Studie wurde der Gesamtwert über alle 30 Items gebildet, die Subskalen wurden anhand der vierfaktoriellen Lösung von Fliege et al. (2001) berechnet.

Allgemeine Depressionsskala (ADS-K)

Die Kurzform ADS-K (Hautzinger & Bailer, 1993) ist die deutschsprachige Version der „Epidemiological Studies Depression Scale“ (CES-D) und erfasst depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster. Sowohl die interne Konsistenz für den Gesamtwert (Cronbachs $\alpha = .90$) als auch die Konstruktvalidität sind sehr zufriedenstellend und erwiesen sich über verschiedenste Stichproben hinweg konsistent.

Gießener Beschwerdebogen (GBB-24)

Der GBB-24 (Brähler, Hinz & Scheer, 2008) erfasst psychosomatische Aspekte körperlicher Beschwerden anhand einer fünfstufigen Häufigkeitsskala in den Bereichen: a) Erschöpfung, b) Magenbeschwerden, c) Gliederschmerzen und d) Herzbeschwerden. Die interne Konsistenz der Gesamtskala (Beschwerdedruck: Cronbachs $\alpha = .91$) und die Konstruktvalidität erweisen sich als sehr gut.

Prüfungsangstfragebogen (PAF)

Der PAF (Hodapp, Rohrman & Ringeisen, 2011) erfasst Prüfungsängstlichkeit anhand der vier Dimensionen Aufgeregtheit (emotionale und körperliche Anspannung), Besorgtheit (Selbstzweifel), Kognitive Interferenz (Ablenkung von der Aufgabe durch irrelevante Gedanken) und Mangel an Zuversicht (mangelnder Selbstwert). Die Gesamtskala weist eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf (Cronbachs $\alpha = .88$) und die Konstruktvalidität ist zufriedenstellend.

Recovery Experience Questionnaire (REQ)

Der REQ von Sonnentag und Fritz (2007) erfasst die Fähigkeit, sich in der Freizeit von den Anforderungen des Arbeitslebens zu erholen. Es werden vier Skalen der Erholungsfähigkeit bzw. des „recovery experience“ unterschieden: a) Abschalten von der Arbeit, b) Entspannung, c) Mastery und d) Kontrolle. Die interne Konsistenz der Skalen, aus denen in der vorliegenden Studie der Gesamtwert „Erholungsfähigkeit“ gebildet wurde, erweist sich mit Cronbachs $\alpha = .79-.85$ als zufriedenstellend.

Multidimensionale Selbstwertskala (MSWS)

Die MSWS von Schütz und Sellin (2006) erfasst anhand von sechs Subskalen verschiedene Facetten der Selbstwertschätzung, die zu den übergeordneten Skalen „Allge-

meine Selbstwertschätzung (ASW)“ und „Körperbezogene Selbstwertschätzung (KSW)“ zusammengefasst werden. Aus den übergeordneten Skalen kann wiederum ein Gesamtwert (GSW) gebildet werden. Die interne Konsistenz des Gesamtselbstwertes (Cronbachs $\alpha = .93$) sowie die konvergente und diskriminante Validität der Skalen sind zufriedenstellend.

Frost Multidimensional Perfectionism Scale – Deutsch (FMPS-D)

Die FMPS-D (Stöber, 1995) ist die deutsche Version der „Multidimensional Perfectionism Scale“ von Frost, Marten, Lahart & Rosenblate (1990). Sie besteht aus den sechs Skalen: a) Sorge über Fehler, b) Handlungszweifel, c) Elterliche Erwartungen, d) Elterliche Kritik, e) Persönliche Ansprüche und f) Organisation. Fünf Subskalen (a–e) bilden nach Frost et al. (1990) den Gesamtwert. Die interne Konsistenz der Gesamtskala (Cronbachs $\alpha = .91$) erweist sich als sehr gut.

Erholungs-Belastungs-Fragebogen (EBF)

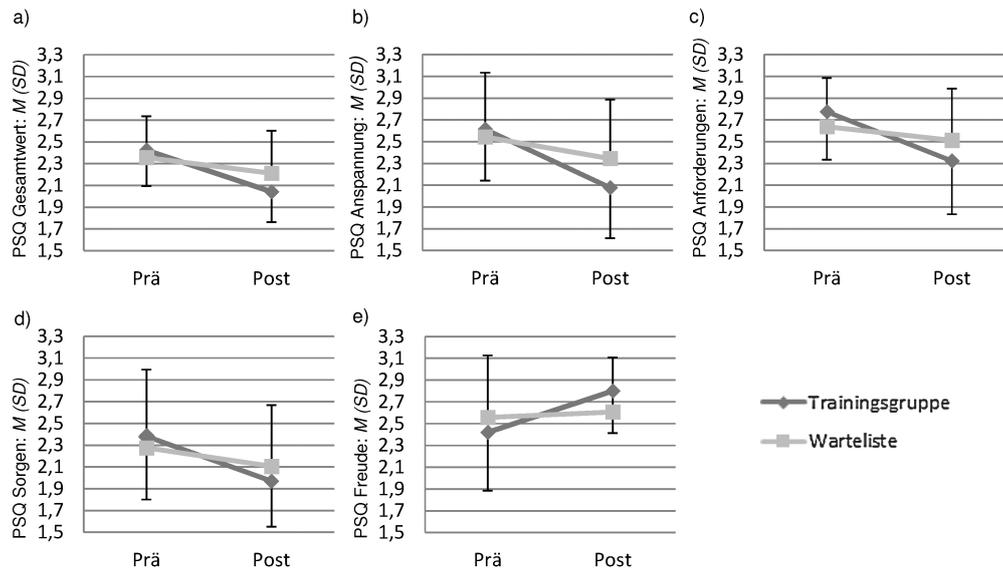
Der EBF (Kallus, 1995) erfasst in 12 Subskalen sowohl potentiell belastende als auch potentiell erholsame Ereignisse und deren subjektive Konsequenzen. Die interne Konsistenz der Skalen, die zu zwei Bereichssubskalen zusammengefasst werden können (Erholung/Beanspruchung), erweisen sich mit Cronbachs $\alpha = .80-.92$ für Erholung und Cronbachs $\alpha = .91-.97$ für Beanspruchung als sehr gut.

Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)

Der FERUS von Jack (2007) erfasst gesundheitsrelevante Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten. Der Test besteht aus sieben Skalen (Veränderungsmotivation, Selbstbeobachtung, aktives und passives Coping, Selbstwirksamkeit, Selbstverbalisation, Hoffnung und Soziale Unterstützung) und einem Gesamtwert. Die interne Konsistenz der Skalen, die den Gesamtwert bilden, erweist sich mit Cronbachs $\alpha = .73-.82$ als gut.

Datenverarbeitung und Datenauswertung

Den Teilnehmern wurden Paper-Pencil-Fragebögen zu zwei Zeitpunkten (Prä und Post) vorgelegt. Diese wurden automatisiert eingelesen und mithilfe des Statistikprogramms SPSS 20 ausgewertet. Zur Analyse der Wirksamkeit des Programms wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet. Die beiden Gruppen (Interventionsgruppe versus Wartelistengruppe) bildeten dabei den ersten Faktor, während die Zeitpunkte der Messungen (Prä versus Post) den zweiten Faktor ab-



Anmerkung: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Abbildung 1. Veränderung der Stressbelastung (Perceived Stress Questionnaire – PSQ) für a) Gesamtwert und die Subskalen: b) Anspannung c) Anforderungen, d) Sorgen und e) Freude über die Messzeitpunkte (Prä und Post).

bildeten. Für die Überprüfung unserer Hypothesen ist die wechselseitige Beeinflussung der beiden Faktoren (Wechselwirkung) ausschlaggebend.

Alle interessierenden Parameter ($n = 14$) wurden, getrennt für Interventions- und Wartelistengruppe und für die Zeitpunkte Prä und Post, auf Normalverteilung (Shapiro-Wilk) geprüft. Bei drei dieser $14 \times 2 \times 2$ Überprüfungen fanden sich Einschränkungen bezüglich der Normalverteilung. Für die jeweiligen Parameter wurden Differenzwerte gebildet (Prä-Post), die zuerst hinsichtlich der Normalverteilung und in Folge hinsichtlich der Gruppenunterschiede untersucht wurden (t-test für unabhängige Stichproben). Die über die Differenzwerte gefundenen Gruppenunterschiede sind mit den Befunden aus den Varianzanalysen identisch. Zur Vereinheitlichung der Ergebnisdarstellung werden deshalb durchgängig die Befunde der Varianzanalysen berichtet. Bei Berücksichtigung des Geschlechts als Kovariate bleiben die gefundenen Effekte überwiegend erhalten (dataavailable upon request).

Ergebnisse

Entsprechend der Hypothesenbildung wird im Ergebnisteil zwischen dem Parameter „Stressbelastung“ (primary endpoint) und einer Aufzählung weiterer gesundheitsrelevanter Variablen unterschieden (secondary endpoint). Im Abschnitt „Stressbelastung“ werden sowohl

der Gesamtwert als auch die Subskalen des PSQ berichtet (siehe Abbildung 1), während im zweiten Abschnitt „Gesundheitsrelevante Parameter“ nur die Gesamtwerte der einzelnen Variablen beschrieben werden (siehe Tabelle 1).

Stressbelastung

Deskriptiv zeigt sich in Abbildung 1 eine stärkere Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Warteliste für den Gesamtwert des PSQ, sowie für alle vier Subskalen. Inferenzstatistisch zeigt sich für den PSQ Gesamtwert eine signifikante Gruppe*Zeit-Interaktion ($F(1,61) = 9,03$; $p = .004$; $\eta^2 = .129$). Für die Subskalen des PSQ (Anspannung, Anforderungen, Sorgen, Freude) finden sich signifikante Interaktionen für Anspannung ($F(1,61) = 6,49$; $p = .013$; $\eta^2 = .096$), Anforderungen ($F(1,61) = 8,44$; $p = .005$; $\eta^2 = .122$) und Freude ($F(1,61) = 5,53$; $p = .022$; $\eta^2 = .083$). Für die Subskala Sorgen ($F(1,61) = 3,22$; $p = .078$; $\eta^2 = .050$) zeigt sich nur eine statistische Tendenz. Wie auch bei der Gesamtskala des PSQ gehen alle signifikanten Unterschiede in die Richtung einer stärkeren Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Wartelistengruppe. Die Effektstärken in Form des partiellen Eta-Quadrats können für den PSQ Gesamtwert mit $\eta^2 = .129$ als stark und bei den vier Subskalen mit Effektstärkenmaßen von $\eta^2 = .050 - \eta^2 = .122$ als mittel bis stark eingestuft werden. Mittelwerte und Standardabweichungen für beide Zeitpunkte (Prä und Post) finden sich in Tabelle 1.

Gesundheitsrelevante Parameter

Die Mittelwerte und Standardabweichungen aller erhobenen Gesamtskalen für beide Zeitpunkte (Prä und Post) finden sich in Tabelle 1. Deskriptiv zeigt sich eine hypothesenkonforme Veränderung in allen verwendeten Testverfahren, d. h. eine stärkere Verbesserung der Interventionsgruppe. Signifikante Veränderungen bezüglich der Gruppe*Zeit Interaktionen finden sich für die Skalen Prüfungsangst des PAF ($F(1.61) = 4.33$; $p = .042$, $\eta^2 = .066$), psychosomatische Beschwerden des GBB-24 ($F(1.61) = 8.77$; $p = .004$; $\eta^2 = .126$), Depression des ADS-K ($F(1.61) = 8.93$; $p = .004$; $\eta^2 = .128$), Abschalten von der Arbeit/Erholungsfähigkeit des REQ ($F(1.61) = 5.80$; $p = .019$; $\eta^2 = .087$), Selbstwert des MSWS ($F(1.61) = 14.38$; $p < .001$; $\eta^2 = .191$), Perfektionismus des FMPS-D ($F(1.61) = 4.01$; $p = .050$; $\eta^2 = .062$), Beanspruchung ($F(1.61) = 4.18$; $p = .045$; $\eta^2 = .064$) und Erholung des EBF ($F(1.61) = 11.52$; $p = .001$; $\eta^2 = .159$) und die Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten des FERUS ($F(1.61) = 5.36$; $p = .024$; $\eta^2 = .081$). Insgesamt zeigt sich somit über alle erfassten Skalen hinweg eine sehr breite Verbesserung der gesundheitsrelevanten Parameter mit signifikanten Interaktionen, d. h. dass die Interventionsgruppe stärkere Verbesserungen in allen erfassten Parametern aufweist.

Die Effekte für die Parameter Prüfungsangst, Abschalten von der Arbeit, Perfektionismus, Beanspruchung und Ressourcen/Selbstmanagementfähigkeiten können mit Effektstärkenmaßen von $\eta^2 = .062$ – $\eta^2 = .087$ als mittelstark eingestuft werden. Starke Effekte finden sich für die Parameter psychosomatische Beschwerden, Depression, Selbstwert und Erholung mit Effektstärkenmaßen von $\eta^2 = .126$ – $\eta^2 = .191$.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war die Entwicklung und Evaluierung eines speziell auf die Lebenswelt der Studierenden angepassten Stressbewältigungstrainings. Die Überprüfung der Wirksamkeit mittels randomisiertem Wartelisten-Kontrollgruppendesign bei 63 Studierenden unterschiedlicher Fachrichtungen erbrachte positive Effekte bei allen erfassten Konstrukten. Die Interventionsgruppe zeigte im Vergleich zur Wartelistengruppe (Interaktion Gruppe*Zeit) signifikant stärkere Verbesserungen bezüglich der Reduzierung subjektiver Stresssymptome, der Abnahme der Prüfungsängstlichkeit, einer Verminderung psychosomatischer Beschwerden, einer Reduzierung der depressiven Symptomatik, einer Abnahme des Perfektionismus und einer Reduzierung der wahrgenomme-

Tabelle 1. Mittelwerte, Standardabweichungen und Gruppe*Zeit-Interaktionen der Gesamtskalen

Gesamtskala/Gesamtwert	Anzahl Items je Skala	Wertebereich der Skala	IG		WL		Zeit*Gruppe $F(df); p$
			Prä $M(SD)$	Post $M(SD)$	Prä $M(SD)$	Post $M(SD)$	
Perceived Stress Questionnaire (PSQ)	30	1–4 ^a	2.42 (0.33)	2.04 (0.28)	2.35 (0.38)	2.21 (0.39)	9.03 (1.61); $p = .004$
Allgemeine Depressionsskala (ADS-K)	15	0–45 ^b	12.06 (6.88)	9.00 (5.27)	11.19 (5.40)	12.81 (6.54)	8.93 (1.61); $p = .004$
Gießener Beschwerdebogen (GBB-24)	24	0–96 ^b	24.71 (10.95)	17.81 (10.77)	22.34 (10.55)	20.94 (13.91)	8.77 (1.61); $p = .004$
Prüfungsangstfragebogen (PAF)	20	20–80 ^b	47.32 (8.45)	42.13 (9.07)	46.09 (8.33)	43.72 (8.13)	4.33 (1.61); $p = .042$
Recovery Experience Questionnaire (REQ)	16	1–5 ^a	2.89 (0.51)	3.08 (0.55)	3.10 (0.51)	2.99 (0.57)	5.80 (1.61); $p = .019$
Multidimensionale Selbstwertskala (MSWS)	32	32–224 ^b	138.06 (26.91)	154.19 (24.13)	145.88 (24.07)	149.25 (26.83)	14.38 (1.61); $p < .001$
Frost Multidimensional Perfectionism Scale – Deutsch (FMPS-D)	29	29–145 ^b	74.81 (17.69)	64.77 (16.68)	79.84 (14.14)	74.97 (14.24)	4.01 (1.61); $p = .050$
Erholungs-Belastungs-Fragebogen (EBF)							
Bereichssubskala Beanspruchung	42	0–6 ^a	1.94 (0.76)	1.74 (0.65)	1.84 (0.58)	1.93 (0.66)	4.18 (1.61); $p = .045$
Bereichssubskala Erholung	30	0–6 ^a	3.01 (0.83)	3.51 (0.72)	2.97 (0.87)	2.83 (0.81)	11.52 (1.61); $p = .001$
Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)	44	44–220 ^b	146.48 (19.87)	155.97 (20.33)	154.84 (19.60)	157.13 (22.16)	5.36 (1.61); $p = .024$

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe; WL = Warteliste; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert; df = Freiheitsgrade; p = Signifikanzniveau. ^aarithmetische Mittelwerte. ^bSummenwerte.

nen Beanspruchung. Außerdem konnten sowohl ein signifikanter Anstieg der Erholung und Erholungsfähigkeit/Abschalten von der Arbeit, eine Zunahme der Selbstmanagementfähigkeiten und Ressourcen als auch eine Steigerung des Selbstwertes beobachtet werden. Somit zeigt sich eine sehr breite Reduktion der Belastung der Studierenden durch das Training.

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass die Untersuchungsteilnehmer im PSQ im Vergleich zu einer psychosomatischen Normstichprobe wie erwartet niedrigere Stresswerte aufwiesen. Im Vergleich zu einer Normstichprobe von Studierenden zeigten sie vor der Trainingsmaßnahme höhere Stresswerte (Prä), näherten sich aber nach Absolvierung des Trainings (Post) dem Stresslevel der Normstichprobe stark an.

Die vorliegende Studie unterscheidet sich somit von anderen vergleichbaren Studien durch die Qualität der Evaluierung und die Beschaffenheit der Gruppe. Einige Studien verzichteten im Sinne einer Pilotstudie auf eine Kontrollgruppe oder untersuchten die Präventionsmaßnahme an einer geringen Anzahl von Studierenden (vgl. u. a. Barbosa et al., 2013; Berger & O'Brien, 1998; Gaab et al., 2006; Lynch et al., 2011; Shapiro et al., 2011; Sheehy & Horan, 2004; Thielmann et al., 2010). Andere Untersuchungen führten die Evaluierung an Personen durch, die zumindest nicht das klassische Alter von Studierenden aufwiesen (vgl. u. a. Deckro et al., 2002; Lynch et al., 2011; Sheehy & Horan, 2004).

Des Weiteren wurden die Trainingsinhalte in der vorliegenden Studie speziell auf das Setting der Hochschule und die Bedürfnisse der Studierenden zugeschnitten. Eine Berücksichtigung des lebensweltlichen Kontexts der Zielgruppe ermöglicht es, einen Transfer der im Training erworbenen Kompetenzen in den Alltag zu unterstützen (Kaluza, 2006). Ein Großteil der bisher publizierten Studien nahm bis auf einige Ausnahmen (vgl. u. a. Deckro et al., 2002; Lynch et al., 2011; Sheehy & Horan, 2004) jedoch keine Anpassung an die Lebenswelt der Studierenden vor (vgl. u. a. Barbosa et al., 2013; Berger & O'Brien, 1998; Esch et al., 2013; Felton et al., 2013; Finkelstein et al., 2007; Gaab et al., 2003; Gaab et al., 2006; Hirokawa et al., 2002; Kang et al., 2009; Oman et al., 2008; Shapiro et al., 2011; Thielman et al., 2010; Winterdyk et al., 2008).

Somit ist das vorliegende Programm, nach unserem Kenntnisstand, das erste präventive Stressbewältigungstraining, das speziell auf die Zielgruppe der Studierenden zugeschnitten wurde und mittels randomisiertem kontrollierten Studiendesign und ausreichender Gruppengröße evaluiert wurde. Nicht nur bezüglich der Variable „Stressbelastung“, sondern auch bei einer Vielzahl weiterer gesundheitsrelevanter Symptome konnten positive Resultate nachgewiesen werden.

Trotz der beachtlichen Effekte des Trainings sollen einige Limitationen nicht unerwähnt bleiben. Da das Training im Rahmen universitärer Lehre (Schlüsselqualifikationen) stattfand, wurde als Untersuchungsdesign ein randomisiertes Wartelisten-Kontrollgruppendesign gewählt. Placebo-kontrollierte Designs sind prinzipiell zu bevorzugen. Im Setting der universitären Lehre ist ein Placebo-kontrolliertes Design aber nicht realisierbar, da Studierende einen Anspruch auf die angebotene Lehrveranstaltung haben und somit nicht „leer ausgehen“ dürfen (Placebo). Die Interaktionen (Gruppe*Zeit) wurden trotz der (unerwarteten) positiven Effekte der Wartelistengruppe signifikant. Somit kann vermutet werden, dass die vorliegende Studie mit dem gewählten Design und den positiven Effekten innerhalb der Warteliste eher eine Unterschätzung der Wirksamkeit darstellen dürfte.

Weiterhin wurden nur mittelfristige Effekte untersucht. Ob das Training auch langfristige positive Effekte erzielt, sollte in weiteren Studien untersucht werden. Anzumerken ist außerdem, dass die erhobenen Outcomes wie zu erwarten miteinander korreliert sind.

Ebenso wünschenswert wäre es, zu ermitteln, welchen Einfluss die Qualifikation des Trainers auf den Trainingserfolg hat. Da jedoch das vorliegende Training viele, bereits bewährte Komponenten präventiver Stressbewältigungsprogramme integriert (Berücksichtigung instrumenteller, kognitiver und palliativ-regenerativer Strategien nach Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes (2014)), ist von einer Wirksamkeit durch geschulte Trainer auszugehen.

Qualitative Befragungen der Studierenden ließen ein Interesse an einer „Kompaktversion“ des Stressbewältigungstrainings erkennen. So könnte das Training besser in den Studienalltag integriert oder beispielsweise in komprimierter Form in den Semesterferien angeboten werden. Vor anstehenden Prüfungsphasen, in denen die Stressbelastung der Studierenden ansteigt, könnte die Maßnahme schnell und handlungsnah durchlaufen werden. Um das Gelernte in den Studienalltag zu transferieren und eine Konsolidierung der Verhaltensveränderung sicherzustellen, müsste eine komprimierte Form des Stressbewältigungstrainings jedoch ergänzende Maßnahmen wie beispielsweise die Integration elektronischer Tagebücher (e-diaries) aufweisen.

Wir sind zuversichtlich, dass das von uns entwickelte und evaluierte Stressbewältigungstraining dazu beitragen kann, die nachweisliche Stressbelastung bei Studierenden zu reduzieren und hoffen, damit zu einem positiven Gelingen des Studiums beitragen zu können.

Literatur

- Ackermann, E. & Schumann, W. (2010). Die Uni ist kein Ponyhof. Zur psychosozialen Situation von Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5, 231–237.
- Barbosa, P., Raymond, G., Zlotnick, C., Wilk, J., Toomey, R. & Mitchell, J. (2013). Mindfulness-based stress reduction training is associated with greater empathy and reduced anxiety for graduate healthcare students. *Education for Health*, 26 (1), 9–14.
- Bargel, T., Multrus F., Ramm, M. & Bargel, H. (2009). *Bachelor-Studierende – Erfahrungen in Studium und Lehre. Eine Zwischenbilanz*. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). Zugriff am 5.12.2014 Verfügbar unter http://www.bmbf.de/pub/bachelor_zwischenbilanz_2010.pdf
- Beck, T., Rush, A. J., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Kognitive Therapie der Depression* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Berger, J. A. & O'Brien, W. H. (1998). Effect of a cognitive-behavioral stress management intervention on salivary IgA, self-reported levels of stress, and physical health complaints in an undergraduate population. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 4, 129–152.
- Brähler, E., Hinz, A. & Scheer, J. W. (2008). *GBB-24. Der Gießener Beschwerdebogen. Manual* (3., überarb. u. neu norm. Aufl.). Bern: Huber.
- Conley, C. S., Durlak, J. A. & Dickson, D. A. (2013). An evaluative review of outcome research on universal mental health promotion and prevention programs for higher education students. *Journal of American College Health*, 61, 286–301.
- Deckro, G. R., Ballinger, K. M., Hoyt, M., Wilcher, M., Dusek, J., Myers, P. et al. (2002). The evaluation of a mind/body intervention to reduce psychological distress and perceived stress in college students. *Journal of American College Health*, 50, 281–287.
- Esch, T., Sonntag, U., Esch, S. M. & Thees, S. (2013). Stress management and mind-body medicine: A randomized controlled longitudinal evaluation of students' health and effects of a behavioral group intervention at a middle-size german university (SM-MESH). *Forschende Komplementärmedizin*, 20, 129–137.
- Ellis, A. (1979). Klinisch-theoretische Grundlagen der rational-emotiven Therapie. In A. Ellis & R. Grieger (Hrsg.) *Praxis der rational-emotiven Therapie* (S. 3–36). München: Urban & Schwarzenberg.
- Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der Rational-emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Fehm, L. & Fydrich, T. (2011). *Prüfungsangst. Fortschritte der Psychotherapie* (Band 44). Göttingen: Hogrefe.
- Felton, T. M., Coates, L. & Christopher, J. C. (2013). *Impact of mindfulness training on counseling students' perception of stress. Mindfulness*. Retrieved February 16, 2015, from <http://self-compassion.org/UTserver/pubs/Mindfulnessstrainingqualitative.pdf>
- Finkelstein, C., Brownstein, A., Scott, C. & Lan, Y.-L. (2007). Anxiety and stress reduction in medical education: an intervention. *Medical Education*, 41, 258–264.
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S. & Klapp, B. F. (2001). Validierung des "Perceived Stress Questionnaire" (PSQ) an einer deutschen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 142–152.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449–468.
- Gaab, J., Blättler, N., Menzi, T., Pabst, B., Stoyer, S. & Ehlert, U. (2003). Randomized controlled evaluation of the effects of cognitive-behavioral stress management on cortisol responses to acute stress in healthy subjects. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 767–779.
- Gaab, J., Sonderegger, L., Scherrer, S. & Ehlert, U. (2006). Psychoneuroendocrine effects of cognitive-behavioral stress management in a naturalistic setting – a randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 428–438.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014). *Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014*. Zugriff am 27.2.2015. Verfügbar unter http://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention2014_barriere_frei.pdf
- Gusy, B., Drewes, J., Fischer, K. & Lohmann, K. (2009). *15. Kongress Armut und Gesundheit: Stress im Studium: Ein Vergleich Studierender in „neuen“ und „alten“ Studienstrukturen*. Berlin: AB Public Health. Zugriff am 6.3.2015. Verfügbar unter http://www.armut-und-gesundheit.de/uploads/tx_gbbkongressarchiv/Gusy__Drewes__Fischer__Lohmann_Stress_im_Studium_bearb_10-02-24.pdf
- Gusy, B., Lohmann, K., Drewes, J. (2010). Burnout von Studierenden, die einen Bachelor-Abschluss anstreben. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5, 271–275.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions Skala*. Göttingen: Beltz.
- Heister, W. (2009). *Studieren mit Erfolg: Effizientes Lernen und Selbstmanagement in Bachelor-, Master- und Diplomstudiengängen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Hirokawa, K., Yagi, A. & Miyata, Y. (2002). An examination of the effects of Stress management training for japanese college students of social work. *International Journal of Stress Management*, 9, 113–123.
- Hodapp, V., Rohrmann, S. & Ringeisen, T. (2011). *PAF. Prüfungsangstfragebogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F.-H., Sperth, M. & Funke, J. (2009). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. Vergleich von Feldstichproben mit Klienten und Patienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Psychotherapeut*, 54, 346–356.
- Jack, M. (2007). *FERUS. Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten*. Göttingen: Hogrefe.
- Kallus, K. W. (1995). *EBF. Erholungs-Belastungs-Fragebogen*. Swets Test Service: Frankfurt.
- Kaluza, G. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter. Eine Sammlung empirisch evaluierte Interventionsprogramme. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14, 171–196.
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kang, Y.S., Choi, S.Y. & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29, 538–543.
- Kocalevent, R.-D., Levenstein, S., Fliege, H., Schmid, G., Hinz, A., Brähler, E. et al. (2007). Contribution to the construct validity of the Perceived Stress Questionnaire from a population-based survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 71–81.
- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens: Ein verhaltenensorientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns* (5. Aufl.). Lengerich: Pabst.
- Krengel, M. (2012). *Golden Rules: Erfolgreich lernen und arbeiten: Alles was man braucht* (3. Aufl.). Berlin: Eazybookz.
- Langen, D. (2005). *Autogenes Training*. München: Gräfe und Unzer.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lynch, S., Gander, M.-L., Kohls, N., Kudielka, B. & Walach, H. (2011). Mindfulness-based coping with university life: A non-randomized wait-list-controlled pilot evaluation. *Stress and Health, 27*, 365–375.
- Meier, R. & Engelmeyer, E. (2009). *Zeitmanagement: Grundlagen, Methoden, Techniken* (2. Aufl.). Offenbach: GABAL.
- Oman, D., Shapiro, S., Thoresen, C. E., Plante, T. G. & Flinders, T. (2008). Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: A randomized controlled trial. *Journal of American College Health, 56*, 569–578.
- Ramm M., Multrus, F., Bargel, T. & Schmidt, M. (2014) *Studiensituation und studentische Orientierungen. 12. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen*. Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Remmert, G. (2011). *Mach es allen recht! Beil dich! Zur Dynamik innerer Antreiber*. Zugriff am 12.7.2014. Verfügbar unter <http://www.seminarhaus-schmiede.de/pdf/antreiber.pdf>
- Seiwert, L. (2009). *Noch mehr Zeit für das Wesentliche: Zeitmanagement neu entdecken* (3. Aufl.). München: WGoldmann.
- Schultz, J. H. (2004). *Das Original-Übungsheft für das Autogene Training* (24. Aufl.). Stuttgart: Trias.
- Schütz, A. & Sellin, I. (2006). *MSWS. Multidimensionale Selbstwertskala*. Göttingen: Hogrefe.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Thoresen, C. & Plante, T. G. (2011). The moderation of mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 267–277.
- Sheehy, R. & Horan, J. J. (2004). Effects of stress inoculation training for 1st-year law students. *International Journal of Stress Management, 11* (1), 41–55.
- Sonnentag, S. & Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology, 12*, 204–221.
- Stöber, J. (1995). *FMPD-D*. Zugriff am 5.12.2014. Verfügbar unter <http://www.erzwiss.uni-halle.de/gliederung/paed/ppsych/sdfmpsd.pdf>
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2007). *Gesund studieren. Befragungsergebnisse des Gesundheitssurvey und Auswertungen zu Arzneimittelverordnungen*. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 16. Hamburg: TK. Zugriff am 5.12.2014. Verfügbar unter <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/48822/Datei/629/Broschuere-Gesund-studieren.pdf>
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2011). *Gesundheitsreport 2011. Gesundheitliche Veränderungen bei jungen Erwerbspersonen und Studierenden*. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 26. Hamburg: TK. Zugriff am 5.12.2014. Verfügbar unter <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/281898/Datei/2761/Gesundheitsreport-2011.pdf>
- Thielmann, B., Ackermann, E., Frommer, J. & Böckelmann, I. (2010). Beurteilung eines Stressbewältigungskurses für Studierende. *Prävention und Gesundheitsförderung, 5*, 282–288.
- Winterdyk, J., Ray, H., Lafave, L., Flessati, S., Huston, M., Danelesko, E. et al. (2008). The evaluation of four mind/body intervention strategies to reduce perceived stress among college students. *College Quarterly, 11*, 1–10.
- Wolf, D. & Merkle, R. (2009). *So überwinden Sie Prüfungsängste: Psychologische Strategien zur optimalen Vorbereitung und Bewältigung von Prüfungen* (10. Aufl.). Mannheim: PAL.

Mag. rer. nat. Marie-Hélène Seidl

Karlsruher Institut für Technologie
Lehrstuhl für Angewandte Psychologie
Hertzstraße 16
76187 Karlsruhe
marie-helene.seidl@kit.edu

Prof. Dr. Ulrich W. Ebner-Priemer

Karlsruher Institut für Technologie
Lehrstuhl für Angewandte Psychologie
Engler-Bunte-Ring 15
76131 Karlsruhe
ulrich.ebner-priemer@kit.edu

Matthias F. Limberger M.A.

Karlsruher Institut für Technologie
Lehrstuhl für Angewandte Psychologie
Hertzstraße 16
76187 Karlsruhe

Tagungen und Kongresse



Hogrefe Tagungsplaner

Alle Tagungen im Überblick

Der Hogrefe Tagungsplaner bietet Ihnen ein umfassendes Verzeichnis von Tagungen, Kongressen und Symposien im Bereich der Psychologie und Psychiatrie.

Sie können sich nach verschiedenen Suchkriterien die passende Tagung oder den passenden Kongress anzeigen lassen.

- Tagungsübersicht
- Tagung beantragen und bearbeiten
- Veranstaltungen eintragen

www.hogrefe.com/veranstaltungen/tagungen-und-kongresse



Erschöpfung und Engagement im Studium

Eine Anwendung des Job Demands-Resources Modells

Burkhard Gusy, Franziska Wörfel und Katrin Lohmann

FU Berlin

Zusammenfassung. Das in der arbeitspsychologischen Forschung gut etablierte Job Demands-Resources Modell (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001) bewährt sich auch im Studienkontext. Analog zu den Annahmen dieses Modells werden bezogen auf das Studium zwei parallel ablaufende Prozesse angenommen: ein Pfad der Gesundheitsbeeinträchtigung, in dem Anforderungen im Studium vermittelt durch Erschöpfung zu gesundheitlichen Einbußen führen und ein motivationaler Pfad, bei dem Ressourcen vermittelt über Engagement zu einem Zugewinn an Gesundheit führen. Für die Analysen wurden Daten von 808 Studierenden genutzt. Sie gaben Auskunft zu ihrem Erschöpfungserleben, ihrem Engagement, ihrer Wahrnehmung und Bewertung von Anforderungen und Ressourcen im Studium sowie ihrem Wohlbefinden. Die oben skizzierten Wirkmechanismen wurden in einem Strukturgleichungsmodell geprüft. Wahrgenommene Anforderungen im Studium sind hypothesenkonform mit Erschöpfung ($\beta = .79$) und darüber invers mit Beeinträchtigungen des Wohlbefindens ($\beta = -.53$) assoziiert, eine gute Ressourcenausstattung hingegen korreliert mit Engagement ($\beta = .78$) sowie positiv mit dem Wohlbefinden ($\beta = .32$). Das Modell parallel ablaufender Prozesse ist akzeptabel an die Daten angepasst. Ein Modell mit kreuzweiser Verschränkung der Pfade von Ressourcen auf Erschöpfung und von Anforderungen auf Engagement bringt gegenüber dem Ausgangsmodell parallel ablaufender Prozesse einen leichten Zugewinn. Die Korrelation zwischen Ressourcen im Studium und Erschöpfung ($\beta = -.18$) erwies sich zwar als signifikant, nicht aber die zwischen Anforderungen im Studium und Engagement ($\beta = .02$).

Schlüsselwörter: Burnout, Engagement, Gesundheit, Studierende, Anforderungen im Studium, Ressourcen im Studium, Job Demands-Resources Modell, Study Demands-Resources Modell

Exhaustion and Engagement in University Students: An Application of the Job Demands-Resources Model

Abstract. The aim of this study was to analyze the relationship between perceived study demands, resources, exhaustion, and engagement in university students. According to the assumptions of the job demands-resources model (JD-R; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli 2001), two concurrent processes were adopted in this study: (a) a health impairment process, where study demands – mediated by exhaustion – lead to ill health, and (b) a motivational path, where study resources lead to health gains mediated through engagement. Data were collected from 808 students who completed an online survey. The survey gathered information on participants' experiences of exhaustion, level of engagement, perception of study demands and resources, and their well-being. Structural equation modeling was used to test the assumptions of the JD-R model and the model of parallel processes fit acceptable with the data. Perceived study demands were associated with exhaustion ($\beta = .79$) and with reduced well-being ($\beta = -.53$), mediated through exhaustion. Resources were correlated with student engagement ($\beta = .78$) and well-being ($\beta = .32$), mediated through student engagement. A crosswise extension of the JD-R model in which demands were additionally associated with study engagement and resources were correlated with exhaustion showed a small increase in the model fit. The estimated coefficient from study resources on exhaustion was statistically significant ($\beta = -.18$) whereas the one from study demands on engagement was not ($\beta = .02$).

Keywords: job demands-resources model, university students, burnout, study demands, study resources, engagement, health, study demands-resources model

„Macht der Bachelor wirklich krank?“ betitelten Gumz, Brähler und Eries (2011) ihren Artikel zur Gesundheit Studierender. Dieser Titel steht nur stellvertretend für viele Studien zur Gesundheit Studierender, in denen Burnout (Gusy, Lohmann & Drewes, 2010), Frustration (Montero-Marín, Piva Demarzo, Stapinski, Gili & García-Campayo, 2014), Arbeitsstörungen (Gumz, Brähler & Eries, 2012) sowie psychische Störungen (Holm-Hadulla, Hofmann,

Sperth & Funke, 2009) pathogene Endpunkte des alltäglichen Stresses Studierender vor dem Hintergrund entsprechender Theorien markieren. In letzter Zeit verschiebt sich das Interesse zunehmend in Richtung positiver Endpunkte wie z. B. Wohlbefinden (Cotton, 2002; Pluut, Curçeu & Ilies, 2015), Lebensqualität (Den Dulk, Bäck-Wiklund, Lewis & Redai, 2011) sowie studienbezogenem Engagement (Bakker, 2015). Geforscht wird nicht nur zu prädiszierenden

Merkmale für diese Facetten von Gesundheit sondern es werden auch Wirkmodelle (weiter) entwickelt, die diese Merkmale integrieren. Zu diesen zählen das Demand-Control Modell von Karasek und Theorell (1990) sowie das Job Demands-Resources Modell (JD-R Modell) von Demerouti und Bakker (2001). Diese Modelle werden seit kurzem nicht nur auf die Arbeitswelt sondern auch auf ein Studium angewendet (Bakker, Sanz Vergel & Knutze, 2015; Mokgele & Rothmann, 2014; Osedach, 2013; Schmidt, Sieverding, Scheiter & Obergefell, 2013). Sie bieten den Vorteil, dass die Bedeutung spezifischer Aspekte der Studiensituation (Anforderungen, Ressourcen) für die Gesundheit Studierender expliziert wird. Da die bisherigen empirischen Studien zum JD-R Modell im Studium nur Ausschnitte des Modells prüften, ist es Ziel dieses Beitrags, das Wirkgefüge insgesamt zu analysieren.

Eine Anwendung des Job Demands-Resources Modell (JD-R) auf das Studium

Die Anwendbarkeit eines in der arbeitspsychologischen Forschung etablierten Modells auf das Studium gründet sich auf Ähnlichkeiten zwischen einer Arbeitstätigkeit und einem Studium. Der zeitliche Aufwand für ein Vollzeitstudium ist ähnlich hoch wie der einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit (Middendorf, Apolinarsky & Posowski, 2013). Ein Studium beinhaltet ähnlich wie eine Erwerbsarbeit Aufgaben, deren Bearbeitung bestimmte Kompetenzen voraussetzen und für die ein Zeitrahmen vorgegeben ist (Cotton, Dollard & Jones, 2002; Pluut, Curçeu & Ilies, 2015). Das Arbeitsergebnis wird auch im Studium bewertet, die Gratifikation besteht in der Regel in der Benotung. Im Unterschied zu einer Erwerbstätigkeit, die monatlich entlohnt wird, lassen sich durch ein Studium erworbene Qualifikationen häufig erst nach Abschluss des Studiums vermarkten.

Das JD-R Modell ermöglicht Erklärungen dafür, warum einige Studierende bei hohen Anforderungen im Studium mit Erschöpfung reagieren, andere hingegen engagiert bleiben. Erklären lässt sich dies durch das Zusammenwirken von Anforderungen und Ressourcen der Studiensituation. Als Anforderungen werden in diesem Kontext alle potenziell belastenden physischen, psychischen, sozialen oder organisationalen Merkmale eines Studiums bezeichnet, die die Bewältigungsmöglichkeiten Studierender beanspruchen. Dazu zählen eine hohe Arbeitsmenge, suboptimal gestaltete Studiengänge und -umgebungen sowie der Umgang mit schwierigen Kommilitonen. Ressourcen im Studium hingegen kennzeichnen alle physischen, psychischen, sozialen oder organisationalen Merkmale eines Studiums, die die Bewältigung der Anforderungen bzw.

der damit verbundenen Kosten erleichtern, studienbezogene Ziele erreichbar machen bzw. die Persönlichkeitsentwicklung fördern. Als Beispiele für Ressourcen gelten u. a. Handlungsspielräume, soziale Unterstützung, Entwicklungsmöglichkeiten und Rückmeldung über Arbeitsergebnisse (Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014).

Zwei zentrale Komponenten des JD-R Modells sind Burnout und Engagement, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird. Burnout wird in dieser Studie nicht im Sinne von Maslach und Jackson (1981) als Antwort auf chronischen zwischenmenschlichen Stress verstanden, sondern im Sinne von Kwant und Kollegen (2004) als fortschreitender Verlust von Energie und Enthusiasmus auch von Personen, die nicht in kontaktintensiven Berufen arbeiten. Dieses wird auch in der dritten Auflage des Maslach Burnout Inventory deutlich, die eine neue Version, den General Survey (MBI-GS), enthält. Sie wurde konzipiert für Berufstätige, die weder in sozialen Berufen noch als Lehrer tätig sind (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Anders als in den beiden anderen Versionen des MBI wird hier die ursprünglich mit emotionaler Erschöpfung bezeichnete Subskala nur mit Erschöpfung etikettiert. Auch konkurrierende Messinstrumente wie das Oldenburger Burnout Inventar (OLBI), das vielen Studien der Arbeitsgruppe um Demerouti oder Bakker zugrunde liegt, fasst Erschöpfung als fortschreitenden Verlust von Energie (Demerouti, Nachreiner, Bakker & Schaufeli, 2001). In der Mealmed-Shirom Burnout Measure wird physische und kognitive Ermüdung erhoben (SMBM; Shirom & Melmed, 2006). Burnout ist in diesem Verständnis eine (kurzfristige) Belastungsreaktion, die nur im Falle fehlender Erholungsmöglichkeiten bzw. dauerhaft zu hoher Anforderungen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann. In der vorliegenden Studie wird analog zum Vorgehen von Demerouti und Kollegen (2001) ausschließlich das Initialsymptom der Erschöpfung betrachtet.

Mit Engagement bezeichnen Maslach und Leiter (1997) den Gegenpol von Burnout, einen durch Energie, Verstrickung und Leistungsfähigkeit gekennzeichneten Zustand. Schaufeli und Bakker (2003) argumentieren dafür, Engagement als einen eigenständigen von Burnout losgelösten positiven, erfüllenden psychischen Zustand zu fassen, der durch Vitalität, Hingabe und Vereinnahmung gekennzeichnet ist. Dieses sind die konstituierenden Dimensionen der Utrecht Work Engagement Scale, die es auch in einer Version für Studierende gibt (UWES-SS; Schaufeli & Bakker, 2003).

Dem JD-R Modell entsprechend werden auch für das Studium zwei parallel ablaufende Prozesse angenommen, ein gesundheitsbeeinträchtigender und ein motivationaler. Übersteigen die Anforderungen im Studium die Bewältigungsmöglichkeiten, erschöpfen sie die Energiereser-

ven der Studierenden. Ressourcen wirken hingegen motivierend und fördern das Engagement. Darüber hinaus wird postuliert, dass Erschöpfung und Engagement die Beziehung zwischen Studienbedingungen (Anforderungen, Ressourcen) und gesundheits- bzw. studienbezogenen Outcomes medieren. Sind die Anforderungen dauerhaft zu hoch und ist eine ausreichende Erholung von der Erschöpfung nicht möglich, beeinträchtigt dies die gesundheits- bzw. studienbezogenen Outcomes, zu denen Leistungsfähigkeit sowie das Wohlbefinden gezählt werden. Ein gutes Ressourcenpolster hingegen fördert das Engagement und begünstigt die Leistungsfähigkeit bzw. das Wohlbefinden. In den bisher durchgeführten Studien wird die Leistungsfähigkeit operationalisiert über den Studienerfolg (Bakker, Vergel & Kuntze, 2015; Osedach, 2013), die Leistung (Wilson & Sheetz, 2010; Pluut, Curşeu & Ilies, 2015), bzw. das Einhalten von Zeitvorgaben. Als Gesundheitsindikatoren werden die Studienzufriedenheit (Osedach, 2013), körperliche Beschwerden, Missbefinden, psychische Beeinträchtigung und Lebenszufriedenheit (Mokgele & Rothmann, 2014) sowie die Balance zwischen Studium und Freizeit untersucht (Pluut, Curşeu & Ilies, 2015).

Osedach (2013) sowie Mokgele und Rothmann (2014) untersuchten die Annahmen des JD-R Modells bezogen auf das Studium in Strukturgleichungsmodellen (Osedach, 2013; Mokgele & Rothmann, 2014). In beiden Modellen konnte der gesundheitsbeeinträchtigende Pfad von Anforderungen auf psychisches Befinden mediiert über Burnout bestätigt werden. Nur durch die Ergebnisse der Analysen von Mokgele und Rothmann (2014) hingegen ist die Annahme eines motivationalen Pfades gestützt, in dem Ressourcen das psychische Befinden mediiert durch Engagement fördern. Die Gütemaße zur Evaluation der Strukturgleichungsmodelle liegen mit .93 (CFI; Osedach, 2013) und .91 (CFI; Mokgele & Rothmann, 2014) unterhalb der Empfehlungen von Schermelleh-Engel und Kollegen (2003) für ein akzeptables Modell. In der Fassung von Ressourcen und Anforderungen im Studium sowie auch in der Messung des psychischen Befindens unterscheiden sich die beiden Studien stark voneinander. In einer weiteren Querschnittstudie konnten Pluut, Curşeu und Ilies (2015) in Übereinstimmung mit dem JD-R Modell erwartungskonforme Assoziationen zwischen studienbezogenen Stressoren und der Studienleistung zeigen.

Die Anordnung der Variablen des gesundheitsbeeinträchtigenden und motivationalen Pfades wurde in verschiedenen Längsschnittstudien meist für den Anwendungsbereich der Erwerbsarbeit geprüft. Es liegen dazu vier systematische Reviews vor (Christian, 2011; Halbesleben, 2010; Mauno, 2010; Nahrgang, 2011). Hohe Anforderungen begünstigen Burnout. Burnout, verstanden als Erschöpfungsreaktion auf zu hohe Anforderungen, führt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Ver-

schiedene Ressourcen (Handlungsspielraum, soziale Unterstützung) fördern das Engagement (global), für Rückmeldung, Kreativität und organisationales Klima gibt es Zusammenhänge nur mit einzelnen Subdimensionen des Engagements (Vitalität, Hingabe). Empirisch bestätigt werden konnte auch die Wirkung von Engagement auf das Commitment, die Leistung, Gesundheit und auf Fluktuation. Zur Bestätigung der medierenden Wirkung von Burnout und Engagement wären eigentlich Studien mit mindestens drei Messzeitpunkten erforderlich (Dormann, 2010). Dieses Studiendesign realisierten Barbier, Dardenne und Hansez (2013) und konnten die Annahmen des gesundheitsbeeinträchtigenden Pfades im Längsschnitt bestätigen.

Obwohl die Autoren des dualen Prozessmodells einen Zusammenhang zwischen Anforderungen und Ressourcen annehmen, ist ein direkter Pfad von Ressourcen auf Burnout sowie von Anforderungen auf studienbezogenes Engagement nicht vorgesehen. Mokgele und Rothmann (2014) konnten diesen Puffereffekt von Ressourcen auf Burnout im Studium nachweisen. Auch andere Autoren finden Belege für diesen Zusammenhang in der Arbeitswelt (Schaufeli & Bakker, 2004). Hakanen, Schaufeli und Ahola (2008) weisen in ihrer Längsschnittstudie auf einen unerwarteten Befund hin. Sie fanden einen schwachen Pfad von Anforderungen in der Arbeit auf Engagement ($\beta = -.05$; $p < .05$). In Einklang mit Mauno (2007) argumentieren sie dafür, dass hohe Anforderungen auch direkt auf zwei der drei Subdimensionen von Engagement (Vitalität und Hingabe) wirken.

In den verschiedenen empirischen Arbeiten wurden jeweils nur Ausschnitte des dem JD-R Modell im Studium zugrundeliegenden Hypothesengefüges untersucht bzw. bestätigt. Die Ergebnisse zum motivationalen Prozess sind widersprüchlich. Auch die Frage eines möglichen Zusammenhangs von Ressourcen mit Burnout bzw. von Anforderungen mit Engagement wird unterschiedlich beantwortet. Eine (vollständige) Mediation der Wirkung von Anforderungen auf gesundheits- bzw. studienbezogene Outcomes durch Burnout sowie der Wirkung von Ressourcen auf gesundheits- bzw. studienbezogene Outcomes durch Engagement wurde bislang nicht geprüft.

Fragestellung der Arbeit

Es ist das Ziel der hier folgenden Analysen, die Anwendbarkeit des JD-R Modells auf das Studium zu belegen. Dabei geht es zum einen darum die gesamte Breite des Modells unter Berücksichtigung unterschiedlicher Ressourcen und Anforderungen abzubilden und zum anderen die medierende Wirkung von Erschöpfung und Engagement mit zu modellieren. Die Anwendung des Mo-

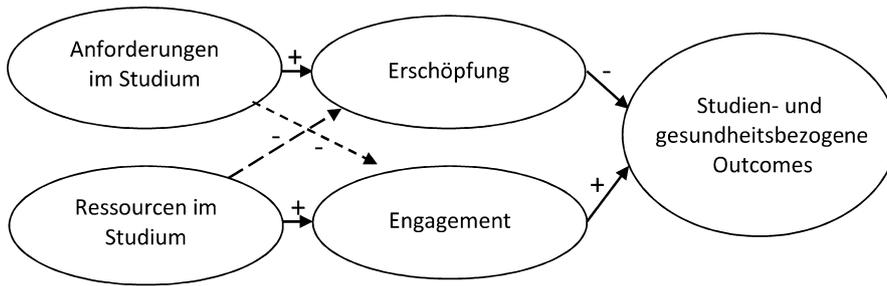


Abbildung 1. Das Study Demands-Resources Modell (SD-R Modell, in Anlehnung an Bakker & Demerouti, 2007; Schaufeli & Bakker 2004).

Anmerkung: Modell 1: durchgezogene Pfeile. Modell 2: durchgezogene und gestrichelte Pfeile

dells auf einen anderen Kontext – statt Arbeit Studium – wird im Folgenden durch eine Namensänderung in Study Demands-Resources Modell (kurz SD-R Modell) kenntlich gemacht (in Anlehnung an Mokgele & Rothmann, 2014).

In einem ersten Schritt werden – wie im JD-R Ausgangsmodell – zwei parallel ablaufende Prozesse formuliert (Modell 1; Abb. 1). Im Prozess der Gesundheitsbeeinträchtigung begünstigen wahrgenommene hohe Anforderungen im Studium Erschöpfung (Hypothese 1a). Erschöpfung wiederum ist mit Einbußen des Wohlbefindens als gesundheitsbezogenes Outcome assoziiert (Hypothese 1b). Im motivationalen Prozess wird postuliert, dass eine gute Ressourcenausstattung im Studium das Engagement stärkt (Hypothese 2a) und dass ein hohes Engagement das Wohlbefinden begünstigt (Hypothese 2b). Der Zusammenhang zwischen studienbezogenen Anforderungen und Ressourcen mit Wohlbefinden soll vollständig durch Erschöpfung bzw. Engagement mediiert werden.

In einem zweiten Modell wird die Plausibilität der Unabhängigkeit beider Wirkmechanismen untersucht (Modell 2; Abb. 1). Es wird geprüft ob studienbezogene Ressourcen darüber hinaus das Erschöpfungsrisiko senken (Hypothese 3a) und, ob studienbezogene Anforderungen negativ mit Engagement assoziiert sind (Hypothese 3b).

Die vorab formulierten Annahmen des SD-R Modells werden in Strukturgleichungsmodellen simultan geprüft. Abschließend wird verglichen, ob das erweiterte Modell (Modell 2) dem Ausgangsmodell (Modell 1) überlegen ist.

Methode

Stichprobe und Datenerhebung

Zu der Studie aus dem Jahr 2008 wurde on- und offline eingeladen. Die Erhebung fand im Januar, also während des Semesters und vor dem Prüfungszeitraum (Februar) statt. 4.040 Studierende besuchten die Startseite der Befragung, 1.883 füllten den Online-Fragebogen komplett

aus. Die Teilnehmer wurden zufällig zwei verschiedenen Studienarmen zugewiesen, einer davon enthielt die Instrumente, die für die folgenden Analysen genutzt werden. Die 808 Studierenden, deren Daten hier genutzt wurden, waren im Mittel 24 Jahre alt ($SD = 5.0$), überwiegend weiblich (72.3%) und mehrheitlich deutsche Staatsbürger (95.0%). Die Verteilung der Studierenden auf die verschiedenen Studienfächer entsprach dem spezifischen Profil der Hochschule, in der es wenig technische Studiengänge und keine Humanmedizin gab (vgl. Tabelle 1).

In der Stichprobe waren im Vergleich zur Grundgesamtheit Frauen sowie Studierende aus geringeren Fachsemestern stärker repräsentiert.

Variablen und Messinstrumente

Die Studienteilnehmer wurden u.a. zu ihrem Burnout erleben, ihrem Engagement, ihrem Wohlbefinden und ihren Studienbedingungen befragt. Wenn möglich wurden etablierte, gut evaluierte Instrumente eingesetzt. Zur Wahrnehmung und Bewertung von Studienbedingungen gab es keine geeigneten Instrumente, aus diesem Grund wurden eigene, in Vorstudien erprobte Instrumente eingesetzt.

Erschöpfung im Studium

Erschöpfung gilt als Initialsymptom des Burnoutprozesses, welches – wenn keine Erholung möglich ist – zum Verlust des Interesses am Studium bzw. langfristig zu reduziertem Wirksamkeitserleben führt. Zur Erhebung wurde das Maslach Burnout Inventory – Student Survey genutzt (MBI-SS; Schaufeli, Martinez, Marques Pinto, Salanova & Bakker 2002; Wörfel, Gusy, Lohmann & Kleiber, 2015). Unter Bezug auf Demerouti und Kollegen (2001) wurde ausschließlich die Dimension *Erschöpfung* mit den zugehörigen fünf Items dieser Dimension genutzt. Die Häufigkeit des Auftretens dieser Situationen/Gefühle wurde auf einer siebenstufigen Skala von „nie“ (0) bis „täglich“ (6) angegeben (Tabelle 2). In einer Faktorenanalyse erwiesen sich die Items als eindimen-

Tabelle 1. Demografische Merkmale der Studienteilnehmer ($N = 808$)

Anzahl an Fachsemestern	$M = 4.5$ ($SD = 4.1$)
Studienfach	N (%)
Sprach und Kulturwissenschaften	263 (32.8)
Mathematik, Naturwissenschaften	190 (23.7)
Sozialwissenschaften	103 (12.8)
Erziehungswissenschaften, Pädagogik	54 (6.7)
Wirtschaftswissenschaften	42 (5.2)
Rechtswissenschaften	38 (4.7)
Kunst, Musik	34 (4.2)
Medizin	22 (2.7)
Weiterbildungsstudiengänge	8 (1.0)

sional (Eigenwert: 3.58) und erklärten 72% der Gesamtvarianz. Das Cronbachs Alpha (α) für die Skala betrug .90.

Engagement im Studium

Eingesetzt wurde die für das Studium adaptierte Version der Utrecht Work Engagement Scale (UWES-S; Schaufeli & Bakker, 2003). Engagement wurde über die Dimensionen Vitalität, Hingabe und Vereinnahmung abgebildet. *Vitalität* bezieht sich auf Tatkraft und Ausdauer beim Studieren. *Hingabe* bedeutet eine starke Verstrickung in das Studium und *Vereinnahmung* wird beschrieben als konzentriertes Arbeiten. Die Auftretenshäufigkeit ist von „nie“ (0) bis „täglich“ (6) skaliert. Da sich die Dimensionen des Messinstrumentes in Faktorenanalysen der Autoren dieses Beitrags als nicht distinkt erwiesen, wurden für diese Erhebung jeweils zwei Items aus den beiden Dimensionen Hingabe und Vereinnahmung sowie eins aus Vitalität ausgewählt und zu einem Maß für Engagement zusammengefasst. Diese Kurzversion mit fünf Items erwies sich in Faktorenanalysen als eindimensional (Eigenwert: 3.87; Varianzaufklärung: 77%) mit zufriedenstellender interner Konsistenz ($\alpha = .93$; vgl. Tabelle 2).

Wahrgenommene Anforderungen im Studium

In der arbeitswissenschaftlichen Forschung relevante Konstrukte wurden ausgewählt, auf das Studium übertragen und im Berliner Anforderungs Ressourcen Inventar für Studierende zusammengeführt (BARI-S). Die Skalen wurden von den Autoren adaptiert und in Vorstudien erfolgreich erprobt (Gusy & Lohmann, 2011). Als Vorlage dienten entsprechende Items aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ; Nübling, Stössel, Hasselhorn, Michaelis & Hofmann, 2005) bzw. aus dem Fragebogen zur salutogenetisch subjektiven Arbeitsanalyse (SALSA; Rimann & Udris, 1997). Ausgewählt wurden die Dimensionen Zeitdruck, Überforderung im Studium sowie die Unvereinbarkeit von Studium und Privatleben.

Zeitliche Engpässe bei der Erledigung studienbezogener Aufgaben bildet die Dimension *Zeitdruck* ab. *Überforderung* wird mit drei Items erfasst, die die Aufgabenmenge sowie deren Bewältigbarkeit abbilden. Einschränkungen des Privatlebens durch die Anforderungen im Studienalltag, kennzeichnen die Dimension *Unvereinbarkeit von Studium und Privatleben* (2 Items). Auf einer sechsstufigen Skala ist für alle Dimensionen die Häufigkeit des Auftretens dieser Situation im Studienalltag einzuschätzen. Die Antwortalternativen reichen von „nie“ (1) bis „immer“ (6). Die Skalen erwiesen sich in Faktorenanalysen als eindimensional mit Faktorladungen der Einzelitems größer als .50 und einer Varianzaufklärung von mehr als 50%. Die Reliabilitäten sind angesichts der geringen Anzahl an Items akzeptabel (vgl. Tabelle 2).

Wahrgenommene Ressourcen im Studium

Als Ressourcen im Studium wurden die soziale Unterstützung durch (Mit-)Studierende und Lehrende sowie das antizipierte Qualifikationspotenzial des Studiums eingeführt. Auch diese Skalen sind Bestandteil des BARI-S, wurden von den Autoren entwickelt und geprüft (Gusy & Lohmann, 2011). Mit *sozialer Unterstützung durch Studierende* ist der funktionale Beistand von (Mit-)Studierenden gemeint, der sich auf den Austausch und die Rückmeldung zu Studienleistungen bezieht. Die Ansprechbarkeit für studienbezogene Fragen, die Beratung durch Lehrende sowie der Erhalt von konstruktiven Rückmeldungen durch Dozenten sind Themen *der sozialen Unterstützung durch Lehrende*. Die Einschätzung der Nützlichkeit der Studienhalte für eine spätere Berufstätigkeit sowie die darauf bezogenen Lernmöglichkeiten im Studium sind in der Skala zum *Qualifikationspotenzial des Studiums* gebündelt. Auch hier waren die Studierenden gebeten auf einer sechsstufigen Skala von „nie“ (1) bis „immer“ (6) die Häufigkeit des Vorkommens dieser Ereignisse anzugeben. Die Skalen erwiesen sich in Faktorenanalysen alle als

eindimensional, die Reliabilitäten sind angesichts der geringen Itemzahl akzeptabel (vgl. Tabelle 2).

Wohlbefinden

Das subjektive *Wohlbefinden* wurde mit dem Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden von Basler und Kollegen (2003) erhoben. Dieses erfasst das Wohlbefinden in einem Referenzzeitraum von zwei Wochen. Erfasst wird das Vorhandensein positiver Gefühle oder Stimmungen sowie Bewertungen im Umgang mit täglichen Anforderungen bzw. der eigenen Gesundheit. Mit 5 Items wird das Ausmaß an Zustimmung zu jeder Aussage auf einer Skala von „trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (6) erfragt. Die Skala erwies sich in einer Faktorenanalyse als eindimensional mit Faktorladungen die größer als .60 waren und einer Varianzaufklärung von 61%. Die interne Konsistenz ($\alpha = .84$) ist gut (vgl. Tabelle 2). Die Konstruktvalidität wurde durch Korrelationen mittlerer Höhe mit Indikatoren des körperlichen und psychischen Wohlbefindens sowie Stress- und Belastungsmaßen bestätigt. Die Änderungssensitivität wurde durch ein Interventions-Kontrollgruppendesign gezeigt, bei der die Ressourcen zur Belastungsverarbeitung gestärkt wurden (Basler, Herda & Scharfenstein, 2003).

Analysen

Das in Abbildung 1 dargestellte SD-R Modell (Modell 1) sowie das erweiterte Modell (Modell 2) wurden als Strukturgleichungsmodelle in Mplus (Version 7.1) formuliert. Zur Modellschätzung wurde die gegenüber Verletzungen der multivariaten Normalverteilung robuste Maximum Likelihood Methode (MLR) verwendet. Es lagen vollständige Datensätze von 679 Personen vor, fehlende Angaben wurden mit der Full Information Maximum Likelihood Prozedur geschätzt.

In einem ersten Schritt wurden die Messmodelle spezifiziert (vgl. Abbildung 2). Die latenten Faktoren Zeitdruck im Studium (Zd), Überforderung (Ue) und Unvereinbarkeit von Studium und Privatleben (Un) wurden aus den jeweiligen Items der entsprechenden Skalen gebildet und zu einem globalen Faktor „Anforderungen im Studium“ zusammengefasst. *Ressourcen im Studium* bündeln die latenten Faktoren soziale Unterstützung durch Lehrende (Sl) und Studierende (Ss) sowie das wahrgenommene Qualifikationspotenzial des Studiums (Qp). Zur Bildung der Faktoren *Erschöpfung* (Ex) sowie *Engagement* (En) im Studium und *Wohlbefinden* (Wb) wurden die Items der jeweiligen Skalen genutzt (vgl. Tabelle 3).

Berichtet werden absolute (Chi-Quadrat; Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA; Standardized Root Mean Square Residual, SRMR) und relative Güte-

maße (Comparative Fit Index, CFI; Tucker Lewis Index, TLI). Ein nicht signifikantes Chi-Quadrat, ein Verhältnis von Chi-Quadrat zu Freiheitsgraden von kleiner gleich 2, ein RMSEA sowie ein SRMR-Wert von kleiner als .05 sprechen für ein gutes Modell. CFI und TLI sollten dabei einen Wert von .97 überschreiten. Als akzeptabel gilt ein Modell bei einer Ratio von Chi-Quadrat zu Freiheitsgraden von kleiner gleich 3, einem RMSEA von kleiner gleich .08 und einem SRMR von kleiner gleich .10. Der CFI bzw. TLI sollte dabei nicht kleiner als .95 sein (Schermmelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003). Zum Vergleich des Ausgangsmodells mit dem erweiterten Modell wird das Akaike Information Criterion (AIC) genutzt. Dieses sollte beim erweiterten Modell kleiner sein als das AIC des Vergleichsmodells (Schermmelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003). Als Signifikanzniveau wurde aufgrund der Stichprobengröße das 1% Niveau gewählt.

Ergebnisse

Messmodelle

Die Messmodelle der latenten Variablen wurden vorab geprüft. Auf diese Weise können Probleme bei den Messungen der latenten Konstrukte im Vorfeld erkannt und bearbeitet werden, bevor das Strukturmodell implementiert wird (Herting & Costner, 2000). Das Messmodell erwies sich als akzeptabel mit den Daten vereinbar ($\chi^2 = 1450.1$; $df = 540$; $\chi^2/df = 2.7$; $p < .05$; CFI = .95; TLI = .94), mit einem RSMEA von kleiner als .05 und einem SRMR von .06. Die Faktorladungen der manifesten Variablen auf den jeweiligen Faktoren waren hinreichend groß (Range: .50–.92). Ausschließlich die Ladung eines Items zur Messung von Überforderung (Ue2) war geringer (.42). Nebenladungen auf anderen Faktoren ($< .30$) waren nicht substantiell. Korrelationen zwischen zwei Items des gleichen Konstrukts wurden in drei Fällen zugelassen (Sl4 mit Sl5, En4 mit En5, Ex4 mit Ex3). Die Ladungen der latenten Faktoren Überforderung, Zeitdruck und Unvereinbarkeit von Studium und Privatleben auf dem Faktor Anforderungen im Studium lagen zwischen .84 und .86. Die Ladungen der Faktoren Qualifikationspotenzial des Studiums, soziale Unterstützung durch (Mit-)Studierende sowie durch Lehrende waren etwas geringer (.52–.84).

Ausgangsmodell (Modell 1)

Daran anschließend wurde das Strukturmodell (Modell 1; Abb. 2) formuliert, in dem die Hypothesen des SD-R Mo-

Tabelle 2. Itemstatistiken der verwendeten Skalen

Kürzel	Skalen/Items	M	SD
Wahrgenommene Anforderungen im Studium (BARI-S)			
<i>Überforderung im Studium ($\alpha = .72$)</i>		4.21	1.14
Ue1	Ich muss Aufgaben bearbeiten, auf die ich zu wenig vorbereitet wurde.	3.14	1.16
Ue2	Zum Verständnis einzelner Veranstaltungsinhalte fehlt mir notwendiges Vorwissen.	2.75	1.01
Ue3	Um im Studium erfolgreich zu sein, muss ich mich anstrengen.	4.55	1.16
<i>Zeitdruck im Studium ($\alpha = .73$)</i>			
Zd1	Ich habe nicht genug Zeit, um die besuchten Lehrveranstaltungen vor- und nachzubereiten.	4.12	1.12
Zd2	Ich brauche für die meisten studienbezogenen Arbeiten länger als ich veranschlagt habe und gerate so unter Zeitdruck.	3.62	1.32
Zd3	Ich habe im Studium so viel zu tun, dass es mir über den Kopf wächst.	3.68	1.37
<i>Unvereinbarkeit von Studium und Privatleben ($\alpha = .74$)</i>			
Un1	Mein Studium lässt mir nicht genug Zeit für meine Hobbies.	4.06	1.23
Un2	Ich muss Verabredungen mit Freunden verschieben um mein Studienpensum zu schaffen.	1.23	1.36
Wahrgenommene Ressourcen im Studium (BARI-S)			
<i>Soziale Unterstützung durch Lehrende ($\alpha = .86$)</i>			
Sl1	Meine Dozenten sind auch außerhalb von Veranstaltungen für studienbezogene Fragen ansprechbar.	3.72	1.21
Sl2	Ich erhalte Hilfe und Unterstützung von Lehrenden, an deren Veranstaltungen ich teilnehme.	3.15	1.20
Sl3	Meine Dozenten beraten mich bei studienbezogenen Problemen.	2.74	1.29
Sl4	Von meinen Dozenten erhalte ich konstruktive Rückmeldungen über meine Studienleistungen.	2.68	1.23
Sl5	Meine Dozenten fördern mich.	3.72	1.21
<i>Soziale Unterstützung durch (Mit-)Studierende ($\alpha = .83$)</i>			
Ss1	Ich finde ohne weiteres jemanden, der mich informiert oder mir Arbeitsunterlagen mitbringt, wenn ich mal nicht zur Hochschule kommen kann.	4.35	1.46
Ss2	Wenn ich studienbezogene Fragen besprechen möchte, finde ich Mitstudierende, die sich Zeit nehmen und gut zuhören.	4.05	1.36
Ss3	Ich erhalte von Mitstudierenden konstruktive Rückmeldungen über meine studienbezogenen Leistungen (Wortbeiträge, Referate, Prüfungsergebnisse).	2.93	1.30
Ss4	Ich treffe mich mit Studierenden meines Fachs auch außerhalb der Hochschule, um etwas gemeinsam zu unternehmen.	3.34	1.39
<i>Qualifikationspotenzial im Studium ($\alpha = .76$)</i>			
Qp1	Ich bin überzeugt davon, dass mir mein Studium gute Zukunftsperspektiven eröffnet.	3.75	1.36
Qp2	In den von mir besuchten Lehrveranstaltungen erfahre ich viel über aktuelle, innovative Entwicklungen meines Studienfachs.	3.22	1.25
Qp3	Ich erlerne in meinem Studienfach Schlüsselqualifikationen, die ich in meinem späteren Berufsleben gut gebrauchen kann (z. B. Kommunikationskompetenz, Sozial- und Führungskompetenz, Problemlösekompetenz).	3.04	1.26
Erschöpfung im Studium (MBI-SS; $\alpha = .90$)			
Ex1	Durch mein Studium fühle ich mich ausgelaugt.	3.94	1.69
Ex2	Ich bin völlig fertig nach einem Tag in der Universität.	4.13	1.71
Ex3	Ich fühle mich schon müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Tag an der Hochschule vor mir habe.	3.79	1.81
Ex4	Das Studium oder der Besuch von Lehrveranstaltungen bedeutet immer eine Belastung für mich.	3.05	1.68
Ex5	Ich fühle mich durch mein Studium ausgebrannt.	3.94	1.77
Engagement im Studium (UWES-S; $\alpha = .93$)			
En1	Ich bin von meinem Studium begeistert.	4.49	1.57
En2	Mein Studium inspiriert mich.	4.49	1.56
En3	Wenn ich morgens aufstehe, freue ich mich auf meine Lehrveranstaltungen	4.30	1.57
En4	Ich gehe völlig in meinem Studium auf.	3.77	1.73
En5	Mein Studium reißt mich mit.	3.89	1.74
Habituelles Wohlbefinden ($\alpha = .84$)			
Wb1	Ich habe meine täglichen Anforderungen im Griff gehabt.	3.74	1.34
Wb2	Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	3.24	1.36
Wb3	Ich habe mich behaglich gefühlt.	3.17	1.31
Wb4	Ich habe mein Leben genießen können.	3.15	1.48
Wb5	Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	3.10	1.47

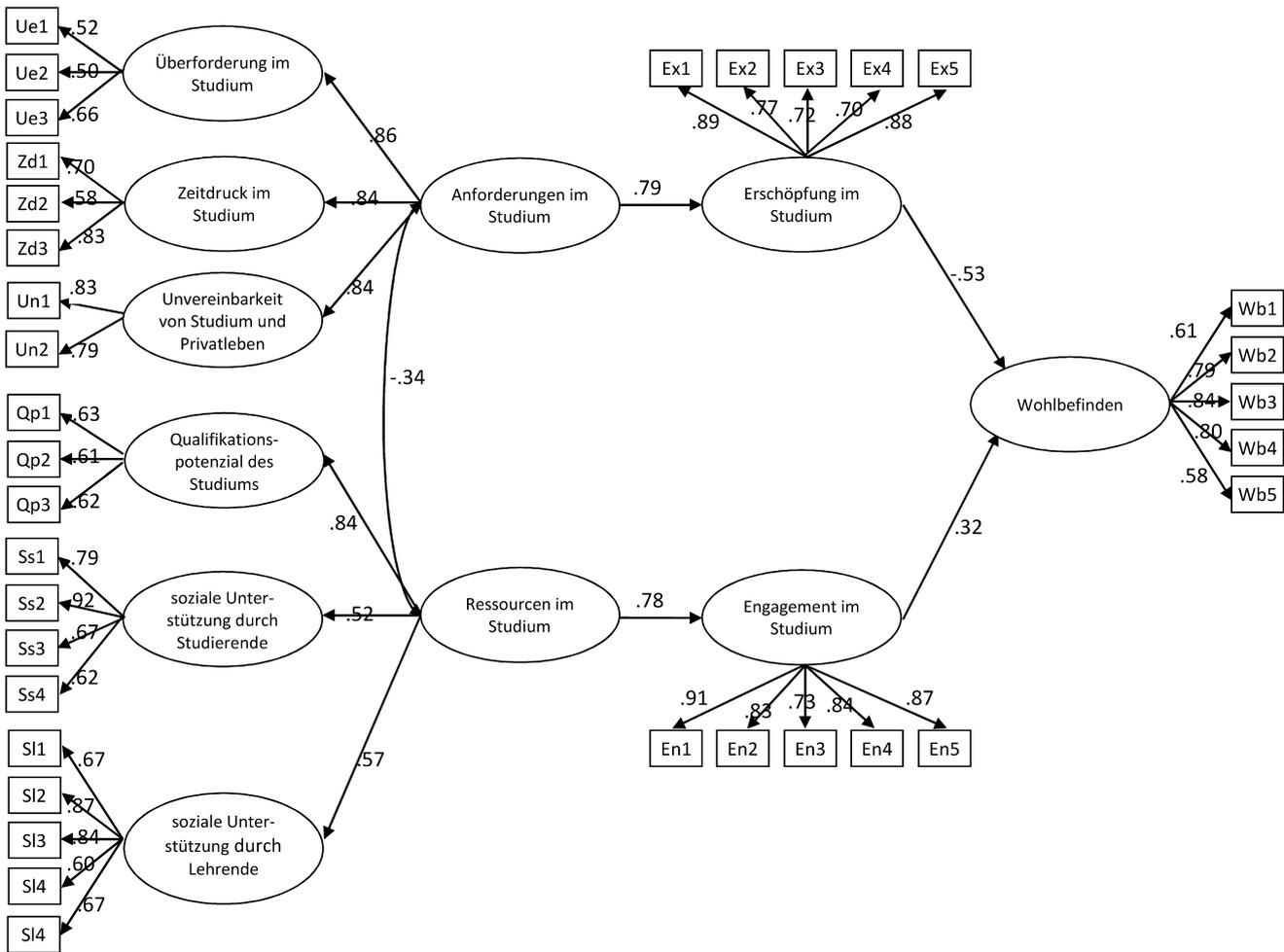


Abbildung 2. Standardisierte Lösung des Mess- und Strukturmodells zu Engagement und Erschöpfung im Studium (M1). Die β -Koeffizienten im Strukturmodell sind alle signifikant

dells simultan geprüft wurden. Das Strukturmodell erwies sich als akzeptabel an die Daten angepasst ($N = 808$; CFI = .95; TLI = .94; vgl. Tabelle 4). Der gesundheitsbeeinträchtigende Pfad, bei dem Anforderungen im Studium Erschöpfung vorhersagen ($\beta = .79$; $p < .01$), war hypothesenkonform positiv und Erschöpfung war darüber hinaus negativ mit Wohlbefinden verbunden ($\beta = -.53$; $p < .01$). Die Hypothesen 1a und 1b wurden somit bestätigt. Auch der indirekte Effekt von Anforderungen im Studium über Erschöpfung auf Wohlbefinden war negativ und substanziell ($\beta = -.69$; $p < .01$). Ressourcen im Studium – im motivationalen Pfad – förderten hypothesenkonform das studienbezogene Engagement ($\beta = .78$; $p < .01$) und dieses begünstigte wiederum das Wohlbefinden ($\beta = .32$; $p < .01$). Damit wurden auch die Hypothesen 2a und 2b bestätigt. Auch der indirekte Effekt der Ressourcen über das Engagement auf das Wohlbefinden war substanziell ($\beta = .29$; $p < .01$).

Erweitertes Modell (Modell 2)

Anschließend wurde das Modell erweitert um kreuzweise Pfade von Anforderungen auf Engagement und Ressourcen auf Burnout (Modell 2; vgl. Abbildung 3). Auch dieses Modell ist akzeptabel an die zugrundeliegende Datenmatrix angepasst ($N = 808$; CFI = .95; TLI = .94; vgl. Tabelle 4). Es zeigte sich, dass Ressourcen im Studium signifikant negativ mit Burnout assoziiert waren ($\beta = -.16$; $p < .01$; Hypothese 3b), Anforderungen im Studium hingegen nicht mit dem studienbezogene Engagement korrelierten ($\beta = -.02$; $p > .05$; Hypothese 3a). Hypothese 3a konnte somit bestätigt werden, nicht aber Hypothese 3b.

Im Modellvergleich zeigte sich, dass das erweiterte Modell ein geringeres AIC hatte und somit dem Ausgangsmodell leicht überlegen war.

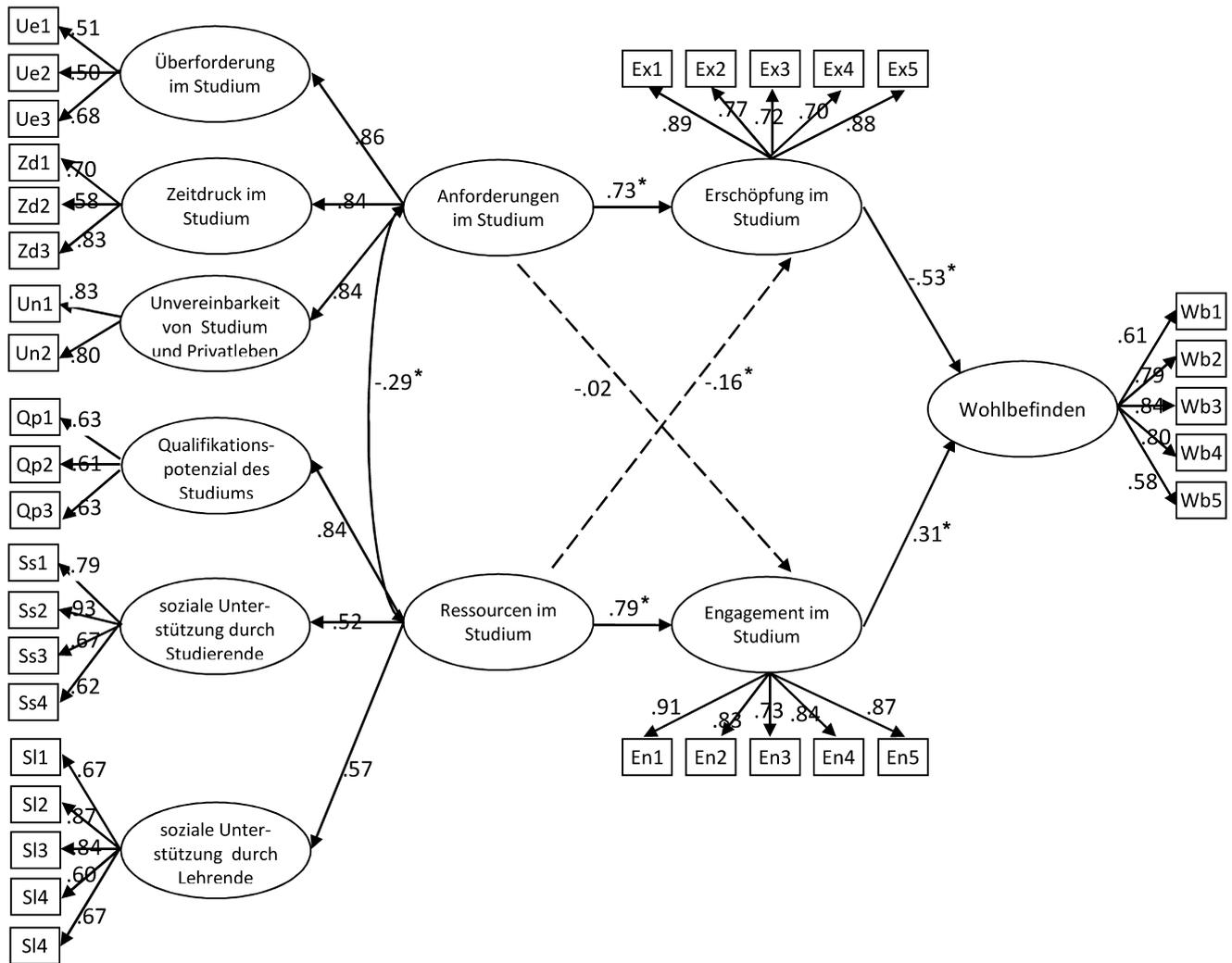


Abbildung 3. Standardisierte Lösung des Mess- und Strukturmodells zu Engagement und Erschöpfung im Studium mit kreuzweisen Pfaden (M2) unter Berücksichtigung eines nichtsignifikanten Effekts von Anforderungen auf Engagement im Studium. (* $p < .01$).

Tabelle 4. Vergleichende Gegenüberstellung der Anpassungsmaße der Modelle ohne und mit kreuzweisen Effekten

Modell	χ^2	df	P	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
M1	1518	545	<.01	.95	.94	.047	.067	84248
M2	1502	543	<.01	.95	.94	.047	.065	84234

Diskussion

Ziel dieser Studie war es die Anwendbarkeit des in der Arbeitswelt etablierten Job Demands-Resources Modell (JD-R Modell) auf das Studium im sog. Study Demands Resources Modell (SD-R Modell) zu prüfen. Angenommen wurde, dass ähnlich wie in der Arbeitswelt, Studienbedingungen das Engagement der Studierenden und langfristig auch das Wohlbefinden beeinflussen. Analog zur Arbeitswelt wurden Ressourcen im Studium (soziale

Unterstützung durch Lehrende und Studierende, Qualifikationspotenzial des Studiums) und Anforderungen im Studium (Überforderung im Studium, Unvereinbarkeit von Studium und Privatleben, Zeitdruck im Studium) operationalisiert um ihren Beitrag zur Vorhersage des Wohlbefindens prüfen zu können. Die zentralen Wirkmechanismen des SD-R Modells, ein gesundheitsbeeinträchtigender Pfad von Anforderungen auf das Wohlbefinden mediiert durch Erschöpfung und ein motivationaler Pfad von Ressourcen auf das Wohlbefinden mediiert über Engagement, konnten bestätigt werden. Dabei er-

wiesen sich Zeitdruck, Überforderung und Unvereinbarkeit von Studium und Privatleben als starke Prädiktoren für studienbezogene Anforderungen. Bei den Ressourcen erwies sich das antizipierte Qualifikationspotenzial als wichtigste studienbezogene Ressource mit deutlichem Abstand zur sozialen Unterstützung durch Lehrende und (Mit-)Studierende. Dies war anders als in der Studie von Mokgele und Rothmann (2014), in der die soziale Unterstützung durch Lehrende der stärkste Prädiktor der studienbezogenen Ressourcen war.

Ob Ressourcen mit Erschöpfung und Anforderungen mit Engagement korreliert sind, wie einige Autoren empirisch belegt haben, wurde in einer Modellerweiterung geprüft (Modell 2). Es zeigte sich, dass Ressourcen im Studium substanziell und negativ mit Erschöpfung korrelierten, Anforderungen im Studium hingegen nicht mit Engagement. Das Ergebnis steht damit in Einklang mit den Ergebnissen der Studie von Mokgele und Rothmann (2014), die eine deutlich höhere Assoziation zwischen studienbezogenen Ressourcen und Burnout feststellten ($\beta = -.50$). Die Stärke des Effekts bei Rothmann und Mokgele ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Autoren – im Unterschied zum Original, dem dualen Prozessmodell von Engagement und Burnout – keine Korrelation zwischen studienbezogenen Anforderungen und Ressourcen zugelassen haben.

Im Kontrast zu bisherigen Anwendungen des SD-R Modells wurde das komplette Wirkgefüge des Modells unter Einschluss verschiedener Ressourcen und Anforderungen im Studium geprüft. Sowohl der motivationale als auch der gesundheitsbeeinträchtigende Pfad konnten bestätigt werden. Es zeigte sich ferner ein negativer Zusammenhang zwischen Ressourcen im Studium und Erschöpfung.

Den gesundheitsbeeinträchtigenden Pfad mit Burnout als Mediator zwischen Anforderungen im Studium und der Studienleistung bestätigte auch Osedach (2013). Mokgele und Rothmann (2014) wiesen zwar einen substanziellen Beitrag von Anforderungen und Ressourcen auf die subjektive Gesundheit nach, modellierten aber die Mediation von Burnout und Engagement nur in Teilen.

Dieses Ergebnis bestätigt das Hypothesengefüge des erweiterten dualen Prozessmodells von Erschöpfung und Engagement im Studium.

Limitationen

Die Analysen beruhen auf Selbstberichten von Befragten. So werden in der Befragung personenspezifische Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse aktiviert (common method bias), die sich sowohl in den Antworten auf die Fragen zu den Studienbedingungen als auch zu ihrem

Befinden niederschlagen. Dies führt möglicherweise zu Überschätzungen der Zusammenhänge. Die habituelle Tendenz, negative Emotionen wie Ängstlichkeit, Ärger oder Depression zu erleben (negative Affektivität) ist ein Personenmerkmal, welches sowohl die Bewertung von Anforderungen im Studium als auch das Burnouterleben beeinflusst. Bakker, Demerouti und Schaufeli (2003) konnten allerdings in einer Studie bei Beschäftigten in Callcentern nachweisen, dass sich bei Kontrolle von negativer Affektivität die Beziehungen im JD-R Modell nicht substanziell ändern. Da in dieser Studie kein Maß für negative Affektivität erhoben wurde, lässt sich dies hier nicht prüfen. Der Modellprüfung liegen ferner Querschnittsdaten zugrunde, die die Modellierung einer zeitlichen Abfolge von Ursache und Wirkung nicht ermöglichen. Diese zeitliche Abfolge kann zwar aufgrund der vielfältigen, erfolgreichen, empirischen Prüfungen des Modells im Längsschnitt unterstellt werden, lässt sich aber mit Querschnittsdaten nicht absichern.

Ferner stützen sich die Analysen auf Daten von Studierenden einer Hochschule mit spezifischem Profil. Technische Studiengänge sowie die Humanmedizin sind nicht oder nur gering repräsentiert. Gesundheit ist zwar Thema bei Studierenden, wie die hohe Beteiligung belegt, es zeigt sich aber auch, dass sich Frauen und Studierende mit geringerer Studienerfahrung stärker an der Befragung beteiligten. Die Ergebnisse sind somit nicht repräsentativ für Studierende in Deutschland allgemein.

Die Studienbedingungen bilden den Rahmen eines Studiums, das Studierende mit unterschiedlichen Voraussetzungen füllen. Neben der Lernbiografie zählen dazu auch personale Faktoren wie z. B. die Selbstwirksamkeitserwartung und die Auffassungsgabe. Diese Faktoren sind in diesen Analysen bislang unberücksichtigt, könnten aber die Vorhersage des Engagements und des Burnout substanziell verbessern.

Zuletzt bleibt noch darauf hinzuweisen, dass die Validierung einzelner Messinstrumente insbesondere des Berliner Anforderungs Ressourcen Inventars für Studierende noch aussteht. Die Skalen erwiesen sich zwar in vorangehenden Analysen als eindimensional und reliabel, Analysen zur diskriminanten und zur Kriteriumsvalidität stehen jedoch noch aus.

Fazit

Auch wenn die Kausalität in Folgestudien belegt werden muss, ist es in dieser Arbeit gelungen, das in der arbeitswissenschaftlichen Forschung gut etablierte und evaluierte JD-R Modell auf die Studiensituation zu übertragen und in seiner Gültigkeit zu belegen. Überforderung im Studium, Zeitdruck und geringe Vereinbarkeit zwischen

Studium und Privatleben sind Risikofaktoren für Studierende, die ihr Wohlbefinden, vermittelt über Erschöpfung gefährden.

Als zentrale Ressourcen im Studium erweisen sich das antizipierte Qualifikationspotenzial sowie die soziale Unterstützung durch (Mit-)Studierende und Lehrende. Wenn Studierende davon überzeugt sind, dass das was sie an der Hochschule lernen, in ihrem späteren Berufsfeld wichtig ist, studieren sie engagierter. Wenn sie dies auch noch in einem Umfeld tun, wo sie Lehrende und (Mit-)Studierende als konstruktiv unterstützend empfinden, fördert dies darüber hinaus ihre Motivation. Dies setzt vor allem Zeit und Räume für die Interaktion zwischen Studierenden und Lehrenden auch außerhalb von Veranstaltungen voraus. Diese Zeit ist sinnvoll genutzt, wenn dadurch die Begeisterung für das Studienfach erhalten bleibt und wenn durch konstruktive Rückmeldungen zu Studienleistungen und -plänen, die Weiterentwicklung von Studierenden unter Berücksichtigung ihrer Vorstellungen ermöglicht wird.

Zu den Risikofaktoren für die Gesundheit im Studium zählen die Überforderung, der Zeitdruck im Studium sowie die Vereinbarkeit von Studium und Privatleben. So monieren Studierende die Passung zwischen ihrem Vorwissen und Veranstaltungsinhalten. Sie fühlen sich zu wenig vorbereitet auf die Aufgaben, die sie im Rahmen ihres Studiums bearbeiten sollen. Um den Zeitdruck zu verringern sollten verstärkt Arbeitstechniken sowie effiziente Arbeitsstrategien im Studium gefördert werden. Hochschulen sind ferner gut beraten den realen Zeitaufwand für das Studium zu erheben und in Studiengängen oder zu Semesterzeiten, in denen sich dieser als zu hoch erweisen sollte, die Anforderungen umzuverteilen. So kann z. B. eine Streckung der Modulprüfungen über das Semester dazu beitragen, Belastungsspitzen am Ende des Semesters zu vermeiden.

Da Gesundheitseinbußen- mit Leistungsbeeinträchtigungen einhergehen, sollten Hochschulen die Passung zwischen studienbezogenen Anforderungen und Leistungsvoraussetzungen der Studierenden verbessern. Einige Hochschulen agieren bereits in diesem Feld und dehnen ihre Aktivitäten im betrieblichen Gesundheitsmanagement auf Studierende aus.

Literatur

- Anderson, J. C. & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103, 411–423.
- Bakker, A., Demerouti, E. & Schaufeli, W. (2003). Dual processes at work in a call centre: An application of the job demands – re-

- sources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12, 393–417.
- Bakker, A. B. (2009). Building engagement in the workplace. In R. J. Burke & C. L. Cooper (Eds.). *Routledge research in organizational behaviour and strategy: Bd. 3. The peak performing organization* (pp. 50–72). London: Routledge.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands–Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309–328.
- Bakker, A. B., Sanz Vergel, A. I. & Kuntze, J. (2015). Student engagement and performance. A weekly diary study on the role of openness. *Motivation and Emotion*, 39 (1), 49–62.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 389–411.
- Bakker, A. B. & Leiter, M. P. (Eds.). (2010). *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. Hove: Psychology Press.
- Barbier, M., Dardenne, B. & Hansez, I. (2013). A longitudinal test of the Job Demands–Resources model using perceived stigma and social identity. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22, 532–546.
- Basler, H.-D., Herda, C. & Scharfenstein, A. (2003). Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden (MFHW). In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostik für Klinik und Praxis: Bd. 2. Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 212–215). Göttingen: Hogrefe.
- Christian, M. S., Garza, A. S. & Slaughter, J. E. (2011). Work Engagement. A quantitative review and test of its relations with task and contextual performance. *Personnel Psychology*, 64 (1), 89–136.
- Cotton, S. J., Dollard, M. F. & Jone, J. de. (2002). Stress and student job design: Satisfaction, well being, and performance in university students. *International Journal of Stress Management*, 9, 147–152.
- Barbier, M., Dardenne, B. & Hansez, I. (2013). A longitudinal test of the Job Demands–Resources model using perceived stigma and social identity. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22, 532–546.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The job demand-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499–512.
- Den Dulk, L., Bäck-Wiklund, M., Lewis, S. & Redai, D. (2011). Quality of life and work in a changing Europe: A theoretical framework. *Quality of Life and Work in Europe. Theory, Practice & Policy*, London, Palgrave Macmillan.
- Dormann, C. & Zapf, D. (2010). Quer- und Längsschnittstudien in der Arbeitspsychologie. In U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie* (Themenbereich D, Serie III, Band 1, Arbeitspsychologie, S. 923–1001). Göttingen: Hogrefe.
- Gumz, A., Brähler, E. & Erices, R. (2012). Burnout und Arbeitsstörungen bei Studenten. Eine abschlusspezifische Untersuchung von Klienten einer psychotherapeutischen Studentenberatung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62, 33–39.
- Gumz, A. & Erices, R. (2011). Macht der Bachelor wirklich krank? Studienabschlusspezifische psychische Beschwerden bei Klienten einer psychotherapeutischen Studentenberatung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61, 459–464.
- Gusy, B. & Lohmann, K. (2011). *Gesundheit im Studium: Dokumentation der Instrumente* (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung Nr. 01/P11). Berlin: Freie Universität Berlin
- Gusy, B., Lohmann, K. & Drewes, J. (2010). Burnout bei Studierenden, die einen Bachelorabschluss anstreben. *Prävention und Gesundheitsförderung* 3, 271–275.

- Hakanen, J. J. & Rodt, G. (2010). Using the job demands-resources model to predict engagement: Analysing a conceptual model. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.), *Work engagement. A handbook of essential theory and research* (pp. 85–101). Hove: Psychology Press.
- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B. & Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22, 224–241.
- Halbesleben, J. R. B. (2010). A meta-analysis of work engagement. Relationships with burnout, demands, resources and consequences. In A. B. Bakker (Eds.), *Work engagement. A handbook of essential theory and research* (pp. 102–117). New York, NY US: Psychology Press.
- Herting, J. R. & Costner, H. L. (2000). Another perspective on "the proper number of factors" and the appropriate number of steps. *Structural Equation Modeling*, 7 (1), 92–110.
- Hinz, A., Klaiberg, A., Brähler, E. & König, H.-H. (2006). Der Lebensqualitätsfragebogen EQ-5D: Modelle und Normwerte für die Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 42–48.
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F.-H., Sperth, M. & Funke, J. (2009). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapeut*, 54, 346–356
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and reconstruction of working life*. New York: BasicBooks.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory: Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mauno, S., Kinnunen, U., Mäkikangas, A. & Feldt, T. (2010). Job demands and resources as antecedents of work engagement. A qualitative review and directions for future research. In S. L. Albrecht (Eds.), *Handbook of employee engagement. Perspectives, issues, research and practice* (New horizons in management, pp. 111–138). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Middendorff, E., Apolinariski, B. & Poskowsky, J. (2013). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2012. 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks*. Bonn: BMBF.
- Mokgele, K. R. & Rothmann, S. (2014). A structural model of student well-being. *South African Journal of Psychology*, 44, 514–527.
- Montero-Marín, J., Piva Demarzo, M. M., Stapinski, L., Gili, M. & García-Campayo, J. (2014). Perceived stress latent factors and the burnout subtypes: A structural model in dental students. *PLoS one*, 9 (6).
- Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P. & Hofmann, D. A. (2011). Safety at work: A meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 96 (1), 71–94.
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstruments (COPSOQ)*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Osedach, J. (2013). *Using the job demands – Resources model to understand student engagement: The impact of Resource use on academic outcomes, and the impact of need for cognition on engagement*. Unveröffentlichte Dissertation, University of New York.
- Pluut, H., Curşeu, P. L. & Ilies, R. (2015). Social and study related stressors and resources among university entrants: Effects on well-being and academic performance. *Learning and Individual Differences*, 37, 262–268.
- Rimann, M. & Udris, I. (1997). Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten: Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation* (S. 281–298). Zuerich: vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich.
- Schmidt, L. I., Sieverding, M., Scheiter, F. & Obergfell, J. (2013). Predicting and explaining students' stress with the Demand-Control Model: Does neuroticism also matter? *Educational Psychology*, 1–17.
- Shirom, A. & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13, 176–200.
- Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Marques Pinto, A., Salanova, M. & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross national study. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 33, 464–481
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. & van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893–917.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8 (2), 23–74.
- Wörfel, F., Gusy, B., Lohmann, K. & Kleiber, D. (2015). Validierung der deutschen Kurzversion des Maslach-Burnout-Inventars für Studierende (MBI-SS KV). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 191–196.
- Wright, T. A. & Bonett, D. G. (1997). The Contribution of Burnout to Work Performance. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 491–499.

Dr. Dr. Burkhard Gusy

FU Berlin
 AB Public Health
 Habelschwerdter Allee 45
 14195 Berlin
 Burkhard.Gusy@fu-berlin.de

Nachrichten

Veranstungskalender

Bitte reichen Sie Ihre Angaben online im Hogrefe-Tagungsplaner ein: <http://www.hogrefe.de/veranstaltungen/>

30.06.–01.07.2016. Netzwerke gestalten – Psychisch erkrankte Beschäftigte effektiv unterstützen, Dresden, Germany. Schnittstellen zwischen Arbeitsschutz, Rehabilitation und Psychotherapie. Auskünfte: Dr. Marlen Cosmar, Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG), Königsbrücker Landstr. 2, 01109 Dresden, E-Mail: fachtagung.schnittstellen@dguv.de, Internet: www.dguv.de/webcode/d1038783.

30.06.–02.07.2016. 17. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin, München, Germany. Auskünfte: Mike Aschenbrenner, Süddeutscher Verlag Veranstaltungen GmbH, Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Tel. +49 8191 125136, Fax. +49 8191 12597136, E-Mail: mike.aschenbrenner@sv-veranstaltungen.de, Internet: <https://www.sv-veranstaltungen.de/site/fachbereiche/17-interdisziplinärer-kongress-fuer-suchtmedizin/#sthash.NtKjPLvo.dpbs>.

24.07.–29.07.2016. 31st International Congress of Psychology (ICP), Yokohama, Japan. Diversity in Harmony: Insights from Psychology. Auskünfte: The Japanese Psychological Association, 5-23-13 Hongo, 113-0033 Bunkyo-ku, Tokyo, Japan, E-Mail: info@icp2016.jp, Internet: www.icp2016.jp.

04.08.–07.08.2016. 124th Annual Convention of the American Psychological Association, Denver, United States. Auskünfte: American Psychological Association, United States, E-Mail: convention@apa.org, Internet: <http://www.apa.org/news/events/2016/apa-convention.aspx>.

22.08.–26.08.2016. 30th Conference of the European Health Psychology Society, Aberdeen, United Kingdom. Behavior Change: Making an Impact on Health and Health Services. Auskünfte: University of Aberdeen, King's College, Aberdeen AB24 3FX, United Kingdom, E-Mail: cpdsvices@abdn.ac.uk, Internet: <http://www.ehps-2016.org/>.

10.09.–11.09.2016. 67. Kindertherapietage an der Universität Bremen, Bremen, Germany. Kinderverhaltens-therapie, Prävention, psychologische Diagnostik. Auskünfte: Eva Todisco, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Grazer Str. 6, 28359 Bremen, Tel. +49 421 21868603, Fax. +49 421 21868629, E-Mail: todisco@uni-bremen.de, Internet: www.zkpr.uni-bremen.de.

10.09.–14.09.2016. 24. Erfurter Psychotherapiewoche, Erfurt, Germany, Auskünfte: Organisationsbüro der EPW, Fischmarkt 5 (Ratskellerpassage), 99084 Erfurt, Tel. +49 361 6422448, Fax. +49 361 6422449, E-Mail: info@afp-erfurt.de, Internet: <http://www.psychotherapie-woche.de/>.

15.09.–17.09.2016. 16. DGBS Jahrestagung, Chemnitz, Germany. DGBS-Seminar für Angehörige von bipolar Erkrankten. Auskünfte: Martina Friedrich, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. DGBS, Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt am Main, Tel. +49 700 33344454, E-Mail: info@dgbs.de, Internet: <http://dgbs.de/news-und-termine/termine/termin/article/dgbs-seminar-fuer-angehoerige-von-bipolar-erkrankten/>.

16.09.–18.09.2016. Psychoneuroimmunologie im Lauf des Lebens – Aufbruch zu einer neuen Medizin, Innsbruck, Austria. Internet: <http://www.psychoneuroimmunologie-tagung.at/nc/startseite.html>.

17.09.2016. 3. Forum INKLUSION/INTEGRATION, Frankfurt/Main, Germany. Psychologischen Unterstützung von Helfern und der Integration von Flüchtlingen. Auskünfte: Sektion Klinische Psychologie im BDP, Kirchstrasse 3b, 56203 Höhr-Grenzhausen, Tel. +49 2624 9427740, E-Mail: info@bdp-klinische-psychologie.de, Internet: <http://bdp-klinische-psychologie.de/fachgruppen/P101-Forum-Inklusion.shtml>.

18.09.–22.09.2016. 50. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Leipzig, Germany, Auskünfte: Nora Weiße, Universität Leipzig, Institut für Psychologie, Leipzig, E-Mail: nora.weisse@uni-leipzig.de, Internet: www.dgpskongress.de.

23.09.–24.09.2016. Jahrestagung der GGFP e.V., Erfurt, Germany. Wer kann wen als hilfebedürftig definieren? Auskünfte: Uwe Fischer, GGFP e.V., Markusplatz 3, 96047 Bamberg, Internet: <http://www.ggfp.de/index.php/jahrestagung-2016.html>.

23.09.–26.09.2016. 120. Verhaltenstherapiewoche, Freiburg, Germany. Resilienz. Auskünfte: Ina Lizon, IFT-Gesundheitsförderung, Montsalvatstraße 14, 80804 München, Tel. +49 89 36080494, E-Mail: lizon@ift-gesundheit.de, Internet: www.vtwoche.de.

20.10.–22.10.2016. Kongress Essstörungen 2016, Alpbach, Austria. Auskünfte: Netzwerk Essstörungen, Tempelstrasse 22, 6020 Innsbruck, Austria, Tel. +43 512 576026,

Fax. +43 512 583654, E-Mail: info@netzwerk-essstoerungen.at, Internet: www.netzwerk-essstoerungen.at.

24.10.–29.10.2016. AACAP's 63rd Annual Meeting, New York, United States. Auskünfte: The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 3615 Wisconsin Avenue, N.W., D.C.20016-Washington, United States, Tel. +1 202 9667300, Fax. +1 202 4640131, E-Mail: clinical@aacap.org, Internet: https://www.aacap.org/AACAP/CME_and_Meetings/Annual_Meeting/63rd_Annual_Meeting/63rd_AM_Home.aspx.

27.10.–30.10.2016. 35. Jahrestagung Rehappsychologie, Erkner/Berlin, Germany. Auskünfte: Sektion Klinische Psychologie im BDP e.V., Kirchstrasse 3b, 56203 Hoehrgrenzhausen, Tel. +49 2624 9427740, E-Mail: info@bdp-klinische-psychologie.de, Internet: <http://bdp-klinische-psychologie.de/fachgruppen/gruppe2.shtml>.

28.10.–29.10.2016. Expositionssymposium, Köln, Germany. Exposition in der Psychotherapie. Auskünfte: Kerstin Gehringer, AVT GmbH Köln, Venloer Straße 47–53, 50937 Köln, Tel. +49 221 25856413, Fax. +49 221 25856420, E-Mail: gehringer@avt-koeln.org, Internet: <http://www.avt-koeln.org/expositionssymposium.html>.

03.11.–05.11.2016. Jahrestagung des BKJPP 2016, Regensburg, Germany. Sprache(n) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Kommunikation und Kooperation. Auskünfte: Stefanie Schlüter, KelCon GmbH, Tauentzienstr. 1, 10789 Berlin, Tel. +49 30 679668852, Fax. +49 30 679668855, E-Mail: bkjpp@kelcon.de, Internet: <http://www.bkjpp-jahrestagung.de/de/Home/index.html>.

05.11.–06.11.2016. 31. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung, Rothenburg o.d. Tauber, Germany. Dem Schmerz entspannt begegnen – Funktionelle Entspannung (FE) in der Schmerztherapie. Auskünfte: Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung, Bülowstr. 52/A6, 10783 Berlin, E-Mail: tagung@afe-deutschland.de, Internet: <http://www.afe-deutschland.de/jahrestagung.html>.

land.de, Internet: <http://www.afe-deutschland.de/jahrestagung.html>.

11.11.–13.11.2016. 121. Verhaltenstherapiewoche, München, Germany. Behandlung komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen. Auskünfte: Ina Lizon, IFT-Gesundheitsförderung, Montsalvatstraße 14, 80804 München, Tel. +49 89 36080494, E-Mail: lizon@ift-gesundheit.de, Internet: www.vtwoche.de.

12.11.–12.11.2016. 23. Frankfurter Psychiatriesymposium, Klinik Hohe Mark Frankfurt, Germany. Entwicklungspsychiatrie. Fachtagung für Psychiater und Psychotherapeuten. Auskünfte: Klinik Hohe Mark in Frankfurt, Michael-Stumpf-Straße 2/Gebeschusstraße 6–19, 65929 Frankfurt am Main, Tel. +49 6171 2043010, Fax. +49 6171 2048300, E-Mail: chefarzt@hohemark.de, Internet: <https://www.hohemark.de/service-menue/termine/>.

23.11.–26.11.2016. DGPPN Kongress 2016, Berlin, Germany. Psyche – Mensch – Gesellschaft. Auskünfte: DGPPN-Geschäftsstelle, Reinhardtstr. 27B, 10117 Berlin, Tel. +49 30 240477220, Fax. +49 30 240477229, E-Mail: mitgliederservice@dgppn.de, Internet: <http://www.dgppn.de/kongress.html>.

25.11.–26.11.2016. Kongress Meditation & Wissenschaft 2016, Berlin, Germany. Macht | Zweck | Sinn. Auskünfte: Dr. Nadja Rosmann, Kongressorganisation, Hofheimerstraße 21 A, 65719 Hofheim, Tel. +49 6192 2068258, Fax. +49 3222 9986691, E-Mail: Nadja.Rosmann@meditation-wissenschaft.org, Internet: <http://www.meditation-wissenschaft.org/>.

20.05.–24.05.2017. 170th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, San Diego, United States. Auskünfte: American Psychiatric Association, United States, E-Mail: apa@psych.org, Internet: <http://www.psychiatry.org/learn/meetings/future-apa-meetings>.

DOI: 10.1026/0943-8149/a000158

Gutachterinnen und Gutachter für die Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Jahrgang 2015

Mit ihren Gutachten und Überarbeitungsvorschlägen haben die folgenden Kolleginnen und Kollegen die Herausgeber der Zeitschrift für Gesundheitspsychologie von Oktober 2014 bis September 2015 unterstützt. Vielen Dank für die konstruktive Zusammenarbeit!

Eva Bamberg, Hamburg
 Thomas Boll, Walferdange (Luxemburg)
 Nobert Bongartz, Köln
 Gabriele E. Dlugosch, Landau
 Denise Doerfel, Dresden
 Heike Eschenbeck, Schwäbisch Gmünd
 Toni Faltermaier, Flensburg
 Sabine Fischbeck, Mainz
 Uwe Fischer, Bamberg
 Gabriele Helga Franke, Stendal
 Thomas Fydrich, Berlin
 Paul Gellert, Berlin
 Helge Giese, Konstanz
 Antje Gumz, Berlin
 Volkmar Höfling, Frankfurt
 Petra Hampel, Flensburg
 Martin Hecht, Berlin
 Benedikt Hell, Olten
 Daniela Kahlert, Stuttgart
 Johannes Klein-Heßling, Berlin
 Katja Kröller, Berlin
 Andreas Krause, Olten
 Thomas Kubiak, Mainz
 Dirk Lehr, Lüneburg
 Arnold Lohaus, Bielefeld

Kai Müller, Mainz
 Andreas Maercker, Zürich (Schweiz)
 Christina Niermann, Konstanz
 Pamela Rackow, Zürich (Schweiz)
 Sabine Raeder, Oslo (Norwegen)
 Katrin Rockenbauch, Leipzig
 Christel Salewski, Hagen
 Stefan Schmidt, Freiburg
 Silke Schmidt, Greifswald
 Johannes Schult, Saarbrücken
 André Schulz, Walferdange (Luxemburg)
 Andreas Schwerdtfeger, Graz (Österreich)
 Monika Sieverding, Heidelberg
 Gudrun Sproesser, Konstanz
 Marc Vierhaus, Bielefeld
 Manja Vollmann, Hagen
 Klaus Wölfling, Mainz
 Petra Warschburger, Potsdam
 Jürgen Wegge, Dresden
 Eunike Wetzler, Konstanz
 Rainer Wieland, Wuppertal
 Hansjörg Znoj, Bern (Schweiz)

DOI: 10.1026/0943-8149/a000157

Hinweise für Autoren

Die **Zeitschrift für Gesundheitspsychologie** will die Theorie und Anwendung psychologischer Ansätze bei der Analyse von Gesundheit und Krankheit fördern. Dazu werden Ergebnisse empirischer bzw. experimenteller Analysen ebenso publiziert wie fundierte anwendungsorientierte Beiträge, methodische Entwicklungen sowie umfassende kritische Literaturanalysen. Die Zeitschrift ist dabei pluralistisch in den Denk- und Arbeitsmethoden, interdisziplinär und multimethodal ausgerichtet.

Einsendung von Manuskripten. Alle Manuskripte sind in elektronischer Form im Editorial Manager unter <http://www.editorial-manager.com/zgp> einzureichen.

Detaillierte Hinweise für Autoren finden Sie unter <http://www.hogrefe.de/produkte/zeitschriften/zgp>

Urheber- und Nutzungsrechte. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck oder Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung

in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);

b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe – auch multimedial – sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;

c) das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung – sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;

d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie) und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

e) das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

Online-Rechte für Zeitschriftenbeiträge. Hinweise für Autoren zur Online-Archivierung einer elektronischen Version Ihres Manuskriptes finden Sie unter den Autorenhinweisen auf unserer Homepage www.hogrefe.de/produkte/zeitschriften.

Januar 2016



Zeitschrift für Gesundheitspsychologie

Wir freuen uns über Ihre Einreichung von Beiträgen für unsere Zeitschrift für Gesundheitspsychologie.

Weitere Informationen zur Zeitschrift sowie alle notwendigen Hinweise für die Einreichung von Manuskripten (Autorenhinweise) finden Sie auf unserer Homepage.



www.hogrefe.com/produkte/zeitschriften

 **hogrefe**

Das DSM[®] aus Sicht der ICD

Überleitungs- tabellen ICD-10/DSM-5[®]

Horst Dilling
Klaus Reinhardt



Horst Dilling / Klaus Reinhardt

Überleitungstabellen ICD-10/DSM-5[®]

2016. 120 S., Kt
€ 19.95 / CHF 26.90
ISBN 978-3-456-85559-2
AUCH ALS E-BOOK

Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM[®]) der American Psychiatric Association ist ein weltweit etabliertes Klassifikationssystem für psychische Störungen. Die neue, 2014 auf Deutsch erschienene Ausgabe DSM-5[®] bietet auch deutschsprachigen Benutzer tiefere Anregungen zu einer differenzierten und prozeduralen Diagnostik psychischer Störungen.

Jedoch wird die Benutzung des DSM-5[®] für den mit der ICD-10 Vertrauten dadurch erschwert, dass zwar viele einzelne Diagnosen, nicht jedoch Struktur und

Reihenfolge der beiden Klassifikationssysteme übereinstimmen. Zudem verwendet DSM-5[®] als Diagnoseziffern diejenigen der amerikanischen Modifikation ICD-10-CM, die vielfach von der in den deutschsprachigen Ländern zur Diagnosenverschlüsselung und Abrechnung gebrauchten ICD-10-GM (German Modification) abweicht.

Die Tabellen in diesem Buch erschließen die neue DSM-5[®]-Klassifikation aus der Sicht der vertrauten ICD-10 und erhöhen damit wesentlich die Benutzbarkeit des DSM-5[®] für deutschsprachige Leser.



Pia Fuhrmann /
Alexander von Gontard
**Depression und Angst
bei Klein- und
Vorschulkindern**
Ein Ratgeber
für Eltern und Erzieher

2015, 174 Seiten, Kleinformat,
€ 19,95 / CHF 26.90
ISBN 978-3-8017-2627-0 / Auch als eBook erhältlich

Auch Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter können unter Depressionen und Angststörungen leiden. Neben der genauen Darstellung der Störungsbilder, wird in diesem Ratgeber erläutert, wie sich normale Ausprägungen von Trauer und Ängsten von psychisch auffälligem Verhalten unterscheiden lassen.



Hendrik Büch /
Manfred Döpfner /
Ulrike Petermann
**Soziale Ängste
und Leistungsängste**

(Reihe: „Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie“, Band 20). 2015, X/189 Seiten, 24,95 / CHF 35.50
(Im Reihenabonnement € 17,95 / 25.90)
ISBN 978-3-8017-2536-5/ Auch als eBook erhältlich

Soziale Ängste und Leistungsängste treten insbesondere dann auf, wenn sich Kinder und Jugendliche einer Bewertungssituation ausgesetzt fühlen. Der Band fasst die aktuellen Erkenntnisse zur Beschreibung, Diagnostik und Behandlung sozialer Ängste zusammen.



Franz Petermann /
Dennis Nitkowski
**Selbstverletzendes
Verhalten**
Erscheinungsformen,
Ursachen und
Interventionsmöglichkeiten

(Reihe: „Klinische Kinderpsychologie“, Band 9)
3., überarb. Auflage 2015, 264 Seiten, € 26,95 / CHF 36.90
ISBN 978-3-8017-2681-2 / Auch als eBook erhältlich

Die Neuauflage informiert umfassend über das Thema „Selbstverletzendes Verhalten“ und beschreibt Möglichkeiten der Diagnostik und Intervention. Schwerpunkt des Buches sind selbstverletzende Verhaltensweisen, die im Kontext psychologischer Belastungen, bei psychischen Störungen und bei Kindern mit geistiger Behinderung auftreten können.



Hendrik Büch /
Manfred Döpfner /
Ulrike Petermann
**Ratgeber
Soziale Ängste und
Leistungsängste**
Informationen für Betroffene,
Eltern, Lehrer und Erzieher

(Reihe: „Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie“, Band 20). 2015, 51 Seiten, Kleinformat, € 8,95 / CHF 11.90
ISBN 978-3-8017-2537-2 / Auch als eBook erhältlich

Der Ratgeber beschreibt, wie sich soziale Ängste und Leistungsängste im Kindes- und Jugendalter äußern, wie sie entstehen und wodurch sie aufrechterhalten werden und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Er zeigt auf, wie soziale Ängste und Leistungsängste Schritt für Schritt mit verhaltenstherapeutischen Methoden abgebaut werden können und was Jugendliche selbst tun können, um ihre Ängste anzugehen.



Georg H. Eifert
Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)
 (Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 45)
 2011, VII/102 Seiten,
 € 19,95 / CHF 28.50 (Im Reihenabonnemnt € 15,95 / CHF 22.90)
 ISBN 978-3-8017-2215-9
 Auch als eBook erhältlich

Das Buch liefert eine prägnante und leicht zugängliche Einführung in die Grundlagen und Strategien der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT).



John P. Forsyth / Georg H. Eifert
Mit Ängsten und Sorgen erfolgreich umgehen
 Ein Ratgeber für den achtsamen Weg in ein erfülltes Leben mit Hilfe von ACT
 2010, 245 Seiten, inkl. CD-ROM,
 € 24,95 / CHF 35.50
 ISBN 978-3-8017-2249-4
 Auch als eBook erhältlich

Der Ratgeber liefert ein wirkungsvolles Selbsthilfeprogramm zum erfolgreichen Umgang mit Ängsten und Sorgen. Mithilfe des ACT-Ansatzes lernen Betroffene, ihre Aufmerksamkeit von der Angst weg auf das zu richten, was ihnen wirklich wichtig ist im Leben, und so einen Weg in ein erfülltes Leben zu finden.



Johannes Michalak / Thomas Heidenreich / J. Mark G. Williams
Achtsamkeit
 (Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 48)
 2012, VI/83 Seiten,
 € 19,95 / CHF 28.50 (Im Reihenabonnemnt € 15,95 / CHF 22.90)
 ISBN 978-3-8017-2236-4
 Auch als eBook erhältlich

Der Band gibt einen anwendungsbezogenen Überblick über die theoretischen Hintergründe und Methoden achtsamkeitsbasierter therapeutischer Arbeit.



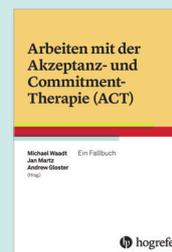
Johannes Michalak / Thomas Heidenreich / J. Mark G. Williams
Achtsamkeitsübungen für die klinische Praxis und den Alltag
 Audio-CD
 (Ratgeber zur Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 23). 2012, MP3-Dateien, € 14,95 / CHF 21.90
 ISBN 978-3-8017-2444-3

Die CD enthält drei zentrale Achtsamkeitsübungen, die therapiebegleitend eingesetzt werden können und sich zudem für das Üben zu Hause eignen.



Georg Eifert / Matthew McKay / John P. Forsyth
Mit Ärger und Wut umgehen
 Der achtsame Weg in ein friedliches Leben mit der Akzeptanz- und Commitmenttherapie / ACT
 Aus dem Englischen übersetzt von Matthias Wengenroth
 2., überarb. Auflage 2013, 248 Seiten,
 € 22,95 / CHF 32.90
 ISBN 978-3-456-8531-7
 Auch als eBook erhältlich

ACT zeigt, wie Sie sich Wut und Ärger mit Verständnis und Achtsamkeit zuwenden – ein neuer Ansatz, um mit diesen Gefühlen umzugehen.



Michael Waadt / Jan Martz / Andrew Gloster (Hrsg.)
Arbeiten mit der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)
 Ein Fallbuch
 2015, 416 Seiten,
 € 34,95 / CHF 45.50
 ISBN 978-3-456-85558-5
 Auch als eBook erhältlich

Erfahrene ACT-Therapeuten schildern Fälle aus der Praxis und erläutern Schritt für Schritt ihr Vorgehen im Therapieprozess.