pedocs
Open Access Erziehungswissenschaften

DIPF

Ritterbach, Udo; Wohlfarth, Rainer

Gesundheit unser höchstes Gut? Life Style – Lebensstil und Gesundheit

Ritterbach, Udo [Hrsg.]; Nicolaus, Jürgen [Hrsg.]; Spörhase, Ulrike [Hrsg.]; Schleider, Karin [Hrsg.]: Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Freiburg im Breisgau : Centaurus-Verl. 2009, S. 51-78. - (Schriftenreihe der Pädagogischen Hochschule Freiburg; 20)

Empfohlene Zitierung/ Suggested Citation:
Ritterbach, Udo; Wohlfarth, Rainer: Gesundheit unser höchstes Gut? Life Style – Lebensstil und Gesundheit - In: Ritterbach, Udo [Hrsg.]; Nicolaus, Jürgen [Hrsg.]; Spörhase, Ulrike [Hrsg.]; Schleider, Karin [Hrsg.]: Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Freiburg im Breisgau : Centaurus-Verl. 2009, S. 51-78 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-22535

in Kooperation mit / in cooperation with:

CENTAURUS
Verlag & Media KG

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

pedocs
Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Ulrike Spörhase, Karin Schleider (Hg.)

Leben nach Herzenslust?

Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2009.Centaurus Verlag & Media KG, Freiburg im Breisgau
1. Auflage. Alle Rechte vorbehalten

Satz und Umschlaggestaltung: Ulrich Birtel, Freiburg im Breisgau
Herstellung: Centaurus Verlag & Media KG, Freiburg im Breisgau
Printed in Germany
ISBN 978-3-8255-0748-0

Inhalt

7 Vorwort

13 Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines „alten" neuen Fachs
Georg Hörmann

35 „… schon eine Klasse für sich!? …" – Positionsbestimmung und erste Erfahrungen zum neuen Bachelor-Studiengang Gesundheitspädagogik
Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Karin Schleider, Ulrike Spörhase, Rainer Wohlfarth

51 Gesundheit unser höchstes Gut? Life Style – Lebensstil und Gesundheit
Udo Ritterbach, Rainer Wohlfarth

79 Prävention in Lebenswelten – ScienceKids:Kinder entdecken Gesundheit
Jutta Ommer-Hohl

83 Wie Kinder ihre Eltern erziehen – Kann Schule die Ernährung zu Hause verändern?
Mareen Molderings

105 Theoriegeleitete Lebensstiländerung
R. Fuchs, W. Göhner, C. Mahler, A. Fleitz, H. Seelig

117 M.O.B.I.L.I.S. – Bewegt abnehmen
Andreas Berg, Ingrid Frey, Michael Hamm, Dieter Lagerstrøm, Reinhard Fuchs, Wiebke Göhner, Hans-Georg Predel, Aloys Berg

131 Gesundheitsförderung im Dialog: Die Bedeutung Partizipativer Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen
Martin Härter, Daniela Simon

149 Rosige Zeiten für Golden Girls and Boys? Zur Gesundheitsförderung im Alter
Rainer Wohlfarth, Udo Ritterbach

175 Eine Tablette für jede Lebenslage: Zum Missbrauch von Nahrungsergänzungsmitteln und Medikamenten
Gerhard Treutlein, Manuel Ruep

191 Mode, Lifestyle – und Gesundheit – Widerspruch oder Zukunftstrend?
Anne-Marie Grundmeier

209 Gesundheit und Anti-Aging – über Risiken und Nebenwirkungen einer neuen Religion
Manfred Lütz

221 Autorinnen und Autoren

Gesundheit unser höchstes Gut?
Life Style – Lebensstil und Gesundheit

Udo Ritterbach, Rainer Wohlfarth

Schon in der Antike war unbestritten, dass der individuelle Lebensstil die Gesundheit einer Person beeinflusst (Schiperges, 2003). In den 1960er Jahren wurde das Konzept des gesunden Lebensstils im Rahmen der Alameda County Langzeit-Studie erstmals an einer größeren Stichprobe wissenschaftlich untersucht. Dabei wurden neben sieben Verhaltensfaktoren (u.a. Schlafdauer, Essgewohnheiten, Bewegung, Rauchen) auch sozio-ökonomische Faktoren einbezogen. Die Auswertung zeigte, dass fünf der sieben Verhaltensindikatoren mit Mortalität assoziiert waren. Dieser Befund lieferte erste wissenschaftliche Hinweise für die Hypothese, dass eine ausgewogene Lebensweise den Gesundheitszustand positiv beeinflussen kann. Jedoch zeigten die Ergebnisse auch komplexe Wechselwirkungen, so dass dieser Zusammenhang nicht ganz eindeutig und damit nicht alles erklärend war (Schoenborn, 1993).

Eine weitere Studie – die sogenannte Ornish-Studie – gab dann in den 1990er Jahren weitere wesentliche Impulse für die Erforschung des Zusammenhangs zwischen Verhaltens- und Denkweisen und dem Gesundheitszustand. In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass umfassende Lebensstiländerungen sich günstig auf den Krankheitsverlauf selbst bei schweren koronaren Herzerkrankungen auswirken (Ornish et al., 1990).

Der Begriff Lebensstil

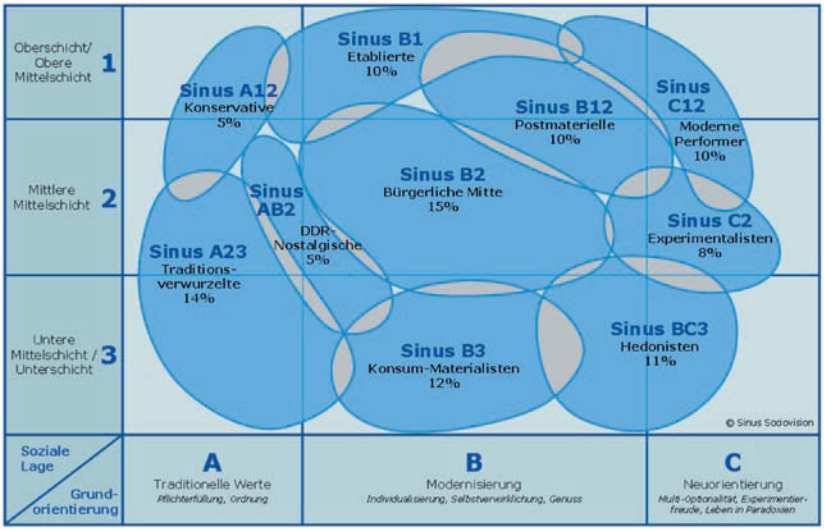
Für den komplexen Begriff des Lebensstils findet man in unterschiedlichen wissenschaftlichen Kontexten jeweils spezifische Definitionen. Im Bereich Produktmarketing ist zum Beispiel Lebensweltorientierung ein Kriterium für den Erfolg. Inzwischen hat die Lebensweltorientierung auch Gesundheitskommunikation und Gesundheitspädagogik erreicht.

Im Marketing-Lexikon[1] wird Lebensstil als eine Menge miteinander verbundener Einstellungen definiert, die in Aktivitäten, Interessen und Meinungen zum Ausdruck kommen und marktgerecht mit dem Blick auf Interessenten, die sich für Einflussfaktoren auf das Kaufverhalten von Konsumenten interessieren mit dem Kürzel – AIO – für activities, interests, opinions charakterisiert.

1 http://www.wiwi-treff.de/home/mlexikon.php, Zugriff: 26.05.2009

Im Bereich des Marketings wird intensiv in diesem Bereich geforscht, daher orientierten sich in diesem Bereich viele Maßnahmen (Promotion, Werbung, Verbraucherinformation) sehr stark an den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Lebensstilen der jeweiligen Zielgruppen. So bietet das Unternehmen Sociovision mit Sitz in Heidelberg als Dienstleister die Segmentierung von Gesellschaften in Sinus®-Milieus auf der Grundlage von Wertorientierungen und Lebensstilen in 16 Nationen. Die Segmentierung von Zielgruppen wird dabei als Instrument für das strategische Marketing und für die Optimierung von Media-Zielgruppen genutzt. Die Differenzierung der Milieus kann in einem Koordinatensystem mit den Achsen „Soziale Lage" und „Grundorientierung" abgebildet werden. In 5 EU-Nationen Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Italien und Spanien werden 44 unterschiedliche Milieus segmentiert und nach Merkmalen des Lebensstils, der Einstellungen und der Ansprechbarkeit über Aussagen und Botschaften bis hin zur Gestaltung von medialen Angeboten beschrieben. Für Westeuropa werden 7 Meta-Milieus, für Deutschland 10 Sinus®-Milieus mit ihren Lebensweltbeschreibungen über typische Aussagen, Kundenpotentiale, soziale Lage, Arbeit und Beruf, Freizeit, Konsum, Produktinteressen, Medienverhalten Wohnstil, Alltagsästhetik, Leitbildqualitäten und Geld differenziert und charakterisiert.

Abbildung 1: Sinus®-Milieus in Deutschland[2]



2 (http://www.sinus-sociovision.de; Zugriff: 26.05.2009)

Die Erkenntnisse von Sociovision werden inzwischen über den Bereich des Produktmarketings hinaus auch in Bereichen wie Touristik, Umweltbildung und AIDS-Prävention genutzt. Hierzu zwei Beispiele: ECOLOG, das Institut für sozial-ökologische Forschung und Bildung gGmbH zielt darauf, Nachhaltigkeitsakteure, z.B. aus den Bereichen Umwelt- und Naturschutz, Entwicklungspolitik, Verbraucherschutz und Kommunen, im Social Marketing für Nachhaltigkeit zu unterstützen. Dies erfolgt zielgruppengenau im Sinne einer „tailored intervention" nach den Sinus®-Milieus. "Beschreibungen der sozialen Milieus in wichtigen Bereichen des Alltagshandelns, wie Mobilität, Abfall, Konsum, Ernährung, Freizeit und Urlaub, und Informationen über ihre Präferenzen für Kommunikationswege, -formen und -gestaltung liefern die Grundlage für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Kommunikationsstrategien zu verschiedenen Nachhaltigkeitsthemen." (http://www.ecolog-institut.de; Zugriff: 26.05.2009).

Das Bundesamt für Gesundheit (Schweiz) hat seine Kampagne LOVE LIFE – STOP AIDS 2005 u.a. im Hinblick auf die Erinnerungswerte evaluieren lassen. Dabei fiel auf, dass die Erinnerungswerte bei den Schweizer Sinus®-Milieus der „Eskapisten", „Modernen Performern" und „Experimentalisten" sehr hoch, dagegen bei der wichtigen Kernzielgruppe der „Konsumorientierten Arbeiter" ungenügend sind. Da es kaum möglich ist, alle Lebenswelten mit den gleichen Bildern und Botschaften optimal anzusprechen, wurden enger gefasste Botschaften empfohlen, um einzelne Zielgruppen über spezifische Kommunikationskanäle noch besser erreichen zu können (Frech, 2006, Bundesamt für Gesundheit, 2006).

Eine Orientierung an der Lebenswelt und am Lebensstil ist somit auch als gesundheitspädagogisches Aufgaben- und Forschungsfeld zu verstehen, so können von der gesundheitlichen Aufklärung bis hin zu gesundheitspädagogischen Interventionen die Maßnahmen verbessert und gezielter angepasst werden.

Eine weitere Perspektive der Lebensstilorientierung für die Gesundheitspädagogik bietet sich in der Analyse gesundheitsrelevanten Verhaltens. So sieht Bartsch die allgemein zunehmende Zahl an individuellen Lebensstilalternativen in der westlichen Welt als ursächlich an für den Zwang, dass (nicht nur) Jugendliche versuchen, durch die zentralen Ausdrucksmittel des Lebensstils -Aussehen, Konsum und Erleben- Antworten auf ihre zentrale Lebensfrage „Wodurch bin ich?" zu finden (Bartsch, 2008, S. 24). Dies zeigt sich z.B. ganz konkret in Ergebnissen einer Studie von Gerhards und Rössel zum Einfluss der Lebensstile von Jugendlichen auf deren Ernährungsverhalten. Sie konnten einen Zusammenhang nachweisen zwischen einer Fernseh-,

Sport, inner- und außerhäuslicher Spannungs- oder Hochkulturorientierung im Lebensstil Jugendlicher und der Häufigkeit des Verzehrs von Colagetränken, Hamburgern und Vollkornbrot. Mehrmaliger wöchentlicher Konsum von Colagetränken ist typisch für einen Lebensstil Jugendlicher mit starken inner- und außerhäuslichen Spannungsorientierung und Fernsehorientierung. Mehrmaliger wöchentlicher Konsum von Vollkornbrot ist typisch für einen Lebensstil Jugendlicher mit starker Hochkultur- oder Sportorientierung im Lebensstil (Gerhards u. Rössel, 2003).

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Lebensstil und Gesundheit ist zu unterscheiden zwischen einzelnen Verhaltens- und Denkweisen (z.B. Ernährung, Kleidung, Mediennutzung, Freizeitgewohnheiten, sportliche Betätigung, ästhetischen Standards, Familienorientierung eines Menschen, etc.) und den aus diesen Elementen bestehenden komplexen Lebensstilen (Hradil, 2006, S. 46). Lebensstile stellen nach Hradil (ebd.) mehr dar als die Summe ihrer Komponenten. Sie werden durch Sinn(re)konstruktionen „zusammengehalten" und bilden somit einen regelmäßig wiederkehrenden Gesamtzusammenhang von Verhaltensweisen, Interaktionen, Meinungen, Wissensbeständen und bewertenden Einstellungen. Dies bedeutet nach Hradil (ebd.), dass einzelne gesundheitsrelevante Verhaltensvariablen (Rauchen, Bewegung, Drogen etc.) allein noch keinen Lebensstil ausmachen. Sie können jedoch Bestandteile eines Gesundheitslebensstils insgesamt sein. Ein Lebensstil wird in biographischen Prozessen entwickelt, bildet sich durch ein Zusammenwirken von Verhaltenweisen, Einstellungen und Zielvorstellungen aus und wird in der individuellen Organisation und expliziten Gestaltung des Alltags augenscheinlich.

Abel (2006) stellt dieser Definition einen eher psychologisch orientierten gesundheitsrelevanten Lebensstilbegriff gegenüber. Er beschreibt ihn als zeitlich relativ stabile, typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in ihrer Auseinandersetzung mit sozialen und soziokulturellen Lebensbedingungen entwickelt werden. Der Lebensstil ist dabei nach Abel (1999) das Resultat aus der Wechselwirkung der drei Dimensionen Ressourcen, Orientierungen und gesundheitsrelevantes Verhalten. Unter Orientierungen werden grundlegende Werte und darauf basierende spezifische Einstellungen verstanden (z.B. Gesundheit als wichtiges Lebensziel einzuschätzen oder gesundheitsförderliches Verhalten als gesellschaftliche Norm zu betrachten). Ressourcen setzen sich zusammen aus externale Ressourcen, das sind materielle Bedingungen, wie Einkommen oder Zugang zur Gesundheitsversorgung, sowie internale Ressourcen wie Wissen und Fähigkeiten.

Daraus folgt, dass das Gesundheitsverhalten nicht als das Ergebnis eines rein individuellen, rationalen Entscheides zu verstehen ist. Wie ein Individuum mit seiner Gesundheit und seinem Körper umgeht, ist vielmehr sehr stark vom persönlich-biografischen und sozialen Kontext abhängig, in dem es lebt (Hurrelmann, 2006). Wir können also von einer psychosozialen Determiniertheit gesundheitsrelevanter Lebensstile sprechen.

Umgekehrt stellt sich die Frage, warum leben wir gesundheitlich riskante Lebensstile (Faltermaier, 2005; Heindl, 2007)? Zum einen entstehen Schäden erst in einem langsamen Prozess, das heißt die Konsequenzen sind meist erst nach Jahren erkennbar. Risikoverhaltensweisen betreffen zentrale Lebensaktivitäten, wie Essen, Trinken, Bewegen, Sexualität und sind oft wenig reflektierter Teil etablierter Alltagskultur. Riskante Lebensstile hängen oft mit kurzfristig verstärkenden Wirkungen von Genuss und Spaß zusammen, welche positive Gefühle erzeugen, die sozial geteilt werden. Zudem sind ungesunde Lebensstile oft die Auswirkungen eines „unrealistischen Optimismus", in dem Sinne „mir passiert schon nichts!" Und schließlich führt Stress zu riskanten Verhaltensweisen, welche wiederum als Mittel zur Bewältigung von psychischen Belastungen dienen.

Der Begriff Gesundheit

In den letzten Jahrzehnten vollzog sich ein Perspektivenwechsel hinsichtlich der Konzeptualisierung des Begriffs Gesundheit (Antonovsky, 1997). Dem traditionellen Begriff der Pathogenese wurde die Salutogenese gegenübergestellt. Es wird danach gefragt, warum Menschen trotz Belastungen gesund bleiben bzw. wie Gesundheit wiederhergestellt werden kann. Diese Veränderung der Perspektive erforderte auch eine Wende im gesundheitswissenschaftlichen Denken, die Tendenz von einer krankheitsorientierten Forschung hin zu einer ressourcenorientierten Gesundheitsforschung.

Das Konzept eines negativen Gesundheitsbegriffes, d. h. Abwesenheit von Krankheit, ist aus dieser Sicht unzureichend. Gesundheit ist zwar kein eindeutig definierbares Konstrukt, doch besteht in den Sozialwissenschaften und der Medizin heute Einigkeit, dass Gesundheit mehrdimensional betrachtet werden muss (Freidl, Stronegger & Neuhold, 2003, S. 51): Neben körperlichem Wohlbefinden (z. B. positives Körpergefühl, Fehlen von Beschwerden und Krankheitsanzeichen) und psychischem Wohlbefinden (z. B. Freude, Glück, Lebenszufriedenheit) gehören auch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung dazu. Gesundheit hängt ab vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und

Gefährdungen durch die soziale und ökologische Umwelt sowie vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung, Erschließung und Inanspruchnahme von Ressourcen.

Vor dem beschriebenen Hintergrund soll der Zusammenhang von Lebensstil und Gesundheit als Gegenstand und Problem der (Gesundheits-) Pädagogik behandelt werden. Es werden nachfolgend die unterschiedlichen Konzepte von Lebensstil, Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten beschrieben, empirische Studien zum Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit dargestellt und abschließend lebensstilrelevante Bereiche der Gesundheit dargestellt.

Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten

Gesundheitskompetenz

In den letzten Jahren wurde der Begriff der Gesundheitskompetenz – abgeleitet aus Englischen Begriff der *Health Literacy* – eingeführt. Zunächst wurde er als Gesundheits-Alphabetisierung übersetzt, umfasste also Grundfertigkeiten wie Lesen, Verarbeiten und Verstehen von gesundheitlichen Informationen. Doch schon bald wurde der Begriff der Gesundheitskompetenz von der WHO (1998) um einen aktiven und konstruktiven Umgang mit gesundheitlicher Information erweitert: „*the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health*" (WHO, 1998, S.10). Im deutschsprachigen Raum wird unter «Health Literacy» die wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung verstanden (Abel & Bruhin, 2003). Er umfasst die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich günstig auf die Gesundheit auswirken. Dabei wird Gesundheitskompetenz als eine gesellschaftlich vermittelte Kompetenz angesehen (Abel & Walter, 2002), die primär über Kultur, Bildung und Erziehung erlernt wird (Abel & Bruhin, 2003). Gesundheitskompetenz soll zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich der Gesundheit befähigen (Kickbusch et al., 2005). Gesundheitskompetenzen umfassen funktionale, kommunikative, interaktive und kritische Fähigkeiten und Fertigkeiten (Kickbusch et al., 2005) und sollen es dem Individuum erlauben, sich mit Hilfe seines sozialen Umfeldes im und außerhalb des Gesundheitssystems gesundheitsbewusst zu verhalten bzw. die gesellschaftliche und politische Umwelt so zu beeinflussen, dass gesundheitsbewusstes Verhalten möglich ist.

Gesundheitskompetenzen sind zusammen mit einem entsprechenden Gesundheitswissen eine Grundvoraussetzung für die Entwicklung eines positiven Gesundheitsverhaltens. Die Stärkung dieser Kompetenzen ist also ein Schritt in Richtung eines gesunden Lebensstils.

Gesundheitsverhalten

Als Gesundheitsverhalten (health behavior) können Verhaltensweisen bezeichnet werden, welche vor dem Hintergrund medizinischer Erkenntnis als für die Gesundheit förderlich, riskant oder schädlich bewertet werden (Troschke, 1998). Es können also grob zwei Formen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen unterschieden werden: Risikoverhaltensweisen und präventives Gesundheitsverhalten. Als Risikoverhalten werden alle jene Verhaltensweisen bezeichnet, die aufgrund ihrer Häufigkeit oder Intensität das Auftreten einer Erkrankung erhöhen, unabhängig davon ob der Zusammenhang uns bewusst ist. Präventives Gesundheitsverhalten ist dagegen bewusst und umfasst alle Aktivitäten, welche die Vorbeugung von Krankheiten unterstützt und zur Entdeckung im Frühstadium beiträgt. Es umfasst also die Bereiche der primären und tertiären Prävention. Siegrist (2003) hält daher diese Definition für zu eng, da viele Aktivitäten, die die Gesundheit fördern oder schädigen vom Individuum nicht explizit aus dem Grund Krankheit zu verhüten oder rechtzeitig zu entdecken, begonnen werden. Vielmehr sieht Siegrist Gesundheitsverhalten eingebettet in eine umgreifende Lebensweise, die durch Gewohnheitsbildung, durch soziale und materielle Ressourcen mitgeformt wird. Daher sollte eher von gesundheitsrelevantem Verhalten gesprochen werden (Siegrist, 2003, S.140). Unter dem Begriff Gesundheitshandeln werden im Allgemeinen komplexere vielschichtigere gesundheitsbezogene Verhaltensmuster verstanden, wobei in der gegenwärtigen Literatur Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln nicht klar voneinander abgegrenzt verwendet werden.

Gesundheitsverhalten wurde bislang im engeren Sinne auf die Bereiche Ernährung, Bewegung und Alltagssüchte bezogen und wird häufig mit der Verhinderung von Krankheit also einem eher pathogenetischen Ansatz assoziiert. Erst in letzter Zeit wurden Ansätze einer positiven Definition gesundheitsrelevanten Verhaltens als Bestandteil eines übergreifenden Lebensstils entwickelt. Diese orientieren sich an den Zielen der physischen Gesundheit, des psychischen und sozialen Wohlergehens sowie der persönlichen Entwicklung.

Wir können also festhalten, dass Gesundheitskompetenzen, gesundheitsbezogenes Wissen, gesundheitsrelevante Einstellungen und Ressourcen Vo-

raussetzungen für die Entwicklung von „gesundem" Verhalten darstellen. Hieraus ergeben sich bestimmte Verhaltensmuster, die sich im Alltag auf dem kulturellen, ökonomischen und sozialen Hintergrund in gesundheitsbezogenen Lebensstilen darstellen.

Empirische Studien zum Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit

Bei der Analyse empirischer Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit müssen zunächst drei wesentliche Aspekte betrachtet werden: Erstens werden Lebensstil-Konzepte in der empirischen Forschung häufig in ihrem Einfluss auf die Mortalität oder Morbidität betrachtet. Damit können aber keine Rückschlüsse auf den gesundheitlichen Zustand der Überlebenden bzw. Nicht-Erkrankten gezogen werden. Dies stellt eine primär präventive Sichtweise dar, bei der gesundheitsförderliche Aspekte kaum betrachtet werden. Zweitens wird meist nicht ein komplexes Lebensstilkonzept untersucht, sondern spezifische Verhaltensweisen oder das Zusammenspiel einzelner gesundheits- bzw. krankheitsbezogener Verhaltensweisen. Dieses Zusammenspiel wird dann als gesundheitsbezogener Lebensstil konzeptualisiert. Drittens variiert die allgemeine Abschätzung der Gewichtung einzelner Faktoren für das Aufkommen bei einzelnen Erkrankungen stark. So dass es fraglich ist, ob ein allgemeiner präventiver Lebensstil überhaupt postuliert werden darf.

Gesundheitslebensstile im oben definierten weiteren Sinn wurden bisher wenig erforscht. Meist beschränkte man sich in der empirischen Forschung – wie noch gezeigt wird – auf einzelne gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (Hradil, 2006).

Die Zahl der Studien dagegen, in denen Effekte einzelner Verhaltensweisen wie Rauchen, ungesunde Ernährung oder mangelnde körperliche Bewegung auf spätere Erkrankungsrisiken oder auch Mortalitätsraten ermittelt worden sind, ist kaum mehr überschaubar. Erst in jüngster Zeit finden sich auch Studien, die den gesundheitlichen Lebensstil in einer etwas komplexeren Perspektive betrachten, also eine größere Zahl von Verhaltensrisiken gleichzeitig betrachten und damit den von Hradil postulieren Lebensstilen nahekommen.

In der sogenannten „Nurses' Health Study", einer 1976 begonnenen Längsschnitt-Untersuchung, wurden anfänglich rund 120.000 Krankenpflegerinnen im Alter von 30-55 Jahren untersucht. Die Frauen bearbeiteten jährlich einen Fragebogen über verschiedenste Aspekte ihres Gesundheitszustands und Gesundheitsverhaltens. In einer aktuellen Auswertung wurden die Daten von über 77.000 Frauen berücksichtigt (van Dam et al., 2008). Anhand unter-

schiedlicher Aspekte des Gesundheitsverhaltens wurden die Frauen danach eingestuft, ob sie jeweils in eine Gruppe mit niedrigem Risiko oder hohem Risiko einzuordnen waren. Die fünf untersuchten Risikofaktoren waren Ernährung, Rauchen, körperliche Bewegung, Gewicht und Alkohol. Frauen, bei denen Krebs oder Herz-Kreislauferkrankungen festgestellt worden waren, die keinerlei Alkohol tranken oder einen sehr niedrigen Body Mass Index (BMI) aufwiesen, wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Alle fünf einbezogenen Risikofaktoren zeigten für sich genommen einen statistisch signifikanten Einfluss auf das Mortalitätsrisiko. Besonders deutlich fielen die Unterschiede jedoch zwischen Frauen mit 0 und Frauen mit 5 Risikofaktoren. Hier zeigte sich, dass die Sterbewahrscheinlichkeit bei besonders riskantem Lebensstil 3,26mal so hoch war für Krebserkrankungen, 8,17mal so hoch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 4,31mal so hoch für alle Todesfälle. Bedeutsamster einzelner Risikofaktor stellte das Rauchen dar. Etwas mehr als die Hälfte aller Todesfälle konnte auf eine Kombination von vier Risiken zurückgeführt werden: Übergewicht, Rauchen, keine Bewegung, ungesunde Ernährung.

Nichtrauchen, viel Bewegung, moderater Alkoholkonsum und fünf Portionen Obst oder Gemüse am Tag waren auch in einer weiteren prospektiven Kohortenstudie mit einem signifikanten Rückgang der Mortalität assoziiert (Khaw et al., 2008). Die EPIC-Norfolk-Studie zeigte deutlich, welchen Effekt unterschiedliche Risikofaktoren auf das Sterberisiko haben. Im Rahmen dieser Populationsstudie wurden Daten von über 20.000 Frauen und Männern im Alter von 45 und 79 Jahren erfasst. Ausgeschlossen von der Untersuchung wurden Personen mit bekannten kardiovaskulären oder malignen Erkrankungen. Zur Beurteilung einer gesunden Lebensführung verwendeten die Autoren ein einfaches Punkteschema von einem bis vier Punkten. Je ein Punkt wurde vergeben für: Nichtrauchen, regelmäßige körperliche Bewegung, Vitamin-C-Konzentration von über 50 mmol/l und Alkoholgenuss von weniger als 112 g pro Woche. Die Skala reichte also von 0 Punkten (extrem ungesunder Lebensstil) bis zu 4 Punkten (sehr gesunder Lebensstil). Nach einer mittleren Beobachtungszeit von elf Jahren waren fast 2000 Menschen gestorben. Nach statistischer Bereinigung um Alter, Geschlecht, Body Mass Index und sozialem Status zeigten die Teilnehmer mit 0 – 3 Punkten ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko gegenüber denjenigen mit 4 Punkten. Von den Personen, die alle vier Kriterien erfüllten, waren nach 11 Jahre noch 95 Prozent am Leben. Bei den Personen, die keines der Kriterien erfüllten, waren es nur 75 Prozent. Personen, die keines der vier Kriterien erfüllten, hatten in etwa die gleiche chronologische Lebenserwartung wie 14 Jahre ältere Personen, die alle vier Kriterien erfüllten.

Den Einfluss verschiedenster gesundheitsbezogener Verhaltensweisen auf das Auftreten eines ersten Schlaganfalls untersuchten Whareham und Mitarbeiter (Myint et al., 2009). Sie konnten im Rahmen einer weiteren Auswertung der schon beschriebenen EPIC-Norfolk-Studie zeigen, dass Personen, die rauchten, körperlich inaktiv waren, keinen oder sehr viel Alkohol konsumierten und weniger als fünf Mal am Tag Obst oder Gemüse zu sich nahmen ein deutlich erhöhtes Risiko aufwiesen, einen Schlaganfall zu erleiden. Männer und Frauen, die einen extrem ungesunden Lebensstil aufwiesen (Score 0) hatten ein 2.3 Mal erhöhtes Risiko einen Schlaganfall zu erleiden, verglichen mit Personen, die einen sehr gesunden Lebensstil angaben (Score 4). Und dies war unabhängig von verschiedenen Variablen wie Alter, Geschlecht, Body Mass Index, Diabetes oder sozialer Schicht.

Betrachtet man jedoch differenziert die Untersuchungen, so zeigt sich, dass weniger gesundheitsbezogene Lebensstile untersucht wurden, sondern sehr stark auf Bewegung und Ernährung als gesundheitsrelevante Verhaltensweisen Bezug genommen wird. Zudem wurden viele andere mit Gesundheit assoziierter Verhaltensweisen oder gar individuelle Ressourcen gar nicht erfasst. Dabei zeigt sich, dass Mischformen von „gesunden" und „ungesunden" Lebensstile häufiger sind als rein gesunde oder rein ungesunde Lebensstile. Dies zeigt sich selbst in Studien, die „nur" einzelne Verhaltensvariablen untersuchten, erst Recht jedoch für Untersuchungen, die auch Einstellungen oder Ressourcen einbeziehen (Lamprecht & Stamm, 1999, S. 76ff).

Beispielhaft soll dieses Zusammenspiel an der Erkrankung Krebs veranschaulicht werden. Von der WHO wurde für Krebserkrankungen der Stand der Ursachenforschung zusammengefasst (WHO 2003). Danach gibt es im Wesentlichen zwei wichtige Faktoren mit Einfluss auf das Krebsaufkommen: Rauchen und Ernährung sind jeweils für ca. 30 % der Erkrankungen verantwortlich. Infektionen folgen mit 18 %. Vererbungsfaktoren machen ca. 4 % und Alkohol rund 3 % aus. Weitere 4 % entfallen auf die Umwelt und für ca. 5 bis 6 % der Erkrankungen sind berufliche Faktoren verantwortlich (Boeing & Schienkiewitz, 2006). Der Einfluss der anderen Faktoren kann nicht näher beziffert werden. Zu den Ernährungsfaktoren, die einen bedeutsamen Einfluss auf das Krebsaufkommen haben können, gehören Obst und Gemüse, Fleisch und Fleischwaren und Alkohol (Kluge & Boeing, 2004).

Einen etwas erweiterten Blick auf das Zusammenspiel unterschiedliche Lebensstile und Gesundheit haben Luy und Di Giulio (2005) geworfen. Sie verwendeten für ihre Analyse eine Teilstichprobe des westdeutschen Lebenserwartungssurveys (Gärtner et al., 2005). Diese umfasst 1353 Frauen und Männer, die zum ersten Befragungszeitpunkt in den Jahren 1984/86

60 bis 69 Jahre alt waren. Nach 14 Jahren waren 442 Personen verstorben. Als gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und soziodemografische Merkmale wurden berücksichtigt: der so genannte „Verhaltenstyp A" (intensives Leistungsbemühen, Ungeduld, Zeitmangel, Überlastung, usw.); das Ausmaß, in dem die Personen auf ihre Gesundheit achten; der subjektive Gesundheitszustand; der Grad der vermuteten Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes; der Body Mass Index (BMI); die Belastung durch die gegenwärtige oder frühere Berufstätigkeit; der Konsum von Obst und Gemüse sowie hochprozentigem Alkohol; die sportliche Aktivität; die Rauchgewohnheiten; die Bildung und die Anzahl der Personen, auf deren Hilfe sich die Befragten in Notfällen verlassen können. Als Faktoren für ein geringes Mortalitätsrisiko wurden das Rauchverhalten als stärkster negativer Faktor, der BMI, die sportliche Aktivität, der Alkoholkonsum und das Achten auf die eigene Gesundheit ermittelt. Der letzte Faktor wirkte sich entgegen den Erwartungen lebensverkürzend aus. Dieser Befund ist vermutlich dadurch zu erklären, dass sich jene Personen als ausgesprochen gesundheitsbewusst bezeichnen, die krank und mit ihrer Gesundheit unzufrieden sind (Rott & Wozniak, 2008).

Luy und Di Giulio (2005) konnten nun die Gesamtgruppe nach ihrem Gesundheitslebensstil in vier homogene Lebensstiltypen aufteilen:

Gesundheitsinterventionisten: Die Personen in dieser Lebensstilgruppe zeichnen sich dadurch aus, dass sie nie in ihrem Leben geraucht haben, einen stressfreien Beruf ausübten, keinen hochprozentigen Alkohol konsumieren, regelmäßig Obst und Gemüse verzehren und nach dem Körpermasse-Index (BMI) normalgewichtig sind. Dieser Gruppe wird etwa ein Drittel aller einbezogenen Individuen zugeordnet.

Aktive Bon Vivants: Mit rund 45 Prozent ist diese Gruppe die größte der vier Lebensstilgruppen. Diese Personen sind noch in einem von ihnen überwiegend als stressvoll beschriebenen Beruf tätig oder haben diesen vor weniger als zehn Jahren zugunsten einer anderen Beschäftigung bzw. wegen Eintritts in den Ruhestand beendet. Zudem weisen die Mitglieder dieser Gruppe verschiedene Verhaltensweisen wie ehemaliges oder gegenwärtiges Rauchen, übermäßigen Alkoholkonsum oder Übergewichtigkeit auf, die auf einen eher vergnügungsorientierten Lebensstil schließen lassen. Sie sind aber dennoch der Meinung, stark oder mittelmäßig auf ihre Gesundheit zu achten.

Gesundheitsnihilisten: Etwa 15 Prozent der Stichprobe entsprechen dem Bild der „Nihilisten", die vor allem durch eine allenfalls geringe Beachtung der eigenen Gesundheit, starke Übergewichtigkeit sowie sportliche Inaktivi-

tät gekennzeichnet sind. Nihilisten gehen allgemein davon aus, dass sie ihre Gesundheit selbst nicht beeinflussen können.

Frühere Workaholics: Nur etwas mehr als fünf Prozent der Personen in der Stichprobe sind in dieser Gruppe. Die früheren Workoholics sind seit längerem nicht mehr berufstätig, sehen ihren früheren Beruf aber als sehr stressvoll an. Auch sind sie keine Konsumenten hochprozentigen Alkohols.

Wie zu erwarten unterschieden sich die Sterberisiken der vier Gruppen deutlich voneinander. Im Vergleich zur Referenzgruppe der Interventionisten hatten alle anderen Gruppen ein um mehr als das Doppelte erhöhtes Sterberisiko (Aktive Bon Vivants 2,05; Frühere Workoholics 2,19; Nihilisten 2,83). Dabei zeigt sich, dass die Sterblichkeit der Männer im Vergleich zu Frauen in der Gruppen der Nihilisten und bei den aktiven Bon Vivants am stärksten ausgeprägt ist. In der am meisten gesundheitsbewussten Gruppe der Interventionisten ist die Sterblichkeit von Männer und Frauen dagegen nicht mehr signifikant.

Offensichtlich, so die Autoren, unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede ganz erheblich in Abhängigkeit vom jeweiligen Gesundheitslebensstil (Luy & Di Giulio, 2005).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in den Studien meist nur Indikatoren der Mortalität als Gesundheitsmaß eingesetzt wurden. Diese Indikatoren lassen jedoch keine Aussage über den Gesundheitszustand der Überlebenden zu. Andererseits unterschätzt eine Konzentration auf einzelne Verhaltensweisen die Komplexität der Verhaltenseinflüsse auf die Gesundheit. Grundsätzlich müsste die Entwicklung von Verhalten und die Auswirkungen auf Gesundheit kontextabhängig betrachtet werden (Abel, 1992). Die Betonung der Bedeutung des sozialen und kulturellen Umfeldes führt zur Notwendigkeit der vermehrten Integration von spezifischen Einstellungen zur Gesundheit sowie die ihr zugrunde liegenden allgemeinen Gesundheitsorientierungen, aber auch von sozialstrukturellen Einflussfaktoren wie Bildung und Einkommen. Trotz der Betonung sozialer Bedingtheit von Lebensstilen erscheint aus unserer Sicht die individuenorientierte Perspektive bedeutsam, da individuelle Ressourcen entscheidende gesundheitsbeeinflussende Faktoren darstellen.

Bereiche einer gesunden Lebensführung

Ausgehend vom Modell der psychosozialen Selbsthilfe nach Hartmann (1991) lassen sich sieben Bereiche identifizieren, die sowohl risikomindernde

wie protektive, ressourcenorientierte Wirkung entfalten können: Ernährung, Bewegung, Aktivierungsregulation, soziale Interaktion, Emotionalität, Problemlösung und Spiritualität. Hartmann hat sein Modell zur psychosozialen Selbsthilfe bei Krebserkrankungen entwickelt. Es kann jedoch von seiner Grundstruktur auch auf das allgemeine Gesundheitsverhalten übertragen werden, soll es doch dazu dienen, sich aufmerksam mit seinen persönlichen Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit auseinanderzusetzen (Hartmann, 1991, S.140). Es stellt also die spezifischen Einstellungen wie allgemeinen Grundorientierungen in den Mittelpunkt der Betrachtungen.

Dieses Modell antizipiert die salutogenetische Auffassung, dass der menschliche Organismus als System permanent natürlichen Einflüssen und Prozessen ausgesetzt ist, die eine Störung seiner Ordnung, d. h. seiner Gesundheit, bewirken. Gesundheit ist kein stabiler Gleichgewichtszustand, sondern muss in der Auseinandersetzung mit krank machenden Einflüssen kontinuierlich neu aufgebaut werden, dazu können Aktivitäten in diesen sieben Bereichen beitragen. Das Konzept der Salutogenese (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001) basiert auf der Feststellung, dass Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Zustände, sondern die Extrempole auf einem Kontinuum, d. h. vorstellbar als ständige Bewegung auf einer Linie zwischen den Extremen Gesundheit und Krankheit (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum), sind. Dazwischen liegen Zustände von relativer Gesundheit und relativer Krankheit.

Die Suche nach spezifischen Krankheitsursachen (pathogenetischer Ansatz) muss nach Antonovsky durch die Suche nach gesundheitsfördernden bzw. gesund erhaltenden Faktoren (salutogenetischer Ansatz) ergänzt werden. Diese Faktoren werden von ihm „generalisierte Widerstandsressourcen" genannt. Es gibt sowohl individuelle (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch soziale und kulturelle Widerstandsressourcen (z.B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität). Somit steht der Mensch als Ganzes mit seiner Biografie im Mittelpunkt und nicht nur seine Erkrankung bzw. seine Symptome (Blattner, 2007).

Die von Hartmann beschriebenen Bereiche bilden einen strukturellen Rahmen, um risikomindernde und protektive Faktoren zu beschreiben und damit die Determinanten eines gesunden Lebensstils darzustellen.

Ernährung

Für den Bereich Ernährung wurde postuliert, dass der Verzehr von Obst und Gemüse sowie die Reduktion von Fett und Süßem als wichtige Präventi-

onsfaktoren anzusehen sind (Stadler, Oettingen & Gollwitzer, 2005). Dabei kommt Adipositas als gesicherter Risikofaktor für Hypertonie, Dyslipoproteinämie, KHK, Typ 2 Diabetes mellitus, Schlaganfall und einige Krebserkrankungen im Rahmen des Krankheitsgeschehens eine Schlüsselrolle zu (Boeing & Schienkiewitz, 2006). Daher ist ein wesentliches Ziel der Primärprävention, eine starke Gewichtszunahme mit zunehmendem Alter zu vermeiden. Um dies zu erreichen sollten Vollkornprodukte und fünf Portionen Gemüse und Obst am Tag sowie fettarme Milch und Milchprodukte die Grundlage der Ernährung bilden. Zudem kann ein moderater Verzehr von fettarmem Fleisch und fettarmen Fleischwaren empfohlen werden, um Fett zu sparen. Dafür sollten vermehrt pflanzliche Öle sowie fetter Seefisch bei der Speisenplanung berücksichtigt werden. Außerdem ist es wichtig, dass das eingesparte Fett nicht durch die Zufuhr von Kohlenhydraten mit hohem glykämischem Index kompensiert wird, sondern der Forderung nach Lebensmitteln mit hohem Ballaststoffgehalt und niedrigem glykämischem Index Rechnung getragen wird (deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2006). Stark mit verschiedenen Zuckerarten gesüßte Getränke haben ebenfalls einen hohen glykämischen Index und liefern überflüssige Energie.

Ein gesunder Ernährungsstil, der auf Ballaststoffe, Obst und Gemüse setzt und Fastfood verabscheut, ist dabei keineswegs eingebettet in andere „gesundheitsbewusste" Verhaltensweisen wie Sport und Bewegung, Alkohol- und Tabakverzicht (Hayn & Schulz, 2004). Im Rahmen einer repräsentativen Erhebung wurden 2004 sieben verschiedene Typen des Ernährungsverhaltens ermittelt (Hayn & Schultz, 2004, S. 6):

Die desinteressierten Fast Fooder (12 %)

Die Billig- und Fleisch-Esser (13 %)

Die freudlosen Gewohnheitsköche und -köchinnen (17 %)

Die fitnessorientierten Ambitionierten (9 %)

Die gestressten Alltagsmanagerinnen (16 %)

Die ernährungsbewussten Anspruchsvollen (13 %)

Die konventionellen Gesundheitsorientierten (20 %)

Bei den ernährungsbewussten Anspruchsvollen hat Essen und Ernährung einen ganz zentralen Stellenwert im Lebensstil. Dies geht nicht unbedingt mit einer ausgeprägten Umwelt- und Naturorientierung einher, jedoch mit einer ganzheitlichen Gesundheitsorientierung. Bei den drei Ernährungsstilen desinteressierte Fast Fooder, Billig- und Fleisch-Esser und freudlose

Gewohnheitsköche und -köchinnen, bei denen Essen und Ernährung einen sehr geringen Stellenwert im Lebensstil hat, sind weder Gesundheits- noch Umweltorientierungen ausgeprägt. Essen wird nicht mit Genuss, Sinnlichkeit und Freude verbunden, sondern pragmatisch-convenient bzw. routiniert-gewohnheitsmäßig abgewickelt (Hayn & Schultz, 2004).

Daher darf bei Überlegungen zur Entwicklung eines gesunden Lebensstils die Bedeutung von der ästhetisch-expressiven Begegnung mit und Gestaltung von Essen nicht unterschätzt werden. Essen als sinnlicher Vorgang setzt eine Genuss- und Geschmackskompetenz voraus, die erworben werden muss. Somit umfasst Essen als Sinnlichkeit (Heindl, 2005) neben organischer Wahrnehmungen auch seelische Empfindungen des Menschen. Essen kann so zum Lebensgenuss werden, der auch die Genussqualität von Speisen einbezieht. Hierzu ist ein genaues Hinsehen, Fühlen, Riechen, Schmecken und Hören bei der Nahrungszubereitung und beim Essen nötig. Für die Schulung sinnlicher Fähigkeiten gibt es nach Heindl (2005, S.14) keinen besseren Lebens- und Lernbereich als das Essen und Trinken. Eine Sinnesschulung, die den kulinarischen Zugang zum Essen ermöglicht, verändert letztlich auch die Routinen des Alltags.

Die Betrachtung dieser Aspekte von Ernährung führt weiter in die Bereich der „seelischen Ernährung", im Sinne der Förderung des eigenen Erlebens sowie der Zuwendung zu sich selbst und seinem eigenen Körper. So können zum Beispiel Süchte wie übermäßiges Essen, Rauchen, Trinken auch eine seelische Sehnsucht ausdrücken. Im weiteren Sinne gehört zu Ernährung auch der Aspekt der „geistigen Ernährung", verstanden als lebenslange Bildung, als Interesse an der Natur, der Kultur und den Mitmenschen. Bildung wiederum fördert Gesundheit mehrfach: durch Wissen um Symptome und Risikofaktoren, weniger Scheu vor Medizin, durch Wissen um Möglichkeiten sozialer Unterstützung und Hilfe und durch einen höheren sozioökonomischen Status.

Bewegung

Ein gewisses Maß an körperlicher Bewegung ist nicht nur eine biologische Notwendigkeit, sondern für eine ganzheitliche körperlich-seelische Balance von großer Wichtigkeit. Bewegung ist ein bedeutsamer Faktor zur Steigerung des individuellen Wohlbefindens und der alltäglichen Lebensqualität (Freidl, Stronegger & Neuhold, 2003). Im heutigen Alltags- und Arbeitsleben der Menschen herrscht oft eine geringe körperliche Aktivität vor.

In den letzten Jahren haben vielfältige Studien zweifelsfrei belegt, dass körperliche Aktivität eine gesundheitsfördernde Wirkung besitzt. Körperlich

aktive Erwachsene sind körperlich leistungsfähiger und gesünder als ihre nichtaktiven Zeitgenossen sind (Pate et al., 1995, Lippke & Vögele, 2005). Aus den zahlreichen Untersuchungen kann festgehalten werden, dass körperliche Aktivität vor chronischen Krankheiten schützt, also primär präventiv wirkt. Mangelnde Bewegung ist ein mitverursachender Faktor von vielen Erkrankungen wie zum Beispiel Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Rückenschmerzen, Osteoporose, Fettstoffwechselstörungen, Muskelschwäche, depressive Verstimmungen. Bewegung kann auch bei Gesundheitseinschränkungen und der Behandlung von Krankheiten unterstützend genutzt werden und dazu beitragen, dass Risikofaktoren nach erfolgreich behandelter Krankheit reduziert werden, sie ist also auch tertiär präventiv wirksam (Lippke & Vögele, 2005). Bewegung wirkt sich positiv auf das Herz-Kreislaufsystem, auf die Atmung, auf die Verdauung und den Stoffwechsel, auf das Nervensystem, auf das Immunsystem, auf das Hormonsystem und auf die seelische sowie die soziale Befindlichkeit aus.

Dabei lässt sich aus den Studien schlussfolgern, dass mit zunehmender Aktivität auch die Gesundheitseffekte zunehmen. Wie intensiv die körperliche Aktivität sein muss, ist noch nicht abschließend geklärt. Konsens besteht, dass ein körperlich inaktiver Lebensstil besonders risikoreich ist. Jedoch scheint das Kriterium für einen aktiven Lebensstil erfüllt, wenn 30–60 min moderate körperliche Aktivität täglich oder 20 min anstrengende Aktivitäten dreimal wöchentlich durchgeführt werden (Pate et al., 1995). Das Ziel aus unserer Sicht besteht dabei nicht darin, etwas Besonderes zu leisten, sondern ist vielmehr darin zusehen, dass man sich nach dem Training besser fühlt als vorher (Hartmann, 1991, S. 183).

Aktivierungsregulation

Allgemein kann festgestellt werden, dass Stress eine wesentliche Bedeutung für das Immun-, Kreislauf- und Nervensystem hat. Dabei kann Stress positive wie negative Effekte gleichermaßen induzieren oder verstärken und damit kann Stress entweder günstige oder eben ungünstige Folgen für einen Organismus haben, was konkret von einer Vielzahl von unterschiedlichen Einflussgrößen abhängen kann (Esch, 2002). Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund des chronischen Auftretens von Stressphänomenen in den westlichen Industrieländern die negativen Effekte von Stress überwiegen.

Mögliche und verbreitete Folgen von Stress sind u.a. erhöhte Krankheitsanfälligkeit, Herz- und Kreislaufkrankheiten, Verdauungsprobleme, Überge-

wicht, Muskel- und Rückenschmerzen, aber auch Schlafstörungen und Störungen der Sexualfunktion sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Dauerstress in Verbindung mit Mehrfachbelastungen stellt eine ernst zu nehmende Gefahr für die psychische und physische Gesundheit dar. Zahlreiche Studien haben belegt, dass anhaltende Angstzustände, Unsicherheit, niedrige Selbstachtung, soziale Isolation sowie mangelnde Kontrolle über das Berufs- und Privatleben große Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Wilkinson & Marmot, 2004).

Aufgrund der Bedeutung von chronischem Stress für unsere Gesundheit kommt der Stressbewältigung eine zentrale Bedeutung für einen gesunden Lebensstil zu. Nach Steinmann (2005, S. 12) sind auf der individuellen Ebene für die Stressbewältigung zwei Faktoren wesentlich: die Bewältigungsmöglichkeiten und –fähigkeiten sowie die Lebenskompetenzen (life skills), insbesondere die psychosoziale Kompetenzen. Am gesundheitsförderlichsten sei flexibles, der Situation angepasstes Bewältigungsverhalten, das heißt die Fähigkeit, eine Übereinstimmung von Situationsdiagnose und ihre entsprechenden Verhaltensweisen herzustellen. Personen, die gut mit Stress umgehen können, interpretieren das Leben und ihre Umwelt grundsätzlich positiv, nehmen Fehler und Rückschläge als etwas Normales hin und nicht als ein Anzeichen eigener Unfähigkeit (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002). Sie nehmen die Welt als beeinflussbar wahr und erzeugen emotionale Stabilität (Selbstwirksamkeit). Damit Coping-Kompetenzen greifen können, sind strukturelle Faktoren wie ein günstiges soziales, ökonomisches und ökologisches Umfeld wichtig.

Ein bislang weniger beachteter Zusammenhang besteht zwischen Erholung und Gesundheit (Allmer, 1996; Kallus & Uhlig, 2001). Zwischen Phasen erhöhter Belastung und der Erholungsabsicht ist es nötig, rechtzeitig Distanz zur Stresssituation zu gewinnen, weil die Erholung sonst nicht oder nur in verkürzter Form stattfindet. Ebenso muss die Erholungsphase auch wirklich der Regeneration dienen, denn sonst wird die Belastung nicht ausgeglichen. Waren Distanzierung und Regeneration erfolgreich, dann folgt am Ende der Erholungsphase eine Orientierung auf die neue, bevorstehende Beanspruchung und der Zyklus beginnt von Neuem (Allmer, 1996, S.12). Erholung ist somit zugleich Kompensation einer Belastung und Prävention für die nächste Belastung, also eine wichtige Ressource, um Belastungen auszugleichen und ihnen vorzubeugen.

In jüngster Zeit wurde wieder vermehrt auf die Bedeutung von Entspannungs- und Meditationsmethoden zur Förderung der Erholung hingewiesen (Grossmann et al., 2004). Die bisher vorliegende Literatur scheint wichtige

Grundhypothesen bezüglich der Auswirkung von Entspannung und Meditation (insbesondere der Mindfulness-Based Stress Reduction) auf das geistige und körperliche Wohlbefinden eher zu stützen. Achtsamkeitsbasierte Interventionen könnten demnach ein Potenzial aufweisen, das vielen Menschen helfen könnte, einen besseren Umgang mit chronischen Krankheiten und Belastungen zu erlernen (Grossmann et al., ebd.).

Sozialer Austausch

Angenehme und unterstützende soziale Beziehungen haben in mehrfacher Hinsicht eine besondere Bedeutung für das Wohlbefinden und die Gesundheit. Soziale Unterstützung spielt eine wichtige Rolle bei der Prävention psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen, hat einen förderlichen Einfluss auf die Wiederherstellung von Gesundheit und geht sogar mit einem geringeren Mortalitätsrisiko einher. In der wissenschaftlichen Literatur finden sich vielfältige Hinweise dafür, dass soziale Belastungssituationen, geringe oder fehlende soziale Integration und mangelnde soziale Unterstützung krankheitsförderlich wirken (Kienle, Knoll & Renneberg, 2005, Siegrist, 1995). Umgekehrt können soziale Ressourcen, also Hilfen und Unterstützung, die aus dem sozialen Netzwerk des Individuums stammen für Gesundheit sorgen (Uchino, 2006, Everson-Rose & Lewis, 2005, Berkman, Glass, Brissette et al., 2000, Berkman, 1995). Eder (1990) hebt die Bedeutung von Einsamkeit im Kontext von Gesundheit und Krankheit als pathogenen Faktor besonders hervor. Er stellt einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Qualität sozialer Integration und körperlich manifestem Wohlbefinden her. Insbesondere für den speziellen Aspekt der Verwitwung kann festgestellt werden, dass der Tod eines nahestehenden Menschen nicht nur mit Kummer und Gram einhergeht, sondern auch das Risiko von körperlichen und seelischen Krankheiten erhöht (Stroebe & Stroebe, 2005). Nach Eder (1990) nehmen grundsätzlich soziale Isolation und das Gefühl der Einsamkeit in der Gesundheit einen ebenso großen Stellenwert ein, wie die klassischen Risikofaktoren Rauchen, Trinken, Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass dies sich lediglich auf die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung und auf die als positiv wahrgenommenen sozialen Beziehungen bezieht (Knoll & Schwarzer, 2005).

Während die positiven Wirkungen sozialer Beziehungen immer wieder hervorgehoben werden, ist unklar, ob es auch negative Folgen für die Gesundheit geben kann (Wolf, 2006). Aus dem Alltagswissen heraus ist zu erkennen, dass Probleme mit (ehemaligen) Partnern, heranwachsenden Kindern oder Ärger mit Kollegen soziale Stressoren darstellen und insbesondere wenn die

längerfristig vorhanden sind zu einer Einschränkung der Gesundheit führen können (Wolf, 2006). Auch kann eine bestimmte soziale Einbindung zu problematischem, falschem oder schädigendem Verhalten wie Drogengebrauch, Alkohol, Rauchen oder riskanten Verhalten führen.

Für die Gesundheitsförderung ist es daher bedeutsam, dass zu einem gesunden Lebensstil auch „gesunde" soziale Beziehungen gehören. Daher sollten Gesundheitskompetenzen auch die Fähigkeit umfassen, soziale Beziehungen zu bewerten, das heißt zu erkennen, woher die wichtigsten positiven und negativen Zuwendungen und Unterstützungen stammen, wie sie sich ergänzen und wie sie weiterzuentwickeln wären (Hartmann 1991, S 201).

Problemlösefähigkeit

Im weiteren Sinne ist hier gemeint, dass durch eine innere Klärung die Umbewertung und damit eine Erweiterung der Lebenswirklichkeit in Richtung einer Lebensordnung angestrebt werden, die besser zur jeweiligen Situation der Person passt (Hartmann, 1991, S.191.) Im engeren Sinne sind damit ungelöste innere und äußere Konflikte gemeint, die im längeren Verlauf zu Belastungen führen können. Die Fähigkeit zur Konflikt- bzw. Problemlösung (Probleme im eigenen Leben identifizieren, definieren und analysieren, Lösungswege auswählen und anwenden, Folgen abschätzen) ist mit physischer wie psychischer Gesundheit verbunden (Holahan & Moos, 1987; McCrae & Costa, 1986). In einer Meta-Analyse zum Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Bewältigungsstrategien und dem allgemeinen Gesundheitszustand konnten Penley et al. (2002) keinen Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zum Problemlösen und des allgemeinen Gesundheitszustandes nachweisen. Die Autoren gehen davon aus, dass der adaptive Nutzen der Fähigkeit zum Problemlösen abhängig ist von situativen und individuellen Faktoren, insbesondere der wahrgenommenen Wirksamkeit. Bei Antonovsky, insbesondere in seinem Konzept des Kohärenzsinns (Antonovsky, 1997), spielt das subjektive Empfinden der Problemlösefähigkeit eine herausragende Rolle für die psychische Gesundheit. Für viele chronische Krankheiten ist die Fähigkeit Probleme zu lösen von entscheidender Bedeutung für die Prävention von Folgeschäden (Hill-Briggs & Gemell, 2007, Lorig & Holman, 2003). Bei Kindern und Jugendlichen stärkt eine ausgeprägte Problemlösefähigkeit die Resilienz (Ladwig, Gisbert & Wörz, 2001) und stellt besonders bei Schulkindern eine wesentliche personale Ressource dar (Werner, 1999). Auch im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung sehen Ducki und Greiner (1992) in salutogenetischer Tradition Gesundheit wesentlich durch Handlungs- und Problemlösefähigkeit sowie als Fähigkeit zur Emotionsregulation bedingt.

Emotionsregulation

Bestimmte Formen des Erlebens und der Regulation von Emotionen stehen seit jeher im Verdacht, Risikofaktoren für die körperliche und psychische Gesundheit zu sein. Dazu zählen insbesondere Neurotizismus, Feindseligkeit, Ärger und die Unterdrückung von Emotionen (Weber & Vollmann, 2005, Pohl & Hammelstein, 2005). Auch die Hemmung von Gefühlen erfordert erhebliche psychische Anstrengung, die bei vielen Menschen nicht ohne Folgen für ihre Gesundheit bleibt (Traue, Horn, Kessler, 2005).

In einer umfangreichen Metaanalyse konnten Chida & Steptoe (2008) zeigen, dass sowohl ein positiver Affekt (im Sinne von emotionalem Wohlbefinden, positiver Stimmung, Freude, Glück, Energie, Kraft) wie auch positive Eigenschaften (im Sinne von Lebenszufriedenheit, Optimismus, Humor) mit einer verminderten Mortalität verbunden waren.

In einer weiteren Meta-Analyse konnte Veenhooven (2008) nachweisen, dass sich in 53 % der Studien ein Zusammenhang zwischen Glück und Lebenserwartung zeigte. Menschen, die ihr Befinden zu einem bestimmten Zeitpunkt als glücklich definierten, lebten später deutlich länger als andere, die sich zuvor als weniger glücklich bezeichnet hatten. Allerdings zeigte sich auch bei 13% ein umgekehrter, negativer Effekt und in 34% der Fälle kein signifikanter Zusammenhang. Der positive Zusammenhang tritt sehr viel deutlicher hervor, wenn man die in den Studien jeweils untersuchten Gruppen nach ihrem Gesundheitszustand unterscheidet. In weniger gesunden Gruppen, also bei chronisch Erkrankten, Behinderten, bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen usw. gibt es nur einen sehr schwachen Zusammenhang von Glücklichsein und Lebenserwartung. Glücklichsein hat bei Kranken keine oder nur eine überaus schwache lebensverlängernde Wirkung. Anders sieht es jedoch aus bei gesunden Untersuchungsgruppen. Hier zeigt sich ganz überwiegend, dass glückliche Personen auch eine höhere Lebenserwartung haben.

Aus diesen wenigen Anmerkungen wird deutlich, dass dem Umgang mit Gefühlen eine wichtige Funktion für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zukommt. Daher stellt es aus unserer Sicht eine wichtige Gesundheitskompetenz dar, ein gutes Maß an Ich-Stärke zu entwickeln, um für die eigenen Gefühle Verantwortung zu übernehmen und damit der Selbstverantwortung und Autonomie breiteren Raum zu ermöglichen (Hartmann, 1991, S. 161).

Lebensziele

Spiritualität wird im Kontext eines gesundheitsförderlichen Lebensstils vielfältig umschrieben, zum Beispiel als Art und Weise, in der Menschen das Leben hinsichtlich seines letzten Sinns und Werts verstehen (Zwingmann, 2004, S.219). Spiritualität hat im menschlichen Leben eine Vielzahl von Funktionen: Suche nach persönliche geistige Entwicklung, die Suche nach tragenden Weltanschauungen, um das Leben vertieft zu verstehen und sinnvoll zu gestalten, die soziale Integration in (Weltanschauungs-) Gemeinschaften und die geistige Integration in eine (Weltanschauungs-) Kultur. Der Mensch weist ein permanentes Streben nach Konstanz, Konsistenz, Widerspruchsfreiheit, Kausalität und Kohärenz, kurz nach sinnhaftem Erleben auf. Hiermit ist auch die Anerkennung und Würdigung der eigenen Person verbunden.

Menschen beeinflussen (und steuern) aktiv durch ihr Verhalten im Alltag einen Lebenssinn (Reker, 2000) und diese gelebte Weltanschauung hat wiederum Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Dazu gehören beispielsweise die Wahrnehmung von Entscheidungsfreiheit sowie Verantwortung und das Eingehen von Verpflichtungen und Beziehungen, die in eigene, höhere Lebensziele integriert sind. Dimensionen des Lebenssinns sind für Reker die Art und Weise, in der Sinn erfahren wird (kognitiv, motivational oder affektiv) sowie die Quellen, die Inhalte und die Qualität dieser Erfahrungen.

Im Allgemeinen können drei Begründungen genannt werden, warum Spiritualität als zusätzliche Komponente der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen ist (Zwingmann, 2004, S. 219):

Spiritualität wird von vielen Menschen als wichtiger Aspekt der Gesundheit gesehen.

Der spirituelle Bereich stellt eine wichtige Ressource dar.

Spiritualität erfasst einen Bereich, der mit anderen Aspekten eines gesunden Lebensstils nicht überlappt.

Koenig u. Larson (2001) fassten in einem Übersichtsartikel die Ergebnisse von 850 Studien zu religiösen Überzeugungen und Gesundheit zusammen. Achtzig Prozent der Studien zum Zusammenhang zwischen religiösen Überzeugungen bzw. Praktiken und Lebenszufriedenheit oder Wohlbefinden wiesen einen positiven Korrelationskoeffizienten auf. In annähernd zwei Dritteln aller Studien zur Beziehung zwischen Religiosität und Depressions- oder Angstwerten fanden sich negative Korrelationen. Das Spektrum an Studien, die eine Auswirkung von Spiritualität und Religiosität nicht nur auf die Krankheitsverarbeitung und das seelische Wohlbefinden, sondern auch auf

körperliche Prozesse untersuchen, hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dabei wurden positive Wirkungen auf eine Reihe von körperlichen Funktionen (Blutfette, Blutdruck, Immunsystem) und die Lebenserwartung gefunden (Ostermann & Büssing, 2007). Kritisch äußern sich Sloan, Bagiella und Powell (2001) zu den häufig zitierten Belegen für das gesundheitsfördernde Potential von Spiritualität insbesondere in Hinblick auf körperliche Krankheit. Menschen mit starkem Glauben seien von ihrem Verhaltenskodex her verpflichtet, „gesund" zu leben, d.h. wenig oder nicht zu rauchen, nicht oder mäßig zu trinken, mäßig zu essen und sich sexuell zurückzuhalten. Während für körperliche Erkrankungen die empirischen Belege diese kritische Betrachtungsweise eher stützen, konnte in vielfältigen Untersuchungen gezeigt werden, dass Spiritualität das psychische Wohlbefinden steigert und vor alltäglichem Stress schützt (Bucher, 2007).

Welcher Art nun diese Beziehung zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und psychischer bzw. körperliche Gesundheit ist, ist noch weitgehend offen. Das heißt, es ist noch relativ ungeklärt, ob religiöse Aktivität spezifische psychische Prozesse anregt bzw. beinhaltet, die nicht durch von der Religiosität unabhängige Prozesse (wie z. B. Optimismus, Hoffnung, Achtsamkeit, soziale Unterstützung, Kohärenzsinn) erklärt werden können (Pohl, 2005).

Wir verstehen im Kontext eines gesunden Lebensstils Spiritualität als Sinngebung, also einen innerseelischen Vorgang, der durch bewusstes und konkretes Denken entwickelt wird und der sich an den realen Gegebenheiten der eigenen Lebenssituation orientiert (Hartmann, S.207). Sinngebung kann so im weiteren Sinne verstanden werden als übergeordnetes Lebensziel, das eine bewusste Lebenshaltung ausdrückt, aber auch ganz konkret als Anerkennung und Würdigung der eigenen Person. Also die Tatsache wie der einzelne mit sich selbst umgeht und die Anerkennung der eigenen Person entwickelt und pflegt.

Schluss

Wer nicht raucht, übermäßigen Alkoholkonsum vermeidet, Sport treibt, auf ausgewogene Ernährung achtet und ausreichend schläft, verhält sich nach vielen Untersuchungen gesundheitsbewusst. Damit konstituiert sich aber – wie gezeigt wurde – noch kein gesundheitsbezogener Lebensstil. Ein gesundheitsbezogener Lebensstil umfasst wesentlich mehr Komponenten, wobei jeweils präventive und ressourcenorientierte Auswirkungen beachtet werden sollten. Über Ernährung und Bewegung hinaus sind die Regulation von Aktivierung und Emotionalität, die Fähigkeit Probleme und Konflikte zu lösen

und dem Leben Ziele und Sinn zu geben, entscheiden für einen gesunden Lebensstil.

Ein gesunder Lebensstil wird nach Buccheri, Winkler & Soldner (2005, S. 5) dort angestrebt, wo er wichtig wird, um leistungs- und arbeitsfähig zu sein, aber auch um befriedigende soziale Beziehungen aufbauen und erhalten zu können und um kreativ schöpferisch aktiv sein und um kulturelle Werte erleben und verwirklichen zu können.

Ein gesunder Lebensstil umfasst also mehr als die Vermeidung schädlichen Verhaltens, sondern er hängt von positiven Werten und ihrer Verwirklichung ab, von individuellen Ressourcen und von einem "sense of coherence", in den Worten von Antonovsky, dass *"wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre",* (Antonovsky, 1997, S.35).

Gesundheitsförderung muss daher versuchen, Bedingungen zu schaffen, unter denen bei möglichst vielen Menschen eine positive Motivation für die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils nachhaltig entsteht.

Medizin als Krankheitsbekämpfung stellt nach Buccheri, Winkler & Soldner (2005) die intelligente Intervention durch technische z.B. operative Verfahren, Arzneimittel und Impfstoffe in den Mittelpunkt. Medizin als Gesundheitsförderung wird vorrangig die Selbstregulation, die individuelle Eigenaktivität jedes einzelnen Menschen fördern. Die Motivation der Menschen einen aktiven, gesundheitsfördernden Lebensstil zu entwickeln, ist für ihren Erfolg entscheidend. Die Gesundheitspädagogik stellt hierfür ein reiches didaktisch-methodisch Instrumentarium zur Verfügung, denn wer Gesundheit fördern will, muss anders kommunizieren, muss anderes erfassen und verstehen können als derjenige, der sich auf Krankheitsbekämpfung spezialisiert. Für eine Förderung eines gesunden Lebensstils sind „*die seelische, soziale und geistige Entwicklung des Menschen, die mit seinem Alter verknüpften Aufgaben, Chancen und Probleme, seine körperlichen, seelischen und geistigen Ressourcen entscheidend"* (Buccheri, Winkler & Soldner, 2005, S. 7).

Literatur

Abel, T. (1992). Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. Prävention, 15, 123-128.

Abel, T. (1999). Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung. In C. Maeder, C. Burton-Jeangros & M. Haour-Knipe. (Hrsg.), Gesundheit, Medizin und Gesellschaft (S. 43-61). Zürich: Seismo.

Abel, T. & Bruhin, E. (2003). Health Literacy / Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Vierte und erweiterte Auflage, Schwabenheim a. d. Selz.

Abel, T. & Walter, E. (2002). Individuelles Verhalten und soziale Verantwortung für Gesundheit: Anmerkungen zur Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung. In P. Heusser (Hrsg.), Gesundheitsförderung – Eine neue Zeitforderung (S. 31-42). Frankfurt/M: Peter Lang AG.

Abel, T., Abraham, A., Sommerhalder, K. (2006). Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann, Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven (S. 185-198). Wiesbaden.

Allmer, H. (1996). Erholung und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.

Bartsch, S. (2008). Jugendesskultur: Bedeutung des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2002). „Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert". Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 7. Auflage. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. Psychosomatic Medicine, 57, 245–254.

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., and Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. Social Science & Medicine, 51, 843–857.

Blattner, B. (2007). Das Modell der Salutogenese: Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. Prävention und Gesundheitsförderung, 2, 67-72.

Boeing, H., Schienkiewitz, A. (2006). Fettkonsum und Prävention von Krebserkrankungen In Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. Evidenzbasierte Leitlinie: Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten (S.230-309). Bonn, November 2006. Online Ressource: http://www.dge.de/leitlinie/ (Zugriff am 17.3.2009)

Buccheri, C., Winkler, M., Soldner, G. (2005). Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung als gesundheitspolitische Aufgaben der EU. Der Merkurstab, 58, 4-7.

Bucher, A.A. (2007). Psychologie der Spiritualität. Handbuch. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Bundesamt für Gesundheit (2006): Gute Noten für LOVE LIFE – STOP AIDS. spectra. Gesundheitsförderung und Prävention. 56, 2. Online-Ressource: http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de (Zugriff am 26.5.2009)

Burla, L., Bucher, S., Abel, T. (2004). Was ist ein gesunder Lebensstil? Managed Care, 5, 2004, 5-7.

Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? Nature Clinical Practice Oncology, 5, 466-75.

van Dam, R.M., Li, T., Spiegelman, D., Franco, O.H., Hu, F.B. (2008). Combined impact of lifestyle factors on mortality: prospective cohort study in US women. British Medical Journal, 337, 729-745.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2006). Evidenzbasierte Leitlinie: Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten. Online Ressource: http://www.dge.de/modules.php?name=St&file=w_leitlinien (Zugriff am 19.3.2009)

Ducki, A. & Greiner, B. (1992). Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit – ein arbeitspsychologischer Baustein zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 36, 184–189.

Esch, T. (2002). Gesund im Stress: Der Wandel des Stresskonzeptes und seine Bedeutung für Prävention, Gesundheit und Lebensstil. Gesundheitswesen, 64, 73–81.

Eder, A. (1990). Risikofaktor Einsamkeit. Wien: Springer.

Everson-Rose, S.A, Lewis, T.T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. Annual Review of Public Health, 26, 469-500.

Faltermaier, T. (2005). Gesundheitspsychologie, Stuttgart.

Frech, M. (2006). Bericht zur qualitativen Evaluation der Lebenswelten der Sinus Milieus Konsumorientierte Arbeiter, Experimentalisten und Eskapisten. Online-Ressource: http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05470/05779/index.html?lang=de. (Zugriff am 19.3.2009)

Freidl, W., Stronegger, W.J., & Neuhold, C.H. (2003). Theorie, Methoden, Stichprobe in Stadt Wien (Hrsg.). Lebensstile in Wien, S.53-60. Online-Ressource: http://www.wien.gv.at/who/lebensstile/pdf/gesamt.pdf (Zugriff am 19.3.2009).

Gärtner, K., Grünheid, E., Luy, M. (Hrsg). (2005). Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität – Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gerhards, J., Rössel, J. (2003). Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A metaanalysis. Journal of Psychosomatic Research, 57, 35-43.

Hartmann, M.S. (1991). Praktische Psycho-Onkologie. Therapiekonzepte und Anleitungen für Patienten zur psychosozialen Selbsthilfe bei Krebserkrankungen. München: Pfeiffer.

Hayn, D., Schultz, I. (2004). Ernährung und Lebensstile in der sozial-ökologischen Forschung – Einsichten in die motivationalen Hintergründes des alltäglichen Ernährungshandelns. In Bundesamt für Naturschutz (Hrsg.), Ernährungskultur: Land(wirt)schaft, Ernährung und Gesellschaft. 26. Wissenschaftliche Jahrestagung der AGEV. BfN-Skripten, Nr. 123, (S. 54-65). Online Ressource: http://www.isoe.de/literat/artikel/agev.htm (Zugriff am 19.3.2009).

Heindl, I. (2005): Perspektiven einer ästhetisch-kulturellen Ernährungs- und Gesundheitsbildung – Intelligenz in den Sinnen. In D. von Engelhardt und R. Wild (Hrsg.), Geschmackskulturen – Vom Dialog der Sinne beim Essen und Trinken. Frankfurt: Campus Verlag.

Heindl, I. (2006). Gesundheitswissenchaftliche Fundierung der Ernährungsbildung im Forschungsprojekt Revis. Paderborner Schriften zur Ernährungs- und Verbraucherbildung, 6. Universität Paderborn. Online Ressource: www.ernaehrung-und-verbraucherbildung.de/

docs/06_2005-Gesundheitswissenschaft_REVIS.pdf. (Zugriff am 19.3.2008).

Heindl, I. (2007). Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit. Aus Politik und Zeitgeschichte, 42. Online Ressource: http://www.bundestag.de/dasparlament/ 2007/42/Beilage/005.html (Zugriff am 19.3.2009).

Hemingway, H., Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic overview of prospective cohort studies. British Medical Journal, 318, 1460–1467.

Hill-Briggs, F, Gemmell, L. (2007). Problem solving in diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. Diabetes Eduation, 33,1032-1050.

Holahan, C. J., and Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 946–955.

Hradil, S. (2006). Was prägt das Gesundheitsrisiko? Schicht, Lage, Lebensstil. In M. Richter, K. Hurrelmann (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte (S. 33-52). Wiesbanden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.

Kallus, K.W., Uhlig, Th. (2001). Erholungsforschung: Neue Perspektiven zum Verständnis von Stress. In R. K. Silbereisen, M. Reitzle (Hrsg.), Psychologie 2000. Bericht über den 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena 2000 (S. 364-379). Lengerich: Pabst.

Kickbusch, I, Maag, D., Saan, H. (2005). Enabling healthy choices in modern health societies. Online Ressource: http://www.ilonakickbusch.com/health-literacy/Gastein_2005.pdf

Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: Soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 107-122). Berlin: Springer.

Kluge, S., Boeing, H. (2004). Beitrag der Ernährung zur Primärprävention in der Onkologie. Onkologie 2004; 10, 139-47.

Knoll, N. & Schwarzer, R. (2005). Soziale Unterstützung. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie (S.331-349). Göttingen: Hogrefe.

Knoops, K.T., de Groot, L.C., Kromhout, D., Perrin, A.E., Moreiras-Varela, O., Menotti, A., van Staveren, W.A. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. Journal of the American Medical Association, 292, 1433-1439.

Khaw, K.T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., Day, N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. PLoS Medicine, 8;5(1):e12.

Ladwig, A., Gisbert K. & Wörz, T. (2001). Kleine Kinder – starke Kämpfer! Resilienz-förderung im Kindergarten. In Theorie und Praxis der Sozialpädagogik, 4, 43 – 48.

Lamprecht, M., Stamm, H. (1999). Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage. In C. Maeder, C. Burton-Jeangros, M. Haour-Knipe (Hrsg.), Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Beiträge zur Soziologie der Gesundheit (S. 62-85). Zürich: Seismo.

Lippke, S. & Vögele, C. (2006). Sport und Körperliche Aktivität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 195-216). Berlin: Springer.

Lorig KR, Holman H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Annuals of Behavioral Medicine, 6, 1-7.

Luy, M., Di Giulio, P. (2005). Der Einfluss von Verhaltensweisen und Lebensstilen auf die Mortalitätsdifferenzen der Geschlechter. In K. Gärtner, E. Grünheid, M. Luy (Hrsg), Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität – Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB (S. 365–392). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

McCrae, R. R., and Costa, P. T., Jr. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. Journal of Personality, 54, 385–405.

Myint, P.K., Luben, R.N., Wareham, N.J., Bingham, S.A., Khaw, K.T. (2009). Combined effect of health behaviours and risk of first ever stroke in 20,040 men and women over 11 years' follow-up in Norfolk cohort of European Prospective Investigation of Cancer (EPIC Norfolk): prospective population study. Britisch Medical Journal, 338, b349. Online Ressource: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=19228771 (Zugriff am 19.3.2009).

Ornish, D., Brown S.E., Scherwitz, L.W., Billings, J.H. (1990). Can life style changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. Lancet, 336, 129-133.

Ostermann, T., Büssing, A. (2007). Spiritualität und Gesundheit: Konzepte, Operationalisierung, Studienergebnisse. Musiktherapeutische Umschau, 28, 217–230.

Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. Journal of Behavioral Medicine, 29, 377-387.

Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G. W. & King, A. C. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. Journal of the American Medical Association, 273, 402–407.

Penley, J.A., Tomaka, J., Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. Journal of Behavioral Medicine, 25, 551-603.

Pohl, J. (2006). Religiosität und Spiritualität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (S. 80-87). Berlin: Springer.

Pohl, J. & Hammelstein, Ph. (2006). Emotionserleben und Emotionsausdruck. In B.Renneberg & Ph. Hammelstein (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (S. 72-79). Berlin: Springer.

Reker, G.T. (2000). Theoretical perspective, dimensions and measurement of existential meaning. In G.T. Reker, K. Chamberlain K (eds.), Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span (pp 39–55). London: Sage Publications.

Rott, Ch. & Wozniak, D. (2008). Warum leben manche länger. In W. D. Oswald, G. Gatterer, U. M. Fleischmann (Hrsg.), Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. Bern: Huber.

Schipperges, H. (2003). Gesundheit und Gesellschaft: ein historisch-kritisches Panorama. Heidelberg-Berlin: Springer.

Siegrist, J. (1995). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft, 54–63.

Stadler, G., Oettingen, G. & Gollwitzer, P.M. (2005). Gesundheit beginnt im Kopf. Hamburg: DAK. Online Ressource: http://www.dak.de/content/filesopen/LISA_Studie_aktuell.pdf

Steinmann, R.M. (2005): Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung.

Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (2005). Verwitwung: Psychosoziale und gesundheitliche Aspekte. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 261-279). Göttingen: Hogrefe.

Traue, H.C., Horn, A. & Kessler, H. (2005). Emotion, Emotionsregulation und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), Medizinische Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie (S.149-171). Göttingen: Hogrefe.

Troschke, J. von (1998). Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In K. Hurrelmann, U. Laaser (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (S.371-393).Weinheim, München: Juventa.

Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. Journal of Happiness Studies, 9, 449–469.

Weber, H. & Vollmann, M. (2005). Gesundheitspsychologie. In H. Weber & T. Rammsayer (Hrsg.), Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und der Differentiellen Psychologie (S. 524-534). Göttingen: Hogrefe.

Werner, E. E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In G. Opp M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg), Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz (S.17-18) Basel: Reinhardt.

WHO: World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. Online Ressource: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf. (Zugriff am 14.02.2009)

WHO (World Health Organization). World Cancer Report. Lyon 2003.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Online Ressource: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue /20020808_2?language=German (Zugriff am 14.2.2009)

Wolf, C. (2006). Psychosozialer Stress und Gesundheit. Belastungen durch Erwerbsarbeit, Hausarbeit und soziale Beziehungen. In W. Wendt, C. Wolf (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderhefte Bd. 46. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Zwingmann, C. (2004). Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger, (Hrsg.), Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie (S.215-238). Münster: Waxmann.