

IQWiG-Berichte – Nr. 141

Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Männern

Rapid Report

Auftrag P10-01
Version: 1.0
Stand: 30.08.2012

Impressum

Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema:

Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Männern

Auftraggeber:

Bundesministerium für Gesundheit

Datum des Auftrags:

20.12.2010

Interne Auftragsnummer:

P10-01

Anschrift des Herausgebers:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
Im Mediapark 8 (KölnTurm)
50670 Köln

Tel.: +49 (0)221 – 35685-0

Fax: +49 (0)221 – 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Mitarbeiter des IQWiG¹:

- Andreas Waltering
- Roland Büchter
- Marco Knellingen
- Klaus Koch
- Siw Waffenschmidt
- Beate Zschorlich

¹ Aufgrund gesetzlicher Datenschutzbestimmungen haben Mitarbeiter des IQWiG das Recht, ihrer Namensnennung nicht zuzustimmen.

Inhaltsverzeichnis

| | Seite |
|---|-------------|
| Impressum | i |
| Inhaltsverzeichnis | iii |
| Tabellenverzeichnis | v |
| Abbildungsverzeichnis | vi |
| Abkürzungsverzeichnis | vii |
| Kurzfassung | viii |
| 1 Hintergrund | 1 |
| 2 Ziel der Untersuchung | 3 |
| 3 Projektbearbeitung | 4 |
| 4 Methoden | 5 |
| 4.1 Systematische Übersichten und HTA-Berichte | 5 |
| 4.1.1 Kriterien für den Einschluss..... | 5 |
| 4.1.2 Informationsbeschaffung..... | 7 |
| 4.1.3 Informationsbewertung und -synthese..... | 8 |
| 4.2 Qualitative Studien | 9 |
| 4.2.1 Kriterien für den Einschluss..... | 9 |
| 4.2.2 Informationsbeschaffung..... | 9 |
| 4.2.3 Informationsbewertung und -synthese..... | 10 |
| 5 Ergebnisse | 11 |
| 5.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung | 11 |
| 5.1.1 Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche nach systematischen Reviews und HTA-Berichten..... | 11 |
| 5.1.2 Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche nach qualitativen Studien über Informationsbedürfnisse von Männern..... | 14 |
| 5.2 Zusammenfassung und Bewertung der eingeschlossenen Publikationen | 15 |
| 5.2.1 Systematische Übersichten und HTA-Berichte..... | 15 |
| 5.2.2 Qualitative Forschung..... | 18 |
| 6 Diskussion | 26 |
| 7 Fazit | 28 |
| 8 Liste der eingeschlossenen Studien | 29 |
| 8.1 Systematische Reviews und HTA-Berichte | 29 |
| 8.2 Qualitative Studien | 29 |
| 9 Literatur | 32 |

Anhang A – Suchstrategien 36
Anhang B – Liste der ausgeschlossenen Dokumente mit Ausschlussgründen 56

Tabellenverzeichnis

| | Seite |
|--|--------------|
| Tabelle 1: Übersicht über die Kriterien zum Einschluss von Publikationen zu Maßnahmen der Primärprävention / Gesundheitsförderung bei Männern..... | 7 |
| Tabelle 2: Übersicht über die Kriterien zum Einschluss von Publikationen zu Maßnahmen der männerspezifischen Informationsvermittlung..... | 7 |
| Tabelle 3: Übersicht über die Kriterien zum Einschluss von qualitativen Studien..... | 9 |

Abbildungsverzeichnis

| | Seite |
|--|--------------|
| Abbildung 1: Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche und des Literaturscreenings zu Maßnahmen der Primärprävention / Gesundheitsförderung bei Männern | 12 |
| Abbildung 2: Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche und des Literaturscreenings zu Maßnahmen der männerspezifischen Informationsvermittlung | 13 |
| Abbildung 3: Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche und des Literaturscreenings nach qualitativen Studien über Informationsbedürfnisse von Männern... | 15 |

Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Bedeutung |
|------------------|--|
| BMI | Body Mass Index |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| HIV | Humanes Immundefizienz-Virus |
| HTA | Health Technology Assessment |
| IQWiG | Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen |
| WHO | World Health Organization |

Kurzfassung

Hintergrund

Zwischen Männern und Frauen bestehen deutliche Unterschiede im Gesundheitszustand, beim Gesundheitsverhalten, bei der Belastung durch Gesundheitsfaktoren und in der Lebenserwartung. Auch wenn diese Unterschiede zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen haben, werden geschlechtsspezifische Besonderheiten dennoch weiterhin häufig unterschätzt.

Fragestellung

Ziele des Projektes waren eine wissenschaftliche Bewertung der Evidenzlage und die Sichtung der relevanten qualitativen Literatur zum Themenbereich „Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Männern“ gemäß den Methoden des IQWiG für die Erstellung von Gesundheitsinformationen. Auf der Grundlage dieser Expertise sollten dann Gesundheitsinformationen (Merkblätter) zum Thema primärpräventiver Maßnahmen und Präventionsbotschaften im Rahmen einer auf das Lebensalter bezogenen Gesundheitsförderung von Männern erstellt werden. Darüber hinaus sollten, auch im Hinblick auf die Gestaltung der Merkblätter, erfolgreiche Maßnahmen der männerspezifischen Informationsvermittlung identifiziert werden.

Methoden

Für die geplante Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen für Bürgerinnen und Bürger sollten qualitativ hochwertige systematische Übersichten und HTA-Berichte auf Basis prospektiver kontrollierter Studien berücksichtigt werden. Um themenspezifisch Zugang zu subjektiven Erfahrungen zu erhalten und mögliche Informationsbedürfnisse und -lücken zu identifizieren, wurden die Ergebnisse qualitativer Forschung ausgewertet. Hierfür fanden jeweils spezifische systematische Literaturrecherchen statt. Die Auswahl relevanter Literatur erfolgte durch einen mehrstufigen Selektionsprozess. Die eingeschlossenen Studien wurden bewertet und ihre Ergebnisse nach Fragestellungen geordnet und beschrieben.

Ergebnisse

Es konnte eine systematische Übersichtsarbeit zu Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung identifiziert werden. Aus den darin zusammengefassten Publikationen ließen sich keine validen Aussagen über den Nutzen und Schaden der untersuchten Interventionen ableiten. Zu Maßnahmen der männerspezifischen Informationsvermittlung wurden keine Publikationen gemäß Einschlusskriterien identifiziert. Durch die Literaturrecherche nach qualitativen Studien zu Informationsbedürfnissen von Männern wurden 36 relevante Studien identifiziert. In diesen Studien wurden Informationsbedürfnisse zu den Themen „Arbeitsplatz / Berufsleben“, „Gesunder Lebensstil“, Ernährung“, „Gewichtmanagement“, „Herz / Kreislauf“, „Körperliche Aktivität“ und „Suchtmittelkonsum“ beschrieben. Themenübergreifend zeigte sich in diesen Studien, dass Männer über möglichen Nutzen und Schaden primärpräventiver Interventionen und der damit verbundenen Verhaltens- oder Lebensstiländerung informiert werden möchten.

Fazit

In diesem Projekt identifizierte qualitative Studien zeigen, dass Männer ein vielfältiges Interesse an primärpräventiven Maßnahmen haben, sowohl im beruflichen, als auch im privaten Umfeld.

Im Rahmen des Projektes konnte jedoch keine geeignete Evidenz zu entsprechenden männerspezifischen Maßnahmen der Primärprävention / Gesundheitsförderung identifiziert werden, die die Erstellung von Gesundheitsinformationen nach den Methoden des IQWiG ermöglichte. Hier klafft eine Lücke: Es mangelte an thematisch geeigneten und gleichzeitig qualitativ ausreichenden systematischen Übersichten und HTA-Berichten bzw. aussagekräftigen Interventionsstudien. Aus dem gleichen Grund konnten auch keine wirksamen Maßnahmen zur männerspezifischen Informationsvermittlung benannt werden.

Angesichts der Vielzahl der gesundheitlichen Ratschläge, die Männer (und Frauen) erhalten, ist der Mangel an geeigneten wissenschaftlichen Untersuchungen ein Hinweis, dass diese Ratschläge in der Regel offenbar nicht so wissenschaftlich unterfüttert sind wie Empfehlungen in anderen Bereichen der Medizin. Die Ergebnisse dieses Berichts geben einen Anstoß, Maßnahmen zur Primärprävention / Gesundheitsförderung mit derselben wissenschaftlichen Sorgfalt in guten Studien zu evaluieren, wie es für sonstige gesundheitsbezogene Interventionen den wissenschaftlichen Standard darstellt.

Schlagwörter: Männergesundheit, Gesundheitsförderung, Gesundheitsinformation, Systematische Übersicht

Keywords: Men's Health, Health Promotion, Health Information, Systematic Review

1 Hintergrund

Auch wenn in den letzten Jahren die Gesundheit von Jungen und Männern in der Gesundheitswissenschaft, Politik und Gesellschaft zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen hat, werden geschlechtsspezifische Besonderheiten in Bezug auf Risikofaktoren, Mortalität, Morbidität, sozioökonomische Aspekte und auch Wahrnehmung von Gesundheit und Gesundheitsleistungen weiterhin häufig unterschätzt [1-3].

Der Begriff Männergesundheit umfasst nach der Definition von White et al. jedes Thema oder Problem, welches die Lebensqualität von Männern und Jungen beeinträchtigt und / oder für das geschlechtsspezifische Lösungen erforderlich sind, damit Männer und Jungen optimale soziale, emotionale und körperliche Gesundheit genießen können [1]. Auf der Website des europäischen Forums für Männergesundheit (The European Men's Health Forum) heißt es:

„Ein männliches Gesundheitsproblem erwächst aus physiologischen, psychologischen, sozialen, kulturellen oder ökologischen Faktoren, die eine bestimmte Auswirkung auf Jungen oder Männer haben und/oder wenn bestimmte Interventionen erforderlich sind, um für Jungen oder Männer eine Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens auf individueller oder Bevölkerungsebene zu erreichen.“

Folgt man diesen Definitionen, wird klar, dass Männergesundheit mehr umfasst als nur Erkrankungen der männlichen Fortpflanzungsorgane. Zwischen Männern und Frauen bestehen deutliche Unterschiede im Gesundheitszustand, beim Gesundheitsverhalten, bei der Belastung durch Gesundheitsfaktoren und in der Lebenserwartung. Bereits die Säuglingssterblichkeit ist bei Jungen höher und sie erkranken schon im Kindesalter häufiger an chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen, Leukämie und Epilepsie. Auch Übergewicht, unfallbedingte Verletzungen sowie psychische Störungen betreffen häufiger männliche Kinder [1,4]. In Deutschland liegt die mittlere Lebenserwartung von Frauen bei der Geburt bei ca. 81,6 Jahren und damit 5,6 Jahre über der der Männer. Diese Tatsache beruht vor allem auf der hohen Zahl vorzeitiger Todesfälle. In fast allen Lebensaltern sterben deutlich mehr Männer als Frauen. Bei den jüngeren Männern bis zum 35. Lebensjahr zeigen sich diese Unterschiede besonders in der Zahl der Suizide und der unfallbedingten Todesfälle. Danach bedingen vor allem kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen und Malignome die Übersterblichkeit der Männer. Zudem ist auch die drogen- und alkoholbedingte Mortalität bei Männern höher als bei Frauen [2,4-7].

Es gibt Anzeichen dafür, dass Männer Beschwerden anders wahrnehmen und bewerten als Frauen und eine geringere Bereitschaft und Fähigkeit haben, diese zu kommunizieren [2]. Auch scheinen Männer anfälliger für die möglichen Auswirkungen einer Verschlechterung des sozioökonomischen Status zu sein [1]. Trotz höherer Krankheitslast sind sie jedoch mit ihrem Gesundheitszustand zufriedener [2,4,6,8]. Dabei nehmen Männer das Gesundheitssystem insgesamt seltener und später in Anspruch als Frauen. Speziell im Hinblick auf die Annahme von Präventionsangeboten zeigt sich ein deutlicher Unterschied.

Obwohl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fast genauso viele Männer (47 %) wie Frauen (53 %) versichert sind, liegt der Anteil der männlichen Kursteilnehmer an entsprechenden individuellen Angeboten beispielsweise zu den Themen Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung lediglich zwischen 17 und 24 %. Auch bei der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung überwiegen die weiblichen Teilnehmer bei Weitem [4]. Präventions- oder spezifische Früherkennungsmaßnahmen scheinen von Männern eher angenommen zu werden, wenn sie keinen zusätzlichen Aufwand bedeuten und / oder im Rahmen eines aus anderen Gründen wahrgenommenen Arzttermins angeboten werden [9,10].

Vor diesem Hintergrund wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Erstellung einer Expertise zum Themenbereich „Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Männern“ beauftragt. Auf dieser Basis sollten themenspezifische Merkblätter erstellt werden.

2 Ziel der Untersuchung

Ziele des Projektes waren eine wissenschaftliche Bewertung der Evidenzlage und die Sichtung der relevanten qualitativen Literatur gemäß den Methoden des IQWiG für Gesundheitsinformationen [11] zum Thema primärpräventiver Maßnahmen und Präventionsbotschaften im Rahmen einer auf das Lebensalter bezogenen Gesundheitsförderung von Männern. Auf der Grundlage dieser Expertise sollten dann Gesundheitsinformationen (Merkblätter) erstellt werden.

Thematisch sollten vor allem folgende Aspekte Beachtung finden:

- Ernährung und Förderung der körperlichen Aktivität
- Suchtprävention
- Förderung psychischer Gesundheit
- Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Reduktion der Arbeitsplatzbelastung

Darüber hinaus sollten auch im Hinblick auf die Gestaltung der Merkblätter erfolgreiche Maßnahmen der geschlechtsspezifischen Informationsvermittlung identifiziert werden.

3 Projektbearbeitung

Mit Schreiben vom 22.09.2010 teilte das Bundesministerium für Gesundheit vorbehaltlich eines entsprechenden Bescheides des Bundesverwaltungsamtes mit, dass es beabsichtige, das IQWiG mit der Erstellung einer Expertise als Grundlage einer Gesundheitsinformation zum Thema „Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Männern“ zu beauftragen.

Der entsprechende Bescheid des Bundesverwaltungsamtes erfolgte mit Datum vom 20.12.2010.

Bei der im Rahmen der Auftragsbearbeitung durchgeführten Recherche und nachfolgender Qualitäts- und Evidenzbewertung wurde keine systematische Übersicht identifiziert, die eine valide Nutzaussage zu männerspezifischen Maßnahmen der Primärprävention und der Gesundheitsförderung zulassen und sich für die Erarbeitung eines Merkblattes eignen würde. Das gleiche Resultat ergab sich auch für das Themenfeld männerspezifische Informationsvermittlung. Dieses Ergebnis wurde dem BMG im Rahmen einer Telefonkonferenz am 16.11.2011 und mit darauf folgendem Schreiben vom 29.11.2011 mitgeteilt. Auf Wunsch des BMG wurde dann zudem mit Datum vom 28.11.2011 ein Kurzbericht zum Projektstand erstellt und übergeben.

Mit Schreiben vom 23.01.2012 wurde als Projektabschluss vom BMG die Erstellung eines Sachberichtes beauftragt, der in Form des vorliegenden Rapid Reports umgesetzt wurde.

4 Methoden

Gemäß der Methoden des IQWiG für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen für Bürgerinnen und Bürger dienen primär die Ergebnisse qualitativ hochwertiger systematischer Übersichten und HTA-Berichte auf Basis prospektiver kontrollierter Studien als Grundlage von Aussagen zum potenziellen Nutzen und Schaden von Interventionen [11].

Darüber hinaus werden bei der Erarbeitung von Gesundheitsinformationen auch die Ergebnisse qualitativer Forschung ausgewertet. Ein Fokus der qualitativen Forschung liegt in der Erfassung subjektiven Erlebens, subjektiver Erfahrungen und individuellen Handelns. Bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen können die Ergebnisse themenspezifisch Zugang zu den Sichtweisen und Erfahrungen Betroffener, Angehöriger und des medizinischen Personals schaffen. Sie können zudem dabei helfen, Informationsbedürfnisse und Informationslücken zu identifizieren und damit einer Fokussierung der Information dienen.

Im Folgenden finden sich zunächst die Ausführungen zu den Einschlusskriterien, der Informationsbeschaffung sowie der Informationsbewertung und -synthese für systematische Übersichten und HTA-Berichte. Im Anschluss daran wird das entsprechende methodische Vorgehen für qualitative Studien dargestellt.

4.1 Systematische Übersichten und HTA-Berichte

4.1.1 Kriterien für den Einschluss

4.1.1.1 Population

Es wurden systematische Übersichten und HTA-Berichte eingeschlossen, deren Population zu mindestens 80 % aus männlichen Teilnehmern mit einem Mindestalter von 14 Jahren bestand oder in denen eine geschlechtsspezifische präspezifizierte Subgruppenanalyse beschrieben wurde.

4.1.1.2 Intervention

Für die Untersuchung von Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Männern wurden systematische Übersichten und HTA-Berichte berücksichtigt, die Primärpublikationen zu nicht medikamentösen Maßnahmen der Primärprävention und / oder Gesundheitsförderung einschlossen. Screeninginterventionen und Interventionen zur Primärprävention spezifischer Infektionskrankheiten wie beispielsweise HIV oder Tuberkulose wurden nicht berücksichtigt.

Im Hinblick auf die Frage der zielgruppenspezifischen Informationsvermittlung wurden systematische Übersichten und HTA eingeschlossen, die Kommunikationsstrategien zur Informationsvermittlung zu nicht medikamentösen Maßnahmen der Primärprävention und / oder Gesundheitsförderung untersuchten. Eine Informationsvermittlung zu Screeninguntersuchungen und zur Primärprävention übertragbarer Erkrankungen wurde nicht berücksichtigt.

4.1.1.3 Endpunkte

Es wurden alle patientenrelevanten medizinischen und psychosozialen Endpunkte berücksichtigt.

4.1.1.4 Studientypen

Es wurden qualitativ hochwertige systematische Übersichten und HTA-Berichte berücksichtigt, die prospektive (randomisiert) kontrollierte Studien einschlossen. Systematische Übersichten, sofern methodisch adäquat und der Fragestellung entsprechend durchgeführt, liefern einen möglichst gering verzerrten Überblick über das Wissen zu einer spezifischen Fragestellung. Sie können der Identifizierung von Inkonsistenzen dienen und auch auf Grenzen des aktuellen Wissens- und Forschungsstandes hinweisen. Aus Gründen der Aktualität sollte die Suche in den systematischen Übersichten und HTA-Berichten nicht länger als 5 Jahre zurückliegen. Eine Beschränkung bezüglich des Publikationsdatums der eingeschlossenen Primärstudien wurde nicht definiert. Als Mindestvoraussetzung einer ausreichenden Qualität wurde das Erreichen von mindestens 5 von 7 möglichen Punkten des Oxman-Guyatt-Index definiert [12,13], um sicherzustellen, dass die Ergebnisse eingeschlossener systematischer Übersichtsarbeiten bzw. der HTA-Berichte mit einem möglichst geringen Verzerrungspotenzial behaftet sind.

4.1.1.5 Studiendauer

Es wurde keine Mindestdauer für die in den systematischen Übersichten und HTA-Berichten eingeschlossenen Primärstudien berücksichtigt.

4.1.1.6 Tabellarische Übersicht der Kriterien für den Einschluss

Tabelle 1 zeigt die Kriterien für den Einschluss von Publikationen zu Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Männern.

Tabelle 2 zeigt die Kriterien für den Einschluss von Publikationen zu Maßnahmen der männerspezifischen Informationsvermittlung.

Tabelle 1: Übersicht über die Kriterien zum Einschluss von Publikationen zu Maßnahmen der Primärprävention / Gesundheitsförderung bei Männern

| Einschlusskriterien | |
|----------------------------|--|
| E1 | Studienteilnehmer mindestens 14 Jahre alt |
| E2 | Maßnahme der nicht medikamentösen Primärprävention und / oder Gesundheitsförderung |
| E3 | Systematische Übersicht oder HTA-Bericht auf Basis prospektiver kontrollierter Interventionsstudien |
| E4 | Recherchezeitpunkt der systematischen Übersicht / des HTA-Berichtes war 2006 oder später |
| E5 | Publikationssprache Englisch oder Deutsch |
| E6 | Vollpublikation verfügbar |
| E7 | Mindestens 80 % der Studienteilnehmer waren männlich oder es erfolgte eine präspezifizierte geschlechtsspezifische Subgruppenanalyse |
| E8 | Keine Industriefinanzierung |
| E9 | Oxman-Guyatt-Score mindestens 5 [12] |

Tabelle 2: Übersicht über die Kriterien zum Einschluss von Publikationen zu Maßnahmen der männerspezifischen Informationsvermittlung

| Einschlusskriterien | |
|----------------------------|---|
| E1 | Studienteilnehmer mindestens 14 Jahre alt |
| E2 | Kommunikationsstrategien zur Informationsvermittlung zu nicht medikamentösen Maßnahmen der Primärprävention und / oder Gesundheitsförderung |
| E3 | Systematische Übersicht oder HTA-Bericht auf Basis prospektiver kontrollierter Interventionsstudien |
| E4 | Recherchezeitpunkt der systematischen Übersicht / des HTA-Berichtes war 2006 oder später |
| E5 | Publikationssprache Englisch oder Deutsch |
| E6 | Vollpublikation verfügbar |
| E7 | Mindestens 80 % der Studienteilnehmer waren männlich oder es erfolgte eine präspezifizierte geschlechtsspezifische Subgruppenanalyse |
| E8 | Keine Industriefinanzierung |
| E9 | Oxman-Guyatt-Score mindestens 5 [12] |

4.1.2 Informationsbeschaffung

4.1.2.1 Bibliografische Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche nach relevanten systematischen Übersichten und HTA-Berichten zu Maßnahmen der Primärprävention / Gesundheitsförderung bei Männern und zu Maßnahmen der männerspezifischen Informationsvermittlung wurde in folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Suche nach relevanten systematischen Übersichten in den Datenbanken MEDLINE und EMBASE und der Datenbank PsycINFO (bzgl. Informationvermittlung) sowie mittels Suche in den Datenbanken Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews), Database of Abstracts of Reviews of Effects (Other Reviews) und Health Technology Assessment Database (Technology Assessments)

Die Suchstrategien für die Suchen in bibliografischen Datenbanken finden sich in Anhang A. Die letzte Suche nach systematischen Übersichten und HTA-Berichten fand am 27.05.2011 statt.

4.1.2.2 Selektion relevanter Publikationen

Die durch die Suche in bibliografischen Datenbanken identifizierten Zitate wurden in einem ersten Schritt anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, Abstracts auf ihre potenzielle Relevanz bezüglich der spezifischen Einschlusskriterien (siehe Tabelle 1) bewertet. Als potenziell relevant erachtete Publikationen wurden in einem zweiten Schritt anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Beide Schritte erfolgten durch 2 Reviewer unabhängig voneinander. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen den beiden Reviewern aufgelöst.

4.1.3 Informationsbewertung und -synthese

Nach erfolgter Auswahl der relevanten Publikationen und der Bewertung der Studienqualität anhand der prädefinierten Kriterien sollten die Ergebnisse der Übersichtsarbeiten extrahiert, thematisch geordnet und deskriptiv zusammengefasst werden.

Die Bewertung der Information der eingeschlossenen systematischen Übersichten und HTA-Berichte hing von den in der Publikation verfügbaren Daten und der Qualität der jeweiligen Veröffentlichung ab. Eine angemessene Qualität wurde angenommen, wenn bei der Bewertung nach dem Oxman-Guyatt-Index mindestens 5 von 7 möglichen Punkten erreicht wurden (s. o.). Wurde eine bestimmte Fragestellung in mehr als einer systematischen Übersicht oder in mehr als einem HTA-Bericht von angemessener Qualität untersucht, war eine weitere Qualitätsbewertung vorgesehen. Dazu sollten folgende Aspekte betrachtet werden:

- Inhaltlicher Schwerpunkt des Reviews, insbesondere die Relevanz der Fragestellung für eine Patienteninformation
- Ausführlichkeit und Aktualität der Suche
- Umgang mit möglicher Heterogenität
- Adressierung und Umgang mit ggfs. vorhandenem Verzerrungspotenzial

Bei widersprüchlichen Ergebnissen sollten mögliche Ursachen der Diskordanz gesucht und berichtet werden.

4.2 Qualitative Studien

4.2.1 Kriterien für den Einschluss

Die systematische Recherche zur Identifikation von qualitativen Studien erfolgte mit den Kriterien bezüglich Population, Intervention, Endpunkten und Studiendauer, wie sie für die Recherche nach systematischen Übersichten und HTA-Berichten formuliert wurden (siehe Abschnitt 4.1.1). Bezüglich des Studientyps wurden qualitative und Mixed-Method-Studien mit ausreichender Durchführungs- und Berichtsqualität (siehe Abschnitt 4.2.2.2) eingeschlossen. Es wurden nur Studien berücksichtigt, die aus einem ähnlichen Kulturkreis zu Deutschland stammen und deren Ergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar waren.

Tabelle 3 zeigt Kriterien für den Einschluss qualitativer Studien zum Thema Informationsbedürfnisse von Männern zum Thema Primärprävention und Gesundheitsförderung respektive zur geschlechtsspezifischen Informationsvermittlung.

Tabelle 3: Übersicht über die Kriterien zum Einschluss von qualitativen Studien

| Einschlusskriterien | |
|----------------------------|--|
| E1 | Studienteilnehmer mindestens 14 Jahre alt |
| E2 | Maßnahme der Primärprävention / Gesundheitsförderung und /oder Maßnahmen der Informationsvermittlung |
| E3 | Qualitative Studie oder Mixed-Method-Studie |
| E4 | Studie stammt aus einem dem deutschen vergleichbaren Kulturkreis (Stratum A nach dem Weltgesundheitsbericht der WHO) |
| E5 | Publikationssprache Englisch oder Deutsch |
| E6 | Vollpublikation verfügbar |
| E7 | Mindestens 80 % der Studienteilnehmer waren männlich oder es erfolgte eine präspezifizierte geschlechtsspezifische Subgruppenanalyse |
| E8 | Ausreichende Qualität |
| E9 | Keine Industriefinanzierung |

4.2.2 Informationsbeschaffung

4.2.2.1 Bibliografische Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche nach relevanten Publikationen zur qualitativen Forschung sollte in folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt werden:

- Suche nach Publikationen in den Datenbanken MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO

Aus Gründen der Handhabbarkeit der zu erwartenden Trefferzahl und Gründen der Aktualität wurde die Recherche auf Publikationen ab dem Jahr 2001 eingeschränkt. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Anhang A. Die Suche nach Publikationen zur qualitativen Forschung erfolgte am 01.04.2011.

4.2.2.2 Selektion relevanter Studien

Die durch die Suche in bibliografischen Datenbanken identifizierten Zitate wurden in einem ersten Schritt anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, Abstracts auf ihre potenzielle Relevanz bezüglich der spezifischen Einschlusskriterien (siehe Tabelle 3) bewertet. Als potenziell relevant erachtete Publikationen wurden in einem zweiten Schritt anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Der erste Schritt erfolgt durch 1 Reviewer; die Begutachtung anhand des Volltextes erfolgte durch 2 Reviewer unabhängig voneinander. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen den beiden Reviewern aufgelöst. Damit eine Publikation bei der Erstellung einer Gesundheitsinformation berücksichtigt werden konnte, musste die Studie bestimmte methodische Grundvoraussetzungen erfüllen. Bei der Beurteilung der Studienqualität wurde geprüft, ob in der Studie qualitative Methoden eingesetzt und ob in der Publikation die Forschungsfrage sowie die Ziele ausreichend und eindeutig beschrieben wurden. Es musste klar angegeben werden, wie die Stichprobe rekrutiert wurde, und die Stichprobe musste beschrieben sein (u. a. Geschlecht, Alter). Die Methoden der Datenerhebung, wie beispielsweise semistrukturierte Interviews oder Fokusgruppen, sowie die Auswertungsstrategie, wie beispielsweise eine Inhaltsanalyse oder Methoden der objektiven Hermeneutik, mussten nachvollziehbar dargestellt sein. Der Prozess der Datenanalyse musste transparent wiedergegeben und die Auswertung von mindestens 2 Wissenschaftlern oder Wissenschaftlerinnen durchgeführt worden sein. Die Ergebnisse der Studie mussten klar ausgewiesen sein. Weiterhin wurde geprüft, ob die eingesetzten Methoden für die Untersuchung der Fragestellung geeignet waren. Wie oben beschrieben, wurden nur Studien berücksichtigt, die aus einem ähnlichen Kulturkreis zu Deutschland stammen und deren Ergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar waren.

4.2.3 Informationsbewertung und -synthese

Nach erfolgter Auswahl der relevanten Publikationen anhand der vorher festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien und der Abschätzung der Studienqualität anhand der prädefinierten Kriterien wurden die Ergebnisse der berücksichtigten Studien extrahiert, thematisch geordnet und für die Verwendung bei der Entwicklung von Gesundheitsinformationen deskriptiv zusammengefasst.

5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

5.1.1 Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche nach systematischen Reviews und HTA-Berichten

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche nach systematischen Übersichten und HTA-Berichten zu Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung / Reduktion der Arbeitsplatzbelastung in den bibliografischen Datenbanken und des entsprechenden Literaturscreenings gemäß den Kriterien zum Studieneinschluss.

Nach Ausschluss von 655 Duplikaten ergab sich eine Gesamtzahl von 2108 zu screenender Treffer.

1813 Treffer wurden von beiden Reviewern nach Konsentierung zunächst diskrepanter Einschätzungen übereinstimmend im Rahmen des Titel- und Abstractscreenings als nicht relevant ausgeschlossen. Aus der bibliografischen Literaturrecherche verblieben damit 295 potenziell relevante Treffer, die im Volltext gesichtet wurden.

Hiervon wurden 294 aufgrund fehlender Relevanz sicher ausgeschlossen. Die Zitate der als Volltexte geprüften, aber ausgeschlossenen Treffer finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Anhang B.

Ein Treffer erfüllte nach übereinstimmender Einschätzung beider Reviewer die prädefinierten Kriterien zum Studieneinschluss.

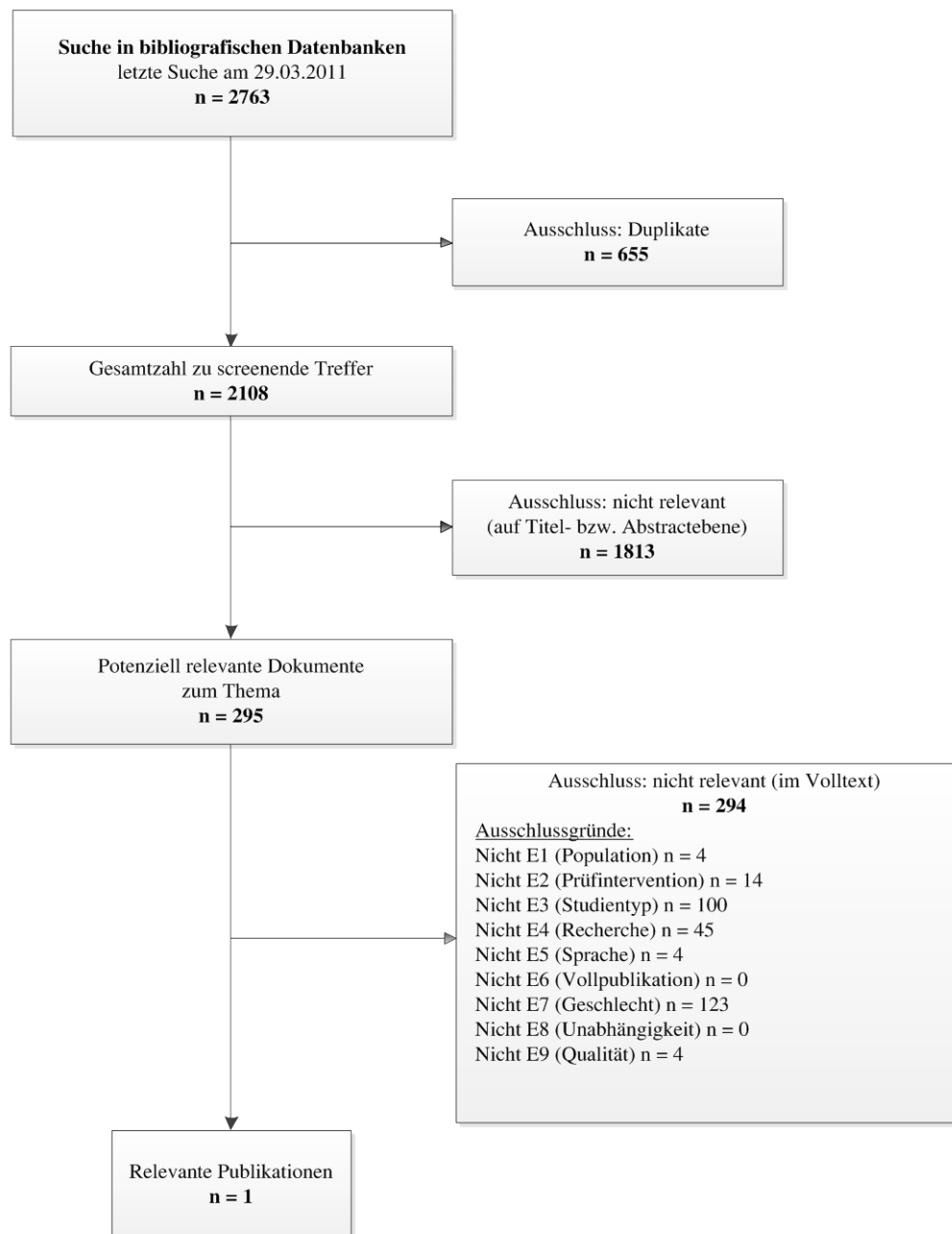


Abbildung 1: Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche und des Literaturscreenings zu Maßnahmen der Primärprävention / Gesundheitsförderung bei Männern

Abbildung 2 zeigt das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche nach systematischen Übersichten und HTA-Berichten zu Maßnahmen der Informationsvermittlung in den bibliografischen Datenbanken und des entsprechenden Literaturscreenings gemäß den Kriterien zum Studieneinschluss.

Nach Ausschluss von 53 Duplikaten ergab sich eine Gesamtzahl von 183 zu screenenden Treffern.

183 Treffer wurden von beiden Reviewern nach Konsentierung zunächst diskrepanter Einschätzungen übereinstimmend im Rahmen des Titel- und Abstractscreenings als nicht relevant ausgeschlossen.

Kein Treffer erfüllte nach übereinstimmender Einschätzung beider Reviewer die prädefinierten Kriterien zum Studieneinschluss.

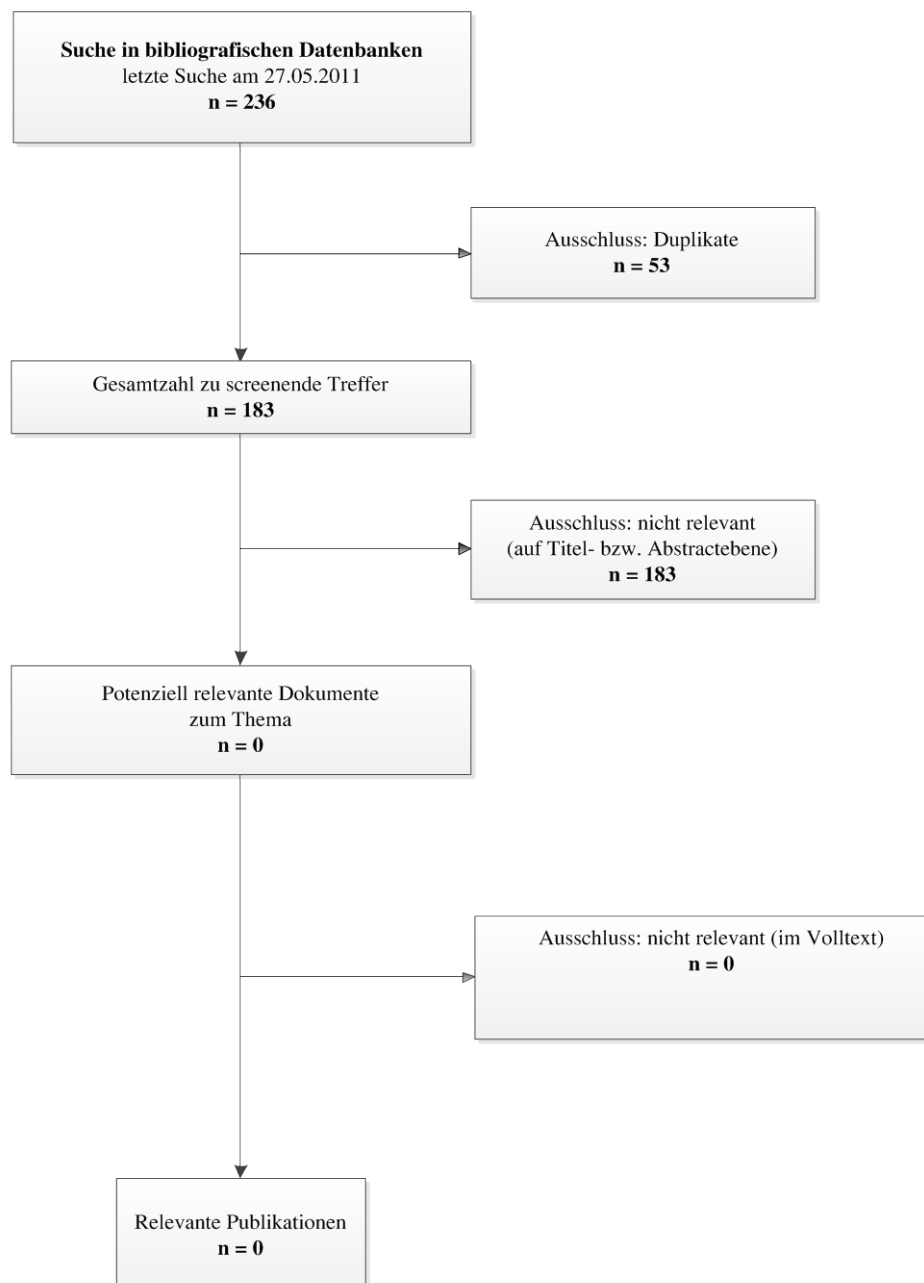


Abbildung 2: Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche und des Literaturscreenings zu Maßnahmen der männerspezifischen Informationsvermittlung

5.1.2 Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche nach qualitativen Studien über Informationsbedürfnisse von Männern

Abbildung 3 zeigt das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche nach qualitativen Studien über Informationsbedürfnisse von Männern zum Thema Primärprävention und Gesundheitsförderung respektive zur geschlechtsspezifischen Informationsvermittlung in den bibliografischen Datenbanken und des entsprechenden Literaturscreenings gemäß den Kriterien zum Studieneinschluss.

Nach Ausschluss von 439 Duplikaten ergab sich eine Gesamtzahl von 2250 zu screenenden Treffern.

2120 Treffer wurden von einem Reviewer im Rahmen des Titel- und Abstractscreenings als nicht relevant ausgeschlossen. Aus der bibliografischen Literaturrecherche verblieben damit 130 potenziell relevante Treffer, die im Volltext gesichtet wurden. Hiervon wurden von 2 Reviewern nach Konsentierung zunächst diskrepanter Einschätzungen übereinstimmend 94 aufgrund fehlender Relevanz sicher ausgeschlossen, davon 6 mit fehlender Themenrelevanz. Die Zitate der als Volltexte geprüften, aber ausgeschlossenen 88 Treffer finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Anhang B.

36 Treffer erfüllten nach übereinstimmender Einschätzung beider Reviewer die prädefinierten Kriterien zum Studieneinschluss.

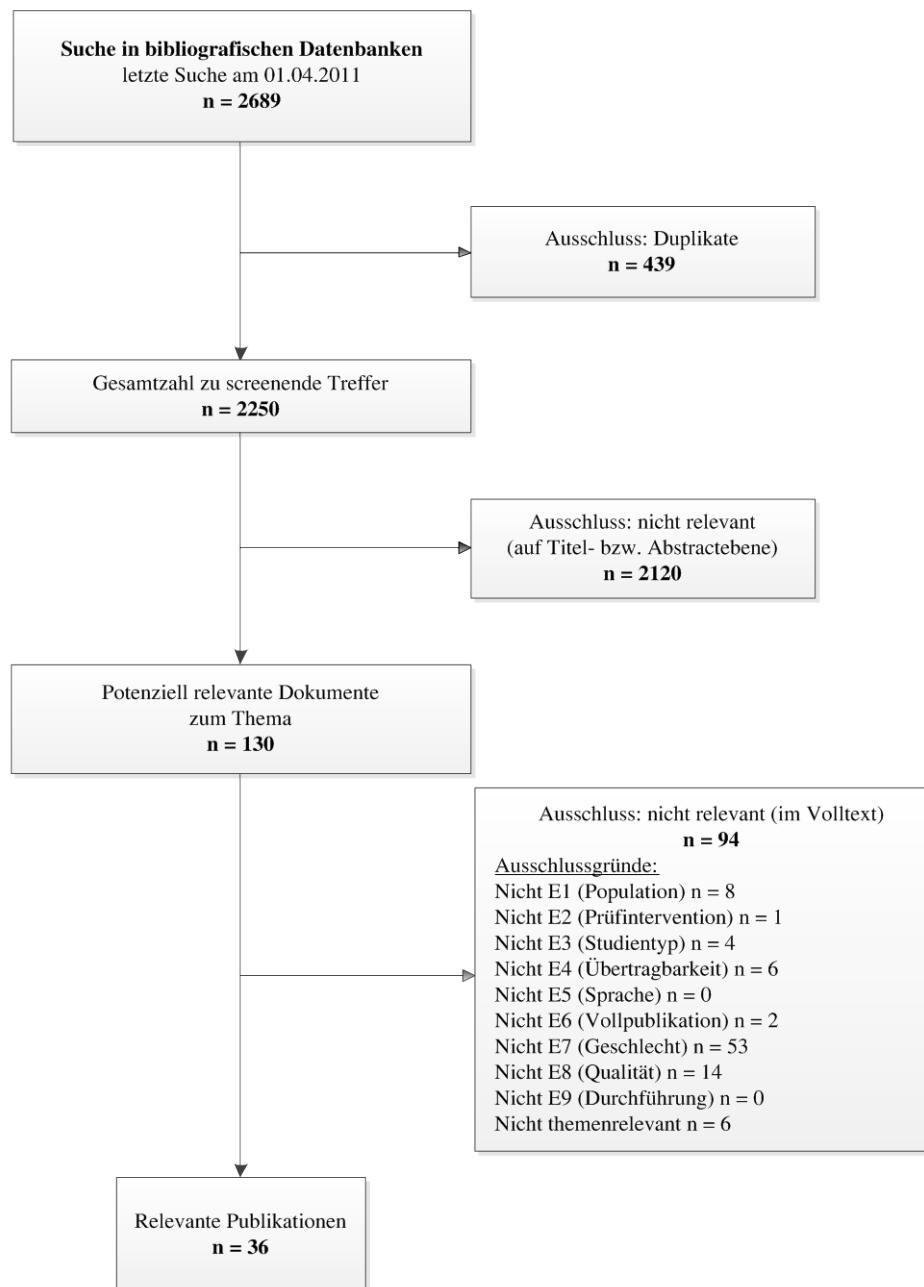


Abbildung 3: Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche und des Literaturscreenings nach qualitativen Studien über Informationsbedürfnisse von Männern

5.2 Zusammenfassung und Bewertung der eingeschlossenen Publikationen

5.2.1 Systematische Übersichten und HTA-Berichte

Im Rahmen der systematischen Recherche zur männerspezifischen Informationsvermittlung wurden keine systematische Übersicht und kein HTA-Bericht identifiziert, der sämtliche Einschlusskriterien erfüllte.

Durch die systematische Recherche zu Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Männern wurde eine systematische Übersicht identifiziert, die sämtliche Einschlusskriterien erfüllte.

Das eingeschlossene Cochrane Review von Roger Secker-Walker et al. untersuchte Gemeinschaftsinterventionen zur Beeinflussung des Rauchverhaltens bei Erwachsenen [14].

Einschlusskriterien des Cochrane Reviews

Population

Erwachsene (Alter mindestens 18 Jahre)

Interventionen

Unter Gemeinschaftsintervention wurden koordinierte multidimensionale Programme verstanden, die auf verschiedene Segmente einer Gemeinschaft zielten und auf begrenzte geografische Gebiete wie Städte, Landkreise oder Regierungsbezirke beschränkt waren.

Studientypen

- Kontrollierte Studien mit randomisierter Zuordnung von Gemeinden oder geografischen Regionen
- Kontrollierte Studien mit nicht randomisierter Zuordnung von Gemeinden oder geografischen Regionen

Endpunkte

- Erfassung des Rauchverhaltens
 - Selbst berichteter Raucherstatus (aktiver Raucher, neuer Nichtraucher)
 - Selbst berichteter Zigarettenkonsum (Anzahl der Zigaretten pro Tag)

Daten zu Morbidität und Mortalität wurden nicht erhoben.

Charakteristika der in das Review eingeschlossenen Primärstudien

Population

Die meisten der insgesamt 37 berücksichtigten Studien (33) schlossen sowohl Frauen als auch Männer ein. Nur je 2 Studien hatten ausschließlich weibliche respektive männliche Teilnehmer. Zusätzlich zu den 2 Studien, die lediglich Männer einschlossen, erfolgte in 10 weiteren Studien eine geschlechtsspezifische Subgruppenanalyse. Interventionen richteten sich in der überwiegenden Zahl der eingeschlossenen Studien nicht spezifisch an Männer, sondern an beide Geschlechter.

Die Mehrzahl der Studien erfolgte in Europa (18) und den USA (15). Die übrigen Studien wurden in Australien, Südafrika und Indien durchgeführt. Die untersuchten Populationen umfassten Gemeinden mit Größen zwischen einigen Tausenden bis über hunderttausend

Einwohnern. Insgesamt erfolgte in 12 Primärstudien eine geschlechtsspezifische Subgruppenanalyse.

Intervention

Die in den eingeschlossenen Primärstudien untersuchten Interventionen waren sehr heterogen. Sie umfassten unter anderem „Quit-kits“, Teilnahme an Verzicht- und Unterstützungsgruppen, Broschüren und anderes Informationsmaterial, persönliche Beratung, Audio- und Videobänder, Telefonhotlines und Wettbewerbe. Informationen und Appelle erfolgten unter anderem durch Zeitungsartikel, Autoaufkleber, Anzeigen, TV-Spots, Plakate, Newsletter und Mailinglisten. Die Vermittlung erfolgte beispielsweise durch medizinisches Personal, Lehrer, Gemeindeangestellte und Freiwillige. Es wurden Informationsveranstaltungen in Schulen, Krankenhäusern, Kirchen, Restaurants und am Arbeitsplatz abgehalten.

In einem Teil der eingeschlossenen Primärstudien (28) waren die Interventionen zum Rauchverzicht Bestandteil eines umfassenderen Programms zur Beeinflussung kardiovaskulärer oder kanzerogener Risikofaktoren. Die Interventionen richteten sich in 35 der 37 eingeschlossenen Studien nicht spezifisch an Männer, sondern an beide Geschlechter.

Studientypen

Es wurden 37 kontrollierte Primärstudien in die systematische Übersicht eingeschlossen, davon waren 4 cluster-randomisiert, die übrigen 33 waren nicht randomisiert.

Endpunkte

In 31 der eingeschlossenen Studien war der primäre Endpunkt die Differenz in der Raucherprävalenz.

In 14 Studien wurde die Veränderung in der Menge der konsumierten Zigaretten gemessen, in 3 davon war dies der primäre Endpunkt.

In 18 Primärpublikationen wurden die Raten der Raucher erfasst, die während des Studienverlaufs das Rauchen beendeten, in 3 davon war dies der primäre Endpunkt.

5 Studien untersuchten zudem die Rate der Probanden, die während des Studienverlaufs mit dem Rauchen begannen.

Verzerrungspotenzial der eingeschlossenen Studien

Die Autoren des Cochrane Reviews führen mehrere Aspekte auf, die auf ein erhöhtes Verzerrungspotenzial der inkludierten Studien hinweisen:

- Die Zuordnung zur Interventions- oder Kontrollgruppe erfolgte in fast 90 % der Studien nicht zufällig, in nur 4 der 37 Studien erfolgte eine randomisierte Zuteilung.

- Sowohl in den Interventions- als auch in den Kontrollpopulationen konnten im Studienverlauf nur für durchschnittlich etwas mehr als 60 % der Teilnehmenden Daten erhoben werden. Die übrigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer nahmen an den Befragungen nicht mehr teil.
- Nur in 5 der eingeschlossenen Studien waren die demografischen Daten der beiden Gruppen vergleichbar, in 17 zeigten sich Unterschiede zumindest bei einem Faktor und bei den übrigen konnte dieser Aspekt nicht beurteilt werden. Vergleichende Angaben zur Raucherprävalenz in der Interventions- und Kontrollgemeinschaft bei Studienbeginn fanden sich nur in 14 Studien.
- In 30 Studien erfolgte die Analyse auf Basis der individuellen Teilnehmer, obwohl die Einheit der Interventionszuordnung die Gemeinschaft war. In nur einer dieser 30 Studien wurde bei der Ergebnisberechnung eine entsprechende Adjustierung vorgenommen.

Resultat des Cochrane Reviews

Die Autoren des Cochrane Reviews interpretieren das Ergebnis ihrer Recherche sehr vorsichtig. Zum einen sind die in den Review eingeschlossenen Studien sehr heterogen: Sie umfassen zum Beispiele viele unterschiedliche Interventionen mit unterschiedlich definierten Endpunkten. Die Autoren verzichteten deshalb auf eine metaanalytische Aufbereitung der Daten. Hinzu kommen die eingeschränkte Studienqualität und das damit verbundene Verzerrungspotenzial. Deshalb bezeichnen die Autoren die berichteten Ergebnisse dezidiert als „Schätzung“.

Die insgesamt 12 Studien, aus denen Daten für die männlichen Teilnehmer vorlagen, zeigten widersprüchliche Ergebnisse. In einigen Studien sank bei den männlichen Teilnehmern der Interventionsgruppe die Raucherprävalenz um bis zu 1,6 %, in einigen Studien kam es zu einem Anstieg um bis zu 0,4 %. Auch bei Einschränkung der Analyse auf die methodisch besten Studien zeigte sich, bei fehlender männerspezifischer Subgruppenauswertung allerdings geschlechtsübergreifend, kein eindeutiger Effekt der untersuchten Interventionen auf die Raucherprävalenz.

5.2.2 Qualitative Forschung

Im Rahmen dieses Projektes sollten die Ergebnisse der qualitativen Forschung vor allem dazu dienen, spezielle Informationsbedürfnisse von Männern zu erfassen, um dadurch die Themenfokussierung bei der Erarbeitung der Merkblätter zu unterstützen. Auch wenn kein Merkblatt erstellt werden konnte, sollen hier die wichtigsten Ergebnisse der eingeschlossenen qualitativen Studien zusammenfassend dargestellt werden. Die Ergebnisse können auch dazu dienen, Forschungsbedarf aus der Sicht von Männern aufzuzeigen.

5.2.2.1 Identifizierte Themenfelder

Arbeitsplatz / Berufsleben

In einer Studie aus Großbritannien wird die Arbeit als primärer Stressfaktor beschrieben [15]. Dabei werden berufsbedingter Stress und Depressionen als bedeutendste gesundheitliche Probleme benannt, die sich auch negativ auf das Privatleben auswirken. Es bestehen generell Hemmungen, sich aufgrund gesundheitlicher Probleme eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen zu lassen. Abwesenheit vom Arbeitsplatz wird als negativ gesehen und nur für gerechtfertigt empfunden, wenn sie absolut notwendig und nicht mehr zu vermeiden ist [15].

Das Achten auf die eigene Gesundheit, präventive Maßnahmen oder die Inanspruchnahme von Hilfe werden von manchen Männern als „nicht männlich“ angesehen [16]. Dies kann sich ändern, wenn Männer zum Rollenmodell für Kinder werden oder eindeutige gesundheitliche Probleme vorliegen. Der beschriebene „ideale Mann“ ist in der Gesellschaft ein Siegertyp und auf einen ständigen Wettbewerb eingestellt. Dabei zeigt dieser „ideale Mann“ keine Schwäche und ist kein „Jammerer“. Körperliche Aktivität am Arbeitsplatz wird von Männern oft als eine Art Krafttraining angesehen und mit dem Aufbau von Muskeln assoziiert [16].

In einer Studie zu einem Gewichtsreduktionskurs während der Arbeitszeit berichteten die teilnehmenden Männer, dass sie an einem solchen Kurs außerhalb des Arbeitsplatzes und der Arbeitszeit nicht teilgenommen hätten [17]. Motivation zu Teilnahme an diesem Kurs war die Sorge um die negativen Auswirkungen ihres Gewichtes und des Lebensstils auf ihre Gesundheit. Dabei scheint auch Angst ein wichtiger Aspekt gewesen zu sein: unter anderem die Sorge vor Schamgefühlen bei Gewichtszunahme vor den eigenen Kindern sowie Angst, nicht lang genug zu leben, um die Enkelkinder aufwachsen zu sehen. Schamgefühle gegenüber anderen Teilnehmern könnten möglicherweise eine Barriere für die Teilnahme darstellen. Die Männer berichten von der Motivation, ihre Ernährung und körperliche Aktivität zu verbessern, machen sich jedoch auch Sorgen, dies nach Ende des Kurses nicht aufrechtzuerhalten zu können [17].

Gesunder Lebensstil

In einer Studie aus Skandinavien berichten Männer, dass Kraft und Stärke Teil ihrer männlichen Identität sind. Sie verbinden Arbeit auch mit Wohlbefinden, finden Entspannung zu Hause und erholen sich durch Kontakte mit Freunden. Als eine wichtige Gesundheitsressource geben sie ihr Selbstwertgefühl an. Sportliche Aktivität wird als Quelle von Freude angesehen [18].

In einer Studie aus Großbritannien zeigen die Ergebnisse, dass sich Männer eher ungern mit der eigenen Gesundheit auseinandersetzen und wenig darüber sprechen. Das Gesundheitsverhalten ist eher aktionsorientiert und wichtig scheint die Autonomie bzgl. der Entscheidungen über das Gesundheitsverhalten zu sein [19].

Manche Männer verbinden gesundheitsgefährdendes Verhalten mit Männlichkeit und eine gesunde Lebensweise ist anscheinend eher bei Erkrankungen beziehungsweise gesundheitlichen Problemen akzeptiert. Wobei sich die Einstellung zu einer gesunden Lebensweise vermutlich durch Lebensereignisse wie Erkrankung, Vaterschaft und generell mit dem Älterwerden verändert [20].

In einer Studie aus den USA beschreiben Männer, dass sie gesundheitsrelevante Informationen eher passiv über die Familie oder soziale Zentren erhalten. Männer konzentrieren sich eher auf sportliche Aktivitäten zum Erhalt der körperlichen Fitness [21].

Männer berichten jedoch auch von Sorgen um eine abnehmende körperliche Kraft mit zunehmendem Alter und um eine möglicherweise damit einhergehende Rollenveränderung im sozialen Leben. Daher versuchen einige, körperlich aktiv zu bleiben und den Körper „in Form zu halten“ [22].

Jugendliche in einer Studie aus den USA beschreiben, dass für sie ein gesunder Lebensstil bedeutet, sich richtig zu ernähren, zu bewegen und genug zu schlafen. Ungesunde Jugendliche sind demgegenüber übergewichtig oder untergewichtig, müde und haben wenig Energie. Dabei fokussieren die Jugendlichen eher auf die kurzfristigen Folgen gesundheitsrelevanten Verhaltens wie Energielevel, Aussehen und Sportlichkeit. Sie beschreiben u. a. folgende Einflussfaktoren: Eltern, Freunde und Schule. Als Barrieren werden Stress, viel Zeit vor dem Computer oder Fernsehen, finanzielle Kosten sowie organisatorische Schwierigkeiten genannt [23].

Das Bewusstsein gegenüber der eigenen Gesundheit verändert sich mit zunehmendem Alter und den Erfahrungen der Familie, der Freunde und Kollegen mit verschiedenen Erkrankungen. Ein weiterer Aspekt, der zu einem veränderten Denken und Verhalten gegenüber der eigenen Gesundheit führen kann, ist die Vaterschaft. Mit zunehmendem Alter wird Gesundheit wichtiger und die Männer gaben an, mehr auf gesunde Ernährung und Bewegung zu achten, obwohl die Umsetzung im Privat- und Berufsleben als schwierig empfunden wird [24].

Ernährung

Männer beschreiben, dass eher die Frauen für die gesunde Ernährung in der Familie verantwortlich sind. Sie übernehmen bei einer traditionellen Rollenverteilung den Einkauf und die Zubereitung der Nahrungsmittel für die Familie [21,25]. Männer begründen eine andere Einstellung zu ihrem Ernährungsverhalten mit ihrem Geschlecht. Sie berichten, dass Frauen unter einem größeren Druck stehen würden, sich bewusst zu ernähren, um ihr Gewicht zu halten. Männer hingegen achten auf eine gute Ernährung eher aus gesundheitlichen Gründen [26].

In einer Studie mit jüngeren Männern berichten diese, dass sie sich wenig Sorgen um die Auswirkungen ihrer Ernährung auf ihre Gesundheit machen. Die Freude am Leben ist ihnen

wichtiger als die Sorge um ihre Gesundheit. Dabei wird beschrieben, dass die Eltern einen positiven Einfluss auf den Obst- und Gemüsekonsum haben [27].

Bei einer Studie zur „5 am Tag“-Kampagne bei jungen Erwachsenen in Großbritannien berichteten sowohl die teilnehmenden jungen Männer als auch die Frauen von einer Unsicherheit, wie viel „eine Portion“ umfasst, vor allem bezüglich kleinerer Obst- und Gemüsesorten. Die Empfehlung einer Balance zwischen der Obst- und Gemüseaufnahme wird als schwer verständlich beschrieben. Die möglichen Vorteile einer Ernährung mit Obst und Gemüse sind den Teilnehmenden bekannt. Allerdings glaubten die teilnehmenden jungen Männer nicht an den Nutzen des Konsums von 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag. Sie berichten von einem Mangel an Motivation, diese Empfehlungen im täglichen Leben umzusetzen [28]. In dieser Studie werden dafür 6 Barrieren benannt: Lebensumstände, wie das Leben in einem Studentenwohnheim, finanzielle Aspekte, Zeitaufwand wie Einkauf und Zubereitung, Mangel an Zubereitungsfähigkeiten, unangenehme Sinnesempfindungen wie Geschmack und fehlende Fähigkeit zur Einkaufsplanung [28].

Obwohl es sich in einer Studie zum Ernährungsverhalten Jugendlicher in den USA zeigte, dass zwischen Mädchen und Jungen keine starken Unterschiede bei der Auffassung von gesundem und ungesundem Essen bestehen, berichteten doch die Jungen, mehr auf den Energiegehalt der Nahrungsmittel und Appetit zu fokussieren. Sie berichten auch, wie wichtig eine gesunde Ernährung für den Sport sei [29].

In einer weiteren Studie aus den USA nennen sowohl die teilnehmenden weiblichen als auch die männlichen Jugendlichen am häufigsten Verbraucherfreundlichkeit, die Erhältlichkeit und die finanziellen Kosten als Beeinflussungsfaktoren bei der Auswahl der Nahrungsmittel [30]. Die Jugendlichen haben verschiedene Strategien vorgeschlagen, um gesunde Ernährung und körperliche Bewegung an Schulen zu fördern: Es sollte Spaß machen, es sollten „School Credits“ angeboten werden, die Angebote sollten vielfältig und während der Schulzeit verfügbar sein sowie sie sollten von Erwachsenen unterstützt und motiviert werden [30].

Gewichtsmanagement

Männer benennen, dass aufgrund von Übergewicht gesundheitliche Probleme auftreten können, aber sie beschreiben, dass es auch aktive, kräftige, fitte und gesunde übergewichtige Menschen gibt. Männer fokussieren eher auf eine physische Fitness als auf Gewichtsaspekte [24].

In einer Studie aus Großbritannien beschrieben Männer, dass Versuche, Gewicht zu verlieren, eher von kurzfristiger Dauer und motiviert durch ein bestimmtes Ziel wie soziale Ereignisse, Ferien oder Feiertage waren. Sie machen sich jedoch generell weniger Gedanken über eine Gewichtszunahme, da diese bei Männern eher akzeptiert würde als bei Frauen. Sie haben durch verschiedene Diäten, Ernährungsumstellungen, körperliche Aktivität und die Teilnahme an „Gewichtsreduktions-Programmen“ versucht, Gewicht zu verlieren. Viele der teilnehmenden Männer gehen davon aus, dass eine Gewichtsabnahme nur kurzfristig möglich ist und bei

einer Rückkehr in das „normale Leben“ nach einer Diät der Jo-Jo-Effekt eintritt. Damit ein langfristiger Gewichtsverlust erfolgreich ist, sehen die Teilnehmer ein vielfältiges Programm an körperlicher Aktivität und Ernährung und die Teilnahme an „Gewichtsreduktions-Kursen“ als wichtig an [31].

Männer geben folgende Gründe für eine Gewichtszunahme mit zunehmendem Alter an: Sie treiben weniger Sport als in jüngeren Jahren, mangelnde Motivation, Untergewicht ist für Männer weniger akzeptabel als für Frauen, abnehmendes Interesse an äußerer Attraktivität sowie der Konsum von Alkohol [31].

In einer Studie von Weaver et al. sind sich die teilnehmenden Männer des Risikos, an Diabetes zu erkranken, bewusst, benennen jedoch Wissenslücken über Diabetes. Beispielsweise ist ihnen der genaue Zusammenhang von Gewicht und Diabetes nicht klar [24].

Männliche College-Studenten aus einer Studie in den USA berichten von interpersonellen Barrieren beim Gewichtsmanagement: mangelnde Motivation, ungesunde Ernährung, begrenzte Zeit, schlechtes Verpflegungsangebot, schlechter Zugang und mangelndes Wissen beim Einkaufen und der Zubereitung gesunder Nahrungsmittel. Weitere Aspekte sind „Verlockungen“, Langeweile und Mangel an Disziplin. Oft wird das Essverhalten von anderen Personen und sozialen Situationen beeinflusst. Als Förderungen einer gesunden Lebensweise wird Wissen um eine gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität angesehen. Ebenso wird berichtet, dass es leichter fällt, Sport zu treiben, wenn dies mit Freunden geschieht und wenn mehr Zeit und der Zugang zur gesunden Ernährung und zu sportlichen Angeboten über die Universität erfolgt [32].

Männliche Jugendliche sehen, dass Übergewicht ein wichtiges und zunehmendes Thema bei jungen Menschen ist. Sie fokussieren primär auf die negativen psychosozialen Konsequenzen, aber nehmen auch die Folgen für die physische Gesundheit wahr. Die Fülle des Angebots an ungesunden Nahrungsmitteln in Schule, Familie und Gesellschaft wird als das größte Problem hierbei beschrieben. Dabei werden die Bedingungen in der Schule, das Verhalten der Eltern und Gleichaltriger als bedeutend benannt. Dabei ist die Bedeutung von Gewicht als Schönheits- und Attraktivitätsfaktor wichtiger als die Bedeutung für die Gesundheit [33].

Herz / Kreislauf

Die Teilnehmer einer Studie zum allgemeinen Risiko einer koronaren Herzerkrankung fanden es hilfreich, neben Informationen zu allgemeinen Risikofaktoren auch Informationen zum eigenen Risiko für eine koronare Herzerkrankung zu erhalten. Darin sehen sie einen Motivationsfaktor, das Gesundheitsverhalten beziehungsweise den Lebensstil zu verändern. Einige zweifeln aber an der Genauigkeit einer solchen Risikokalkulation. Wichtig war es den Teilnehmern zu erfahren, wie groß das Risiko ist und um welches Ausmaß es durch Präventionsstrategien verringert werden kann. Weiterhin beeinflussen folgende Faktoren die Inanspruchnahme von Präventionsstrategien: Nebenwirkungen, Kosten, Aufwand,

Auswirkungen auf andere. Außerdem würden auch regelmäßige Follow-up-Untersuchungen und Rückmeldungen, Unterstützung durch Familie, Freunde, externe Informationsquellen sowie eine intrinsische Motivation die Entscheidung für präventive Maßnahmen unterstützen [34].

Bei der Evaluation präventiver Arztkonsultationen bei Menschen mit hohem Risiko einer kardiovaskulären Erkrankung beschrieben die Teilnehmer mehr Zufriedenheit, Erleichterung und Gefühle der Eigenverantwortung. Sie fühlten sich zufrieden und motiviert, da sie vom Hausarzt unterstützt werden, und achteten mehr auf einen gesunden Lebensstil. Dabei scheint die Arzt-Patienten-Beziehung von wesentlicher Bedeutung zu sein [35]. Die Motivation für eine Lebensstiländerung wird gefördert von den wahrgenommenen Symptomen, der Risikobewertung, dem sozialen Netzwerk, Wissen, Erfahrungen mit der Erkrankung, Geduld und Disziplin. Als Barrieren für eine Lebensstiländerung werden Stress, eine ambivalente Einstellung, wenig Ressourcen, berufliche Belastung, ökonomische, physische oder mentale Probleme beschrieben [35].

Körperliche Aktivität

Die befragten Männer berichteten von einem Mangel an Zeit und Motivation als Barriere für eine (regelmäßige) körperliche Aktivität. Weiterhin führten sie Stress, unregelmäßige Arbeitszeiten und körperlich anstrengende berufliche Tätigkeit als einschränkende Faktoren an. Auch eingeschränkte physische Leistungsfähigkeit, zunehmendes Alter und Sorge über mangelnde Fitness bei gleichzeitigem sozialen Druck und Wettstreitcharakter sportlicher Aktivität wurden als Hürden für vermehrte Aktivität beschrieben. Ein weiteres Argument gegen vermehrte sportliche Aktivität waren die damit verbundenen Kosten, insbesondere auch für eine adäquate Ausrüstung [30,36-40].

Als Motivationsfaktoren für körperliche Aktivität wurden eine mögliche Verbesserung des psychischen und physischen Wohlbefindens und insbesondere Stressabbau genannt. Auch der Zugewinn an Fitness, Kraft und Energie sowie möglicher Gewichtsverlust und Gewichtskontrolle wurden aufgeführt. Als positiv wurden die Angebote bewertet, die Partnerin / Partner oder die gesamte Familie einbezogen. Die befragten Männer wünschten sich auch Unterstützung und Förderung der Möglichkeiten am Arbeitsplatz [30,36-39].

Männliche Jugendliche, die früher bei schulischen Sportangeboten eher inaktiv waren und jetzt aktiv teilnehmen, berichten, dass Bonusprogramme und eine die aktive Teilnahme unterstützende Haltung durch den Lehrer besser angenommen werden als negative Sanktionen bei Inaktivität. Die Veränderung des Körpergefühls durch körperliche Aktivität wird als eine tief greifende Erfahrung erlebt. Lob und Anerkennung durch den Lehrer spielen eine große Rolle bei der Erlangung von Selbstbewusstsein und bei der Veränderung einer „physischen Identität“. Die an der Studie teilnehmenden Jungen berichten, dass durch mehr Bewegung und körperliches Training aufgrund der Teilnahme an schulischen Angeboten die Aggressivität gegenüber anderen Jungen abnimmt [41].

Bei einer australischen Studie zum Programm „10.000 Schritte am Tag“ berichteten die teilnehmenden Männer mittleren Alters als erste Reaktion auf den Slogan, dass dieser inaktive Menschen abschrecken könnte, da der Umfang der Aktivität vom Titel aus nicht abschätzbar ist. Manche beschreiben, dass sie ein Pedometer kurzfristig nutzen würden, um herauszufinden, wie viel sie laufen. Ein kontinuierlicher Gebrauch wird allerdings von den meisten Teilnehmern abgelehnt [38].

Spaziergehen bzw. Wandern wird als eine effektive und attraktive Form der körperlichen Bewegung verstanden [36,38]. Regelmäßig aktive Männer berichten, dass sie sich verpflichtet fühlen, die Routine aufrechtzuerhalten. Wenn sie Aktivitäten nicht wie gewohnt wahrnehmen, stellen sich Schuldgefühle und Reizbarkeit ein [36].

In einer Studie aus Großbritannien wurden folgende Faktoren identifiziert, die die Wahl des Fahrrades für den Weg zur Arbeit beeinflussen: das Wetter, spezielle Arbeitssituationen wie Besprechungen, Infrastruktur für Fahrräder, Verhalten der Autofahrer, Wert des Radfahrens für das Wohlbefinden sowie Platz und Akzeptanz als Radfahrer im Straßenverkehr [42].

Suchtmittelkonsum

In einer Studie zum Tabakkonsum Jugendlicher in den USA beschreiben die teilnehmenden Jungen, dass der Zugang zu Tabak einfach ist und dass der Erstkonsum mit Freunden erfolgt. Sie berichten, dass das Rauchen das Selbstvertrauen steigert. Dabei wird der Tabakkonsum als Abgrenzung zu anderen und auch als maskulines Zeichen gewertet und es ermöglicht einen Zugang zu verschiedenen sozialen Gruppen. Sie möchten jedoch durch ihren Tabakkonsum kein „schlechtes Vorbild“ für Kinder sein mit der Begründung, dass Tabak schädlich ist und zur Abhängigkeit führen kann [43].

Als Gründe für einen Tabakkonsum werden neben familiären Gewohnheiten auch Stressreduktion, soziale Aspekte und eine beruhigende Wirkung angeführt. Die meisten sehen abhängiges Verhalten bei anderen, aber nicht bei sich selbst. Sie bezeichnen den Konsum als Gewohnheit und sehen ihn nicht als problematisch an. Es wurde in der Studie ein sozialer Druck durch Bezugspersonen gegen das Aufgeben des Rauchens beschrieben. Unterstützung und Hilfe bei der Aufgabe des Rauchens wahrzunehmen wird als „weich“ empfunden [43].

Rauchen und Alkoholkonsum sind für männliche Jugendliche ein wichtiger Teil des sozialen Lebens. Sie rauchen oft am Wochenende gleichzeitig mit dem Konsum von Alkohol. Dabei ist die Bedeutung der Bezugsgruppe sehr groß. Die meisten beschreiben eine Ambivalenz bezüglich ihres Alkoholkonsums. Die Vorteile sind die Akzeptanz in der Gruppe, Freude sowie Bewältigungsstrategien bei Stress. Negative Aspekte sind finanzielle Kosten, Abhängigkeitsgefahr und langfristige Gesundheitsschäden. Die Jugendlichen beschreiben den negativen Einfluss von Rauchen auf die körperliche Fitness. Rauchen wird als Bewältigungsstrategie zum Umgang mit Emotionen wie Wut angeführt [44].

In einer Studie zum Thema Alkohol- und Cannabiskonsum in Verbindung mit der Teilnahme am Autoverkehr in Großbritannien berichten männliche Jugendliche, dass sie die Teilnahme am Straßenverkehr unter Alkoholeinfluss strikt ablehnen. Demgegenüber wird die Teilnahme am Straßenverkehr nach Cannabiskonsum als weniger problematisch angesehen. Die Ursache hierfür vermuten die Autoren in einer Wissenslücke bezüglich der Wirkung von Cannabis [45].

In einer Studie aus den USA wurden junge Menschen zum Thema hochrisikoreicher Alkoholkonsum befragt. Als Gründe für einen solchen Konsum wurden unter anderem „Spaß haben“ angeführt ebenso wie Alkoholkonsum bei Ereignissen wie Geburtstagen und Sportevents, zum Kennenlernen der eigenen Grenzen, zur Erleichterung der Kommunikation, Entspannung und Bewältigung von Langeweile wie auch Alkoholkonsum als „Wettkampf“ zwischen Männern. Negative Aspekte, die mit einem exzessiven Alkoholkonsum verbunden werden, sind die Sorge um den Verlust der Kontrolle über das eigene Verhalten, einen schlechten Eindruck bei Mädchen zu erzeugen und die Auswirkungen auf das Sexualleben [46].

5.2.2.2 Zusammenfassung der potenziellen Informationsbedürfnisse

Der Überblick über die Ergebnisse der qualitativen Forschung zeigt, dass sich die Informationsbedürfnisse nach Lebensalter und Lebenssituation (z. B. junge Männer, Väter, Männer mit gesundheitlichen Problemen, ältere Männer und Männer in unterschiedlichen Berufen) unterscheiden. Themenübergreifend konnten jedoch folgende Aspekte abgeleitet werden, die bei der Planung und Implementierung geschlechtsspezifischer Informationen und Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden sollten.

Es zeigte sich, dass Männer unabhängig vom Thema über möglichen Nutzen und Schaden primärpräventiver Interventionen und der damit verbundenen Verhaltens- oder Lebensstiländerung informiert werden möchten. Insbesondere wurden Erläuterungen zum Zusammenhang von Ernährung, Gewicht, körperlicher Bewegung und Gesundheit gewünscht. Weiterhin war auch von großem Interesse, Möglichkeiten aufgezeigt zu bekommen, wie Verhaltens- und Lebensstiländerungen aufrechterhalten werden können. Die befragten Männer sind vor allem an konkreten Tipps interessiert, die dabei helfen, entsprechende Aktivitäten ohne größeren Aufwand in den beruflichen oder privaten Alltag einzugliedern.

6 Diskussion

Männer gelten gemeinhin als Gesundheitsmuffel. Im Rahmen dieses Projekts wurde jedoch eine Reihe von qualitativen Studien identifiziert, die zeigen, dass Männer durchaus ein großes Informationsbedürfnis zu Fragen der Gesundheit haben – und auch differenzierte Vorstellungen von den Barrieren, die einem gesundheitsbewußt(er)en Lebensstil entgegenstehen. Das Spektrum der Themen, an denen Interesse besteht, ist breit: es umfasst körperliche Aktivität, Ernährung und einen gesunden Lebensstil. Die wichtige Botschaft, die sich aus den Ergebnissen der ausgewerteten Studien ableiten lässt, lautet: Männer denken über ihre Gesundheit nach und wünschen sich klare Aussagen zum möglichen Nutzen von Maßnahmen, die die Gesundheit fördern sollen.

Umso ernüchternder ist das zweite Ergebnis dieses Projektes:

Es wurde keine systematische Übersicht identifiziert, die eine solche valide Aussage zum potenziellen Nutzen oder Schaden bezüglich mänderspezifischer Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung sowohl im privaten als auch im betrieblichen Umfeld zulässt und sich als Basis für die Erarbeitung eines Merkblattes eignet. Auch zum Themenfeld der mänderspezifischen Informationsvermittlung fand sich keine entsprechende Publikation. Zu diesem überraschenden Ergebnis trugen mehrere Faktoren bei.

Zunächst fanden sich bereits im Verlauf der Recherche bzw. Literaturselektion kaum systematische Übersichten von kontrollierten Studien, bei denen der Anteil der männlichen Probanden mindestens 80 % betrug. Auch Publikationen mit einer genderspezifischen Subgruppenanalyse bildeten die Ausnahme. Die untersuchten Interventionen waren ebenfalls fast ohne Ausnahme nicht geschlechtsspezifisch. Zudem waren die wenigen systematischen Übersichten, die einen ausreichenden Anteil männlicher Probanden einschlossen oder entsprechende Subgruppenergebnisse berichteten, mit einer Ausnahme von nicht ausreichender methodischer Qualität und konnten daher nicht als Basis für eine valide Nutzensaussage herangezogen werden. Teilweise waren die eingeschlossenen Primärstudien sehr heterogen bezüglich Interventionen und erhobener Endpunkte, teilweise hatten die eingeschlossenen Primärstudien selbst erhebliche Qualitätsmängel und ein hohes Verzerrungspotenzial. Es fand sich außerdem keine systematische Übersicht zu patientenrelevanten Endpunkten wie Morbidität, Lebensqualität oder Mortalität. Auch mögliche unerwünschte Wirkungen wurden so gut wie nie erfasst. Es wurden lediglich Surrogatparameter wie beispielsweise Blutfettwerte, BMI, Veränderung der Ernährungsgewohnheiten etc. berichtet. Zudem war die Dauer der Nachbeobachtungen häufig relativ kurz. In einigen der identifizierten Arbeiten wurden nicht primärpräventive Maßnahmen im eigentlichen Sinne untersucht, sondern beispielsweise Screeningprogramme für Haut- oder Prostatakrebs.

Letztlich konnte für die untersuchten Fragestellungen nur eine systematische Übersicht aus der Recherche zu Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung ausgewertet werden. In dem eingeschlossenen Cochrane Review [14] wurden Gemeinschafts-

interventionen zur Beeinflussung des Rauchverhaltens bei Erwachsenen in Hinblick auf das Rauchverhalten untersucht. Die Autoren der Übersicht konnten zwar eine Reihe kontrollierter Primärstudien auswerten, aufgrund schlechter Studienqualität und großer Heterogenität der Untersuchungen jedoch keine validen Aussagen über die Wirksamkeit der in den Primärstudien untersuchten Interventionen ableiten. Die Ergebnisse der Primärstudien weisen stattdessen darauf hin, dass die verschiedenen Programme zwar das Bewusstsein und Wissen um die gesundheitlichen Risiken des Rauchens verbessern könnten, ohne allerdings eine Handlungskonsequenz im Sinne eines Rauchverzichts zur Folge zu haben.

Zudem untersuchten die Autoren der Übersichtsarbeit den Effekt von Interventionen zum Rauchverzicht auf Gemeinschaftsebene, also Interventionen, die für potenzielle Leser des Merkblattes nicht frei zugänglich, sondern von einem entsprechenden Angebot am Wohnort abhängig sind. Insofern waren auch Thema und Inhalt der systematischen Übersicht als Basis einer Gesundheitsinformation ungeeignet.

Zusammenfassend konnten wir auf Basis systematischer Übersichten und HTA-Berichte in Hinblick auf mögliche Nutzen- und Schadaspekte keine ausreichend evaluierte mänderspezifische Präventionsmaßnahme identifizieren, die als Grundlage für die Erstellung eines Merkblattes geeignet gewesen wäre.

Ob eine Recherche auf Basis von Primärliteratur zu einem anderen Ergebnis geführt hätte, bleibt spekulativ, scheint aber eher unwahrscheinlich. Eine Arbeitsgruppe am Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln hat geschlechtsübergreifend die Wirksamkeit internationaler Präventionsmaßnahmen und in einer zweiten Arbeit die Effektivität von Bewegungsförderungsprogrammen am Arbeitsplatz auf Basis von Primärliteratur untersucht und dabei auch die Sekundärliteratur berücksichtigt [47,48]. Die Autoren merken ebenfalls an, dass das Defizit der Prävention nicht nur in der fehlenden Methodik für die Evaluation solcher Maßnahmen liegt, sondern in der mangelnden Qualität der Reviews respektive der Primärstudien. Anders als im Kontext der Disease-Management-Programme gibt es in Deutschland keine vom Gesetzgeber vorgegebenen Evaluationsstandards. Häufig wird lediglich die Strukturqualität evaluiert und als ausreichendes Kriterium betrachtet. Bisher gibt es aber keinen Nachweis für eine Korrelation und erst recht nicht für einen kausalen Zusammenhang zwischen der Güte der Strukturqualität und dem möglichen Nutzen einer Präventionsmaßnahme.

Für die Zukunft scheint es dringend erforderlich, eine Finanzierung von Maßnahmen der Primärprävention respektive der Gesundheitsförderung an eine begleitende valide Evaluation zu koppeln. Dabei sind die gleichen Anforderungen zu stellen, wie bei Wirksamkeitsstudien in anderen medizinischen Bereichen. Insbesondere sollten patientenrelevante Zielgrößen, Intervention und Kontrolle Laufzeiten und Nachbeobachtungszeiträume sowie mögliche Störgrößen vorab festgelegt werden. Eine Berücksichtigung der Ergebnisse der qualitativen Forschung bei der Planung und Implementierung geschlechtsspezifischer Informationen und Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung scheint sinnvoll.

7 Fazit

In diesem Projekt identifizierte qualitative Studien zeigen, dass Männer ein vielfältiges Interesse an primärpräventiven Maßnahmen haben, sowohl im beruflichen, als auch im privaten Umfeld.

Im Rahmen des Projektes konnte jedoch keine geeignete Evidenz zu entsprechenden männerspezifischen Maßnahmen der Primärprävention / Gesundheitsförderung identifiziert werden, die die Erstellung von Gesundheitsinformationen nach den Methoden des IQWiG ermöglichte. Hier klafft eine Lücke: Es mangelte an thematisch geeigneten und gleichzeitig qualitativ ausreichenden systematischen Übersichten und HTA-Berichten bzw. aussagekräftigen Interventionsstudien. Aus dem gleichen Grund konnten auch keine wirksamen Maßnahmen zur männerspezifischen Informationsvermittlung benannt werden.

Angesichts der Vielzahl der gesundheitlichen Ratschläge, die Männer (und Frauen) erhalten, ist der Mangel an geeigneten wissenschaftlichen Untersuchungen ein Hinweis, dass diese Ratschläge in der Regel offenbar nicht so wissenschaftlich unterfüttert sind wie Empfehlungen in anderen Bereichen der Medizin. Die Ergebnisse dieses Berichts geben einen Anstoß, Maßnahmen zur Primärprävention / Gesundheitsförderung mit derselben wissenschaftlichen Sorgfalt in guten Studien zu evaluieren, wie es für sonstige gesundheitsbezogene Interventionen den wissenschaftlichen Standard darstellt.

8 Liste der eingeschlossenen Studien

8.1 Systematische Reviews und HTA-Berichte

Secker-Walker R, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD001745.

8.2 Qualitative Studien

Amos A, Bostock Y. Young people, smoking and gender a qualitative exploration. *Health Educ Res* 2007; 22(6): 770-781.

Barnes MC, Buck R, Williams G, Webb K, Aylward M. Beliefs about common health problems and work: a qualitative study. *Soc Sci Med* 2008; 67(4): 657-665.

Booth ML, Wilkenfeld RL, Pagnini DL, Booth SL, King LA. Perceptions of adolescents on overweight and obesity: the weight of opinion study. *J Paediatr Child Health* 2008; 44(5): 248-252.

Brooks F, Magnusson J. Taking part counts: adolescents' experiences of the transition from inactivity to active participation in school-based physical education. *Health Educ Res* 2006; 21(6): 872-883.

Burgoyne LN, Woods C, Coleman R, Perry IJ. Neighbourhood perceptions of physical activity: a qualitative study. *BMC Public Health* 2008; 8: 101.

Burton NW, Turrell G, Oldenburg B. Participation in recreational physical activity: why do socioeconomic groups differ? *Health Educ Behav* 2003; 30(2): 225-244.

Burton NW, Walsh A, Brown WJ. It just doesn't speak to me: mid-aged men's reactions to '10,000 Steps a Day'. *Health Promot J Austr* 2008; 19(1): 52-59.

Coghill N, Cooper AR. Motivators and de-motivators for adherence to a program of sustained walking. *Prev Med* 2009; 49(1): 24-27.

Croll JK, Neumark-Sztainer D, Story M. Healthy eating: what does it mean to adolescents? *J Nutr Educ* 2001; 33(4): 193-198.

Danton K, Misselke L, Bacon R, Done J. Attitudes of young people toward driving after smoking cannabis or after drinking alcohol. *Health Educ J* 2003; 62(1): 50-60.

De Souza P, Ciclitira KE. Men and dieting: a qualitative analysis. *J Health Psychol* 2005; 10(6): 793-804.

Dodd V, Glassman T, Arthur A, Webb M, Miller M. Why underage college students drink in excess: qualitative research findings. *American Journal of Health Education* 2010; 41(2): 93-101.

Dumbrell S, Mathai D. Getting young men to eat more fruit and vegetables: a qualitative investigation. *Health Promot J Austr* 2008; 19(3): 216-221.

Gough B, Conner MT. Barriers to healthy eating amongst men: a qualitative analysis. *Soc Sci Med* 2006; 62(2): 387-395.

Greaney ML, Less FD, White AA, Dayton SF, Riebe D, Blissmer B et al. College students' barriers and enablers for healthful weight management: a qualitative study. *J Nutr Educ Behav* 2009; 41(4): 281-286.

Herbert G, Butler L, Kennedy O, Lobb A. Young UK adults and the 5 A DAY campaign: perceived benefits and barriers of eating more fruits and vegetables. *Int J Consum Stud* 2010; 34(6): 657-664.

Kehler D, Christensen B, Lauritzen T, Christensen MB, Edwards A, Risor MB. Cardiovascular-risk patients' experienced benefits and unfulfilled expectations from preventive consultations: a qualitative study. *Qual Prim Care* 2008; 16(5): 315-325.

Kehler D, Christensen B, Lauritzen T, Christensen MB, Edwards A, Risor MB. Ambivalence related to potential lifestyle changes following preventive cardiovascular consultations in general practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 50.

Kubik MY, Lytle L, Fulkerson JA. Fruits, vegetables, and football: findings from focus groups with alternative high school students regarding eating and physical activity. *J Adolesc Health* 2005; 36(6): 494-500.

Landstrom E, Hursti Koivisto UK, Magnusson M. "Functional foods compensate for an unhealthy lifestyle": some Swedish consumers' impressions and perceived need of functional foods. *Appetite* 2009; 53(1): 34-43.

Malterud K, Hollnagel H, Witt K. Gendered health resources and coping: a study from general practice. *Scand J Public Health* 2001; 29(3): 183-188.

McKenna J, Whatling M. Qualitative accounts of urban commuter cycling. *Health Educ* 2007; 107(5): 448-462.

O'Brien R, Hunt K, Hart G. 'The average Scottish man has a cigarette hanging out of his mouth, lying there with a portion of chips': prospects for change in Scottish men's constructions of masculinity and their health-related beliefs and behaviours. *Crit Public Health* 2009; 19(3-4): 363-381.

Oliffe JL, Ogradniczuk JS, Bottorff JL, Johnson JL, Hoyak K. "You feel like you can't live anymore": suicide from the perspectives of men who experience depression. *Soc Sci Med* 2010; 74(4): 506-514.

Power TG, Bindler RC, Goetz S, Daratha KB. Obesity prevention in early adolescence: student, parent, and teacher views. *J Sch Health* 2010; 80(1): 13-19.

Rolnick SJ, Calvi J, Heimendinger J, McClure JB, Kelley M, Johnson C et al. Focus groups inform a web-based program to increase fruit and vegetable intake. *Patient Educ Couns* 2009; 77(2): 314-318.

Rothwell E, Lamarque J. The use of focus groups to compare tobacco attitudes and behaviors between youth in urban and rural settings. *Health Promot Pract* 2010; 12(4): 551-560.

Sheridan SL, Behrend L, Vu MB, Meier A, Griffith JM, Pignone MP. Individuals' responses to global CHD risk: a focus group study. *Patient Educ Couns* 2009; 76(2): 233-239.

Sloan C, Gough B, Conner M. Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychol Health* 2010; 25(7): 783-803.

Verdonk P, Seesing H, De Rijk A. Doing masculinity, not doing health? A qualitative study among Dutch male employees about health beliefs and workplace physical activity. *BMC Public Health* 2010; 10: 712.

Wandel M, Roos G. Work, food and physical activity: a qualitative study of coping strategies among men in three occupations. *Appetite* 2005; 44(1): 93-102.

Wandel M, Roos G. Age perceptions and physical activity among middle-aged men in three occupational groups. *Soc Sci Med* 2006; 62(12): 3024-3034.

Weaver NF, Hayes L, Unwin NC, Murtagh MJ. "Obesity" and "clinical obesity" men's understandings of obesity and its relation to the risk of diabetes: a qualitative study. *BMC Public Health* 2008; 8: 311.

White A, Conrad D, Branney P. Targeting men's weight in the workplace. *J Mens Health* 2008; 5(2): 133-140.

Wu B, Goins RT, Laditka JN, Ignatenko V, Goedereis E. Gender differences in views about cognitive health and healthy lifestyle behaviors among rural older adults. *Gerontologist* 2009; 49(Suppl 1): S72-S78.

Ziebland S, Robertson J, Jay J, Neil A. Body image and weight change in middle age: a qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(8): 1083-1091.

9 Literatur

1. White A, Fawcner HJ, Holmes M. Is there a case for differential treatment of young men and women? *Med J Aust* 2006; 185(8): 454-455.
2. Hurrelmann K, Quenzel G. Geschlecht und Gesundheit. *Public Health Forum* 2011; 19(2): 2.e1-2.e3.
3. Dinges M. Männlichkeit und Gesundheit: aktuelle Debatte und historische Perspektive. In: Bardehle D, Stiehler M (Ed). *Erster deutscher Männergesundheitsbericht: ein Pilotbericht*. München: Zuckschwerdt; 2010. S. 2-16.
4. Robert Koch-Institut. *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: RKI; 2006. URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=56195447&p_lfd_nr=1.
5. Bardehle D. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Männern. In: Bardehle D, Stiehler M (Ed). *Erster deutscher Männergesundheitsbericht: ein Pilotbericht*. München: Zuckschwerdt; 2010. S. 17-27.
6. Hagen C, Starker A. Epidemiologie: was fällt auf? Unterschiede in der Gesundheit von Frauen und Männern. *Public Health Forum* 2011; 19(2): 4.e1-4.e3.
7. White A, De Sousa B, De Visser R, Hogston R, Madsen SA, Makara P. *The state of men's health in Europe*. Brüssel: European Commission; 2011. URL: http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/men_health_report_en.pdf.
8. White AK, Banks I. Men and help seeking. In: Kirby RS, Carson CC III, White A, Kirby MG (Ed). *Men's health*. New York: Informa Healthcare; 2009. S. 505-514.
9. Zelen K, Strippel H. *Präventionsbericht 2010: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung; Berichtsjahr 2009* [online]. 11.2010 [Zugriff: 18.07.2012]. URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/Praeventionsbericht_2010.pdf.
10. Handschuch M, Strippel H. *Präventionsbericht 2008: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung; Berichtsjahr 2007* [online]. 12.2008 [Zugriff: 18.07.2012]. URL: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2008_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf.
11. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Allgemeine Methoden: Version 4.0* [online]. 23.09.2011 [Zugriff: 24.10.2011]. URL: https://www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_4_0.pdf.

12. Oxman AD, Guyatt GH. Validation of an index of the quality of review articles. *J Clin Epidemiol* 1991; 44(11): 1271-1278.
13. Oxman AD, Guyatt GH, Singer J, Goldsmith CH, Hutchison BG, Milner RA et al. Agreement among reviewers of review articles. *J Clin Epidemiol* 1991; 44(1): 91-98.
14. Secker-Walker R, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD001745.
15. Barnes MC, Buck R, Williams G, Webb K, Aylward M. Beliefs about common health problems and work: a qualitative study. *Soc Sci Med* 2008; 67(4): 657-665.
16. Verdonk P, Seesing H, De Rijk A. Doing masculinity, not doing health? A qualitative study among Dutch male employees about health beliefs and workplace physical activity. *BMC Public Health* 2010; 10: 712.
17. White A, Conrad D, Branney P. Targeting men's weight in the workplace. *J Mens Health* 2008; 5(2): 133-140.
18. Malterud K, Hollnagel H, Witt K. Gendered health resources and coping: a study from general practice. *Scand J Public Health* 2001; 29(3): 183-188.
19. Sloan C, Gough B, Conner M. Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychol Health* 2010; 25(7): 783-803.
20. O'Brien R, Hunt K, Hart G. 'The average Scottish man has a cigarette hanging out of his mouth, lying there with a portion of chips': prospects for change in Scottish men's constructions of masculinity and their health-related beliefs and behaviours. *Crit Public Health* 2009; 19(3-4): 363-381.
21. Wu B, Goins RT, Laditka JN, Ignatenko V, Goedereis E. Gender differences in views about cognitive health and healthy lifestyle behaviors among rural older adults. *Gerontologist* 2009; 49(Suppl 1): S72-S78.
22. Wandel M, Roos G. Age perceptions and physical activity among middle-aged men in three occupational groups. *Soc Sci Med* 2006; 62(12): 3024-3034.
23. Power TG, Bindler RC, Goetz S, Daratha KB. Obesity prevention in early adolescence: student, parent, and teacher views. *J Sch Health* 2010; 80(1): 13-19.
24. Weaver NF, Hayes L, Unwin NC, Murtagh MJ. "Obesity" and "clinical obesity" men's understandings of obesity and its relation to the risk of diabetes: a qualitative study. *BMC Public Health* 2008; 8: 311.

25. Rolnick SJ, Calvi J, Heimendinger J, McClure JB, Kelley M, Johnson C et al. Focus groups inform a web-based program to increase fruit and vegetable intake. *Patient Educ Couns* 2009; 77(2): 314-318.
26. De Souza P, Ciclitira KE. Men and dieting: a qualitative analysis. *J Health Psychol* 2005; 10(6): 793-804.
27. Dumbrell S, Mathai D. Getting young men to eat more fruit and vegetables: a qualitative investigation. *Health Promot J Austr* 2008; 19(3): 216-221.
28. Herbert G, Butler L, Kennedy O, Lobb A. Young UK adults and the 5 A DAY campaign: perceived benefits and barriers of eating more fruits and vegetables. *Int J Consum Stud* 2010; 34(6): 657-664.
29. Croll JK, Neumark-Sztainer D, Story M. Healthy eating: what does it mean to adolescents? *J Nutr Educ* 2001; 33(4): 193-198.
30. Kubik MY, Lytle L, Fulkerson JA. Fruits, vegetables, and football: findings from focus groups with alternative high school students regarding eating and physical activity. *J Adolesc Health* 2005; 36(6): 494-500.
31. Ziebland S, Robertson J, Jay J, Neil A. Body image and weight change in middle age: a qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(8): 1083-1091.
32. Greaney ML, Less FD, White AA, Dayton SF, Riebe D, Blissmer B et al. College students' barriers and enablers for healthful weight management: a qualitative study. *J Nutr Educ Behav* 2009; 41(4): 281-286.
33. Booth ML, Wilkenfeld RL, Pagnini DL, Booth SL, King LA. Perceptions of adolescents on overweight and obesity: the weight of opinion study. *J Paediatr Child Health* 2008; 44(5): 248-252.
34. Sheridan SL, Behrend L, Vu MB, Meier A, Griffith JM, Pignone MP. Individuals' responses to global CHD risk: a focus group study. *Patient Educ Couns* 2009; 76(2): 233-239.
35. Kehler D, Christensen B, Lauritzen T, Christensen MB, Edwards A, Risor MB. Cardiovascular-risk patients' experienced benefits and unfulfilled expectations from preventive consultations: a qualitative study. *Qual Prim Care* 2008; 16(5): 315-325.
36. Burgoyne LN, Woods C, Coleman R, Perry IJ. Neighbourhood perceptions of physical activity: a qualitative study. *BMC Public Health* 2008; 8: 101.
37. Burton NW, Turrell G, Oldenburg B. Participation in recreational physical activity: why do socioeconomic groups differ? *Health Educ Behav* 2003; 30(2): 225-244.
38. Burton NW, Walsh A, Brown WJ. It just doesn't speak to me: mid-aged men's reactions to '10,000 Steps a Day'. *Health Promot J Austr* 2008; 19(1): 52-59.

39. Coghill N, Cooper AR. Motivators and de-motivators for adherence to a program of sustained walking. *Prev Med* 2009; 49(1): 24-27.
40. Wandel M, Roos G. Work, food and physical activity: a qualitative study of coping strategies among men in three occupations. *Appetite* 2005; 44(1): 93-102.
41. Brooks F, Magnusson J. Taking part counts: adolescents' experiences of the transition from inactivity to active participation in school-based physical education. *Health Educ Res* 2006; 21(6): 872-883.
42. McKenna J, Whatling M. Qualitative accounts of urban commuter cycling. *Health Educ* 2007; 107(5): 448-462.
43. Rothwell E, Lamarque J. The use of focus groups to compare tobacco attitudes and behaviors between youth in urban and rural settings. *Health Promot Pract* 2010; 12(4): 551-560.
44. Amos A, Bostock Y. Young people, smoking and gender a qualitative exploration. *Health Educ Res* 2007; 22(6): 770-781.
45. Danton K, Misselke L, Bacon R, Done J. Attitudes of young people toward driving after smoking cannabis or after drinking alcohol. *Health Educ J* 2003; 62(1): 50-60.
46. Dodd V, Glassman T, Arthur A, Webb M, Miller M. Why underage college students drink in excess: qualitative research findings. *American Journal of Health Education* 2010; 41(2): 93-101.
47. Lungen M, Schröer-Günther MA, Passon AM, Gerber A, Lauterbach KW. Evidenz der Wirksamkeit internationaler Präventionsmaßnahmen und Auswirkungen auf ein deutsches Präventionsgesetz. *Med Klin (Munich)* 2009; 104(2): 101-107.
48. Passon AM, Gerber A, Schröer-Günther MA. Effektivitätsnachweise in der Prävention am Beispiel von Bewegungsförderungsprogrammen am Arbeitsplatz. *Zbl Arbeitsmed* 2011; 61(3): 100-104.
49. Wong SS, Wilczynski NL, Haynes RB. Comparison of top-performing search strategies for detecting clinically sound treatment studies and systematic reviews in MEDLINE and EMBASE. *J Med Libr Assoc* 2006; 94(4): 451-455.
50. Eady AM, Wilczynski NL, Haynes RB. PsycINFO search strategies identified methodologically sound therapy studies and review articles for use by clinicians and researchers. *J Clin Epidemiol* 2008; 61(1): 34-40.
51. McKibbin KA, Wilczynski NL, Haynes RB. Developing optimal search strategies for retrieving qualitative studies in PsycINFO. *Eval Health Prof* 2006; 29(4): 440-454.

Anhang A – Suchstrategien**Suche nach Systematische Übersichten zu Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Männern****1. EMBASE*****Suchoberfläche: Ovid***

- EMBASE 1980 to 2011 March 28

Es wurde folgender Filter übernommen: Systematic Review: Wong [49] – High specificity strategy

| # | Searches |
|----|--|
| 1 | Workplace/pc or exp Physical Activity/pc or exp Exercise/pc or Fitness/pc or exp Stress/pc or Anxiety/pc or exp Depression/pc or Suicide/pc or Alcohol Consumption/pc or Cigarette Smoking/pc or Pathological Gambling/pc or Obesity/pc or Weight Reduction/pc or exp Diet/pc or Lifestyle Modification/pc |
| 2 | Health Promotion/ |
| 3 | Preventive Medicine/ |
| 4 | Health Program/ |
| 5 | (health* adj3 (promot* or effects or intervention* or behavior* or behaviour*)).ti,ab. |
| 6 | ((prevent* or promot*) adj3 (primary or intervention*)).ti,ab. |
| 7 | or/1-6 |
| 8 | Workplace/ |
| 9 | (workplace* or worksite).ti,ab. |
| 10 | or/8-9 |
| 11 | exp Physical Activity/ |
| 12 | exp Exercise/ |
| 13 | Fitness/ |
| 14 | (physical activity or exercise*).ti,ab. |
| 15 | or/11-14 |
| 16 | exp Stress/ |
| 17 | Anxiety/ |
| 18 | exp Depression/ |
| 19 | Suicide/ |
| 20 | (depression or suicide* or burnout*).ti,ab. |
| 21 | (mental* adj3 (illness or disorder)).ti,ab. |

| # | Searches |
|----|--|
| 22 | or/16-21 |
| 23 | Alcohol Consumption/ |
| 24 | Cigarette Smoking/ |
| 25 | Pathological Gambling/ |
| 26 | (tobacco or smoking or gambling).ti,ab. |
| 27 | (alcohol adj3 (abuse or misuse or consumption or intake)).ti,ab. |
| 28 | or/23-27 |
| 29 | Obesity/ |
| 30 | Weight Reduction/ |
| 31 | exp Diet/ |
| 32 | (dietary advice or nutrition or obesity or overweight).ti,ab. |
| 33 | (weight adj3 (loss or gain or body)).ti,ab. |
| 34 | or/29-33 |
| 35 | Lifestyle Modification/ |
| 36 | lifestyle*.ti,ab. |
| 37 | or/35-36 |
| 38 | (meta analysis or systematic review or Medline).tw. |
| 39 | 7 and (10 or 15 or 22 or 28 or 34 or 37) and 38 |
| 40 | limit 39 to yr="2006 -Current" |

2. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) 1948 to March Week 3 2011
- Ovid MEDLINE(R) Daily Update March 28, 2011
- Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations March 28, 2011

Es wurde folgender Filter übernommen: Systematic Review: Systematic Review: Wong [49]
– High specificity strategy

| # | Searches |
|----|--|
| 1 | Workplace/pc or exp Exercise/pc or Physical Fitness/pc or exp Stress, Psychological/pc or Depression/pc or Suicide/pc or Alcohol Drinking/pc or Smoking/pc or Gambling/pc or exp Diet/pc or exp Obesity/pc or exp Overweight/pc or exp Life Style/pc |
| 2 | exp Health Promotion/ |
| 3 | Health Behavior/ |
| 4 | Primary Prevention/ |
| 5 | Preventive Health Services/ |
| 6 | (health* adj3 (promot* or effects or intervention* or behavior* or behaviour*)).ti,ab. |
| 7 | ((prevent* or promot*) adj3 (primary or intervention*)).ti,ab. |
| 8 | or/1-7 |
| 9 | Workplace/ |
| 10 | (workplace* or worksite).ti,ab. |
| 11 | or/9-10 |
| 12 | exp Exercise/ |
| 13 | Physical Fitness/ |
| 14 | (physical activity or exercise*).ti,ab. |
| 15 | or/12-14 |
| 16 | exp Stress, Psychological/ |
| 17 | Depression/ |
| 18 | Suicide/ |
| 19 | (depression or suicide* or burnout*).ti,ab. |
| 20 | (mental* adj3 (illness or disorder)).ti,ab. |
| 21 | or/16-20 |
| 22 | Alcohol Drinking/ |

| # | Searches |
|----|--|
| 23 | Smoking/ |
| 24 | Gambling/ |
| 25 | (tobacco or smoking or gambling).ti,ab. |
| 26 | (alcohol adj3 (abuse or misuse or consumption or intake)).ti,ab. |
| 27 | or/22-26 |
| 28 | exp Diet/ |
| 29 | exp Obesity/ |
| 30 | exp Overweight/ |
| 31 | (dietary advice or nutrition or obesity or overweight).ti,ab. |
| 32 | (weight adj3 (loss or gain or body)).ti,ab. |
| 33 | or/28-32 |
| 34 | exp Life Style/ |
| 35 | lifestyle*.ti,ab. |
| 36 | or/34-35 |
| 37 | cochrane database of systematic reviews.jn. |
| 38 | search.tw. |
| 39 | meta analysis.pt. |
| 40 | medline.tw. |
| 41 | systematic review.tw. |
| 42 | or/37-41 |
| 43 | 8 and (11 or 15 or 21 or 27 or 33 or 36) and 42 |
| 44 | Men`s Health/ |
| 45 | and/42,44 |
| 46 | or/43,45 |
| 47 | limit 46 to yr="2006 -Current" |

3. PubMed

Suchoberfläche: NLM

- PubMed – as supplied by publisher
- PubMed – in process
- PubMed – OLDMEDLINE
- PubMed – pubmednotmedline

| Search | Most Recent Queries |
|--------|--|
| #1 | Search (health*[tiab] or healthy[tiab]) and (promot*[tiab] or effects[tiab] or intervention*[tiab] or behavior*[tiab] or behaviour*[tiab]) |
| #2 | Search (prevent*[tiab] or promot*[tiab]) and (primary[tiab] or intervention*[tiab]) |
| #3 | Search #1 or #2 |
| #4 | Search workplace*[tiab] or worksite[tiab] or physical activity[tiab] or exercise*[tiab] or mental* illness[tiab] or mental* disorder[tiab] or depression[tiab] or suicide*[tiab] or burnout*[tiab] or alcohol[tiab] or tobacco[tiab] or smoking[tiab] or gambling[tiab] or dietary advice[tiab] or nutrition[tiab] or obesity[tiab] or overweight[tiab] or weight gain[tiab] or weight loss[tiab] or body weight[tiab] or lifestyle*[tiab] |
| #5 | Search search[tiab] or meta analysis[tiab] or medline[tiab] or systematic review[tiab] |
| #6 | Search #3 and #4 and #5 |
| #7 | Search #6 NOT Medline[sb] |
| #8 | Search (#7) AND "2006"[Publication Date] : "3000"[Publication Date] |

4. The Cochrane Library

Suchoberfläche: Wiley

- Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews), Issue 3, 2011
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (Other Reviews), Issue 1, 2011
- Health Technology Assessment Database (Technology Assessments), Issue 1 , 2011

| ID | Search |
|-----|--|
| #1 | MeSH descriptor Workplace explode all trees with qualifier: PC |
| #2 | MeSH descriptor Exercise explode all trees with qualifier: pc |
| #3 | MeSH descriptor Physical Fitness explode all trees with qualifier: PC |
| #4 | MeSH descriptor Stress, Psychological explode all trees with qualifier: PC |
| #5 | MeSH descriptor Depression explode all trees with qualifier: PC |
| #6 | MeSH descriptor Suicide explode all trees with qualifier: PC |
| #7 | MeSH descriptor Alcohol Drinking explode all trees with qualifier: PC |
| #8 | MeSH descriptor Smoking explode all trees with qualifier: PC |
| #9 | MeSH descriptor Gambling explode all trees with qualifier: PC |
| #10 | MeSH descriptor Diet explode all trees with qualifier: PC |
| #11 | MeSH descriptor Obesity explode all trees with qualifier: PC |
| #12 | MeSH descriptor Overweight explode all trees with qualifier: PC |
| #13 | MeSH descriptor Life Style explode all trees with qualifier: PC |
| #14 | MeSH descriptor Health Promotion explode all trees |
| #15 | MeSH descriptor Health Behavior explode all trees |
| #16 | MeSH descriptor Primary Prevention explode all trees |
| #17 | MeSH descriptor Preventive Health Services explode all trees |
| #18 | (health* NEAR/3 (promot* or effects or intervention* or behavior* or behaviour*)):ti,ab |
| #19 | ((prevent* or promot*) NEAR/3 (primary or intervention*)):ti,ab |
| #20 | (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19) |
| #21 | MeSH descriptor Workplace explode all trees |
| #22 | (workplace* or worksite):ti,ab |
| #23 | (#21 OR #22) |
| #24 | MeSH descriptor Exercise explode all trees |
| #25 | MeSH descriptor Physical Fitness explode all trees |
| #26 | (physical activity or exercise*):ti,ab |
| #27 | (#24 OR #25 OR #26) |
| #28 | MeSH descriptor Stress, Psychological explode all trees |

| ID | Search |
|-----------|--|
| #29 | MeSH descriptor Depression explode all trees |
| #30 | MeSH descriptor Suicide explode all trees |
| #31 | (mental* or depression or suicide* or burnout*):ti,ab |
| #32 | (#28 OR #29 OR #30 OR #31) |
| #33 | MeSH descriptor Alcohol Drinking explode all trees |
| #34 | MeSH descriptor Smoking explode all trees |
| #35 | MeSH descriptor Gambling explode all trees |
| #36 | (alcohol or tobacco or smoking or gambling):ti,ab |
| #37 | (#33 OR #34 OR #35 OR #36) |
| #38 | MeSH descriptor Diet explode all trees |
| #39 | MeSH descriptor Obesity explode all trees |
| #40 | MeSH descriptor Overweight explode all trees |
| #41 | (dietary advice or nutrition or obesity or overweight):ti,ab |
| #42 | (weight Near/3 (loss or gain or body)):ti,ab |
| #43 | (#38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42) |
| #44 | MeSH descriptor Life Style explode all trees |
| #45 | lifestyle*:ti,ab |
| #46 | (#44 OR #45) |
| #47 | (#20 AND (#23 OR #27 OR #32 OR #37 OR #43 OR #46)) |
| #48 | (#47), from 2006 to 2011 |

Suche nach Systematischen Übersichten zum Thema „Männerspezifische Informationsvermittlung“

1. EMBASE

Suchoberfläche: Ovid

- EMBASE 1980 to 2011 May 26

Es wurde folgender Filter übernommen: Systematic Review: Wong [49] – High specificity strategy

| # | Searches |
|----|---|
| 1 | exp *Health Behavior/ |
| 2 | exp *Health Education/ |
| 3 | exp *Interpersonal Communication/ |
| 4 | (behavio?r* or education* or tailored or target* or knowledge or attitude* or inform or information or educate or teach or counsel* or communicat*).ti. |
| 5 | or/1-4 |
| 6 | *Male/ |
| 7 | Sex Factors/ |
| 8 | Men's Health/ |
| 9 | Masculinity/ |
| 10 | *Men/ |
| 11 | (gender* or male* or masculin* or men).ti. |
| 12 | or/6-11 |
| 13 | (meta analysis or systematic review or Medline).tw. |
| 14 | and/5,12-13 |
| 15 | limit 14 to yr="2006 -Current" |

2. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) 1948 to May Week 3 2011
- Ovid MEDLINE(R) Daily Update May 26, 2011
- Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations May 26, 2011

Es wurde folgender Filter übernommen: Systematic Review: Wong [49] – High specificity strategy

| # | Searches |
|----|---|
| 1 | exp *Attitude to Health/ |
| 2 | *Health Education/ |
| 3 | *Patient Education as Topic/ |
| 4 | exp *Communication/ |
| 5 | (behavio?r* or education* or tailored or target* or knowledge or attitude* or inform or information or educate or teach or counsel* or communicat*).ti. |
| 6 | or/1-5 |
| 7 | *Male/ |
| 8 | Sex Factors/ |
| 9 | Men's Health/ |
| 10 | Masculinity/ |
| 11 | *Men/ |
| 12 | (gender* or male* or masculin* or men).ti. |
| 13 | or/7-12 |
| 14 | cochrane database of systematic reviews.jn. |
| 15 | search.tw. |
| 16 | meta analysis.pt. |
| 17 | medline.tw. |
| 18 | systematic review.tw. |
| 19 | or/14-18 |
| 20 | and/6,13,19 |
| 21 | limit 20 to yr="2006 -Current" |

3. PsycINFO

Suchoberfläche: Ovid

- PsycINFO 1806 to May Week 4 2011

Es wurde folgender Filter übernommen: Systematic Review: Eady [50] – “Combination of terms - best specificity”

| # | Searches |
|----|---|
| 1 | *Health Attitudes/ |
| 2 | exp *Health Education/ |
| 3 | *Client Education/ |
| 4 | exp *Communication/ |
| 5 | *Communication Barriers/ |
| 6 | (behavio?r* or education* or tailored or target* or knowledge or attitude* or inform or information or educate or teach or counsel* or communicat*).ti. |
| 7 | or/1-6 |
| 8 | exp *Human Males/ |
| 9 | exp *Human Sex Differences/ |
| 10 | *Masculinity/ |
| 11 | (gender* or male* or masculin* or men).ti. |
| 12 | or/8-11 |
| 13 | exp *Sex Role Attitudes/ |
| 14 | *Male Attitudes/ |
| 15 | or/13-14 |
| 16 | (7 and 12) or 15 |
| 17 | (meta-analysis or search*).tw. |
| 18 | and/16-17 |
| 19 | limit 18 to yr="2006 -Current" |

4. PubMed

Suchoberfläche: NLM

- PubMed – as supplied by publisher
- PubMed – in process
- PubMed – OLDMEDLINE
- PubMed – pubmednotmedline

| Search | Most Recent Queries |
|--------|---|
| #1 | Search behavior*[ti] or behaviour*[ti] or education*[ti] or tailored[ti] or target*[ti] or knowledge[ti] or attitude*[ti] or inform[ti] or information[ti] or educate[ti] or teach[ti] or counsel*[ti] or communicat*[ti] |
| #2 | Search gender*[ti] or male*[ti] or masculin*[ti] or men[ti] |
| #3 | Search search[tiab] or meta analysis[tiab] or medline[tiab] or systematic review[tiab] |
| #4 | Search #1 and #2 and #3 |
| #5 | Search #4 NOT Medline[sb] |
| #6 | Search (#5) AND "2006"[Publication Date] : "3000"[Publication Date] |

5. The Cochrane Library

Suchoberfläche: Wiley

- Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews), Issue 3, 2011
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (Other Reviews), Issue 1, 2011
- Health Technology Assessment Database (Technology Assessments), Issue 1, 2011

| ID | Search |
|-----|---|
| #1 | MeSH descriptor Attitude to Health explode all trees |
| #2 | MeSH descriptor Health Education explode all trees |
| #3 | MeSH descriptor Patient Education as Topic explode all trees |
| #4 | MeSH descriptor Communication explode all trees |
| #5 | (behavior* or behaviour* or education* or tailored or target* or knowledge or attitude* or inform or information or educate or teach or counsel* or communicat*):ti |
| #6 | (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5) |
| #7 | MeSH descriptor Sex Factors explode all trees |
| #8 | MeSH descriptor Men's Health explode all trees |
| #9 | MeSH descriptor Masculinity explode all trees |
| #10 | MeSH descriptor Men explode all trees |
| #11 | (gender* or male* or masculin* or men):ti |
| #12 | (#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11) |
| #13 | (#6 AND #12) |
| #14 | (#13), from 2006 to 2011 |

Suche nach qualitativen Studien zu Informationsbedürfnissen von Männern

1. CINAHL

Suchoberfläche: EBSCO

Es wurde folgender Filter übernommen: Qualitative Search: McKibbon [51] – “Two or more terms strategies, high specificity”, zusätzlich Zeile 58 und 59

| Search ID# | Search Terms |
|------------|---|
| S1 | (MH "Health Promotion+") |
| S2 | (MH "Preventive Health Care+") |
| S3 | TX ((health* N3 promot*) or (health* N3 problems) or (health* N3 issues) or (health* N3 habits) or (health* N3 effects) or (health* N3 intervention*)) |
| S4 | TX (((prevent* N3 primary) or (prevent* N3 intervention*) or (prevent* N3 programs) or (promot* N3 primary) or (promot* N3 intervention*) or (promot* N3 programs))) |
| S5 | S1 or S2 or S3 or S4 |
| S6 | (MM "Work") |
| S7 | (MM "Work Environment") |
| S8 | TX workplace* or worksite |
| S9 | S6 or S7 or S8 |
| S10 | (MM "Physical Activity") |
| S11 | (MM "Sports+") |
| S12 | (MM "Exercise+") |
| S13 | (MM "Physical Fitness+") |
| S14 | TX physical activity or exercise* |
| S15 | (S10 or S11 or S12 or S13 or S14) |
| S16 | (MM "Stress+") |
| S17 | (MM "Stress, Occupational") |
| S18 | (MM "Depression+") |
| S19 | (MM "Burnout, Professional") |
| S20 | (MM "Suicide") |
| S21 | TX (stress or depression or suicide* or burnout*) |
| S22 | TX ((mental* N3 illness) or (mental* N3 disorder*)) |
| S23 | S16 or S17 or S18 or S19 or S20 or S21 or S22 |
| S24 | (MM "Alcohol Drinking") |
| S25 | (MM "Substance Dependence+") |

| Search ID# | Search Terms |
|-------------------|---|
| S26 | (MM "Risk Taking Behavior") |
| S27 | (MM "Gambling") |
| S28 | TX tobacco or smoking or gambling |
| S29 | TX ((alcohol N3 abuse) or (alcohol N3 misuse) or (alcohol N3 consumption) or (alcohol N3 intake)) |
| S30 | S24 or S25 or S26 or S27 or S28 or S29 |
| S31 | (MM "Body Weight+") |
| S32 | (MM "Body Weight Changes+") |
| S33 | (MM "Obesity") |
| S34 | (MM "Diet+") |
| S35 | (MM "Eating Behavior+") |
| S36 | TX (dietary advice or nutrition or obesity or (weight N3 body) or (weight N3 gain) or (weight N3 loss)) |
| S37 | S31 or S32 or S33 or S34 or S35 or S36 |
| S38 | (MM "Life Style") |
| S39 | TX lifestyle* |
| S40 | S38 or S39 |
| S41 | S9 or S15 or S23 or S30 or S37 or S40 |
| S42 | (MH "Health Behavior") |
| S43 | (MH "Attitude to Health") |
| S44 | (MH "Health Beliefs") |
| S45 | (MH "Life Style Changes") |
| S46 | TX health* and (attitude* or aware* or barrier* or behavior* or behaviour* or belief* or perceive*) |
| S47 | S42 or S43 or S44 or S45 or S46 |
| S48 | (MH "Male") |
| S49 | (MH "Gender Identity") |
| S50 | (MH "Men's Health") |
| S51 | (MH "Sex Factors") |
| S52 | (MH "Men") |
| S53 | TX gender* or male* or masculin* or men |
| S54 | S48 or S49 or S50 or S51 or S52 or S53 |
| S55 | (MM "Men's Health") |
| S56 | (MH "Grounded Theory") |
| S57 | thematic analysis |

| Search ID# | Search Terms |
|------------|--|
| S58 | (MH "Focus Groups") |
| S59 | (MH "Qualitative Studies") |
| S60 | S56 or S57 or S58 or S59 |
| S61 | S5 and S41 and S47 and S54 and S60 |
| S62 | S55 and S60 |
| S63 | S61 or S62 , Limiters - Published Date from: 20010101-20110431 |

2. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) 1948 to March Week 4 2011
- Ovid MEDLINE(R) Daily Update March 31, 2011
- Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations March 31, 2011

Es wurde folgender Filter übernommen: Qualitative Search: McKibbon [51] – “Two or more terms strategies, high specificity”, zusätzlich Zeile 48 und 49

| # | Searches |
|----|---|
| 1 | *Workplace/pc or exp *Exercise/pc or *Physical Fitness/pc or exp *Stress, Psychological/pc or *Depressive Disorders/ or *Suicide/pc or *Alcohol Drinking/pc or *Substance-Related Disorder/ or *Smoking/pc or *Gambling/pc or exp *Diet/pc or exp *Obesity/pc or *Feeding Behavior/pc or exp *Life Style/pc |
| 2 | exp Health Promotion/ |
| 3 | (health* adj3 (promot* or problems or issues or habits or effects or intervention*)),ti,ab. |
| 4 | ((prevent* or promot*) adj3 (primary or intervention* or programs)),ti,ab. |
| 5 | or/1-4 |
| 6 | *Workplace/ |
| 7 | (workplace* or worksite).ti,ab. |
| 8 | or/6-7 |
| 9 | exp *Exercise/ |
| 10 | *Physical Fitness/ |
| 11 | (physical activity or exercise*).ti,ab. |
| 12 | or/9-11 |
| 13 | exp *Stress, Psychological/ |
| 14 | *Depressive Disorder/ |

| # | Searches |
|----|---|
| 15 | *Suicide/ |
| 16 | (stress or depression or suicide* or burnout*).ti,ab. |
| 17 | (mental* adj3 (illness or disorder*)).ti,ab. |
| 18 | or/13-17 |
| 19 | *Alcohol Drinking/ |
| 20 | *Substance-Related Disorder/ |
| 21 | *Smoking/ |
| 22 | *Gambling/ |
| 23 | (tobacco or smoking or gambling).ti,ab. |
| 24 | (alcohol adj3 (abuse or misuse or consumption or intake)).ti,ab. |
| 25 | or/19-24 |
| 26 | exp *Diet/ |
| 27 | exp *Obesity/ |
| 28 | exp *Feeding Behavior/ |
| 29 | (dietary advice or nutrition or obesity).ti,ab. |
| 30 | (weight adj3 (loss or gain or body)).ti,ab. |
| 31 | or/26-30 |
| 32 | exp *Life Style/ |
| 33 | lifestyle*.ti,ab. |
| 34 | or/32-33 |
| 35 | Health Behavior/ |
| 36 | Attitude to Health/ |
| 37 | (health* and (attitude* or aware* or barrier* or behavior* or behaviour* or belief* or perceive*)).ti,ab. |
| 38 | or/35-37 |
| 39 | Male/ |
| 40 | Sex Factors/ |
| 41 | Men's Health/ |
| 42 | Masculinity/ |
| 43 | Men/ |
| 44 | (gender* or male* or masculin* or men).ti,ab. |
| 45 | or/39-44 |
| 46 | qualitative.tw. |
| 47 | themes.tw. |
| 48 | Focus Groups/ |

| # | Searches |
|----|--|
| 49 | Qualitative Research/ |
| 50 | or/46-49 |
| 51 | 5 and (8 or 12 or 18 or 25 or 31 or 34) and 38 and 45 and 50 |
| 52 | and/41,50 |
| 53 | or/51-52 |
| 54 | limit 53 to yr="2001-Current" |

3. PsycINFO

Suchoberfläche: Ovid

- PsycINFO 1806 to March Week 4 2011

Es wurde folgender Filter übernommen: Qualitative Search: McKibbon [51] – “Two or more terms strategies, high specificity”, zusätzlich Zeile 55

| # | Searches |
|----|---|
| 1 | Promotion & Maintenance of Health & Wellness.cw. |
| 2 | exp Health Promotion/ |
| 3 | (health* adj3 (promot* or problems or issues or habits or effects or intervention*)).ti,ab. |
| 4 | ((prevent* or promot*) adj3 (primary or intervention* or programs)).ti,ab. |
| 5 | or/1-4 |
| 6 | Employee Attitudes/ |
| 7 | (workplace* or worksite).ti,ab. |
| 8 | or/6-7 |
| 9 | exp *Exercise/ |
| 10 | *Physical Activity/ |
| 11 | (physical activity or exercise*).ti,ab. |
| 12 | or/9-11 |
| 13 | *Distress/ |
| 14 | *Major Depression/ |
| 15 | *Suicide/ |
| 16 | *Suicide Prevention/ |
| 17 | (stress or depression or suicide* or burnout*).ti,ab. |
| 18 | (mental* adj3 (illness or disorder*)).ti,ab. |
| 19 | or/13-18 |
| 20 | exp *Alcohol Drinking Patterns/ |

| # | Searches |
|----|---|
| 21 | *Alcohols/ |
| 22 | *Drug Abuse Prevention/ |
| 23 | *Tobacco Smoking/ |
| 24 | exp *Gambling/ |
| 25 | (tobacco or smoking or gambling).ti,ab. |
| 26 | (alcohol adj3 (abuse or misuse or consumption or intake)).ti,ab. |
| 27 | or/20-26 |
| 28 | *Food/ |
| 29 | *Diets/ |
| 30 | *Food Intake/ |
| 31 | *Food Preferences/ |
| 32 | *Nutrition/ |
| 33 | *Eating Attitudes/ |
| 34 | *Eating Behavior/ |
| 35 | *Weight Gain/ |
| 36 | (dietary advice or nutrition or obesity).ti,ab. |
| 37 | (weight adj3 (loss or gain or body)).ti,ab. |
| 38 | or/28-37 |
| 39 | *Lifestyle/ |
| 40 | lifestyle*.ti,ab. |
| 41 | or/39-40 |
| 42 | Health Behavior/ |
| 43 | Employee Attitudes/ |
| 44 | exp Life Experiences/ |
| 45 | Lifestyle Changes/ |
| 46 | health*.mp. and (attitude* or aware* or barrier* or behavior* or behaviour* or belief* or perceive*).ti,ab. |
| 47 | or/42-46 |
| 48 | male.po. |
| 49 | Human Males/ |
| 50 | Human Sex Differences/ |
| 51 | Masculinity/ |
| 52 | (gender* or male* or masculin* or men).ti,ab. |
| 53 | or/48-52 |
| 54 | (qualitative* or themes).tw. |

| # | Searches |
|----|--|
| 55 | (qualitative study or focus group).md. |
| 56 | or/54-55 |
| 57 | 5 and (8 or 12 or 19 or 27 or 38 or 41) and 47 and 53 and 56 |
| 58 | *Human Males/ |
| 59 | *Masculinity/ |
| 60 | 5 and 56 and (58 or 59) |
| 61 | or/57,60 |
| 62 | limit 61 to yr="2001 -Current" |

4. PubMed

Suchoberfläche: NLM

- PubMed – as supplied by publisher
- PubMed – in process
- PubMed – OLDMEDLINE
- PubMed – pubmednotmedline

| Search | Most Recent Queries |
|--------|--|
| #1 | Search (health*[tiab] or healthy[tiab]) and (promot*[tiab] or effects[tiab] or intervention*[tiab] or behavior*[tiab] or behaviour*[tiab]) |
| #2 | Search (prevent*[tiab] or promot*[tiab]) and (primary[tiab] or intervention*[tiab] or programs[tiab]) |
| #3 | Search #1 or #2 |
| #5 | Search (health*[tiab] or healthy[tiab]) and (attitude*[tiab] or aware*[tiab] or barrier*[tiab] or behavior*[tiab] or behaviour*[tiab] or belief*[tiab] or perceive*[tiab]) |
| #6 | Search gender*[tiab] or male*[tiab] or masculin*[tiab] or men[tiab] |
| #7 | Search qualitative[tiab] or themes[tiab] or focus groups[tiab] or interview*[tiab] |
| #10 | Search #3 and #5 and #6 and #7 |
| #11 | Search (#10 NOT Medline[sb]) AND "2001"[Publication Date] : "3000"[Publication Date] |

Anhang B – Liste der ausgeschlossenen Dokumente mit Ausschlussgründen**Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung / Reduktion der Arbeitsplatzbelastung****Nicht E1**

1. Cardona-Morrell M, Rychetnik L, Morrell SL, Espinel PT, Bauman A. Reduction of diabetes risk in routine clinical practice: are physical activity and nutrition interventions feasible and are the outcomes from reference trials replicable? A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2010; 10: 653.
2. Flodgren G, Deane K, Dickinson HO, Kirk S, Alberti H, Beyer FR et al. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in overweight and obese people. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (3): CD000984.
3. Hingle MD, O'Connor TM, Dave JM, Baranowski T. Parental involvement in interventions to improve child dietary intake: a systematic review. *Prev Med* 2010; 51(2): 103-111.
4. Westgaard RH, Winkel J. Occupational musculoskeletal and mental health: significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems; a systematic review. *Appl Ergon* 2011; 42(2): 261-296.

Nicht E2

1. Allender S, Hutchinson L, Foster C. Life-change events and participation in physical activity: a systematic review. *Health Promot Int* 2008; 23(2): 160-172.
2. Brouwer W, Kroeze W, Crutzen R, De Nooijer J, De Vries NK, Brug J et al. Which intervention characteristics are related to more exposure to internet-delivered healthy lifestyle promotion interventions? A systematic review. *J Med Internet Res* 2011; 13(1): e2.
3. Carey KB, Scott-Sheldon LAJ, Elliott JC, Bolles JR, Carey MP. Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis. *Addiction* 2009; 104(11): 1807-1819.
4. Dale J, Caramlau IO, Lindenmeyer A, Williams SM. Peer support telephone calls for improving health. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4): CD006903.
5. Hamer M, Chida Y. Walking and primary prevention: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Sports Med* 2008; 42(4): 238-243.

6. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health* 2011; 33(3): 412-421.
7. Kruk J. Physical activity in the prevention of the most frequent chronic diseases: an analysis of the recent evidence. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007; 8(3): 325-338.
8. Leeks KD, Hopkins DP, Soler RE, Aten A, Chattopadhyay SK. Worksite-based incentives and competitions to reduce tobacco use: a systematic review. *Am J Prev Med* 2010; 38(2 Suppl): S263-S274.
9. Loveman E, Frampton GK, Shepherd J, Picot J, Cooper K, Bryant J et al. The clinical effectiveness and costeffectiveness of long-term weight management schemes for adults: a systematic review. *Health Technol Assess* 2011; 15(2): iii-182.
10. Lubans DR, Foster C, Biddle SJ. A review of mediators of behavior in interventions to promote physical activity among children and adolescents. *Prev Med* 2008; 47(5): 463-470.
11. Nocon M, Hiemann T, Müller-Riemenschneider F, Thalau F, Roll S, Willich SN. Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15(3): 239-246.
12. Rabin BA, Glasgow RE, Kerner JF, Klump MP, Brownson RC. Dissemination and implementation research on community-based cancer prevention: a systematic review. *Am J Prev Med* 2010; 38(4): 443-456.
13. Richardson L, Hemsing N, Greaves L, Assanand S, Allen P, McCullough L et al. Preventing smoking in young people: a systematic review of the impact of access interventions. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6(4): 1485-1514.
14. Sofi F, Capalbo A, Cesari F, Abbate R, Gensini GF. Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15(3): 247-257.

Nicht E3

1. Adami PE, Negro A, Lala N, Martelletti P. The role of physical activity in the prevention and treatment of chronic diseases. *Clin Ter* 2010; 161(6): 537-541.
2. Adamu B, Sani MU, Abdu A. Physical exercise and health: a review. *Niger J Med* 2006; 15(3): 190-196.
3. Adriaanse MA, Vinkers CDW, De Ridder DTD, Hox JJ, De Wit JBF. Do implementation intentions help to eat a healthy diet? A systematic review and meta-analysis of the empirical evidence. *Appetite* 2011; 56(1): 183-193.

4. Ahmad N, Boutron I, Dechartres A, Durieux P, Ravaud P. Applicability and generalisability of the results of systematic reviews to public health practice and policy: a systematic review. *Trials* 2010; 11: 20.
5. An JY, Hayman LL, Park YS, Dusaj TK, Ayres CG. Web-based weight management programs for children and adolescents: a systematic review of randomized controlled trial studies. *ANS Adv Nurs Sci* 2009; 32(3): 222-240.
6. Aucott L, Gray D, Rothnie H, Thapa M, Waweru C. Effects of lifestyle interventions and long-term weight loss on lipid outcomes: a systematic review. *Obes Rev* 2011; 12(5): e412-e425.
7. Aucott L, Rothnie H, McIntyre L, Thapa M, Waweru C, Gray D. Long-term weight loss from lifestyle intervention benefits blood pressure? A systematic review. *Hypertension* 2009; 54(4): 756-762.
8. Barr-Anderson DJ, AuYoung M, Whitt-Glover MC, Glenn BA, Yancey AK. Integration of short bouts of physical activity into organizational routine: a systematic review of the literature. *Am J Prev Med* 2011; 40(1): 76-93.
9. Barte JCM, Ter Bogt NCW, Bogers RP, Teixeira PJ, Blissmer B, Mori TA et al. Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2010; 11(12): 899-906.
10. Black DS, Milam J, Sussman S. Sitting-meditation interventions among youth: a review of treatment efficacy. *Pediatrics* 2009; 124(3): e532-e541.
11. Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health* 2010; 47(3): 223-236.
12. Brandt S, Moss A, Berg S, Wabitsch M. Schulbasierte Prävention der Adipositas: wie sollte sie aussehen? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010; 53(2): 207-220.
13. Brown T, Avenell A, Edmunds LD, Moore H, Whittaker V, Avery L et al. Systematic review of long-term lifestyle interventions to prevent weight gain and morbidity in adults. *Obes Rev* 2009; 10(6): 627-638.
14. Brown T, Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obes Rev* 2009; 10(1): 110-141.
15. Brukiene V, Aleksejuniene J. An overview of oral health promotion in adolescents. *Int J Paediatr Dent* 2009; 19(3): 163-171.

16. Bullock SH, Jones BH, Gilchrist J, Marshall SW. Prevention of physical training-related injuries: recommendations for the military and other active populations based on expedited systematic reviews. *Am J Prev Med* 2010; 38(1 Suppl): S156-S181.
17. Carey KB, Scott-Sheldon LAJ, Carey MP, DeMartini KS. Individual-level interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. *Addict Behav* 2007; 32(11): 2469-2494.
18. Choi BCK, Pak AWP, Choi JCL, Choi ECL. Daily step goal of 10,000 steps: a literature review. *Clin Invest Med* 2007; 30(3): E146-E151.
19. Collins D, Johnson K, Becker BJ. A meta-analysis of direct and mediating effects of community coalitions that implemented science-based substance abuse prevention interventions. *Subst Use Misuse* 2007; 42(6): 985-1007.
20. Conn VS. Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings. *Ann Behav Med* 2010; 39(2): 128-138.
21. Conn VS. Anxiety outcomes after physical activity interventions: meta-analysis findings. *Nurs Res* 2010; 59(3): 224-231.
22. Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Brown LM, Lusk SL. Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *Am J Prev Med* 2009; 37(4): 330-339.
23. Cook Cottone C, Casey CM, Feeley TH, Baran J. A meta-analytic review of obesity prevention in the schools: 1997-2008. *Psychol Sch* 2009; 46(8): 695-719.
24. Cuijpers P, Smit F, Van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115(6): 434-441.
25. Daniels MC, Popkin BM. Impact of water intake on energy intake and weight status: a systematic review. *Nutr Rev* 2010; 68(9): 505-521.
26. Enwald HPK, Huotari MLA. Preventing the obesity epidemic by second generation tailored health communication: an interdisciplinary review. *J Med Internet Res* 2010; 12(2): e24.
27. Esposito K, Kastorini CM, Panagiotakos DB, Giugliano D. Prevention of type 2 diabetes by dietary patterns: a systematic review of prospective studies and meta-analysis. *Metab Syndr Relat Disord* 2010; 8(6): 471-476.
28. Fingeret MC, Warren CS, Cepeda-Benito A, Gleaves DH. Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eat Disord* 2006; 14(3): 191-213.

29. Foley L, Maddison R. Use of active video games to increase physical activity in children: a (virtual) reality? *Pediatr Exerc Sci* 2010; 22(1): 7-20.
30. Fountoulakis KN, Gonda X, Rihmer Z. Suicide prevention programs through community intervention. *J Affect Disord* 2010; 130(1-2): 10-16.
31. Frisch A, Croisier JL, Urhausen A, Seil R, Theisen D. Injuries, risk factors and prevention initiatives in youth sport. *Br Med Bull* 2009; 92(1): 95-121.
32. Gaines JM, Marx KA. Older men's knowledge about osteoporosis and educational interventions to increase osteoporosis knowledge in older men: a systematic review. *Maturitas* 2011; 68(1): 5-12.
33. Gillison FB, Skevington SM, Sato A, Standage M, Evangelidou S. The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 2009; 68(9): 1700-1710.
34. Gordon R, McDermott L, Stead M, Angus K. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: what's the evidence? *Public Health* 2006; 120(12): 1133-1139.
35. Halle M, Schoenberg MH. Physical activity in the prevention and treatment of colorectal carcinoma. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(44): 722-727.
36. Han TS, Tajar A, Lean ME. Obesity and weight management in the elderly. *Br Med Bull* 2011; 97(1): 169-196.
37. Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(3): 401-415.
38. Hunter JE, Zhang J, Kris-Etherton PM, Childs L. Cardiovascular disease risk of dietary stearic acid compared with trans, other saturated, and unsaturated fatty acids: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2010; 91(1): 46-63.
39. Jaime PC, Lock K. Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity? *Prev Med* 2009; 48(1): 45-53.
40. Jedrzejewski MK, Lee VMY, Trojanowski JQ. Physical activity and cognitive health. *Alzheimers Dement* 2007; 3(2): 98-108.
41. Johnson BT, Scott-Sheldon LAJ, Carey MP. Meta-synthesis of health behavior change meta-analyses. *Am J Public Health* 2010; 100(11): 2193-2198.
42. Jordan CO, Slater M, Kottke TE. Preventing chronic disease risk factors: rationale and feasibility. *Medicina (Kaunas)* 2008; 44(10): 745-750.

43. Kang M, Marshall SJ, Barreira TV, Lee JO. Effect of pedometer-based physical activity interventions: a meta-analysis. *Res Q Exerc Sport* 2009; 80(3): 648-655.
44. Kastorini CM, Milionis HJ, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. Mediterranean diet and coronary heart disease: is obesity a link? A systematic review. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2010; 20(7): 536-551.
45. Kostenuik M, Ratnapalan M. Approach to adolescent suicide prevention. *Can Fam Physician* 2010; 56(8): 755-760.
46. Kraft K. Complementary/alternative medicine in the context of prevention of disease and maintenance of health. *Prev Med* 2009; 49(2-3): 88-92.
47. Krishna S, Boren SA, Balas EA. Healthcare via cell phones: a systematic review. *Telemed J E Health* 2009; 15(3): 231-240.
48. Kutting B, Drexler H. UV-induced skin cancer at workplace and evidence-based prevention. *Int Arch Occup Environ Health* 2010; 83(8): 843-854.
49. Lee MC, Orenstein MR, Richardson MJ. Systematic review of active commuting to school and childrens physical activity and weight. *J Phys Act Health* 2008; 5(6): 930-949.
50. Lollgen H, Bockenhoff A, Knapp G. Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. *Int J Sports Med* 2009; 30(3): 213-224.
51. Lungen M, Schröer-Günther MA, Passon AM, Gerber A, Lauterbach KW. Evidenz der Wirksamkeit internationaler Präventionsmassnahmen und Auswirkungen auf ein deutsches Präventionsgesetz. *Med Klin* 2009; 104(2): 101-107.
52. Madden SG, Loeb SJ, Smith CA. An integrative literature review of lifestyle interventions for the prevention of type II diabetes mellitus. *J Clin Nurs* 2008; 17(17): 2243-2256.
53. Marcus BH, Ciccolo JT, Sciamanna CN. Using electronic/computer interventions to promote physical activity. *Br J Sports Med* 2009; 43(2): 102-105.
54. Martin A, Sanderson K, Cocker F. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scand J Work Environ Health* 2009; 35(1): 7-18.
55. Matschnig T, Frühwald S, Frottier P. Suizide hinter Gittern im internationalen Vergleich. *Psychiatr Prax* 2006; 33(1): 6-13.
56. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA. Resident physician burnout: is there hope? *Fam Med* 2008; 40(9): 626-632.

57. McHugh EE, Al-Awadhi E, Stassen LFA. The role of the health services in the prevention of alcohol-related facial injury. *Surgeon* 2009; 7(5): 307-315.
58. Michie S, Abraham C, Whittington C, McAteer J, Gupta S. Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health Psychol* 2009; 28(6): 690-701.
59. Michie S, Jochelson K, Markham WA, Bridle C. Low-income groups and behaviour change interventions: a review of intervention content and effectiveness [online]. 03.2008 [Zugriff: 03.04.2012]. URL: <http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=8272>.
60. Muche-Borowski C, Kopp M, Reese I, Sitter H, Werfel T, Schäfer T. Allergy prevention. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(39): 625-631.
61. Muche-Borowski C, Kopp M, Reese I, Sitter H, Werfel T, Schäfer T. Allergieprävention. *J Dtsch Dermatol Ges* 2010; 8(9): 718-724.
62. Nocon M, Müller-Riemenschneider F, Nitzschke K, Willich SN. Review article: increasing physical activity with point-of-choice prompts; a systematic review. *Scand J Public Health* 2010; 38(6): 633-638.
63. Nrugham L, Herrestad H, Mehlum L. Suicidality among Norwegian youth: review of research on risk factors and interventions. *Nord J Psychiatry* 2010; 64(5): 317-326.
64. Padua DA, Marshall SW. Evidence supporting ACL-injury-prevention exercise programs: a review of the literature. *Athl Ther Today* 2006; 11(2): 11-23.
65. Parks KM, Steelman LA. Organizational wellness programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol* 2008; 13(1): 58-68.
66. Petridou ET, Manti EG, Ntinapogias AG, Negri E, Szczerbinska K. What works better for community-dwelling older people at risk to fall? A meta-analysis of multifactorial versus physical exercise-alone interventions. *J Aging Health* 2009; 21(5): 713-729.
67. Piscopo S. The Mediterranean diet as a nutrition education, health promotion and disease prevention tool. *Public Health Nutr* 2009; 12(9A): 1648-1655.
68. Pluim BM, Staal JB, Marks BL, Miller S, Miley D. Health benefits of tennis. *Br J Sports Med* 2007; 41(11): 760-768.
69. Pompili M, Innamorati M, Vichi M, Masocco M, Vanacore N, Lester D et al. Suicide prevention among youths: systematic review of available evidence-based interventions and implications for Italy. *Minerva Pediatr* 2010; 62(5): 507-535.

70. Praissman S. Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide. *J Am Acad Nurse Pract* 2008; 20(4): 212-216.
71. Rasch A, Müller Riemenschneider F, Vauth C, Willich SN, Greiner W. Föderale Strukturen und damit verbundene verhaltensbezogene Maßnahmen zur Prävention des Zigarettenrauchens [online]. 2008 [Zugriff: 10.04.2012]. (Schriftenreihe Health Technology Assessment; Band 74a). URL: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta233_addendum_de.pdf.
72. Robinson-O'Brien R, Story M, Heim S. Impact of garden-based youth nutrition intervention programs: a review. *J Am Diet Assoc* 2009; 109(2): 273-280.
73. Rogers CE, Larkey LK, Keller C. A review of clinical trials of tai chi and qigong in older adults. *West J Nurs Res* 2009; 31(2): 245-279.
74. Roman B, Carta L, Martinez-Gonzalez MA, Serra-Majem L. Effectiveness of the Mediterranean diet in the elderly. *Clin Interv Aging* 2008; 3(1): 97-109.
75. Saller R, Suter PM, Romer-Luthi C, Mannhart C, Brignoli R, Meier R. Bedeutung von Sport und Ernährung für die körperliche Leistungsfähigkeit und Gesundheit: ein systematischer Review. *Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin* 2008; 20(2): 99-111.
76. Salmon J, Booth ML, Phongsavan P, Murphy N, Timperio A. Promoting physical activity participation among children and adolescents. *Epidemiol Rev* 2007; 29: 144-159.
77. Satur JG, Gussy MG, Morgan MV, Calache H, Wright C. Review of the evidence for oral health promotion effectiveness. *Health Educ J* 2010; 69(3): 257-266.
78. Serra-Majem L, Roman B, Estruch R. Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutr Rev* 2006; 64(Suppl 1): S27-S47.
79. Shamblen SR, Derzon JH. A preliminary study of the population-adjusted effectiveness of substance abuse prevention programming: towards making IOM program types comparable. *J Prim Prev* 2009; 30(2): 89-107.
80. Shaya FT, Flores D, Gbarayor CM, Wang J. School-based obesity interventions: a literature review. *J Sch Health* 2008; 78(4): 189-196.
81. Singh JA, Reddy SG, Kundukulam J. Risk factors for gout and prevention: a systematic review of the literature. *Curr Opin Rheumatol* 2011; 23(2): 192-202.
82. Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, Smit F. Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Alcohol Depend* 2008; 97(3): 195-206.

83. Snyder LB. Health communication campaigns and their impact on behavior. *J Nutr Educ Behav* 2007; 39(2 Suppl): S32-S40.
84. Spana TM, Rodrigues RCM, Lourenco LBA, Mendez RDR, Gallani MCBJ. Integrative review: behavioral interventions for physical activity practice. *Rev Lat Am Enfermagem* 2009; 17(6): 1057-1064.
85. Spence SH, Shortt AL. Research review: can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48(6): 526-542.
86. Stensel D. Primary prevention of CVD: physical activity. *Clin Evid (Online)* 2007: pii 0218.
87. Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(19): 323-328.
88. Teychenne M, Ball K, Salmon J. Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. *Prev Med* 2008; 46(5): 397-411.
89. Thomas GN, Jiang CQ, Taheri S, Xiao ZH, Tomlinson B, Cheung BM et al. A systematic review of lifestyle modification and glucose intolerance in the prevention of type 2 diabetes. *Curr Diabetes Rev* 2010; 6(6): 378-387.
90. Tsang TWM, Kohn M, Chow CM, Singh MF. Health benefits of kung fu: a systematic review. *J Sports Sci* 2008; 26(12): 1249-1267.
91. Tsutsumi A. Development of an evidence-based guideline for supervisor training in promoting mental health: literature review. *J Occup Health* 2011; 53(1): 1-9.
92. Tudor-Locke C, Hart TL, Washington TL. Expected values for pedometer-determined physical activity in older populations. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009; 6: 59.
93. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: who has and who should be counseling? *Patient Educ Couns* 2006; 64(1-3): 6-20.
94. Tyrovolas S, Panagiotakos DB. The role of Mediterranean type of diet on the development of cancer and cardiovascular disease, in the elderly: a systematic review. *Maturitas* 2010; 65(2): 122-130.
95. Von Schacky C. Primary prevention of cardiovascular disease: how to promote healthy eating habits in populations? *J Public Health* 2008; 16(1): 13-20.

96. Whitlock EP, O'Connor EA, Williams SB, Beil TL, Lutz KW. Effectiveness of weight management programs in children and adolescents: AHRQ publication no. 08-E014 [online]. 09.2008 [Zugriff: 11.04.2012]. (Evidence Report/Technology Assessment; Band 170). URL: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/childweight/chweight.pdf>.

97. Wilson DM, Palha P. A systematic review of published research articles on health promotion at retirement. *J Nurs Scholarsh* 2007; 39(4): 330-337.

98. Winbush NY, Gross CR, Kreitzer MJ. The effects of mindfulness-based stress reduction on sleep disturbance: a systematic review. *Explore (NY)* 2007; 3(6): 585-591.

99. Yeom HA, Keller C, Fleury J. Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. *J Am Acad Nurse Pract* 2009; 21(2): 95-100.

100. Zisseron RN, Palfai T, Saitz R. "No-contact" interventions for unhealthy college drinking: efficacy of alternatives to person-delivered intervention approaches. *Subst Abuse* 2007; 28(4): 119-131.

Nicht E4

1. Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramirez G, Kahwati LC, Johnson DB et al. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med* 2009; 37(4): 340-357.

2. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (1): CD004017.

3. Bambra C, Whitehead M, Sowden A, Akers J, Petticrew M. "A hard day's night?" The effects of compressed working week interventions on the health and work-life balance of shift workers: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(9): 764-777.

4. Boocock MG, McNair PJ, Larmer PJ, Armstrong B, Collier J, Simmonds M et al. Interventions for the prevention and management of neck/upper extremity musculoskeletal conditions: a systematic review. *Occup Environ Med* 2007; 64(5): 291-303.

5. Burnet DL, Elliott LD, Quinn MT, Plaut AJ, Schwartz MA, Chin MH. Preventing diabetes in the clinical setting. *J Gen Intern Med* 2006; 21(1): 84-93.

6. Carroll JK, Fiscella K, Epstein RM, Jean-Pierre P, Figueroa-Moseley C, Williams GC et al. Getting patients to exercise more: a systematic review of underserved populations. *J Fam Pract* 2008; 57(3): 170-176.

7. Dawson AP, McLennan SN, Schiller SD, Jull GA, Hodges PW, Stewart S. Interventions to prevent back pain and back injury in nurses: a systematic review. *Occup Environ Med* 2007; 64(10): 642-650.

8. Daykin N, Orme J, Evans D, Salmon D, McEachran M, Brain S. The impact of participation in performing arts on adolescent health and behaviour: a systematic review of the literature. *J Health Psychol* 2008; 13(2): 251-264.
9. DeMattia L, Lemont L, Meurer L. Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obes Rev* 2007; 8(1): 69-81.
10. Doak CM, Visscher TL, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev* 2006; 7(1): 111-136.
11. Ekeland E, Heian F, Hagen KB, Abbott JM, Nordheim L. Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1): CD003683.
12. Ells LJ, Hillier FC, Shucksmith J, Crawley H, Harbige L, Shield J et al. A systematic review of the effect of dietary exposure that could be achieved through normal dietary intake on learning and performance of school-aged children of relevance to UK schools. *Br J Nutr* 2008; 100(5): 927-936.
13. Foster C, Hillsdon M, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (1): CD003180.
14. Foxcroft D, Ireland D, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (3): CD003024.
15. Galani C, Schneider H. Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2007; 52(6): 348-359.
16. Gibson LJ, Peto J, Warren JM, Dos Santos Silva I. Lack of evidence on diets for obesity for children: a systematic review. *Int J Epidemiol* 2006; 35(6): 1544-1552.
17. Handoll HHG, Rowe BH, Quinn KM, De Bie R. Interventions for preventing ankle ligament injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (3): CD000018.
18. Heisel MJ. Suicide and its prevention among older adults. *Can J Psychiatry* 2006; 51(3): 143-154.
19. Katz DL. School-based interventions for health promotion and weight control: not just waiting on the world to change. *Annu Rev Public Health* 2009; 30: 253-272.
20. Kavanagh J, Trouton A, Oakley A, Powell C. A systematic review of the evidence for incentive schemes to encourage positive health and other social behaviours in young people. London: Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre; 2006. URL: <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/LinkClick.aspx?fileticket=Soskzt1sFZs%3d&tabid=671&mid=1562>.

21. Kropski JA, Keckley PH, Jensen GL. School-based obesity prevention programs: an evidence-based review. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16(5): 1009-1018.
22. Lissau I. Prevention of overweight in the school arena. *Acta Paediatr Suppl* 2007; 96(Suppl 454): 12-18.
23. Martimo KP, Verbeek J, Karppinen J, Furlan AD, Kuijter PPFM, Viikari-Juntura E et al. Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (3): CD005958.
24. Merry SN, McDowell HH, Hetrick SE, Bir JJ, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (2): CD003380.
25. Murphy MH, Nevill AM, Murtagh EM, Holder RL. The effect of walking on fitness, fatness and resting blood pressure: a meta-analysis of randomised, controlled trials. *Prev Med* 2007; 44(5): 377-385.
26. Murta SG, Sanderson K, Oldenburg B. Process evaluation in occupational stress management programs: a systematic review. *Am J Health Promot* 2007; 21(4): 248-254.
27. Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppa K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare: a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24(1): 5-15.
28. Norman GJ, Zabinski MF, Adams MA, Rosenberg DE, Yaroch AL, Atienza AA. A review of eHealth interventions for physical activity and dietary behavior change. *Am J Prev Med* 2007; 33(4): 336-345.
29. Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Educ Res* 2007; 22(2): 177-191.
30. Pratt BM, Woolfenden S. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD002891.
31. Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Morgan L, Lohr K. Tobacco use: prevention, cessation, and control; AHRQ publication no. 06-E015 [online]. 06.2006 [Zugriff: 10.04.2012]. (Evidence Report/Technology Assessment; Band 140). URL: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/tobaccouse/tobuse.pdf>.
32. Rivilis I, Van Eerd D, Cullen K, Cole DC, Irvin E, Tyson J et al. Effectiveness of participatory ergonomic interventions on health outcomes: a systematic review. *Appl Ergon* 2008; 39(3): 342-358.

33. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health* 2008; 34(3): 169-178.
34. Soler RE, Leeks KD, Buchanan LR, Brownson RC, Heath GW, Hopkins DH. Point-of-decision prompts to increase stair use: a systematic review update. *Am J Prev Med* 2010; 38(2 Suppl): S292-S300.
35. Sowden AJ, Stead LF. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1): CD001291.
36. Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: the skinny on interventions that work. *Psychol Bull* 2006; 132(5): 667-691.
37. Summerbell CD, Waters E, Edmunds L, Kelly SAM, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD001871.
38. Thorogood M, Simera I, Dowler E, Summerbell C, Brunner E. A systematic review of population and community dietary interventions to prevent cancer. *Nutr Res Rev* 2007; 20(1): 74-88.
39. Waddell C, Hua JM, Garland OM, Peters RD, McEwan K. Preventing mental disorders in children: a systematic review to inform policy-making. *Can J Public Health* 2007; 98(3): 166-173.
40. Weinstein PK. A review of weight loss programs delivered via the internet. *J Cardiovasc Nurs* 2006; 21(4): 251-258.
41. Wieringa NF, Van der Windt HJ, Zuiker RRM, Dijkhuizen L, Verkerk MA, Vonk RJ et al. Positioning functional foods in an ecological approach to the prevention of overweight and obesity. *Obes Rev* 2008; 9(5): 464-473.
42. Williams PG, Grafenauer SJ, O'Shea JE. Cereal grains, legumes, and weight management: a comprehensive review of the scientific evidence. *Nutr Rev* 2008; 66(4): 171-182.
43. Williams S, Whitlock E, Smith P, Edgerton B, Beil T. Primary care interventions to prevent motor vehicle occupant injuries: AHRQ publication no. 07-05103-EF-1 [online]. 08.2007 [Zugriff: 11.04.2012]. (Evidence Synthesis; Band 51). URL: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf07/mvoi/mvoisyn.pdf>.
44. Yeung EW, Yeung S. Interventions for preventing lower limb soft-tissue injuries in runners. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (3): CD001256.

45. Zijlstra GAR, Van Haastregt JCM, Van Rossum E, Van Eijk JTM, Yardley L, Kempen GIJM. Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(4): 603-615.

Nicht E5

1. Bonfiglioli R, Farioli A, Mattioli S, Violante FS. Evidence based prevention and upper limb work-related musculoskeletal disorders [Italienisch]. *G Ital Med Lav Ergon* 2008; 30(3 Suppl): 26-31.

2. Perez-Morales ME, Bacardi-Gascon M, Jimenez-Cruz A, Armendariz-Anguiano A. Randomized controlled school based interventions to prevent childhood obesity: systematic review from 2006 to 2009 [Spanisch]. *Arch Latinoam Nutr* 2009; 59(3): 253-259.

3. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Methods of promoting physical activity: a systematic review [Schwedisch]. Stockholm: SBU; 2007. (SBU-rapport; Band 181). URL: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Fysisk_aktivitet.pdf.

4. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Methods of preventing mental ill-health among schoolchildren [Schwedisch]. Stockholm: SBU; 2010. (SBU-rapport; Band 202). URL: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Program_forebygga_psykisk_ohalsa_hos_barn.pdf.

Nicht E7

1. Amick BC 3rd, Tullar JM, Brewer S, Mahood Q, Irwin E, Pompeii L et al. Interventions in health-care settings to protect musculoskeletal health: a systematic review; full report [online]. 2006 [Zugriff: 08.08.2012]. URL: http://www.iwh.on.ca/system/files/sys-reviews/sys_review_msk_healthcare_workers_2006_0.pdf.

2. Angermayr L, Melchart D, Linde K. Multifactorial lifestyle interventions in the primary and secondary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus: a systematic review of randomized controlled trials. *Ann Behav Med* 2010; 40(1): 49-64.

3. Arnold CM, Sran MM, Harrison EL. Exercise for fall risk reduction in community-dwelling older adults: a systematic review. *Physiother Can* 2008; 60(4): 358-372.

4. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns* 2010; 78(2): 184-190.

5. Bagley SC, Munjas B, Shekelle P. A systematic review of suicide prevention programs for military or veterans. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40(3): 257-265.

6. Baker MK, Simpson K, Lloyd B, Bauman AE, Singh MAF. Behavioral strategies in diabetes prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 91(1): 1-12.
7. Bambra C, Egan M, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation; 2: a systematic review of task restructuring interventions. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61(12): 1028-1037.
8. Bandayrel K, Wong S. Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. *J Nutr Educ Behav* 2011; 43(4): 251-262.
9. Bauer A, Schmitt J, Bennett C, Coenraads PJ, Elsner P, English J et al. Interventions for preventing occupational irritant hand dermatitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (6): CD004414.
10. Bell JA, Burnett A. Exercise for the primary, secondary and tertiary prevention of low back pain in the workplace: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2009; 19(1): 8-24.
11. Benedict MA, Arterburn D. Worksite-based weight loss programs: a systematic review of recent literature. *Am J Health Promot* 2008; 22(6): 408-416.
12. Bergerman L, Corabian P, Harstall C. Effectiveness of organizational interventions for the prevention of stress in the workplace. Edmonton: Institute of Health Economics; 2009. URL: http://www.ihe.ca/documents/Interventions_for_prevention_of_workplace_stress.pdf.
13. Bewick BM, Trusler K, Barkham M, Hill AJ, Cahill J, Mulhern B. The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption: a systematic review. *Prev Med* 2008; 47(1): 17-26.
14. Bigos SJ, Holland J, Holland C, Webster JS, Battie M, Malmgren JA. High-quality controlled trials on preventing episodes of back problems: systematic literature review in working-age adults. *Spine J* 2009; 9(2): 147-168.
15. Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. *JAMA* 2007; 298(19): 2296-2304.
16. Breslin FC, Kyle N, Bigelow P, Irvin E, Morassaei S, MacEachen E et al. Effectiveness of health and safety in small enterprises: a systematic review of quantitative evaluations of interventions. *J Occup Rehabil* 2010; 20(2): 163-179.
17. Brewer S, Van Eerd D, Amick BC 3rd, Irvin E, Daum KM, Gerr F et al. Workplace interventions to prevent musculoskeletal and visual symptoms and disorders among computer users: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2006; 16(3): 325-358.

18. Brinn MP, Carson KV, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (11): CD001006.
19. Calear AL, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *J Adolesc* 2010; 33(3): 429-438.
20. Carr SM, Lhussier M, Forster N, Geddes L, Deane K, Pennington M et al. An evidence synthesis of qualitative and quantitative research on component intervention techniques, effectiveness, cost-effectiveness, equity and acceptability of different versions of health-related lifestyle advisor role in improving health. *Health Technol Assess* 2011; 15(9): iii-iv, 1-284.
21. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med* 2009; 15(5): 593-600.
22. Christensen H, Pallister E, Smale S, Hickie IB, Calear AL. Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review. *J Prim Prev* 2010; 31(3): 139-170.
23. Cole MG. Brief interventions to prevent depression in older subjects: a systematic review of feasibility and effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16(6): 435-443.
24. Connelly JB, Duaso MJ, Butler G. A systematic review of controlled trials of interventions to prevent childhood obesity and overweight: a realistic synthesis of the evidence. *Public Health* 2007; 121(7): 510-517.
25. Corbière M, Shen J, Rouleau M, Dewa CS. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work* 2009; 33(1): 81-116.
26. Cuijpers P, Van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008; 165(10): 1272-1280.
27. Curioni C, André C, Veras R. Weight reduction for primary prevention of stroke in adults with overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD006062.
28. Da Costa BR, Vieira ER. Stretching to reduce work-related musculoskeletal disorders: a systematic review. *J Rehabil Med* 2008; 40(5): 321-328.
29. Dangour AD, Lock K, Hayter A, Aikenhead A, Allen E, Uauy R. Nutrition-related health effects of organic foods: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2010; 92(1): 203-210.
30. Daniels R, Van Rossum E, De Witte L, Kempen GIJM, Van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 278.

31. Dansinger ML, Tatsioni A, Wong JB, Chung M, Balk EM. Meta-analysis: the effect of dietary counseling for weight loss. *Ann Intern Med* 2007; 147(1): 41-50.
32. De Bourdeaudhuij I, Van Cauwenberghe E, Spittaels H, Oppert JM, Rostami C, Brug J et al. School-based interventions promoting both physical activity and healthy eating in Europe: a systematic review within the HOPE project. *Obes Rev* 2011; 12(3): 205-216.
33. De Meester F, Van Lenthe FJ, Spittaels H, Lien N, De Bourdeaudhuij I. Interventions for promoting physical activity among European teenagers: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009; 6: 82.
34. Dobbins M, De Corby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1): CD007651.
35. Eakin EG, Lawler SP, Vandelanotte C, Owen N. Telephone interventions for physical activity and dietary behavior change: a systematic review. *Am J Prev Med* 2007; 32(5): 419-434.
36. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (1): CD001561.
37. Egan M, Bambra C, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M, Thomson H. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation; 1: a systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61(11): 945-954.
38. Forsman AK, Schierenbeck I, Wahlbeck K. Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Aging Health* 2011; 23(3): 387-416.
39. Fröschl B, Haas S, Wirl C. Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention) [online]. 2009 [Zugriff: 09.08.2012]. (Schriftenreihe Health Technology Assessment; Band 85). URL: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta242_bericht_de.pdf.
40. Fry JP, Neff RA. Periodic prompts and reminders in health promotion and health behavior interventions: systematic review. *J Med Internet Res* 2009; 11(2): e16.
41. Galbraith ND, Brown KE. Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: quantitative systematic review. *J Adv Nurs* 2011; 67(4): 709-721.

42. Gates S, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH, Lamb SE. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008; 336: 130.
43. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (4): CD007146.
44. Goldgruber J, Ahrens D. Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: a review. *J Public Health* 2010; 18(1): 75-88.
45. Goldman EF, Jones DE. Interventions for preventing hamstring injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1): CD006782.
46. Gonzalez-Suarez C, Worley A, Grimmer-Somers K, Dones V. School-based interventions on childhood obesity: a meta-analysis. *Am J Prev Med* 2009; 37(5): 418-427.
47. Greaves CJ, Sheppard KE, Abraham C, Hardeman W, Roden M, Evans PH et al. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health* 2011; 11(1): 119.
48. Griffiths KM, Farrer L, Christensen H. The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials. *Med J Aust* 2010; 192(11 Suppl): S4-S11.
49. Groeneveld IF, Proper KI, Van der Beek AJ, Hildebrandt VH, Van Mechelen W. Lifestyle-focused interventions at the workplace to reduce the risk of cardiovascular disease: a systematic review. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36(3): 202-215.
50. Hamel LM, Robbins LB, Wilbur J. Computer- and web-based interventions to increase preadolescent and adolescent physical activity: a systematic review. *J Adv Nurs* 2011; 67(2): 251-268.
51. Harris KC, Kuramoto LK, Schulzer M, Retallack JE. Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis. *CMAJ* 2009; 180(7): 719-726.
52. Jenkins A, Christensen H, Walker JG, Dear K. The effectiveness of distance interventions for increasing physical activity: a review. *Am J Health Promot* 2009; 24(2): 102-117.
53. Jepson RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health* 2010; 10: 538.

54. Jones L, Hughes K, Atkinson AM, Bellis MA. Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health Place* 2011; 17(2): 508-518.
55. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (2): CD008009.
56. Kamath CC, Vickers KS, Ehrlich A, McGovern L, Johnson J, Singhal V et al. Clinical review: behavioral interventions to prevent childhood obesity; a systematic review and metaanalyses of randomized trials. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93(12): 4606-4615.
57. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev* 2009; 28: 301-323.
58. Kastorini CM, Milionis HJ, Esposito K, Giugliano D, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. The effect of mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57(11): 1299-1313.
59. Kelly SA, Melnyk BM. Systematic review of multicomponent interventions with overweight middle adolescents: implications for clinical practice and research. *Worldviews Evid Based Nurs* 2008; 5(3): 113-135.
60. Kennedy CA, Amick BC 3rd, Dennerlein JT, Brewer S, Catli S, Williams R et al. Systematic review of the role of occupational health and safety interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal symptoms, signs, disorders, injuries, claims and lost time. *J Occup Rehabil* 2010; 20(2): 127-162.
61. Ker K, Chinnock P. Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (2): CD005244.
62. Krebs P, Prochaska JO, Rossi JS. A meta-analysis of computer-tailored interventions for health behavior change. *Prev Med* 2010; 51(3-4): 214-221.
63. Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (3): CD004691.
64. Lehtola MM, Van der Molen HF, Lappalainen J, Hoonakker PLT, Hsiao H, Haslam RA et al. The effectiveness of interventions for preventing injuries in the construction industry: a systematic review. *Am J Prev Med* 2008; 35(1): 77-85.
65. Lemstra M, Bennett N, Nannapaneni U, Neudorf C, Warren L, Kershaw T et al. A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addict Res Theory* 2010; 18(1): 84-96.

66. Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, Beil TL. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2010; 153(11): 736-750.
67. Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (3): CD002759.
68. Lubans DR, Morgan PJ, Tudor-Locke C. A systematic review of studies using pedometers to promote physical activity among youth. *Prev Med* 2009; 48(4): 307-315.
69. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD002892.
70. Mazzucchelli TG, Kane RT, Rees CS. Behavioral activation interventions for well-being: a meta-analysis. *J Posit Psychol* 2010; 5(2): 105-121.
71. McClure RJ, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (1): CD004441.
72. Michael YL, Whitlock EP, Lin JS, Fu R, O'Connor EA, Gold R. Primary care-relevant interventions to prevent falling in older adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2010; 153(12): 815-825.
73. Michie S, Jochelson K, Markham WA, Bridle C. Low-income groups and behaviour change interventions: a review of intervention content, effectiveness and theoretical frameworks. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63(8): 610-622.
74. Micucci S, Thomas H. The effectiveness of multi-faceted health promotion interventions in the workplace to reduce chronic disease [online]. 04.2007 [Zugriff: 09.08.2012]. URL: http://www.ehphp.ca/PDF/2007_Workplace%20Interventions%20Chronic%20disease.pdf.
75. Miller DN, Eckert TL, Mazza JJ. Suicide prevention programs in the schools: a review and public health perspective. *School Psych Rev* 2009; 38(2): 168-188.
76. Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (3): CD006748.
77. Müller-Riemenschneider F, Bockelbrink A, Reinhold T, Rasch A, Greiner W, Willich SN. Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tob Control* 2008; 17(5): 301-302.
78. Müller-Riemenschneider F, Rasch A, Bockelbrink A, Vauth C, Willich SN, Greiner W. Effectiveness and cost-effectiveness of behavioural strategies in the prevention of cigarette smoking. *GMS Health Technol Assess* 2008; 4: Doc10.

79. Müller-Riemenschneider F, Reinhold T, Nocon M, Willich SN. Long-term effectiveness of interventions promoting physical activity: a systematic review. *Prev Med* 2008; 47(4): 354-368.
80. Neil AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(3): 208-215.
81. Neville LM, Milat AJ, O'Hara B. Computer-tailored weight reduction interventions targeting adults: a narrative systematic review. *Health Promot J Austr* 2009; 20(1): 48-57.
82. Neville LM, O'Hara B, Milat A. Computer-tailored physical activity behavior change interventions targeting adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009; 6: 30.
83. Neville LM, O'Hara B, Milat AJ. Computer-tailored dietary behaviour change interventions: a systematic review. *Health Educ Res* 2009; 24(4): 699-720.
84. Nguyen B, Kornman KP, Baur LA. A review of electronic interventions for prevention and treatment of overweight and obesity in young people. *Obes Rev* 2011; 12(5): e298-e314.
85. Ni Mhurchu C, Aston LM, Jebb SA. Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review. *BMC Public Health* 2010; 10: 62.
86. Nield L, Summerbell CD, Hooper L, Whittaker V, Moore H. Dietary advice for the prevention of type 2 diabetes mellitus in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3): CD005102.
87. Nurmatov U, Devereux G, Sheikh A. Nutrients and foods for the primary prevention of asthma and allergy: systematic review and meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 127(3): 724-733.
88. Ogilvie D, Foster CE, Rothnie H, Cavill N, Hamilton V, Fitzsimons CF et al. Interventions to promote walking: systematic review. *BMJ* 2007; 334: 1204.
89. Oldroyd J, Burns C, Lucas P, Haikerwal A, Waters E. The effectiveness of nutrition interventions on dietary outcomes by relative social disadvantage: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(7): 573-579.
90. Olsen JM, Nesbitt BJ. Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: an integrative review. *Am J Health Promot* 2010; 25(1): e1-e12.
91. Orozco LJ, Buchleitner AM, Gimenez-Perez G, Roqué i Figuls M, Richter B, Mauricio D. Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3): CD003054.

92. Peters LWH, Kok G, Ten Dam GTM, Buijs GJ, Paulussen TGWM. Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *BMC Public Health* 2009; 9: 182.
93. Poobalan AS, Aucott LS, Precious E, Crombie IK, Smith WCS. Weight loss interventions in young people (18 to 25 year olds): a systematic review. *Obes Rev* 2010; 11(8): 580-592.
94. Priebe MG, Van Binsbergen JJ, De Vos R, Vonk RJ. Whole grain foods for the prevention of type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (1): CD006061.
95. Priest N, Armstrong R, Doyle J, Waters E. Interventions implemented through sporting organisations for increasing participation in sport. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3): CD004812.
96. Priest N, Armstrong R, Doyle J, Waters E. Policy interventions implemented through sporting organisations for promoting healthy behaviour change. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3): CD004809.
97. Proper KI, Singh AS, Van Mechelen W, Chinapaw MJM. Sedentary behaviors and health outcomes among adults: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med* 2011; 40(2): 174-182.
98. Robinson J, Hetrick SE, Martin C. Preventing suicide in young people: systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45(1): 3-26.
99. Ruotsalainen JH, Sellman J, Lehto L, Jauhiainen M, Verbeek JH. Interventions for preventing voice disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD006372.
100. Shah A, Blackhall K, Ker K, Patel D. Educational interventions for the prevention of eye injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (4): CD006527.
101. Sherman EJ, Primack BA. What works to prevent adolescent smoking? A systematic review of the National Cancer Institute's Research-Tested Intervention Programs. *J Sch Health* 2009; 79(9): 391-399.
102. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JCT. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(12): 2234-2243.
103. Steyn NP, Parker W, Lambert EV, Mchiza Z. Nutrition interventions in the workplace: evidence of best practice. *S Afr J Clin Nutr* 2009; 22(3): 111-117.
104. Tait RJ, Christensen H. Internet-based interventions for young people with problematic substance use: a systematic review. *Med J Aust* 2010; 192(11 Suppl): S15-S21.

105. Thomas DE, Elliott EJ, Baur L. Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (3): CD005105.
106. Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (3): CD001293.
107. Thomas RE, Baker P, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD004493.
108. Thompson Coon J, Boddy K, Stein K, Whear R, Barton J, Depledge MH. Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review. *Environ Sci Technol* 2011; 45(5): 1761-1772.
109. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164(1): 85-91.
110. Tullar JM, Brewer S, Amick BC 3rd, Irvin E, Mahood Q, Pompeii LA et al. Occupational safety and health interventions to reduce musculoskeletal symptoms in the health care sector. *J Occup Rehabil* 2010; 20(2): 199-219.
111. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, Van Lenthe FJ, Brug J, Oppert J-M et al. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. *Br J Nutr* 2010; 103(6): 781-797.
112. Van den Berg MH, Schoones JW, Vliet Vlieland TPM. Internet-based physical activity interventions: a systematic review of the literature. *J Med Internet Res* 2007; 9(3): e26.
113. Van der Molen HF, Lehtola MM, Lappalainen J, Hoonakker PLT, Hsiao H, Haslam R et al. Interventions for preventing injuries in the construction industry. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD006251.
114. Van Eerd D, Brewer S, Amick BC 3rd, Irvin E, Daum K, Gerr F et al. Workplace interventions to prevent musculoskeletal and visual symptoms and disorders among computer users: a systematic review [online]. 2006 [Zugriff: 09.08.2012]. URL: http://www.iwh.on.ca/system/files/sys-reviews/sys_review_msk_computer_users_2006_0.pdf.
115. Van Oostrom SH, Driessen MT, De Vet HCW, Franche R-L, Schonstein E, Loisel P et al. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2): CD006955.

116. Van Sluijs EMF, McMinn AM, Griffin SJ. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *Br J Sports Med* 2008; 42(8): 653-657.
117. Van Wyk BE, Pillay-Van Wyk V. Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (3): CD003541.
118. Wanyonyi KL, Themessl-Huber M, Humphris G, Freeman R. A systematic review and meta-analysis of face-to-face communication of tailored health messages: implications for practice. *Patient Educ Couns* 2011; 85(3): 348-355.
119. Webb G, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R, Havard A. A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction* 2009; 104(3): 365-377.
120. Webel AR, Okonsky J, Trompeta J, Holzemer WL. A systematic review of the effectiveness of peer-based interventions on health-related behaviors in adults. *Am J Public Health* 2010; 100(2): 247-253.
121. Williams N, Hendry M, France B, Lewis R, Wilkinson C. Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review. *Br J Gen Pract* 2007; 57(545): 979-986.
122. Witham MD, Avenell A. Interventions to achieve long-term weight loss in obese older people: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2010; 39(2): 176-184.
123. Yang L, Sahlqvist S, McMinn A, Griffin SJ, Ogilvie D. Interventions to promote cycling: systematic review. *BMJ* 2010; 341: c5293.

Nicht E9

1. DiStefano LJ, Clark MA, Padua DA. Evidence supporting balance training in healthy individuals: a systemic review. *J Strength Cond Res* 2009; 23(9): 2718-2731.
2. Fleming P, Godwin M. Lifestyle interventions in primary care: systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2008; 54(12): 1706-1713.
3. Pennant M, Davenport C, Bayliss S, Greenheld W, Marshall T, Hyde C. Community programs for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *Am J Epidemiol* 2010; 172(5): 501-516.
4. Robertson LM, Douglas F, Ludbrook A, Reid G, Van Teijlingen E. What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 141.

Qualitative Forschung

Nicht E1

1. Bryant CA, McDermott RJ, Zapata LB, Forthofer MS, Brown KM, Cheney R et al. Using mixed methods to examine parental influence on youth alcohol use. *Am J Health Educ* 2006; 37(6): 322-336.
2. Cioffi J. Clients' experiences of a weight-management programme: a qualitative study. *Health Educ* 2002; 102(1): 16-22.
3. De Visser RO, Smith JA. Alcohol consumption and masculine identity among young men. *Psychol Health* 2007; 22(5): 595-614.
4. Dixon R, Maddison R, Mhurchu CN, Jull A, Meagher-Lundberg P, Widdowson D. Parents' and children's perceptions of active video games: a focus group study. *Journal of Child Health Care* 2010; 14(2): 189-199.
5. Hawley SR, Beckman H, Bishop T. Development of an obesity prevention and management program for children and adolescents in a rural setting. *J Community Health Nurs* 2006; 23(2): 69-80.
6. Plumridge EW, Fitzgerald LJ, Abel GM. Performing coolness: smoking refusal and adolescent identities. *Health Educ Res* 2002; 17(2): 167-179.
7. Ridder MA, Heuvelmans MA, Visscher TL, Seidell JC, Renders CM. We are healthy so we can behave unhealthily: a qualitative study of the health behaviour of Dutch lower vocational students. *Health Educ* 2010; 110(1): 30-42.
8. Russell-Mayhew S, Arthur N, Ewashen C. Community capacity-building in schools: parents' and teachers' reflections from an eating disorder prevention program. *Alberta Journal of Educational Research* 2008; 54(2): 227-241.

Nicht E2

1. Farzanfar R. When computers should remain computers: a qualitative look at the humanization of health care technology. *Health Informatics J* 2006; 12(3): 239-254.

Nicht E3

1. Beresford SAA, Locke E, Bishop S, West B, McGregor BA, Bruemmer B et al. Worksite study promoting activity and changes in eating (PACE): design and baseline results. *Obesity* 2007; 15(Suppl 1): 4S-15S.
2. Doak CM, Visscher TLS, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev* 2006; 7(1): 111-136.

3. Kazbare L, Van Trijp HC, Eskildsen JK. A-priori and post-hoc segmentation in the design of healthy eating campaigns. *Journal of Marketing Communications* 2010; 16(1-2): 21-45.
4. Spittaels H, De Bourdeaudhuij I. Implementation of an online tailored physical activity intervention for adults in Belgium. *Health Promot Int* 2006; 21(4): 311-319.

Nicht E4

1. Crawford MA. Cigarette smoking and adolescents: messages they see and hear. *Public Health Rep* 2001; 116(Suppl 1): 203-215.
2. Falk LW, Sobal J, Bisogni CA, Connors M, Devine CM. Managing healthy eating: definitions, classifications, and strategies. *Health Educ Behav* 2001; 28(4): 425-439.
3. Goh YY, Bogart LM, Sipple-Asher BK, Uyeda K, Hawes-Dawson J, Olarita-Dhungana J et al. Using community-based participatory research to identify potential interventions to overcome barriers to adolescents' healthy eating and physical activity. *J Behav Med* 2009; 32(5): 491-502.
4. Lee J, Macdonald D. Rural young people and physical activity: understanding participation through social theory. *Sociol Health Illn* 2009; 31(3): 360-374.
5. Nakkash R, Afifi Soweid RA, Nehlawi MT, Shediak-Rizkallah MC, Hajjar TA, Khogali M. The development of a feasible community-specific cardiovascular disease prevention program: triangulation of methods and sources. *Health Educ Behav* 2003; 30(6): 723-739.
6. Parvizy S, Nikbahkt A, Pournaghash Tehrani S, Shahrokhi S. Adolescents' perspectives on addiction: qualitative study. *Nurs Health Sci* 2005; 7(3): 192-198.

Nicht E6

1. Gregg C, McRobert J, Piller M. Primary prevention for mental health: design and delivery of a generic stress management program. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health* 2002; 1(1): 1-6.
2. Springer J. Health behavior change as it relates to the adoption of and adherence to a program of physical activity. *Dissertation Abstracts International; B: the Sciences and Engineering* 2005; 65(7-B): 3751.

Nicht E7

1. Baillie L, Lovato CY, Johnson JL, Kalaw C. Smoking decisions from a teen perspective: a narrative study. *Am J Health Behav* 2005; 29(2): 99-106.

2. Bauer KW, Yang YW, Austin SB. "How can we stay healthy when you're throwing all of this in front of us?" Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity. *Health Educ Behav* 2004; 31(1): 34-46.
3. Bennett S, Coggan C, Adams P. Problematising depression: young people, mental health and suicidal behaviours. *Soc Sci Med* 2003; 57(2): 289-299.
4. Biddle VS, Sekula LK, Zoucha R, Puskar KR. Identification of suicide risk among rural youth: implications for the use of HEADSS. *J Pediatr Health Care* 2010; 24(3): 152-167.
5. Bouwman LI, Te Molder H, Koelen MM, Van Woerkum CM. I eat healthfully but I am not a freak: consumers' everyday life perspective on healthful eating. *Appetite* 2009; 53(3): 390-398.
6. Burroughs E, Peck LE, Sharpe PA, Granner ML, Bryant CA, Fields R. Using focus groups in the consumer research phase of a social marketing program to promote moderate-intensity physical activity and walking trail use in Sumter County, South Carolina. *Prev Chronic Dis* 2006; 3(1): A08.
7. Connors M, Bisogni C, Sobal J, Devine C. Managing values in personal food systems. *Appetite* 2001; 36(3): 189-200.
8. Cousineau TM, Goldstein M, Franko DL. A collaborative approach to nutrition education for college students. *J Am Coll Health* 2004; 53(2): 79-84.
9. Darker CD, Larkin M, French DP. An exploration of walking behaviour an interpretative phenomenological approach. *Soc Sci Med* 2007; 65(10): 2172-2183.
10. Devine CM, Nelson JA, Chin N, Dozier A, Fernandez ID. "Pizza is cheaper than salad": assessing workers' views for an environmental food intervention. *Obesity* 2007; 15(Suppl 1): 57S-68S.
11. Dijk F, De Nooijer J, Heinrich E, De Vries H. Adolescents' view on smoking, quitting and health education. *Health Educ* 2007; 107(2): 114-125.
12. Dunne C, Somerset M. Health promotion in university: what do students want? *Health Educ* 2004; 104(6): 360-370.
13. Elley CR, Dean S, Kerse N. Physical activity promotion in general practice patient attitudes. *Aust Fam Physician* 2007; 36(12): 1061-1064.
14. Emslie C, Hunt K, Watt G. 'I'd rather go with a heart attack than drag on': lay images of heart disease and the problems they present for primary and secondary prevention. *Coronary Health Care* 2001; 5(1): 25-32.

15. Farrimond H, Saukko PM, Qureshi N, Evans PH. Making sense of being at 'high risk' of coronary heart disease within primary prevention. *Psychol Health* 2010; 25(3): 289-304.
16. Ferney SL, Marshall AL. Website physical activity interventions: preferences of potential users. *Health Educ Res* 2006; 21(4): 560-566.
17. Fletcher GM, Behrens TK, Domina L. Barriers and enabling factors for work-site physical activity programs: a qualitative examination. *J Phys Act Health* 2008; 5(3): 418-429.
18. Gates D, Brehm B, Hutton S, Singler M, Poepelman A. Changing the work environment to promote wellness: a focus group study. *AAOHN J* 2006; 54(12): 515-520.
19. Gilson N, McKenna J, Cooke C. Experiences of route and task-based walking in a university community: qualitative perspectives in a randomized control trial. *J Phys Act Health* 2008; 5(Suppl 1): S176-S182.
20. Giskes K, Patterson C, Turrell G, Newman B. Health and nutrition beliefs and perceptions of Brisbane adolescents. *Nutr Diet* 2005; 62(2/3): 69-75.
21. Hall R, Saukko PM, Evans PH, Qureshi N, Humphries SE. Assessing family history of heart disease in primary care consultations: a qualitative study. *Fam Pract* 2007; 24(5): 435-442.
22. Hedman E, Gabre P, Riis U. Adolescents' attitudes towards tobacco use and oral health: four "portraits". *Int J Qual Stud Health Well-being* 2008; 3(4): 248-255.
23. Hsieh P. Factors influencing students' decisions to choose healthy or unhealthy snacks at the University of Newcastle, Australia. *J Nurs Res* 2004; 12(2): 83-91.
24. Jack SM, Bouck LMS, Beynon CE, Ciliska DK, Mitchell MJL. Marketing a hard-to-swallow message: recommendations for the design of media campaigns to increase awareness about the risks of binge drinking. *Can J Public Health* 2005; 96(3): 189-193.
25. Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scand J Caring Sci* 2008; 22(3): 455-462.
26. Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health (N Y)* 2010; 14(2): 115-130.
27. John JH, Ziebland S. Reported barriers to eating more fruit and vegetables before and after participation in a randomized controlled trial: a qualitative study. *Health Educ Res* 2004; 19(2): 165-174.

28. Kegler MC, Escoffery C, Alcantara I, Ballard D, Glanz K. A qualitative examination of home and neighborhood environments for obesity prevention in rural adults. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5: 65.
29. Kelders SM, Van Gemert-Pijnen JEWC, Werkman A, Seydel ER. Evaluation of a web-based lifestyle coach designed to maintain a healthy bodyweight. *J Telemed Telecare* 2010; 16(1): 3-7.
30. Kinman G, Jones F. Lay representations of workplace stress: what do people really mean when they say they are stressed? *Work Stress* 2005; 19(2): 101-120.
31. Lea E, Worsley A, Crawford D. Australian adult consumers' beliefs about plant foods: a qualitative study. *Health Educ Behav* 2005; 32(6): 795-808.
32. Loth KA, Neumark-Sztainer D, Croll JK. Informing family approaches to eating disorder prevention: perspectives of those who have been there. *Int J Eat Disord* 2009; 42(2): 146-152.
33. McKay J, Wright A, Lowry R, Steele K, Ryde G, Mutrie N. Walking on prescription: the utility of a pedometer pack for increasing physical activity in primary care. *Patient Educ Couns* 2009; 76(1): 71-76.
34. Menegatos L, Lederman LC, Hess A. Friends don't let Jane hook up drunk: a qualitative analysis of participation in a simulation of college drinking-related decisions. *Commun Educ* 2010; 59(3): 374-388.
35. Moore JB, Jilcott SB, Shores KA, Evenson KR, Brownson RC, Novick LF. A qualitative examination of perceived barriers and facilitators of physical activity for urban and rural youth. *Health Educ Res* 2010; 25(2): 355-367.
36. Mutrie N, Carney C, Blamey A, Crawford F, Aitchison T, Whitelaw A. "Walk in to Work Out": a randomised controlled trial of a self help intervention to promote active commuting. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(6): 407-412.
37. Nelson MC, Kocos R, Lytle LA, Perry CL. Understanding the perceived determinants of weight-related behaviors in late adolescence: a qualitative analysis among college youth. *J Nutr Educ Behav* 2009; 41(4): 287-292.
38. Parlove AE, Cowdery JE, Hoerauf SL. Acceptability and appeal of a Web-based smoking prevention intervention for adolescents. *International Electronic Journal of Health Education* 2004; 7: 1-8.
39. Peterson J. A qualitative comparison of parent and adolescent views regarding substance use. *J Sch Nurs* 2010; 26(1): 53-64.

40. Royce SW, Sharpe PA, Ainsworth BE, Greaney ML, Neff LJ, Henderson KA. Conceptualising barriers and supports for physical activity: a qualitative assessment. *International Journal of Health Promotion and Education* 2003; 41(2): 49-56.
41. Scales MB, Monahan JL, Rhodes N, Roskos-Ewoldsen D, Johnson-Turbes A. Adolescents' perceptions of smoking and stress reduction. *Health Educ Behav* 2009; 36(4): 746-758.
42. Schryver T, Smith C. Participants' willingness to consume soy foods for lowering cholesterol and receive counselling on cardiovascular disease by nutrition professionals. *Public Health Nutr* 2006; 9(7): 866-874.
43. Seibold ES, Knafl K, Grey M. The family context of an intervention to prevent type 2 diabetes in high-risk teens. *Diabetes Educ* 2003; 29(6): 997-1004.
44. Sherwood-Puzzello CM, Miller M, Lohrmann D, Gregory P. Implementation of CDC's School Health Index in 3 midwest middle schools: motivation for change. *J Sch Health* 2007; 77(6): 285-293.
45. Skinner H, Biscope S, Murray M, Korn D. Dares to addiction: youth definitions and perspectives on gambling. *Can J Public Health* 2004; 95(4): 264-267.
46. Steele R, Mummery KW, Dwyer T. Development and process evaluation of an Internet-based physical activity behaviour change program. *Patient Educ Couns* 2007; 67(1-2): 127-136.
47. Stevenson C, Doherty G, Barnett J, Muldoon OT, Trew K. Adolescents' views of food and eating: identifying barriers to healthy eating. *J Adolesc* 2007; 30(3): 417-434.
48. Strolla LO, Gans KM, Risica PM. Using qualitative and quantitative formative research to develop tailored nutrition intervention materials for a diverse low-income audience. *Health Educ Res* 2006; 21(4): 465-476.
49. Tucker P, Irwin JD. University students' perspectives on a physical activity record-keeping log. *Health Promot Pract* 2007; 8(2): 173-180.
50. Wilson CJ, Deane FP. Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *Journal of Educational and Psychological Consultation* 2001; 12(4): 345-364.
51. Wilson K, Ganley A, Mackereth P, Rowswell V. Subsidized complementary therapies for staff and volunteers at a regional cancer centre: a formative study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2007; 16(3): 291-299.

52. Wood F, Jacobson S. Employee perceptions of diabetes education needs: a focus group study. *AAOHN J* 2005; 53(10): 443-449.

53. Wormald H, Waters H, Sleaf M, Ingle L. Participants' perceptions of a lifestyle approach to promoting physical activity: targeting deprived communities in Kingston-upon-Hull. *BMC Public Health* 2006; 6: 202.

Nicht E8

1. Burgoyne L, Coleman R, Perry IJ. Walking in a city neighbourhood, paving the way. *J Public Health* 2007; 29(3): 222-229.

2. Cioffi J. Factors that enable and inhibit transition from a weight management program: a qualitative study. *Health Educ Res* 2002; 17(1): 19-26.

3. Henley N, Donovan RJ. Young people's response to death threat appeals: do they really feel immortal? *Health Educ Res* 2003; 18(1): 1-14.

4. Korhonen E, Taanila AM, Keinänen-Kiukkaanniemi S. Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the Oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Health Soc Care Community* 2011; 19(1): 15-22.

5. Lupton DA. Lay discourses and beliefs related to food risks: an Australian perspective. *Sociol Health Illn* 2005; 27(4): 448-467.

6. Muriello LM, Driskell MMH, Sherman KJ, Johnson SS, Prochaska JM, Prochaska JO. Acceptability of a school-based intervention for prevention of adolescent obesity. *J Sch Nurs* 2006; 22(5): 269-277.

7. Niva M. 'All foods affect health': understandings of functional foods and healthy eating among health-oriented Finns. *Appetite* 2007; 48(3): 384-393.

8. O'Kane GM, Craig P, Black D, Thorpe C. The Riverina men's study: rural Australian men's barriers to a healthy lifestyle Habits. *Int J Mens Health* 2008; 7(3): 237-254.

9. Robertson S. 'If I let a goal in, I'll get beat up': contradictions in masculinity, sport and health. *Health Educ Res* 2003; 18(6): 706-716.

10. Russell V, Gaffney P, Collins K, Bergin A, Bedford D. Problems experienced by young men and attitudes to help-seeking in a rural Irish community. *Ir J Psychol Med* 2004; 21(1): 6-10.

11. Strong KA, Parks SL, Anderson E, Winett R, Davy BM. Weight gain prevention: identifying theory-based targets for health behavior change in young adults. *J Am Diet Assoc* 2008; 108(10): 1708-1715.

12. Walsh JR, White AA, Greaney ML. Using focus groups to identify factors affecting healthy weight maintenance in college men. *Nutr Res* 2009; 29(6): 371-378.
13. Wiggs I, Brownson RC, Baker EA. If you build it, they will come: lessons from developing walking trails in rural Missouri. *Health Promot Pract* 2008; 9(4): 387-394.
14. Yap TL, Hemmings A, Davis LS. The systematic development of a tailored e-mail intervention for health behavior change toward increasing intentional physical activity. *West J Nurs Res* 2009; 31(3): 330-346.