pedocs
Open Access Erziehungswissenschaften

DIPF

Fuchs, Reinhard; Göhner, Wiebke; Mahler, Caroline; Fleitz, Annette; Seelig, Harald

Theoriegeleitete Lebensstiländerung

Ritterbach, Udo [Hrsg.]; Nicolaus, Jürgen [Hrsg.]; Spörhase, Ulrike [Hrsg.]; Schleider, Karin [Hrsg.]: Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Freiburg im Breisgau : Centaurus-Verl. 2009, S. 105-116. - (Schriftenreihe der Pädagogischen Hochschule Freiburg; 20)

Empfohlene Zitierung/ Suggested Citation:
Fuchs, Reinhard; Göhner, Wiebke; Mahler, Caroline; Fleitz, Annette; Seelig, Harald: Theoriegeleitete Lebensstiländerung - In: Ritterbach, Udo [Hrsg.]; Nicolaus, Jürgen [Hrsg.]; Spörhase, Ulrike [Hrsg.]; Schleider, Karin [Hrsg.]: Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Freiburg im Breisgau : Centaurus-Verl. 2009, S. 105-116 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-22495

in Kooperation mit / in cooperation with:

CENTAURUS
Verlag & Media KG

Nutzungsbedingungen

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

Terms of use

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

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

Kontakt / Contact:

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

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

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

Leben nach Herzenslust?

Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

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

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

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

Inhalt

7 Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

221 Autorinnen und Autoren

Theoriegeleitete Lebensstiländerung

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

In der Alltagspraxis der Gesundheitsförderung gibt es auch heute schon viele erfolgreiche Ideen und Ansätze zum Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Aus wissenschaftlicher Sicht ist diese Praxis der Lebensstiländerung aber oft noch unbefriedigend, und zwar aus drei Gründen (vgl. dazu: Göhner & Fuchs, 2007): (a) *Unzureichende Dokumentation*. In den allermeisten Fällen sind die durchgeführten Interventionen in ihrer Methodik und in ihrem Inhalt nicht hinreichend (schriftlich) dokumentiert, so dass unklar bleibt, worin eigentlich die Intervention genau bestand. Erfahrene Praktiker machen vieles richtig, aber sie schreiben ihr Vorgehen nur selten auf und veröffentlichen es dann auch. (b) *Fehlende Theoriegeleitetheit*: Bei der Entwicklung der Interventionsprogramme werden neue Erkenntnisse aus der Motivations- und Volitionsforschung nur wenig systematisch berücksichtigt; oft besteht deshalb die Intervention – aus Unkenntnis der Forschungslage – nur aus einfacher Information und Aufklärung über gesundheitliche Risiken und Vorbeugemöglichkeiten. (c) *Ungenügende Evidenzbasierung*: Der Praktiker weiß zwar oft aus Erfahrung, dass sein Programm „wirkt", aber wissenschaftliche (d.h. intersubjektiv überprüfbare) Belege kann er dafür nur selten vorbringen. Ohne die Ergebnisse aus methodisch sorgfältig durchgeführten Evaluationsstudien lässt sich in Zeiten knapper finanzieller Mittel eine möglichst wirkungsvolle Allokation der verfügbaren Ressourcen kaum organisieren.

In diesem Beitrag wird ein Interventionskonzept vorgestellt, bei dem auf Dokumentation, Theoriegeleitetheit und Evidenzbasierung besonderer Wert gelegt wird. Ziel dieses Interventionskonzepts ist es, mit Patienten der stationären Rehabilitation den systematischen Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils nach der Klinikentlassung vorzubereiten und sie anschließend auf diesem Weg eine Zeit lang zu begleiten. Die Rede ist vom so genannten „MoVo-Konzept" (Motivations-Volitions-Konzept; Fuchs, 2007). Während die in den Reha-Kliniken bisher eingesetzten Maßnahmen fast ausschließlich auf die Motivierung der Patienten durch Information und Aufklärung abzielen, geht das MoVo-Konzept darüber hinaus und hilft den Patienten dabei, das, was sie sich für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt vorgenommen haben, durch Stärkung ihrer *volitionalen Kompetenzen* auch tatsächlich umsetzen zu können.

Ausgangslage

Sowohl bei der orthopädischen als auch bei der kardiologischen Rehabilitation geht es darum, den *langfristigen Rehabilitationserfolg* dadurch zu sichern, dass der Patient nach Abschluss der stationären Behandlung die medizinisch indizierten Verhaltensweisen kontinuierlich weiterführt (Bengel & Herwig, 2003). Dabei kommt der regelmäßigen *körperlichen Aktivität* eine Schlüsselrolle zu. Dementsprechend wird der Bewegungstherapie (Medizinischen Trainingstherapie) in der orthopädischen Rehabilitation eine zentrale Bedeutung beigemessen. Ihr langfristiger Nutzen hängt wesentlich davon ab, dass die während des Klinikaufenthalts erlernten und praktizierten Übungen zur Kräftigung der Muskeln, Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, Ausdauer und Koordination vom Patienten zu Hause fortgeführt werden – entweder selbstständig oder angeleitet (etwa in einer Rückenschule). Nicht viel anders wird auch der langfristige Rehabilitationserfolg bei Herz-Kreislauf-Patienten wesentlich davon bestimmt, inwieweit es gelingt, diese zu körperlich-aktiven Lebensweise zu veranlassen. Studien zeigen, dass eine „exercise-based cardiac rehabilitation" das allgemeine und kardiovaskuläre Mortalitätsrisiko um 20-24% zu reduzieren vermag (Schlicht, Kanning & Bös, 2003). Vor diesem Hintergrund bekommen heute im Rahmen der Anschlussheilbehandlung (AHB) nahezu alle Patienten Sport- und Bewegungstherapie verordnet, die in spezifischer Weise der Erkrankung angepasst ist (Huonker, 2002). Darüber hinaus werden die Patienten in der Regel dazu aufgefordert, sich zuhause einer der mittlerweile fast überall vorhandenen Ambulanten Herzgruppen anzuschließen (Kempf, Reuß & Brusis, 2000).

Obgleich eine kontinuierliche Fortführung des körperlichen Trainingsprogramms nach dem stationären Aufenthalt in eigener Regie von hohem rehabilitativen Nutzen wäre, scheint es doch nur einem relativ geringen Prozentsatz der Rehabilitanden zu gelingen, ein stabiles poststationäres Aktivitätsverhalten aufzubauen (Fuchs, 2003). Wie schwierig es ist, mit einem regelmäßigen Sport- und Bewegungsprogramm zu beginnen und dieses kontinuierlich aufrechtzuerhalten, ist beispielsweise daran zu erkennen, dass sich in Deutschland nach einer stationären Rehabilitation überhaupt nur 20-30% der kardiologischen Patienten einer der vielen heute existierenden Ambulanten Herzgruppe (AHG) anschließen. Hinzu kommt, dass von den Teilnehmenden dann etwa 30% die AHG bereits nach 6-7 Monaten wieder verlassen (Schlicht, Kanning & Bös, 2003). Das Problem der Motivierung von Patienten der kardiologischen Rehabilitation zur Teilnahme an Ambulanten Herzgruppen ist in Deutschland von Budde und Keck (1996, 1999; Keck & Budde, 1996) intensiv untersucht worden. In ihrer Studien nahmen AHB-Patienten an einem speziell entwickel-

ten Programm teil, das zum Besuch der ambulanten Herzsportgruppen motivieren sollte. Die Followup-Untersuchungen ergaben, dass bereits fünf Monate nach ihrer Klinikentlassung nur noch 28% der Patienten an einer Ambulanten Herzgruppe teilnahmen. Nach zwei Jahren lag die Teilnahmequote bei 19% und nach vier Jahren nur noch bei 15% (Budde & Keck, 1999).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass nur ein relativ geringer Anteil der Patienten nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik das medizinisch indizierte Bewegungs- oder Trainingsprogramm in den eigenen Alltag implementieren und regelmäßig weiterführen kann. Nachfolgend wird ein Konzept vorgestellt, mit dem der Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation erleichtert werden soll.

Das MoVo-Konzept

Das MoVo-Konzept geht von der Erkenntnis aus, dass es vielen Mensch schwer fällt, das, was sie sich vorgenommen haben, auch in die Tat umzusetzen. Auch dann, wenn Menschen hoch motiviert sind, gelingt es ihnen oft nicht, die entsprechenden Handlungen folgen zu lassen. Was diesen Personen fehlt, ist nicht noch eine weitere „Motivierungseinheit", sondern konkrete Unterstützung bei der volitionalen Umsetzung ihrer Absichten. Mit dem psychologischen Begriff der *Volition* werden, in Abgrenzung zum Begriff der *Motivation*, jene Prozesse der Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle bezeichnet, die es dem Menschen ermöglichen, auch dann ihre Absicht in die Tat umzusetzen, wenn äußere oder innere Hindernisse auftreten (Gollwitzer, 1999; Kuhl, 2001). Betrachtet man sich die bisher üblichen Rehabilitations-Programme zur Gesundheitserziehung bzw. Lebensstiländerung, so ist festzustellen, dass diese fast ausschließlich mit *motivationalen Interventionen* operieren. Unzutreffenderweise wird hier davon ausgegangen, die Änderung von Verhaltensweisen bzw. Lebensstilen sei allein eine Frage der richtigen Motivierung. Im MoVo-Konzept wird ein anderer Weg beschritten: Auch hier spielt der Motivationsaufbau eine wichtige Rolle; aber dabei wird nicht stehen geblieben. Das Konzept umfasst auch volitionale Interventionen, die der Stärkung der selbstregulativen Kompetenzen dienen, mit denen es der Person überhaupt erst möglich wird, aus einer bloßen Handlungsbereitschaft konkretes Handeln hervorgehen zu lassen.

Theoretischer Hintergrund

In der einschlägigen Forschungsliteratur existieren verschiedene Ansätze zur Erklärung der Aneignung und Aufrechterhaltung eines kontinuierlichen Gesundheitsverhaltens. Diese Ansätze lassen sich im wesentlichen zwei un-

terschiedlichen Forschungstraditionen zuordnen: zum einen der angloamerikanischen Social-Cognition-Forschung, wie sie beispielsweise im Sammelband von Conner und Norman (2005) zusammenfassend dargestellt wird; und zum anderen der deutschen Volitionsforschung, die vor allem mit den Namen Gollwitzer (1999), Kuhl (2001) und Schwarzer (2001) verknüpft ist. Im MoVo-Prozessmodell (Abbildung 1) wird der Versuch unternommen, zentrale Elemente dieser beiden Forschungstraditionen zu integrieren.

Das MoVo-Prozessmodell geht davon aus, dass der Aufbau und die Aufrechterhaltung eines kontinuierlichen Gesundheitsverhaltens im wesentlichen von fünf psychologischen Faktoren abhängig ist, nämlich vom Vorliegen einer starken Zielintention, von einer möglichst hohen Selbstkonkordanz dieser Zielintention, von realistischen Implementierungsplänen für diese Zielintention, von wirksamen Strategien der Handlungskontrolle und Intentionsabschirmung und schließlich von der Existenz positiver Konsequenzerfahrungen mit dem neuen Verhalten. Eine ausführliche Beschreibung des MoVo-Prozessmodells findet sich bei Fuchs (2005, 2007; Göhner & Fuchs, 2007).

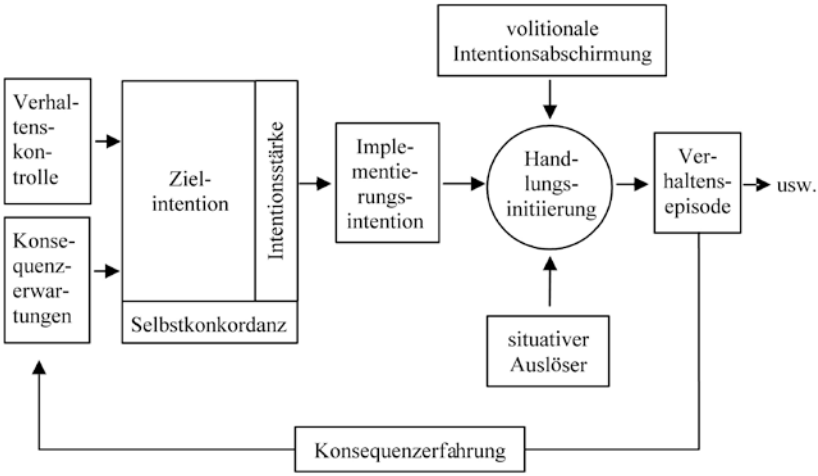

Abb. 1: Das MoVo-Prozessmodell (Fuchs, 2007)

MoVo-Intervention

Auf der Grundlage des MoVo-Prozessmodells sind in den vergangen Jahren verschiedene standardisierte MoVo-Interventionsprogramme für unterschiedliche Zielgruppen und Settings entwickelt worden. Eines dieser speziel-

len Programme trägt die Bezeichnung MoVo-LISA. Es ist ein kurzes Interventionsprogramm, das speziell auf den Bereich der stationären orthopädischen Rehabilitation abgestimmt wurde. Das Akronym LISA steht für „Lebensstil-Integrierte Sportliche Aktivität". Ziel der MoVo-LISA-Intervention ist es, dem Patienten dabei zu helfen, nach Abschluss der stationären Rehabilitation zuhause mit einem regelmäßigen Bewegungs- bzw. Trainingsprogramm zu beginnen und dieses zu einem festen Bestandteil seines Alltags zu machen.

MoVo-LISA ist ein Gruppenprogramm, das aus insgesamt fünf Komponenten besteht, nämlich (1) einem Ersten Gruppengespräch (am Ende der zweiten Behandlungswoche), (2) einem kurzen Einzelgespräch (in der zweiten Hälfte der dritten Woche), (3) einem Zweiten Gruppengespräch (am Ende der dritten Woche), (4) einem Erinnerungsschreiben drei Wochen und (5) einem telefonischen Kurzkontakt sechs Wochen nach der Klinikentlassung (vgl. Abbildung 2). Das erste und zweite Gruppengespräch wird mit sechs Personen durchgeführt, die Dauer beläuft sich auf 60 bzw. 90 Minuten. Das dazwischen liegende Einzelgespräch des Moderators mit jedem Teilnehmer dauert ca. zehn Minuten pro Person. Alle drei Gespräche werden von speziell geschulten Psychologen bzw. Physiotherapeuten geleitet. Die Gespräche erfolgen entlang eines standardisierten Leitfadens, mit dessen Hilfe der Gesprächsverlauf und die zu behandelnden Themen vorstrukturiert werden (MoVo-LISA Curriculum; komplett veröffentlicht bei Göhner & Fuchs, 2007).

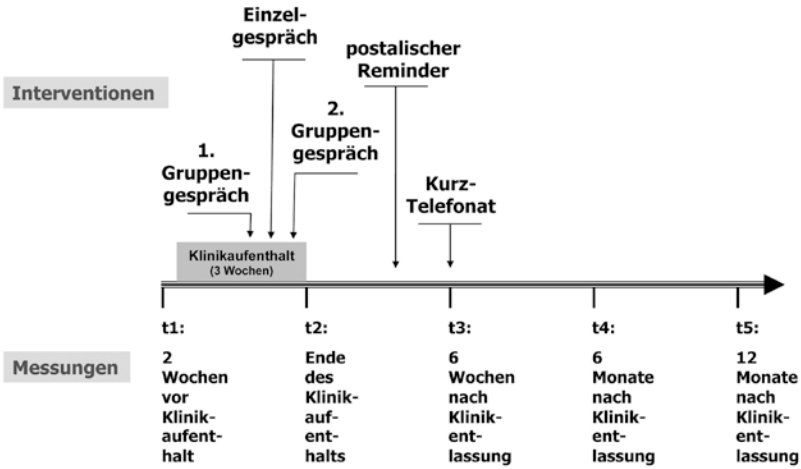

Abb. 2: Interventionsdesign (oberhalb des Zeitstrahls) und Messdesign (unterhalb des Zeitstrahls) des MoVo-LISA-Projekts

Die Ergebnisse der Gespräche werden in speziellen Protokollbögen schriftlich festgehalten. Beide Gruppengespräche bauen aufeinander auf und bilden zusammen eine Einheit. Die einwöchige Zeitspanne zwischen beiden Gesprächen dient der Anfertigung einer „Hausaufgabe" zur Nachbearbeitung des Erst- bzw. Vorbereitung auf das Zweitgespräch. Im Ersten Gruppengespräch stehen eher motivationale und im Zweiten Gruppengespräch eher volitionale Interventionen im Vordergrund. Gegenstand des Ersten Gruppengesprächs sind u.a. die folgenden Themen:

- *Gesundheitsziele* (Welches sind meine drei wichtigsten gesundheitlichen Ziele? [z.B. Schmerzfreiheit])
- *Verhaltenspläne* (Was bin ich persönlich bereit zur Erreichung dieser Gesundheitsziele zu tun?)
- *Realismus-Check* (Wie realistisch sind die verschiedenen Verhaltenspläne? Welche kommen für mich überhaupt in Frage?)
- *Selbstkonkordanz der Verhaltenspläne* (Wie sehr passt das ins Auge gefasste Sportverhalten zu mir, d.h. zu dem, wie ich bin und was mir wichtig ist? Wird es mir womöglich nur aufokroyiert?)
- *Überprüfung der Selbstwirksamkeit* (Glaube ich, dass ich das in Erwägung gezogene neue Verhalten durchhalten kann?)
- *Vorläufige Festlegung auf ein bestimmtes Zielverhalten* (Die Person formuliert die explizite Absicht, ein bestimmtes Sportverhalten nach der Reha zu praktizieren. Sie soll darüber aber in der Zeit bis zum Zweitgespräch noch einmal nachdenken)
- *Vorbereitung der Umsetzungsplanung* (Hausaufgabe: Wie könnte ich die oben formulierte Absicht an meinem Wohnort konkret umsetzen?)

In den 5-7 Tagen zwischen Erstem Gruppengespräch und Einzelgespräch reflektiert der Patient noch einmal die „Vorläufige Festlegung auf ein bestimmtes Zielverhalten" („Bin ich bereit, dieses Verhalten [z.B. zweimal pro Woche zur Rückengymnastik gehen] zu einem festen Bestandteil meiner Lebensweise zu machen?") und besorgt sich ggf. Informationen darüber, wo, wann und wie er dieses Verhalten an seinem Wohnort umsetzen kann („Hausaufgabe"). Mit diesen Informationen kommt er in das *Einzelgespräch*, in dem der Stand der Umsetzungsplanung zusammen mit dem Moderator besprochen wird. Beim Zweiten Gruppengespräch werden dann hauptsächlich die folgenden Punkte thematisiert:

- *Besprechung der Hausaufgabe* (Welche Informationen konnten besorgt werden? Welche fehlen noch?)

- *Vorläufige Endfassung des Verhaltensplans* (Es wird ein „Entschluss" gefasst; dieser wird schriftlich festgehalten; der Entschluss ist jederzeit revidierbar, aber nicht ersatzlos streichbar)
- *Erarbeitung des persönlichen Umsetzungsplans* (Detaillierte Klärung der organisatorischen Rahmenbedingungen des Verhaltens, z.B. Termin, Kosten, Anmeldung, Anfahrtsweg usw.)
- *Antizipation möglicher Hindernisse und Widerstände* (Welche inneren Barrieren [z.B. fehlender Antrieb; „innerer Schweinehund"] oder äußeren Hindernisse [berufliche Stresssituationen] könnten das Zielverhalten zum Abbruch bringen?)
- *Barrierenmanagement* (Wie kann mit den zuvor identifizierten Hindernissen und Widerständen so umgegangen werden, dass sie nicht das Zielverhalten gefährden?)
- *Rückfallprophylaxe* (Das Scheitern des Plans einkalkulieren. Strategie des „adaptiven Implementierens": die Verhaltenspläne der tatsächlichen Lebenssituation immer besser anpassen und trotzdem nicht auf sie verzichten)

Die Ergebnisse des Ersten und Zweiten Gruppengesprächs werden in einem speziell gestalteten Protokollbogen festgehalten und dem Patienten am Ende seines Klinikaufenthalts übergeben. Es handelt sich hierbei um eine schriftliche Dokumentation seiner gesundheitsbezogenen Überlegungen, Absichten und konkreten Pläne für die jetzt bevorstehende Zeit. Zu MoVo-LISA gehören schließlich noch das Erinnerungsschreiben (3. Woche poststationär) und das Kurztelefonat (6. Woche poststationär). Bei diesem (zuvor mit dem Moderator terminlich vereinbarten) Telefonat wird mit dem Patienten darüber gesprochen, inwieweit es ihm in der Zwischenzeit gelang, seine Absichten und Pläne in die Tat umzusetzen, wo die Schwierigkeiten lagen und welche Möglichkeiten bestehen, eine eventuell besser angepasste Form des Zielverhaltens zu realisieren.

Methodik

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wurde das Programm MoVo-LISA im Rahmen eines Forschungsvorhabens[1] in einer orthopädischen Reha-Klinik (DRV-Rehazentrum Schömberg; Leitung: PD Dr. Ingrid Schittich) strukturell implementiert und von vier geschulten Klinikmitarbeitern (drei Physiotherapeuten und ein Psychologe) praktisch umgesetzt. Die parallel dazu durchgeführte

1 gefördert von der DRV-Bund (Förderkennzeichen 8011-106-31/31.74)

wissenschaftliche Begleitstudie unterscheidet zwischen einer Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe besteht aus den körperlich-inaktiven Patienten[2], die das normale Klinikprogramm in der Zeit zwischen Oktober 2005 bis April 2006 durchlaufen haben (*usual care*). Im Unterschied dazu besteht die Interventionsgruppe aus den körperlich-inaktiven Patienten[2], die das normale Klinikprogramm in der Zeit zwischen Mai 2006 bis August 2006 absolviert und während ihres Klinikaufenthalts *zusätzlich* am MoVo-LISA-Programm teilgenommen haben. Von beiden Patientengruppen wurden zu insgesamt fünf Messzeitpunkten Daten per Fragebogen erhoben: Der erste Messzeitpunkt liegt zwei Wochen vor Beginn der stationären Rehabilitation (t_1), der zweite am Ende des dreiwöchigen Klinikaufenthaltes (t_2), der dritte sechs Wochen nach der Klinikentlassung (t_3), der vierte sechs Monate nach der Klinikentlassung (t_4) und der letzte Messzeitpunkt zwölf Monate nach der Entlassung (t_5). Das Messdesign ist in Abbildung 2 grafisch dargestellt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der MoVo-LISA Interventionsstudie werden gegenwärtig in verschiedenen Publikationen ausführlich dokumentiert und diskutiert (Fuchs, Göhner & Seelig, 2009; Göhner, Seelig & Fuchs, 2009). An dieser Stelle können nur einige wenige Resultate vorgestellt werden. Festzustellen ist zunächst, dass sich Kontroll- und Interventionsgruppe hinsichtlich Alter und Schulabschluss nicht unterscheiden: Das durchschnittliche Alter in der Kontrollgruppe beträgt 50,2 Jahre, das in der Interventionsgruppe 52,3 Jahre. Von den Kontrollgruppenteilnehmern haben 50,0% den Hauptschulabschluss und 5,3% das Abitur, während 52,3% bzw. 4,5% der Interventionsteilnehmer diese Schulabschlüsse erreicht haben. Bezüglich des Geschlechts ist die Verteilung nicht ganz ausbalanciert: In der Kontrollgruppe sind 52,3%, in der Interventionsgruppe 64,8% Frauen. Für alle erhobenen psychologischen Maße und Verhaltensvariablen ist ein vergleichbares Ausgangsniveau der Kontroll- und Interventionsgruppe zum ersten Messzeitpunkt festzustellen, so dass die Patienten aus beiden Gruppen gut miteinander verglichen werden können. Im Folgenden wird der Interventionseffekt auf das Verhalten (Sportaktivität) etwas ausführlicher, die Effekte auf die verschiedenen psychologischen Mediatorvariablen dagegen nur summarisch beschrieben.

2 einbezogen wurden nur orthopädische Patienten mit Verschleißerkrankung, keine Patienten mit akuten Ereignissen (Verletzungen, Unfälle)

Sportaktivität

Der Umfang der sportlichen Aktivität wurde zu den Messzeitpunkten 1, 3, 4 und 5, nicht aber zum zweiten Messzeitpunkt (Ende der stationären Reha) erhoben, da die Zeit während des Klinikaufenthalts naturgemäß nicht zum normalen Aktivitätsverhalten dazugezählt werden kann. Zur Messung des sportlichen Aktivitätsniveaus wurden die Teilnehmer danach gefragt, ob sie normalerweise regelmäßige sportliche Aktivität betreiben würden. Wurde dies bejaht, sollten die Teilnehmer im offenen Antwortformat schriftlich eintragen, um welche sportliche(n) Aktivität(en) es sich dabei handelt. Zu jeder dieser Aktivitäten wurde anschließend die Häufigkeit (wie oft pro Monat) und Dauer (wie viele Minuten pro Gelegenheit) erfragt. Aus diesen Angaben wurde die sportliche Gesamtaktivität pro Woche berechnet. Wie in Abbildung 3 dargestellt, waren sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe anfangs zu t_1 noch sportlich völlig inaktiv. Sechs Wochen nach der Klinikentlassung zu t_3 konnte die Interventionsgruppe ihren sportlichen Bewegungsumfang um fast das Doppelte gegenüber der Kontrollgruppe steigern: Zum dritten Messzeitpunkt trieben die Teilnehmer in der Kontrollgruppe durchschnittlich 84 Minuten Sportaktivität pro Woche, die Teilnehmer der Interventionsgruppe waren dagegen durchschnittlich 156 Minuten aktiv. Der erzielte Interventionseffekt konnte in der Folgezeit recht gut aufrechterhalten werden: zwischen beiden Gruppen war auch noch nach sechs Monaten (t_4) (Mittelwertsdifferenz: 33 Minuten pro Woche) und nach zwölf Monaten (Mittelwertsdifferenz: 28 Minuten pro Woche) ein signifikanter Unterschied zu beobachten, wenngleich in beiden Gruppen – insbesondere von t_3 nach t_4 – eine deutliche Abnahme der absoluten Höhe des Aktivitätsniveaus eingetreten war (ausführlicher: Fuchs, Göhner & Seelig, 2009).

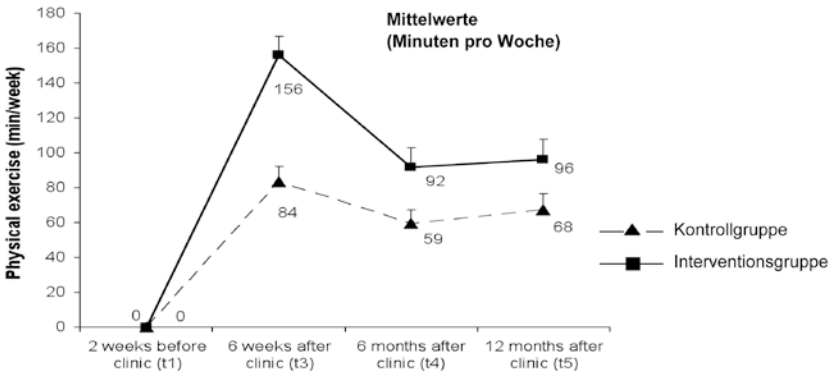

Abb. 3: Sportaktivität in Minuten pro Woche von Interventions- und Kontrollgruppe

Psychologische Mediatorvariablen

Überprüft wurden auch die Effekte der MoVo-LISA-Intervention auf jene psychologischen Variablen, von denen angenommen wurde, dass sie für das Zustandekommen der Verhaltensänderung von zentraler Bedeutung wären. In Anlehnung an das MoVo-Prozessmodell wurden u.a. die folgenden Mediatorvariablen erfasst: Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Konsequenzerwartungen, Selbstkonkordanz, Intentionsstärke, Planungstiefe, Barrierenwahrnehmung und Barrierenmanagement. Insgesamt zeigen sich hier ähnliche Ergebnismuster wie bei der Verhaltensvariable. In der Regel ist die motivationale und volitionale Ausgangssituation in der Interventionsgruppe auch noch sechs bzw. zwölf Monate nach der Klinikentlassung signifikant besser als in der Kontrollgruppe. Eine detaillierte Darstellung der hier einschlägigen Befunde findet sich bei Göhner, Seelig und Fuchs (2009).

Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse belegen, dass durch MoVo-LISA ein substanzieller Beitrag zum Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils nach der stationären Rehabilitation geleistet werden kann. Zwölf Monate nach der Klinikentlassung sind die Patienten mit MoVo-LISA-Intervention um 28 Minuten aktiver als jene Patienten, die nicht an diesem Programm teilgenommen haben. Signifikante Interventionseffekte zeigten sich auch bei fast allen psychologischen Mediatorvariablen. Mit der Intervention konnte demnach nicht nur das Verhalten, sondern auch die dem Verhalten zugrunde liegenden kognitiven Strukturen verändert werden. In der Weiterführung dieser Art von Interventionsforschung wird darüber zu sprechen sein, wie durch sinnvoll platzierte „Auffrischungseinheiten" (Booster-Sessions) nach dem Ende der Hauptintervention die Nachhaltigkeit der anfänglich erzielten Interventionseffekte noch weiter gestärkt werden kann.

Literatur

Bengel, J. & Herwig, J. (2003). Gesundheitsförderung in der Rehabilitation. In M. Jerusalem & H. Weber (Hg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 707-724). Göttingen: Hogrefe.

Budde, H. G. (1999). Motivation zur ambulanten Herzgruppe. *Prävention und Rehabilitation*, *11*, 53-55.

Budde, H. G. & Keck, M. (1996). Zusammenhänge zwischen beruflicher Perspektive und Gesundheitsverhalten nach stationär kardiologischer Rehabilitation. *Herz, Kreislauf*, *28*, 169-172.

Budde, H. G. & Keck, M. (1999). Vier-Jahresteilnahmepersistenz in einer ambulanten Herzgruppe. *Prävention und Rehabilitation*, *11*, 56-60.

Conner, M. & Norman, P. (Eds.). (2005). *Predicting health behavior* (2nd ed.). Maidenhaid: Open University Press.

Fuchs, R. (1997). *Psychologie und körperliche Bewegung. Grundlagen für theoriegeleitete Interventionen.* Göttingen: Hogrefe.

Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health.* Göttingen: Hogrefe.

Fuchs, R. (2005). Körperliche Aktivität. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 447-465). Göttingen: Hogrefe.

Fuchs, R. (2007). Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung. In R. Fuchs et al. (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils* (S. 317-325). Göttingen: Hogrefe.

Fuchs, R. Göhner, W. & Seelig, H. (Hrsg.). (2007). *Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils.* Göttingen: Hogrefe.

Fuchs, R., Göhner, W. & Seelig, H. (2009). Long-term effects of a standardized group intervention on physical exercise and health: The MoVo concept. (submitted).

Göhner, W. (2007). MoVo-LISA: Ein Kleingruppenprogramm zum Aufbau des Bewegungsverhaltens. In R. Fuchs et al. (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils* (S. 340-353). Göttingen: Hogrefe.

Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). *Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung.* Göttingen: Hogrefe.

Göhner, W., Seelig, H. & Fuchs, R. (2009). Intervention effects on cognitive antecedents of physical activity: A one-year follow-up study. Applied Psychology: Health] Well-Being, 1(2), 233-256.

Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions. *American Psychologist*, *54*, 493-503.

Huonker, M. (2002). Körperliche Aktivität und kardiovaskuläre Erkrankungen. Prävention und Rehabilitation. In G. Samitz & G. Mensink (Hg.), *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie* (S. 107-119). München: Marseille Verlag.

Keck, M. & Budde, H. G. (1996). Praxis der Motivation zur ambulanten Herzgruppe. *Herz, Kreislauf*, *28*, 311-315.

Kempf, H. D., Reuß, P. & Brusis, O. (2000). *Praxisbuch Herzgruppen.* Stuttgart: Thieme.

Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit.* Göttingen: Hogrefe.

Schlicht, W., Kanning, M. & Bös, K. (2003). Psychosoziale Interventionen zur Beeinflussung des sekundären Risikofaktors Bewegungsmangel: Theoretische Modelle und praktische Evidenzen. In J. Jordan, B. Bardé & A. M. Zeiher (Hg.), *Expertise für die Status- und Konsensuskonferenz Psychokardiologie*. Frankfurt a. M.: VAS.

Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, *10*, 47-51.