

I. Kurze Darstellung

H. Allmer & M. Allmer

gesund e. V. – Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

1. Aufgabenstellung

Das Projektvorhaben verfolgt das Ziel, einen Beitrag zur Evidenzbasierung einer bevölkerungsorientierten Interventionsmaßnahme zu leisten, indem die interventionstheoretisch relevante Fragestellung, mit welcher Interventionsmaßnahme sich in welchen Settings und bei welchen Zielgruppen welche Interventionseffekte erzielen lassen, beantwortet werden soll. Dabei wird von der Hypothese ausgegangen, dass sich mit bevölkerungsorientierten Kampagnen, die im Sinne von *integrierten Interventionsmodulen* geplant sind, nachhaltige Synergieeffekte ergeben werden.

Vor diesem Hintergrund wurden folgende konkrete Fragestellungen formuliert:

1. Welche Interventionsmaßnahmen führen in welchem „Setting“ zu einer wirksamen und evidenzbasierten Bewegungsförderung von älteren bewegungs- und sportinaktiven Menschen (ab dem Alter von 50 Jahren)? Zur Beantwortung der Fragestellung sollen vier Interventionsmodule, die folgende Settingebenen repräsentieren, entwickelt und evaluiert werden:

- (a) *Bevölkerungsebene*: Die in der LSB Öffentlichkeitskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund„ (LSB) vorgesehene „Plakat-Aktion“ und „Website“ richten sich an die Zielgruppe „Bevölkerung des Landes“. Untersucht werden soll, ob und welche Wirkungen diese medialen Interventionsmaßnahmen in Abhängigkeit von der Altersgruppe haben.
- (b) *Individuumebene*: Die Interventionsmodule beinhalten unterschiedliche Zugangswege, um bewegungs- und sportinaktive Ältere zu motivieren, sich an gesundheitsorientierten Bewegungs- und Sportaktivitäten zu beteiligen. Evaluiert werden soll die Effektivität der verschiedenen Zugangswege.
- (c) *Organisationsebene*: Dem Prinzip der *Niedrigschwelligkeit* folgend werden für bewegungs- und sportinaktive Ältere als motivationsförderliche Interventionsmaßnahme bewegungsbezogene Präventionsangebote bei Sportvereinen installiert, die Älteren den Zugang zu einer bewegungs- und sportaktiven Lebensgestaltung erleichtern sollen.

2. Welche Interventionsmaßnahmen führen bei welchen Zielgruppen zu einer wirksamen und evidenzbasierten Bewegungsförderung von älteren bewegungs- und

sportinaktiven Menschen (ab dem Alter von 50 Jahren)? Zur Analyse der differenziellen Wirksamkeit werden als Zielgruppenmerkmale herangezogen:

- (a) die „*motivationale Ausgangslage*“: Zur Kennzeichnung der motivationalen Ausgangslage werden das Ausmaß der Bewegungs- und Sportaktivität sowie die kategoriale Zuordnung von Personen zu den Phasen der Änderungshandlung herangezogen. Evaluiert werden soll, ob die Zugangswege für bewegungs- und sportinaktive Ältere und die Wirksamkeit der bewegungsbezogenen Präventionsangebote von der motivationalen Ausgangslage abhängen.
- (b) die soziodemographischen Merkmale „*Geschlecht*“ und „*Bildungsstand*“: Diese Zielgruppenmerkmale wurden ausgewählt, da bei den bewegungs- und sportaktiven Älteren die Männer und Personen mit einfachem Bildungsstand unterrepräsentiert sind. Damit stellt sich die Frage, mit welchen Interventionsmaßnahmen Zugangswege zu bewegungs- und sportinaktiven Männern und Personen mit einfachem Bildungsniveau geschaffen werden können, um die Aufnahme von Bewegungs- und Sportaktivitäten zu unterstützen.

Mit den Interventionsmodulen soll ein wissenschaftlicher Beitrag zur Entwicklung eines heuristischen Rahmenkonzepts für die Evaluationsforschung geleistet werden, das die Phasen Evaluation der Programmkonzeption, Evaluation der Programmdurchführung und Evaluation der Programmnützlichkeit unterscheidet und den Prozesscharakter der Evaluationsforschung herausstellt. Dabei soll nicht nur die Qualitätssicherung von Interventionsmaßnahmen, sondern auch die Qualitätssicherung der Evaluationsforschung konzeptuell verankert werden.

2. Planung und Ablauf des Vorhabens

Zur Beantwortung der Hauptfragestellungen des Projektvorhabens sind folgende „integrierte Interventionsmodule“ evaluiert worden: das Interventionsmodul „vital 55+“, Interventionsmodul „Aktiv in Bewegung“, Interventionsmodul „Plakataktion“ und Interventionsmodul „Website“. Die geplanten Interventionsmodule sind den drei zeitlich aufeinander folgenden Phasen der Programmevaluation (Evaluation der Programmkonzeption, Evaluation der Programmdurchführung und Evaluation der Programmnützlichkeit) zugeordnet (vgl. Abb. 1).

Bei den Interventionsmodulen „vital 55plus“ und „Aktiv in Bewegung“ handelt es sich um entwickelte und zertifizierte bewegungsbezogene Präventionsangebote. Übergeordnetes Ziel des *Interventionsmoduls* „Vital 55plus“ ist die Motivierung von bewegungs- und sportinaktiven Menschen, insbesondere der einfachen Bildungsschicht,

zu längerfristigen Bewegungs- und Sportaktivitäten. Zu diesem Zweck werden einerseits Inhalte angeboten, die vielfältige Bewegungserfahrungen ermöglichen und den Aufbau bewegungsbezogener Gesundheitsressourcen (Bewegungskompetenz) fördern. Andererseits werden Kursinhalte durchgeführt, mit denen die Teilnehmer in der Vorsatzbildung zu längerfristigen selbstständigen Bewegungs- und Sportaktivitäten befähigt werden sollen (partizipativer Ansatz).

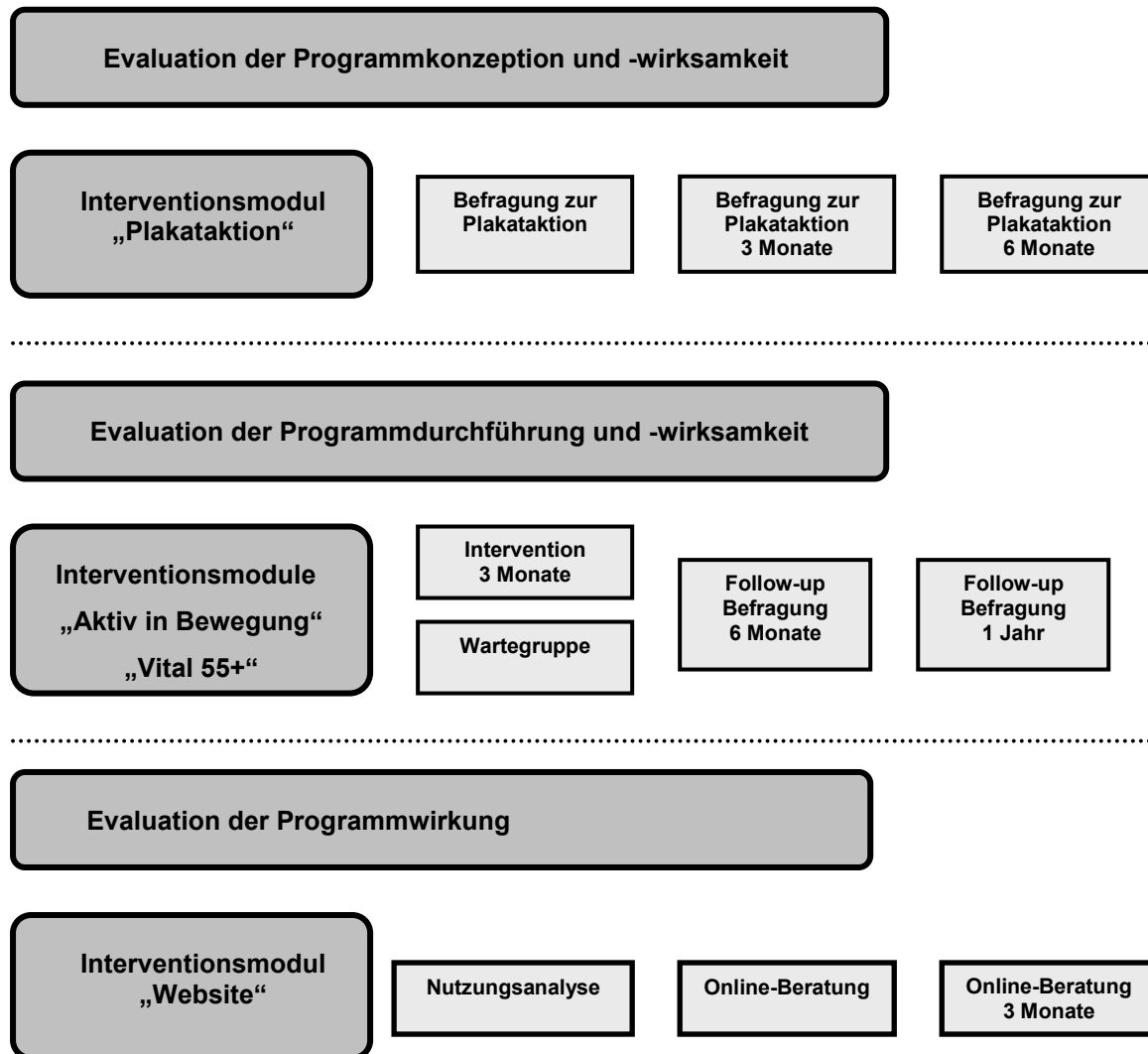


Abbildung 1: Vorhabenplan

Mit dem *Interventionsmodul „Aktiv in Bewegung“* sollten vor allem Männer zur Teilnahme an gesundheitsorientierten Bewegungsangeboten motiviert werden. Zu diesem Zweck wurde das gesundheitsorientierte Kurskonzept „Aktiv in Bewegung“ erstellt, durch das Männer über vielfältige Bewegungserfahrungen und die Verbindung

von Informationsvermittlung und Aktion differenziert angesprochen werden sollen. Die Inhalte der Präventionskurse berücksichtigen Aspekte wie Wissensvermittlung über die Auswirkungen von Bewegung auf den Körper und Bewusstseinsbildung für den eigenen Körper sowie die Bereitschaft, in diesen zu investieren, und betonen den Leistungsaspekt, der vor allem die Zielgruppe der Männer anspricht.

Der Evaluation der beiden Interventionsmodule liegt ein Versuch-/Kontrollgruppen Design (3 Monate Interventionszeit) und follow - up Erhebung mit zwei Messzeitpunkten (6 Monate und 1 Jahr) zugrunde. Zur Evaluation der Programmwirksamkeit werden in beiden Interventionsmodulen die gleichen Untersuchungsverfahren eingesetzt, um die in den Interventionsmodulen unterschiedlich konzipierten Zugangswege (mailing-Verfahren vs. Hausärzte) zur Motivierung bewegungs- und sportinaktiven Älteren miteinander vergleichen zu können.

Gegenstand des *Interventionsmoduls „Plakataktion“* ist die bevölkerungsorientierte Kampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ (ÜdiS), die vom LandesSportBund Nordrhein-Westfalen (LSB) und dem Innenministerium NRW durchgeführt wurde. Die Evaluation der Programmkonzeption bezieht sich auf die Bewertung der theoretischen Ausgangsposition, der Kampagnenziele und deren Strukturierung, der angenommenen Kampagnenwirksamkeit sowie der Differenziertheit und Reichweite des Realisierungsplanes. Mit der Evaluation des Interventionsmoduls „Plakataktion“ soll die Frage beantwortet werden, welche Veränderungen durch die Plakataktion bei der Zielgruppe der Älteren hervorgerufen werden (Evaluation der Wirksamkeit). Die Untersuchungszeitpunkte lagen 1 - 2 Monate vor Beginn der Plakataktion sowie 3 Monate bzw. 6 Monate nach der Plakatierung.

Das *Interventionsmodul „Website“* hat die Internetseite des LandesSportBundes NRW „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ zum Gegenstand. Um die Effektivität der internetgestützten Interventionskampagne beurteilen zu können, wurde einerseits eine Nutzungsanalyse geplant, die sich vor allem auf die Analyse des User-Verhaltens auf der Website (Herkunft und Verlauf der Nutzung) bezieht. Um die Veränderungen, die durch den Besuch der LSB-Website bei Älteren hervorgerufen werden, analysieren zu können, ist andererseits auf der „LSB-Website“ eine online - Beratung vorgesehen, von der erwartet wird, dass nicht nur die Absichtsbildung gefördert, sondern für Ältere auch der Zugang zu Bewegungs- und Sportaktivitäten ermöglicht wird (Wirksamkeitsanalyse).

Die integrierten Interventionsmodule sind mit einer Ausnahme plangemäß abgewickelt worden. Bei den beiden Interventionsmodulen „Vital 55+“ und „Aktiv in Bewegung“ wurde zum einen auf den Einsatz des LSB-Flyers verzichtet, da sich die Inhalte im nachhinein nicht als optimal erwiesen haben. Es wurde ein neuer Flyer entwickelt, der die Möglichkeit schaffte, die Inhalte besser umzusetzen und zwei klar abgrenzbare Motivierungsstrategien einzusetzen. Um den Zugangsweg zu den Präventionsangeboten zu erleichtern, wurden in einer Flyer-Form (Form A) motivierende Aussagen von ehemaligen TeilnehmerInnen aufgenommen, die in der alternativen Flyer-Form (Form B) durch Organisationsinformationen ersetzt wurden. Zum anderen ließ sich das geplante Versuchs-/Kontrollgruppen Design nicht umsetzen, da wegen Problemen bei der Anwerbung von Kursteilnehmern und des nicht erfolgreichen Zugangsweges „Hausärzte“ sich keine Wartegruppe bilden ließ. Durch die vorgenommene Aufteilung der Intervention in zwei aufeinander folgende Phasen, in denen der Bewegungskurs unter vergleichbaren Bedingungen durchgeführt werden konnte, war die Möglichkeit gegeben, die Programmwirksamkeit durch den Vergleich zwischen post/Interventionsphase 1 und prä/Interventionsphase 2 zu prüfen. Die als notwendig erscheinenden Änderungen haben zu keiner Änderung der Vorhabenziele geführt.

3. Wissenschaftlicher Stand

Auch wenn aus wissenschaftlicher Sicht noch Fragen zu den biopsychosozialen Wirkungen von Bewegungs- und Sportaktivitäten der Älteren unbeantwortet und differenziertere Untersuchungen der Wirkmechanismen erforderlich sind (vgl. Etnier et al., 1997; Janssen, 1995; King et al., 1993; Kramer & Willis, 2002; Yaffe et al., 2001), ist grundsätzlich von der Bedeutsamkeit und dem Nutzen der Bewegungs- und Sportaktivität für die Gesundheit Älterer auszugehen (vgl. zusammenfassend Allmer, 2006; 2008). Angesichts der gering ausgeprägten Bewegungs- und Sportaktivität der Älteren profitiert der überwiegende Teil der älteren Bevölkerung nicht vom gesundheitlichen Nutzen der Bewegungs- und Sportaktivität und setzt sich der Gefahr erhöhter gesundheitlicher Risiken aus. Aus gesundheitspolitischer Sicht sind daher vor allem Interventionsprogramme zu entwickeln, um Ältere zu mehr und regelmäßigeren Bewegungs- und Sportaktivitäten zu motivieren (vgl. King et al., 1998) und damit die Voraussetzung zu schaffen, dass die gesundheitsförderlichen Wirkungen von Bewegungs- und Sportaktivitäten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2002) den Älteren zugute kommen und Älteren zu einem gesundheitsbewussten und aktiven Lebensstil bewegen. Da Ältere Bewegungs- und Sportaktivitäten nicht grundsätzlich

ablehnen, sondern vielfältige Barrieren der (Wieder-)Aufnahme von Bewegungs- und Sportaktivitäten entgegenstehen (vgl. Allmer, 1996; Allmer 2008), sind Interventionsmaßnahmen zu erforschen, die die Zuwendung zu Bewegungs- und Sportaktivitäten der Älteren erleichtern und eine dauerhafte Bindung ermöglichen.

Während wissenschaftliche Untersuchungen zur Förderung der Bewegungs- und Sportaktivität bei Erwachsenen auf ein zunehmendes Forschungsinteresse stoßen (vgl. Baranowski et al., 1998; Dishman & Buckworth, 1996; Hillsdon, Foster & Thorogood, 2005; Höner, 2007; Marcus, Dubbert et al., 2000), steht die Forschung zur Motivierung Älterer zu Bewegungs- und Sportaktivitäten erst am Anfang (vgl. Allmer, 2008; Conn, Minor, Burks, Rantz. & Pomeroy, 2003). In der Regel wurden bisher Maßnahmen durchgeführt, mit denen gesundheitsorientierte Bewegungs- und Sportprogramme installiert werden, um durch die Angebotserweiterung Ältere zu Bewegungs- und Sportaktivitäten zu motivieren (vgl. „Fit und vital älter werden im Saarland“, Röger, 2005; „Gesund & Bewegt“, Lames & Kolb, 1999; „Allez Hop!“, Stamm, Lamprecht, Somaini & Peters, 2001; „Richtig fit ab 50“, Stiehr & Ritter, 2005). Diese als *verhältnisorientierte* Interventionen zu wertende Ansätze nehmen allerdings keine - theoretisch als notwendig zu erachtende - Differenzierungen nach soziodemographischen und psychosozialen Personmerkmalen vor. Aus der Vielzahl der Personmerkmale kristallisiert sich in der internationalen und nationalen Forschung zur differenziellen Wirksamkeit von Interventionen jene personalen Bedingungen heraus, die - orientiert an dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (vgl. Prochaska & DiClemente, 1983) - dem Veränderungsprozess von der Bewegungs- und Sportinaktivität hin zur Bewegungs- und Sportaktivität zugrunde liegen (vgl. Biddle & Mutrie, 2001; Fuchs, 2003; 2006).

Aus der theoriegeleiteten Ausdifferenzierung der unterschiedlichen Motivationslagen, in denen sich Bewegungs- und Sportinaktive befinden können, ist die praktische Konsequenz zu ziehen, dass Interventionsmaßnahmen nur dann effektiv sein können, wenn sie spezifisch auf die `Knotenpunkte` des langen Weges von der Intentionsbildung zur Intentionsrealisierung ausgerichtet sind (vgl. Courneya, 1995). Ein stützender Hinweis ist der australischen massenmedialen Kampagne zu entnehmen, in der eine signifikante Steigerung der Bewegungs- und Sportaktivität bei jenen Personen festgestellt wurde, die sich vor Beginn der Kampagne in der motivationalen Phase „in Zukunft aktiver werden zu wollen“ befanden (vgl. Bauman, Bellew, Owen & Vita, 2000). Vor diesem Hintergrund besteht Forschungsbedarf, welche Interventi-

onsmaßnahmen bei Älteren die einzelnen Phasen der Änderungshandlung (vgl. Konzept der Stadienspezifität) unterstützen und damit die Zuwendung zu und die Beibehaltung von Bewegungs- und Sportaktivitäten fördern.

Die bewegungsbezogene Präventionspraxis lässt sich inzwischen dadurch kennzeichnen, dass von den Sportorganisationen und Institutionen des Gesundheitswesens vermehrt fachlich fundierte gesundheitsorientierte Bewegungs- und Sportangebote implementiert werden. Die Tatsache, dass immer mehr bewegungs-bezogene Präventionsangebote entwickelt werden, führt aber nicht dazu, dass die Potenziale des Gesundheitssports von der älteren Bevölkerung in dem gewünschten Maße genutzt werden. Insbesondere Langzeitbewegungs- und -sportinaktive, Männer und Personen mit einfachem Bildungsstand (vgl. Mensink, 2002) werden zu wenig von den Gesundheitssportangeboten angesprochen. Für Präventionsanbieter (Sportvereine, Krankenkassen, Gesundheitsämter) sind daher evaluierte und routinemäßig einsetzbare Interventionsmaßnahmen von Relevanz, mit denen neue Zugangswege für die Bevölkerung bzw. die spezifische Zielgruppe (ab dem Alter von 50 Jahren) zu den Gesundheitssportangeboten geschaffen werden können.

In der internationalen und nationalen Interventionsforschung zur Bewegungsförderung sind häufig bevölkerungsorientierte Kampagnen durchgeführt worden, deren Effektivität allerdings sehr unterschiedlich bewertet wird (vgl. Centers for Disease and Prention, 2001; Fuchs, 2003; Rütten & Abu-Omar, 2004). Nach Einschätzung von Rosenbrock (2006) ist entscheidend, dass Kampagnen mit Kontextbezug Erfolg versprechende Interventionen darstellen, da es „neben der Information und Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung/-Zielgruppe, die über Massenmedien erreicht werden sollen, ...immer auch um die Anregung von geplanten und spontanen Setting-Projekten (sowohl Gesundheitsförderung im Setting als auch Entwicklung zum gesundheitsförderlichen Setting)“ geht (Rosenbrock, 2006, S, 16). Bevölkerungsorientierte Kampagnen sollten daher als systematisch geplante Kombinationen von Interventionsmaßnahmen - im Sinne von *integrierten Interventionsmodulen* - konzipiert werden (vgl. Mehrebenenanalyse, Fuchs, 2003). Mit der Kombination verschiedener Interventionsmaßnahmen ist die Voraussetzung geschaffen, synergistische und nachhaltigere Effekte anzielen zu können (vgl. Nöldner, 1990).

Sichtet man die internationalen und nationalen bevölkerungsorientierten Kampagnen zur Bewegungsförderung ist einerseits festzustellen, dass häufig Interventionsprogramme ohne wissenschaftliche Evaluation durchgeführt wurden (vgl. Schröder &

Rütten, 2004). Andererseits liegen Studien vor, in denen die Evaluation fast ausschließlich auf die Analyse der Programmwirkungen beschränkt wird. Von einer qualitätsorientierten Programmevaluation kann nicht die Rede sein, denn wissenschaftliche Evaluation - in Sinne der Evaluationsforschung - versteht sich vielmehr als „systematische Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zur Bewertung der Konzeption, Ausgestaltung, Umsetzung und des Nutzens“ von Interventionsprogrammen (Rossi & Freeman, 1993, S. 5). Aus dieser Evaluationsdefinition wird ein heuristische Rahmenkonzept für die Evaluationsforschung abgeleitet, das die Phasen Evaluation der Programmkonzeption, Evaluation der Programmdurchführung und Evaluation der Programmwirksamkeit unterscheidet (vgl. Rossi & Freeman, 1993; Mittag & Jerusalem, 1997; Mittag, 2003; Nöldner, 1990) und den Prozesscharakter der Evaluationsforschung herausstellt. Da die bevölkerungsorientierte Intervention von diesem Standard der qualitätsorientierten Programmevaluation noch weit entfernt ist, muss die Evaluationsforschung zum unverzichtbaren Bestandteil der Qualitätssicherung dieser Interventionsmaßnahmen werden. Eine besondere Forschungsaufgabe besteht in der Klärung der Frage, welche Qualitätskriterien der Evaluation von bevölkerungsorientierten Interventionsmaßnahmen zugrunde gelegt werden können (vgl. Rootman & Ziglio, 1998; Schlicht & Brand, 2007).

4. Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Das als Verbundprojekt angelegte Vorhaben impliziert die wissenschaftliche Kooperation mit anderen Institutionen. Im vorliegenden Fall ist das „Zentrum für Gesundheit“ der Deutschen Sporthochschule der wissenschaftliche Kooperationspartner.

Die Planung und Durchführung der Interventionsmodule „Plakataktion“ und „Website“ wurde in Kooperation mit den LandesSportBund des Landes Nordrhein-Westfalen vorgenommen. Kooperationspartner des Interventionsmoduls „Vital 55+“ war die IKK Nordrhein.

II. Eingehende Darstellung

5. Theoretische Grundlagen der Interventionsmodule

H. Allmer

gesund e. V. – Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

5.1 Prozessmodell der Änderungshandlung

Unter Bezug auf das *Transtheoretische Modell* von Prochaska und DiClemente (1983), das *Berliner Sportstadien-Modell* (BSM) von Fuchs (1999; 2001) und der *Health Action Process Approach* (HAPA) von Schwarzer (2001) wurde aus handlungstheoretischer Sicht das Modell der *psychischen Struktur der Änderungshandlung* entwickelt, in dem für die (Wieder-)Aufnahme von Bewegungs- und Sportaktivitäten die Phasen der Intentionsbildung, -initiierung und -beibehaltung unterschieden werden, die kurz skizziert werden, um die Interventionsmodule und relevanten Untersuchungsvariablen theoretisch zu verorten (vgl. ausführlicher Allmer, 2008).

Phase der Intentionsbildung

Für die Phase der Intentionsbildung sind die Prozesse Bildung der Änderungsabsicht und des Änderungsvorsatzes grundlegend. Die *Bildung der Änderungsabsicht*, hängt von der subjektiven Bewertung der *Bedeutsamkeit der Verhaltensänderung* ab. eingeschätzt und abgewogen werden die Vor- und Nachteile, die antizipiert werden, wenn mit der Bewegungs- und Sportaktivität begonnen oder die aktuell gegebene Bewegungs- und Sportinaktivität fortgesetzt wird (vgl. Entscheidungs-Bilanz nach Prochaska, 1994).

Für die Bildung der Änderungsabsicht ist neben der subjektiven Bedeutsamkeit die subjektive Bewertung der *Kontrollierbarkeit* der Verhaltensänderung bedeutsam. Damit ist gemeint, ob eine Person glaubt, grundsätzlich über die notwendigen *Handlungskompetenzen* (vgl. Kompetenz-/Selbstwirksamkeitserwartung von Bandura, 1977, 1986) zu verfügen, um die wünschenswerte Verhaltensänderung zu realisieren. Änderungsabsichten stellen die *motivationale* Komponente der Intentionsbildung dar und legen den Grad der *Selbstbestimmung* (vgl. Selbstkonkordanz, Sheldon & Houser-Marko, 2001) fest.

Nach der Bildung der Änderungsabsicht wird auf der Grundlage von Planungsprozessen mit der *Bildung des Änderungsvorsatzes* begonnen, die von zwei aufeinander

bezogenen Kalkulationsprozessen abhängt: der Aufwandkalkulation und Effektkalkulation. Das Ergebnis der Aufwand-Effekt-Kalkulation ist ein konkreter Änderungsvorsatz, der festlegt wie, auf welchem Wege und unter welchen Bedingungen eine Änderungsabsicht verwirklicht werden soll (vgl. Implementationsintentionen, Gollwitzer, 1999). Der Änderungsvorsatz stellt die *instrumentelle* Komponente der Intentionsbildung dar. Mit der Bildung des Änderungsvorsatzes ist der *Grad der Selbstverpflichtung* (commitment) dem formulierten Änderungsvorsatz gegenüber weiter gestiegen.

Phase der Intentionsinitiierung

Voraussetzung für die Umsetzung des Änderungsvorsatzes in konkretes Handeln ist, dass der Vorsatz gegenüber situationsbedingten Erschwernissen, aktuellen Verlockungen und konkurrierenden Bedürfnissen (z. B. „innere Schweinehund“) abgeschirmt werden kann (vgl. metakognitive Kontrollmechanismen, Kuhl, 2001). Der Übergang von der Phase der Intentionsbildung zur Phase der Intentionsinitiierung erfolgt durch den *Handlungsentschluss*, durch den die Intention die „Handlungsschwelle“ überschreitet (Kuhl, 1987, S. 105) und die Bewegungs- und Sportaktivität wie vorgenommen aktiviert wird.

Phase der Intentionsbeibehaltung

Begonnene Bewegungs- und Sportaktivitäten müssen keineswegs wie vorgenommen durchgeführt werden, wie drop - out Quoten bei Sportangeboten bis zu 50% belegen (vgl. Dishman, 1994; Pahmeier, 1994; Wagner, 2000). Die erfolgreiche Intentionsverwirklichung setzt voraus, dass die aktivierte Intention gegenüber anderen, konkurrierenden Intentionen abgeschirmt wird (vgl. Kuhl, 1983; Nitsch, 1986) und die Handlungsrealisierung erwartungsgemäß verläuft. Je nachdem, ob sich durch die Teilnahme an Bewegungs- und Sportaktivitäten die erwarteten Effekte einstellen oder nicht, werden sich unterschiedliche Konsequenzen für die weitere Ausübung ergeben (vgl. Konsequenzerfahrung, Rothman, 2000; Fuchs, 2006).

Das Modell der Änderungshandlung macht deutlich, dass Bewegungs- und Sportaktive mitunter einen langen Weg der gedanklichen Auseinandersetzung gehen, bevor die Verhaltensänderung sichtbar wird. Die Zuwendung zur Bewegungs- und Sportaktivität lässt sich als sukzessive kognitiv-emotionale Bahnung der Verhaltensänderung beschreiben (vgl. Abb. 2). In welcher Weise die Phasen der Änderungshandlung durchlaufen werden, hängt vom Ergebnis der aktuellen Person-Umwelt-Auseinandersetzung, der Verfügbarkeit und dem Einsatz der den Änderungsprozess unterstützenden Änderungsstrategien ab. In Anlehnung an Prochaska, Redding &

Evers (1997) werden die Änderungsstrategien, die das Fortschreiten von einer Phase zur nächsten unterstützen, in kognitiv-emotionale Strategien und verhaltensbezogene Strategien unterteilt. Vor diesem Hintergrund sind Interventionsprogramme erforderlich, die das gezielte Fördern des Fortschritts von Phase zu Phase ermöglichen und in denen von der Phasenspezifität der Änderungsstrategien ausgegangen wird (vgl. Biddle & Mutrie, 2001; Rosen, 2000).

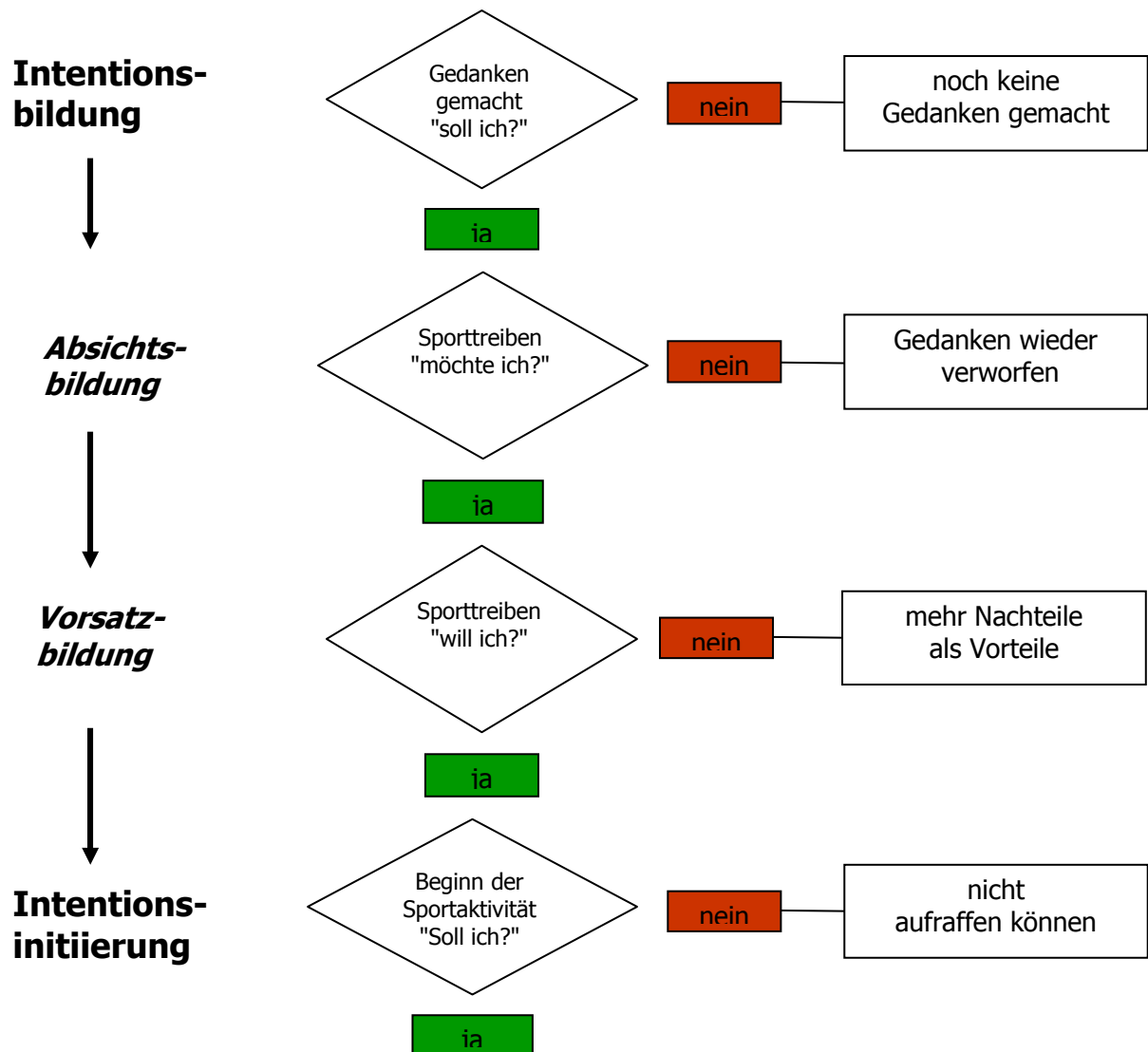


Abbildung 2: Motivationslagen der Bewegungsinaktiven

5.2 Modell der Evaluationsforschung

Aus konzeptueller Sicht ist festzustellen, dass in den meisten Evaluationsstudien die Analyse der Interventionseffekte im Vordergrund steht. Versteht man Evaluationsforschung als integralen Bestandteil des Qualitätsmanagements von Gesundheitsprogrammen (vgl. PRECEDE-PROCEED Modell, Green & Kreuter, 1991; Public Health Action Cycle, Ruckstuhl et al., 1997), sind die Umsetzung und Planung von Interventionsmaßnahmen als weitere unverzichtbare Teile einer „umfassenden Evaluation“ (vgl. Rossi & Freeman, 1993) anzusehen.

Zur qualitätsorientierten Programmentwicklung wird im Folgenden in Anlehnung an Mittag und Jerusalem (1997) ein Rahmenkonzept zur Evaluation von Bewegungskampagnen skizziert, das die Phasen Evaluation des Konzepts, der Durchführung und der Nützlichkeit der Bewegungskampagne umfasst (vgl. Abb. 3).

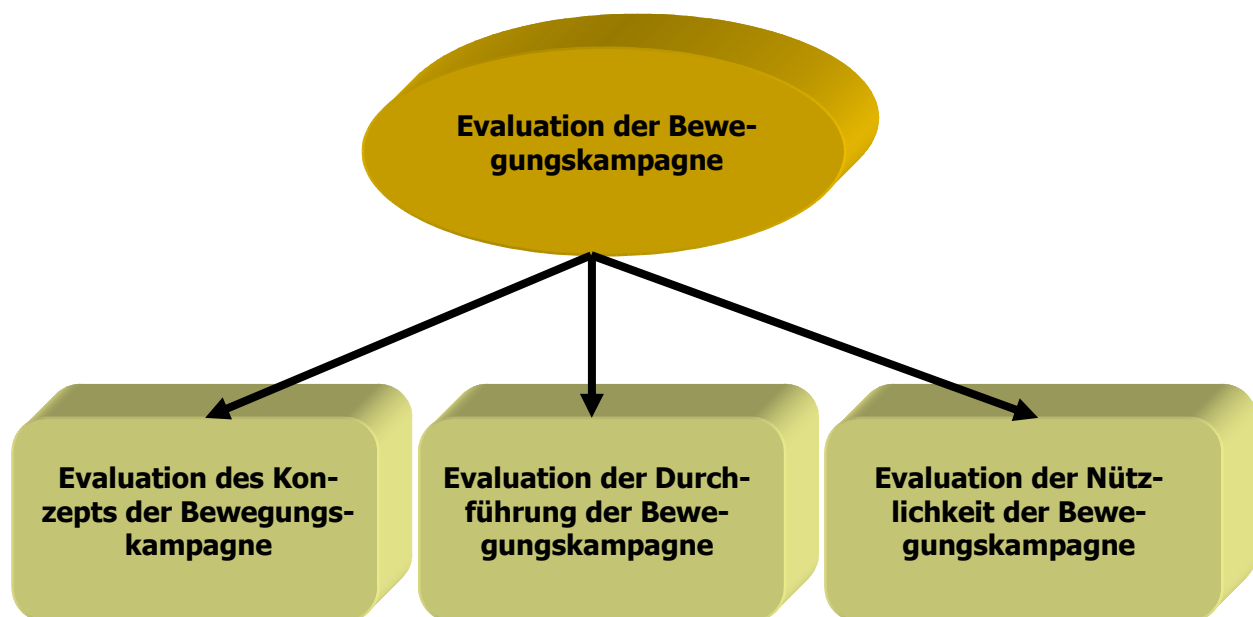


Abbildung 3: Modell der Evaluationsforschung (nach Mittag & Jerusalem, 1997)

Evaluation der Programmkonzeption

Die Evaluation der Programmkonzeption bezieht sich auf die Bewertung der theoretischen Ausgangsposition, der Programmziele und deren Strukturierung, der angenommenen Wirksamkeit sowie der Differenziertheit und Reichweite des Realisierungsplanes. Mit den Programmentwicklern sind zu diesem Zweck Vorgehens- und Verfahrensweisen zur Ziel- und Ablaufplanung zu vereinbaren, mit denen - im Sinne

der internen Selbstevaluation (vgl. Mittag, 2003) - die Zielerreichbarkeit und Planangemessenheit durch die Programmentwickler evaluiert werden können.

Evaluation der Programmdurchführung

Mit der Evaluation der Programmdurchführung ist gemeint, die Umsetzung und Ausführung der Interventionsmodule zu kontrollieren und zu überprüfen, ob die intendierte Zielgruppe erreicht wurde und die Maßnahmen wie geplant realisiert werden konnten. Diese prozessbegleitende Evaluation bietet die Möglichkeit, auftretenden Implementierungsproblemen entgegenzuwirken und zeitnahe Anpassungen und Modifikationen der Maßnahme vornehmen zu können.

Evaluation der Nützlichkeit

Mit der Evaluation der Programmnützlichkeit soll einerseits geprüft werden, ob und in welchem Ausmaß die in der Programmkonzeption definierten Programmwirkungen erreicht worden sind. In Anlehnung an Hager, Patry und Brenzing (2000) werden die Programmwirkungen unterteilt in die Wirksamkeit und das Wirkmodell. Zur Analyse der Wirksamkeit gehören die Fragen, welche dispositionellen (Kompetenz) und verhaltensbezogenen (Performanz) Wirkungen das Programm hatte. Beim Wirkmodell handelt es sich um die Analyse der Mechanismen und Prozesse der festgestellten Programmwirkungen, die sich auf die Frage bezieht, ob sich programm- und/oder personspezifische Wirksamkeiten ergeben.

Zur Evaluation der Programmnützlichkeit gehört andererseits die Kosten-Effizienz-Analyse mit den Unterformen „Kosten-Nutzen-Analyse“ und Kosten-Effektivitäts-Analyse“ (vgl. Mittag & Jerusalem, 1997). „Während bei einer Kosten-Nutzen-Analyse sowohl die Kosten als auch der Nutzen eines Programmes in monetäre Einheiten überführt und beide Größen in Beziehung zueinander gesetzt werden, werden bei einer Kosten-Effektivitäts-Analyse lediglich die Programmkosten monetär bestimmt und im Verhältnis zu den erzielten Wirkungen des Programmes betrachtet“ (Mittag & Jerusalem, 1997, S. 609).

Auf der Grundlage dieses Rahmenkonzepts der Evaluationsforschung sind die Interventionsmodule geplant worden, die unterschiedliche Phasen der Evaluationsforschung repräsentieren (vgl. Abb. 1). Von der Präventionspraxis kann das Modell der Emotionsforschung als Orientierungsrahmen für die effektivere und effizientere Entwicklung von Interventionsmaßnahmen genutzt werden.

6. Untersuchungsverfahren der Interventionsmodule

M. Allmer

gesund e. V. – Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

6.1 Verfahren zur Evaluation der Programmkonzeption

Zur Evaluation der Programmkonzeption wurden mit den Programmentwicklern (Mitglieder der LSB - Leitungsgruppe) *Gruppensitzungen* durchgeführt, in denen der Zielerreichungsgrad und die Planangemessenheit durch die Programmentwickler auf einer Checkliste bewertet und auf der Basis von Evaluationsergebnissen das weitere Vorgehen festgelegt wurde.

6.2 Verfahren zur Evaluation der Programmdurchführung

Zur Evaluation der Programmdurchführung wurden

- (a) die Kursleiter nach Abschluss der Interventionsphase interviewt und
- (b) die Kurszufriedenheit mit einem selbst entwickelten Teilnehmerfragebogen erhoben. Es wurden 23 Items formuliert, die den Anforderungsgrad und Aufforderungsgrad der Kursinhalte, die materialen und sozialen Rahmenbedingungen sowie die wahrgenommenen Kurswirkungen betreffen (vgl. Allmer, 1990). Zur Beantwortung wurde eine 4-stufige Skala vorgelegt („stimmt gar nicht - stimmt eher nicht - stimmt eher - stimmt genau“). Auf der Grundlage einer faktorenanalytischen Auswertung (Binär-Strukturanalyse) werden folgende vier Faktoren unterschieden: Zufriedenheit mit den Bewegungsanforderungen, Nutzen des Bewegungsprogramms, Zufriedenheit mit der Gruppe und Zufriedenheit mit der Kursleiterkompetenz. Für die einzelnen Faktoren wurden aus den zugehörigen Items Mittelwerte berechnet.

6.3 Verfahren zur Evaluation der Wirksamkeit

(1) Determinanten der Änderungshandlung: Zur Erfassung der Determinanten des Modells der Änderungshandlung (vgl. Kap. 6.1) wurden folgende extern entwickelte und in der Motivations-/Volitionsforschung bewährte Verfahren eingesetzt:

- (a) Die *Bedeutsamkeit der Bewegungs- und Sportaktivität*, die aus der Einschätzung der antizipierten Vor- und Nachteile resultiert (Entscheidungsbalance), wurde mit der von Basler, Jäkle, Keller & Baum (1999) entwickelten Skala erfasst, die 10 Items beinhaltet. In Abweichung zu Basler et al. (1999) wurde nicht danach gefragt wie wichtig es ist, „mindestens 3mal pro Woche körperlich aktiv zu sein“, sondern die Perso-

nen sollten einschätzen, welche Bedeutsamkeit sie generell der sportlichen Aktivität zu schreiben („Sport treiben bedeutet, dass...“). Auf einer vierstufigen Skala („stimmt gar nicht - stimmt eher nicht - stimmt eher - stimmt genau“) sollten fünf Vorteile und fünf Nachteile, die mit der sportlichen Aktivität verbunden werden, eingeschätzt werden. Für die Auswertung wurden Summenwerte für die wahrgenommenen „Vorteile“ und „Nachteile“ gebildet sowie der Differenzwert „Bilanz“ berechnet.

(b) Die *sportbezogene Handlungskompetenz* (Selbstwirksamkeitserwartung) beschreibt das Ausmaß der Zuversicht, die vorgenommene Bewegungs- und Sportaktivität auch unter schwierigen Bedingungen ausüben zu können („Wenn ich mit vorgenommen habe, Sport zu treiben, dann mache ich es auch, wenn...“). Zur Erfassung der sportbezogenen Handlungskompetenz wurde die Selbstwirksamkeits-Skala von Fuchs und Schwarzer (1994) eingesetzt, die 12 Items umfasst. Während in der Originalfassung eine siebenstufige Skala vorgegeben wird, wurde in der vorliegenden Untersuchung eine vierstufige Skala („stimmt gar nicht - stimmt eher nicht - stimmt eher - stimmt genau“) gewählt, um Antworttendenzen der Mitte zu vermeiden und das Differenzierungsvermögen der Befragten nicht zu überfordern. Für die sportbezogene Handlungskompetenz wurde aus den Einzelitems ein Gesamtsummenwert gebildet.

(c) Der *Grad der Selbstbestimmung*, der zum Ausdruck bringt, inwieweit die gebildete Absicht mit den persönlichen Wertvorstellungen und Bedürfnissen in Einklang steht, wurde mit der sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz-Skala von Seelig und Fuchs (2006) erfasst. Die 32 Items der Skala repräsentieren fünf Motivationsmodi (intrinsisch, integriert, identifiziert, introjiert, extrinsisch). Da aus Ökonomiegründen nicht die komplette Skala eingesetzt werden konnte, wurden 12 Items ausgewählt, die inhaltlich die „Beweggründe“ zur Teilnahme an einem Bewegungskurs am besten widerspiegeln. Jedes Item sollte auf einer 4-stufigen Antwortskala („stimmt gar nicht - stimmt eher nicht - stimmt eher - stimmt genau“) eingeschätzt werden. Eine Binärstrukturanalyse der 12 Items erbrachte 3 Motivationsmodi: identifizierte Motivation, introjierte Motivation und extrinsische Motivation.

(d) Die *Änderungsstrategien*, die das Fortschreiten im Prozess der Änderungshandlung unterstützen, werden mit dem Fragebogen von Maier und Basler (2003) erhoben. Die aus 30 Items bestehende Skala wurde aus ökonomischen Gründen in einer verkürzten Form eingesetzt. Ausgewählt wurden 10 Items, die die Änderungsstrategien „kognitiv-emotional“ und „verhaltensbezogen“ abbilden. Entsprechend der Itemzuordnung von Maier und Basler (2003) wurden für die beiden Veränderungsstrate-

gien je 5 Items zu einem Fragebogen mit einer 4-stufigen Skala („stimmt gar nicht – stimmt eher nicht – stimmt eher – stimmt genau“) zusammengestellt. Für die Untersuchung wurden für die Items der „kognitiv-emotionalen Änderungsstrategie“ und der „verhaltensbezogenen Änderungsstrategie“ Summenwerte berechnet.

(2) *Bewegungs- und Sportaktivität*: Es wurde ein selbst formulierter Fragebogen eingesetzt, der folgende Aspekte umfasst:

(a) *Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität*: Die Häufigkeit des Sporttreibens sollte auf der Skala „mehr als 4 Stunden/Woche - 2-4 Stunden/Woche - 1-2 Stunden/Woche - weniger als 1 Stunde/Woche - keine sportliche Betätigung“ eingestuft werden.

(b) *Organisationsform der Bewegungs- und Sportaktivität*: Zur Erfassung der Organisationsform wurden folgende Alternativen zur Beantwortung vorgegeben „Sportverein“, „Gesundheitszentrum“, Fitnesszentrum“ und „selbstorganisiert“. Zum Sportverein wurde folgende weiterführende Fragen gestellt: „Ich treibe seit einigen Monaten Sport im Verein“ – „Ich treibe seit längerer Zeit (mindestens 1 Jahr) Sport im Verein“ – „Ich treibe Wettkampfsport im Verein“ – „Ich nehme am Kursprogramm des Sportvereins teil“ – „Ich habe schon mal überlegt, aus dem Sportverein auszutreten“.

(c) *Sportbezogene Absichtsbildung*: Hierzu wurden folgende Fragen zur *beabsichtigten Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität* gestellt: „Wie oft beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Sport zu treiben?“ (Antwortskala vgl. Bewegungs- und Sportaktivität), „Wie sicher sind Sie sich, diese Absicht verwirklichen zu können?“ (Prozentwertskala 0%...100%) und „Wie stark haben andere Personen diese Absicht beeinflusst?“ (Prozentwertskala 0%...100%).

Zur *beabsichtigten Organisationsform der Sport- und Bewegungsaktivität* wurde die Frage formuliert: „Ich habe mir vorgenommen, die nächsten 6 Monate Sport zu treiben...“ mit den Alternativen „Sportverein“, „Gesundheitszentrum“, Fitnesszentrum“ und „selbstorganisiert“.

(d) *Phasen der Bewegungs- und Sportinaktivität*: Um die motivationale Ausgangslage der Bewegungs- und Sportinaktiven zu erfassen, wurde zum einen eine Antwortliste mit vier Alternativen vorgelegt: „Ich habe mir noch keine Gedanken gemacht, mit dem Sporttreiben anzufangen“. - „Ich habe mir schon Gedanken gemacht, mit dem Sporttreiben anzufangen, aber den Gedanken recht schnell verworfen“. - „Ich möchte mit dem Sporttreiben anfangen, habe mich bisher aber noch nicht aufrufen können“. -

„Ich möchte mit dem Sporttreiben nicht anfangen, weil ich mehr Nachteile als Vorteile sehe“.

Zum anderen sollte für die Organisationsform „Sportverein“ auf einer Liste mit 5 Antwortalternativen angegeben werden, in wie weit bereits eine kognitive Beschäftigung mit dem Eintritt in einen Sportverein stattgefunden hat. Die Vorgaben sind: „Ich habe mir noch keine Gedanken gemacht, in einen Sportverein zu gehen“ - „Ich habe mir bereits Gedanken gemacht, in einen Sportverein zu gehen, aber den Gedanken recht schnell verworfen“ - „Ich möchte keinem Sportverein beitreten, weil ich mehr Nachteile als Vorteile sehe“ - „Ich habe mir vorgenommen, einem Sportverein beizutreten, aber mich bisher noch nicht angemeldet“ - „Ich habe bis vor 6 Monaten Sport im Verein betrieben, bin inzwischen aber wieder ausgetreten“.

(e) *Teilnahmemotivation am Bewegungskurs*: Unter Berücksichtigung von physischen, psychischen und sozialen Aspekten der Funktionsfähigkeit und des Wohlbefindens wurden 20 Items zur Erfassung der Teilnahmemotivation formuliert (vgl. Allmer et al., 1989). Den Items war die Frage „Ich nehme an den Bewegungskurs teil, um..“ vorangestellt, die von den Personen hinsichtlich der Zustimmung auf einer 4-stufigen Skala („stimmt gar nicht - stimmt eher nicht - stimmt eher - stimmt genau“) beurteilt werden sollte. Die Binärstrukturanalyse der 20 Items ergab folgende vier Zuwendungsfaktoren: Verbesserung der psychophysischen Leistungsfähigkeit, Erhöhung der sozialen Kompetenz, Steigerung der körperlichen Befindlichkeit und Steigerung der emotionalen Ausgeglichenheit. Für die Items der einzelnen Faktoren wurden für die Auswertung Summenwerte berechnet.

(3) *Lebenszufriedenheit und habituelles Wohlbefinden*: Um Aussagen über *Veränderungen der Lebensqualität* und des *Gesundheitszustandes* durch die Bewegungs- und Sportangebote treffen zu können, wurde die im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurvey wiederholt eingesetzte Skala zur Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen herangezogen (vgl. Thefeld, Stolzenberg & Bellach, 1999). Die Skala besteht aus 10 Lebensbereichen, die auf einer 7-stufigen Antwortskala (1=sehr unzufrieden...7=sehr zufrieden) einzuschätzen sind, und einem Item zur Gesamtlebenszufriedenheit.

Zur *Einschätzung des Gesundheitszustandes* wurde entsprechend der Gesundheitsvorstellung von Antonovsky (1979) eine Kontinuum - Skala mit den Polen 100% Gesundheit/0% Krankheit und 0% Gesundheit/100% Krankheit vorgelegt. Die Personen

sollten auf dem Kontinuum den Punkt markieren, der ihren aktuellen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

Zur Bestimmung des *physischen*, *psychischen* und *sozialen Wohlbefindens* wurde der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW) von Wydra (2005) eingesetzt, der 42 Items umfasst. Die Anwendung dieses Fragebogens wird mit der Einschätzung von Wydra (2005, S. 25) begründet, „das vorliegende Instrumentarium scheint geeignet, um Gruppenunterschiede aufzudecken und die Effekte von gesundheitsorientierten Sportprogrammen abzubilden“. Für die Untersuchung wurde in Abweichung zur Originalfassung eine 4-stufige Antwortskala vorgegeben („stimmt gar nicht - stimmt eher nicht - stimmt eher - stimmt genau“). Als Kennwert wird einerseits der Summenwert berechnet, der sich aus der Addition der positiven Items (körperliches, psychisches, soziales Wohlbefinden) und der Subtraktion der negativen Items (körperliches, psychisches, soziales Missbefinden) ergibt. Andererseits wurden die 42 Items faktorenanalytisch ausgewertet. Auf der Grundlage der durchgeführten Binärstrukturanalyse lassen sich folgende vier Faktoren des habituellen Wohlbefindens unterscheiden: körperliches Wohlbefinden, psychisches Missbefinden, soziales Wohlbefinden und psychisches Wohlbefinden. Für die Items der Faktoren wurden Mittelwerte berechnet.

(4) *Wahrgenommene Gesundheitswirkungen*: Orientiert an der grundsätzlichen Unterscheidung zwischen aktiver Gestaltung des Person-Umwelt-Bezugs und erlebnismäßig repräsentierter Ausgewogenheit des Person-Umwelt-Bezugs basiert das Gesundheitsverständnis der vorliegenden Arbeit auf der Gegenüberstellung von „Kompetenzorientierung im Sinne der Erhaltung bzw. Verbesserung der Funktionsfähigkeit“ und „Bedürfnisorientierung im Sinne der Erhaltung bzw. Verbesserung des Wohlbefindens“. Unter Berücksichtigung von physischen, psychischen und sozialen Aspekten der Funktionsfähigkeit und des Wohlbefindens wird Gesundheit als physische, psychische und soziale Funktionsfähigkeit sowie physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert (vgl. Allmer, 1998). Auf einer Liste mit 20 Veränderungsformulierungen (vgl. Allmer, Damm & Moser, 1989) sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einem Bewegungskurs den Grad der wahrgenommenen Gesundheitswirkungen auf einer 4-stufigen Skala („stimmt gar nicht - stimmt eher nicht - stimmt eher - stimmt genau“) beurteilen. Die Binärstrukturanalyse der 20 Items ergab folgende vier Faktoren der wahrgenommenen Gesundheitswirkungen: Verbesserung der psychophysischen Leistungsfähigkeit, Erhöhung der sozialen Kompetenz, Stei-

gerung der körperlichen Befindlichkeit und Steigerung der emotionalen Ausgeglichenheit. Für die Items der einzelnen Faktoren wurden für die Auswertung Summenwerte berechnet.

7. Interventionsmodul „Plakataktion“

M. Allmer

gesund e. V. – Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

1. Problemstellung

Sichtet man die internationalen und nationalen bevölkerungsorientierten Kampagnen zur Bewegungsförderung ist einerseits festzustellen, dass häufig Interventionsprogramme ohne wissenschaftliche Evaluation durchgeführt wurden (vgl. Schröder & Rütten, 2004). Andererseits liegen Studien vor, in denen die Evaluation fast ausschließlich auf die Analyse der Programmwirkungen beschränkt wird, die allerdings sehr unterschiedlich bewertet wird (vgl. Centers for Disease and Prevention, 2001; Fuchs, 2003; Rütten & Abu-Omar, 2004). Ausgehend von einer qualitätsorientierten Programmevaluation (vgl. Kap. 5.2) bezieht sich die Evaluation des Interventionsmoduls „Plakataktion“ auf die Evaluation der Programmkonzeption und Evaluation der Programmwirksamkeit.

Gegenstand des Interventionsmoduls „Plakataktion“ ist die bevölkerungsorientierte Kampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ (ÜdiS), die vom LandesSportBund Nordrhein-Westfalen (LSB) und dem Innenministerium NRW durchgeführt wurde. Als Zielstellung der Kampagne wurde vom LSB formuliert:



Gesundheit braucht auch Bewegung.
Sprechen Sie mit unserem Praxisteam!

„Vor dem Hintergrund des Handlungsprogramms 2015 „Sport und Gesundheit“, einer gemeinsamen Initiative von LSB und Innenministerium NRW, soll die Öffentlichkeitskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ einen ersten Schritt zur Bewusstseinsbildung der Menschen in NRW leisten, dass gezielte gesundheitliche Bewegung zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. Durch die Kampagne soll die Bevölkerung Nordrhein-Westfalens in Eigeninitiative langfristig und nachhaltig aktiv werden. Im

Idealfall würde dies eine dauerhafte Platzierung des Sports- und Gesundheitsgedankens im Alltag nach sich ziehen. Die Kampagne soll darüber hinaus dazu beitragen, den Bekanntheitsgrad der gesundheitsorientierten Sport- und Bewegungsangebote zu erhöhen, die Sportvereine als wohnortnahes, sozialverträgliches Versorgungsnetz zu präsentieren und den Dachorganisationen des Sports zu helfen, vereinsunterstützende Maßnahmen im Handlungsfeld „Sport und Gesundheit“ transparenter und öffentlichkeitswirksamer werden zu lassen“.

2. Evaluation der Programmkonzeption

Die Evaluation der Programmkonzeption bezieht sich auf die Bewertung der theoretischen Ausgangsposition, der Kampagnenziele und deren Strukturierung, der angenommenen Kampagnenwirksamkeit sowie der Differenziertheit und Reichweite des Realisierungsplanes. Mit den Programmentwicklern (Mitglieder der LSB - Leitungsgruppe) wurden *teilstrukturierte Interviews* in Gruppensitzungen in erster Linie mit dem Zweck durchgeführt, Ziele der Kampagne zu definieren und zu strukturieren, da bei den bisherigen Planungsarbeiten die einzusetzenden Maßnahmen und durchzuführenden Aktionen im Vordergrund standen. Von der Zieldiskussion wurde erwartet, das Bewusstsein dafür zu schärfen, die Maßnahmen- und Aktionsentscheidungen zielorientiert treffen zu können. In mehreren, durch die Projektleitung moderierten Sitzungen wurde folgende Zielpyramide mit zugeordneten Maßnahmen und Aktionen für das weitere Programmkonzept formuliert (vgl. Abb.1).

Vor dem Einsatz der zur Plakataktion entwickelten Fragebogen wurde die Rückkopplung der LSB-Steuerungsgruppe eingeholt, um deren Interessen und Wünsche berücksichtigen zu können. Dieser Informationsaustausch erwies sich als überaus fruchtbar für die Formulierung der Erhebungsinstrumente.

Außerdem wurden im Projektverlauf die Evaluationsbefunde der LSB-Steuerungsgruppe vorgetragen und diskutiert. Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse entschied sich die Steuerungsgruppe für die Fortsetzung der Plakataktion, allerdings mit einer als erforderlich angesehenen Neugestaltung des Plakates. Daraus wird ersichtlich, dass durch die kooperative Verknüpfung zwischen LSB-Steuerungsgruppe und der Projektleitung qualitative Verbesserungen des Programmkonzepts zu erzielen sind.

Zielpyramide für die Öffentlichkeitskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“

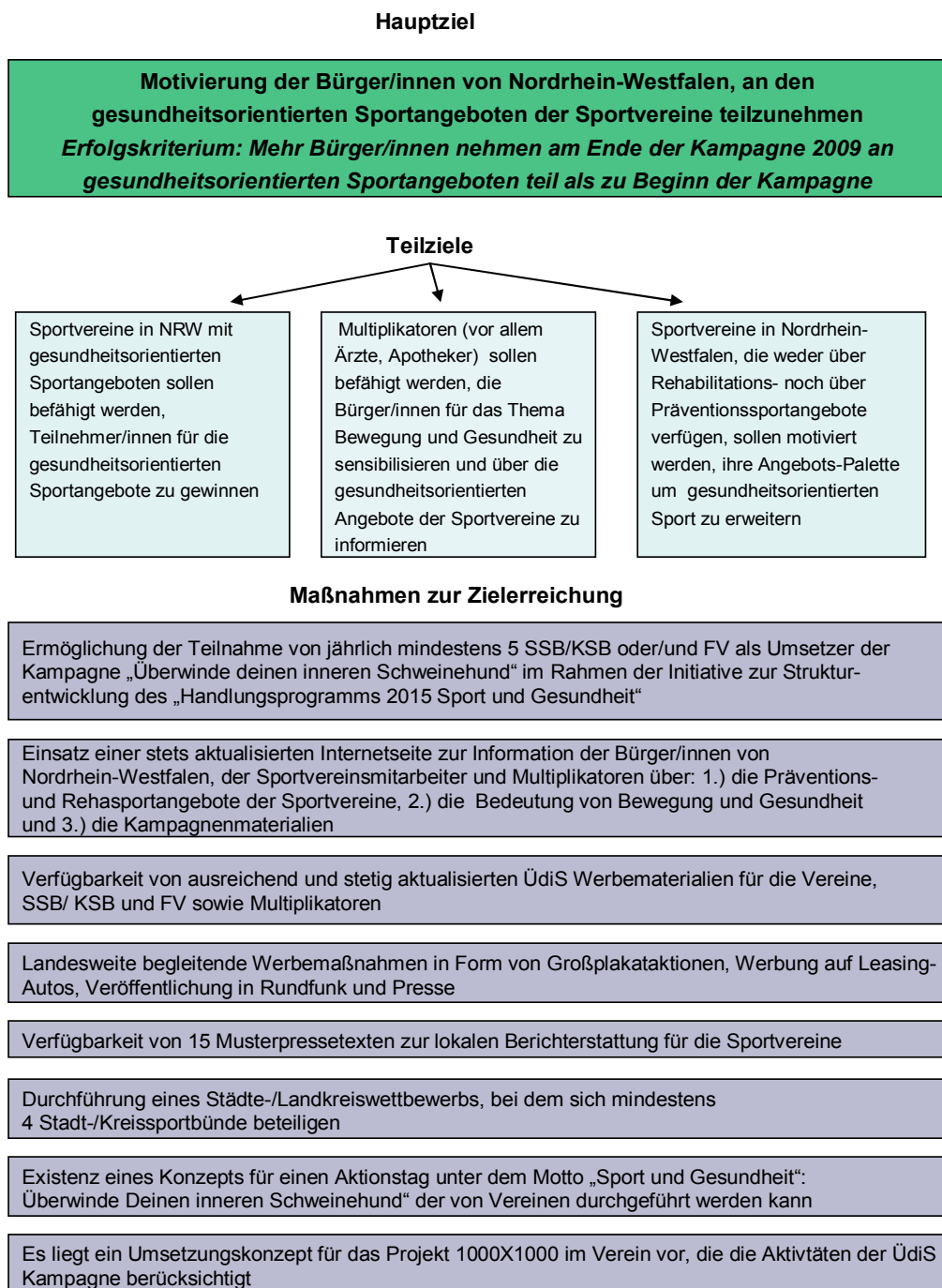


Abbildung 1. Zielpyramide

Als Abschluss der kooperativen Zusammenarbeit wurde der LSB-Steuerungsgruppe durch die Projektleitung eine Checkliste zur Selbstevaluation der Programmkonzeption vorgeschlagen (vgl. Abb.2), um den begonnenen Prozess der Auseinandersetzung mit künftigen Evaluationsaufgaben zu unterstützen.

Checkliste
„Selbstevaluation der Programmkonzeption“

Problembestimmung und Prüfung des Programmbedarfs

Worin bestand der problematische Ist-Zustand?
Worin besteht die problematische Entwicklung, wenn nicht präventiv interveniert wird (Wird-Lage)?
Wie stark ausgeprägt und wie weit verbreitet ist das Problem?
Warum sind neue oder zusätzliche Maßnahmen erforderlich?
Besteht Konsens hinsichtlich der Problembestimmung?

Zielbestimmung

Welcher positive Soll-Zustand wird erwartet?
Wie lautete(n) die allgemeine(n) Zielsetzung(en) der Programmmaßnahme?
Wurden für die allgemeinen Programmziele konkrete, handlungsbezogene Zielformulierungen vorgenommen? (Formulierung von Zielhierarchien und Operationszielen)
Besteht Konsens hinsichtlich der Zielformulierungen?

Bestimmung der Zielgruppe

Welche demographischen Merkmale hat die Zielgruppe?
Soll bei der Zielgruppe unmittelbar interveniert werden (direkte Zielgruppe)?
Soll bei Multiplikatoren interveniert werden, die die Programminhalte an die Zielgruppe vermitteln (indirekte Zielgruppe)?

Interventionsplan

Besteht Kohärenz zwischen Programmzielen und Programmmaßnahmen?
Festlegung von Erfolgskriterien?
Ist ein Maßnahmenplan entwickelt worden?
Sind Kriterien definiert worden, an denen der Erfolg des Programms bewertet werden soll?

Kosten-Nutzen-Überlegungen

Sind die Programmmaßnahmen unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten bewertet worden?

Abbildung 2. Checkliste

3. Evaluation der Wirksamkeit

3.1. Untersuchungsfragestellungen

Mit der Evaluation des Interventionsmoduls “Plakataktion” soll die Frage beantwortet werden, welche Veränderungen durch die Plakataktion bei der Zielgruppe der Älteren hervorgerufen werden (Evaluation der Wirksamkeit). Im Einzelnen werden folgende Veränderungen analysiert:

- a) Veränderungen von Wissensinhalten der Älteren
- b) Veränderungen von Determinanten der Änderungshandlung
- c) Veränderungen von Verhaltensweisen der Älteren

3.2 Untersuchungsverfahren

Zur Analyse der Wirksamkeit wurde ein Fragebogen eingesetzt, der folgende Fragenkomplexe umfasst:

Fragen zu *soziodemografischen Merkmalen* (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Berufstätigkeit). Zusätzlich zu den demographischen Daten wurde das „subjektive Gesundheits- bzw. Krankheitsniveau“ erfragt. Auf einer kombinierten Skala von „100% – 0% krank“ und „0% - 100% gesund“ (Skalenwerte 1-10) sollten die Versuchspersonen ihren gesundheitlichen Zustand einschätzen.

Fragen zu *sportbezogenen Wissensinhalten*: Gefragt wurde nach der Bekanntheit des bundesweiten Qualitätssiegels „PRO GESUNDHEIT“, der Reha-Angebote der Sportvereine und der LSB-Kampagne.

Fragen zu *Determinanten der Änderungshandlung*: Gefragt wurde zum einen nach der *Bedeutsamkeit der Sport- und Bewegungsaktivität*, die aus der Einschätzung der antizipierten Vor- und Nachteile resultiert (Entscheidungsbalance). Eingesetzt wurde die von Basler, Jäkle, Keller & Baum (1999) entwickelte Skala zur Entscheidungsbalance (vgl. Kap. 6.3). Zum anderen wurde die *sportbezogene Handlungskompetenz* (Selbstwirksamkeitserwartung) erhoben, die das Ausmaß der Zuversicht zum Ausdruck bringt, die vorgenommene Sport- und Bewegungsaktivität auch unter schwierigen Bedingungen ausüben zu können. Zur Erfassung der sportbezogenen Handlungskompetenz wurde die Selbstwirksamkeits-Skala von Fuchs & Schwarzer (1994) eingesetzt (vgl. Kap. 6.3). Zur *sportbezogenen Absichtsbildung* wurden die Fragen zur beabsichtigen Häufigkeit der Sport- und Bewegungsaktivität („Ich beabsichtige, in den nächsten 6 Monaten („mehr als 4 Stunden/Woche - 2-4 Stunden/Woche - 1-2 Stunden/Woche - weniger als 1 Stunde/Woche – keine sportliche Betätigung“) Sport zu treiben?“) und zur *Wahrscheinlichkeit der Absichtsrealisierung* („Wie sicher sind Sie sich, diese Absicht verwirklichen zu können?“) gestellt.

Fragen zu *Verhaltensänderungen*: Gefragt wurde nach der *Häufigkeit der Sport- und Bewegungsaktivität*, die mit der Skala „mehr als 4 Stunden/Woche - 2-4 Stunden/Woche - 1-2 Stunden/Woche - weniger als 1 Stunde/Woche – keine sportliche Betätigung“ zur Einstufung erfasst wurde, und der *sportbezogenen Vorsatzrealisierung* („Wenn ich mir vorgenommen habe, Sport zu treiben, dann mache ich es auch“). Außerdem wurden die *Mitgliedschaft in einem Sportverein*, die *Anforderung von Informationen* zu Gesundheitssportangeboten und der *Besuch der Internetseite* der Kampagne als Parameter für Verhaltensänderungen erhoben.

3.3 Untersuchungsdurchführung:

Die Fragebogenerhebung zur Plakataktion des LSB fand in so genannten „Modellregionen“ mit mittelgroßen Städten (20000 bis 50000) in NRW statt. Vergleichend hierzu wurden Fragebogenerhebungen in Städten durchgeführt, in denen keine Plakate aufgehängt werden sollten („Kontrollregionen“).

Es war beabsichtigt in den „Modellregionen“ ca. 200 Personen und in den „Kontrollregionen“ ca. 100 Personen zu befragen. Die Untersuchungszeitpunkte lagen in beiden Regionen vor Beginn der Plakataktion sowie 3 Monate bzw. 6 Monate nach der Plakatierung.

Mit Hilfe des LSB wurden für die Befragungen in den Orten der Modellregionen Ansprechpartner in den Kreissportbünden gefunden. Im Einzelnen handelt es sich um die Kreissportbünde: Bielefeld, Lippe, Borken, Essen, Viersen und den Kreis Ost-Westfalen-Lippe. Die Kontaktpersonen führten in Eigenregie die Befragungen in kommunalen Einrichtungen und Vereinen (keine Sportvereine) durch. Als Kontrollregionen wurden der Kölner und der Bonner Raum gewählt, da in diesen Regionen keine Plakatierung vorgesehen war. Die Befragung im Bonner Raum fand in Zusammenarbeit mit dem Stadtsportbund Bonn statt. Im Kölner Raum haben Beschäftigte der Städte Köln und Pulheim sowie Mitglieder von (Senioren-)Vereinen (keine Sportvereine) und Angestellte eines Betriebes an der Befragung teilgenommen.

Insgesamt ist feststellen, dass ein hoher organisatorischer Aufwand notwendig war, um Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Befragung zu gewinnen. Die aufgetretenen Schwierigkeiten bei der Stichprobenrekrutierung sind aber nicht auf mangelndes Interesse der potentiellen UntersuchungsteilnehmerInnen zurückzuführen, sondern auf die Langfristigkeit der Untersuchung, die wiederholte Befragungen vorsah. Die Verpflichtung, innerhalb von sechs Monaten dreimal einen Fragebogen zu beantworten, hat mit Sicherheit viele Interessierte von einer Untersuchungsteilnahme abgehalten. Da zu erwarten war, dass auch von denjenigen, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme ausgesprochen hatten, im Verlaufe der Untersuchung einige ausscheiden würden, wurde zum ersten Erhebungszeitpunkt sowohl in den Modellregionen als auch in den Kontrollregionen mit einer möglichst großen Anzahl von Befragten begonnen.

An der ersten Befragung in den Modellregionen haben 235 Personen teilgenommen. Die Rücklaufquote nach 3 Monaten betrug 78 %, nach 6 Monaten 66 %. Die Rücklaufquoten für die Kontrollregionen sind in etwa vergleichbar. Zum 1. Erhebungszeit-

punkt haben sich 204 Personen im Kölner und Bonner Raum an der Untersuchung beteiligt, zum zweiten Untersuchungszeitpunkt haben 156 Personen (76 %) und zum dritten 126 Personen (61 %) den Fragebogen beantwortet.

Nach Durchsicht der zurückgesandten Fragebögen war eine Aussortierung von Fragebögen aus folgenden Gründen erforderlich: (a) Fragebögen, in denen ganze Bereiche unbeantwortet geblieben sind, (b) Fragebögen verschiedener Messzeitpunkte konnten aufgrund von Nummerierungsfehlern nicht mit Sicherheit ein und derselben Person zugeordnet werden, (c) Vorliegen eines Fragebogens nur eines Messzeitpunktes. Daraus ergeben sich für die drei Messzeitpunkte folgende Stichprobenumfänge: Erhebungszeitpunkt 1: Modellregion 224 Personen, Kontrollregion 201 Personen (insgesamt 425 Personen); Erhebungszeitpunkt 2: Modellregion 171 Personen, Kontrollregion 156 Personen (327 Personen) und Erhebungszeitpunkt 3: Modellregion 145 Personen, Kontrollregion 126 Personen (271 Personen). Es bestätigt sich, dass die Rücklaufquote der Fragebögen mit 77% nach drei Monaten und mit 64% nach sechs Monaten sehr hoch ausgefallen ist.

3.4 Untersuchungsgruppen

Die Zugehörigkeit der Befragten zur Versuchs- bzw. Kontrollgruppe hängt davon, ob sie in den Modellregionen befragt wurden, in denen die Plakatierung vorgenommen wurde (= Versuchsgruppe) oder in den Kontrollregionen, in denen keine Plakate vorgesehen waren (= Kontrollgruppe). Da nicht auszuschließen ist, dass Personen der Kontrollgruppe die Plakate außerhalb der Kontrollregion gesehen haben könnten - es handelte sich um eine landesweite Kampagne -, wurde mit Hilfe des χ^2 -Tests überprüft, ob sich die beiden Untersuchungsgruppen in der Bekanntheit der Plakate („Haben Sie das Großflächenplakat gesehen?“) unterscheiden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Personen der Versuchsgruppe die Plakate signifikant häufiger gesehen haben, als die Personen der Kontrollgruppe ($\chi^2 = 3,27$; $df=1$; $p < .05$). Die Unterscheidung in Versuchs- bzw. Kontrollgruppe wird daher für die weiteren Analysen aufrechterhalten.

Eine Prüfung der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der erhobenen demographischen Daten macht deutlich, dass beide Gruppen - bis auf eine Ausnahme - vergleichbar sind. Hinsichtlich Durchschnittsalter (VG 58,75 Jahre; KG 60,14 Jahre), Geschlechtszugehörigkeit (VG 50% männlich, 50% weiblich; KG 53% männlich, 47% weiblich) und Berufstätigkeit (Angestellte, Arbeiter, Selbständige, Beamte und Rentner/Pensionäre) bestehen zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschie-

de. In der Schulbildung unterscheiden sich demgegenüber die Untersuchungsgruppen signifikant ($\chi^2 = 10,64$; $df=2$; $p < .01$). Während zur Versuchsgruppe mehr Personen mit Hauptschulabschluss im Vergleich zur Kontrollgruppe gehören, setzt sich die Kontrollgruppe aus mehr Personen mit gymnasialem Abschluss zusammen. Die Ergebnisse zum aktuellen Gesundheitsstatus der Versuchs- ($x = 3,56$) und Kontrollgruppe ($x = 3,47$) zeigen, dass die Personen beider Untersuchungsgruppen den Gesundheitsstatus vergleichbar gut einschätzen ($t = .45$; $p = .65$).

4. Ergebnisse der Analyse der Wirksamkeit

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob sich Veränderungen hinsichtlich der sportbezogenen Wissensinhalte, der Bewegungs- und Sportaktivität, der subjektiven Bedeutung der Bewegungs- und Sportaktivität und der sportbezogenen Handlungskompetenz im sechsmonatigen Verlauf der Plakataktion ergeben haben. Bei allen Auswertungen wurden nur jene Personen berücksichtigt, von denen Datensätze für alle drei Messzeitpunkte vorlagen (VG 145, KG 126).

4.1 Veränderungen der sportbezogenen Wissensinhalte

Es wurde überprüft, ob während des Untersuchungszeitraums die *Bekanntheit der LSB-Kampagne* angestiegen ist. In der Versuchsgruppe waren nach 3 Monaten 52% und nach sechs Monaten 60% über die Kampagne „Überwinde den inneren Schweinehund“ informiert. In der Kontrollgruppe war zu den gleichen Erhebungszeitpunkten 35% bzw. 48% der Befragten die LSB-Kampagne bekannt. Es wird deutlich, dass in beiden Gruppen ein Zugewinn an Informiertheit stattgefunden hat, der in den Modellregionen insgesamt ausgeprägter ist als in den Kontrollregionen (vgl. Abb. 3).

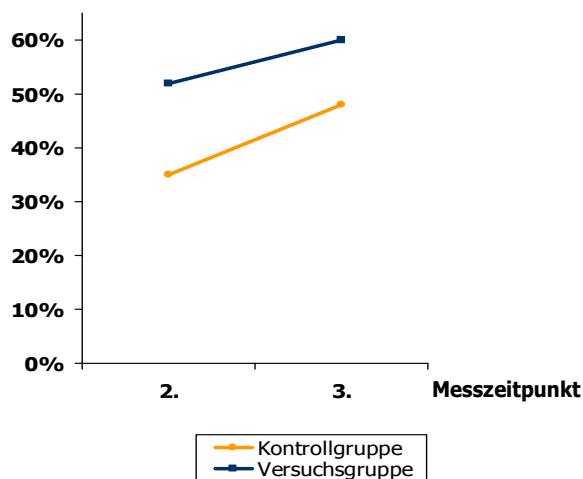


Abbildung 3. Bekanntheit der Kampagne

Ein Zuwachs der Bekanntheit ist auch für das *Qualitätssiegel „Sport PRO GESUNDHEIT“* festzustellen. In der Versuchsgruppe ist zum 1. Messzeitpunkt 18% und beim 3. Messzeitpunkt 30% der Befragten das Qualitätssiegel bekannt, von der Kontrollgruppe kennen 9% bzw. 20% das Qualitätssiegel. D. h., zum Untersuchungsabschluss nimmt im Vergleich zum Untersuchungsbeginn der Prozentsatz derjenigen, die das Qualitätssiegel kennen, um 12% bzw. 11% zu. Allerdings gilt, dass die Versuchsgruppe einen höheren Ausgangswert hat (vgl. Abb.4).

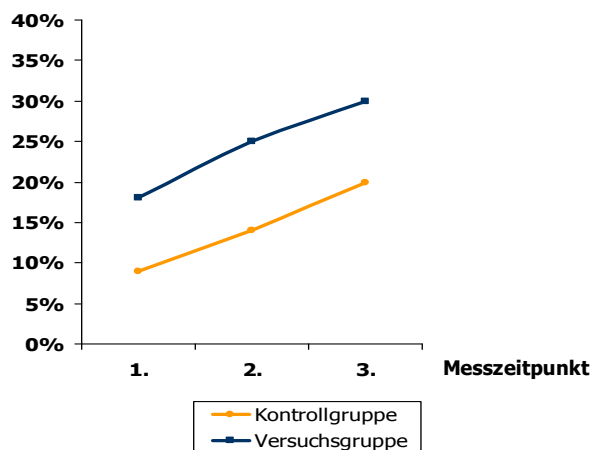


Abbildung 4. Bekanntheit des Qualitätssiegels

Auch die Ergebnisse hinsichtlich der *Bekanntheit der „Reha-Angebote“* weisen ein vergleichbares Bild auf. Zu jedem der drei Messzeitpunkte kennen mehr Personen der Versuchsgruppe als Personen der Kontrollgruppe die Reha-Angebote und in beiden Gruppen steigt die Bekanntheit in etwa gleichem Ausmaß (vgl. Abb.5).

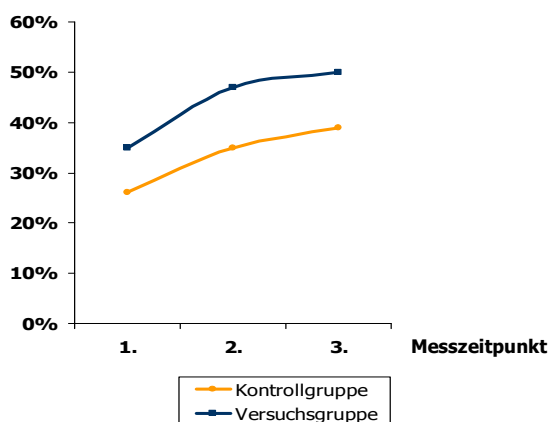


Abbildung 5. Bekanntheit der Reha-Angebote

4.2 Veränderungen der Determinanten der Änderungshandlung

Eine wesentliche Determinante der Änderungshandlung ist die *Absichtsbildung* (vgl. Kap. 5.1). Die varianzanalytische Analyse für die *Absicht, in den nächsten sechs Monaten Sport zu treiben*, zeigt weder zwischen den Untersuchungsgruppen noch im zeitlichen Verlauf signifikante Unterschiede ($F = 2,69$; $df. = 1$; $p = .10$). Die Plakataktion hat demzufolge keine Auswirkungen auf die Absichtsbildung, in den nächsten Monaten mehr Sport treiben zu wollen (vgl. Abb.6).

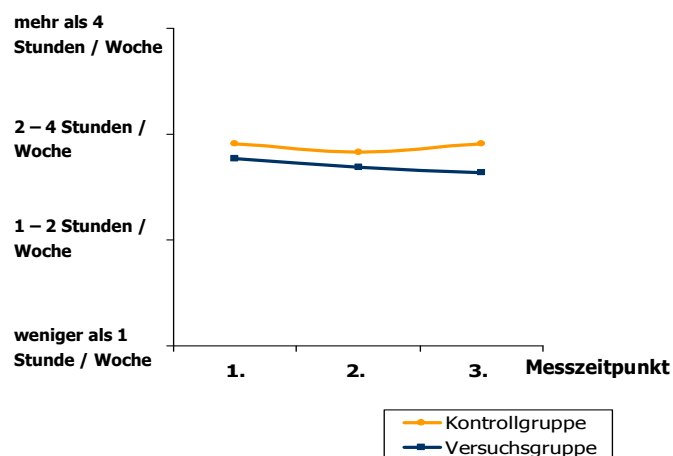


Abbildung 6. Sportabsicht

Die varianzanalytische Analyse zu den *Veränderungen der subjektiven Bedeutung der Bewegungs- und Sportaktivität* wurde für die Vorteile, die Nachteile und Bilanz des Sporttreibens vorgenommen (vgl. Kap. 5.1). Während sich für die subjektiven Vorteile des Sporttreibens keine varianzanalytischen Zeit- und Interaktionseffekte ergeben, ist für die subjektiven Nachteile ein signifikanter Interaktionseffekt festzustellen ($F = 3,41$; $df = 2$, $p < .05$). Danach nehmen die Nachteile in der Versuchsgruppe über die Messzeitpunkte zu, während bei der Kontrollgruppe die Verlaufskurve der Nachteile ansteigende und danach abfallende Werte zeigt (vgl. Abb. 7). Zur subjektiven *Bilanz des Sporttreibens* (Differenz zwischen Vorteilen und Nachteilen) kann allgemein gesagt werden, dass in beiden Gruppen die Bilanz der sportlichen Aktivität positiv ausfällt, da sowohl bei den Personen der Versuchsgruppe als auch den Personen der Kontrollgruppe die Vorteile gegenüber den Nachteilen zu jedem Messzeitpunkt überwiegen. Die varianzanalytische Auswertung erbringt einen signifikanten Interaktionseffekt ($F = 4,35$; $df. = 2$; $p = .01$). Betrachtet man den Verlauf der Bilanz über die drei Messzeitpunkte, weist die Versuchsgruppe von T1 zu T3 eine steigende

und danach abfallende Tendenz auf, während der Kurvenverlauf bei der Kontrollgruppe eine Abnahme von T1 zu T2 und eine Zunahme zu T3 aufweist (Abb. 8).

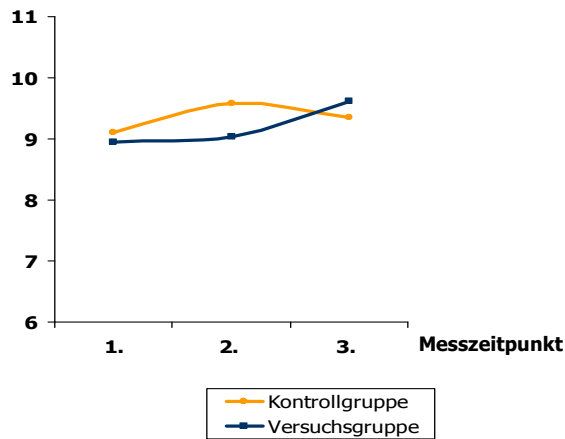


Abbildung 7. Nachteile

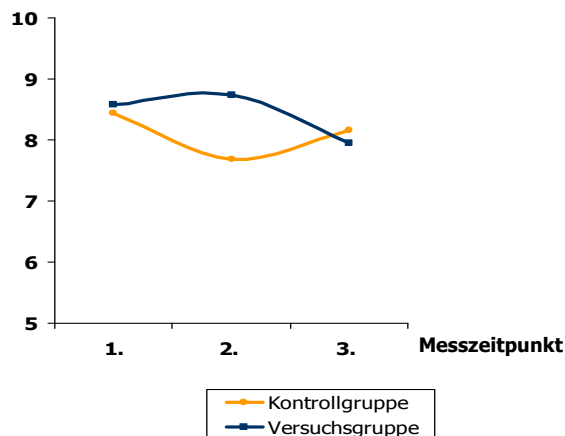


Abbildung 8. Bilanz

Diese Ergebnisse machen wiederum deutlich, dass die Plakataktion keine sportbezogenen Auswirkungen zur Folge hatte, da sich die Bilanzwerte der Versuchsgruppe über den Untersuchungsraum nicht verbessert haben.

Die varianzanalytische Auswertung der *sportbezogenen Handlungskompetenz* (Selbstwirksamkeit) ergibt keinen signifikanten Interaktionseffekt. Sowohl die Versuchsgruppe als auch die Kontrollgruppe schätzen ihre Fähigkeiten, die vorgenommene Sport- und Bewegungsaktivität auch unter schwierigen Bedingungen ausüben zu können, zu allen drei Messzeitpunkten als relativ gleich bleibend ein (vgl. Abb.9).

Vor diesem Hintergrund hat die Plakataktion keine Veränderungen der sportbezogenen Handlungskompetenz bewirkt. Zwischen den beiden Untersuchungsgruppen besteht varianzanalytisch ein tendenzieller Gruppenunterschied ($F = 3,25$; $df. = 1$; $p = .07$) in der Weise, dass von den Personen der Kontrollgruppe die Handlungskompetenz bei allen Messzeitpunkten höher eingeschätzt wird.

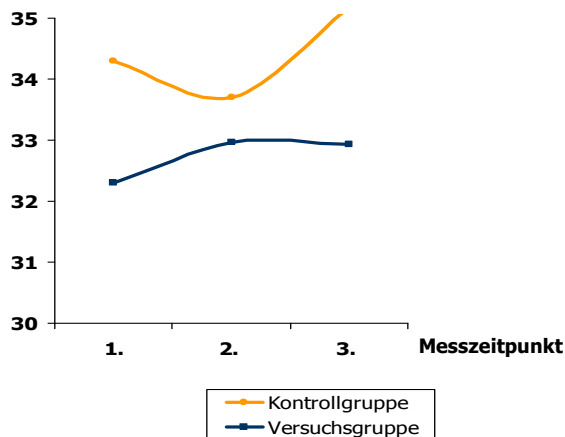


Abbildung 9. Sportbezogene Handlungskompetenz

4.3 Veränderungen der Verhaltensweisen

Der dritte Bereich von möglichen *Veränderungen* durch die Plakataktion betrifft das *sportbezogene Verhalten*. Die Hauptintentionen der Kampagne bestanden darin, bei Menschen über 50 Jahren die Sportmotivation zu erhöhen, Sport und Bewegung in ihren Alltag zu integrieren und die Sportvereine als wohnortnahe Versorgungsnetze anzubieten. Ob diese Ziele durch die Plakataktion verwirklicht werden konnten, wird anhand der verschiedenen Variablen der Bewegungs- und Sportaktivität überprüft (2-faktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor).

Die Ergebnisse zur *Dauer der Sportaktivität pro Woche* lassen über den Untersuchungszeitraum hinweg (6 Monate) erkennen (vgl. Abb.10), dass beide Untersuchungsgruppen in etwa durchschnittlich 2 Stunden Sport pro Woche betreiben und sich sowohl bei der Versuchs- als auch der Kontrollgruppe über die Erhebungszeitpunkte hinweg keine signifikanten Veränderungen der Sportaktivitäten pro Woche feststellen lassen ($F = 2,42$; $df = 1$; $p = .12$). Dies bedeutet, dass die Plakataktion bei der Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe keine Steigerungen der Sportaktivität bewirkt hat.

Entsprechendes gilt für die *sportbezogene Vorsatzrealisierung*. Sowohl die Personen der Versuchs- als auch der Kontrollgruppe setzen in der Regel die sportliche Aktivi-

tät, die sie sich vorgenommen haben, auch um. Dies gilt bei gleich bleibend hohem Niveau für den gesamten Untersuchungszeitraum ($F = 2,56$; $df. = 2$; $p = .08$) (vgl. Abb.11). Konkurrierende Intentionen oder Hindernisse halten sie offensichtlich nicht davon ab, die sportbezogenen Vorsätze zu realisieren.

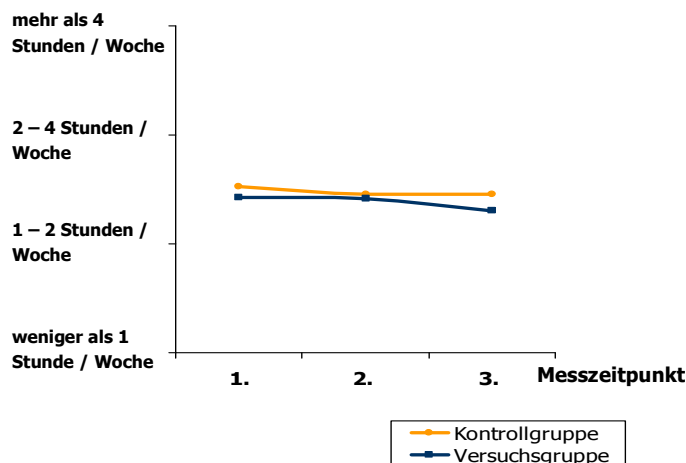


Abbildung 10. Dauer der Sportaktivität pro Woche

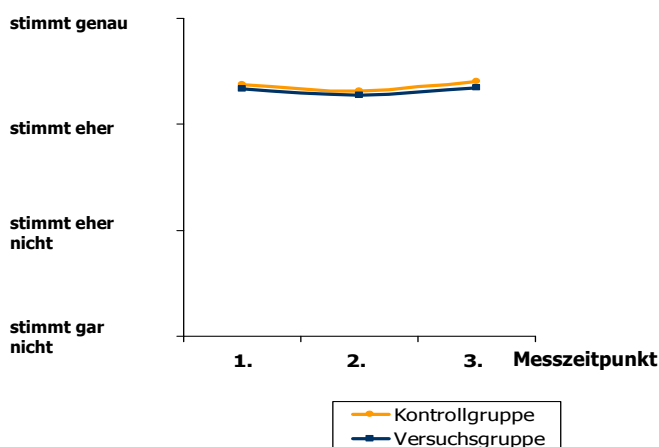


Abbildung 11. Sportbezogene Vorsatzrealisierung

Eine weitere Intention der LSB-Plakataktion bestand darin, Menschen zu motivieren, in einen Sportverein einzutreten. Zieht man den *Vereinsbeitritt* im Erhebungszeitraum heran (vgl. Abb.12), können sowohl in der Versuchsgruppe als auch in der Kontrollgruppe numerische Zuwächse festgestellt werden (VG: T1 – T2 6%, T2 –T3 12%; KG: T1 – T2 5%, T2 –T3 16%). Die Plakataktion hat demzufolge keine Auswirkungen auf den Vereinsbeitritt gehabt. Betrachtet man die Vereinsmitgliedschaft der beiden Untersuchungsgruppen (VG = 37%, KG = 42 %), kann festgestellt werden, dass

nennenswerte Vereinsbeitritte bei den ohnehin „sportaktiven“ Personen kaum zu erzielen sind.

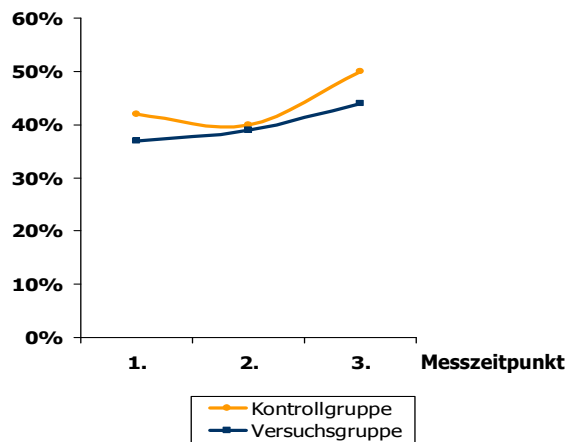


Abbildung 12. Vereinsmitgliedschaft

Ob durch die Plakataktion eine Veränderung der aktiven Informationssuche erzielt wurde, soll durch die *Anforderung von Informationen zu Gesundheitsangeboten* und den *Besuch der Internetseite der Kampagne* geprüft werden. Es ist festzustellen, dass nur sehr wenige Personen *Informationen zu Gesundheitsangeboten* angefordert haben (11 Personen der Versuchsgruppe und 5 Personen der Kontrollgruppe haben über alle drei Messzeitpunkte diesen Informationsweg gewählt). Die Plakataktion hat offensichtlich diejenigen, die das Plakat gesehen haben, nicht angeregt, Informationen zu Gesundheitsangeboten des LSB einzuholen. Zu vermuten ist, dass das Plakat keine eindeutigen Verhaltenshinweise enthielt – wie die Ergebnisse der Plakatbewertung nahe legen (vgl. Kap. 8).

Die Frage nach dem regelmäßigen *Besuch der Internetseite der Kampagne* wurde von fast allen Personen der Versuchs- und der Kontrollgruppe über den gesamten Untersuchungszeitraum verneint. Da die Plakate den *Website-Hinweis* zur Aktion „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ enthielten, um sich über die Aktion und die LSB-Sportangebote eingehender zu informieren, kann folgert werden, dass die Plakataktion keine Veränderungen des Informationsverhaltens der Untersuchungsteilnehmer bewirkt hat. Ob der Aufforderungscharakter des Plakats zu gering war, um sich auf der Website regelmäßig zu informieren oder der Website-Hinweis auf den Plakaten nicht genug aufgefallen ist, wird durch die Analyse der Plakatbewertung (vgl. Kap. 8) geklärt.

5. Diskussion der Ergebnisse

Die Wirksamkeitsanalyse der Plakataktion hat sich auf Veränderungen der Wissensinhalte, der Determinanten der Änderungshandlung und Verhaltensänderungen bezogen. Bei der Analyse der *Veränderungen der Wissensinhalte* konnte festgestellt werden, dass der Bekanntheitsgrad der LSB-Kampagne über die sechs Untersuchungsmonate hinweg in der Versuchsgruppe größer war als in der Kontrollgruppe. Bei der Bekanntheit des Qualitätssiegels „SPORT PRO GESUNDHEIT“ und der Reha-Angebote war der Wissenszuwachs in beiden Gruppen vergleichbar, wobei der Ausgangswert in der Versuchsgruppe in beiden Fällen größer war. Insgesamt kann bei den kampagnenbezogenen Wissensinhalten von einem höheren Kenntnisstand bei der Versuchsgruppe ausgegangen werden. Dies könnte damit erklärt werden, dass die Versuchsgruppe signifikant häufiger die Plakate der Kampagne gesehen hat. Diese Veränderungen der Wissensinhalte in der Versuchsgruppe ausschließlich auf die Plakataktion zurückzuführen, ist aber nicht zwingend. Zum einen ist zu berücksichtigen, dass die Versuchsgruppe durch die spezifische Form der Rekrutierung (Mitarbeiterinnen der Kreis- und Stadtsportbünde haben die Teilnahme an der Untersuchung organisiert) möglicherweise mehr Informationen über die LSB-Kampagne erhalten hat als die Kontrollgruppe. Zum anderen ist zu vermuten, dass die Veränderungen der Wissensinhalte bei den Untersuchungsteilnehmern über andere Informationsquellen zustande gekommen sind. Dafür spricht z. B., dass mehr Personen aus Medien (TV/Presse) und von Freunden/Bekannten von der LSB-Kampagne erfahren haben als durch die Plakataktion.

Bezogen auf die *Veränderungen der Determinanten der Änderungshandlung* lassen sich keine Unterschiede zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe feststellen. Die *subjektive Bedeutsamkeit der Bewegungs- und Sportaktivität* ist in beiden Untersuchungsgruppen in etwa gleich hoch und die Werte der *sportbezogenen Handlungskompetenz* (Selbstwirksamkeit) machen deutlich, dass die Personen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe vergleichbar gute Fähigkeiten besitzen, die vorgenommene Sport- und Bewegungsaktivität auch unter schwierigen Bedingungen umzusetzen. Die Überprüfung der möglichen *Veränderungen des Verhaltens* erbrachte folgendes Ergebnis: die Plakataktion hat keine Veränderungen der Intensität der Bewegungs- und Sportaktivität, des Vereinsbeitritts und der aktiven Informationssuche bewirkt. Daraus ist zu folgern, dass die Plakataktion keine Auswirkungen auf

die Determinanten der Änderungshandlung hatte und keine Veränderungen des sportbezogenen (Informations-)Verhaltens bewirkte.

Dass es hinsichtlich der Determinanten der Änderungshandlung, der Dauer der Sportaktivität und des Vereinseintritts keine plakataktionsspezifischen Auswirkungen gegeben hat, kann mit einer gemeinsamen Spezifität von Versuchs- und Kontrollgruppe erklärt werden. Beide Gruppen bestanden überwiegend aus sehr „sportaktiven“ Personen. Nur relativ wenige Personen (18 %) sowohl der Versuchsgruppe als auch der Kontrollgruppe waren sportlich nicht aktiv. Wie sehr die Befragten Bewegungs- und Sportaktivitäten in ihren Alltag einbezogen haben, zeigen auch die hohen Werte der *sportbezogenen Vorsatzrealisierung*. Daher kann einerseits vermutet werden, dass durch die hohen Ausgangswerte der Sportbedeutung und Sportbindung weitere Steigerungen durch die Plakataktion nicht zu erzielen waren. Aufgrund der Tatsache, dass sich für die Kampagne vor allem sportaktive Personen interessiert haben, wird andererseits angenommen, dass durch die Plakataktion eher diejenigen angesprochen werden, für die Sport im Alltag bereits ein Thema ist und nicht die Sportinaktiven. Dafür spricht, dass mehr Sportaktiven das Plakat bekannt ist im Vergleich zu Sportinaktiven ($\chi^2 = 4,32$; $df=1$; $p = .02$). Andererseits wird deutlich, dass an einer Untersuchungsteilnahme vor allem Personen mit ausgeprägter sportlicher Bindung interessiert waren und bewegungs- und sportinaktive Ältere für die Erhebung nur schwerlich gewonnen werden konnten.

Auf der Grundlage der dargestellten Ergebnisse lässt sich zusammenfassend feststellen, dass durch die vorliegende Evaluationsstudie bei den kampagnenbezogenen Wissensinhalten ein höherer Kenntnisstand bei der Versuchsgruppe belegt wird. Demgegenüber hat die Evaluationsstudie keinen Nachweis zur Wirksamkeit der Plakataktion auf sportbezogene Einstellungen und die Bewegungs- und Sportaktivität von Personen über 50 Jahren erbracht hat. Die generelle Erwartung, dass Plakataktionen einen entsprechenden Anreiz bieten, sich mit Themen auseinanderzusetzen und das bisherige Verhalten zu ändern, hat sich somit in der vorliegenden Untersuchung nicht erfüllt, obwohl die Plakataktion zu einer Zunahme der Bekanntheit der Kampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ geführt hat. Eine Plakataktion kann offensichtlich auf ein Thema aufmerksam machen, aber nicht die Auseinandersetzung in Gang setzen, die eine Verhaltensänderung bewirkt.

8. Analyse der Plakatbewertung

B. Ulrich

gesund e. V. – Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

1. Problemstellung

Für bevölkerungsorientierte Gesundheitskampagnen - wie die Großflächenplakataktion des LSB - ist charakteristisch, dass die Initiatoren anstreben möglichst viele Personen einer relevanten Zielgruppe (z. B. Sportinaktive) zu erreichen und über gesundheitsförderliches Verhalten zu informieren. So soll die Öffentlichkeitskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ des LSB einerseits zur Bewusstseinsbildung der Menschen, dass gezielte gesundheitliche Bewegung zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität führen kann, beitragen. Andererseits soll durch die Kampagne die Bevölkerung langfristig und nachhaltig aktiv werden. Die Wahl für bevölkerungsorientierte Kampagnen wird in der Regel damit begründet, dass der Disseminationsgrad (vgl. Kerner, Rimer & Emmons, 2005) der erzielten Gesundheitswirkungen am größten sei. Nationale wie internationale Evaluationsstudien liefern allerdings ein uneinheitliches Bild zur Wirksamkeit von Plakataktionen zu Veränderungen des sportaktiven Verhaltens (vgl. Brand, 2007). Ohne auf die einzelnen Begründungen für die widersprüchliche Befundlage einzugehen, ist festzustellen, dass eine eingehende Plakatanalyse nicht vorgenommen wurde.

Grundlegend für die vorliegende Analyse der Plakatbewertung ist einerseits das Effekt-Hierarchie-Modell von McGuire (1991), in dem die Ebenen „Erreichen von Aufmerksamkeit“ (attention), „Erreichen von Verständnis“ (comprehension) und „Akzeptanz im Sinne einer Verhaltensänderung“ (acceptance) unterschieden werden. Andererseits wird auf das Konzept der persuasiven Kommunikation (vgl. Cialdini, 2008) zurückgegriffen, das den Prozess des Überzeugens beschreibt. Vor diesem Hintergrund basiert die Plakatanalyse auf der Bewertung des Informations- und Anregungsgrades der Plakatbotschaft (vgl. Abb. 1). Dabei geht es einerseits darum, ob das Plakat Aufmerksamkeit erregt hat und die Plakatbotschaft verstanden worden ist. Andererseits gehören zur Plakatanalyse die Einschätzung der Plakatgestaltung und das Erkennen der Zielsetzungen der Botschaft. Je nach Informations- und Anregungsgrad der Plakatbotschaft sind unterschiedliche Überzeugungsgrade zu erwarten, Verhaltensänderungen zu intendieren, zu initiieren und zu realisieren. Die Bewertung des Informations- und Anregungsgrades sowie der Verhaltensänderung wird

durch **Personmerkmale** (wie Alter, Geschlecht, sportliche Aktivität) und **Umweltmerkmale** (wie Größe und Standort des Plakates) beeinflusst.

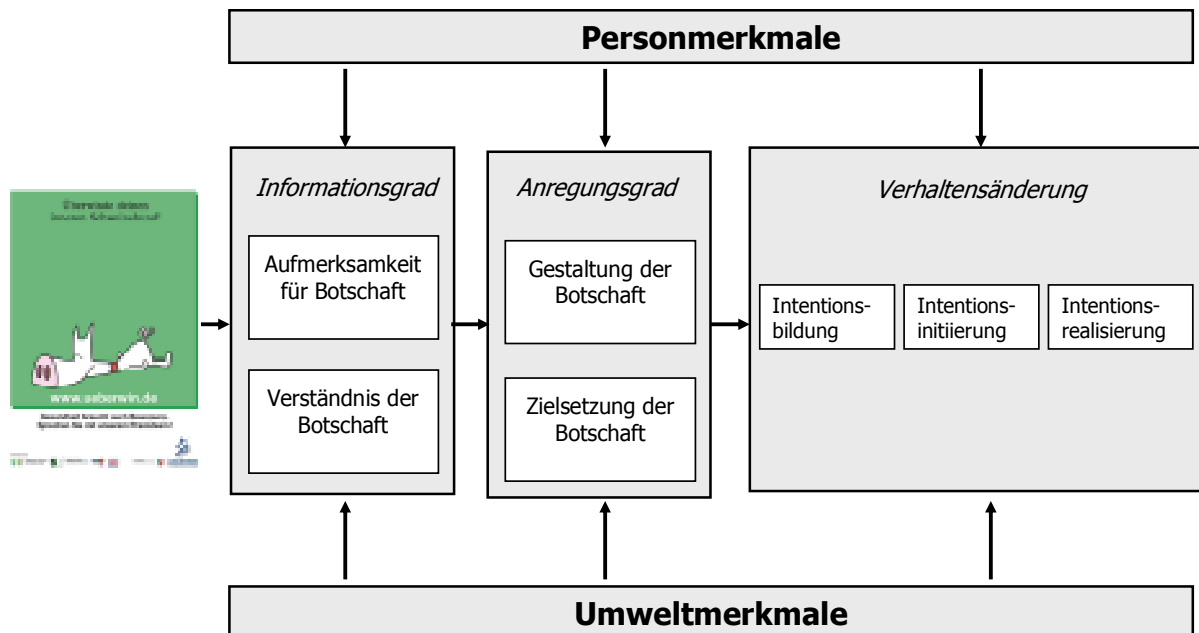


Abbildung 1. Konzept der Plakatbewertung

2. Fragestellungen

1. Wie wird der Informationsgrad des Plakates bewertet?
2. Wie wird der Anregungsgrad des Plakates bewertet?
3. Werden Intentionen zur Verhaltensänderung gebildet?
4. Ergeben sich Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Sportaktivität?

3. Untersuchungsmethode

3.1 Untersuchungsverfahren

Zur Plakatanalyse wurde ein teilstrukturierter Interviewleitfaden entwickelt, der geschlossene und offene Fragen zu den Modellparametern der Plakatbewertung (vgl. Abb. 1) umfasst. Die Modellparameter wurden in folgender Weise operationalisiert:

Aufmerksamkeit für Botschaft: Hierzu wurden die Fragen gestellt, ob das Plakat aufgefallen ist, was als erstes an dem Plakat aufgefallen ist und welche Gedanken im ersten Moment durch den Kopf gingen.

Verständnis der Botschaft: Es wurde einerseits nach der Textmenge und dem Textverständnis gefragt. Andererseits wurde erhoben, welche Botschaften das Plakat beinhaltet und wer Initiator des Plakates ist.

Gestaltung der Botschaft: Es wurde gefragt, ob das Plakat gefällt, was an dem Plakat gefällt/nicht gefällt und wie gut die Botschaft des Plakates dargestellt ist.

Zielsetzung des Plakates: Es wurde die Frage gestellt, was das Plakat erreichen will. Die vorgegeben Zielsetzungen sind „sich über Sportangebote zu informieren“, „sich mehr zu bewegen“ und „in einen Sportverein zu gehen“.

Verhaltensänderung: Ob eine Verhaltensänderung intendiert ist, wurden mit den Fragen, ob beabsichtigt ist, sich weiter zu informieren, sich mehr zu bewegen und in einen Sportverein zu gehen.

3.2 Untersuchungsdurchführung

Zur Befragung wurden zwei unterschiedliche Erhebungssituationen gewählt:

Standort des Plakates: Die Befragung erfolgte in unmittelbarer Nähe der Großflächenplakate (z.B. auf den Bahnsteig, auf dem Parkplatz eines Supermarktes). Die geschlossenen und offenen Fragen wurden von der Interviewerin vorgelesen und die Antworten auf dem Fragebogen eingetragen.

Arztpraxen: Die Befragung wurde in jenen Arztpraxen durchgeführt, die Interesse an dem LSB-Kampagnenmaterial gezeigt haben. Die geschlossenen und offenen Fragen wurden von der Interviewerin vorgelesen und die Antworten auf dem PC gespeichert. Da in den Arztpraxen (noch) keine Plakate in DIN A3-Format hingen, wurde von der Interviewerin ein DIN A3-Plakat zur Bewertung vorgelegt. Aus diesem Grunde konnte nicht danach gefragt werden, ob das Plakat den Befragten aufgefallen ist.

3.3 Untersuchungsgruppen

An der Befragung haben insgesamt 110 Personen teilgenommen, von denen 54,5% in verschiedenen Arztpraxen 44,5% in unmittelbarer Nähe des Standortes des Großflächenplakats befragt wurden. Da die Erhebungssituation zu keinen bedeutsamen Unterschieden in den Antworten führten, wird die Plakatanalyse für die Gesamtgruppe (N=110) vorgenommen.

Zur Untersuchungsgruppe gehören etwa gleich viele Personen, die älter als 50 Jahre sind (55,5%) bzw. jünger als 50 Jahre sind (44,5%). Das Durchschnittsalter beträgt 56 Jahre. An der Befragung haben mehr Frauen (62 %) als Männer teilgenommen (38 %). Der Untersuchungsgruppe gehören genau so viele Hauptschüler wie Gym-

nasiasten (jeweils 44%) an. Demgegenüber befinden sich die Realschüler (22%) in der Minderheit. Bei der Aufteilung in Berufsgruppen zeigt sich, dass die Rentner/Pensionäre mit 40,9% die größte Gruppe bilden. Eine zweite Gruppe bilden die Angestellten mit 34,5%. Die restlichen 24,6% verteilen sich auf Arbeiter, Selbständige, Beamte, Schüler/Student auf.

Etwas mehr als zwei Drittel der Befragten (68%) geben an, derzeit aktiv Sport zu treiben. Die meisten der sportaktiven Personen treiben mehr als 2 Stunden/Woche Sport (71 %). Da repräsentativen Untersuchungen (vgl. das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) des Jahres 1999 und die Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)) zu entnehmen ist (vgl. Köpsel, 2002; Rulofs, Combrink & Borchers, 2002), dass 10 bis 20 % der Älteren (61-70 Jahre) bewegungs- und sportaktiv sind, handelt es sich bei den Befragten um Personen, die eine starke Bewegungs- und Sportbindung haben (für die Gesamtbevölkerung wird geschätzt, dass etwa zwei Drittel bewegungs- und sportaktiv sind, vgl. Schlicht, 2003).

Diejenigen, die keinen Sport treiben, geben am häufigsten an (40%) an „Ich möchte mit dem Sporttreiben anfangen, habe mich bisher aber noch nicht aufrufen können“ (vgl. Abb. 2). Für 26% der Sportinaktiven ist das Sporttreiben mit mehr Nachteilen als Vorteilen verbunden. Die wenigsten der Sportinaktiven (14 %) geben an „Ich habe mir noch keine Gedanken gemacht, mit dem Sporttreiben anzufangen“.

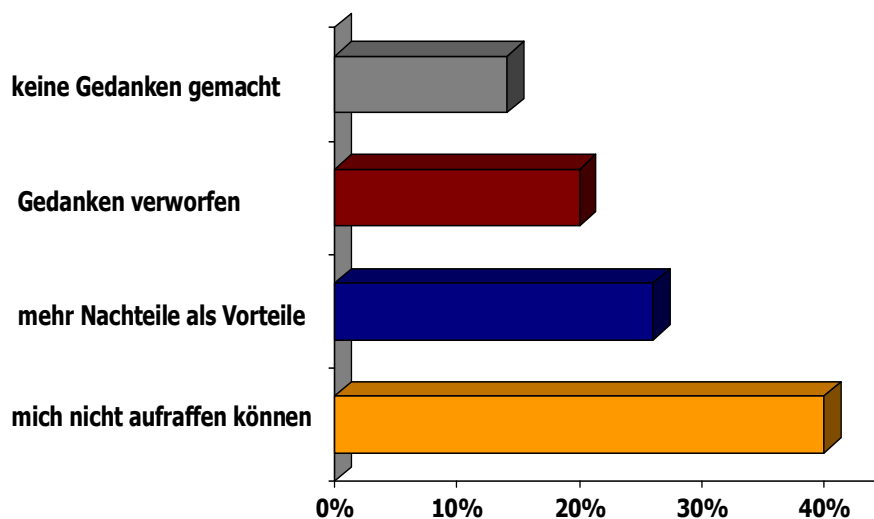


Abbildung 2. Motivationale Lagen der Bewegungs- und Sportinaktiven

Dieses Ergebnis bedeutet, dass die Bewegungs- und Sportinaktivität der Älteren nicht mit Desinteresse und grundsätzlicher Ablehnung gleichzusetzen ist. Bewegungs- und sportinaktive Ältere repräsentieren vielmehr unterschiedliche *motivationale Ausgangslagen* (Zugehörigkeit zu einer der Phasen der Änderungshandlung, vgl. Kap. 5.1).

4. Untersuchungsergebnisse

4.1 Analyse der Aufmerksamkeit für die Botschaft

Für den Erfolg einer Öffentlichkeitskampagne ist zunächst erforderlich, die Aufmerksamkeit der Zielgruppe auf die Botschaft zu lenken, die mit einem Plakat transportiert werden sollen. „Aufmerksamkeit scheint die Grundvoraussetzung für die Wahrnehmung und das Verarbeiten von Informationen zu sein“ (Moser, 1990, S. 73). Daher ist es wichtig, zu überprüfen, ob das Plakat tatsächlich die erwartete Aufmerksamkeit der Befragten auf sich gezogen hat. Da bei der Befragung in den Arztpraxen den Befragten das Plakat vorgelegt wurde, wird die Überprüfung der Aufmerksamkeitslenkung nur bei denjenigen vorgenommen, die zum Großflächenplakat befragt wurden (N=50).

Auf die Frage, ob das Großflächenplakat aufgefallen ist, gab 1/3 der Befragten (32 %) an, das Plakat wahrgenommen zu haben. Bei 32% der Befragten ist es somit gelungen, die Aufmerksamkeit auf das Plakat zu lenken. Diejenigen, denen das Plakat aufgefallen ist, unterscheiden sich nicht hinsichtlich Altergruppe (<50 Jahre, >50 Jahre), Geschlecht, Schulbildung und Berufstätigkeit.

Mit der Öffentlichkeitskampagne sollten auch ältere Menschen angesprochen und zu regelmäßigen Bewegungs- und Sportaktivitäten angeregt werden, die bislang bewegungs- und sportinaktiv gewesen sind. Der Erfolg der Öffentlichkeitskampagne hängt somit auch davon ab, ob die Plakataktion die Aufmerksamkeit dieser besonderen Zielgruppe erreicht hat. Unterteilt man die Befragten in Sportaktive (mehr als 2 Stunden/ Woche?) und Sportinaktive (weniger als 2 Stunden/ Woche) zeigt sich, dass mehr Sportaktiven (41 %) als Sportinaktiven (12,5 %) das Plakat aufgefallen ist (vgl. Abb. 3).

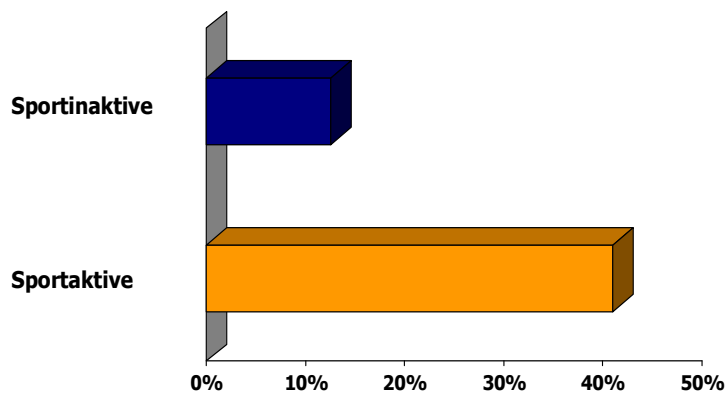


Abbildung 3. Aufmerksamkeit für die Plakatbotschaft bei Sportaktiven und Sportinaktiven

Die nachfolgende Auswertung zur Analyse der Aufmerksamkeit für die Botschaft schließt die Daten aller Befragten ein, da zwischen den Befragten in den Arztpraxen und den Befragten vor dem Großflächenplakat keine statistisch bedeutsamen Unterschiede bestehen. Zur Frage, was nach dem Betrachten des Plakates als erstes aufgefallen („erster Eindruck“) ist, gibt die Mehrheit der Befragten (59 %) an, dass der „Schweinehund“ als erstes aufgefallen ist. Alle anderen Plakatmerkmale sind nur wenigen Befragten als erstes ins Auge gefallen (vgl. Abb. 4). Der „Schweinehund“ hat ganz offensichtlich die Funktion eines „Eyecatchers“ erfüllt.

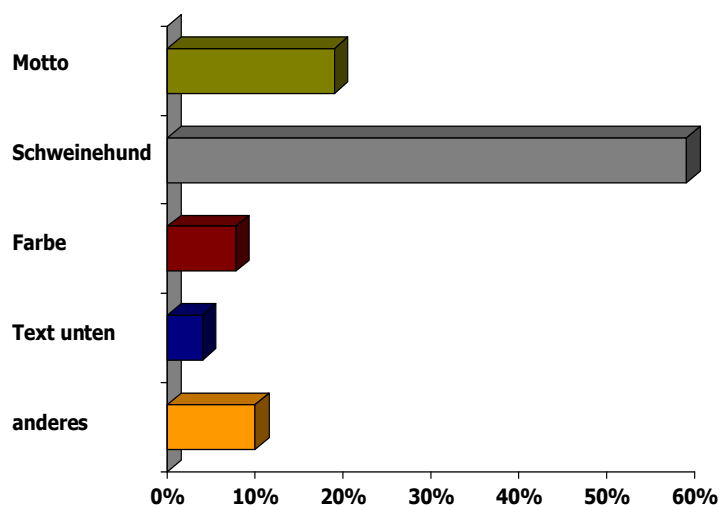


Abbildung 4. „Erster Eindruck“ bei der Plakatwahrnehmung

4.2 Analyse des Verständnisses der Botschaft

Das textbezogene Verständnis der Botschaft wird überwiegend positiv beurteilt. Den Text haben 82% der Befragten gelesen und mehrheitlich als verständlich (90%) und hinsichtlich der Textmenge als gut bewertet (86%) (vgl. Abb. 5). Bei der Bewertung des Plakattextes zeigt sich ein signifikanter Altersunterschied in der Weise, dass mehr Befragte über 50 Jahre sowohl die Textmenge als auch die Verständlichkeit des Textes positiv einschätzen als die unter 50jährigen.

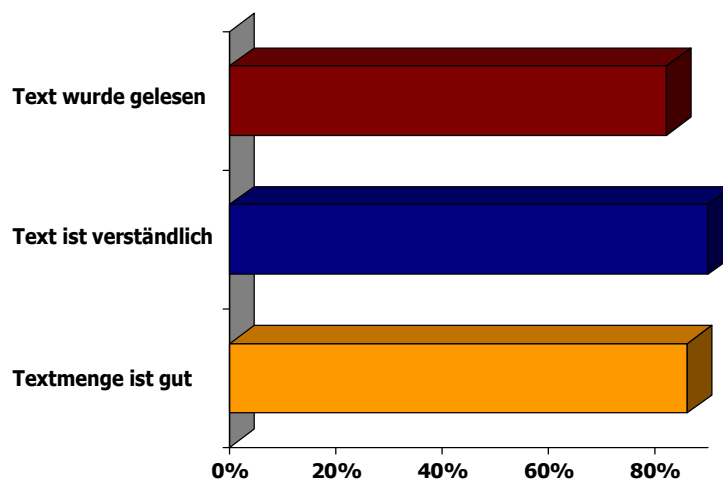


Abbildung 5. Textverständnis

Auf die Frage, welche Botschaft das Plakat beinhaltet, stimmte der größte Teil der befragten Personen (75%) der Aussage „Gesundheit braucht Bewegung“ zu (vgl. Abb. 6). Dass das Plakat die Botschaft „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ beinhaltet, äußern demgegenüber wenige der Befragten (19 %).

Größere Schwierigkeiten hatten die Befragten aber mit der Verständnisfrage „Wer wirbt mit diesem Plakat?“. Etwa jeder Fünfte (19%) der Befragten nannte den LandesSportBund („LSB“) bzw. die „Gruppen, die unten stehen“ (22%) als Initiator der Botschaft (vgl. Abb. 7). Die Mehrheit der Befragten (59 %) wusste entweder nicht, wer mit dem Plakat wirbt, oder nannten andere Institutionen (z.B. Gesundheitsamt, Krankenkassen).

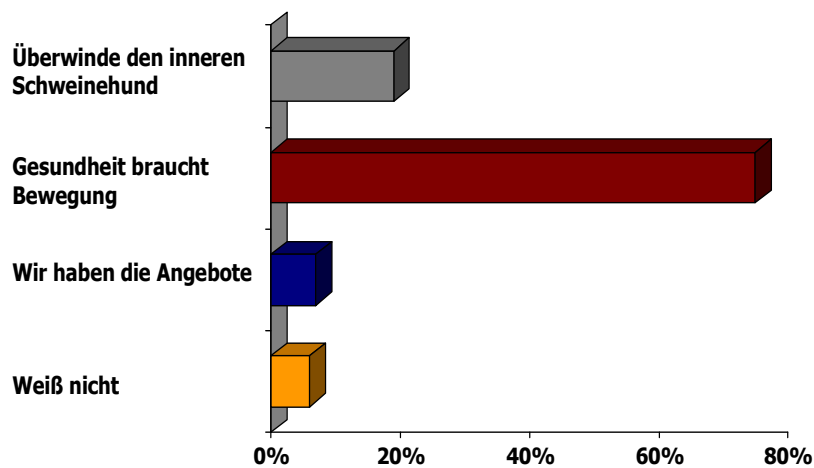


Abbildung 6. Botschaft des Plakates

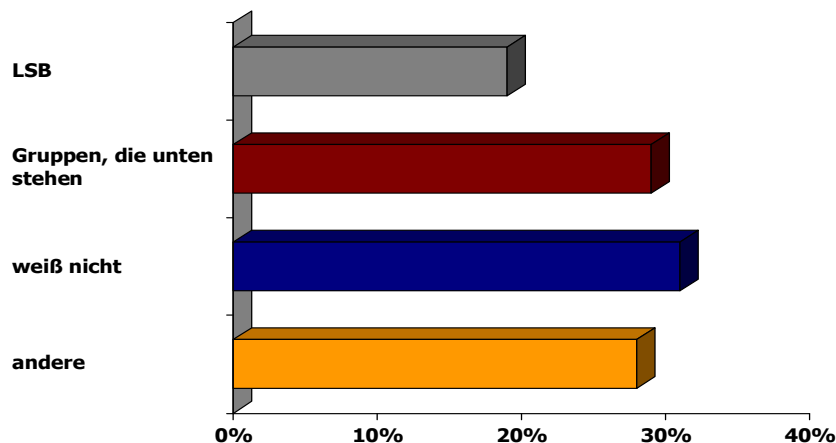


Abbildung 7. Initiatoren des Plakates

4.3 Analyse der Gestaltung des Plakates

Zunächst wurde geprüft, ob das Plakat den Geschmack der Befragten getroffen hat. Die Auswertung ergibt, dass die Attraktivität des Plakates überwiegend positiv eingeschätzt wird, denn das Plakat gefällt etwa zwei Drittel der Befragten (63 %) „sehr gut - gut“. Dabei zeigte sich, dass das Motto des Plakates („Überwinde deinen inneren Schweinehund“) den Befragten (87%) am besten gefallen hat (vgl. Abb. 8). Für die Farbe (67%) und den „Schweinehund“ (69%) sprechen sich deutlich weniger Befrag-

te aus. Sowohl das Motto als auch die Farbe und der Text des Plakates gefällt mehr Befragten über 50 Jahre signifikant besser als den Befragten unter 50 Jahre. Demgegenüber schätzen mehr der unter 50jährigen den „Schweinehund“ als ansprechend ein.

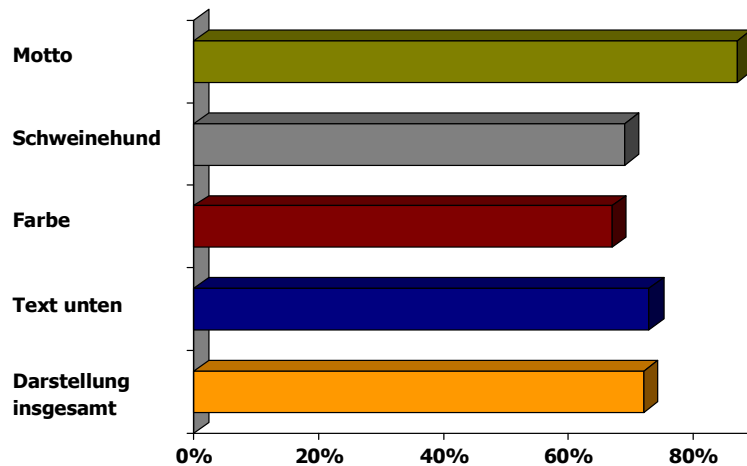


Abbildung 8. Attraktivität des Plakates

Zur Plakatgestaltung gehören auch die Fragen, ob die Botschaft leicht zu erkennen und gut dargestellt ist. Jeweils zwei Drittel der befragten Personen konnten die Botschaft des Plakates „leicht erkennen“ (69%) und schätzen die Botschaft als „gut dargestellt“ (64%) ein (vgl. Abb. 9).

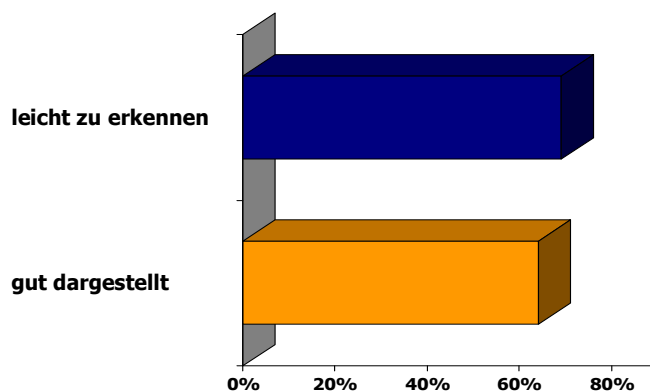


Abbildung 9. Darstellung der Botschaft

Für die Einschätzung der Erkennbarkeit der Botschaft bestehen geschlechts- und altersspezifische Unterschiede. Für mehr Frauen (76%) als Männern (57%) und mehr Befragten über 50 Jahre als unter 50 Jahren ist die Botschaft des Plakates leicht zu erkennen.

4.4 Analyse der Zielsetzungen des Plakates

Die Auswertung der Zielsetzung des Plakates ergibt ein klares Bild. Die meisten der Befragten (71%) glauben, dass das Plakat die Zielsetzung „sich mehr zu bewegen“ hat (vgl. Abb. 10). Den anderen Zielsetzungen „sich über Sportangebote zu informieren“ (13%) und „in einen Sportverein zu gehen“ (3%) stimmen wenige der Befragten zu.

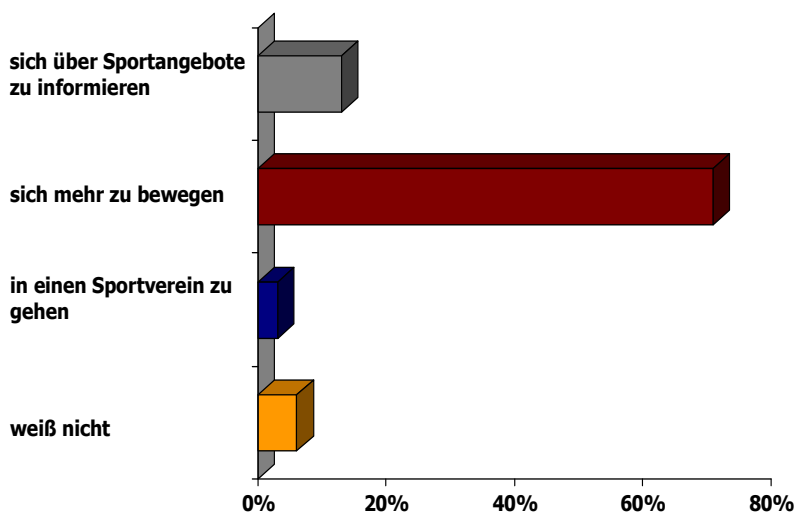


Abbildung 10. Zielsetzungen des Plakates

4.5 Analyse der Verhaltensänderung

Die Befragten sollten einschätzen, ob das Plakat sie zu bestimmten Handlungen animiert. Jeder Vierte Befragte (25%) gibt an, dass das Plakat ihn zu mehr Bewegung animiere (vgl. Abb. 11). „Sich weiter zu informieren“ oder „in einen Sportverein zu gehen“, beabsichtigen wenige der Befragten (19% bzw. 6%). Aus den Ergebnissen ist zu folgern, dass das Plakat am ehesten die Intention fördert, sich mehr zu bewegen. Sich mehr bewegen zu wollen, ist nicht unmittelbar mit dem Wunsch oder der Bereitschaft verbunden, in einen Sportverein einzutreten. Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Altersgruppen, Geschlecht und Sportaktivität bestehen nicht.

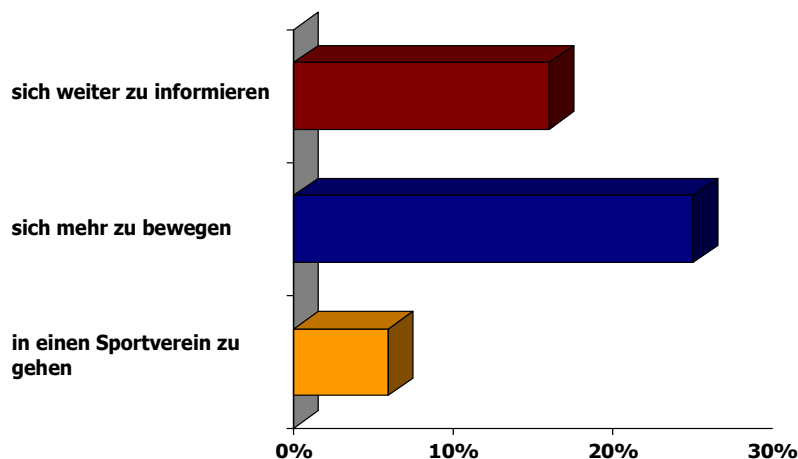


Abbildung 11. Motivierung durch das Plakat

5. Diskussion der Ergebnisse

Mit der Akzeptanzanalyse der LSB-Plakataktion „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ sollte geprüft werden, wie der *Informationsgehalt* und *Anregungsgrad* des Plakates eingeschätzt wird und ob Verhaltensänderungen bewirkt werden. Speziell geprüft wurde, ob die Bewertung des Informations- und Anregungsgrades sowie der Verhaltensänderung durch Personmerkmale (wie Alter, Geschlecht, sportliche Aktivität) beeinflusst wird. Grundlegend für die Ergebnisdiskussion der Plakatbewertung sind die drei Ebenen des Effekt-Hierarchie-Modells (McGuire, 1991): „Erreichen von Aufmerksamkeit“ (attention), „Erreichen von Verständnis“ (comprehension) und „Akzeptanz im Sinne einer Verhaltensänderung“ (acceptance).

(1) *Erreichen von Aufmerksamkeit*: Die Ergebnisse zeigen, dass das Plakat bei einem Drittel der Befragten Aufmerksamkeit erregt hat. Zudem ist das Plakat überwiegend sportaktiven Menschen aufgefallen. Das heißt, die Zielgruppe der sportinaktiven Älteren (über 50 Jahre) ist nicht genügend angesprochen worden. Dieses Ergebnis legt einerseits die Vermutung nahe, dass das Plakat eher die Aufmerksamkeit der Personen auf sich zieht, für die das Thema „Bewegung und Gesundheit“ ohnehin persönliche Relevanz besitzt. Ganz offensichtlich bestimmen „Merkmale der Zielperson“ den Prozess der Aufmerksamkeitserregung. So formulieren Schweiger und Schrattenecker (1992, S. 135): „Grundsätzlich sehen wir also das leichter, was wir sehen wollen, und das schwerer, was wir nicht sehen wollen.“ Als eines der vier

Hauptmotive, warum Personen Informationen aufnehmen wollen, wird angesehen, dass diese Informationen „die eigenen Einstellungen, Meinungen, Erwartungen bestätigen“ sollen (Schweiger & Schrattenecker, 1992, S.135). Für die sportinaktiven Personen könnte dies bedeuten, dass sie den Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit für sich nicht als relevant erachten und demzufolge die Plakatbotschaft - im Sinne der Wahrnehmungsabwehr - nicht aufnehmen (wollen).

Andererseits wird angenommen, dass der Anreizwert des Plakates für bewegungs- und sportinaktive Ältere zu gering ausgefallen ist. In Anlehnung an Moser (1990) wird davon ausgegangen, dass die Aufmerksamkeit für Botschaften durch Reize erzeugt wird, die überraschend, neu, bedrohlich, unerwartet oder bedürfnisbezogen sind. Der „Schweinehund“ des Plakates erfüllt sicherlich die Kriterien `neu` und `überraschend`. Ob aber das Plakat bedürfnisbezogene Anreize für die Zielgruppe beinhaltet, ist eher anzuzweifeln. Dafür sprechen die Untersuchungsergebnisse einer Studie von Allmer et al. (1996), in der ältere Personen vier verschiedene Plakate danach einschätzen sollten, welches Plakat sie eher zu Sport- und Bewegungsaktivitäten auffordern würde. Die Ergebnisse machten deutlich, „dass jenes Plakat am besten eingeschätzt wird, das unterschiedliche Sport- und Bewegungsaktivitäten zeigt, mit denen sich Ältere am ehesten *identifizieren* können“ (Allmer et al., 1996, S. 118), und damit den Bedürfnisse der Älteren gerechter wird. „Bedürfnisbezogenheit“ scheint demnach ein wichtiger Aspekt dafür zu sein, ob Plakate Aufmerksamkeit erregen oder nicht.

Auf die Frage, was nach dem Betrachten des Plakates Aufmerksamkeit erregt hat („erster Eindruck“), nennt die Mehrheit der Befragten den „Schweinehund“. Der „Schweinehund“ hat offensichtlich die Funktion eines „Eyecatchers“ erfüllt. Da aber alle anderen Plakatmerkmale (wie Text, Motto, Farbe) wenigen Befragten als erstes ins Auge gefallen sind, könnte sich der Eyecatcher „Schweinehund“ als „Vampir“ der Aufmerksamkeit erweisen, der „die Aufmerksamkeit überproportional stark auf sich, zu Lasten der anderen Elemente“ (Scheier, 2005, S. 278) des Plakates zieht.

(2) *Erreichen von Verständnis:*

Die Auswertung hat gezeigt, dass „Gesundheit braucht auch Bewegung“ für die meisten der Befragten die Botschaft des Plakates ist. Damit hat sich die Intention der Initiatoren erfüllt, die Bedeutung der Bewegung für die Gesundheit in erkennbarer und verständlicher Form zu vermitteln. Dafür spricht auch, dass die Befragten mehrheitlich glauben, dass das Plakat die Zielsetzung hat, „sich mehr zu bewegen“. Da die

Befragten überwiegend Sportaktive waren, für die das Thema „Bewegung und Gesundheit“ bereits einen besonderen Stellenwert hat und mit der Verhaltensintention „sich mehr zu bewegen“ verknüpft ist, kann gefolgert werden, dass durch das Plakat nicht das Verständnis dafür gebildet wurde, durch mehr Bewegung die eigene Gesundheit unterstützen zu können, sondern ein vorhandenes Verständnis bestätigt wurde. Aufgrund ihrer Sportbindung sind andere Zielsetzungen des Plakates wie „sich über Sportangebote zu informieren“ und „in einen Sportverein zu gehen“ persönlich weniger relevant.

Demgegenüber haben die anderen Botschaften „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ und „Wir haben die Angebote!“ wenige Betrachter erreicht. Mit Scheier (2005) kann argumentiert werden: „Text wird kaum gelesen. Der einzige Text auf einem Plakat, der zuverlässig beachtet wird, ist die Schlagzeile. Plakate, zu deren Verständnis der Fließtext gelesen werden muss, wirken nicht“ (S. 278). So wurde von den Befragten geäußert, dass der Text erst nach genauerem („man muss zweimal hinschauen“) Hinschauen aufgenommen und verstanden wurde.

(3) Akzeptanz im Sinne einer Verhaltensänderung

Aus den Ergebnissen ist zu folgern, dass das Plakat bei jedem vierten Befragten zur Änderungsabsicht (vgl. Kap. 5.1), sich mehr zu bewegen, beigetragen hat. Zu berücksichtigen ist einerseits, dass sich die Änderungsabsicht vor allem auf jene Befragten bezieht, die bereits bewegungs- und sportaktiv sind und demzufolge die Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität weiter steigern wollen. Sich mehr bewegen zu wollen, ist andererseits nicht unmittelbar mit dem Wunsch oder der Bereitschaft verbunden, in einen Sportverein einzutreten. Das bedeutet, dass aufgrund der Wahrnehmung eines subjektiv relevanten Plakatthemas eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Bewegungs- und Sportverhalten stattgefunden hat, die zu der Überzeugung führt, dass Bewegung und Sport eine (noch) größere Rolle im Leben spielen sollte (Bedeutsamkeit der Verhaltensänderung, vgl. Kap. 5.1). Auf der Basis von Aufwand-Effekt-Kalkulationen werden Überlegungen angestellt, wie, auf welchem Wege und unter welchen Bedingungen die Änderungsabsicht, sich (noch) mehr bewegen zu wollen, verwirklicht werden soll. Der Eintritt in einen Sportverein wird dabei selten in Erwägung gezogen. Mit der Analyse der Plakataktion lässt sich aber nicht prüfen, ob die Änderungsabsicht tatsächlich umgesetzt worden ist.

Zieht man das Ergebnis heran, dass die Plakataktion zu keiner Steigerung der Bewegungs- und Sportaktivität geführt hat, wird die Kluft zwischen Intentionsbildung

und sportbezogenem Verhalten offensichtlich. Damit wird bestätigt, dass eine bevölkerungsorientierte Plakataktion keine nennenswerten Veränderungen des Bewegungsverhaltens und Sportverhaltens bewirkt. Wie die Untersuchungsbefunde belegen, kann aber eine Plakataktion den Prozess der Änderungshandlung in Gang setzen, indem bei einigen Befragten (25%) die Bildung der Änderungsabsicht „sich mehr bewegen zu wollen“ unterstützt wird. Zur Umsetzung der Änderungsabsicht in konkretes Verhalten ist unerlässlich, dass ein Änderungsvorsatz gefasst wird (vgl. Kap. 5.1), der festlegt wie, auf welchem Wege und unter welchen Bedingungen eine Änderungsabsicht verwirklicht werden soll (vgl. Implementationsintentionen, Gollwitzer, 1999). Mit dem Plakat wird dieser Prozess der Vorsatzbildung offensichtlich nicht in Gang gesetzt. So bleibt einerseits das Kampagnenmotto „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ ohne konkrete motivierende Verhaltensempfehlungen. Zudem wird ein inaktiver (liegender) „Schweinehund“ dargestellt, der zwar beim Betrachter Aha-Erlebnisse auslöst, die aber ohne Verhaltenskonsequenzen bleiben („von dem liegenden Hund auf Bewegung zu schließen, ist schwer“). Vor diesem Hintergrund wurde für die zweite Plakataktion ein aufrecht stehender und die bereitgestellten Sportschuhe betrachtender „Schweinehund“ gewählt. Mit dieser Plakatveränderung könnte die Verhaltensempfehlung verknüpft werden, den „Schweinehund“ überwinden zu können, indem persönlich bedeutsame Schlüsselreize für die vorgenommene Bewe-



gungs- und Sportaktivität definiert werden.

Andererseits ist die Botschaft „Wir haben die Angebote!“ nicht zielführend für die Bildung eines Änderungsvorsatzes gewesen, da der Mehrheit der Befragten der auf dem Plakat unten stehende Text nicht

aufgefallen ist. Zudem konnten die meisten der Befragten durch die Vielzahl der relativ kleinen Logos am unteren Ende des Plakates nicht erkennen, wer Initiator dieser Plakataktion ist und damit als Anbieter von Sportangeboten fungiert. Da ein Plakat in der Regel nur sehr kurze Zeit betrachtet wird, ist die Platzierung des Anbieter-Logos von entscheidender Bedeutung. Scheier (2005, S. 273) folgert im Hinblick auf die Markenerkennung: „Die Platzierung des Logos im oberen Drittel des Plakates beschleunigt die Markenerkennung um 170 Millisekunden; eine Platzierung unten rechts verzögert die Erkennung der Marke um 140 Millisekunden.“

Bei den meisten der Befragten hat das Plakat allerdings keine Änderungsabsicht bewirkt. Die fehlende Wirkung lässt sich einerseits mit der vorhandenen Sportbindung

der Befragten erklären, denn ihr Hauptargument ist, dass die Notwendigkeit zu mehr Bewegung nicht besteht („ich bewege mich genug“). Da vor allem den Sportaktiven das Plakat aufgefallen ist, ist verständlich, dass ein Plakat bei diesen Personen nur zu einer Steigerung der bisherigen Bewegungs- und Sportaktivität beitragen könnte. Von einer fehlenden Plakatwirkung kann in diesem Fall nicht gesprochen werden. Andererseits ist die Gestaltung des Plakates („spricht mich nicht an“) ein Grund dafür, dass sich Befragte nicht zu mehr Bewegung animiert fühlen. In diesem Fall ist das Ziel der Plakataktion, die Bevölkerung zu mehr Bewegung aufzufordern, nicht erreicht worden, da von dem Plakat nicht die erforderliche motivierende Wirkung ausgeht.

Abschließend stellt sich die Frage, ob mit dem Plakat das richtige Medium für die zu übermittelnden Botschaften gewählt wurde. Da die durchschnittliche Betrachtungsdauer von Plakaten weniger als zwei Sekunden beträgt, werden Plakate in der Regel nicht gelesen, sondern betrachtet. Daraus ergibt sich, dass die Botschaft so einfach sein muss, dass sie in kurzer Zeit aufnehmen werden kann. Scheier (2005) vertritt die Meinung, dass sich Plakate besonders zum Ankündigen oder Aktualisieren (bzw. Re-Aktualisieren) von Produkten und Marken eignen. Dagegen eignen sie sich weniger „zur Übermittlung komplexer Botschaften und damit auch weniger zum Aufbau von langfristigen Images“ (Scheier, 2005, S. 266). Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass mit dem Plakat die Botschaft „Schweinehund“ erfolgreich vermittelt wurde, der Aufbau einer Verhaltensänderung (vor allem bei Bewegungs- und Sportaktiven) aber nicht gelungen ist. Grundsätzlich stellt sich daher die Frage, ob mit Plakaten eine Verhaltensänderung überhaupt erreicht werden kann. Auf der Grundlage der gesichteten Literatur zu bevölkerungsorientierte Medienkampagnen wird die Auffassung vertreten, dass Plakataktionen mit Botschaften zur Informationsvermittlung und Bewusstseinsbildung die Absichtsbildung unterstützen können. Es ist aber eher unwahrscheinlich, dass mit Plakaten längerfristige Verhaltensänderungen erzielt werden können (vgl. Eid, 2003; Fuchs, 2003).

9. Evaluation des Interventionsmoduls „LSB-Website“

C. Niehues

gesund e. V. – Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

1. Problemstellung

Die Installation der Website des LandesSportBundes NRW „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ soll die Kampagnenziele Bewusstseinsbildung, Förderung der Eigeninitiative und Information über gesundheitsorientierte Sport- und Bewegungsangebote unterstützen. Konkret angezielt ist, „die Kampagne über das Medium des Internets zu bewerben und Kampagneinformationen möglichst aktuell an die Kampagnebotschafter und die Bevölkerung richten zu können“ Landessportbund NRW (2003).

Die Kampagne stützt sich damit auf ein Medium, dessen Nutzung durch die über 50-Jährigen nach den Ergebnissen des (N)ONLINER Atlas (TNS Infratest, 2007) im Jahr 2007 weiter gestiegen ist und in Zukunft weiter zunehmen wird. Auch Detailergebnisse dieses Atlas sind für die vorliegende Untersuchung aufschlussreich: Im Jahr 2007 beträgt der Onliner - Anteil der über 50-Jährigen in NRW 37,2 Prozent und weitere 6,2 Prozent planen einen baldigen Einstieg. Damit ist mehr als ein Drittel der Altersgruppe 50plus im Internet unterwegs. Am stärksten ist der Anstieg mit 2,8 Prozentpunkten bei den 60- bis 69-Jährigen, deren Onliner-Anteil in diesem Jahr bei 35,5 Prozent liegt.

Die Internetnutzung ist bei Frauen (46,5 %) stärker angestiegen als bei Männern (53,5%), so dass zukünftig eine weitere sukzessive Annäherung der Internetnutzung bei den Geschlechtern zu erwarten ist. Diese Geschlechterverteilung differenziert allerdings nach dem Alter, da mehr weibliche Jugendliche im Netz sind als ihre männlichen Altersgenossen. Diese Differenzierung nimmt mit steigendem Alter ab und dreht sich um: Bei den Männern sind fast 46 Prozent der 60 bis 69 Jährigen und noch 21 Prozent der ab 70 Jährigen online. Bei den Frauen ist der Anteil geringer: 26,2 Prozent der 60 bis 69-Jährigen und 6,2 Prozent der ab 70-Jährigen.

Die Onlinenutzung hängt weiterhin vom monatlichen Haushaltseinkommen ab: unter 1000 € sind 37,6 Prozent, über 3000 € sind 83,7 Prozent online. Auch der Bildungsstand beeinflusst die Nutzerquote: Von Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen nutzen weniger als 50 Prozent das Internet.

Während sich bevölkerungsorientierte Interventionskampagnen meist auf Massenmedien (TV-Spots, Radioberichte, Plakataktionen, Wurfsendungen u. ä.) stützen, die durch visuelle und auditive Konfrontation in der allgemeinen Informationsflut Aufmerksamkeit erregen und den individuellen WahrnehmungsfILTER überwinden sollen, setzt das Medium Website im Wesentlichen eine aktive und intendierte Suche des Nutzers voraus. Das Öffnen einer themenbezogenen Website hat - sieht man von maschinell-automatisierten Zugriffen (Suchmaschinen-Robots, Überwachungs-/Selektionstools, Kopierautomaten etc.) ab - zwei Voraussetzungen:

Webseitig muss eine „visibility“ gewährleistet sein, die über das Finden einer Website entscheidet und sich vor allem aus netzunabhängigen Informationen (z. B. Hörensagen, Massenmedien) und Hinweisen im Netz (z. B. Suchmaschinen, Stichworte, Links, Werbebanner, Popups, Mailaktionen) ergibt. In der LSB-Kampagne werden in erster Linie netzunabhängige Informationen genutzt, indem z. B. mit der Plakataktion auf die Internetadresse hingewiesen wird (vgl. Kap...)

Auf Seiten des Nutzers muss eine Affinität zum Thema vorliegen. Sieht man von Besuchern ab, die z. B. durch eine unzulängliche oder irreführende Stichwortsuche auf eine falsche Spur geraten, kann man bei den LSB-Website - Besuchern von Personen ausgehen, die großes Interesse am Thema „Innerer Schweinehund“ haben, die Kampagnenbotschafter sind (z. B. Vertreter von Sportorganisationen) und Informationen, Materialien, Hilfestellung, Kontakt suchen oder die vorrangig an Gesundheitsfragen interessiert sind (Vertreter von Gesundheitsinstitutionen).

2. Fragestellungen

Bei der im LSB-Auftrag vom club of communication (<http://www.club-of-communication.de>) erstellten und publizierten Website handelt es sich um ein Read Only-System. Den aktiven Erstellern stehen passive Konsumenten gegenüber, „die sich lediglich die bereit gestellten Inhalte ansehen können und gar keine andere Option haben, als die Information zu empfangen und zu konsumieren“ (Kollmann & Hässel, 2007). Neben Textbausteinen enthält die Website Verlinkungen zu relevanten Partnern (besonders „Sport Pro Gesundheit“ und „Wir-im-Sport“). Zur Usability und Visibility im Netz (Präsenz in Suchmaschinen, Verlinkungsgrad) werden keine Angaben gemacht.

Um die Effektivität der internetgestützten Interventionskampagne beurteilen zu können, sind grundsätzlich zwei Analysenformen zu unterscheiden:

Nutzungsanalyse: Hierzu zählt vor allem die Analyse des User-Verhaltens auf der Website (Herkunft und Verlauf der Nutzung). Zur Analyse von Websites und zur Nutzungsanalyse gibt es auf dem Markt einige Online-Dienste mit automatisierten Programmen (z. B. Google Analytics), die zum Teil mit geringem Programmieraufwand (z. B. Einfügen von Trackingcodes auf den einzelnen Seiten) genutzt werden können (vgl. Fischer, 2006).

Nutzer- und Wirkungsanalyse: Diese Analyse bezieht sich vor allem auf die Analyse von personspezifischen Merkmalen der Website-Nutzer sowie die sich durch den Besuch ergebenden personspezifischen Veränderungen.

Da aus Aufwand- und Kostengründen der Kooperationspartner LSB die Voraussetzungen für eine Nutzungsanalyse nicht herstellen konnte, beschränkt sich die Website-Evaluation auf die Nutzer- und Wirkungsanalyse, mit der zwei Hauptfragestellungen beantwortet werden:

Es soll die Frage geklärt werden, wie der Informationsgehalt und der Anregungsgrad des Mediums eingeschätzt werden. Entsprechend der Hypothese der Zielgruppenspezifität soll geprüft werden, welche soziodemographischen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand) und motivationalen Personenmerkmale die Nutzer der Website kennzeichnen und welche wahrgenommene Veränderungen durch den Website-Besuch von den Websitenutzern berichtet werden (Nutzeranalyse).

Es soll die Frage geklärt werden, welche Veränderungen durch den Besuch der LSB-Website bei Älteren hervorgerufen werden. Zu diesem Zweck wurde auf der „LSB-Website“ eine online – Beratung installiert, von der erwartet wurde, dass nicht nur die Absichtsbildung gefördert, sondern für Ältere auch der Zugang zu Bewegungs- und Sportaktivitäten ermöglicht wird (Wirksamkeitsanalyse).

3. Untersuchungsmethode

3.1 Untersuchungsverfahren

Zur Nutzer- und Wirkungsanalyse wurde ein Fragebogen eingesetzt, der folgende Fragenkomplexe umfasst:

Fragen zu soziodemografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Schulbildung, derzeitige Berufstätigkeit und finanzielle Situation).

Häufigkeit der Sport- und Bewegungsaktivität: Denjenigen, die derzeit aktiv Sport treiben, wurde die Skala „mehr als 4 Stunden/Woche - 2-4 Stunden/Woche - 1-2 Stunden/Woche - weniger als 1 Stunde/Woche“ zur Einstufung vorgelegt.

Sportbezogene Absichtsbildung: Hierzu wurden folgende Fragen zur beabsichtigten Häufigkeit der Sport- und Bewegungsaktivität gestellt: „Ich beabsichtige, in den nächsten 6 Monaten mehr/genauso viel/weniger Sport zu treiben?“ und, „Wie sicher sind Sie sich, diese Absicht zu verwirklichen?“ (Prozentwertskala 0%...90%).

Phasen der Sport- und Bewegungsinaktivität: Um die motivationale Ausgangslage derjenigen zu erfassen, die derzeit keinen Sport treiben, wurde eine Antwortliste mit vier Alternativen vorgelegt: „Ich habe mir noch keine Gedanken gemacht, mit dem Sporttreiben anzufangen“. - „Ich habe mir bereits Gedanken gemacht, mit dem Sporttreiben anzufangen, aber den Gedanken wieder verworfen“. - „Eigentlich möchte ich Sporttreiben, kann mich aber nicht dazu aufraffen“. - „Ich möchte keinen Sport treiben, weil ich mehr Nachteile als Vorteile sehe“.

Die Bedeutsamkeit der Sport- und Bewegungsaktivität, die aus der Einschätzung der antizipierten Vor- und Nachteile resultiert (Entscheidungsbalance), wurde mit der von Basler, Jäkle, Keller & Baum (1999) entwickelten Skala erfasst (vgl. Kap. 6.3).

Besuch der LSB-Website: Es wurden Fragen zur Häufigkeit des Website-Besuchs, des zukünftigen Website-Besuchs, den Interessensschwerpunkten und der Interessenrelevanz der LSB-Website gestellt.

Wahrgenommene Veränderungen durch den Website-Besuch: Zur Erfassung der wahrgenommenen Veränderungen wurde eine modifizierte Form des „Fragebogens zur Erfassung der Processes of Change“ von Maier und Basler (2003) eingesetzt (vgl. Kap. 6.3).

Wahl der Belohnungsart: Am Ende des Fragebogens wurden den Befragten als „Dankeschön“ zwei Belohnungsmöglichkeiten zur Wahl gestellt: (a) Ratgeber und (b) Teilnahme an einer Verlosung.

3.2 Untersuchungsdurchführung

Die Durchführung der Fragebogenerhebung wurde als Online-Befragung konzipiert, bei der die Befragten den auf einem Server hinterlegten Fragebogen im Internet ausfüllen. Die Teilnahme an online - Befragungen ist naturgemäß eine selektive Vorgehensweise, da keine Grundgesamtheit von Internet- beziehungsweise Website - Nutzern vorliegt, aus der durch Quoten- oder Zufallsauswahl Untersuchungsteilnehmer rekrutiert werden könnten. Außerdem ist die Internetverfügbarkeit unterschiedlich gestreut und angesichts der Werbeflut und Häufung von risikoreichen Internetkontakten (z. B. Viren, Pishings) sinkt beim Nutzer die Bereitschaft, sich auf Popups, Verlinkungen und Downloads einzulassen.

Der entwickelte Fragebogen wurde vom Kooperationspartner, dem „EUGEN-Umfrage-Generator“ zu einer Online-Version verarbeitet und vom Dezember 07 bis Februar 08 ins Netz gestellt .

Zur Rekrutierung von Befragungsteilnehmern wurde zeitgleich auf der LSB - Website ein über den Bildschirm laufendes Schriftband gewählt, auf dem auf die Fragebogenaktion hingewiesen wurde (Ihre Meinung zählt! Befragung zur Aktion "Überwinde deinen inneren Schweinehund". Machen Sie mit und Sie erhalten ein "Dankeschön"). In einer kurzen Instruktion wurde über den wissenschaftlichen Zweck der Untersuchung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die anonymisierte Datenverarbeitung informiert und die Nutzer gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Als belohnender Teilnahmeanreiz wurden ein herunterladbarer Ratgeber „So überwinden Sie den inneren Schweinehund“ und die Teilnahme an einer T-Shirt-Verlosung zur Wahl gestellt. Um ein Durchklicken des Fragebogens durch Nutzer, die ausschließlich belohnungsmotiviert sind, kontrollieren zu können, wurde eine Mindestbefragungszeit von zwei Minuten festgelegt. Zum Abschluss der Befragung wurde um Zustimmung zur Teilnahme an einer zweiten Befragung in einigen Monaten, eine Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme per E-Mail und zur Speicherung ihrer Mailadresse gebeten.

Da während des ersten Monats sehr wenige Personen (N=24) an der online - Befragung teilgenommen hatten, wurden zwei Informationswege gewählt. Zum einen wurde in der Tageszeitung „Kölner Stadtanzeiger“ ein 60-zeiliger Beitrag zum Thema „Innerer Schweinehund“ mit Hinweis auf die Fragebogenaktion veröffentlicht. Zum anderen wiesen die Kursleiter der Schnupperkurse „Vital 50+“ die Teilnehmer auf die LSB-Website und die Befragung hin. Diese Maßnahmen der aktivierten Rekrutierung erbrachten eine Gesamtzahl von 252 Befragten.

3.3 Untersuchungsplan

Die beiden unterschiedlichen Anreize zur Befragungsteilnahme (Ratgeber und Verlosungsteilnahme) sind gewählt worden, um im Sinne des Versuchs- Kontrollgruppen Designs die Wirkungen einer online - Beratung prüfen zu können.

Als Beratungsinstrument wurde ein downloadbarer Ratgeber installiert, der dem wissenschaftlichen Stand entsprechende umsetzungsnahe Vorschläge zur Überwindung von Motivationsbarrieren anbietet. Der psychologische Ratgeber „So überwinden Sie den inneren Schweinehund“ orientiert sich im Wesentlichen an Verfahren, die in der kognitiv-orientierten Verhaltenstherapie entwickelt wurden und Eingang in verschie-

dene Anwendungsbereiche wie Gesundheitsförderung, Selbstmanagement, Sport u. a. gefunden haben (vgl. Hahn, 1996; Hautzinger, 1994; Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1996; Loehr, 2006; Storch & Krause, 2005; Winiarski, 2004). Die zentralen Bausteine des Ratgebers sind: Motiv- und Zielklärung, Erfolgsvision, Zielsetzungstraining, Einsatz von Belohnung, Fokussierung, Gedankensteuerung, Gewohnheitsbildung, Erinnerungshilfen, Soziale Verbindlichkeit, Erfolgsprotokoll, Rückfallverarbeitung). Der Ratgeber ist so gestaltet, dass er zur aktiven Verarbeitung der einzelnen Bausteine einlädt, indem die Seiten in beliebigem Format kopiert und verändert werden können, zum aktiven Ausfüllen aufgefordert und ein individuell zugeschnittenes Motivierungsprofil und Umsetzungsprogramm erarbeitet wird.

Ob und welche Veränderungen durch die online - Beratung hervorgerufen werden, wird durch Befragungen zu zwei Messzeitpunkten (t_1 - t_2) im Abstand von 4 Monaten mit derselben Stichprobe geprüft (vgl. Abb. 1). Im Sinne einer Panel-Untersuchung wird der Fragebogen der Erstbefragung übernommen. Allerdings wurden einige Fragen neu formuliert, die sich auf den zwischenzeitlichen Website-Besuch und die Bewertung des Ratgebers beziehen. Auch die zweite Befragung wird als Online-Befragung durchgeführt. Die Teilnehmer wurden per E-Mail aufgefordert, den auf einem Server hinterlegten Fragebogen online auszufüllen.

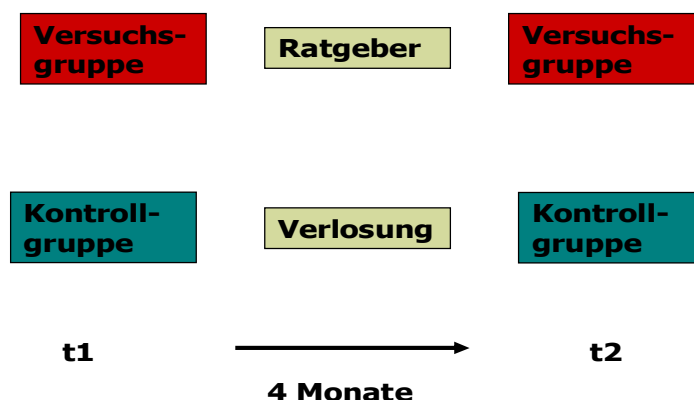


Abbildung 1. Versuchsplan

4. Ergebnisse der Nutzeranalyse

4.1 Soziodemografische Merkmale der Website-Besucher

An der Online-Befragung haben 252 Personen teilgenommen, von denen fast $\frac{3}{4}$ Frauen (73%) sind. Das Durchschnittsalter der Befragten ist 45 Jahre, etwas mehr als $\frac{1}{3}$ der Befragten (37%) gehört der Altersgruppe 50plus an.

An der Befragung haben überwiegend (60%) Personen mit höherer Schulbildung (Abitur (28%), Hochschullabschluss (35%)) teilgenommen. Etwa jeder Dritte (30%) besitzt die mittlere Reife, nur wenige (8%) haben einen niedrigen Bildungsstand (Hauptschulabschluss bzw. ohne Abschluss).

Die Angaben zur derzeitigen beruflichen Tätigkeit zeigen, dass die meisten (43%) einen Angestelltenstatus haben, 15% Rentner/Pensionäre sind, die Selbstständigen, Beamten, Hausfrauen und Schüler zu fast gleichen Anteilen (ca. 9%) vertreten sind und nur wenige Arbeiter (1%) an der Befragung teilgenommen haben. Relativ wenige der Befragten geben an, im Gesundheitsbereich (21%) oder in einer Sportorganisation (11%) tätig zu sein.

Etwas mehr als die Hälfte (52%) der Befragten verfügt über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von 1500 bis 3000 €. Etwa $\frac{1}{3}$ (31%) verdient weniger, während 17% mehr verdienen.

4.2 Sport- und Bewegungsaktivität

Etwa $\frac{3}{4}$ der Befragungsteilnehmer (74%) geben an, aktiv Sport zu betreiben. Annähernd $\frac{2}{3}$ der Sportaktiven (63,5 %) sind mehr als zwei Stunden pro Woche aktiv (2 - 4 Std. = 42,5%; >4 Std. = 21 %). Ein Drittel betätigt sich 1 - 2 Stunden/ Woche sportlich und wenige Personen (5%) treiben weniger als 1 Stunde/Woche Sport.

Von den Sportaktiven äußern etwa $\frac{3}{4}$ (72%) die Absicht, in den nächsten sechs Monaten mehr Sport als bisher treiben zu wollen, während 28% der Befragten genauso viel Sport wie bisher treiben möchten. Einhundertprozentig sicher, diese Absicht auch verwirklichen zu können, sind sich allerdings nur ca.19%. Bei 39% liegt die selbst geschätzte Umsetzungswahrscheinlichkeit zwischen 20 und 50 Prozent.

Die Ergebnisse zur motivationalen Lage der Sportinaktiven zeigen eindeutig, dass bei den meisten (88%) das Haupthindernis auf dem Weg zur Aktivität darin liegt, dass sie sich „nicht aufraffen“ können. Die anderen Begründungen werden nur von wenigen der Sportinaktiven genannt (keine Gedanken gemacht (3%), Gedanken wieder verworfen (8%), sehe mehr Nachteile durch Sport (1,5%)).

4.3 Besuch der LSB-Website

Trotz vorausgehender halbjähriger Online-Präsenz der Kampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ besuchte die Mehrheit (92%) der Befragten die LSB-Website zum ersten Mal, wenige (8%) kannten die Website bereits von früheren Zugriffen.

Die meisten der Befragten (71%) sind auf die LSB-Website aufgrund von Informationen in den Medien (Presse, TV) aufmerksam geworden. Insbesondere durch einen Beitrag zum Thema „Innerer Schweinehund“ mit Verweis auf die Befragungsaktion in der Tageszeitung „Kölner Stadt-Anzeiger“ haben recht viele (42%) Befragungsteilnehmer von der LSB-Website erfahren. Das LSB-Großflächenplakat nannten 25% der Befragten als Ausgangspunkt zum Website-Besuch. Wenige der Befragten sind durch zufällige oder gezielte Online-Aktivitäten (7%), Freunde beziehungsweise Bekannte (4%), durch Informationen des Sportvereins (4%) oder des Hausarztes (4%) auf die Website gelangt.

4.4 Interessenschwerpunkte

Die Analyse der individuellen Interessenschwerpunkte an der Website zeigt, dass das Interesse am stärksten für die Themen „Innerer Schweinehund“ und „Sport und Gesundheit“ sowie an den „10 Schritten zum Fit-Werden“ ausgeprägt ist (vgl. Abb. 2). Ein relativ hohes Interesse besteht weiterhin für die „Ärztlichen Ratschläge“ und die „Hinweise auf Sportangebote vor Ort“. An geringsten fällt das Interesse für die „Shopangebote“ und „Infotelefon/ Direktkontakte“ aus.



Abbildung 2. Interessenschwerpunkte

4.5 Attraktivität der Website

Die Relevanz der Website für die eigenen Interessen wird sehr positiv beurteilt. 90% der befragten Website-Besucher beschreiben die Internetseite als „sehr hilfreich“ (17%) bzw. „hilfreich“ (73%) für die eigenen Interessen. Für die positive Beurteilung spricht, dass ungefähr die Hälfte der Befragten (49%) angibt, die Website in Zukunft erneut besuchen zu wollen („möchte-Absicht“). Alle anderen wollen die Website „vielleicht“ erneut besuchen („vielleicht-Absicht“).

4.6 Wahrgenommene Veränderungen durch den Website-Besuch

Die Analyse der „Gedanken und Verhaltensweisen“, die der Besuch der Website bei den Befragten auslöst hat, zeigt, dass in gewissem Maße eine Schärfung des Problembewusstseins und eine Stärkung der Selbstwirksamkeit eintreten ist (vgl. Abb.3). Mit dem Website-Besuch wird die Auffassung verknüpft, durch Sport zu einem gesünderen und ausgeglicheneren Menschen werden zu können. Außerdem wird Sport jetzt als eine Möglichkeit verstanden, den Kopf zu befreien und Energie zu tanken.

Demgegenüber fällt die Zustimmung zu den Aussagen „habe mehr Interesse an Informationen zu Sport und Bewegung“ und „werde sportlich aktiv sein, statt fernzusehen, um zu entspannen deutlich geringer aus.



Abbildung 3. Wahrgenommene Veränderungen

4.7 Wahl der Belohnungsart

Mehr als die Hälfte der Befragten (57%) hat sich für den Ratgeber "So überwinden Sie den inneren Schweinehund" entschieden. Die anderen Befragten wählten die Teilnahme an einer Verlosung (43%). Die Analyse der demographischen Merkmale ergibt, dass die über 50-Jährigen (66%) und die Frauen (59%) mehrheitlich den Ratgeber wählen (vgl. Abb.4, Abb.5), während sich die 50-Jährigen und Jüngeren sowie die Männer zu gleichen Anteilen für den Ratgeber bzw. die Verlosungsteilnahme entscheiden.

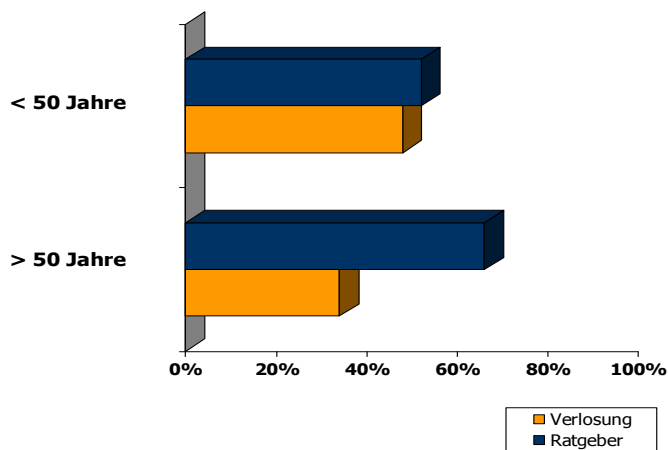


Abbildung 4. Alter

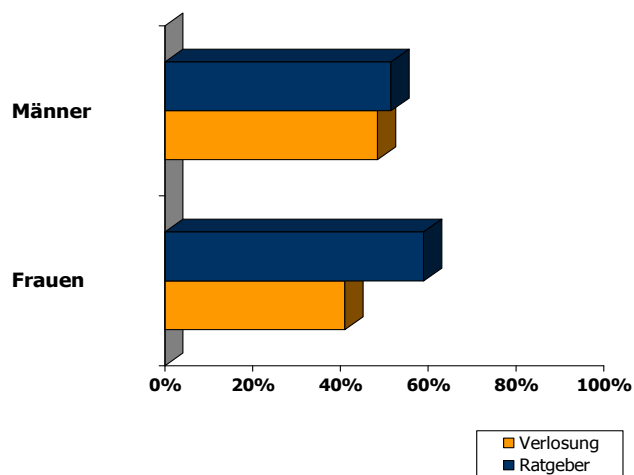


Abbildung 5. Geschlecht

Während 2/3 der Sportinaktiven den Ratgeber bevorzugen, ergeben sich für die Sportaktiven keine Unterschiede in der Wahl der Belohnungsart (vgl. Abb.6).

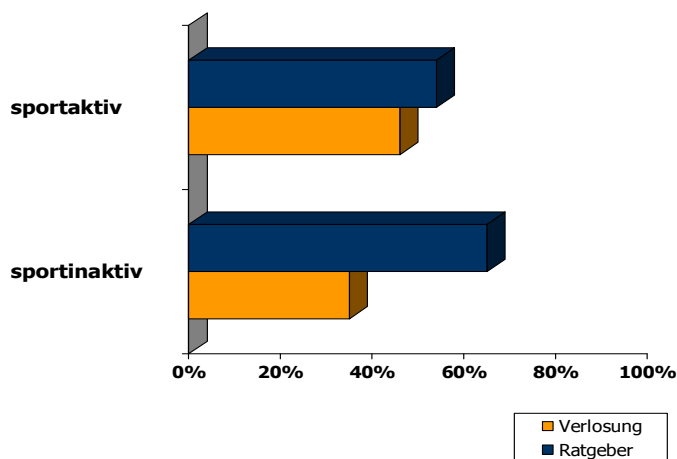


Abbildung 6. Sportaktivität

5. Analyse der Online-Beratung

5.1 Untersuchungsgruppen

Abhängig vom Zeitpunkt der Erstbefragung wurde vier bis sechs Monate später allen Befragten, die sich zur Teilnahme an einer Zweitbefragung bereit erklärt hatten (93%), per Mail der zweite, weitgehend unveränderte Fragebogen zugesandt. Ergänzt wurden Fragen zur Bewertung des Ratgebers. Bei ausbleibender Rückmeldung erfolgte nach einem Monat eine Erinnerung mit der Bitte um Mitwirkung. 102 Personen (40,5%) nahmen an der zweiten Befragung teil, von denen 2/3 den Ratgeber (68%) und 1/3 (32%) die Verlosungsteilnahme wählten. Für die weitere Auswertung ergeben sich als Untersuchungsgruppen diejenigen, die den Ratgeber gewählt haben (=Gruppe „Ratgeber“), und diejenigen, die an der Verlosung teilnehmen wollten (=Gruppe „Verlosung“). Zwischen beiden Untersuchungsgruppen bestehen keine Unterschiede in den soziodemografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Beruf, Ausbildung, Haushaltseinkommen).

5.2 Effekte der Online-Beratung

Um die Frage zu beantworten, ob und welche Wirkungen die auf der LSB-Website installierte online - Beratung hat, wurden die Fragebogendaten der Gruppen „Ratgeber“ und „Verlosung“ zur Bewegungs- und Sportaktivität, der subjektiven Bedeutung der Sportaktivität sowie der Änderungsstrategien varianzanalytisch ausgewertet.

5.2.1 Veränderungen der Bewegungs- und Sportaktivität

Der varianzanalytische Vergleich zwischen den Gruppen „Ratgeber“ und Verlosung“ ergibt einen tendenziellen Interaktionseffekt für die Häufigkeit der Sportaktivität ($F=3,39$, $p=.06$). Bei der Gruppe der „Ratgeber“ nimmt die Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität zu, während sie bei der Gruppe der „Verlosung“ unverändert bleibt (vgl. Abb. 7).

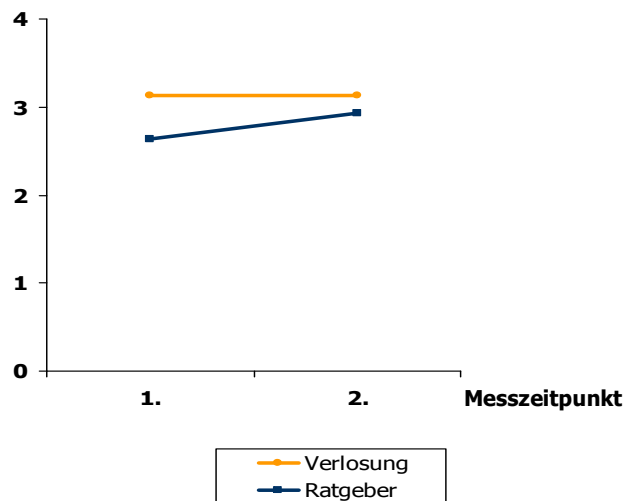


Abbildung 7. Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität

Betrachtet man die Gruppe der Bewegungs- und Sportinaktiven ist festzustellen (vgl. Abb. 8), dass sich bei der Gruppe der „Ratgeber“ die Anzahl der Sportinaktiven reduziert (22% - 14%), während in der Gruppe der „Verlosung“ die Anzahl der Sportinaktiven nahezu unverändert bleibt (15% - 13%).

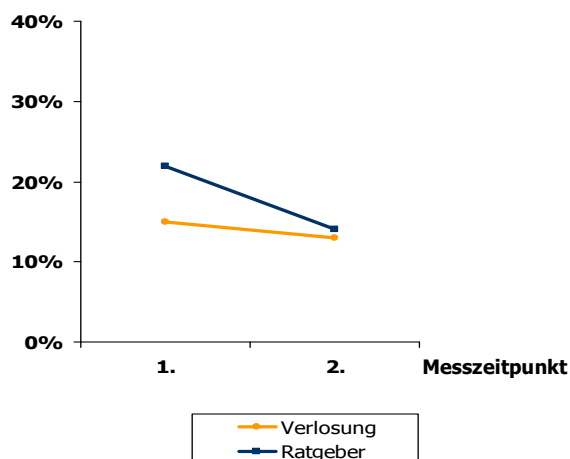


Abbildung 8. Bewegungs- und Sportinaktive

5.2.2 Veränderungen der subjektiven Bedeutung der Sportaktivität

Der varianzanalytische Vergleich zwischen „Ratgeber-Gruppe“ und „Verlosungs-Gruppe“ ergibt für die Faktoren „Bilanz“ ($F = 8.23$, $p = .005$) und „Nachteile“ ($F = 15.07$, $p = .000$) der Sportbedeutung signifikante Zeitunterschiede (vgl. Abb.9 und Abb.10). Die Einschätzung der „Vorteile“ bleibt demgegenüber unverändert.

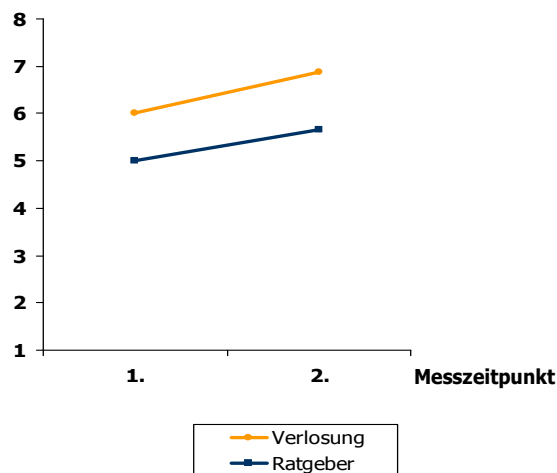


Abbildung 9. Bilanz

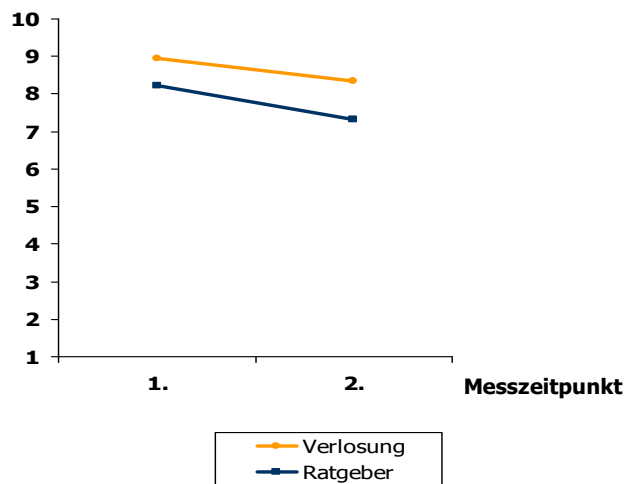


Abbildung 10. Nachteile

Für beide Gruppen nehmen demzufolge im Untersuchungszeitraum die mit der sportlichen Aktivität verbundenen Nachteile ab, wodurch sich die Bilanz (Verhältnis von Vorteilen und Nachteilen) verbessert.

5.2.3 Veränderung der Website-Attraktivität

Zwischen den Gruppen „Ratgeber“ und „Verlosung“ ergeben sich keine signifikanten Interaktionseffekte. Beide Gruppen weisen signifikante Zeitunterschiede in der Weise auf, dass die Einschätzung der Attraktivität der Website („wie hilfreich ist die Website für die eigenen Interessen“) im Untersuchungszeitraum abnimmt ($F = 12,01$, $p = .001$). Für den Besuch der LSB-Website ist sport- und bewegungsbezogenes Interesse als Voraussetzung anzunehmen, das sich in einer aktiven Suche nach entsprechenden Informationen manifestiert. Da beim ersten Besuch der Website die thematischen Erwartungen weitestgehend erfüllt werden, lässt sich Abnahme der Attraktivitätseinschätzung damit erklären, dass die LSB-Website zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten nicht wesentlich verändert oder ergänzt wurde. Dafür spricht auch, dass das Interesse an den Themen der Website sowohl für die Ratgeber- als auch die Verlosungsgruppe von der ersten zur zweiten Befragungssituation signifikant abnimmt. So ist das Interesse an dem Themen „Innerer Schweinehund und „Sport und Gesundheit“ sowie den „10 Schritten zum Fit-Werden“ und den „Hinweisen vor Ort“ weniger stark ausgeprägt.

5.2.4 Veränderung der Änderungsstrategien

Auf der Grundlage des varianzanalytischen Vergleichs zwischen den Gruppen „Ratgeber“ und „Verlosung“ ergeben sich für die kognitiv-affektiven und verhaltensbezogenen Strategien keine signifikanten Interaktionseffekte. Durch die Online-Beratung werden demzufolge keine Veränderungen der mit der sportlichen Aktivität einhergehenden Gedanken und Wahrnehmungen bewirkt. Eine wesentliche Begründung kann darin gesehen werden, dass vor allem Sportaktive die Website besucht haben, die bereits vor dem Website-Besuch sich mit den Gedanken und Wahrnehmungen zur sportlichen Aktivität auseinandergesetzt haben, so dass durch den Besuch der Website keine Veränderungen auftreten konnten („Ich hatte schon vor dem Besuch der Website die in den Fragen genannten Erkenntnisse gewonnen, zum Beispiel dass man durch Sport ausgeglichener und gesünder wird etc. Der Besuch der Website hat daran nichts geändert“).

5.3 Bewertung des Ratgebers

Der Ratgeber „So überwinden Sie den inneren Schweinehund“ wird von der überwiegenden Mehrheit (80%) als sehr hilfreich/hilfreich beurteilt ($x = 2,95$, $s = .58$). Es kann

davon ausgegangen werden, dass das Konzept des Ratgebers den individuellen Erwartungen gerecht geworden ist.

Von den 19 Rückmeldungen zur offenen Frage „Welche Bereiche bzw. Inhalte des Ratgebers sind/waren für Sie interessant und nützlich? Was hat Ihnen gefehlt?“ bezogen sich sieben unmittelbar auf den Ratgeber. Zwei positive Einschätzungen sprechen von „sehr gutem allgemeinen Überblick“ und loben einzelne Bausteine. Ein Kommentator zieht aus dem Ratgeber Konsequenzen: „Ich ändere das jetzt!“.

„Die Gedankensteuerung gegen den inneren Schweinehund fand ich sehr gut, da dies ein wesentlicher Problempunkt ist bei der Durchsetzung von Zielen beziehungsweise dem Durchhalten, um diese Ziele zu erreichen. Ebenso die Rituale und Gewohnheiten nutzen fand ich sehr hilfreich“. – „Die diversen Checklisten sind ebenfalls sehr hilfreich und gut aufgearbeitet.“ - Sie haben einen sehr guten allgemeinen Überblick geboten. Den Tunnelblick halte ich allerdings nicht für jeden hilfreich. Kurzfristig mag er helfen, aber langfristig kann er m. E. bei einigen Teilnehmern die Neigung zum Drop-out erhöhen“. - „Vermisst habe ich nur meine eigene Entschlusskraft, für mich zu sorgen. Anderes war immer wichtiger. Ich ändere das jetzt!“.

Vier kritische Bemerkungen kommen von Sportaktiven („16 Marathons“, „Expertin in Sport und Ernährung“, „in ½ Jahr 11 Kg abgenommen“, „für mich nicht unbedingt neue Sachen“), die die Ratschläge für ihre Person als wenig aussagekräftig beschreiben.

„Ich habe 2004 mit dem Laufen angefangen und seitdem 16 Marathons absolviert. Was ich suche, sind Laufkollegen, die mit mir lange, langsame Trainingsstrecken zurücklegen (6 Min pro km). Die meisten Hinweise und Tipps aus Ihrem Ratgeber habe ich mir in den Vorjahren autodidaktisch angeeignet“. - „Wahrscheinlich bin ich schon Expertin in Sachen Sport und Ernährung, kann aber die allseits bekannten Ratschläge nicht umsetzen. Von dem Ratgeber hatte ich mir wohl erhofft, dass er diesen Schalter im Kopf umlegt, der dafür verantwortlich ist, dass man endlich mit der gesunden Lebensweise anfängt...das war leider nicht der Fall“. – „War nicht mehr nötig, habe mit altersgerechtem Sport, der mir Freude macht, 11 Kilo in 1/2 Jahr abgenommen, was aber nur mit Beibehaltung der Ernährungsumstellung half. Erfahrung: Das Ziel nicht zu hoch stecken, langsam steigern“.

6. Diskussion der Ergebnisse

Ob die Kampagnenziele des Landessportbundes NRW: Bewusstseinsbildung, Förderung der Eigeninitiative und Information über gesundheitsorientierte Sport- und Bewegungsangebote durch das Medium Website unterstützt und mit dem integrierten Interventionsmodul (online-Beratung) synergistische und nachhaltige Effekte erreicht werden konnten, soll zusammenfassend anhand der Befragungsergebnisse diskutiert werden. Grundlage dafür ist das Effekt-Hierarchie-Modell (McGuire,1991), in dem bei medialen Interventionen drei Effekt-Ebenen unterschieden werden.

„Attention“ (Erreichen von Aufmerksamkeit)

Auch wenn keine quantitative und insbesondere keine qualitativ differenzierende Useranalyse durchgeführt werden konnten, um festzustellen, wie viele Personen die Zielbotschaft wahrgenommen haben, kann aufgrund des Befragungsverlaufs geschlossen werden, dass der Grad der Aufmerksamkeitserregung bei der in Frage kommenden Zielgruppe sehr gering war. Erst durch eine gezielte Bewerbung in einer Tageszeitung kam eine nennenswerte Teilnehmerzahl für die erste Online-Befragung zustande. Auch das deutlich gesunkene Interesse an weiteren Website-Besuchen, das in der zweiten Befragung zum Ausdruck kommt, belegt, dass die Aufmerksamkeit der Zielgruppe nicht nachhaltig erreicht wurde. Da außerdem nur ein Viertel zur definierten Zielgruppe (Sportinaktive) zu rechnen ist, verdeutlicht den geringen Disseminationsgrad der LSB-Website in der relevanten Zielpopulation.

„Comprehension“ (Erreichen von Verständnis)

Bei den sportaktiven wie -inaktiven LSB-Website-Besuchern ist das Verständnis für die Inhalte und die Relevanz für die eigene Person sehr stark ausgeprägt. Insbesondere allgemeine Themen wie „Sport und Gesundheit“, Ratschläge zur Fitness und Motivationsprobleme wie „der innere Schweinehund“ stießen beim Erstbesuch auf großes Interesse. Die hohe kognitiv-affektive Zustimmung zeigt sich auch darin, dass die Website-Inhalte als (sehr) hilfreich eingeschätzt wurden. Damit werden die Potentiale des Mediums „Website“ offensichtlich, die in der thematischen und bedürfnisrelevanten Auswahl liegen und damit auf das individuelle Verständnis stoßen.

„Acceptance“ (Akzeptanz im Sinne einer Veränderung)

Bei der Gruppe der „Ratgeber“ nimmt die Häufigkeit der Sportaktivität zu, während sie bei der Gruppe der „Verlosung“ unverändert bleibt (tendenzieller Interaktionseffekt). Betrachtet man die Gruppe der Sportinaktiven ist festzustellen, dass sich bei der Gruppe der „Ratgeber“ die Anzahl der Sportinaktiven reduziert, während in der Gruppe der „Verlosung“ die Anzahl der Sportinaktiven nahezu unverändert bleibt. Das Online-Beratungsangebot stellt demzufolge eine viel versprechende - noch weiter zu entwickelnde - Möglichkeit dar, Sportinaktive zur Bewegungs- und Sportaktivitäten zu motivieren. Wichtig für die Realisierung dieser Möglichkeit ist, dass für Sportinaktive Zugangswege zur bewegungs- und sportbezogenen Website geschaffen werden. Nur wenn diese Ansprache gelingt, sind Veränderungen der kognitiv-affektiven und verhaltensbezogenen Strategien zu erwarten.

Folgende Schlussfolgerungen liegen nahe: Das grundsätzliche Potential einer Website-Einsatzes im Themenbereich Bewegung und Gesundheit wird deutlich. Im Rahmen der LSB-Gesamtkampagne erleichtert sie den „Kampagnebotschaftern“ das Herunterladen und Bestellen von Materialien und bietet die Möglichkeit, über diesen Weg zur Bewusstseinsbildung und Förderung der Eigeninitiative auch bei bisher Sportinaktiven beizutragen. Die Nutzung der untersuchten LSB-Website durch die gewünschte Zielgruppe ist, gemessen am Aufwand zum Erstellen und Betreiben einer solchen Internetpräsenz, allerdings relativ gering. Angesichts der Bedeutung des Internets als einer zentralen Informations- und Kommunikationsinstanz sollten weiterführende Überlegungen angestellt und Verbesserungen vorgenommen werden.

Aus den Untersuchungsergebnissen und Entwicklungstrends im Internet werden folgende Anregungen vorgeschlagen: Das Öffnen einer Website ist ein aktiver, intendierter Schritt, zu dem erst einmal informiert und motiviert werden muss. Entsprechend muss eine Internetpräsenz kontinuierlich beworben werden (im Netz z. B. durch Verlinkungen, Verschlagwortung, Präsenz in Suchmaschinen, Werbebanner, Popups, Mailaktionen, Blogs) und in möglichst vielen netzunabhängigen Medien (z. B. Tagespresse, Rundfunk, Fernsehen).

Wichtiges Ziel einer Website-Gestaltung sollte eine längerfristige Bindung der Website-Besucher sein. Aus dem üblichen Klick- und Ex-Konsum ohne Mehrfachkonfrontation und ohne kognitiv-emotionale Verarbeitung werden sich bei der Zielgruppe kaum Verhaltensänderungen ergeben. Vielmehr sind *kontinuierliche Clickstream- und Useranalysen* erforderlich, um flexible Anpassungen an die Nutzergewohnheiten zu ermöglichen. Nur eine zeitgemäße Gestaltung und eine ständige Überarbeitung der Website mit neuen und zielgruppengerechten Inhalten motiviert zum Verweilen und zu weiteren Besuchen.

Das heutige Social Web ermöglicht einen emanzipatorischen Mediengebrauch, der über das Read Only - System von publizierten Inhalten weit hinausgeht. Das Social Web bietet einerseits die Möglichkeit, dass sich Menschen um ein Thema gruppieren und in kollektiver Zusammenarbeit neues Wissen sammeln und herstellen (zum Beispiel User Generated Contents in sogenannten „Wikis“). Andererseits können sich Personen auf verschiedenen Plattformen vereinen und zu gemeinsamen Themen Erfahrungen, Meinungen und Ratschläge in privaten Blogs oder in Social Networks (wie zum Beispiel Xing oder MySpace) austauschen. Solche Web-Aktivitäten werden zunehmend für alle Altersgruppen attraktiv. Gerade zum Thema (Selbst-)Motivierung

erscheinen die Initiierung entsprechender Aktivitäten und die Teilnahme im Social Web zielführend.

Auf dem Markt gibt es inzwischen verschiedene maßgeschneiderte Internetprogramme, die eine *interaktive Userberatung* bei bewegungs- und sportbezogenen Aktivitäten anbieten (z. B. www.feelok.ch; www.aktive-online.ch; www.bewegen-online.de). Solche Coachingprogramme mit Feedback und individueller Betreuung gehen zum Teil auch auf individuelle Motivationsprobleme ein. Im Rahmen von bevölkerungsorientierten Kampagnen werden ähnliche Programme sicher auch bald einsetzbar sein, wenn insbesondere Diagnostik (unterstützt von sensorischen Interfaces wie Pedometer, GPS, Pulsmesser u. ä.) und Feedback rechnergesteuert über das WWW kommunizierbar werden. Leistungs- und Gesundheitsparameter können dann regelmäßig nach einem „Aggregating Me“ an den Anbieter geleitet, ausgewertet und mit individuumbezogenen Kommentaren und Ratschlägen rückgemeldet werden. Nach Meinung einiger Webbeobachter ist ein solches „Lifelogging“ ... unvermeidbar. Früher oder später werden alle Menschen ihre Aktivitäten aufzeichnen wollen“ (Heise Online, 2008). Hier liegen auch für die Gesundheitsförderung Potentiale, deren technische und informatorische Vorbereitungen zurzeit anlaufen.

Die vorgeschlagenen Internetnutzungen gehen zum Teil weit über das Read Only - System der LSB-Website hinaus. Ein Entwicklungshemmnis für solche Konzepte ist sicherlich der erhöhte Betreuungs- und Kostenaufwand. Auch liegen dazu bisher keine einheitlichen Evaluationsergebnisse vor (vgl. Martin-Diener, Wanner & Padlina, 2007). Entscheidende Vorteile sind darin zu sehen, dass sie im Gegensatz zu letztlich ineffektiven, orthodoxen Websites eine Einbeziehung und Bindung der Nutzer gewährleisten und motivierende Angebote wie Individualisierung, Belohnung, Feedback und andere wichtige Faktoren zur Überwindung des „inneren Schweinehundes“ beinhalten.

10. Interventionsmodul „vital 55+“

R. Walschek & J. Euskirchen

gesund e. V. – Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

1. Problemstellung

Für den Erfolg bevölkerungsorientierter Bewegungsförderungskampagnen sind Interventionsmodule notwendig, die über die Förderung der Absichtsbildung hinaus die Umsetzung eines bewegungsbezogenen Änderungsvorsatzes in konkretes Handeln ermöglichen. In der Präventionspraxis finden sich im Bereich der verhaltensbezogenen Maßnahmen zahlreiche Angebote wie Gesundheitssportgruppen, Präventionskurse oder -seminare. So werden von den Sportorganisationen (Landessportbünde, Sportvereine) vermehrt gesundheitsorientierte Bewegungs- und Sportangebote implementiert, beispielsweise in Nordrhein-Westfalen in über 2000 zertifizierten präventiven SPORT PRO GESUNDHEIT - Angeboten. Krankenkassen berichten von einer steigenden Zahl der Versicherten, die an primärpräventiven Kurs- und Seminarangeboten teilnehmen: Der Präventionsbericht (MDS, 2008) zeigt auf, dass die Gesamtzahl der Präventions-Kursteilnehmer von 353000 im Jahr 2002 auf fast 1,9 Millionen Versicherte im Jahr 2007 gestiegen ist. Darin enthalten sind die Schwerpunktbereiche Bewegung, Ernährung und Stressreduktion, wobei der Bereich Bewegung mit fast 1,4 Millionen (75%) den größten Teilnehmeranteil aufweist.

Auffällig ist dabei der mit 75,9% hohe Frauenanteil. Bezogen auf das Lebensalter wird ausgewiesen, dass die Kursangebote von Versicherten ab 60 Jahren proportional zur Versichertenstruktur, und von Versicherten zwischen 40 und 59 Jahren besonders häufig aufgesucht werden. Es kann geschlussfolgert werden, dass die Gruppe der Älteren von den bewegungsbezogenen Präventions-Angeboten angesprochen wird.

Bei differenzierter Betrachtung der Teilnehmerstruktur lässt sich feststellen, dass die individuellen Kursangebote der Krankenkassen (Individualansatz) vorrangig von motivierten, gesundheitsbewussten Versicherten wahrgenommen werden (vgl. MDS 2005, S. 13). Insbesondere Langzeitbewegungs- und sportinaktive, Männer und Personen mit einfachem Bildungsstand (vgl. Robert Koch Institut, 2005, 37f.) sind in den Gesundheitssportangeboten unterrepräsentiert.

Die Notwendigkeit, insbesondere Personen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen für bewegungsbezogene Gesundheitsangebote zu gewinnen, wird

deutlich, wenn die Daten eines telefonischen Gesundheitssurveys aus dem Jahre 2003 heran gezogen werden: „Bildungsdifferenzen treten insbesondere im Anteil der sportlich Inaktiven zutage, der bei Männern wie Frauen mit Volks- und Hauptschulabschluss gegenüber den Vergleichsgruppen mit Abitur in etwa um den Faktor 2 erhöht ist“ (Robert Koch-Institut 2005, S. 46).

Zur Erreichung von Personen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen wird der Setting-Ansatz, der direkt in die Lebensumwelten der Zielgruppen eingreift, als Erfolg versprechend angesehen. Diese Maßnahmen der Krankenkassen betreffen im Wesentlichen betriebliche Gesundheitsförderung, Kindergärten und Schulen, in geringerem Maße auch Stadtteile, Altenheime oder Krankenhäuser (vgl. MDS, Präventionsbericht 2008). Im Angebotsspektrum des Setting-Ansatzes der Krankenkassen finden sich jedoch keine Maßnahmen, die gezielt die Bindung an gesundheitssportliche Aktivität für die Zielgruppe der Älteren verfolgen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bisherige Präventionsangebote Ältere mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen unterproportional erreichen und gezielte Ansätze zur Bewegungsförderung dieser Zielgruppe fehlen. Es besteht Handlungsbedarf für die Entwicklung evaluierter und routinemäßig einsetzbarer Interventionsmaßnahmen, die Ältere aus der einfachen Bildungsschicht erreichen. Dabei sind Potentiale bei verhaltens- als auch settingbezogenen Präventionsansätzen aufzudecken und zu nutzen.

Für verhaltensbezogene Angebote ist zu überprüfen, mit welchen Programmen und mit welchen Zugangswegen Personen der einfachen Bildungsschicht erreicht und zur Teilnahme bewegt werden können. Die Zugangswege können dabei in direkte und indirekte Zugangswege unterteilt werden. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass indirekte Zugangswege wie Fernsehspots oder Zeitungsartikel eine breitere Öffentlichkeit erreichen. Die Forschungsarbeiten zur Gesundheitsförderung zeigen, dass dadurch eher bereits gesundheitsbewusste Personen angesprochen werden. Für die Erreichbarkeit bisher kaum angesprochener Personengruppen gelten direkte Ansprachewege wie die face-to-face Kommunikation oder telefonische Direkt-Ansprache als Erfolg versprechend (vgl. Gerhards et al., 2007, S. 53). Die Maßnahmen der direkten Ansprache erfordern jedoch einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand. Mit dem Direct-Mailing, bei dem die Zielgruppe postalisch angeschrieben wird, liegt eine direkte Anspracheform vor, durch die mit weniger Aufwand mehr Personen erreicht werden können. Sie erfordert vom Angeschriebenen für die Informati-

onsaufnahme und die Anmeldung zum Angebot aber mehr Eigeninitiative als bei einem face-to-face Kontakt.

Für eine umfassende Bewertung von Präventionsmaßnahmen stellt neben der Zielgruppenerreichung die Wirksamkeit der jeweiligen Programme ein bedeutsames Qualitätsmerkmal dar. Bezogen auf die Realisierung der angestrebten Änderungshandlung (vgl. Kap. 5.1) ist bei Bewegungsförderungsprogrammen zu überprüfen, ob begonnene Bewegungsaktivitäten beibehalten werden (Intentionsbeibehaltung). Frühere Evaluationen haben bis zu 50%ige Drop-Out Quoten bei Sportangeboten aufgezeigt (Dishman, 1994; Pahmeier, 1994; Wagner, 2000). Um dem entgegen zu wirken, treffen Krankenkassen bei ihren Präventionsangeboten mit den Versicherten Vereinbarungen über eine kontinuierliche Teilnahme (z.B. werden bei zu hohen Fehlzeiten für die Teilnehmer zusätzliche Kursgebühren erhoben). Die kontinuierliche Teilnahme an den Präventionsangeboten ist ein wichtiger Faktor für deren Erfolg, aber sicherlich kein hinreichender Hinweis für die Nachhaltigkeit der Wirkungen - zumal durch die bei den Krankenkassenangeboten getroffenen Teilnahmevereinbarungen ein externer Motivationsfaktor besteht. Untersuchungen zu der Frage, ob die Präventionsangebote bei bewegungsinaktiven Personen zu einem sportbezogenen Vorsatz und zu entsprechendem Bewegungsverhalten über die Programmdauer hinaus führen, liegen kaum vor.

2. Fragestellungen

In dem Interventionsmodul „vital 55+“ wird ein Präventionsprogramm eingesetzt, das auf der Basis der in den BMFSFJ - Projekten gewonnenen Ergebnissen konzipiert (Allmer et al., 1996; Allmer, Tokarski & Walschek, 2000) wurde und die Kriterien eines anererkennungsfähigen Präventionskurses nach §20 SGB V gemäß dem Leitfadens Prävention (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006) erfüllt. Übergeordnetes Ziel des Präventionsprogramms vital 55+ ist die Motivierung von bewegungs- und sportinaktiven Menschen ab 55 Jahren zu längerfristigen Bewegungs- und Sportaktivitäten. Zur Befähigung und Motivierung für ein über den Kurs hinaus gehendes Bewegungs- und Sportverhalten werden im Kursverlauf Inhalte angeboten, die vielfältige Bewegungserfahrungen ermöglichen, Bewegungskompetenz vermitteln und den Aufbau individuell passender gesundheitssportlicher Aktivität und einer sportbezogenen Vorsatzbildung fördern. Zudem bieten die kooperierenden Sportvereine mit ihren Strukturen den Kursteilnehmern die Möglichkeit, auch nach Ende des Kurses an einem gesundheitsförderlichen Bewegungsangebot teil-

nehmen zu können. Dabei wird von der Integration des „Einstiegs“-Angebots vital 55+ in bestehende Strukturen eine nachhaltige Wirksamkeit erwartet.

Der Präventionskurs vital 55+ wird von der Innungskrankenkasse Nordrhein in Kooperation mit (Gesundheits-)Sportvereinen angeboten. Die Innungskrankenkasse Nordrhein übernimmt die Organisation der Kurse (Teilnehmer-Akquirierung, Kursleiterschulung und Finanzierung) und die Sportvereine führen den Präventionskurs durch. Mit der Innungskrankenkasse liegt ein Kooperationspartner vor, bei dem mit einem hohen Prozentsatz der Versicherten der einfachen Bildungsschicht (Haupt- und Volksschulabschluss) zu rechnen ist. Dem Prinzip der Niedrigschwelligkeit folgend werden die Kurse kostenlos und wohnortnah angeboten, womit organisatorische Hemmschwellen für die Teilnahme herab gesetzt sind.

Für das Kurskonzept vital 55+ ist bereits eine Überprüfung seiner theoretischen Ausgangslage, der Ziel- und Zielgruppenbestimmung und des Realisierungsplanes vorgenommen worden, um als Leistung der Primärprävention anerkannt zu werden - beispielsweise entspricht die Zielsetzung von vital 55+ dem grundlegenden Präventionsprinzip der Reduzierung von Bewegungsmangel und dem daraus abgeleiteten Kernziel „Aufbau einer Bindung an gesundheitssportliche Aktivität“ (vgl. Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008). Dem entsprechend kann auf eine direkte Evaluation der Programmkonzeption (vgl. Kap. 5.2) in dem vorliegenden Untersuchungsvorhaben verzichtet werden. Es wird aber davon ausgegangen, dass die Evaluation der Programmdurchführung und -wirksamkeit Rückschlüsse auf die Programmkonzeption ermöglichen wird.

Für das Interventionsmodul vital 55+ werden im Folgenden zwei Hauptfragestellungen unterschieden:

- (1) *Evaluation des Zugangsweges „Direct-Mailing“*: Es soll die Projektfragestellung beantwortet werden, mit welchen Zugangswegen bewegungs- und sportinaktive Personen mit einfachem Bildungsstand zur Aufnahme von Bewegungs- und Sportaktivitäten bewegt werden können (vgl. Kap. 4).
- (2) *Evaluation der Programmdurchführung und -wirksamkeit*: Entsprechend dem Evaluationskonzept (vgl. Kap. 5.2) wird der Frage nachgegangen, wie der Präventionskurs vital 55+ von den beteiligten KursleiterInnen und Kursteil-

nehmerInnen bewertet wird und welche psychosozialen Veränderungen durch den Präventionskurs bewirkt werden.

3. Untersuchungsplan

In der *Vorbereitungsphase* wurde als Grundlage für die Evaluation des Zugangsweges die Organisation des Präventionsangebotes vorgenommen (vgl. Abb. 1). Dazu zählen die Initiierung der Kooperation zwischen Krankenkasse und Sportvereinen sowie die Gewinnung der Untersuchungsteilnehmer über einen direkten Zugangsweg (Direct-Mailing). Ziel war die Verwirklichung von 2 Kursphasen mit jeweils 10 Kursen pro Kursphase. Die 1. Phase wurde für die 3. bis 14. Kalenderwoche 2008, die 2. Phase für die 15. bis 26. Kalenderwoche 2008 geplant. Die Kurse waren auf eine Gruppengröße von 8-15 Teilnehmern ausgelegt.

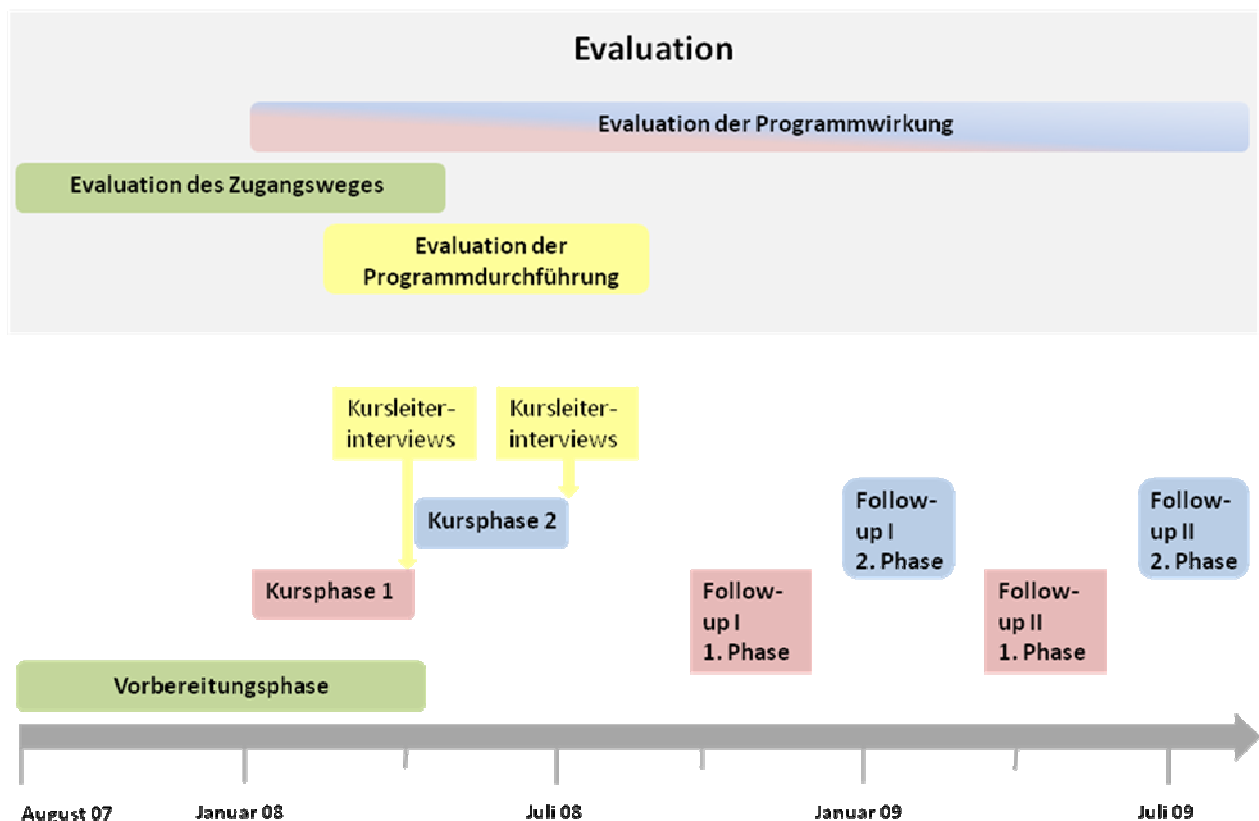


Abbildung 1. Untersuchungsplan

Da die Kurse von Sportvereinen durchgeführt werden sollten, wurde zunächst mit Hilfe des Landessportbundes NRW eine Liste von möglichen Vereinen erstellt. Dabei wurden Gesundheitssportvereine und Vereine mit dem Siegel „Sport pro Gesundheit“

berücksichtigt, die nicht in Regionen lagen, in denen von der IKK Nordrhein bereits vital 55+ Kurse angeboten wurden.

Die Kontaktaufnahme mit den Vereinen erfolgte in der Regel telefonisch oder per e-Mail. Interessierte Vereine erhielten ein Schreiben mit Informationen zum Forschungsprojekt und zu den Voraussetzungen zur Kooperation, z.B. die Möglichkeit einer Hallennutzung inklusive Geräten und die Benennung eines/einer qualifizierten Kursleiters/-leiterin. Außerdem sollte die Möglichkeit eines Folgeangebotes in Form einer Integration in das bestehende Vereinsangebot oder der Aufrechterhaltung der Gruppe im Sinne eines Nachfolgeangebots gewährleistet sein.

Es konnten 10 Vereine als Kooperationspartner gewonnen werden, die pro Kursphase 11 Kurse angeboten haben (ein Verein führte 2 Kurse durch). Die kooperierenden Vereine erhielten ein Schreiben mit weiteren Informationen zum Ablauf der Kurse, eine Einladung zur Kursleiterschulung sowie ein Formular, auf dem Informationen zum Verein und den jeweiligen Kursleitern erbeten wurden. Die Absicht zur Zusammenarbeit wurde darüber hinaus mit der Unterzeichnung eines Kooperationsvertrages bekräftigt.

Die *Programmevaluation* (Programmdurchführung und -wirksamkeit) ist als Längsschnittuntersuchung angelegt. Ihr liegt ein Versuch-/Kontrollgruppen Design (12 Wochen Interventionszeit) und eine Follow-up Untersuchung mit zwei Messzeitpunkten (6 Monate und 1 Jahr) zugrunde (vgl. Abb. 1).

4. Evaluation des Zugangsweges „Direct-Mailing“

4.1 Fragestellungen

Die Fragestellungen zur Evaluation des Zugangsweges „Direct-Mailing“ beziehen sich auf die Zielgruppenerreichung, die motivationale Ausgangslage der Zielgruppe und die Gestaltung der Ansprache (Bewerbungsflyer).

- (1) Kann durch den Zugangsweg „Direct-Mailing“ die angestrebte Zielgruppe ältere sportinaktive Männer und Frauen und Personen mit einfacher Schulbildung erreicht werden?
- (2) Unterscheiden sich Personen mit Teilnahmeabsicht von Personen ohne Teilnahmeabsicht in der motivationalen Ausgangslage?
- (3) Haben verschiedene Bewerbungsflyer unterschiedliche Wirkungen auf die Teilnahmeabsicht?

4.2 Untersuchungsverfahren

- a) Direct-Mailing mit zwei Flyer-Versionen: Die Flyer-Varianten unterschieden sich nur in einem der sechs Flyer-Felder dadurch, dass der Flyer B aus Fotos von bisherigen Kursteilnehmern mit motivierenden Aussagen und der Flyer A lediglich aus Geschäftsstelleninformationen bestand.
- b) Fragebogen zur Bewegungs- und Sportaktivität mit der Selbstkonkordanz-Skala von Seelig & Fuchs (2006) (vgl. Kap. 6.3)
- c) Skala zu den Phasen der Änderungshandlung (vgl. Kap. 6.3)
- d) Teilnehmerwerbung durch Artikel in Lokalzeitungen
- e) Befragung der Kursteilnehmer (soziodemografische Daten, Sporthäufigkeit)

4.3 Untersuchungsgruppe

Es werden insgesamt 10746 Versicherte der IKK-Nordrhein im Alter zwischen 55 und 70 Jahren angeschrieben, davon 5318 Frauen (49,49%) und 5428 Männer (50,51%). Mit dem Anschreiben erhalten die Adressaten einen Bewerbungsflyer zum Präventionskurs vital 55+ mit *konkreten Terminvorgaben* (Anmeldung telefonisch oder per e-Mail bei der IKK Nordrhein) sowie den zweiseitigen „Fragebogen zur Bewegungs- und Sportaktivität“ verbunden mit der Bitte, diesen unabhängig von einer Kursteilnahme im beigefügten frankierten Rückcouvert zurückzuschicken. Die Rückmeldungen der Adressaten ergeben folgende zwei Gruppen: (1) *Kursteilnehmer* des Präventionskurses, und (2) *Befragungsteilnehmer*, die den Fragebogen zurück geschickt, aber nicht teilgenommen haben (vgl. Abb. 2).

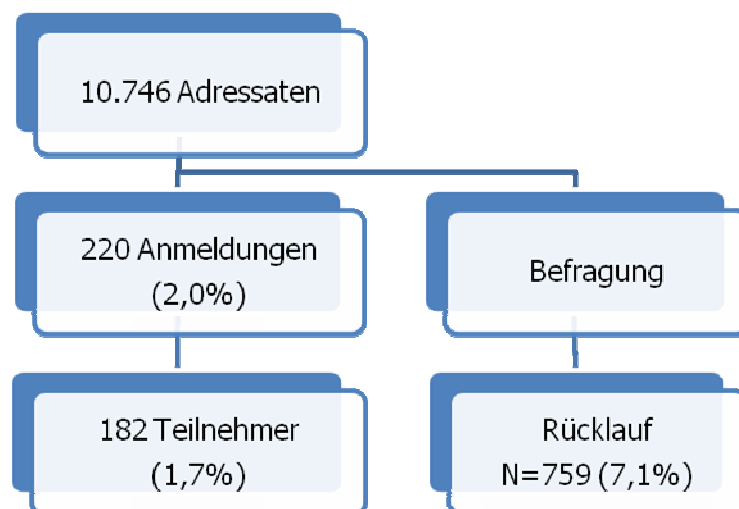


Abbildung 2. Anzahl der Kursteilnehmer und Befragungsteilnehmer

4.4 Untersuchungsdurchführung

Das Direct-Mailing wurde gemeinsam mit der IKK Nordrhein vorbereitet, das aus einem Anschreiben und der Flyerversion A/B bestand. Außerdem wurde dem Direct-Mailing der Fragebogen zur Bewegungs- und Sportaktivität mit der Bitte um Rücksendung beigelegt.

Für das Direct-Mailing wurden die Zielregionen festgelegt, indem die Postleitzahlengebiete für die einzelnen Kursangebote in Kooperation mit den durchführenden Vereinen bestimmt wurden. Angeschrieben wurden die IKK-Versicherten zwischen 55 und 70 - ausgenommen der Versicherten, die mit einer chronischen Erkrankung bei der IKK Nordrhein registriert waren und somit nicht der Zielgruppe eines primärpräventiven Angebots entsprachen.

Im Untersuchungsplan war vorgesehen, den Präventionskurs vital 55+ in 2 Staffeln (Januar bis März 2008 und April bis Juni 2008) durchzuführen. Durch das Direct-Mailing konnten die angebotenen Bewegungskurse der ersten Staffel komplett, die der zweiten Staffel nur zum Teil belegt werden. Zur Auffüllung der Präventionskurse wurde für die zweite Staffel eine Akquirierung in Lokalzeitungen vorgenommen.

4.5 Ergebnisdarstellung und Diskussion

4.5.1 Analyse der Zielgruppenerreichung

Durch das Direct-Mailing sind 220 Personen (2,0%) motiviert worden, sich zum Kurs anzumelden, von denen 182 (1,7%) tatsächlich am Kurs teilgenommen haben (Kursteilnehmer, vgl. Abb. 2). Damit wird deutlich, dass zwischen verschiedenen Verbindlichkeitsgraden der Vorsatzbildung (Anmeldung zum Präventionskurs) und tatsächlicher Teilnahme Realisierungsbarrieren liegen. Eine Barriere lässt sich aus dem Vergleich zwischen 1. und 2. Kursphase ablesen: Je länger die Zeit zwischen Anmeldung und Kursbeginn liegt (bei erster Kursphase 2-4 Wochen, bei zweiter Kursphase 3-4 Monate), desto größer ist die Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme (in der ersten Kursphase sind 11%, in der zweiten Kursphase 50% der Angemeldeten zu Kursbeginn nicht erschienen).

Die Erfolgsquote (Verhältnis gewonnene Teilnehmerzahl zu angeschriebener Adressatengruppe von 1,7%) des Direct-Mailing mit konkreten Terminvorgaben für Präventionskurse kann als zufrieden stellend bezeichnet werden. Üblicherweise fällt die Erfolgsquote deutlich geringer aus (0,3 %), wenn die Präventionskurse von der IKK

Nordrhein durch ein Direct-Mailing an alle Versicherten beworben werden, bei denen mit einer Gesundheitskursbroschüre auf eine Vielzahl unterschiedlicher Präventionskurse hingewiesen wird. Aus diesem Vergleich lässt sich die Hypothese ableiten: Je spezifischer das Präventionsangebot und je geringer der Entscheidungsaufwand ist, desto größer scheint die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Teilnehmergeewinnung zu sein. Diese Hypothese wird durch das Pilotprojekt „Voll und ganz Frau sein“ der IKK Nordrhein bestätigt, in dem von den angeschriebenen 16000 Frauen zwischen 40 und 60 Jahren (Anschieben und Bewerbungsflyer für eine konkrete Fachberatung zu Gesundheitsthemen) 1% an dem Beratungsgespräch teilgenommen haben.

Hinsichtlich der *Geschlechtszugehörigkeit* ist festzustellen, dass sich fast 40% Männer durch das Direct-Mailing für eine Teilnahme entschieden haben. Damit wird der übliche Männer-Anteil an bewegungsbezogenen Präventionskursen von 24% (MDS 2008) deutlich übertroffen. Ein Grund kann in der Vielfalt der Kursinhalte liegen, mit der die bewegungsbezogenen Interessen von Frauen *und* Männern angesprochen wurden. Auffällig ist die hohe Zahl an Ehepaaren (31%), die an dem Präventionskurs teilgenommen haben.

Die Gruppe derjenigen, die im Fragebogen zur Bewegungs- und Sportaktivität ihre Teilnahme erklären, setzt sich zu einem Großteil aus Personen der *einfachen Bildungsschicht* (68,5%) zusammen, und bei den durch das Direct-Mailing gewonnenen Kursteilnehmern beträgt der Anteil an Personen mit einfacher Schulbildung 72,8%. Entscheidend für die Zielgruppenerreichung erscheint dabei, dass die Versicherten der Innungskrankenkasse Nordrhein traditionellerweise das Handwerk mit einem hohen Anteil an Personen mit einfacher Bildung vertreten.

Von den angeschriebenen Versicherten haben 759 Personen den „Fragebogen zur Bewegungs- und Sportaktivität“ beantwortet (vgl. Abb. 2), was einer Rücklaufquote von 7% entspricht (391 Frauen, 359 Männer, 9 ohne Angabe). Diese *Befragungsteilnehmer* lassen sich folgendermaßen kennzeichnen: das durchschnittliche Alter beträgt 64 Jahre (Frauen: Ø 63,73; Männer: Ø 64,3), mehr als die Hälfte sind Rentner (60%), 70% haben einen Hauptschulabschluss.

Die Auswertung der Frage zur *Teilnahmeabsicht* am Präventionskurs vital 55+ ergibt folgendes Ergebnis: 38% äußern eine Teilnahmeabsicht, 30% möchten nicht teilnehmen, 27% haben sich noch nicht entschieden und 4% machen keine Angaben. Von den Personen mit Teilnahmeabsicht gehören 68,5% der einfachen Bildungsschicht an und fast 40% sind Männer. Im Vergleich mit der durch das Direct-Mailing

gewonnenen Anmeldezahl (n=220) wird deutlich, dass die Absichtsbildung nicht immer zur tatsächlichen Anmeldung führt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass untersuchungstechnisch bedingt nicht zu klären ist, ob diejenigen, die im Fragebogen ihre Teilnahmeabsicht angegeben haben, identisch sind mit denjenigen, die tatsächlich an dem Präventionskurs teilgenommen haben - wobei von einer großen Schnittmenge auszugehen ist.

Vergleicht man die durch das Direct-Mailing geworbenen Teilnehmer mit den durch Zeitungsannoncen rekrutierten Teilnehmern hinsichtlich Geschlecht, Schulbildung und Bewegungs- und Sportaktivität wird deutlich, dass durch das Direct-Mailing ein höherer prozentualer Anteil an Männern, Älteren mit einfacher Schulbildung und Bewegungs- und Sportinaktiven erreicht wird als durch Annoncen in Lokalzeitungen (vgl. Abb. 3). Der Vergleich mit dem Zugangsweg Zeitungsannonce belegt, dass für die Erreichung von Personen mit einfacher Schulbildung das Direct-Mailing deutlich erfolgreicher ist.

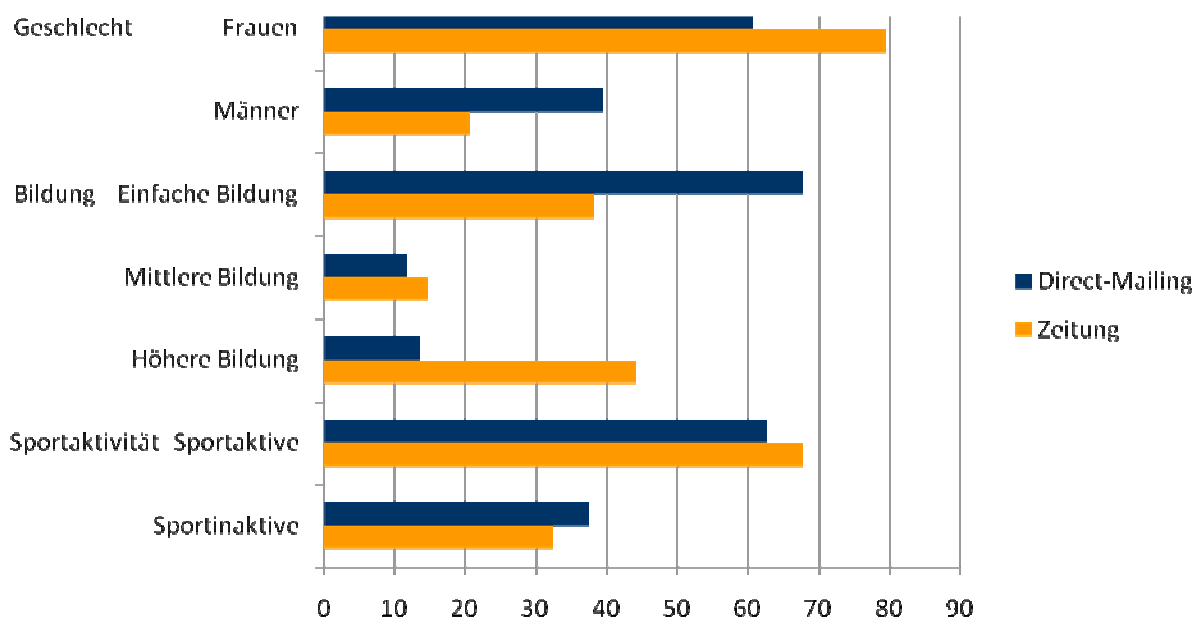


Abbildung 3. Vergleich zwischen Direct-Mailing und Zeitungsannoncen

4.5.2 Analyse der Bewegungs- und Sportaktivität

Der Anteil der Bewegungs- und Sportinaktiven (weniger als 1 Std. sportliche Aktivität pro Woche) bei den durch das Direct-Mailing geworbenen *Kursteilnehmern* beträgt fast 40%. Es ist davon auszugehen, dass das Angebot, das gezielt die Sport(wieder)einsteiger ansprechen soll, zur Teilnahme-Motivierung der Bewegungs-

und Sportinaktiven beigetragen hat. Da Referenzdaten zum Anteil von Bewegungs- und Sportinaktiven bei anderen Präventionskursen fehlen, erscheinen weitere Forschungsbemühungen unerlässlich.

Die Auswertung der Frage zur *Teilnahmeabsicht* am Präventionskurs vital 55+ ergibt, dass von den Personen mit Teilnahmeabsicht 46% derzeit bewegungs- und sportinaktiv sind. Die Motivationslage der Bewegungs- und Sportinaktiven mit Teilnahmeabsicht ist im Vergleich zu den Bewegungs- und Sportinaktiven ohne Teilnahmeabsicht eher realisierungsorientiert (vgl. Abb. 4) und bezüglich der Selbstkonkordanz eher als „identifizierte“ Motivation zu kennzeichnen (vgl. Abb. 5). Bei den Bewegungs- und Sportinaktiven, die zu einer Teilnahmeabsicht motiviert werden können, hat offensichtlich eine Auseinandersetzung mit dem Gedanken, bewegungs- und sportaktiv werden zu wollen, bereits stattgefunden - sie haben sich bisher aber noch nicht aufrufen können. Damit wird deutlich: Diejenigen, die sich bisher mit dem Gedanken, bewegungs- und sportaktiv zu werden, noch kaum auseinandergesetzt haben bzw. mehr Nachteile als Vorteile in der Bewegungs- und Sportaktivität sehen, werden durch das Direct-Mailing und das konkrete Kursangebot nicht erreicht.

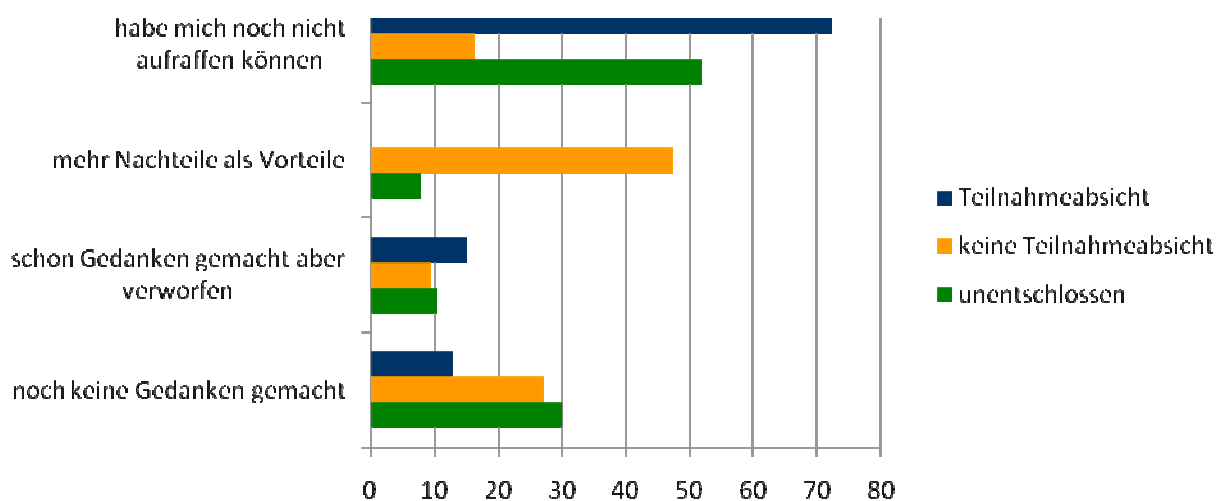


Abbildung 4. Motivationale Lage der Bewegungs- und Sportinaktiven mit und ohne Teilnahmeabsicht

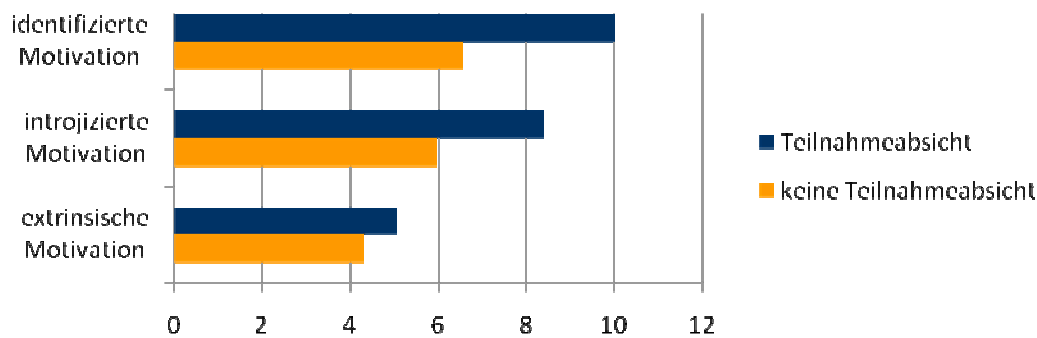


Abbildung 5. Selbstkongruenz bei Bewegungs- und Sportinaktiven mit und ohne Teilnahmeabsicht

4.5.3 Analyse der Bewerbungsflyer

Für die zwei Versionen des Bewerbungsflyers ergibt sich eine annähernd gleiche Rücklaufquote (51% Version A, 49% Version B). Von den Befragungsteilnehmern mit Teilnahmeabsicht hatten 138 (48%) die Version B und 151 (52%) die Version A erhalten. Von den 231 Befragten, die nicht am Kurs teilnehmen wollen, hatten 48% die Version B und 52% die Version A erhalten. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die unterschiedlichen Flyer-Versionen keinen statistisch bedeutsamen Einfluss auf die Bildung einer Teilnahmeabsicht ausgeübt haben. Es kann vermutet werden, dass die Unterschiede zwischen Version A und B (motivierende Aussagen vs. Geschäftsstellen-Info) zu gering waren, um einen Einfluss auszuüben. Da bei beiden Flyer-Versionen die Informationen zu Inhalten und organisatorischen Aspekten im Vordergrund standen, waren offensichtlich für die potentiellen Teilnehmer diese sachbezogenen Informationen bedeutsamer. Um die Wirkweise bzw. Notwendigkeit unterschiedlicher Anspracheformen mittels Direct-mailing zu überprüfen, sollten aber Anspracheformen gewählt werden, die sich deutlicher voneinander unterscheiden (z.B. sachliches Anschreiben mit zielgruppenspezifischem bzw. zielgruppenunspezifischem Angebotsflyer).

5. Evaluation der Programmdurchführung und -wirksamkeit

5.1 Fragestellungen

Zur Evaluation der Programmdurchführung und -wirksamkeit sind folgende spezifische Fragestellungen formuliert worden:

- (1) Welche soziodemografischen und bewegungsbezogenen Merkmale, Stadien der motivationalen Ausgangslage und Kurserwartungen kennzeichnen die TeilnehmerInnen des Präventionskurses?

- (2) Wie wird die Programmdurchführung von den beteiligten Personen (Kursleiter und Kursteilnehmer) bewertet?
- (3) Welche Wirkungen hat der Präventionskurs vital 55+ im Hinblick auf die Parameter des Modells der Änderungshandlung, das allgemeine Wohlbefindens und die Lebenszufriedenheit und sind die Wirkungen abhängig von der Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität?
- (4) Welche Veränderungen nehmen die Bewegungskursteilnehmer und die Kursleiter wahr?
- (5) Welche Wirkungen hat der Präventionskurs auf das Bewegungs- und Sportverhalten (Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität, Bildung von Bewegungs- und Sportvorsätzen)?

5.2 Untersuchungsverfahren

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die eingesetzten Untersuchungsinstrumente, die im Kapitel 6 beschrieben sind.

Tabelle 1. Untersuchungsverfahren

Fragestellung	Zeitpunkt	Untersuchungsverfahren
PERSONEN	Prä	Soziodemographische und bewegungsbezogene Merkmale
		Selbstkonkordanz-Skala (Seelig & Fuchs, 2006)
		Fragebogen zur Teilnahme-Motivation
DURCHFÜHRUNG	Post	Fragebogen zu Erwartungen bzgl. Wissenserwerb
		Kursleiterinterviews
WIRKUNGEN	Prä-Post	Fragebogen „Zufriedenheit mit dem Bewegungskurs“
		Einschätzung des Gesundheitszustandes (Antonowsky)
		Skala zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit (Fuchs & Schwarzer, 1994)
		Skala zur Entscheidungsbalance von Basler, Jäkle, Keller & Baum (1999)
		Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW) von Wydra (2005)
		Skala zur Lebenszufriedenheit (Thefeld, Stolzenberg & Bellach, 1999)
	Post	Fragebogen zum Wissenserwerb
		Fragebogen zu Kurswirkungen
		Kursleiterinterviews
	Follow-up	Soziodemographische und bewegungsbezogene Merkmale
		Einschätzung des Gesundheitszustandes
		Skala zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit
		Skala zur Entscheidungsbalance
		Modifizierte Skala zur Lebenszufriedenheit

5.3 Untersuchungsgruppe

5.3.1 Bewegungskursteilnehmer

Soziodemographische Merkmale

An den Präventionskursen haben insgesamt 218 Frauen (63%) und Männer (37%) teilgenommen. Das Alter der Kursteilnehmer beträgt im Durchschnitt 64,66 Jahre ($s=4,91$). Fast zwei Drittel der Teilnehmer sind Rentner oder Pensionäre (65%), die restlichen Kursteilnehmer verteilen sich auf unterschiedliche berufliche Tätigkeiten. Eine deutliche Mehrheit hat einen Volks- oder Hauptschulabschluss (65%), Realschulabschluss („mittlere Bildung“) weisen 14% auf und 22% sind der höheren Bildungsschicht zuzurechnen.

Bewegungsbezogene Merkmale

Von den Kursteilnehmern sind 22% *Sportvereinsmitglieder* und 32% treiben Sport im Gesundheitszentrum (Doppelnennungen waren möglich). Für den *wöchentlichen Umfang der Bewegungs- und Sportaktivität*, der auf einer Skala mit fünf unterschiedlichen Ausprägungen erfasst wurde, wurden für die weitere Untersuchung auf der Grundlage der Häufigkeitsverteilung der Bewegungs- und Sportaktivität drei numerisch vergleichbare Gruppen gebildet: Gruppe A „nicht oder weniger als 1 Stunde der Woche sportlich aktiv“ (36,5%), Gruppe B „1 bis 2 Stunden pro Woche sportlich aktiv“ (32%) und Gruppe C und sind „2 Stunden und mehr pro Woche sportlich aktiv“ (31,5%) (vgl. Tab. d3 im Anhang).

Die *sport- und bewegungsbezogene Selbstkonkordanz* (Skala von Seelig & Fuchs, 2006) die zum Ausdruck bringt, inwieweit die Teilnahmeabsicht mit den persönlichen Interessen der Person übereinstimmt zeigt die stärkste Ausprägung für die „identifizierte Motivation“ der Kursteilnehmer, die die individuelle Akzeptanz und volle Einsicht in die Notwendigkeit des Bewegungskurses darstellt. Die introjizierte Motivation, die auf Pflicht- oder Schuldgefühlen basiert, liegt in einem mittleren Bereich. Für die extrinsische Motivation, die Motivation durch äußere Gegebenheiten wie z.B. Belohnung oder Bestrafung, liegen niedrige Werte vor, (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2. Selbstkonkordanzwerte der Teilnehmer

Selbstkonkordanz		$\bar{x} \pm s$
Identifizierte (n=205)	Motivation	10,85 $\pm$ 1,36
Introjierte (n=203)	Motivation	8,21 $\pm$ 2,18
Extrinsische (n=201)	Motivation	4,57 $\pm$ 2,15

Unter Berücksichtigung der gebildeten Bewegungs- und Sportaktivitätsgruppen ist einerseits festzustellen, dass Teilnehmer, die weniger als eine Stunde pro Woche sportlich aktiv sind, eine geringere identifizierte Motivation ($p=0,01$) und eine höhere extrinsische Motivation ($p=0,02$) haben als Teilnehmer, die häufiger als 2 Stunden pro Woche bewegungs- und sportaktiv sind (vgl. Abb. 6).

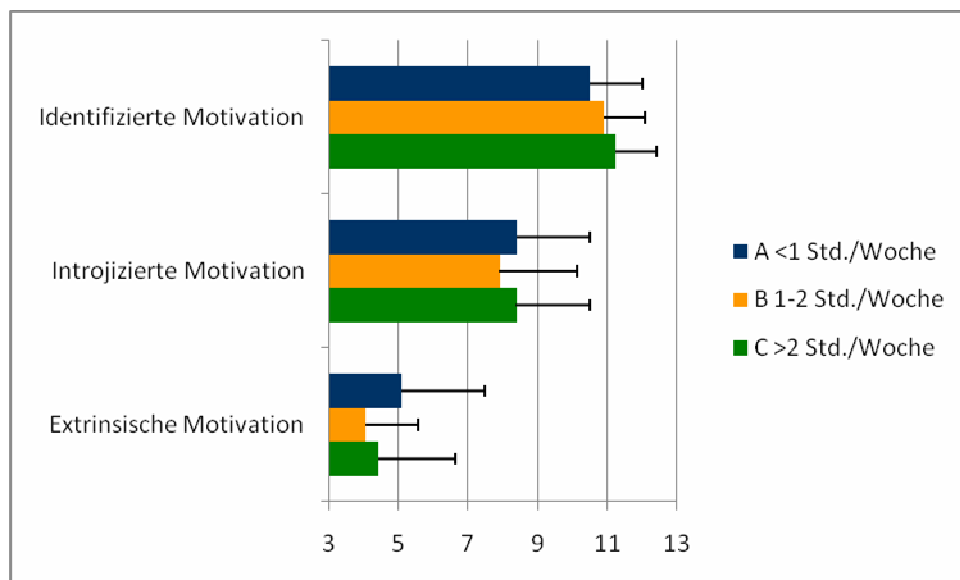


Abbildung 6. Selbstkonkordanz und Sporthäufigkeit

Die *Teilnahmemotivation* ist für die „Verbesserung der psychophysischen Leistungsfähigkeit“ und der „Steigerung des körperlichen Wohlbefindens“ am stärksten ausgeprägt. Die „Erhöhung der sozialen Kompetenz“ sowie die „Steigerung der emotionalen Ausgeglichenheit“ spielen als Begründungen der Kursteilnahme eine geringere

Rolle. Bezüglich der Teilnahmemotivation an dem Bewegungskurs bestehen keine Unterschiede zwischen den gebildeten Gruppen der Bewegungs- und Sporthäufigkeit.

Kurserwartungen der Teilnehmer

Insgesamt gilt, dass die Teilnehmer sehr hohe Erwartungen an Wissens- und Kompetenzerwerb durch den Bewegungskurs haben (vgl. Tab. 3). In erster Linie erwarten sie, dass die Übungen dem eigenen Können und Leistungsvermögen angepasst sind und sie Kenntnisse darüber erhalten, wie die Übungen konkret ausgeführt werden. In geringerem Maße sind sie daran interessiert, etwas zur Überwindung des inneren Schweinehundes zu erfahren.

Tabelle 3. Erwartungen zu Wissens- und Kompetenzerwerb

Folgendes erwarte ich vom Bewegungskurs:	$\bar{x} \pm s$
Wissen über gesundheitsbewusstes Verhalten	3,51 $\pm$ 0,66
Kompetenzen, wie ich den inneren Schweinehund überwinden kann	2,93 $\pm$ 0,94
Wissen, wie ich die Übungen auch zu Hause durchführen kann	3,47 $\pm$ 0,69
Wissen über die gesundheitliche Bedeutung von Bewegungen	3,53 $\pm$ 0,64
Wissen darüber, welche Bewegungen zu mir passen	3,60 $\pm$ 0,60
Kenntnisse, wo ich qualifizierte Bewegungsangebote finde	3,44 $\pm$ 0,69
Übungen, die meinem Können und Leistungsvermögen angepasst sind	3,67 $\pm$ 0,49
Wissen über das „Wozu“ der Übungen des Bewegungskurses	3,57 $\pm$ 0,56
Kenntnisse zur korrekten Bewegungskursausführung	3,63 $\pm$ 0,58
Kompetenzen, wie ich mehr Bewegung in meinen Alltag bringen kann	3,51 $\pm$ 0,69

5.3.2 Untersuchungsgruppe Follow-up

Ziel der Follow-up Untersuchung ist, die Nachhaltigkeit des Bewegungskurses zu überprüfen. Zu diesem Zweck bekamen die Kurssteilnehmer (n=218) einen zweiseitigen Fragebogen zugeschickt. Die Rücklaufquote für die erste Follow-up Befragung (sechs Monate nach Beendigung des Kurses) liegt bei 64% (n=140), bei der zweiten Follow-up Befragung (zwölf Monate nach Beendigung des Kurses) bei 56% (n=123). Bezüglich der *soziodemographischen Merkmale* der Follow-up Untersuchungsgruppe (N=123) ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede zur Prä-Post Untersuchungsgruppe. Das durchschnittliche Alter liegt bei 65 Jahren ($\pm$ 4,485) und die Ge-

schlechterverteilung bei 63% Frauen und 37% Männern. Auch für die berufliche Tätigkeit und die Schulbildung bestehen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede: etwa 2/3 der Probanden sind Rentner oder Pensionäre (65%) und gehören der einfachen Bildungsschicht an (64%).

5.4 Untersuchungsdurchführung

Die Präventionskurse wurden wie geplant in zwei zeitlich aufeinander folgenden Phasen zwischen Januar und Juni 2008 durchgeführt. In der ersten Phase fanden 11 Kurse und in der zweiten Phase 10 Kurse statt. In der zweiten Phase kam ein Kurs auf Grund zu geringer Teilnehmerzahl nicht zustande. Insgesamt verteilten sich die Probanden auf 21 Kurse. Die geplante Kontrollgruppe, die sich aus der Wartegruppe für die zweite Kursphase ergeben sollte, fiel wegen geringer Anmeldezahlen und Drop-Outs der Wartegruppe für statistisch sinnvolle Auswertungen zu klein aus. Aus diesem Grund mussten von verschiedenen Kooperationspartnern für die zweite Phase mit Zeitungsartikeln weitere Teilnehmer gewonnen werden.

Die zur Kursevaluation zusammengestellten Prä-Post-Fragebogen, die die oben beschriebenen Untersuchungsverfahren enthielten, wurden von den Kursleitern in der ersten und letzten Kurseinheit ausgeteilt und von den Teilnehmern auf freiwilliger Basis ausgefüllt. Hierbei ergaben sich zum Teil Probleme bezüglich der Fragebogenlänge und beim Ausfüllen in der Turnhalle (Fehlen einer Lesebrille oder Tische u.ä.). Zur Evaluierung der Programmdurchführung und den wahrgenommenen Kurswirkungen wurden acht Kursleiterinterviews auf der Basis eines selbst entwickelten teilstandardisierten Interviewleitfadens durchgeführt. Die Kursleiter wurden zeitnah nach Abschluss der Kursdurchführung im Zeitraum Mai bis Juli 2008 befragt.

Zum Zweck der Follow-up Untersuchung bekamen die Teilnehmer des Bewegungskurses zu zwei Zeitpunkten, sechs und zwölf Monate nach Beendigung des Kurses, einen zweiseitigen Fragebogen, mit der Bitte um Rücksendung, zugeschickt. Zur Erhöhung des Rücklaufs wurde den Kursteilnehmern ein Thera-Band versprochen, wenn sie bis zum Ende an der Untersuchung teilnehmen. Zudem wurde bei Nicht-Rücksendung des Follow-up Fragebogens ein Erinnerungsschreiben versandt.

5.5 Evaluation der Programmdurchführung

5.5.1 Analyse der Kurszufriedenheit

Die Dimensionen der Kurszufriedenheit „Zufriedenheit mit der Gruppe“, „Nutzen des Bewegungskurses“ und „Zufriedenheit mit der Kursleiterkompetenz“ weisen hohe

Zufriedenheitswerte auf (vgl. Abb. 7). Am geringsten fällt die „Zufriedenheit mit den Bewegungsanforderungen“ aus. Die Auswertung der vier Dimensionen der Kurszufriedenheit in Abhängigkeit von unterschiedlichen Ausprägungsgraden der Bewegungs- und Sporthäufigkeit ergibt keine statistisch bedeutsamen Gruppenunterschiede.

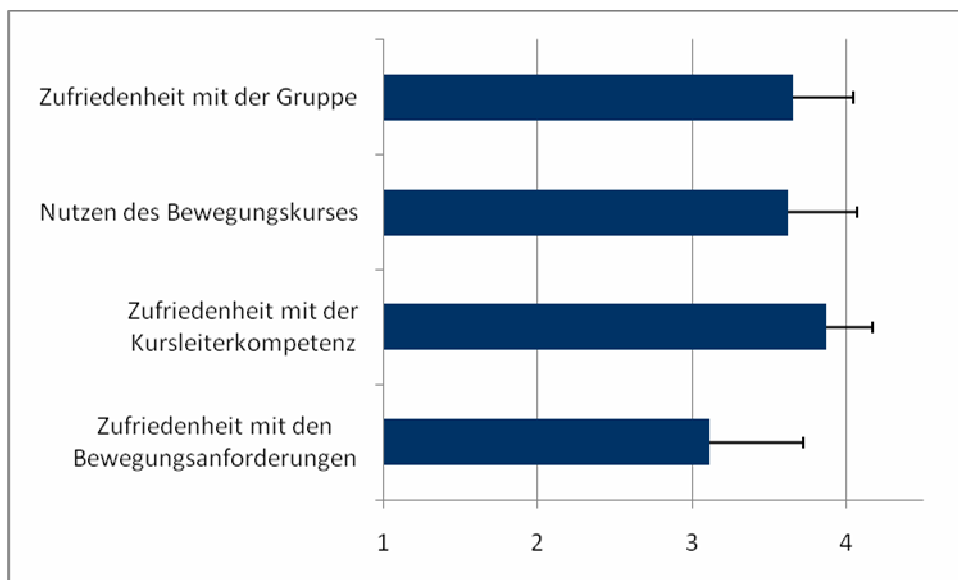


Abbildung 7. Zufriedenheit mit dem Präventionskurs

Die sehr hohe *Zufriedenheit mit der Kursleiterkompetenz* kann mit der hohen Qualifikation der Kursleiter in Verbindung gebracht werden, die den Anforderungen der Präventionsleitlinien entsprochen haben. Darüber hinaus sind die Kursleiter speziell für die Durchführung von vital 55+ geschult und durch ein umfangreiches Kursleiterhandbuch bei der Durchführung unterstützt worden. Die Schulung und das Handbuch wiederum haben in den Interviews mit den Kursleitern eine durchweg positive Bewertung erhalten. Möglicherweise hat zu der positiven Bewertung der Kursleiter auch beigetragen, dass diese die Fragebögen ausgeteilt und somit Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit gegeben wurden.

Die hohe *Zufriedenheit mit der Gruppe* lässt sich mit dem methodisch-didaktischen Konzept von vital 55+ erklären, in dem neben einer speziellen Einheit zum Kennenlernen interaktive Inhalte wie Spiele und Tanz nach der Einschätzung durch die Kursleiter Einfluss auf ein positives Gruppenerleben ausgeübt haben. Ein weiterer Grund kann, wie es ein Kursleiter ausdrückte, in der Homogenität der Teilnehmer gesehen

werden („Eine Altersgruppe, eine Sprache, ähnliche Gefühlslage, gute Kommunikation“).

Die hohe *Zufriedenheit mit dem Nutzen* des Präventionskurses bezieht sich im Wesentlichen darauf, dass die Teilnehmer Anregungen für den Alltag bekommen haben. Dies kann mit der inhaltlichen Vielfalt des Kurskonzepts in Verbindung gebracht werden, so dass im Kursverlauf für jeden Teilnehmer etwas Passendes dabei war. Unterstützend für die hohe Zufriedenheit mit den Anregungen haben wahrscheinlich die speziellen Kursinhalte zur Reflexion und Integration der Inhalte in den individuellen Lebensalltag gewirkt. Kritisch anzumerken ist, dass eine Überfrachtung mit theoretischen Inhalten die Zufriedenheit beeinträchtigen kann - Arbeitsblätter wurden von den Teilnehmern teilweise als überflüssig bewertet. Ein Kursleiter verwies in diesem Zusammenhang auf die bewegungsorientierte Erwartungshaltung der Teilnehmer.

Die etwas geringere *Zufriedenheit mit den Anforderungen* kann mit dem Zeitfaktor zusammenhängen: Einige Teilnehmer verspürten zu wenig Zeit für einzelne Übungen und für die Unterhaltung mit anderen Kursteilnehmern. Dies ist zu einem Großteil auf das kompakte und umfangreiche Programm des Kurskonzeptes (Aussage eines Kursleiters: „straffes Programm“) zurückzuführen.

Die hohe Zufriedenheit mit dem Kurs wird durch die Antworten auf zwei offene Fragen im Fragebogen zur Kurszufriedenheit unterstützt. Verbesserungsvorschläge werden selten genannt. Sie beziehen sich vor allem auf eine Fortsetzung des Kurses in gleich bleibender Konstellation oder die Ausweitung der Kurseinheiten von 60 auf 90 Minuten. Die Antworten auf die Frage „Was hat Ihnen besonders gut gefallen?“ lassen sich den einzelnen Dimensionen der Zufriedenheit mit dem Bewegungskurs zuordnen. So werden eine hohe Zufriedenheit mit der Gruppe („gute Atmosphäre“, „schöne Gemeinschaft“ etc.), mit der Kursleiterkompetenz („Gute Stimmung zwischen Teilnehmern und Kursleiterin“) und mit den Bewegungsanforderungen („keine Überforderung“, „kein Leistungsdruck“, „für jeden etwas dabei“) deutlich. Neben einzelnen Inhalten (Gymnastik, Koordinationsübungen, Spiele, Übungen im Freien etc.) wird vor allem die Vielfalt des Bewegungsangebots von den Teilnehmern positiv bewertet.

5.5.2 Analyse der Programmbewertung

Im Folgenden werden die Einschätzungen der Kursleiter geordnet nach den Themen Organisation, Kurskonzept und Akzeptanz der Kursinhalte bei den Teilnehmern dar-

gestellt. Die Interviewaussagen der Kursleiter werden zusammenfassend und in wichtigen Punkten wörtlich bzw. in paraphrasierter Form dargestellt.

Organisation: Die Kursleiterschulung und das Kursleiterhandbuch werden durchgehend als hilfreich für die Kurs-Durchführung bewertet. Bedeutsam erscheint den Kursleitern, „alle Inhalte kennen zu lernen“ - besonders bei ungewohnten Inhalten (z.B. Tanz).

Das Kursleiter-Handbuch wird von den Kursleitern als Leitfaden verstanden, der als „Anregung und Rahmen für eigene Ideen gut“ ist. Aussagen zum Handbuch sind u.a.: „Super-Leitfaden“, „Guter Leitfaden“, „man konnte sich gut daran orientieren“, „ausreichend“. Als Verbesserungsvorschläge werden vereinzelt benannt: Zeitangabe bei dem Test angeben, mehr auf die mögliche Leistungs-Heterogenität der Teilnehmer hinweisen, bei den Teilnehmermaterialien weniger „Papierkram“ aufkommen lassen.

Die Kursorganisation wird insgesamt positiv bewertet. Es gibt vereinzelte Verbesserungsvorschläge bezogen auf die Vorab-Informationen der Teilnehmer (z. B. bei schwer zu erreichenden Turnhallen eine Wegbeschreibung beilegen).

Zeitpunkt und Zeitdauer der Kursdurchführung werden durchweg als gut eingestuft. Ein Kursleiter gibt folgende Hinweise: „Freitags 18 Uhr Beginn war gut, v.a. für Berufstätige (direkt nach der Arbeit); April bis Juni guter Zeitraum, vor allem für Außenstunden“. In Bezug auf die Räumlichkeiten weisen zwei Kursleiter darauf hin, dass kleinere Hallen zum Teil Schwierigkeiten mit sich bringen („für Spiele zu niedrig“, „platzt fast aus allen Nähten“).

Kurskonzept: Auf die offene Einstiegsfrage zum Kurskonzept (Was hat funktioniert, wobei gab es Probleme?) werden 2 Aspekte hervorgehoben: die Vielfalt der Kursinhalte („Die Vielfalt des Kurses ist schöner als eine reine Gymnastikgruppe“) und die Heterogenität der Teilnehmervoraussetzungen („Die Teilnehmer waren teilweise sehr krank: Asthma, Knieprobleme, Herzinfarkt – manche wären besser in einer Reha Gruppe aufgehoben. Es war schwer, alle „unter einen Hut“ zu bringen, aber möglich.“) Ein anderer Kursleiter dagegen verweist auf die Homogenität seiner Teilnehmer: „Eine Altersgruppe, eine Sprache, ähnliche Gefühlslage, gute Kommunikation.“

Im Weiteren werden die Aussagen zu den zentralen methodisch-didaktischen Aspekten Körperwahrnehmung, Wissensvermittlung, positive Erlebnisinhalte und Eigenverantwortung dargestellt. Die Kursleiter geben durchweg die Rückmeldung, das Prinzip der Körperwahrnehmung in die Durchführung integriert zu haben. Ein Kursleiter be-

nennt Schwierigkeiten, die die Teilnehmer mit dem Erspüren und Verbalisieren von Körperwahrnehmung hatten. Wissensvermittlung wird von den Kursleitern ebenfalls als wichtig erachtet. Die meisten Kursleiter geben an, die Wissensvermittlung immer mal wieder eingestreut und auch während der Übungsdurchführung eingebracht zu haben. Es wird vorgeschlagen, für die Wissensvermittlung visuelle Unterstützung (z.B. Aufmalen einer Wirbelsäule auf Pappe oder Poster) einzubringen. Ein Kursleiter äußerte, die Informationen aus den Kurzvorträgen (siehe Kursleiterhandbuch) zusammengefasst und den Teilnehmern als Merkblatt mitgegeben zu haben.

Die Kursleiter benennen eine breite Palette an Vorgehensweisen und Inhalten, die sie mit positiven Erlebnissen in Verbindung bringen: Erfolgserlebnisse und Spaß im sozialen Kontakt, Leistung fordern (Wettkampfspiel) oder Aufgaben mit kognitiven Anforderungen, lockere Atmosphäre, Partnerübungen, abgestufte Übungsgestaltung (vom Einfachen zum Schweren), Einsatz von Materialien mit hohem Aufforderungscharakter bzw. Einsatz psychosomatischer Geräte und, über die eigentlichen Kursinhalte hinausgehend, ein gemeinsames Essen.

Ein Kursleiter ist der Meinung, dass Partizipation nur mäßig funktioniert habe, denn die „Teilnehmer wollen angeleitet werden“. Den Teilnehmern gingen schnell die Ideen aus. Ein anderer Kursleiter äußert die Einschätzung, dass die Teilnehmer sich eher verwöhnen lassen wollen - bezeichnend sei die zu Beginn einer Kurseinheit häufig gestellte Frage: „Was machen wir heute?“. Ein Kursleiter verweist darauf, dass Partizipation bei dem „straffen Programm“ kaum möglich sei, und ein weiterer Kursleiter habe wegen der inhaltlichen Vorgaben des Konzepts nur in der letzten Stunde Wünsche der Teilnehmer äußern lassen.

Wahrgenommene Akzeptanz der Kursinhalte bei den Teilnehmern: Mehrere Kursleiter heben als positiv die Vielfältigkeit der Inhalte hervor. Dabei wird kein klar favorisierter Einzel-Inhalt benannt. Ein Kursleiter hat die Einschätzung, dass bei Männern „Bälle und auspowern“, bei Frauen Aerobic und „was für den Körper tun“ am besten ankämen.

Nach Einschätzung der Kursleiter sind die Inhalte Kennen lernen, Ausdauer, Fitness-test, Gymnastik und Spiele durchweg positiv von den Teilnehmern aufgenommen worden. Bezüglich der Entspannungseinheit berichten Kursleiter von Problemen: Einzelne Teilnehmer hätten sich nicht auf die Entspannung einlassen können, Entspannungsformen ohne Bewegung seien besonders schwer gefallen. Als Verbesserungsvorschlag wird genannt, die Entspannung auf einzelne Einheiten zu verteilen.

Der Kursinhalt Tanz wird als „freudvolle Stunde“ angesehen, wobei vereinzelt zu Beginn bei den Teilnehmern Zurückhaltung zu beobachten gewesen sei. Für die Einheit Sport im Freien habe bei den meisten Gruppen eine gute Akzeptanz vorgelegen. Sie sei jedoch nicht in allen Kursen durchgeführt worden, u.a. wegen schlechten Wetters, aber auch wegen fehlender Akzeptanz („Die Teilnehmer wollten lieber in der Halle üben“).

Einige Kursleiter weisen darauf hin, dass die Vorsatzblätter (zur Unterstützung selbstständigen Übens im Sinne der Integration erlernter Inhalte in den Lebensalltag) teilweise auf fehlende Akzeptanz gestoßen seien. Teilweise wären die Vorsatzblätter von den Teilnehmern nicht verstanden und als lästig empfunden worden, und die Teilnehmer würden die Zeit während einer Sportstunde nicht gerne mit dem Ausfüllen von Arbeitsmaterialien verbringen (sondern lieber aktiv sein). Hilfreich seien die Übungsblätter gewesen, die die Teilnehmer als Übungs-Vorlage mit nach Hause nehmen können.

Fazit: Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Durchführung von den Kursleitern und den Teilnehmern durchweg positiv bewertet wird, was insbesondere mit der Qualifizierung der Kursleiter, der inhaltlichen Vielfalt des Kurskonzepts, dem Schaffen eines positiven Gruppenklimas und den Anregungen für den persönlichen Alltag („Nutzen“) zusammenhängt. Verbesserungsvorschläge für die Durchführung beziehen sich darauf, die Bearbeitung theoretischer Arbeitsmaterialien im Kurs zu reduzieren (praxisbezogene Erwartungshaltung der Teilnehmer) und eine zeitliche Verlängerung der Kurseinheiten von 60-90 Minuten vorzunehmen, um ausreichend Zeit für die inhaltliche Vielfalt zu haben.

5.6 Evaluation der Programmwirksamkeit

Die Ergebnisdarstellung der Kurswirkungen wird in drei Kapitel unterteilt. Zunächst werden die Wirkungen auf den Gesundheitszustand, verschiedene Komponenten des Modells der Änderungshandlung (vgl. Kap. 5.1) wie Bedeutsamkeit der Verhaltensänderung, Handlungskompetenz sowie das allgemeine habituelle Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit dargestellt (vgl. 5.6.1). Anschließend werden die subjektiv wahrgenommenen Veränderungen der Teilnehmer und Kursleiter behandelt (vgl. 5.6.2). Abschließend werden die Veränderungen des Bewegungs- und Sportverhaltens präsentiert, die die Veränderungen der gebildeten Bewegungs- und Sportvorsätze sowie die Veränderungen der Bewegungs- und Sporthäufigkeit umfassen (vgl. 5.6.3).

5.6.1 Analyse der Programmwirksamkeit

Gesundheitszustand

Zwischen dem subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand vor und nach der Intervention (Bewegungskurs) bestehen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede ($t=.25$; $p=0,78$). Auch für die Follow-up Phase (6 und 12 Monate nach Kursende) lassen sich keine Veränderungen des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustandes nachweisen ($F= 2,25$; $p=0,09$).

Komponenten der Änderungshandlung

Bezogen auf die *Handlungskompetenz* (Selbstwirksamkeitserwartung) der Kursteilnehmer, die vorgenommene Bewegungs- und Sportaktivität auch unter schwierigen Bedingungen ausüben zu können, ergeben sich keine Prä-Post ($t=-1,09$; $p=0,28$) und Follow-up Veränderungen ($F=0,32$; $p= 0,81$).

Für die *Bedeutsamkeit der Verhaltensänderung* (Entscheidungsbilanz) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bei den wahrgenommenen Vorteilen ($t=-1,52$; $p=0,13$), Nachteilen ($t=0,70$; $p=0,48$) und der Bilanz ($t=1,45$; $p=0,15$) zwischen den Messzeitpunkten vor und nach dem Bewegungskurs (vgl. Abb. 8). Auch in der Follow-up Phase bestehen für die Bedeutsamkeit der Verhaltensänderung (Entscheidungsbilanz) keine statistisch bedeutsamen Unterschiede.

Der Präventionskurs hat – zusammengefasst - keine bedeutsamen Veränderungen der Komponenten der Änderungshandlung (Entscheidungsbalance, sportbezogene Selbstwirksamkeit) bewirkt. Zumindest für die Entscheidungsbalance kann gesagt werden, dass die Ausgangswerte bereits auf einem hohen, sportmotivierten Niveau liegen. Eine hohe motivationale Ausgangslage zeigt sich darüber hinaus bei den Selbstkordanz-Werten (siehe Kap. 5.3), die eine hohe Ausprägung der identifizierten Motivation (individuelle Akzeptanz und volle Einsicht in die Notwendigkeit des Bewegungskurses) aufweist. Da diese Komponenten der Änderungshandlung der Phase der Absichtsbildung zuzurechnen sind (vgl. Kap. 5.1), wird eine Erklärung für die fehlenden Veränderungen darin gesehen, dass die Kursteilnehmer die Phase der Absichtsbildung gedanklich abgeschlossen haben und durch den Präventionskurs im nach hinein keine Veränderungen notwendig erscheinen.

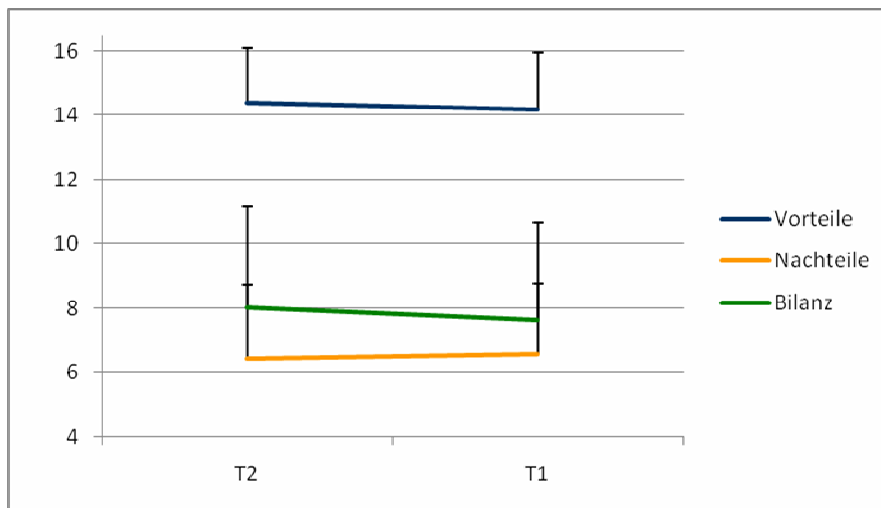


Abbildung 8. Entscheidungsbilanz zum Testzeitpunkt T_1 und T_2

Allgemeines habituelles Wohlbefinden

Die Veränderungen des allgemeinen habituellen Wohlbefindens beziehen sich auf die physischen, psychischen und sozialen Aspekte. Für die Gesamtgruppe können keine Veränderungen des körperlichen Wohlbefindens ($t=0,27$; $p=0,79$), psychischen Missbefindens ($t=0,75$; $p=0,45$), sozialen Wohlbefindens ($t=0,41$; $p=0,68$) sowie psychischen Wohlbefindens ($t=-1,35$; $p=0,18$) festgestellt werden (vgl. Abb. 9).

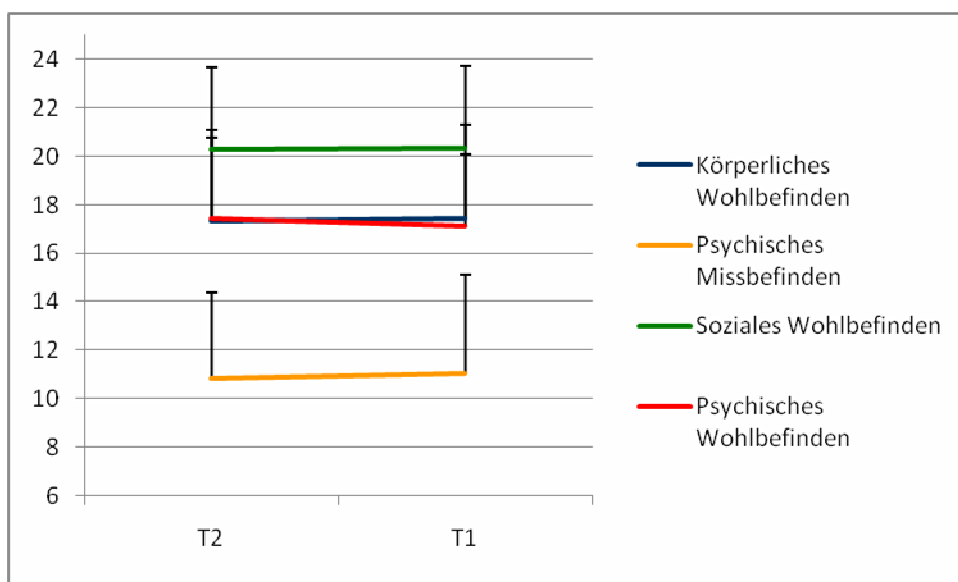


Abbildung 9. Allgemeines habituelles Wohlbefinden Testzeitpunkt T_1 und T_2

Lebenszufriedenheit

Im Interventionszeitraum ergeben sich Veränderungen der Lebenszufriedenheit in sieben Bereichen. Die Kursteilnehmer geben nach dem Bewegungskurs an, mit den

Lebensbereichen „finanzielle Lage“ ($t=-2,44$; $p=0,02$), „Freizeit“ ($t=-2,46$; $p=0,02$), „Gesundheit“ ($t=2,05$; $p=0,04$), „familiäre Situation“ ($t=-2,74$; $p=0,01$), „Beziehung zu Freunden“ ($t=-3,05$; $p=0,00$), „Beziehung zu Nachbarn und Bekannten“ ($t=-2,83$; $p=0,01$) und „mit dem Leben insgesamt“ ($t=-2,85$; $p=0,01$) zufriedener zu sein (vgl. Abb. 10).

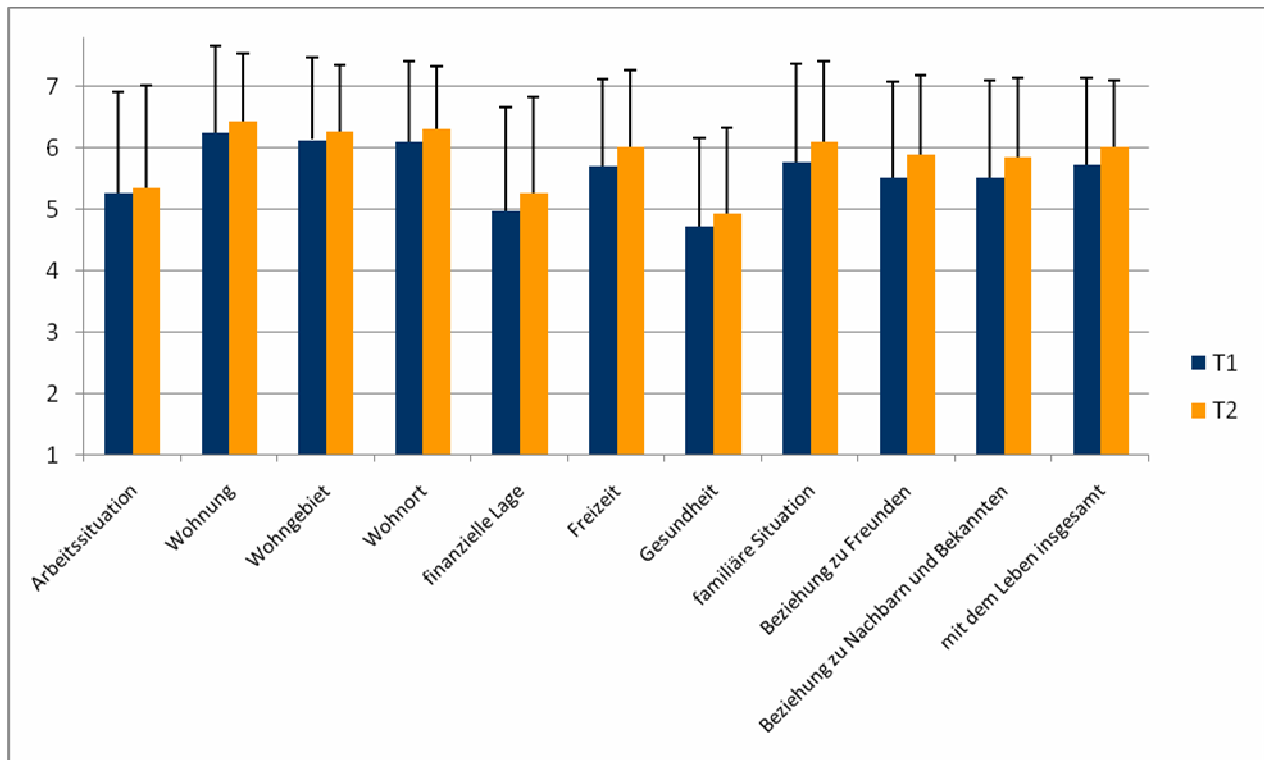


Abbildung 10. Lebenszufriedenheit vor und nach dem Bewegungskurs

Unter Einbezug der Follow-up Phase ergibt die varianzanalytische Prüfung signifikante Unterschiede in den Bereichen „Freizeit“ ($F=6,84$; $p=0,00$) und „Leben“ ($F=3,80$; $p=0,01$). Für den Bereich Freizeit gilt, dass die Zufriedenheit während des Bewegungskurses ansteigt und sechs/ zwölf Monate nach Beendigung des Kurses signifikant abfällt (T_2 vs. T_3 : $p=0,00$; T_2 vs. T_4 : $p=0,00$) (vgl. Abb. 11).

Die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt steigt während des Bewegungskurses signifikant an (T_1 vs. T_2 : $p=0,04$) und fällt tendenziell sechs und zwölf Monate nach Beendigung des Kurses ab (T_2 vs. T_3 : $p=0,06$; T_2 vs. T_4 : $p=0,05$) (vgl. Abb. 12). Für die anderen Lebensbereiche sind keine bedeutsamen Veränderungen nachweisbar.

Die höheren Zufriedenheitsgrade mit den Lebensbereichen „finanzielle Lage“, „Freizeit“, „Gesundheit“, „familiäre Situation“, „Beziehung zu Freunden“, „Beziehung zu Nachbarn und Bekannten“ und „mit dem Leben insgesamt“ lassen sich nicht eindeu-

tig als Wirkungen des Bewegungskurses interpretieren, da ein Kontrollgruppen - Design nicht realisiert werden konnte. Plausibel erscheint es aber, dass

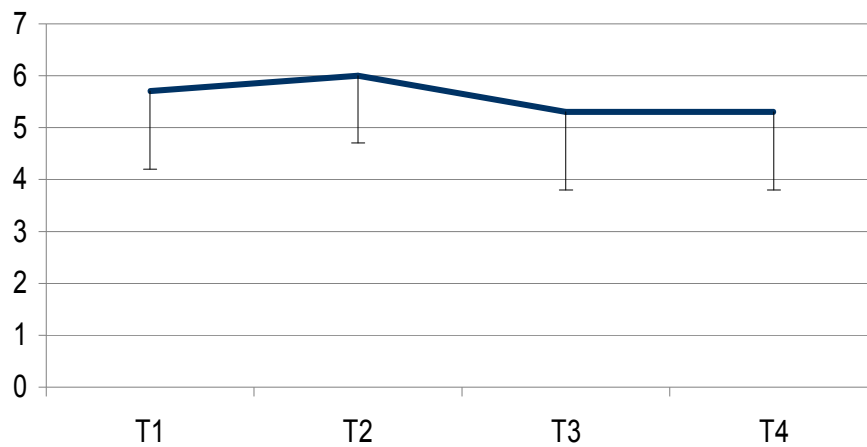


Abbildung 11. Zufriedenheit mit der Freizeit im Erhebungszeitraum

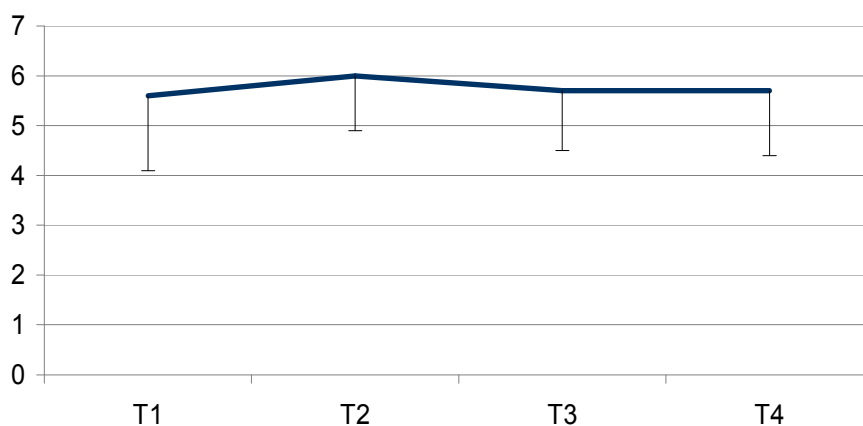


Abbildung 12 Zufriedenheit Leben im Erhebungszeitraum

die Kursteilnahme positive Wirkungen auf die Lebensbereiche „Beziehung zu Freunden“, „Beziehung zu Nachbarn und Bekannten“ und „Freizeit“ gehabt haben kann, da im Bewegungskurs ausdrücklich soziale und freizeitbezogene Inhalte aufgenommen wurden. Diese Kurswirkungen können darüber hinaus, zu einer Steigerung der Zufriedenheit mit dem „Leben insgesamt“ beitragen haben. Die Zunahme der Zufriedenheitswerte in den Bereichen „Beziehung zu Freunden“ und „Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt“ während des Bewegungskurses und deren Abnahme in der Follow-up Phase auf die Ausgangswerte verweist auf den hohen sozialen Bindungswert

des Bewegungskurses und bestärken die Forderung, Nachfolgeangebote zu implementieren.

5.6.2 Analyse der subjektiv wahrgenommene Veränderungen

Die Ergebnisdarstellung beinhaltet die von den *Kursteilnehmern* wahrgenommenen Veränderungen auf Wissen, Fähigkeiten und Wohlbefinden und die von den Kursleitern wahrgenommenen Veränderungen bei den Teilnehmern.

Wissen

Die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem persönlichen Nutzen des Bewegungskurses fällt durchweg positiv aus (vgl. Tab. 4). Dies betrifft vor allem die Items zum anwendungsbezogenen Wissen, z.B. „Wissen, wie ich die Übungen auch zu Hause durchführen kann“ und deklarativen Wissen, z.B. „Wissen über die gesundheitliche Bedeutung von Bewegung“. Etwas geringere Zufriedenheit wird zu der Aussage geäußert, ob der Bewegungskurs Kompetenzen vermittelt habe, den inneren Schweinehund zu überwinden.

Tabelle 4. Zufriedenheit mit dem Bewegungskurs

Folgendes hat mir der Bewegungskurs gebracht:	$\bar{x} \pm s$
Wissen über gesundheitsbewussteres Verhalten	3,43 $\pm$ 0,60
Kompetenzen, wie ich den inneren Schweinehund überwinden kann	3,06 $\pm$ 0,74
Wissen, wie ich die Übungen auch zu Hause durchführen kann	3,64 $\pm$ 0,52
Wissen über die gesundheitliche Bedeutung von Bewegungen	3,61 $\pm$ 0,54
Wissen darüber, welche Bewegungen zu mir passen	3,42 $\pm$ 0,62
Kenntnisse, wo ich qualifizierte Bewegungsangebote finde	3,25 $\pm$ 0,77
Übungen, die meinem Können und Leistungsvermögen angepasst sind	3,37 $\pm$ 0,59
Wissen über das „Wozu“ der Übungen des Bewegungskurses	3,54 $\pm$ 0,59
Kenntnisse zur korrekten Bewegungs Ausführung	3,52 $\pm$ 0,60
Kompetenzen, wie ich mehr Bewegung in meinen Alltag bringen kann	3,41 $\pm$ 0,63

Fähigkeiten und Wohlbefinden

Die Teilnehmer stimmen am stärksten der Aussage zu, dass durch den Bewegungskurs eine Verbesserung der psycho-physischen Leistungsfähigkeit und eine Steigerung des körperlichen Wohlbefindens eingetreten sind. Eine Steigerung der emotionalen Ausgeglichenheit und eine Erhöhung der sozialen Kompetenz werden demgegenüber in geringerem Maße wahrgenommen (vgl. Abb. 13).

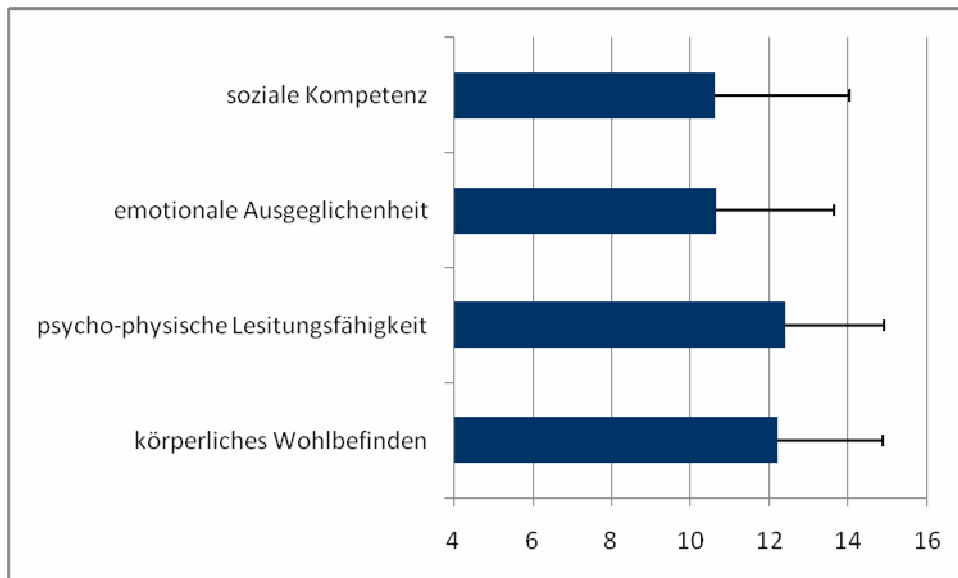


Abbildung 13. Wahrgenommene Veränderungen für Fähigkeiten und Wohlbefinden

Zur Frage, ob Unterschiede zwischen verschiedenen Graden der Bewegungs- und Sporthäufigkeit bestehen, zeigt eine mehrfaktorielle Varianzanalyse, dass sich die gebildeten Gruppen unterschiedlicher Bewegungs- und Sporthäufigkeit nicht signifikant unterscheiden. Das lässt darauf schließen, dass die wahrgenommenen Veränderungen der Fähigkeiten und des Wohlbefindens unabhängig vom individuellen Ausprägungsgrad der Bewegungs- und Sportaktivität gelten.

Aus der Sicht der Teilnehmer hat sich - zusammengefasst - die Teilnahme am Bewegungskurs positiv auf das theoretische und anwendungsbezogene Wissen zur gesundheitssportlichen Aktivität, die Verbesserung der psycho-physischen Leistungsfähigkeit, die Steigerung des körperlichen Wohlbefindens ausgewirkt. Diese Bandbreite der wahrgenommenen Kurseffekte spricht für das auf inhaltliche Vielfalt ausgerichtete Präventionsprogramm.

Kursleiterwahrnehmungen

Physische Gesundheitsressourcen: Mehrere Kursleiter stellen fest, dass sich die koordinativen Fähigkeiten der Teilnehmer verbessert hätten. Vereinzelt werden Verbesserungen in den Bereichen Beweglichkeit und Ausdauer beobachtet. Dabei stellt ein Kursleiter fest, dass die Veränderungen vor allem bei Sportanfängern zu beobachten gewesen seien. In Ergänzung dazu steht die Einschätzung, dass die Veränderungen bei „sowieso schon fitten Leuten“ nicht so deutlich seien. Kritisch wurde angemerkt, dass die physischen Ziele bei einmaliger Kursdurchführung pro Woche schwer zu erreichen seien, ein Kursleiter stellt keine physischen Veränderungen fest.

Psychosoziale Gesundheitsressourcen: Nach Einschätzung der Kursleiter werden folgende Ziele bei den Teilnehmern erreicht: Steigerung des Wohlbefindens, Kompetenzverbesserung bei Dehnübungen, Ideengewinn für den Umgang mit Sportgeräten und für selbstständiges Üben, Abbau der Tendenz zur Überbelastung, Entwicklung einer Akzeptanz für eigene Schwächen, Verbesserung der Kontrollüberzeugung im Sinne von „das schaffe ich doch noch“, Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühls und gemeinsamer Freude (Lachen, Scherzen) sowie Knüpfung neuer Kontakte unter den Teilnehmern.

Aufbau einer Bindung an gesundheitssportliche Aktivität: Die Kursleiter haben den Eindruck, dass einige Teilnehmer selbstständig mehr Bewegungs- und Sportaktivitäten nachgehen würden, z.B. erlernte gymnastische Übungen. Insbesondere seien Teilnehmer, die vorher bewegungs- und sportinaktiv gewesen wären, aktiver oder zumindest motiviert, aktiver zu werden. Mehrere Kursleiter weisen darauf hin, dass ein Großteil der Teilnehmer am liebsten in der bestehenden Gruppe zu gleichen Bedingungen (Zeit, Ort) aktiv bleiben würde. Ein Beispiel: „Diese Gruppe würde so wahrscheinlich weiterlaufen, wenn es das als Angebot gäbe“. Als wichtige Voraussetzung sieht ein Kursleiter die „sofortige“ Realisierung eines derartigen Nachfolgeangebotes. Andere Kursleiter haben die Beobachtung gemacht, dass Teilnehmer „Infos und Prospekte aus dem Gesundheitszentrum mitgenommen“ hätten bzw. sich für andere Kursangebote interessieren würden (betrifft vor allem die Vereine für Gesundheitssport).

5.6.3 Analyse der Veränderungen des Bewegungs- und Sportverhaltens

Bewegungs- und Sporthäufigkeit

Die Analyse der Messzeitpunkte ergibt statistisch bedeutsame Veränderungen der Bewegungs- und Sportaktivität (Friedman, chi square=32,25; $p=0,00$). Danach sinkt der Anteil der Kursteilnehmer mit weniger als 1 Stunde pro Woche über den Erhebungszeitraum und nimmt die Anzahl der Teilnehmer mit mehr als 2 Stunden pro Woche zu. Der Anteil der Teilnehmer mit 1-2 Stunden pro Woche ist über den Zeitverlauf relativ gleich hoch (vgl. Abb. 13).

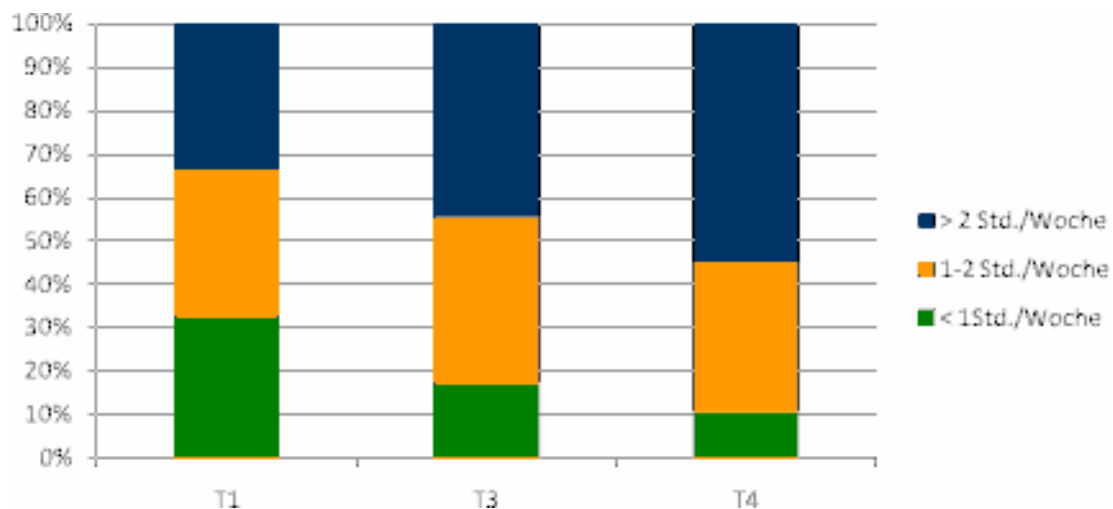


Abbildung 13. Bewegungs- und Sporthäufigkeit für die Messzeitpunkte (T_1 , T_3 und T_4)

Die gesteigerte Bewegungs- und Sportaktivität der Kursteilnehmer sechs und zwölf Monate nach Beendigung des Kurses lässt darauf schließen, dass der Bewegungskurs vital 55+ seinem Kernziel, die Teilnehmer an gesundheitsbezogene Bewegungs- und Sportaktivität zu binden, gerecht geworden ist. Ein Grund ist in der Konzeption zu sehen, die Kompetenzvermittlung und gezielte Hilfestellungen zum selbstständigen Üben beinhaltet. Die erfolgreiche Bindung an gesundheitssportliche Aktivität ist des Weiteren auf die Kooperation von Krankenkassen und Sportvereinen zurückzuführen. Das organisatorische Konzept, dass die Krankenkasse mit ihrem Präventionskurs der Zielgruppe einen niedrigschwelligen Einstieg ermöglicht und die Sportvereine als durchführende Institution eine Plattform für Nachfolgeangebote bieten, scheint sich auf das weitere Bewegungs- und Sportverhalten positiv auszuwirken. Beispielhaft ist ein Sportverein, der einen Nachfolgekurs mit denselben organisatorischen Rahmenbedingungen anbietet und dadurch hohe Zuwachsraten bei der Ver-

einsangehörigkeit der Teilnehmer erzielt (Vereinszugehörigkeit zu Beginn der Kurse 17%, nach zwölf Monaten 50%).

Bewegungs- und Sportvorsatz

Nach Beendigung des Bewegungskurses nehmen sich fast 2/3 der Teilnehmer (61%) vor, zukünftig zwei oder mehr Stunden pro Woche bewegungs- und sportaktiv zu sein (vgl. Tab. 5). Mit einer Ausnahme bilden die anderen Teilnehmer den Vorsatz, zukünftig 1 - 2 Stunden pro Woche Bewegungs- und Sportaktivitäten nachzugehen. Durch den Bewegungskurs sind die Teilnehmer offensichtlich motiviert worden, ihre bisherige Bewegungs- und Sportaktivität deutlich zu steigern.

Tabelle 6. Vorsatzbildung für die Messzeitpunkte (T₂, T₃ und T₄)

	T ₂		T ₃		T ₄	
Vorsatz/Sportaktivität	n	%	n	%	n	%
Mehr als 2 Stunden/ Woche	68	61,2	75	60,9	85	70,2
1 bis 2 Stunden/Woche	42	37,8	39	31,7	31	25,6
Weniger als 1 Stunde/Woche	1	0,9	9	7,3	4	4,1

Die Analyse der Vorsatzbildung für die einzelnen Messzeitpunkte ergibt keine statistisch bedeutsamen Veränderungen (Friedman, chi square=1,86; p=0,39). Zu allen Messzeitpunkten überwiegt der Teil derjenigen, die mehr als 2 Stunden/Woche bewegungs- und sportaktiv sein wollen.

Vergleicht man die Veränderungen der tatsächlichen Bewegungs- und Sportaktivität in der Follow-up Phase mit der Vorsatzbildung ist einerseits festzustellen, dass die Bewegungs- und Sportaktivitäten zwar bedeutsam zugenommen haben, aber unterhalb der gebildeten Vorsätze liegen. Die Teilnehmer bilden Vorsätze, die sie nicht in dem gewünschten Maße realisieren. Andererseits führen die nicht realisierten Bewegungs- und Sportvorsätze zu keiner Anpassung der Vorsatzbildung an die Bewegungs- und Sportrealität. Die Teilnehmer halten an den (noch) nicht realisierten Vorsätzen fest. Da bisher eine sukzessive Annäherung an die Bewegungs- und Sportvorsätze erfolgte, wird auch künftig an der Realisierbarkeit des Bewegungs- Sportvorsatzes festgehalten.

6. Schlussfolgerungen

Aus den Untersuchungsergebnissen werden im Folgenden Schlussfolgerungen und Ansatzpunkte für die Konzept- bzw. Weiterentwicklung von Präventionsprogrammen abgeleitet. Eine grundlegende Forderung ist: In der Planung von Angeboten der Gesundheitsförderung sollten über die Programmkonzeption hinaus Strategien zur Zielgruppenansprache und zu Nachfolgeangeboten Berücksichtigung finden.

Zielgruppenansprache

Die Untersuchung belegt, dass im Vergleich zu herkömmlichen Präventionsangeboten deutlich mehr bewegungs- und sportinaktive Ältere und Ältere mit niedrigem Bildungsstand zur Teilnahme an einem bewegungsbezogenen Präventionskurs motiviert werden konnten. Aus den Untersuchungsergebnissen zum Direct-Mailing lassen sich folgende Ansatzpunkte für die erfolgreiche Ansprache ableiten:

a) *Zielgruppenidentifizierung*: Nach der Festlegung der Zielgruppe stellt sich die Frage, wie diese am besten rekrutiert und ob sie aus einer Grundgesamtheit heraus identifiziert werden kann. Bezogen auf Alter, Geschlecht und Wohnort liegen Institutionen der Gesundheitsförderung Daten vor, die ein direktes Anschreiben ermöglichen. Für Personen mit sozial bedingt benachteiligten Gesundheitschancen, Personen der einfachen Bildungsschicht und mit geringem Einkommen u.ä., ist der Zugang mit dem Direct-Mailing schwieriger. Ein möglicher Weg für die Zielgruppenerreichung ist, in den Lebenswelten der Zielgruppe (z.B. Institutionen, Wohngebiete) Ansätze zu deren Ansprache zu finden (z. B. Institutionen mit höherem Anteil an Personen mit einfachem Bildungsstand). Als besondere Herausforderung bleiben eine optimale Identifizierung der Bewegungs- und Sportinaktiven und deren Motivierung zu mehr Bewegungs- und Sportaktivitäten.

b) *Zielgruppenspezifischer vs. zielgruppenunspezifischer Zugang*: Für das Präventionsangebot vital 55+ wurde mit einem persönlichen Anschreiben und einem Bewerbungsflyer für ein konkretes Angebot mit Terminauswahl in Wohnortnähe geworben (zielgruppenspezifisch). Die übliche Form der Teilnehmerakquirierung für Präventionskurse ist ein Direct-Mailing an alle Versicherten mit einer breit gefächerten Angebotsbroschüre (zielgruppenunspezifisch). In der vorliegenden Untersuchung erwies sich der zielgruppenspezifische Zugangsweg als effektiver. Künftig müssen aber der zielgruppenspezifische und zielgruppenunspezifische Zugang hinsichtlich Aufwand (Arbeitszeit für Zielgruppenselektion, Kosten für Werbematerialien, Versand-

kosten) und Nutzen (quantitativ, z.B. Erfolgsquote, und qualitativ, z.B. Teilnehmerstruktur) systematischer erforscht werden.

Angebotsentwicklung

Für die Ansprache stellt sich weiterhin die Frage, welche Faktoren eines Angebots den anzusprechenden Personen die Teilnahmeentscheidung erleichtern. Grundsätzlich kann dabei zwischen den inhaltlichen und den organisatorischen Aspekten unterschieden werden. Aus den Untersuchungsergebnissen lässt sich schließen, dass durch eine inhaltliche Programmvietfalt sowohl Frauen und Männer als auch Bewegungs- und Sportinaktive angesprochen werden. Weiterhin ist zu vermuten, dass niedrigschwellige Präventionsangebote (kostenfreies und wohnortnahes Angebot) die Teilnahmeentscheidung von Personen mit sozial bedingt benachteiligten Gesundheitsschancen erleichtern.

Motivationslage

Bezogen auf die Phasen einer Änderungshandlung wird deutlich, dass mit dem Direct-Mailing für den Bewegungskurs vital 55+ insbesondere die Älteren zur Teilnahme motiviert wurden, die bereits eine Absicht für gesundheitsbezogene Bewegungs- und Sportaktivitäten gebildet hatten, aber sich zu Bewegungs- und Sportaktivitäten noch nicht aufrufen konnten (realisierungsnahe Motivationslage). Von den Bewegungs- und Sportinaktiven mit realisierungsferner Motivationslage („ich habe mir noch keine Gedanken gemacht“) konnten durch ein Direct-Mailing mit einem konkreten Bewegungsangebot nur wenige zur Teilnahme motiviert werden. Um diese Gruppe stärker zur Teilnahme zu motivieren, müssen Angebote entwickelt werden, die primär auf eine Förderung der Absichtsbildung abzielen.

Programmkonzeption

Aus den Untersuchungsergebnissen zur Kursdurchführung kann gefolgert werden, dass eine hohe Qualifikation der Durchführenden (Kursleiter), inhaltliche Vielfalt und die Förderung eines positiven Gruppenklimas für die Akzeptanz eines Bewegungsangebots und damit für die Beibehaltung der Kursteilnahme unerlässlich sind. Für die Aufrechterhaltung der Bewegungs- und Sportaktivität nach Ende einer Präventionsmaßnahme sollten in die Konzeption von Präventionsprogrammen Inhalte integriert werden, die die Teilnehmer zur selbstständigen Durchführung befähigen und motivieren. Zudem sollten in dem Programm für die Teilnehmer Möglichkeiten zur Wahrnehmung eines Nachfolgeangebots eingeplant werden. Besonders wirksam erschei-

nen Nachfolgeangebote, die am gleichen Ort und zur gleichen Zeit stattfinden, so dass sich die Teilnehmenden organisatorisch auf Machbares und sozial auf Bekanntes (soziale Unterstützung durch die Kursgruppe) einlassen können.

Strukturbildung

Da die Überleitung der Teilnahme an einem Präventionskurs zur dauerhaften Bewegungs- und Sportbindung für den einzelnen mitunter Probleme mit sich bringen kann (wie fehlende finanzielle Unterstützung durch die Krankenkasse bei den Nachfolgeangeboten, andere Übungszeiten und -inhalte, neue Kursleitung oder unbekannte Gruppenmitglieder), sind die Ressourcen und Möglichkeiten der Vernetzung auszuloten, um die Installierung attraktiver Einstiegsangebote zu ermöglichen und den Übergang in dauerhafte Angebote zu gewährleisten. Die in der vorliegenden Untersuchung praktizierte Kooperation und Bündelung der Ressourcen von Krankenkassen und Sportvereinen stellt einen Erfolg versprechenden Weg dar.

11. Interventionsmodul „Aktiv in Bewegung“

B. Wallmann, T. Walter & I. Froböse
Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln

1. Problemstellung

Eine zunehmend wachsende Zahl von Menschen in Deutschland beteiligt sich aktiv an Maßnahmen zur Prävention. So nahmen z. B. im Jahre 2004 insgesamt 800.000 Personen an den Präventionsangeboten der Krankenkassen teil (Gesundheitsbericht des Bundes, RKI 2006). 670.000 Personen wurden durch Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht. Bezogen auf die Gesamtzahl der in den gesetzlichen Krankenkassen versicherten Personen ist allerdings festzustellen, dass weiterhin eine Minderheit der Bevölkerung (ca. 2 %) durch die verschiedenen Angebote der Sozialleistungsträger angesprochen wird. Ganz besonders auffällig ist, dass Männer Präventionsangebote sehr eingeschränkt wahrnehmen, denn 75 Prozent aller Teilnehmer in settingunabhängigen Maßnahmen sind Frauen (vgl. Schneider & Schilenswolf, 2005).

Die daraus ableitbare Notwendigkeit einer Geschlechterdifferenzierung in der Prävention basiert auf den wissenschaftlich belegten geschlechtsspezifischen Unterschieden im Gesundheitsverständnis und den Krankheitsprofilen (vgl. Hurrelmann & Kolip, 2002). Aus psychosozialer Sicht werden insbesondere Unterschiede im Gesundheitsverhalten durch sog. geschlechtsspezifische Stereotypen beschrieben. Männer haben danach hohe Ansprüche an sich selbst, Probleme selbst und ohne Hilfe zu lösen, Unwohlsein ertragen zu können und Kontrolle über die eigene Leistungsfähigkeit zu erfahren, wodurch das Aufsuchen professioneller Hilfe (vgl. Froböse, 2007; Klotz, Hurrelmann & Eickenberg, 1998) erschwert wird. Männer betrachten ihren Körper als „beeinflussbar“ und als Instrument, während Frauen sensibel auf ihren Körper achten und bestrebt sind, ein Gleichgewicht herzustellen. Dies könnte dazu führen, dass Männer im Vergleich zu Frauen ein deutlicheres Vermeidungsverhalten im Umgang mit gesundheitlichen Belastungen und Risiken zeigen. Eine aktive Teilnahme an Präventionsmaßnahmen setzt aber die Wahrnehmung voraus, dass in einem bestimmten „Risikogebiet“ Gesundheitsgefährdungen bestehen. Im Gegensatz zu Frauen ist dieses Eingeständnis mit der männlichen Rolle nur bedingt vereinbar (vgl. Hurrelmann & Kolip, 2002). Im Rahmen dieser Studie soll vor diesem Hintergrund die Teilnahme der Männer an gesundheitssportlichen Angeboten erhöht werden. Zu diesem Zweck wurde das gesundheitsorientierte Kurskonzept „Aktiv in Be-

wegung“ erstellt, durch das vor allem Männer über vielfältige Bewegung und die Verbindung von Informationsvermittlung und Aktion differenziert angesprochen werden sollen. Die Inhalte der Präventionskurse berücksichtigen Aspekte wie Wissensvermittlung über die Auswirkungen von Bewegung auf den Körper und Bewusstseinsbildung für den eigenen Körper sowie die Bereitschaft, in diesen zu investieren, und betonen den Leistungsaspekt, der vor allem die Zielgruppe der Männer anspricht.

Das Konzept entspricht den „Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008.“ und wird entsprechend von den Krankenkassen subventioniert und bei der Umsetzung unterstützt.

Um die Zielgruppe von älteren Erwachsenen ab 50 Jahren und dabei insbesondere der Männer zu erreichen, sollen dem Prinzip der *sozialen Unterstützung* folgend niedergelassene Ärzte, die im Rahmen der Gesamtkampagne als Multiplikatoren fungieren, diese zu einem Bewegungspräventionskurs motivieren (vgl. Röger, 2005; Stiehr & Ritter 2005; Tiemann, Brehm & Sygusch, 2002). Dies beruht auf der Annahme, dass sich bewegungs- und sportinaktive Ältere am ehestens auf „ärztliche Empfehlung“ Bewegungs- und Sportaktivitäten zuwenden würden (vgl. Bonner-Altersport-Studie, Denk & Pache, 1996).

Mit dem Projektvorhaben „Aktiv in Bewegung“ soll ein Beitrag zur Evidenzbasierung von Bewegungspräventionskursen geleistet werden. Ziel des Moduls „Aktiv in Bewegung“ des Verbundprojektes ist:

- (1) *den Zugangsweg zur Zielgruppe zu evaluieren*: Hierbei soll überprüft werden, ob die Zielgruppe der bewegungs- und sportinaktiven Älteren und vor allen Dingen die Männer dieser Altersgruppe mit dem Kurs „Aktiv in Bewegung“ erreicht werden können. Es soll untersucht werden, ob der Zugangsweg über die niedergelassenen Hausärzte zur Erreichung der Zielgruppe führt (Zugangsweg „Ärzte“).
- (2) *die Programmdurchführung zu evaluieren*: Hierbei ist beabsichtigt, die Umsetzung und Ausführung des Kurskonzeptes „Aktiv in Bewegung“ zu überprüfen. Zu diesem Zweck sollen die Kursleiter nach Abschluss der Interventionsphase interviewt und die Kurszufriedenheit mit einem selbst entwickelten Teilnehmerfragebogen erhoben werden (vgl. Allmer, 1990).
- (3) *die Programmwirksamkeit zu evaluieren*: Die Wirkungen des Präventionskurses sollen in Hinblick auf die Aspekte der motivationalen Ausgangslage, der Lebenszufriedenheit, des allgemeinen habituellen Wohlbefindens, die Bedeutsamkeit der

Verhaltensänderung, die Handlungskompetenz, die Selbstbestimmung sowie die Änderungsstrategie untersucht werden.

2. Fragestellungen

Mit dem Projekt „Aktiv in Bewegung“ wird ein Beitrag zur Evidenzbasierung von Bewegungspräventionskursen mit Hilfe der Evaluation des Zugangsweges, der Programmdurchführung und der Programmwirkung geleistet. Vor diesem Hintergrund der Zielformulierung lassen sich folgende konkrete Fragestellungen festlegen:

- (1) Kann aufgrund der Wahl des Zugangsweges über den niedergelassenen Hausarzt die angestrebte Zielgruppe der älteren bewegungsinaktiven Erwachsenen, vor allem der Männer erreicht werden?
- (2) Wie wird die Konzeptionierung und praktische Umsetzung sowie Ausführung des Kurskonzeptes „Aktiv in Bewegung“ seitens der Kursleiter sowie der Kursteilnehmer bewertet?
- (3) Welche Wirkungen werden durch den Bewegungskurs „Aktiv in Bewegung“ bei den Kursteilnehmern erzielt? Sind die Kurswirkungen abhängig von der Häufigkeit der Bewegungsaktivität der Kursteilnehmer?
- (4) Wie nachhaltig sind die durch den Bewegungskurs bewirkten Veränderungen?

3. Untersuchungsmethode

3.1 Untersuchungsverfahren

Zur Evaluation der Programmdurchführung kommen die in Kapitel 6.2 vorgestellten Verfahren zum Einsatz. Hierbei handelt es sich um ein Kursleiterinterview sowie einen Teilnehmerfragebogen zur Kurszufriedenheit (nach Allmer, 1990). Zur Evaluation der Programmwirkung wurden folgende Verfahren eingesetzt (vgl. Kap. 6.3):

- a) Skala zu der Bedeutsamkeit der Sport- und Bewegungsaktivität nach Basler, Jäkle, Keller & Baum (1999)
- b) Selbstwirksamkeits-Skala von Fuchs & Schwarzer (1994)
- c) Sport- und bewegungsbezogene Selbstkonkordanz-Skala von Seelig & Fuchs (2006)
- d) Fragebogen zur Sport- und Bewegungshäufigkeit
- e) Skala zur Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen (vgl. Thefeld, Stolzenberg & Bellach, 1999)
- f) Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW) (Wydra, 2005)
- g) Fragebogen zu subjektiv wahrgenommenen Gesundheitswirkungen

h) Einschätzung des Gesundheitszustandes nach Antonowsky

3.2 Untersuchungsplan

Die Evaluation des Bewegungskurses „Aktiv in Bewegung“ erfolgt in drei Teilen. Für die Evaluation des Zugangsweges wird eine Querschnitterhebung bezüglich Akquisituation der Teilnehmer durchgeführt. Um die Programmdurchführung zu evaluieren, werden nach Beendigung des Kurses qualitative Interviews mit den Kursleitern geführt und die Kursteilnehmer zur Kurszufriedenheit befragt. Für die Evaluation der Kurswirkung liegt ein Versuch-/Kontrollgruppen Design (10 Wochen Interventionszeit) und follow - up Erhebung mit zwei Messzeitpunkten (6 Monate und 1 Jahr) zugrunde (vgl. Abbildung 1). Hierzu werden zwei Startphasen von Kursen geplant, einerseits die Phase 1 (Kursstart Januar 2008) sowie die Phase 2 (Kursstart April 2008).

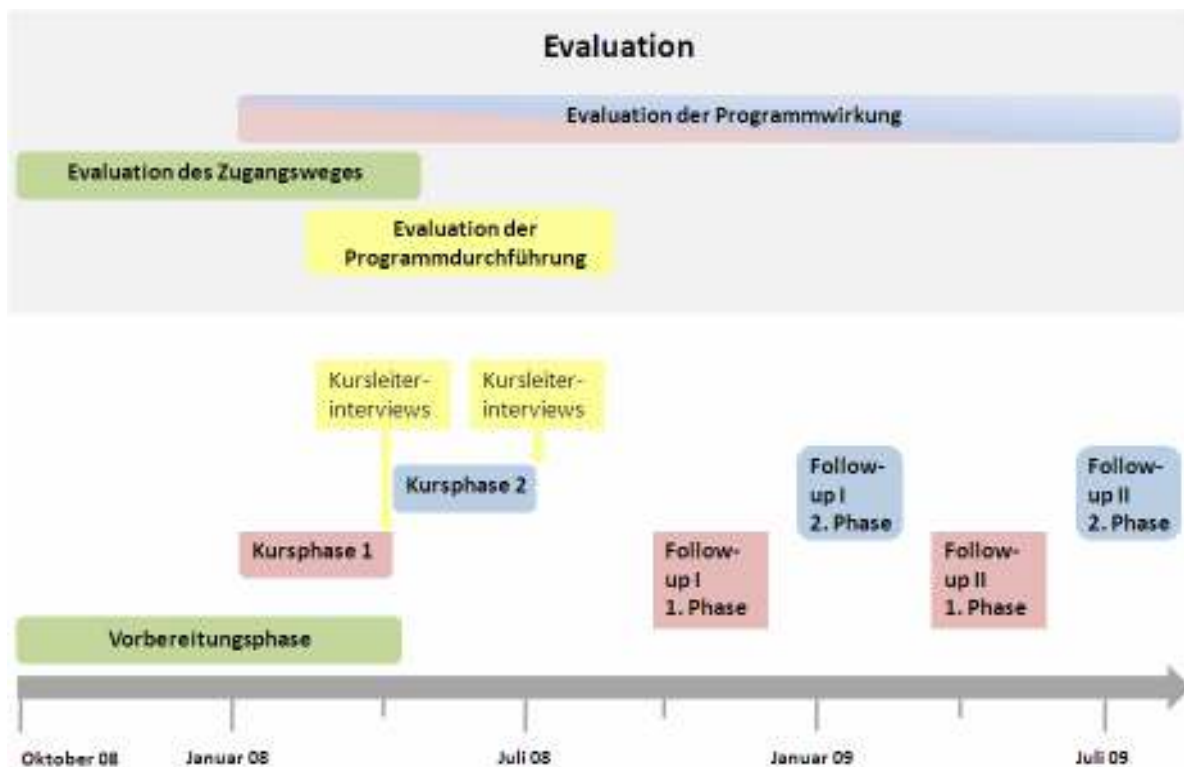


Abbildung 1. Untersuchungsplan zur Evaluation des Präventionskurses „Aktiv in Bewegung“

Die Evaluation der Kurswirkung bezieht sich auf vier Messzeitpunkte: T_1 : Kursbeginn, T_2 : Kursende, T_3 : 6 Monate nach Kursende und T_4 : 12 Monate nach Kursende.

3.3 Untersuchungsgruppen

Zur Rekrutierung der Stichprobe für die Evaluation der Kursdurchführung und Kurswirkung werden für jede Phase 13 Bewegungskurse beworben. Aufgrund fehlender

Teilnehmeranmeldungen finden insgesamt 13 Bewegungskurse „Aktiv in Bewegung“ statt: 7 Kurs in der 1. Phase (N=70) und 6 Kurse in der 2. Phase (N= 52) (vgl. Abb. 2).

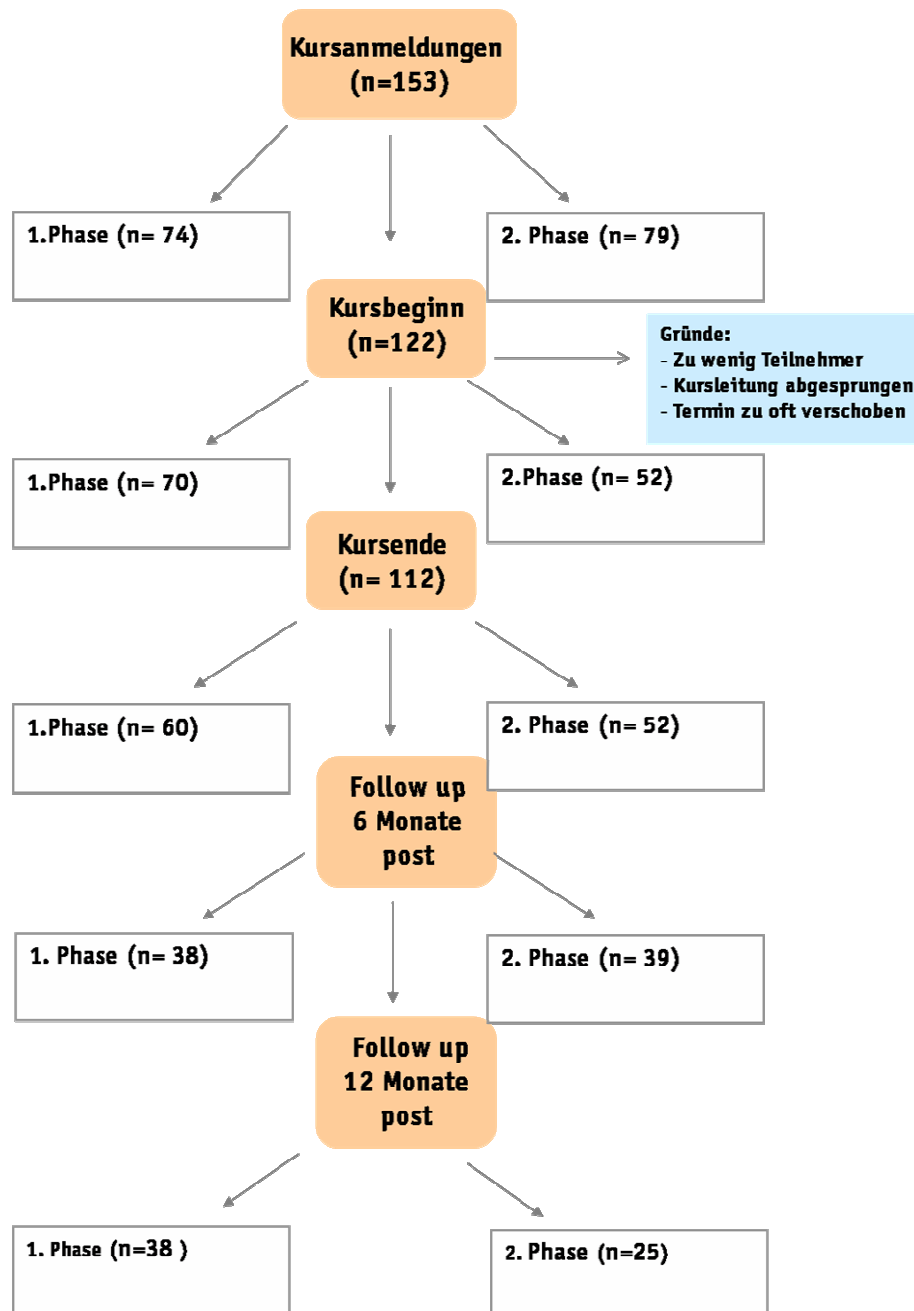


Abbildung 2. Übersicht der Kursanmeldungen

Für die Evaluation der Kursdurchführung durch die Kursleiter werden die Interviews von acht Kursleitern herangezogen.

Kursteilnehmer

Für die Analyse der Kursdurchführung und die Evaluation der Kurswirkung gehen insgesamt die Fragebögen von 112 Teilnehmern ein. Nachfolgend werden zum einen die soziodemographischen Merkmale vorgestellt sowie zum anderen die bewegungsbezogenen und motivationalen Charakteristika der Stichprobe.

Soziodemographische Merkmale der Stichprobe: Das Alter der Stichprobe beträgt im Durchschnitt 59,3 Jahre ($\pm 8,0$, $n=100$). Von den 112 Teilnehmern sind 52% Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 60 Jahren und 48% Männer mit einem durchschnittlichen Alter von 59 Jahren. Die meisten Teilnehmer sind berentet (40%) und ein Drittel befindet sich im Angestelltenverhältnis.

Bezüglich der Schulbildung ist die Gruppe der Teilnehmer mit einem Volks-/ Hauptschulabschluss (29,5%) am häufigsten vertreten, gefolgt von den Realschülern (24%), den Fachhochschülern (20%) und den Hochschülern (17%). Die restlichen Teilnehmer (9,5%) haben einen Gymnasialabschluss.

Insgesamt treiben 22% ($n=22$) der Stichprobe im Verein sowie 38% ($n=36$) in einem Gesundheitszentrum Sport. Die restlichen 54 Teilnehmer sind sportlich nicht organisiert.

Der wöchentliche Umfang der Bewegungs- und Sportaktivität vor Kursbeginn wird in fünf unterschiedlichen Ausprägungen erfasst (vgl. Tab. 1). Die Verteilung zeigt, dass es sich um eine „bewegungs- und sportaktive“ Teilnehmergruppe handelt.

Tabelle 1. Bewegungs- und Sportaktivität der Kursteilnehmer

Bewegungs-/Sportaktivität	n	%
Mehr als 4 Stunden / Woche	7	6,9
2 bis 4 Stunden / Woche	26	25,7
1 bis 2 Stunden / Woche	31	30,7
Weniger als 1 Stunde / Woche	19	18,8
Keine sportliche Betätigung	18	17,8

Motivationale Merkmale der Stichprobe: Mit Hilfe der sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz-Skala von Seelig und Fuchs (2006) wird der Grad der Selbstbestimmung erfasst, die zum Ausdruck bringt, inwieweit die gebildete Absicht an dem Bewegungskurs „Aktiv in Bewegung“ teilzunehmen mit den persönlichen In-

teressen der Person übereinstimmt. Die identifizierte Motivation der Stichprobe, die die individuelle Akzeptanz und volle Einsicht in die Notwendigkeit des Bewegungskurses darstellt, liegt mit $10,4 (\pm 1,7)$ in einem hohen Bereich. Die introjezierte Motivation wie z. B. Pflicht- oder Schuldgefühle liegt für die Stichprobe in einem mittleren Bereich mit $8,2 (\pm 2,0)$. Für die extrinsische Motivation, also durch Motivation von äußeren Gegebenheiten wie z.B. Belohnung/Bestrafung liegen niedrige Werte für die Gesamtstichprobe vor ($4,5 \pm 2,1$).

Die Teilnahmemotivation an dem Bewegungskurs ist für die „Steigerung des körperlichen Wohlbefindens“ und „Verbesserung der psychophysischen Leistungsfähigkeit“ am stärksten ausgeprägt. Die „Erhöhung der sozialen Kompetenz“ hat etwas geringere Bedeutung als Teilnahmemotivation (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2. Teilnahmemotivation am Bewegungskurs

Teilnahmemotivation	n	x ± s
Erhöhung der sozialen Kompetenz	101	$8,70 \pm 3,33$
Steigerung der emotionalen Ausgeglichenheit	101	$10,36 \pm 3,42$
Verbesserung der psychophysischen Leistungsfähigkeit	100	$13,59 \pm 2,52$
Steigerung des körperlichen Wohlbefindens	101	$14,06 \pm 2,18$

Kursteilnahme in Abhängigkeit von der Bewegungs- und Sportaktivität

Um zu analysieren, welchen Einfluss die Bewegungs- und Sportaktivität auf die Stichprobenmerkmale und die Kurswirkungen hat, wird zur weiteren Analyse die Stichprobe in drei vergleichbare Aktivitätsgruppen eingeteilt (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3. Aktivitätsgruppen der Stichprobe

Aktivitätsgruppen	n	%
Gruppe A weniger als 1 Stunde/ Woche	37	36,6
Gruppe B 1 bis 2 Stunden / Woche	31	30,7
Gruppe C mehr als 2 Stunden/ Woche	33	32,7

Bezüglich der *motivationalen Ausgangslage* der Kursteilnehmer ist festzustellen, dass sich die Aktivitätsgruppen in der *identifizierten Motivation* signifikant ($p < 0,001$) unterscheiden (vgl. Abb. 3). Die eigene Akzeptanz und Einsicht für die Notwendigkeit des Bewegungskurses ist bei den am wenigsten Bewegungs- und Sportaktiven am niedrigsten und unterscheidet sich signifikant von den Gruppen B und C ($p < 0,001$). Die bewegungs- und sportaktivsten Teilnehmer (Gruppe C) unterscheiden sich signifikant von der Gruppe B ($p < 0,001$). Für die introjizierte und extrinsische Motivation liegen keine der Aktivitätsgruppenunterschiede vor.

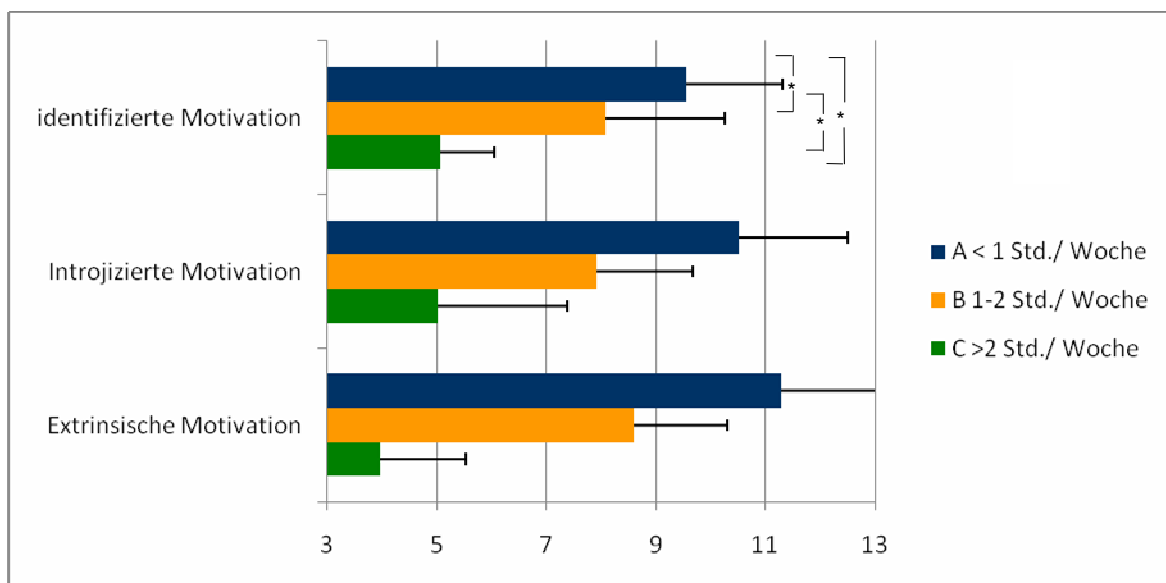


Abbildung 3. Selbstkonkordanz in Abhängigkeit von Aktivitätsgruppen

Die Motivation zur Teilnahme an dem Bewegungskurs unterscheidet sich bezüglich der Aktivitätsgruppen für die „Verbesserung der psychophysischen Leistungsfähigkeit“ ($F = 4,99$; $p < 0,01$) und die „Steigerung des körperlichen Wohlbefindens“ ($F = 3,96$; $p < 0,05$). Die Teilnahmemotivation zur Verbesserung der psychophysischen Leistungsfähigkeit ist bei den bewegungs- und sportaktivsten Teilnehmern signifikant höher als bei der Gruppe A und Gruppe B (vgl. Abb. 4). Die Teilnahmemotivation zur Steigerung des körperlichen Wohlbefindens ist für die Gruppe B, die 1-2 Stunden pro Woche körperlich aktiv ist, am niedrigsten und unterscheidet sich signifikant von der Gruppe C.

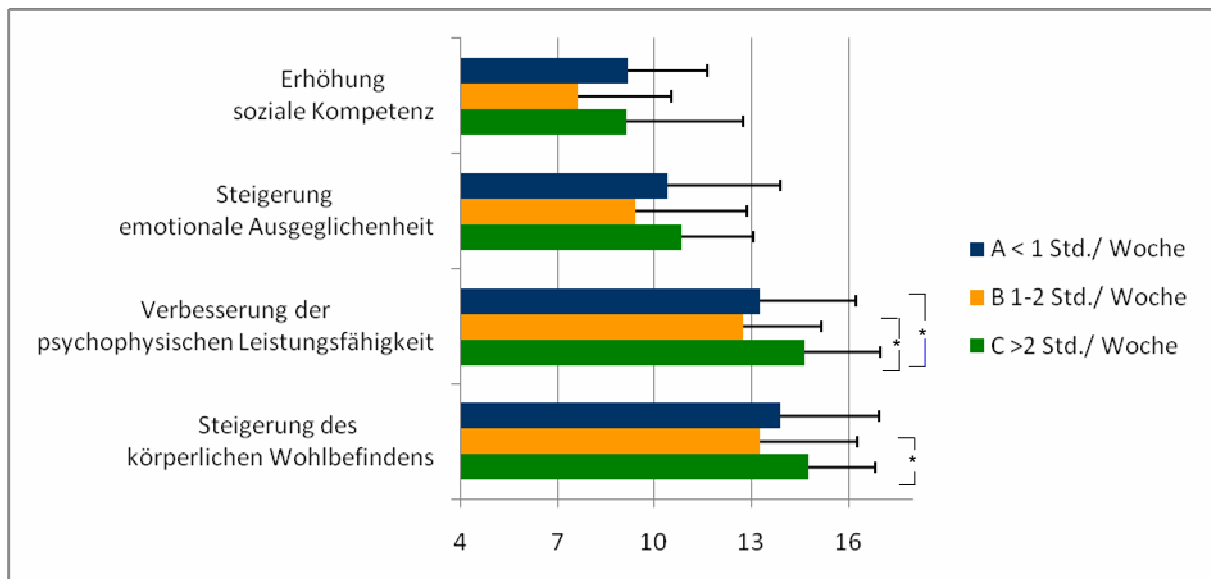


Abbildung 4. Teilnahmemotivation in Abhängigkeit von Aktivitätsgruppen

3.4 Untersuchungsdurchführung

Um den Untersuchungsplan zu realisieren, wird in der *Vorbereitungszeit* folgenden Arbeitsschritten nachgegangen.

- Akquirieren von Anbietereinrichtungen der Bewegungssportkurse:* Es werden Vereine als auch TÜV-zertifiziert qualitätsgesicherte Gesundheitseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen angesprochen und für das Programm gewonnen. Bei den Sportvereinen werden nur die Vereine für Gesundheitssport und Sporttherapie berücksichtigt (VGS e.V.).
- Bewerbung des Präventionskurses „Aktiv in Bewegung“ durch zwei verschiedene Flyer:* Zur Bewerbung des Bewegungssportkurses werden zwei verschiedene Formen von Bewerbungsflyern entwickelt: (a) ein Informationsflyer sowie (b) ein Statementflyer (mit motivierenden Teilnehmeraussagen zu dem Bewegungskurs). Damit soll überprüft werden, ob die Gestaltung des Bewerbungsflyers einen Einfluss auf die Teilnahmeabsicht der angestrebten Zielgruppe hat.
- Erstellung eines kooperativen Netzwerkes von niedergelassenen Ärzten in der Nähe der beteiligten Einrichtungen:* In der angrenzenden Umgebung werden pro ausgewählter Einrichtung ca. 15-20 (in Ausnahmefällen bis zu 40) Allgemeinmediziner über die Ärztekammer Nordrhein und die Ärztekammer Westfalen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und angeschrieben. Zuvor wurde die Ärzteschaft über die Öffentlichkeitskampagne „Überwinde deinen Schweinehund“ durch die zuständigen Ärztekammern informiert. Entscheidend für die Auswahl war die

Standortnähe zu den jeweiligen Kooperationspartnern des Kurses „Aktiv in Bewegung“. In dem Anschreiben werden die Hausärzte über das Projekt informiert und mit Bewerbungsflyern ausgestattet. Die angeschriebenen Ärzte werden randomisiert und entweder mit dem „Informationsflyer“ oder dem „Statementflyer“ für das Präventionsangebot „Aktiv in Bewegung“ ausgestattet. Dabei wurde darauf geachtet, dass pro Einrichtung immer gleich viele Ärzte den „Informationsflyer“ oder den „Statementflyer“ erhielten. Nach Zusendung der Informationen werden alle angeschriebenen Ärzte vom Zentrum für Gesundheit telefonisch kontaktiert, um das Projekt näher vorzustellen, die Durchführung zu erläutern sowie für die Mitarbeit zu werben und aufkommende Fragen zu beantworten. Zu jedem ausgegebenen Flyer werden Fragebögen zum derzeitigen Bewegungs- und Sportverhalten beigefügt und durch ein Anschreiben darauf hingewiesen, dass dieser sowohl von Interessierten mit der Absicht der Kursteilnahme als auch von denjenigen, die nicht beabsichtigen am Bewegungskurs teilzunehmen, auszufüllen.

- d) *Aufstellen einer Kooperationsvereinbarung mit den Anbietereinrichtungen:* Um den Ablauf der Zusammenarbeit und das Ziel des Evaluationsprojektes zu sichern, wird eine Kooperationsvereinbarung mit den teilnehmenden Einrichtungen getroffen und unterzeichnet .
- e) *Schulung der Kursleiter in dem Präventionskonzept „Aktiv in Bewegung“:* Vor Beginn des Präventionskurses werden alle Kursleiter in dem Präventionskonzept „Aktiv in Bewegung“ geschult. Ziel der Schulung ist, den Umgang mit den einzelnen Materialien zu erarbeiten und Ziele sowie Inhalte des Präventionskonzeptes darzustellen. Das Konzept sowie die Schulung soll eine einheitliche und standardisierte Umsetzung des Kurses gewährleisten. Die Kursleiterschulung umfasst acht Unterrichtseinheiten.

Die *Evaluation der Kursdurchführung* gliedert sich in zwei Bereiche. Zum einen werden die Kursteilnehmer nach Beendigung des Kurses mit Hilfe eines Fragebogens zur Kurszufriedenheit (vgl. Kap. 6.2) befragt. Zum anderen werden die Kursleiter anhand eines teil-standardisierten Interviewleitfadens interviewt (Inhalte: Kursorganisation, Kurskonzept, Akzeptanz der Kursteilnehmer zu Evaluationsfragebögen und Kursinhalten, Effekte des Kurses, methodisch-didaktischen Prinzipien des Kurskonzeptes sowie Bewertung des Kurskonzeptes).

Zur *Evaluation der Programmwirkung* wird ein Fragebogen eingesetzt (vgl. Kap. 3.1), der von der Kursleitung in der ersten sowie letzten Stunde an die Kursteilnehmer zur

Beantwortung verteilt wurde. Die Fragebögen werden von der jeweiligen Kursleitung eingesammelt und an das Zentrum für Gesundheit gebündelt zurückgeschickt.

Zu beiden Follow-up Messzeitpunkten wird ein zweiseitiger Fragebogen mit einem Anschreiben und einem frankierten Rückumschlag an die Kursteilnehmer per Post zugesandt mit der Bitte um Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens. Eine Übersicht über die eingesetzten Fragebögen und Skalen zu den verschiedenen Testzeitpunkten gibt Tabelle 4.

Tabelle 4. Eingesetzte Untersuchungsverfahren

Erhebungsinstrument	T₁	T₂	T₃	T₄
Kursleiterinterview		x		
Fragebogen zur Kurszufriedenheit		x		
Bedeutsamkeit der Sport- und Bewegungsaktivität	x	x	x	x
Selbstwirksamkeits-Skala	x	x	x	x
Selbstkonkordanz-Skala	x			
Sport- und Bewegungshäufigkeit				
Häufigkeit der Sport- und Bewegungsaktivität	x		x	x
Organisationsform der Sport- und Bewegungsaktivität	x	x	x	x
Sportbezogene Absichtsbildung		x	x	x
Teilnahmemotivation am Bewegungskurs	x			
Skala zur Lebenszufriedenheit	x	x	x	x
Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden	x	x	x	x
Einschätzung des Gesundheitszustandes	x	x	x	x
Wahrgenommenen Gesundheitswirkungen		x		

Zur Evaluation der Programmwirkung war ein Versuchs-/Kontrollgruppen-Design (Wartegruppe) vorgesehen, der aufgrund der erschwerten Teilnehmerwerbung nicht

realisiert werden konnte, da zum Zeitpunkt des Kursbeginns der ersten Phase noch keine Anmeldungen für die Kurse der zweiten Phase vorlagen.

4. Evaluation des Zugangsweges

4.1 Fragestellung

Die forschungsleitende Fragestellung ist: Kann mit dem Zugangsweg „niedergelassene Hausärzte“ die angestrebte Zielgruppe der älteren bewegungsinaktiven Erwachsenen, vor allem der Männer erreicht werden?

4. 2 Untersuchungsgruppe

Insgesamt nehmen 112 Teilnehmer mit einem durchschnittlichen Alter von 59 Jahren ($\pm 8,0$) an dem Bewegungskurs teil. Von der Gesamtstichprobe sind 47,7% Männer mit einem durchschnittlichen Alter von 58,7 Jahren. Damit können deutlich mehr Männer erreicht werden als vergleichsweise in dem aktuellen Präventionsberichte (vgl. MDS, 2008, S. 68) dargestellt wird. Danach werden Kursangebote nach dem individuellen Präventionsansatz vornehmlich durch Frauen im Alter von 40-59 Jahren wahrgenommen. Im Handlungsfeld Bewegung nehmen mehr Frauen Präventionskurse wahr als Männer (76% vs. 24%). Vor diesem Hintergrund ist die Teilnehmerquote der männlichen Kursbesucher im Gegensatz zum allgemeinen Status Quo bei Präventionsangeboten (vgl. MDS, 2008, S. 68) als sehr zufrieden stellend einzuschätzen.

Neben der Wahl der Zugangswege kann die gute Teilnehmerquote der Männer auf die geschlechtsspezifische Kursprogrammplanung zurückgeführt werden. Darlison (2000) als Mitglied der IOC Arbeitsgruppe „Women & Sport“ betont, dass nur dann eine optimale Ausschöpfung der Gesundheitsvorteile zu erwarten ist, wenn geschlechterspezifische Gesundheitsunterschiede sowie Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen innerhalb der Konzeption berücksichtigt werden. Aus diesem Grund stellt das Bewegungsprogramm „Aktiv in Bewegung“ die körperliche Fitness in den Vordergrund, vermittelt körperliche Anstrengung als Erlebnis und integriert einfache Testungen, um das sportliche Können messbar zu gestalten und somit das Interesse der Männer zu erwecken (vgl. Dishman, 1994). Zusätzlich wird das apparative Gerätetraining integriert, um vermehrt die Aufmerksamkeit der Männer auf dieses Bewegungspräventionsprogramm zu lenken.

Losgelöst von dem Ziel vor allem Männer für bewegungsbezogene Präventionskurse anzuwerben, ist zu berücksichtigen, dass Männer, obwohl sie die Präventionsange-

bote nicht wahrnehmen, bewegungs- und sportaktiver sind als Frauen (vgl. Becker et al., 2006, Ellert et al., 2006, Lampert et al., 2005). Somit wäre zu vermuten, dass die Ansprache der Männer über das Motiv „gesundheitsorientierter Bewegungskurs“ kein optimaler Zugangsweg ist, da Männer sich vornehmlich selbst organisieren und unstrukturierte Angebote wahrnehmen.

Die Analyse der *Zugangswege zum Bewegungskurs* ergibt, dass fünf Teilnehmer (4,5%) durch die angeschriebenen Ärzte für die Bewegungskurse angeworben werden konnten. Um die Realisierung des Projektes nicht zu gefährden sind durch speziell auf Männer ausgerichtete Angebotstexte in Tageszeitungen (n=37), die Sporteinrichtungen (n=16) und die Empfehlung von Bekannten (n=30) die weiteren Teilnehmer für das Kursangebot motiviert worden (vgl. Tab. 5).

Die soziodemographischen Charakteristika der Kursteilnehmer bezogen auf den jeweiligen Zugangsweg sind in Tabelle 6 dargestellt. Im Hinblick auf die Geschlechtszugehörigkeit kann für die Zugangswege „Einrichtung“ (8 w / 8 m), „Zeitung“ (22 w / 15 m) und „Bekannte & Freunde“ (13 w / 17 m) eine weitestgehende Gleichverteilung angenommen werden. Auffällig ist, dass vier der fünf durch den Hausarzt angesprochenen Teilnehmer weiblich sind, aus vergleichsweise höheren Bildungsschichten stammen (drei von fünf) und zu 2/3 bewegungs- und sportaktiv sind.

Tabelle 5. Zugangswege zum Bewegungskurs

Zugangsweg über	n	%
Hausarzt	5	4,5
Einrichtung	16	14,3
Zeitung	37	33,0
Bekannte/Freunde	30	26,8
Krankenkasse	3	2,7
Sonstiges	11	9,8
Gesamt	102	100

Tabelle 6. Soziodemographische Merkmal in Abhängigkeit vom Zugangsweg

	Hausärzte	Einrichtung	Zeitung	Bekannte/ Freunde	Kranken- kassen	Sonstiges
Anzahl	5	16	37	30	3	11
Frauen	80%	50%	59,5%	43,3%	0%	36,4%
Männer	20%	50%	40,5%	56,7%	100%	45,5%
Altersschnitt	62,2 ± 9,6	54,3 ± 7,2	61,6 ± 6,5	58,6 ± 8,8	58,3 ± 9,6	60,0 ± 8,3
Frauen	60,7 ± 10,4	53,7 ± 6,6	61,7 ± 7,1	58,9 ± 9,2	0	62,0 ± 7,8
Männer	68,0	55,0 ± 8,5	61,5 ± 5,8	58,5 ± 8,7	58,3 ± 9,6	56,0 ± 6,8
Bildung						
einfache	20%	18,8%	32,4%	23,3%	66,7%	27,3%
mittlere	20%	18,8%	13,5%	36,7%	0%	27,3%
höhere	60%	56,4%	54,0%	30,1%	33,3%	45,5%
Sportaktive	60%	62,6%	67,8%	56,6%	100%	36,4%
Sportinaktive	40%	37,5%	35,1%	40,0%	0%	63,7%

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass nur wenige Teilnehmer durch die Multiplikatoren „Hausärzte“ für den Bewegungskurs rekrutiert werden konnten. Aus diesen Ergebnissen ist zu folgern, dass sich sowohl quantitativ als auch qualitativ der Zugangsweg „Hausärzte“ als wenig Erfolg versprechend erwies, als Multiplikatoren für die Erreichung von spezifischen Zielgruppen für Bewegungspräventionsangebote zu dienen. Hausärzte als Multiplikatoren zu empfehlen, um mehr Teilnehmer für Sportvereine zu rekrutieren (Lehr, 2003) oder als Multiplikatoren für die Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen, bedarf angesichts der vorliegenden Ergebnisse einer neuen Bewertung.

Walter und Mitarbeiter (2002) kommen in ihrer Untersuchung zu der Wirksamkeit von Zugangswegen und Auswahlstrategien für kassenbezogene Prävention zu vergleichbaren Ergebnissen. Zur Rekrutierung von inaktiven Teilnehmern mit moderatem Bluthochdruck für zwei verschiedene Bewegungspräventionsmaßnahmen wurden vielfältige Zugangswege wie Mitgliederzeitschrift, regionale Presse, Anschreiben bisheriger Kursteilnehmer, Ärzte, Aushänge in Arztpraxen, Apotheken und Geschäfte auf ihre Effektivität hin verglichen. Von 1.814 Teilnehmern konnten nur 1% der Teilnehmer über den Hausarzt rekrutiert werden. Zusätzlich konnte die Studie für den

Zugangsweg „Arzt“ den ungünstigsten Zeitaufwand von 2.760 Minuten/Teilnehmer verzeichnen und stellt somit keine sinnvolle Aufwand-Nutzen Alternative dar.

Da die Evaluation des Zugangsweges „Hausärzte“ eine Zielsetzung des Projektes darstellt, werden die Hausärzte bezüglich ihrer Mitarbeit und eventuellen Probleme zur Mitarbeit befragt. Von den angeschriebenen Hausärzten (N=235), die sich in unmittelbarer Nähe der jeweiligen Kurseinrichtung befinden, haben sich 6% der Ärzte bereit erklärt, den Kurs aktiv zu unterstützen, indem sie eine direkte Empfehlung an den Patienten geben (vgl. Tabelle).

Tabelle 7. Mitarbeit der Hausärzte

Mitarbeit	Anzahl	%	
Aktiv	14	6	
Passiv	41	17,4	
Keine Mitarbeit	111	47,2	
Nicht erreicht	69	29,4	17% der Ärzte

wollen passiv mitarbeiten, indem sie die Flyer im Wartezimmer auslegen. Die meisten Ärzte (47%) waren nicht zur Mitarbeit bereit.

Angegebene Gründe für die ausbleibende Mitarbeit der Ärzte sind insbesondere „Zeitmangel“ (n=66), das „zahlreiche Material“ (n=41), welches Bestandteil des Projektes war (Anschreiben, Fragebögen für potentielle Teilnehmer, Flyer), sowie das „Überangebot an Präventionsangeboten“ (vgl. Tab. 8).

Tabelle 8. Gründe für fehlende Mitarbeit

Gründe	Anzahl
Zeitmangel	66
Zu viel Material	41
Überangebot Präventionsangebote	24
Falsche Adresse	22
Sonstiges	38

Zeitmangel als Hauptgrund für die fehlende Mitarbeit der Ärzte ist angesichts des engen Zeitbudgets der Ärzte pro Patient, vor allen Dingen vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen- und ökonomischen Lage, verständlich. Dass die Beratungstätigkeit im Sinne der Prävention, die keine medizinischen Maßnahmen umfasst, dabei am ehesten vernachlässigt wird, ist eine begründete Konsequenz. Vor diesem Hintergrund machen Scriba und Schwartz (2004) darauf aufmerksam, dass die Aufgabenbereiche der Ärzte sich insbesondere auf Versorgungsaufgaben beschränken und die Gesundheitsförderung und Prävention nur eine untergeordnete Aufgabe ihres Arbeitsgebietes darstellen.

Ein weiterer möglicher Grund für eine fehlende Beratungstätigkeit seitens der Ärzte liegt in der fehlenden Kenntnis über die Effekte von Bewegung auf die Gesundheit. Braumann und Mitarbeiter (2001) stellen in einer Befragung von 792 niedergelassenen Ärzten in Hamburg fest, dass nur die Hälfte die Kenntnis auf diesem Gebiet als mindestens gut einschätzt. Zudem stellt die Arbeitsgruppe heraus, dass die eigene Sport- und Bewegungserfahrung das Verordnungsverhalten deutlich beeinflusst. Nichts desto trotz ist die Erwartungshaltung der Bürger bzw. der Patienten durchaus oftmals so ausgerichtet, dass die Empfehlung des Arzt eine hohe Wertigkeit besitzt, wie auch die Aussagen unserer befragten Patienten des ärztlichen Wartezimmers bestätigen.

Der Cochrane Review von Hildson und Mitarbeiter (2005), der einen umfassenden und aktuellen Überblick über die Wirkungen von Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität für die Erwachsenenbevölkerung bietet, stellt Folgendes heraus. Maßnahmen im ärztlichen und klinischen Setting wie beispielsweise der Rat des Experten mit Unterstützung von Materialien haben dem Review nach zumindest einen kurzfristigen Effekt für die Aufnahme von körperlicher Aktivität. Die Empfehlung vom Bewegungsexperten kann dem Review zufolge bei längerfristigen Aktivitätsveränderungen unterstützend wirken. Im vorliegenden Projekt ist die Beratungsfunktion des niedergelassenen Hausarztes allerdings nicht deutlich geworden.

Ein weiterer möglicher Grund für die fehlende Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten könnte in dem fehlenden direkten Benefit seitens der Ärzte liegen. Weder finanzielle Konsequenzen, noch indirekte Folgen für die Praxis, wie eine qualitative Aufwertung, können die Hausärzte aus der bewegungsspezifischen Beratung ziehen. Somit besteht keine Win-Win Situation für den Arzt. In der Konsequenz wird

deutlich, dass der Zugangsweg „Hausärzte“ struktureller Modifikationen und einer verbesserten Wahrnehmung der Multiplikatorenfunktion bedarf.

5. Evaluation der Programmdurchführung

5.1 Fragestellung

Die forschungsleitende Fragestellung ist: Wie wird die Umsetzung und Ausführung des Kurskonzeptes „Aktiv in Bewegung“ von den Kursleitern und Kursteilnehmern bewertet?

5.2 Programmdurchführung aus Sicht der Kursleiter

Zur Evaluierung der Programmdurchführung wurden 8 Kursleiterinterviews auf der Basis eines selbst entwickelten teil-standardisierten Interviewleitfadens durchgeführt. Die Kursleiter wurden zeitnah nach Abschluss der Kursdurchführung im Zeitraum Mai bis Juli 2008 befragt. Die wichtigsten Aussagen zu den einzelnen Fragekomplexen werden folgend aufgeführt.

Organisation

Die allgemeine Organisation der „Aktiv in Bewegung“ Kurse durch das Zentrum für Gesundheit hat aus der Sicht der Kursleiter gut funktioniert. Alle Kursleiter fühlten sich gut beraten und mit Informationen versorgt. Als problematisch erwies sich allerdings der Bewerbungsweg der Kurse über die Hausärzte, da sich zu Beginn nur wenige bis keine Teilnehmer angemeldet haben. Alle Kursleiter teilten die Meinung, dass die Kursleiterschulung eine gute Vorbereitung und Hilfe für den späteren Kurs war. Anzumerken sei nur, dass die Praxis innerhalb der Schulung eventuell kürzer hätte sein können. Das Kursleitermanual ist sehr verständlich und konnte sinnvoll genutzt werden. Einige Kursleiter geben an, dass die angemeldeten Teilnehmer zum Teil unzureichend informiert waren und nicht wussten, was sie innerhalb des Kurses erwartet.

Zeitpunkt und Dauer des Kurses am frühen Abend in der Woche oder am Wochenende wurden von den Kursteilnehmern sehr gut angenommen, da vor allem Berufstätige die Möglichkeit hatten, die Kurse zu besuchen. Bei der weiteren Planung wäre zu bedenken, dass eventuell 12 statt 10 Unterrichtseinheiten sinnvoller wären, aufgrund der Vielfalt der Kursinhalte. Durch diese Erweiterung bleibt mehr Raum für vielfältiges Ausprobieren, Kennen lernen und Erleben von Bewegungsarten, so dass jeder Teilnehmer die Möglichkeit hat, individuell Adäquates an Bewegung zu erfahren. Somit kann die Nachhaltigkeit für Bewegung, welches als primäres Ziel von Be-

wegungspräventionsangeboten gilt, optimiert werden. Zusätzlich ist eine Verlängerung auf 12 Einheiten sinnvoll, um die Adhärenz zu verbessern. Wagner (2007), die sich in Deutschland ausgiebig mit der Aufrechterhaltung von Bewegungs- und Sportaktivitäten beschäftigt, macht auf den kritische Zeitraum während der 12.-14. Woche aufmerksam, in dem zunehmend Personen das neue Verhalten von mehr Aktivität wieder aufgeben. Überschreitet der Kurs diesen Zeitraum, wäre eine verbesserte Nachhaltigkeit zu erwarten.

Insgesamt betrachtet konnten alle Kursleiter die Örtlichkeiten und dazugehörigen Räume gut nutzen. Schwierigkeiten bereitete in einigen Einrichtungen die Benutzung der großen Krafttrainingsgeräte der Trainingsfläche bei fortlaufenden Patientenbetrieb oder der freien Nutzung von Mitgliedern der Einrichtung als Selbstzahler. Auch die Benutzung der Kleingeräte stellte, bis auf die Nutzung der Hanteln, in den meisten Einrichtungen keine Probleme dar. Trotz anfänglicher Unwissenheit in Bezug auf die Themeninhalte, waren die Teilnehmer sehr zufrieden mit dem Kurs. Dennoch hätten sie sich weniger Theorie und mehr Praxis gewünscht.

Kursinhalte

Die Kursleiter wurden nach der wahrgenommenen Akzeptanz des Kurses bei den Teilnehmern gefragt. Dabei wurden zuerst die einzelnen Inhalte systematisch erfragt sowie auf methodisch-didaktische Aspekte eingegangen, bevor die Akzeptanz des Kursfragebogens überprüft wurde.

Ein- und Ausgangstest/ Körperwahrnehmung: Zu Beginn sowie am Ende der 10 Einheiten wurde ein kurzer motorischer Test durchgeführt. Dieser wurde von den Teilnehmern allgemein sehr gut angenommen. Sie fanden es interessant zu wissen, was sie können und inwiefern sie sich verbessert haben. Nur der zeitliche Rahmen der Durchführung hat sich als schwierig erwiesen. Zudem bildete die Körperwahrnehmung, neben der theoretischen Einführung und dem motorischen Test, das Kernziel der ersten Einheit. Insgesamt war die Akzeptanz sehr gut. Vereinzelt haben Frauen den Teil der Körperwahrnehmung mehr akzeptiert als Männer.

Ausdauertraining: Das Ausdauertraining traf auf eine sehr gute Akzeptanz, insbesondere in Verbindung mit Aerobicseinheiten. Damit wird deutlich, dass moderne Formen der Bewegung, die aus dem Fitnessbereich stammen, in modifizierter Form auch die Zielgruppe der Älteren positiv anspricht. Dagegen wurde das Ergometertraining von einigen Teilnehmern zwar als sinnvoll, aber langweilig empfunden. Zum Teil wurde der Wunsch geäußert, lieber Walken zu gehen, als auf dem Ergometer zu

trainieren. Da das Ausdauertraining an Ergometern aus funktioneller Sicht betrachtet ideal steuerbar und sinnvoll ist, sollte der Schwerpunkt in weiteren Präventionskonzepten auf erlebnisbetonte Bewegungsformen gesetzt und die Möglichkeiten ausgeschöpft werden.

Kräftigungsübungen und Gerätetraining: Das Kräftigungstraining mit Hanteln, an Trainingsgeräten und mit dem eigenen Körpergewicht wurde sehr gerne angenommen, um sich vor allem auszupowern. Auch wenn die Übungen als anstrengend empfunden worden sind, hatten die Teilnehmer große Freude daran. Die Akzeptanz und Interesse ging bei vielen soweit, dass bei vorhandenem Angebot der Einrichtungen die Möglichkeit genutzt wurde, sich direkt für das Gerätetraining anzumelden. Anfangs mussten die Frauen für dieses Themengebiet motiviert werden, da es für viele Neuland war. Im weiteren Verlauf konnten sich die meisten weiblichen Teilnehmer sehr gut mit dem Krafttraining, vor allem an Geräten, anfreunden.

Insgesamt mussten mehr Einheiten für das Gerätetraining eingeräumt werden, da die optimale Geräteeinstellung sowie das Erläutern von Trainingsprinzipien durch die fehlende Selbstständigkeit einen höheren Zeitaufwand als angedacht erfordert. Allerdings ist die organisatorische Realisation des Trainings auf der Trainingsfläche nicht unproblematisch, wenn zusätzlich Regelbetrieb in der Einrichtung herrscht. Selbst wenn das Gerätetraining eine Herausforderung an die Kursleitung sowie die Kursorganisation darstellt, sollte aufgrund der hohen Akzeptanz der Teilnehmer nicht auf das Gerätetraining verzichtet werden. Zu überlegen wäre eine Modifikation des Kurses ausschließlich mit kleinen Trainingsgeräten für Einrichtungen, die eine Integration nicht realisieren können.

Koordinations- Beweglichkeitstraining: Nach den ersten Erfolgen innerhalb der Koordinationsübungen und der spielerischen Form der Koordinationsleiter, konnte das Interesse und die Begeisterung bei vielen Teilnehmern geweckt werden. Vor allem konnte die Bedeutung der koordinativen Fähigkeiten durch den Bezug zum Alltag hergestellt werden. Die Übungen zur Verbesserung der Beweglichkeit wurden von den Kursleitern in jeder Stunde als Art Ritual eingebaut. Die Teilnehmer haben dies als Selbstverständlichkeit verstanden und dem Beweglichkeitstraining größtmögliche Bedeutung zugeschrieben, vor allem weil sich ihre Beweglichkeit zum Teil spürbar verbessert hat.

Entspannung: Zur Förderung der Entspannungsfähigkeit wurde vorrangig die PMR Methode von den Kursleitern genutzt. Selten wurden weitere Entspannungsverfahren

hinzugezogen, weil die methodische Anleitung sowie persönliche Erfahrung gefehlt hat. Von einigen wurde die Entspannung sehr gut aufgenommen, bei anderen wiederum war nur eine mittelmäßige Akzeptanz vorhanden, weil man sich in ihrer subjektiven Sichtweise während der Entspannung nicht anstrengen muss.

Infoblätter/Hausaufgaben und Übungen für zu Hause: Die Informations- und Hausaufgabenblätter wurden von den Kursleitern nach jeder Stunde verteilt. Die Bereitschaft der Teilnehmer zum Bearbeiten war wegen des Umfangs nicht sehr groß und hat sie wegen ihrer Quantität zum Teil überfordert. Darüber hinaus wurde der Wunsch geäußert, Fragen mit den eigenen Worten beantworten zu dürfen und nicht die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten anzukreuzen. Mit Hilfe der Übungsblätter konnte aus Sicht der Kursleiter ca. die Hälfte der Teilnehmer erreicht und für deren Nutzung zu Hause motiviert werden.

Die Kursblätter, die konkrete Aufgaben für den Kursteilnehmer beinhalten und deren Erarbeitung für die folgende Stunde von Bedeutung ist, werden besser angenommen. Der Cochrane Review von Hildson und Mitarbeiter (2005) stellt heraus, dass Interventionen zur körperlichen Aktivität, die Verhaltensaspekte schulen sowie individuelle Fragestellungen klären, langfristig erfolgreicher für eine Verhaltensänderung sind als Interventionen ohne Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen. Allerdings ist das Maß der Informationsvermittlung entscheidend und sollte möglicherweise an einigen Stellen des Konzeptes komprimiert werden. In der praktischen Konsequenz haben die Kursleiter demzufolge auch mehr zeitliche Ressourcen für die einzelnen Inhalte.

Effekte

Aus Sicht der Kursleiter konnte die körperliche Belastbarkeit der Teilnehmer während des Kurses verbessert werden. Die Übungen wurden nicht mehr als so anstrengend wie zu Beginn empfunden. Zudem hat die Atmosphäre in der Gruppe und die Gruppendynamik dazu beigetragen, regelmäßig zum Bewegungskurs zu kommen. Als weiterer Effekt wird angegeben, dass im Laufe des Kurses sich die Einstellung zum Sport und zum Bewegen verbessert hat. Die Akzeptanz der Teilnehmer für die Notwendigkeit von Bewegung hat sich aus der Sicht der Kursleiter verbessert.

Methodisch-didaktische Leitfragen

Auf die Frage nach der methodisch-didaktischen Hinführung zur Belastungsdosierung urteilten die Kursleiter, dass die gewählte Belastungsuhr sehr gut in der Praxis eingesetzt werden konnte und von den Teilnehmern angenommen und verstanden

worden ist. Vor allem beim Gerätetraining war der Einsatz ohne Probleme möglich. Beim Ausdauertraining wurde die Belastungsuhr allerdings weniger eingesetzt.

Das Thema Körperwahrnehmung und Aufmerksamkeitslenkung wurde als ein schwer zu vermittelndes Thema empfunden. Trotzdem war die gegebene Anleitung im Kursleitermanual sehr gut und erleichterte die Übungsdurchführung für die Kursleiter.

Weitere Ziele von Präventionskursen sind die Übernahme von Eigenverantwortung und das Einbringen eigener Ideen. Die Kursleiter allerdings erklären, dass während des Kurses kaum Ideen der Kursteilnehmer eingebracht wurden.

Der Alltagstransfer war in den einzelnen Kursstunden gelegentlich möglich, allerdings immer wieder schwer im Bewegungskurs unterzubringen.

Konzeptbewertung

Insgesamt haben die Kursleiter das Konzept mit „gut“ bewertet. Die Themengebiete sowie deren Reihenfolge waren gut gewählt und es wurden keine Verbesserungsvorschläge genannt. Besonders das Kursleitermanual als auch die Teilnehmerunterlagen wurden als sehr hilfreich empfunden. Angemerkt wurde, dass der Stundenumfang aufgrund des hohen theoretischen Anteils sowie der Einführung in das Gerätetraining eventuell erhöht werden sollte. Zudem wurde von den Kursleitern angemerkt, dass der theoretische Teil eventuell zu umfangreich ist, da die Teilnehmer vor allem in der Erwartung zu einem Bewegungskurs kommen, in dem Praxis vorherrscht und trainiert wird.

Für die Teilnehmer sei zusätzlich wichtig, dass sie sich während des Kurses körperlich anstrengen. Somit kommt der individuellen Belastungssteuerung und dem Fingerspitzengefühl des Kursleiters eine wichtige Rolle zu. Infolgedessen ist bei der Kursplanung die moderate Belastungssteuerung zu überdenken, ohne die Teilnehmer zu überfordern. Der konsequente Einsatz der subjektiven Belastungsabfrage, die Schulung der eigenen Körperwahrnehmung und in Konsequenz die professionelle Differenzierung und Modifizierung von Übungen sind unumgänglich.

Fazit

Zusammenfassend kann eine Optimierung des derzeitigen Bewegungskonzeptes „Aktiv in Bewegung“ durch folgende Punkte erreicht werden:

- a) Kursstruktur auf 12 x 90 Minuten anstatt nur 10 x 90 Minuten erweitern
- b) Alternativkonzept ohne Einsatz von Großgeräten für Anbieter, denen keine Gerätefläche für Präventionskurse zur Verfügung steht

- c) Variation von Ausdauertrainingsmöglichkeiten und Integration von neuen Bewegungsangeboten wie Aerobic, Nordic Walken etc.
- d) Individuelle Belastungssteuerung und Differenzierung innerhalb des Kurses wichtig, so dass eine subjektive Erschöpfung erreicht wird
- e) Informations- und Hausaufgabenblätter auf wesentliche Bestandteile beschränken bzw. einen vermehrten Aufforderungscharakter integrieren

5.3 Programmdurchführung aus Sicht der Teilnehmer

Die Kurszufriedenheit wurde mit einem selbstentwickelten Fragebogen (Allmer, 1990) erhoben, der vier Zufriedenheitsfaktoren umfasst (vgl. 6.2). Die Zufriedenheit mit der Gruppe, der Kursleiterkompetenz und dem Nutzen des Bewegungskurses weisen hohe Ausprägungen auf. Etwas weniger zufrieden sind die Teilnehmer mit den Bewegungsanforderungen des Kurses (vgl. Tabelle).

Tabelle 9. Kurszufriedenheit der Gesamtstichprobe

Zufriedenheit mit dem Bewegungskurs	$\bar{x} \pm s$
Zufriedenheit mit der Gruppe (n=87)	3,48 $\pm$ 0,48
Zufriedenheit mit Kursleiterkompetenz (n=84)	3,74 $\pm$ 0,55
Nutzen des Bewegungskurses (n=87)	3,52 $\pm$ 0,62
Zufriedenheit mit den Bewegungsanforderungen (n=83)	2,99 $\pm$ 0,64

Die Analyse der Kurszufriedenheit in Anhängigkeit der Aktivitätsgruppen ergibt für die Zufriedenheit mit dem „Nutzen des Bewegungskurses“ signifikante Unterschiede zwischen den Aktivitätsklassen ($F = 3,50$; $p < 0,05$). Die Gruppe der sportlich wenig Aktiven (A) schätzen den Nutzen signifikant höher ein als die Gruppe (B), die 1-2 Stunden pro Woche Sport treibt ($p < 0,05$). Am höchsten schätzt die sportlich sehr aktive Gruppe (C) den Nutzen ein und liegt somit signifikant über den moderat aktiven Personen ($p < 0,05$). Für die anderen Zufriedenheitsfaktoren bestehen keine bedeutsamen Gruppenunterschiede (vgl. Abb. 5).

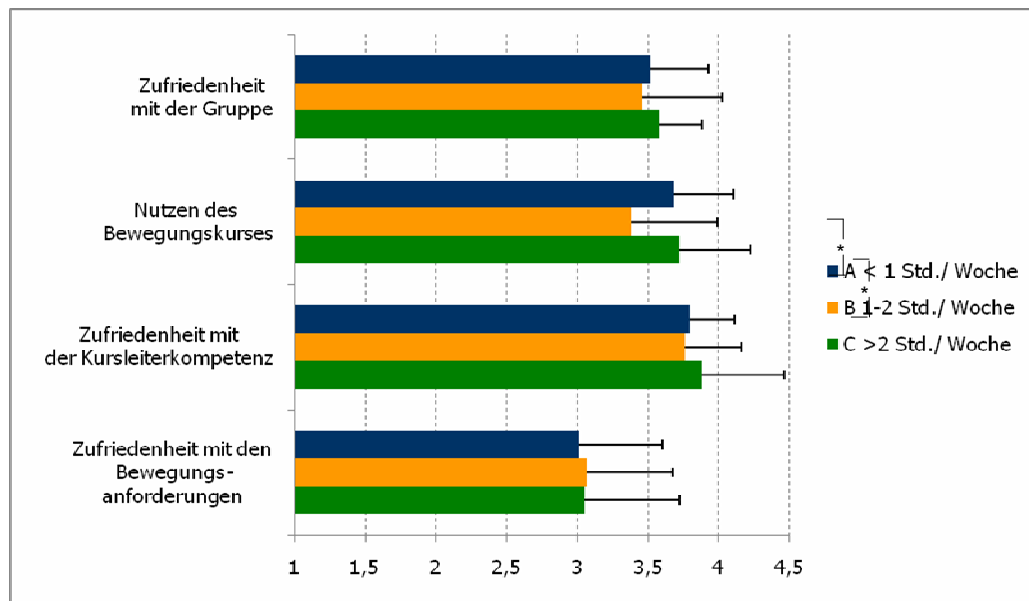


Abbildung 5. Kurszufriedenheit in Abhängigkeit von Aktivitätsgruppen

Die Teilnehmer äußern überwiegend hohe Zufriedenheit mit dem bewegungsbezogenen Präventionsangebot. Die „Zufriedenheit mit den Bewegungsanforderungen“ fällt vergleichsweise geringer aus und deutet darauf hin, dass die Kursteilnehmer nicht im vollen Umfang mit den individuellen Herausforderungen im Kurs einverstanden waren. Hierin zeigt sich, dass eine adäquate Belastungssteuerung ein Kernstück für einen erfolgreichen Kurs darstellt. Für die Praxis wird der Einsatz von qualifiziertem und professionellem Personal aus Bewegungsfachberufen und die konsequente Abfrage der subjektiven Belastungseinschätzung mit der Konsequenz von individueller Übungsmodifikation zur vordringlichen Aufgabe. Zu bedenken ist, dass die Hauptintention eines Bewegungspräventionskurses nicht in einer Steigerung der Leistungsfähigkeit besteht, sondern vielmehr in der Hinführung zu einem nachhaltig aktiven Lebensstil. Um dies zu erreichen, ist ein besonderes Augenmerk auf die Vielfalt von Bewegungsreizen und die Vermittlung von Handlungskompetenz zu legen.

6. Evaluation der Programmwirksamkeit

6.1 Fragestellungen

Die forschungsleitenden Fragestellungen sind:

- (1) Welche Wirkungen werden durch den Bewegungskurs „Aktiv in Bewegung“ bei den Kursteilnehmern erzielt?

- (2) Sind die Kurswirkungen abhängig von der Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität der Kursteilnehmer?

6.2 Kurswirkungen

Gesundheitszustand

Insgesamt betrachtet hat sich der *subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand* im Vorher-Nachher Vergleich signifikant verbessert ($t = 2,85$; $p < 0,01$). Die Teilnehmer schätzen sich im Mittel zu Beginn des Kurses auf der Stufe 60% gesund/ 40% krank ein und verbessern sich nach der Intervention auf das Niveau 70% gesund/30% krank.

Für die *wahrgenommenen Gesundheitswirkungen* des Bewegungskurses ergibt sich für die „Steigerung des körperlichen Wohlbefindens“ und die „Verbesserung der psycho-physischen Leistungsfähigkeit“ der größte Effekt (vgl. Tab. 10). Die „Steigerung der emotionalen Ausgeglichenheit“ und die „Erhöhung der sozialen Kompetenz“ weisen vergleichsweise geringere Werte auf.

Tabelle 10. Wahrgenommene Gesundheitswirkungen

Wahrgenommene Gesundheitswirkung	$\bar{x} \pm s$
Erhöhung der sozialen Kompetenz	9,46 $\pm$ 2,92
Steigerung der emotionalen Ausgeglichenheit	9,48 $\pm$ 3,13
Verbesserung der psycho-physischen Leistungsfähigkeit	11,86 $\pm$ 2,56
Steigerung des körperlichen Wohlbefindens	12,05 $\pm$ 2,85

Parameter der Änderungshandlung

Die *Selbstwirksamkeitserwartung* der Kursteilnehmer, die Zuversicht, die vorgenommene Sport- und Bewegungsaktivität auch unter schwierigen Bedingungen ausüben zu können, verbessert sich nicht signifikant ($F = -1,69$; $p = 0,095$).

Die Analyse der *Bedeutsamkeit der Sport- und Bewegungsaktivität* ergibt signifikante Verbesserungen der wahrgenommenen „Vorteile“ der Bewegungs- und Sportaktivität ($t = -2,61$; $p = 0,01$) und der „Bilanz“ (Differenzwert zwischen Vor- und Nachteilen) durch die Kursintervention ($t = -2,18$; $p = 0,03$). Die wahrgenommenen „Nachteile“ der Bewegungs- und Sportsaktivität bleiben unverändert (vgl. Abb. 6).

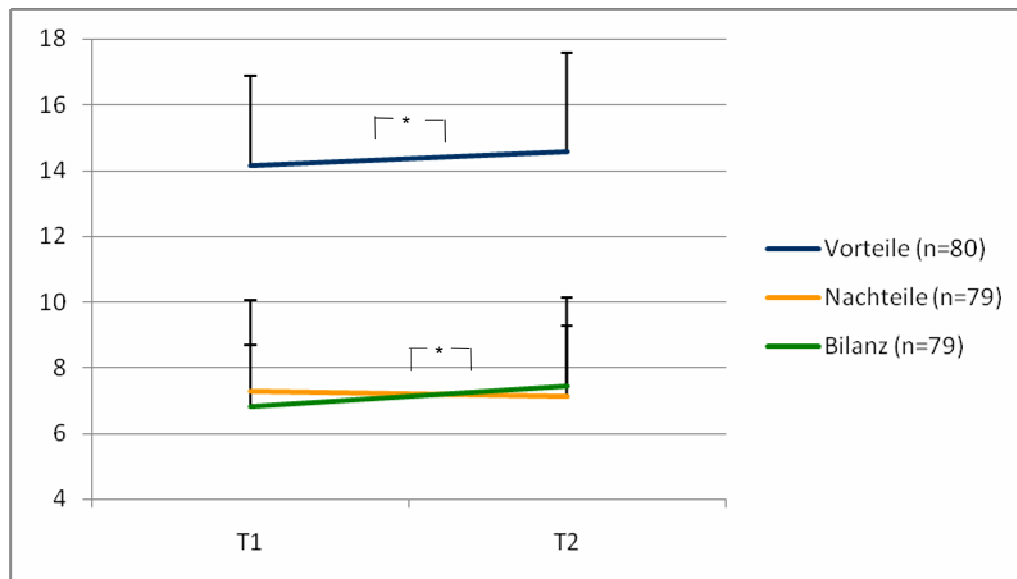


Abbildung 6. Entscheidungsbilanz zum Testzeitpunkt T_1 und T_2

Allgemeines Habituelles Wohlbefinden

Die Veränderungen des allgemeinen habituellen Wohlbefindens werden für die physischen, psychischen und sozialen Aspekte erfasst. Durch die Intervention verbessern sich das „körperliche Wohlbefinden“ ($t = -3,27$; $p < 0,01$) und „psychische Wohlbefinden“ ($t = -2,88$; $p < 0,01$) signifikant. Das „psychische Missbefinden“ und „soziale Wohlbefinden“ bleiben während des Interventionszeitraumes unverändert (vgl. Abb. 7).

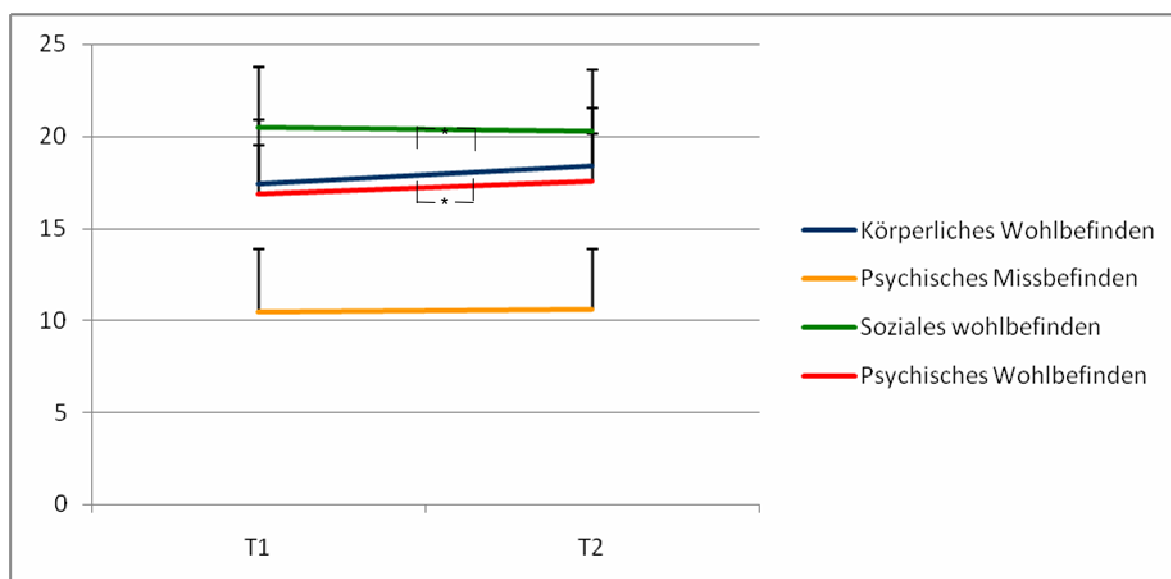


Abbildung 7. Habituelles Wohlbefinden zum Testzeitpunkt T_1 und T_2

Lebenszufriedenheit

Von 10 erfassten Lebensbereichen verändert sich der Lebensbereich „Gesundheit“ während des Interventionszeitraumes signifikant ($t = -2,91$; $p < 0,01$). Für alle anderen Lebensbereiche ergeben sich keine Veränderungen (vgl. Abb. 8).

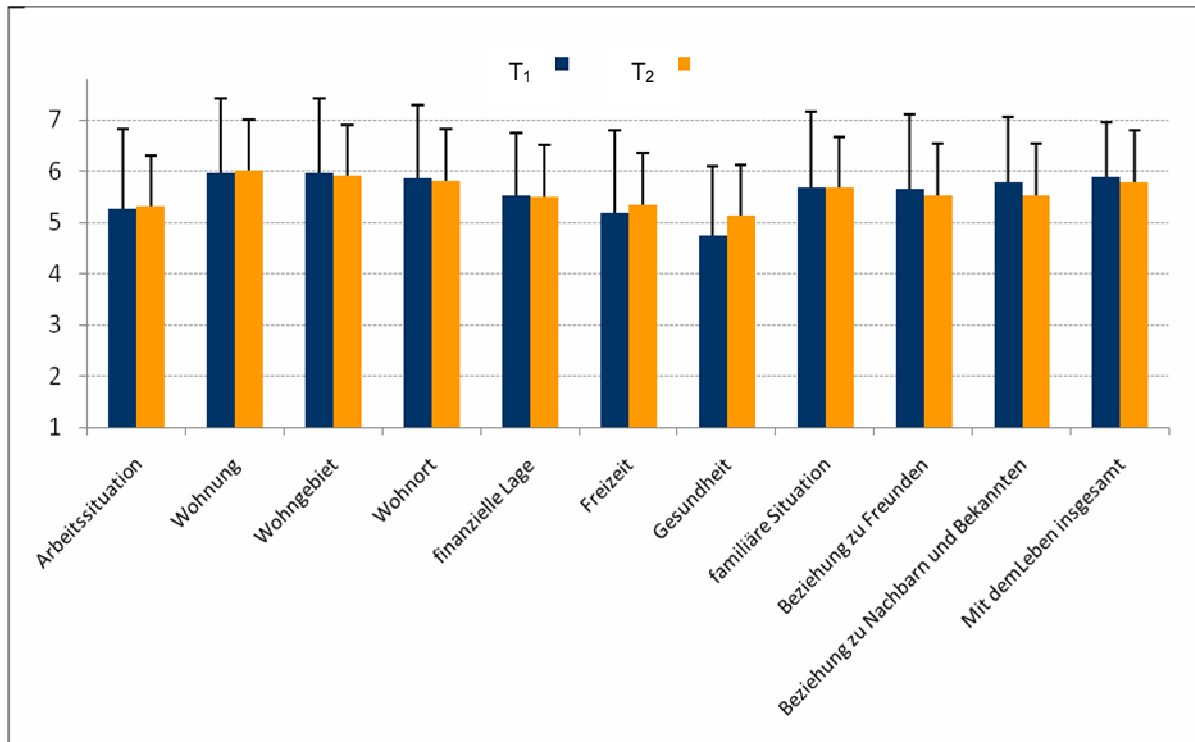


Abbildung 8. Lebenszufriedenheit zum Testzeitpunkt T_1 und T_2

6.3 Diskussion

Die wissenschaftliche Evidenz zur gesundheitlichen Wirkung von Bewegung, ist für viele Körpersystembereiche ausgiebig erforscht und hat in jüngster Zeit zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. Physical activity guidelines advisory committee, 2008). Mit ansteigendem Alter verringern sich die Ausdauerleistungsfähigkeit, die Muskelkraft, die Beweglichkeit und die Knochendichte, wenn man durch körperliche Aktivität nicht zielgerichtet diesem Prozess entgegensteuert. Eine Vielzahl an Studien belegt (vgl. Marti & Hättich, 1999; Saltin & Helge, 2000), dass ein sportlich aktiveres Leben sich positiv auf diese Indikatoren der Gesundheit auswirkt. Neben dem objektiv messbaren physischen gesundheitlichen Nutzen, fördert Bewegung zusätzlich das *subjektive körperliche Wohlbefinden* (vgl. Acree et al., 2006; Bize et al., 2007; McDonald, 1991; Morimoto et al., 2006; Shibata et al., 2007). Die Auswertung der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stützt diese Annahme, da das allgemeine körperliche Wohlbefinden sich durch den Kurs „Aktiv in Bewegung“ verbessert hat.

Petruzello und Mitarbeiter (1991) sowie Alfermann und Stoll (1996) bestätigen den Zusammenhang von körperlicher Aktivität und einem verbesserten Wohlbefinden. Gründe dafür sind nicht nur in der sportlichen Aktivität, sondern auch in der Interaktion mit der Gruppe zu suchen. Somit findet sich eine Bestätigung in der Programmkonzeption, dass neben den reinen Bewegungselementen auch Inhalte zur Förderung der Gruppenkohäsion von Bedeutung sind wie z.B. gemeinsame Erwärmungsspiele oder die Teamarbeit an den Trainingsgeräten.

Verbesserungen hinsichtlich der psychophysischen Leistungsfähigkeit und des allgemeinen Wohlbefindens sind allerdings nicht automatisch von einem Bewegungskurs zu erwarten. Schlicht (1994) und Knoll (1997) weisen darauf hin, dass für eine erfolgreiche Veränderung spezifische Parameter der Programmkonzeptionen (Dauer, Umfang und Intensität des Sportangebots) und personenabhängige Merkmale (Alter, Geschlecht, soziales Status) zu beachten sind. Durch den 10-wöchigen Kurs mit einer jeweiligen Dauer von 90 Minuten konnten erste Adaptationsprozesse auf der psychophysischen Ebene erreicht werden. Innerhalb der Konzeption des Kurses „Aktiv in Bewegung“ wurde darauf geachtet, dass vor allen Dingen die Interessen der Männer durch Programminhalte wie Gerätetraining, motorische Testungen oder Trainingsmodule, bei denen der eigene Körper durch Anstrengung spürbar wird, Beachtung finden. Es kann somit festgehalten werden, dass die Inhalte und deren Durchführung für die angesprochene Zielgruppe als adäquat einzuschätzen ist.

Die *Selbstwirksamkeit* beschreibt die Erwartung, die aufgrund der eigenen Kompetenzen besteht, ein bestimmtes Vorhaben umsetzen zu können. Bezug nehmend zu den Ergebnissen dieser Studie, bedeutet die Selbstwirksamkeit die Überzeugung, Sport auch unter schwierigen Bedingungen (fehlende Motivation, Lustlosigkeit etc.) treiben zu können. Während des Kurses hat sich diese Einstellung verbessert. Nach wie vor ist die persönliche Überzeugung, die sportliche Aktivität auch unter negativen Rahmenbedingungen zu realisieren, nur mittelmäßig ausgeprägt. Dies zeigt auf, dass konzeptionelle Inhalte zum Thema Vorsatzbildung hilfreich sein könnten, damit die Teilnehmer lernen, einen gefassten Bewegungsvorsatz tatsächlich umzusetzen. Auch das Akzentuieren, Erklären und Besprechen der Bewegungs- „Hausaufgaben“, um die Sinnhaftigkeit von Bewegung darzustellen, könnte die Selbstwirksamkeit stärken.

Die Selbstwirksamkeit determiniert in weiten Bereichen die Konsequenzerwartung (z.B. ich werde schlanker) und die Idee, wie das Verhalten am besten zu kontrollieren

ist (vgl. Biddle & Nigg, 2000). Sind die Konsequenzerwartung und Selbstwirksamkeit niedrig ausgeprägt, resultiert daraus eine geringe Überzeugung, Bewegungs- und Sportaktivitäten nach zu gehen (vgl. Schwarzer et al., 2008). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Teilnehmer des Präventionskurses „Aktiv in Bewegung“ ihre niedrigen Erwartungen zwar etwas höher setzen konnten, aber noch nicht vollständig von ihrem Sporttreiben überzeugt worden sind. Folglich ist es fraglich, ob diese Personen weiterhin bewegungs- und sportaktiv bleiben würden, außer sie haben sich zuvor schon sportlich betätigt.

Die *Entscheidungsbilanz* beschreibt das Abwägen von Vor- und Nachteilen. Sie zielt darauf ab, die Bedeutsamkeit eines Verhaltens wiederzugeben (vgl. Penz, 2008). Letztendlich kann aus der Verschiebung der Entscheidungsbilanz eine Verhaltensänderung resultieren. Nach Gollwitzer (1999) bedarf es einer vorangegangenen Zielintention, um Vor- und Nachteile abwägen zu können. Zielintentionen sind motivationale Prozesse des Abwägens und Auswählens zwischen verschiedenen, zum Teil schon bestehenden Wünschen und Bedürfnissen. Um weiterhin Personen für Bewegung motivieren zu können, müssen diese den Vorteil einer sportlichen Aktivität erkennen und verinnerlichen. Vergleichend mit unseren Ergebnissen sehen die Teilnehmer nach Beendigung des Bewegungskurses signifikant mehr Vorteile in der Bewegungs- und Sportaktivität. Zum einen konnte ein Grundwissen über die Vorteile von Bewegung vermittelt werden, zum anderen kommt es zu spürbaren physiologischen Reaktionen im Körper durch Sport wie z.B. die Freisetzung so genannter Glückshormone oder die spürbare Ökonomisierung des Herz-Kreislauf-Systems. Diesen physiologischen Effekt können die Kursteilnehmer sehr schnell nachspüren und assoziieren möglicher Weise eine positive Wirkung mit körperlicher Aktivität. Einhergehend mit den gestiegenen Vorteilen der Bewegungs- und Sportaktivität gegenüber, bleiben die wahrgenommenen Nachteile im Vorher-Nachher Vergleich unverändert. Insgesamt betrachtet, zieht dies eine Änderung der Bilanz nach sich, die aus der Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen resultiert und als Bilanzgewinn (mehr Vorteile, weniger Nachteile) oder Bilanzverlust (mehr Nachteile, weniger Vorteile) gekennzeichnet werden kann. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen eine signifikante Verbesserung der Bilanz aufgrund des Zugewinns von Vorteilen. Die beschriebenen physiologischen Veränderungen, die sich durch Bewegungs- und Sportaktivitäten ergeben, können folglich einen positiven Einfluss auf die Einstellung zum eigenen Bewegungs- und Sportverhalten nehmen.

Das *habituelle Wohlbefinden* beschreibt das für eine Person allgemeine Wohlbefinden, welches aus gesammelten emotionalen Erfahrungen resultiert. Es setzt sich aus kognitiven Abläufen, Umweltfaktoren und personenbezogenen Einflüssen zusammen (vgl. Becker, 1995). Im Vorher-Nachher Vergleich der Teilnehmer des Kurses „Aktiv in Bewegung“ zeigt sich, dass nach Beendigung des Kurses das körperliche und psychische Wohlbefinden signifikant gestiegen ist. Nach Kolip (1994) kommt es zu einem gesunden, ausgeglichenen Zustand der inneren Balance, wenn individuelle Bedürfnisse befriedigt werden (z.B. etwas für die Gesundheit tun) und die Möglichkeiten des eigenen Körpers genutzt werden. Der Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang von Bewegung auf die psychische Gesundheit und somit das Wohlbefinden kann nach Schlicht und Brand (2007) in dreierlei Hinsicht begründet werden. Zum einen könnte die körperliche Aktivität, demnach der Umfang, einen direkten Einfluss auf die psychische Gesundheit ausüben. Zum anderen könnte der Zusammenhang durch eine dritte Variable wie z.B. die Fitness beeinflusst werden, so dass das subjektive Wohlbefinden sich erhöht aufgrund einer gesteigerten Fitness. Der dritte Erklärungsansatz liegt in einer Mediator-Variable (wie z.B. die körperliche Fitness), die zwischen körperlicher Aktivität und Wohlbefinden vermittelt bzw. über die Stärke des Zusammenhangs zwischen Aktivität und psychischer Gesundheit entscheidet. Alle drei Erklärungsansätze sind für die vorliegenden Untersuchungsergebnisse denkbar. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Sport als Regulationsmechanismus wirksam sein kann. Stress kann abgebaut werden und Verspannungen, durch eine bessere Durchblutung der Muskulatur, gelöst werden. Des Weiteren erwähnen Sutherland & Cooper (1990) die Möglichkeit, über körperliche Aktivität eine Selbstreflexion einzuholen und das Selbstwertgefühl zu beeinflussen. Anders betrachtet sieht Schlicht (1990) in der besseren Einschätzung der eigenen Kompetenzen, die durch eine vielfältige Bewegung erreicht werden kann, eine belastungs- und stressmindernde Wirkung.

Zudem bietet Sport in der Gruppenform eine Möglichkeit der sozialen Unterstützung und des Rückhaltes, da sich mehrere Menschen mit dem gleichen Ziel bzw. der gleichen Absicht zum Sporttreiben treffen. Die soziale Integration ermöglicht das Gefühl der Bestätigung und Unterstützung (vgl. Brehm, 1992). Zusammenfassend wirken sich diese Aspekte auf das habituelle Wohlbefinden aus, die in dem Konzept des Bewegungskurses „Aktiv in Bewegung“ berücksichtigt sind, und für das verbesserte Wohlbefinden bei den Kursteilnehmern verantwortlich zu machen sind.

Die Analyse der Veränderungen der *Lebensqualität* durch den Bewegungskurs zeigt, dass im Vorher-Nachher Vergleich sich der Lebensbereich „Gesundheit“ als einziger Lebensbereich verbessert hat. Zieht man die Ergebnisse des habituellen Wohlbefindens heran, lassen sich die Verbesserungen im Lebensbereich „Gesundheit“ durch Steigerungen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens konkretisieren.

Ein verbessertes Gesundheitsempfinden kann das Resultat sportlicher Aktivität sein. Neben den psychosozialen Aspekten kommt es während körperlicher Bewegung zu psycho-physischen Regulationsmechanismen, wie z.B. zur Abnahme von Spannungs- und Angstzuständen, Müdigkeit, Depression sowie einem Anstieg der Vitalität (vgl. Abele et al. 1991; Brehm, 1998). Neben einem gezielten Ausdauertraining tragen auch Entspannungsübungen maßgeblich dazu bei, die individuelle Befindlichkeit zu verbessern (vgl. Alfermann & Stoll, 1996; Alfermann et al., 1997; McDonald & Hodgan et al., 1991; O'Connor et al., 2000). Sport bewirkt im Allgemeinen eine Verbesserung der kardiovaskulären, hämodynamischen, metabolischen und endokrinen Wirkungen im Körper (vgl. Banzer et al., 1998). Das Sauerstoffaufnahmevermögen sowie die Sauerstoffkapazität erhöhen sich und es kommt zu einer verbesserten Blutumverteilung im Körper (vgl. Rost, 2005). Des Weiteren gewährleistet die verbesserte Fließeigenschaft einen genügenden Hin- und Abtransport des Blutes und damit eine ausreichende Durchblutung. Durch die Zunahme der Mitochondrien kann mehr Sauerstoff aufgenommen werden (vgl. Rost, 2005). Die Atmung kann sich demzufolge verlangsamen und der Körper entspannen. Zusammenfassend lässt sich diese Wirkung durch die Ökonomisierung des Herz-Kreislauf Systems beschreiben. Der Anstieg von Katecholaminen, Cortisol und Wachstumshormonen bewirkt zum einen die Regulierung der Durchblutung und die Ausschüttung von Glückshormonen (Dopamin) und zum anderen die anabole Wirkung der Wachstumshormone auf Knochen, Muskeln und Leber (vgl. Hollmann & Strüder, 2009).

Körperliche Bewegung bietet zudem die Möglichkeit, sich abzureagieren. Frustrationen und insbesondere Ärger können leichter überwunden werden (vgl. Sachs & Buffone, 1984). Der Kurs „Aktiv in Bewegung“ bietet inhaltlich eine Vielzahl an unterschiedlichen Bewegungsmöglichkeiten, die vom Teilnehmer erfahren werden und das subjektive Gesundheitsempfinden positiv verändert haben können.

6.4 Kurswirkungen in Abhängigkeit der Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität

Im zweiten Teil wird der Frage nachgegangen, welche Wirkungen der Kurs auf die Kursteilnehmer in Abhängigkeit der sportlichen Aktivität zum Messzeitpunkt T₁ hat.

Hierzu wird entsprechend eine mehrfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Im Folgenden sind nur die Ergebnisse der Subskalen aufgeführt, die signifikante Unterschiede in Abhängigkeit der Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität aufweisen. Bezüglich der subjektiv wahrgenommenen Gesundheitswirkungen und der subjektiv eingeschätzten Lebenszufriedenheit bestehen zwischen den Aktivitätsgruppen keine Unterschiede.

Entscheidungsbilanz

Die Vorteile, die mit der Bewegungs- und Sportaktivität verbunden werden, weisen über den Interventionszeitraum signifikante Steigerungen auf (vgl. Tab. 11). Die wahrgenommenen Vorteile der Bewegungs- und Sportaktivität sind bei den sehr aktiven Kursteilnehmern (Gruppe C) zu beiden Testzeitpunkten signifikant stärker ausgeprägt als bei den weniger aktiven (Gruppe A).

Tabelle 11. Entscheidungsbilanz/Vorteile in Abhängigkeit der Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität

Entscheidungsbilanz: Vorteil	T₁	T₂	Zeitpunkt- vergleich
A < 1 Std./ Woche	13,5 ± 1,8 n=24	13,8 ± 1,8 n=24	F= 6,5; p= 0,01* (T1 vs. Ts)
B 1-2 Std./ Woche	13,8 ± 1,6 n=23	14,6 ± 1,7 n=23	
C >2 Std./ Woche	15,0 ± 1,4 n= 29	15,1 ± 1,5 n=29	
Gruppenvergleich	F= 6,4; p=0,003* (A vs. C)		Interaktion F= 0,8; p= 0,46

Die wahrgenommenen Nachteile der Bewegungs- und Sportaktivität verändern sich über den Interventionszeitraum nicht signifikant (vgl. Tab. 12). Die wenig aktiven Personen (Gruppe A) schätzen die Nachteile der Bewegungs- und Sportaktivität signifikant höher ein als die sehr aktiven Personen (Gruppe C).

Tabelle 12. Entscheidungsbilanz/Nachteile in Abhängigkeit der Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität

Entscheidungsbilanz: Nachteil	T₁	T₂	Zeitpunkt- vergleich
A < 1 Std./ Woche	8,3 ± 1,8 n=24	7,6 ± 1,8 n=24	F= 0,7; p= 0,42
B 1-2 Std./ Woche	7,3 ± 1,9 n=23	7,1 ± 2,1 n= 23	
C >2 Std./ Woche	6,4 ± 1,9 n=28	6,6 ± 1,8 n=28	
Gruppenvergleich	F= 4,1; p= 0,02* (A vs. C)		Interaktion
			F=0,8; p=0,47

Der Differenzwert zwischen wahrgenommenen Vor- und Nachteilen - als „Bilanz“ definiert - verbessert sich während der Intervention signifikant (vgl. Tab. 13). Die Bilanz ist für die wenig aktiven Personen (Gruppe A) signifikant geringer als bei den moderat aktiven sowie den aktiven Kursteilnehmern.

Tabelle 13. Entscheidungsbilanz/Bilanz in Abhängigkeit der Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität

Entscheidungsbilanz: Bilanz	T₁	T₂	Zeitpunkt- vergleich
A < 1Std./ Woche	5,5 ± 2,7 n=24	6,2 ± 2,9 n=24	F= 4,7; p= 0,03* (T1 vs. T2)
B 1-2 Std./ Woche	6,3 ± 2,6 n=23	7,5 ± 3,1 n=23	
C > 2Std./ Woche	8,6 ± 2,4 n=28	8,8 ± 2,9 n=28	
Gruppenvergleich	F= 7,6; p= 0,001* (A vs. B) (A vs. C)		Interaktion
			F= 1,2; p= 0,31

Habituelles Wohlbefinden

Ausgenommen der Skala „körperliches Wohlbefinden“ bestehen für das allgemeine habituelle Wohlbefinden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Aktivitätsgruppen. Für das „körperliche Wohlbefinden“ ergeben sich im Interventionszeitraum signifikante Verbesserungen (vgl. Tab. 14). Zudem ist festzustellen, dass Personen mit der geringsten Bewegungs- und Sporthäufigkeit (Gruppe A) zu beiden Messzeitpunkten ihr körperliches Wohlbefinden niedriger einschätzen als die moderat aktiven Personen.

Tabelle 14. „Körperliches Wohlbefinden“ in Abhängigkeit der Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität

Habituelles Wohlbefinden: Körperliches Wohlbefinden	T₁	T₂	Zeitpunktvergleich
A <1Std./ Woche	15,5 ± 3,3 n=23	16,8 ± 2,9 n=23	F= 10,1; p= 0,002* (T1 vs. T2)
B 1-2Std./ Woche	17,9 ± 3,8 n=21	19,6 ± 3,2 n= 21	
C >2Std./ Woche	18,0 ± 2,4 n=27	19,1 ± 2,6 n=27	
Gruppenvergleich	F= 7,4; p= 0,001* (A vs. B)		Interaktion
			F= 0,3; p= 0,78

6.5 Diskussion

Nach wie vor sind Bewegungsmangel, körperliche Inaktivität und fehlerhafte Ernährung Lebensgewohnheiten, die das gesellschaftliche Bild in Deutschland zunehmend prägen (Bös & Brehm, 2006). Dementsprechend nimmt die Förderung von regelmäßiger körperlicher Aktivität einen hohen Stellenwert ein, auch bei den Sozialleistungsträgern, die immer mehr Bewegungspräventionskurse anbieten und mitfinanzieren. Hierbei ist besonders wichtig, die bisher inaktiven bzw. wenig bewegungsaffinen Personen anzusprechen wie zum Beispiel ältere Erwachsene und hierbei insbesondere ältere Männer.

Die weiteren Analysen der erhobenen Parameter vor und nach dem Kurs „Aktiv in Bewegung“ leitet die Frage, ob die Kurswirkungen in einem Zusammenhang mit der Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität stehen. Zu diesem Zweck wurden die Kursteilnehmer anhand des subjektiv eingeschätzten Bewegungs- und Sportverhaltens in Aktivitätsklassen eingeteilt. Zum näheren Verständnis dieser Einteilung, ist es notwendig, die Begriffe körperliche und sportliche Aktivität voneinander abzugrenzen. Unter körperlicher Aktivität wird jede körperliche Bewegung verstanden, die durch die Skelettmuskulatur produziert wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt (vgl. US Department of Health and Human Services, 1996). Es werden Bewegungen beschrieben, die vor allem im alltäglichen Leben eine Rolle spielen (z.B. Gehen, Treppensteigen, Putzen, Fahrradfahren). Im Gegensatz zur körperlichen Aktivität wird die sportliche Aktivität als solche beschrieben, bei der ein zielgerichtetes Trainingsprogramm zur Verbesserung der Gesundheit oder körperlichen Fitness führt (vgl. Rost, 2005). Sie wird charakterisiert durch die trainings-wissenschaftlichen Charakteristika Dauer, Frequenz und Intensität. Anhand dieser Merkmale lassen sich verschiedene Gruppen von sportlich aktiven Personen unterscheiden. Problematisch dabei ist, dass bisher noch nicht ausreichend bekannt ist, wie Personen in Befragungen den Begriff der Bewegungs- und Sportaktivität wahrnehmen sowie die Aspekte Art, Dauer, Intensität und Häufigkeit für sich interpretieren (vgl. Bös & Brehm, 2006). Ein zentraler Befund des Vergleichs verschiedener Aktivitätsgruppen ist, dass sich Kursteilnehmer mit hohen von Teilnehmern mit geringen Aktivitätswerten unterscheiden. Zur Interpretation werden themenrelevante Forschungsarbeiten herangezogen. Ilg (1997) versuchte beim Vergleich von Sportlern und Nichtsportlern zu erklären, warum inaktive Personen weniger bereit sind, Bewegungs- und Sportaktivitäten nachzugehen als aktive Personen, um etwas für die Gesundheit sowie das allgemeine Wohlbefinden zu tun. Wilhelm, Geller & Janssen (1997) erklären, dass zahlreiche persönliche, sozioökonomische und sozioökologische Faktoren die Einstellung gegenüber der Bewegungs- und Sportaktivität beeinflussen und als Einflussparameter beachtet werden müssen.

Der Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen und Madden (1986) folgend wirken die persönliche Einstellung, die subjektive Norm sowie die Verhaltenskontrolle indirekt auf die Intention des Handelns und beeinflussen das Verhalten. Anhand dieser Theorie lassen sich Vorhersagen von spezifischen Verhaltensweisen machen, aber keine Vorhersagen von Verhaltensereignissen. Ausgangspunkt ist die Annahme,

dass ein Verhalten mit einer bewussten Entscheidung (Intention) ausgeführt wird. Demzufolge wird davon ausgegangen, dass Menschen in Übereinstimmung mit ihrer Intention handeln. Verantwortlich für die Entstehung einer Intention sind nach Ajzen und Madden zwei Hauptmerkmale. Zum einen die Einstellung gegenüber dem Verhalten und zum anderen die subjektive Norm (Ajzen & Madden, 1986). Die Einstellung ist die positive oder negative Bewertung gegenüber einem bestimmten Verhalten. Dagegen beschreibt die subjektive Norm ein Resultat, welches durch die subjektive Wahrnehmung von sozialen Konsequenzen zu einem bestimmten Verhalten führt (vgl. Fishbein & Ajzen, 1975). Als weitere Determinante, die auf die Intention wirkt, gilt die Verhaltenskontrolle. Hierbei handelt es sich um die Überzeugung, dass ein Verhalten tatsächlich ausgeführt und mögliche Hindernisse überwunden werden können (vgl. Ajzen, 1991). Demzufolge geht das Modell des geplanten Verhaltens davon aus, dass Personen dann ein Verhalten zeigen, wenn sie dieses einerseits positiv bewerten und andererseits glauben, dass eine für sie wichtige Person dieses Verhalten ebenfalls positiv bewerten würde oder sie von der Ausführung des Verhaltens überzeugt sowie sicher sind, dass mögliche Hindernisse nicht zum Abbruch des Verhalten führen könnten.

Weitere Studien von Dziewaltowski und Mitarbeiter (1990) oder Stephens und Caspersen (1994) zeigen ebenfalls, dass die geringe Teilnahme am Freizeitsport oder selbst organisierten Sportprogrammen inaktiver Personen, sich mit der Theorie von Ajzen & Madden erklären lässt. Sportler und Nichtsportler unterscheiden sich in den Bereichen Einstellung, subjektive Norm, Verhaltenskontrolle und Intention. In der Untersuchung von Ilg (1997) wird deutlich, dass Sportler im Vergleich zu Nichtsportlern eine positivere Einstellung zum Sporttreiben haben. Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung, dass die Teilnehmer, die mehr als 2 Stunden bewegungs- und sportaktiv sind (Gruppe C), mehr Vorteile sehen als die beiden anderen Aktivitätsgruppen (Gruppe B → 1 bis 2 Std. Sport/Woche, Gruppe A → <1 Std./Woche), steht in Einklang mit diesen Befunden. Entsprechend gilt für die Einschätzung der Nachteile, dass die Teilnehmer mit geringer Bewegungs- und Sportaktivität größere Nachteile mit der Bewegungs- und Sportaktivität verbinden als die beiden anderen Aktivitätsgruppen. Als Erklärung könnte vermutet werden, dass das Risiko des anfänglichen Misslingens sowie den Schwierigkeiten bei der Übungsausführung höher bewertet werden. Zudem könnte der anfangs ausbleibende sichtbare Effekt durch den Bewegungskurs, die Vorstellung bezüglich der bestehenden Vorteile schmälern. Die Öko-

nomisierung des Herz-Kreislaufsystems oder das verbesserte Körpergefühl lassen sich nicht sofort erzielen, sondern sind das Produkt längeren Übens und Trainierens. Bewegungs- und Sportaktive wissen um diesen Effekt, womit die Absicht nach wie vor groß ist, weiterhin Sport zu treiben (vgl. Ilg, 1997).

Trotz der allgemeinen Verbesserung des habituellen Wohlbefindens der Gesamtgruppe, erweist sich dieser Eindruck bei den sportlich Inaktiven niedriger als bei den sportlich Aktiven. Signifikante Unterschiede zeigen sich für den Bereich des „körperlichen Wohlbefindens“. Über den Kursverlauf hinweg weisen die Probanden mit einem geringen Aktivitätsniveau signifikant niedrigere Werte auf im Vergleich zu den aktiveren Probanden. Dieser Unterschied könnte darauf zurückgeführt werden, dass bewegungs- und sportinaktive Personen insgesamt ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als aktive Personen (vgl. RKI, 2005), was sich vor allen Dingen in den körperlichen Aspekten des Wohlbefindens widerspiegelt.

7. Analyse der Nachhaltigkeit

7.1 Fragestellungen

Im Rahmen dieser Evaluation soll die Nachhaltigkeit des Präventionskurses „Aktiv in Bewegung“ geprüft werden. Es wird der Frage nachgegangen, welche Wirkungen nach Ende des Präventionskurses entstehen. Zur Prüfung der Nachhaltigkeit erfolgte eine follow-up Befragung der Kursteilnehmer 6 Monate und 12 Monate nach Kursende. In die Analyse der Nachhaltigkeit gehen insgesamt 57 Fragebögen ein.

7.2 Beschreibung der Follow-up Gruppe

Soziodemographische Merkmale

Das Teilnehmerprofil der follow-up Befragungen zeigt keine Unterschiede zum Profil der Gesamtgruppe. Ca. 2/5 sind im Rentenalter (40,4%) und damit am häufigsten vertreten. Ein weiteres Drittel ist im Angestelltenverhältnis beschäftigt (vgl. Tab. 15). Bezüglich der Schulbildung ist die Follow-up Gruppe mit einem Volks-/ Hauptschulabschluss (26,3%) am häufigsten vertreten, gefolgt von den Fachhochschülern (24,6%) und den Personen, die eine Hochschule (21,1%) besucht haben (vgl. Tab. 16).

Tabelle 15. Verteilung der Berufszugehörigkeit

Beruf	n	%
Geselle/Facharbeiter	2	3,5
Angestellter	22	38,6
Beamter	2	3,5
Selbständiger	3	5,3
Rentner/Pensionär	23	40,4
Sonstiges	5	8,8
Gesamt	57	100

Tabelle 16 Verteilung des Bildungsabschlusses

Schule	n	%
Volks-/Hauptschule	15	26,3
Realschule	11	19,3
Gymnasium	5	8,8
Fachhochschule	14	24,6
Hochschule	12	21,1
Gesamt	57	100

7.3 Wirksamkeitsanalyse

Bewegungs- und Sportaktivität

Die Analyse der Messzeitpunkte ergibt statistisch bedeutsame Veränderungen der Bewegungs- und Sportaktivität (Friedman, chi square=14,62; $p=0,001$). Danach sinkt der Anteil der Kursteilnehmer mit weniger als 1 Stunde pro Woche über den Erhebungszeitraum und nimmt die Anzahl der Teilnehmer mit mehr als 2 Stunden pro Woche zu. Der Anteil der Teilnehmer mit 1-2 Stunden pro Woche ist über den Zeitverlauf relativ gleich hoch (vgl. Abb. 9).

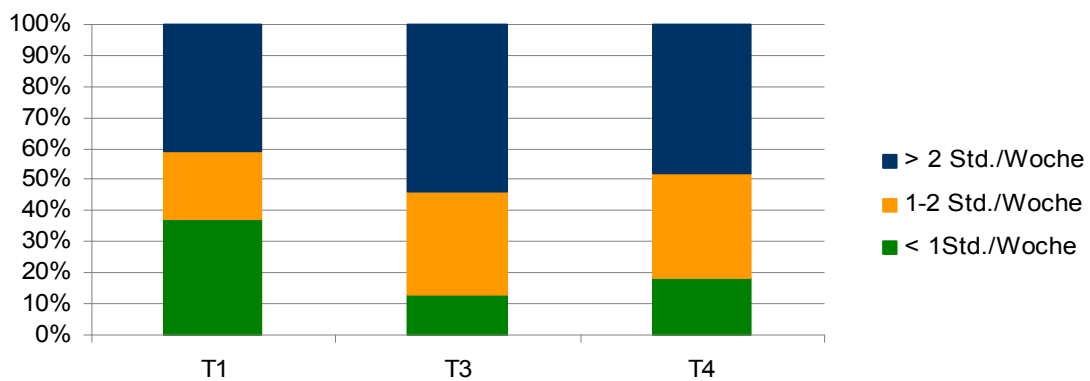


Abbildung 9. Bewegungs- und Sporthäufigkeit für die Messzeitpunkte (T_1 , T_3 und T_4)

Neben der Bewegungs- und Sportaktivität wurde zudem die Absicht zum weiteren Sporttreiben untersucht. Liegt zu Beginn (Messzeitpunkt T_1) der Befragung beim größten Teil der Stichprobe (40,8%) die Absicht, sich mindestens 1 bis 2 Stunden pro Woche zu bewegen, tritt zum Messzeitpunkt T_3 eine Änderung ein, denn 35,1% haben die Absicht, 2 bis 4 Stunden pro Woche bewegungs- und sportaktiv zu sein, zum Messzeitpunkt T_4 sind es 37,5% (vgl. Tab. 17).

Tabelle 17. Absicht zum weiteren Sporttreiben der follow-up Gruppe

	T_1		T_3		T_4	
Sportaktivität	n	%	n	%	n	%
> 4 Stunden/ Woche	7	14,3	16	28,1	14	25
2 bis 4 Stunden / Woche	19	38,8	20	35,1	21	37,5
1 bis 2 Stunden / Woche	20	40,8	19	33,3	18	32,1
< 1 Stunde / Woche	3	6,1	1	1,8	2	3,6

Allgemeiner Gesundheitszustand

Für die Gesamtgruppe der follow-up Untersuchung ergibt die Varianzanalyse des *subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands* einen signifikanten Zeitpunktvergleich ($F= 3,29$; $p<0,05$). Der paarweise Vergleich der Messzeitpunkte zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Messzeitpunkten. Ein tendenzieller Unterschied besteht zwischen T_2 und T_4 ($p=0,06$), d. h. 12 Monate nach Kursende wird im

Vergleich zum direkten Kursende der Gesundheitszustand als weniger gut eingeschätzt (vgl. Abb. 10).

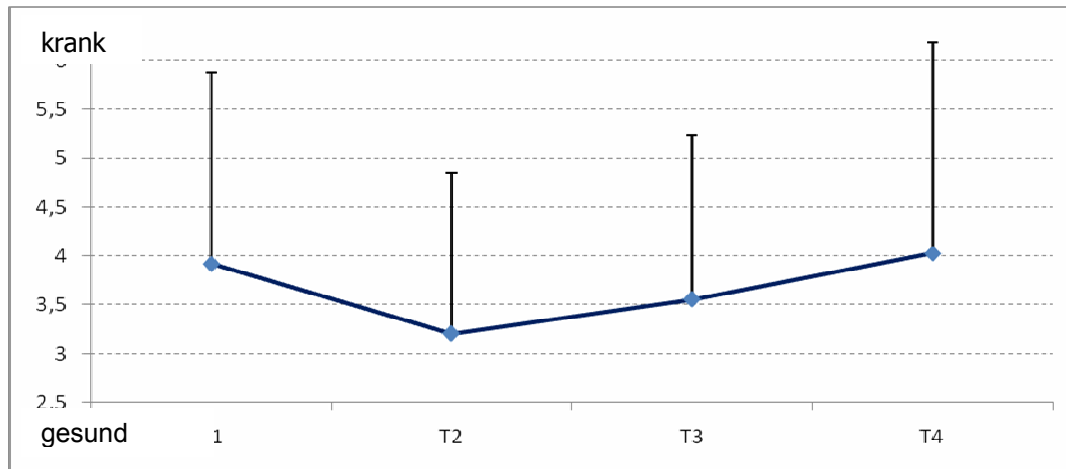


Abbildung 10. Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand

Lebenszufriedenheit

Um Veränderungen der Lebensqualität zu erfassen, wurden varianzanalytische Berechnungen für die Lebensbereiche „Gesundheit“, „Freizeit“ und „Leben“ durchgeführt, die zwischen den vier Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tab. 17).

Tabelle 17. Veränderungen der Zufriedenheit mit den Lebensbereichen „Freizeit“, „Gesundheit“ und „Leben“

Lebensbereiche	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	Zeitpunkt
Freizeit	5,2 ± 1,6	5,4 ± 1,5	5,2 ± 1,5	5,5 ± 1,2	F=0,68 p=0,57
Gesundheit	4,7 ± 1,2	5,1 ± 1,3	5,0 ± 1,2	5,2 ± 1,3	F=2,51 p=0,07
Leben	5,9 ± 0,9	5,9 ± 1,4	5,8 ± 1,0	5,8 ± 1,2	F=0,28 p=0,84

Der tendenzielle Unterschied für den Lebensbereich „Gesundheit“ verweist darauf, dass sich die durch den Bewegungskurs zugenommene Zufriedenheit mit der Gesundheit in der Follow-up Phase erhalten bleibt (vgl. Abb. 11).

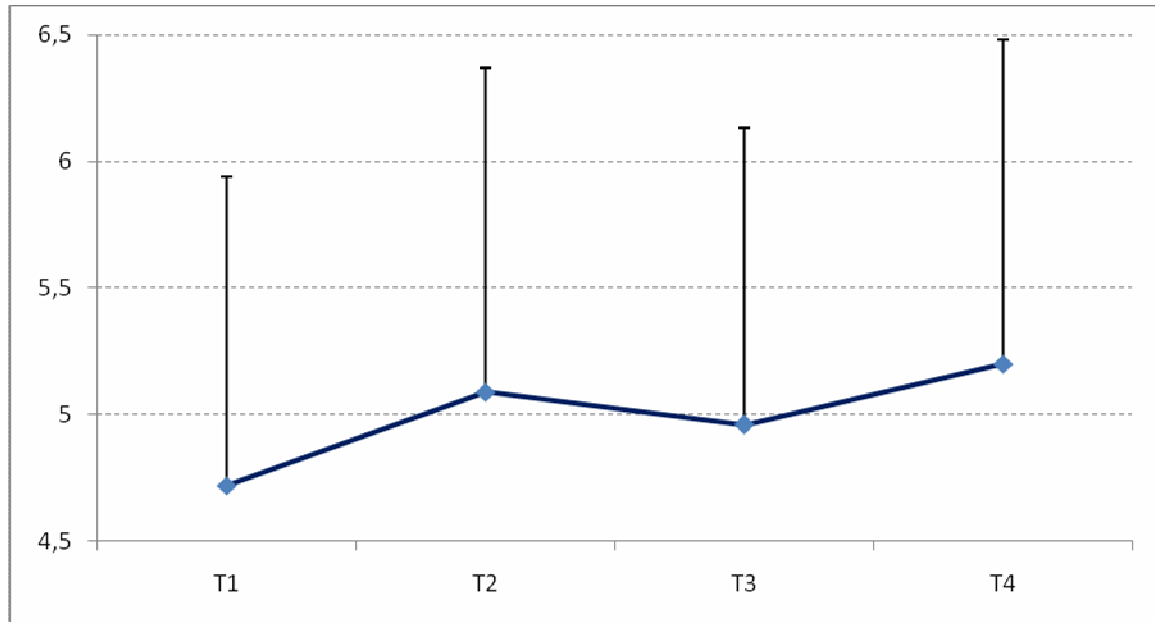


Abbildung 11. Zufriedenheit mit dem Lebensbereich „Gesundheit“

Selbstwirksamkeit

Die Selbstwirksamkeit der Kursteilnehmer nach dem Kurs, die als Ausmaß der Zuversicht verstanden wird, die vorgenommene Bewegungs- und Sportaktivität auch unter schwierigen Bedingungen auszuüben, verbessert sich signifikant im Erhebungszeitraum ($F = 6,51$; $p < 0,001$). Zwischen den Messzeitpunkten T_1 und T_2 ($p < 0,05$), T_1 und T_3 ($p < 0,01$) sowie T_1 und T_4 ($p < 0,01$) bestehen signifikante Unterschiede. Wie Abbildung 12 zu entnehmen ist, bewirkt der Präventionskurs „Aktiv in Bewegung“ eine signifikante Steigerung der Selbstwirksamkeit, die über den Erhebungszeitraum erhalten bleibt.

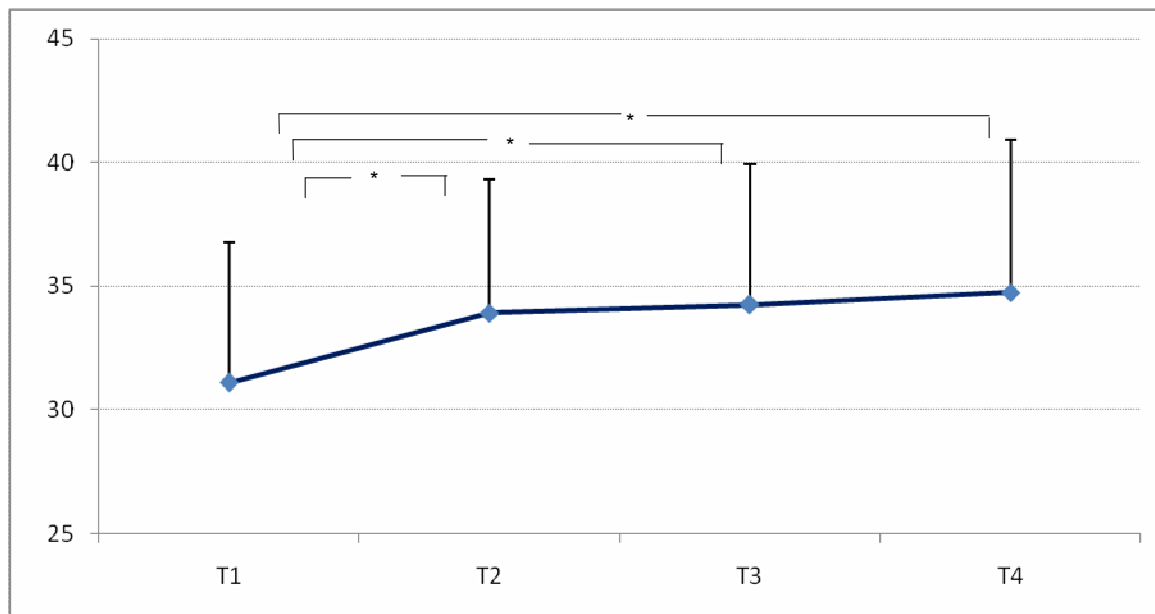


Abbildung 12. Selbstwirksamkeit zu den Untersuchungszeitpunkten

Entscheidungsbilanz

Die Bedeutsamkeit der Sport- und Bewegungsaktivität zeigt sich in der Entscheidungsbilanz. Für die wahrgenommenen Vorteile und Nachteile und der sich daraus ergebenden Bilanz ergibt die Varianzanalyse über die Messzeitpunkte keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tab. 18).

Tabelle 18. Entscheidungsbilanz für die Messzeitpunkte

Vorteil	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	Zeitpunkt
x ± s	14,2 ± 1,7	14,6 ± 1,7	13,9 ± 2,5	14,2 ± 1,9	F=1,60 p=0,20
Nachteil	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	Zeitpunkt
x ± s	7,1 ± 1,8	7,0 ± 1,8	7,3 ± 2,0	7,1 ± 1,9	F=0,49 p=0,69
Bilanz	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	Zeitpunkt
x ± s	7,1 ± 2,8	7,6 ± 2,9	6,9 ± 3,4	7,2 ± 3,3	F=1,14 p=0,35

7.4 Diskussion

Für den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand ist festzustellen, dass sich die positive Entwicklung des Gesundheitszustands durch den Bewegungskurs in den nachfolgenden 12 Monaten nicht fortsetzt. Dafür spricht der tendenzielle Unterschied ($p=0,06$) zwischen Kursende (T_2) und Follow-Up Ende (T_4). Eine Erklärung kann darin gesehen werden, dass die Nachhaltigkeit des Bewegungskurses zwar über einen längeren Zeitraum (12 Monate) untersucht wurde, aber eine zusätzliche aktive Unterstützung der Kursteilnehmer nicht stattgefunden hat. In Studien von Hamschmidt (2008) oder Groß und Oppermann (2008) wird nämlich deutlich, dass Erfolge bezüglich der Nachhaltigkeit von Bewegungsprogrammen erreicht werden können, wenn zusätzlich aktive Maßnahmen ergriffen werden wie z. B. Fortführung der Sportkurse, die sich in den vergangenen Jahren bewährt haben. Hieraus kann man schließen, dass vor allen Dingen Nachhaltigkeit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen erreicht werden kann, wenn weiterhin unterstützende Angebote gemacht werden.

Hinsichtlich der Selbstwirksamkeit fällt die Prüfung der Nachhaltigkeit positiver aus, denn die durch den Präventionskurs „Aktiv in Bewegung“ bewirkte Steigerung der Selbstwirksamkeit bleibt auch nach Kursende über den Erhebungszeitraum erhalten. Somit konnten die Teilnehmer für sich die Zuversicht langfristig festigen, Bewegungs- und Sportaktivitäten auch unter schwierigen Bedingungen auszuüben und mögliche Hindernisse zu überwinden. Möglicher Weise hat die im Bewegungskurs thematisierte Vorsatzbildung und -realisierung die Teilnehmer in ihren Bewegungs- und Sportaktivitäten unterstützen können.

8. Fazit

- a) *Gezieltes Ansprechen der Zielgruppe als Zugangsweg wählen:* Der hohe Teilnehmeranteil der Männer am Präventionskurs „Aktiv in Bewegung“ belegt, dass durch die gezielte Ansprache über Medien, Bekannte und Gesundheitseinrichtungen Männer im Vergleich zu den repräsentativen Teilnehmerzahlen überdurchschnittlich häufig für den Bewegungskurs gewonnen werden konnten. Der Zugangsweg über den Multiplikator „Hausarzt“ erwies sich als wenig geeignet.
- b) *Zielgruppenorientierte inhaltliche Konzeption notwendig:* Durch die ausgewählten Inhalte des Bewegungskurses konnte eine hohe Teilnehmerakzeptanz erreicht

werden. Die Integration von neuen modernen Bewegungsangeboten (wie Aerobic, Großgeräte, Nordic Walking etc.) in die Konzeption des Bewegungskurses hat sich bewährt und sollte in zukünftigen Bewegungskonzepten berücksichtigt werden.

12. Vergleichende Analyse der Zugangswege

H. Allmer¹, M. Allmer¹, J. Euskirchen¹, B. Wallmann² & R. Walschek¹

¹gesund e. V. – Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

²Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln

1. Problemstellung

Die evaluierten Interventionsmodule „Plakataktion“, „Website“, „vital 55+“ und „Aktiv in Bewegung“ beinhalten unterschiedliche Zugangswege, um bewegungs- und sportinaktive Ältere zu motivieren, an gesundheitsorientierten Bewegungs- und Sportangeboten teilzunehmen. Im Folgenden wird eine vergleichende Analyse der Effektivität der verschiedenen Zugangswege vorgenommen, die zielgruppenspezifische bzw. zielgruppenunspezifische Zugangswege repräsentieren (vgl. Abb. 1). Für das Präventionsangebot „vital 55+“ wurde mit einem persönlichen Anschreiben und einem Bewerbungsflyer für ein konkretes Angebot mit Terminauswahl in Wohnortnähe geworben. Mit einem Direct-Mailing sollten vor allem Bewegungs- und Sportinaktive der einfachen Bewegungsangebot motiviert Bildungsschicht zur Teilnahme an einem gesundheitsorientierten werden.

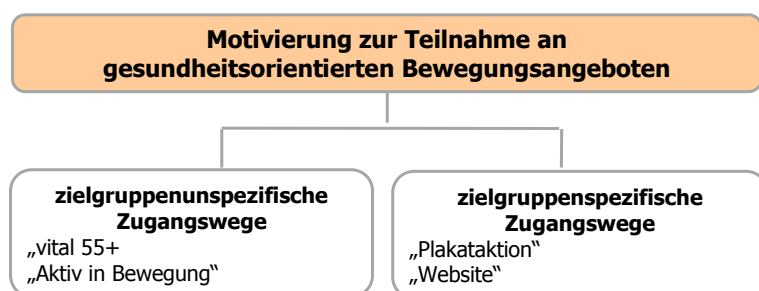


Abbildung 1. Kategorienschema der Zugangswege

Im Interventionsmodul „Aktiv in Bewegung“ wurde der Zugangsweg über die niedergelassenen Hausärzte gewählt, um die Zielgruppe der bewegungs- und sportinaktiven Älteren und vor allen Dingen die Männer dieser Altersgruppe zu erreichen. Da dieser Zugangsweg sich als wenig effektiv erwies, wurde die Zielgruppe durch die gezielte Ansprache über Medien, Bekannte und Gesundheitseinrichtungen angeworben. Bei den Interventionsmodulen „Plakataktion“ und „Website“ handelt es sich um zielgruppenunspezifische Zugangswege, da weder die Zielgruppe benannt noch für ein konkretes Bewegungsangebot geworben wird.

2. Fragestellung

Die vergleichende Analyse orientiert sich an folgenden Fragestellungen

- (1) Durch welche Zugangswege können spezielle Zielgruppen wie Männer oder Personen mit einfachem Bildungsstand erreicht werden?
- (2) Durch welche Zugangswege können Sportinaktive am ehesten erreicht werden?
- (3) Durch welche Motivationslage sind die Sportinaktiven zu kennzeichnen?

3. Interventionsmaßnahmen in Abhängigkeit von soziodemographischen Personmerkmalen

Analysiert wurde die Frage, welche Interventionsmaßnahmen begünstigen bei bewegungs- und sportinaktiven Männern und Personen mit geringerem Bildungsniveau die Teilnehmerate (-bereitschaft) an bewegungsbezogenen Gesundheitsangeboten? In Abbildung 2 sind die geschlechtsspezifischen Befunde der Interventionsmodule gegenübergestellt.

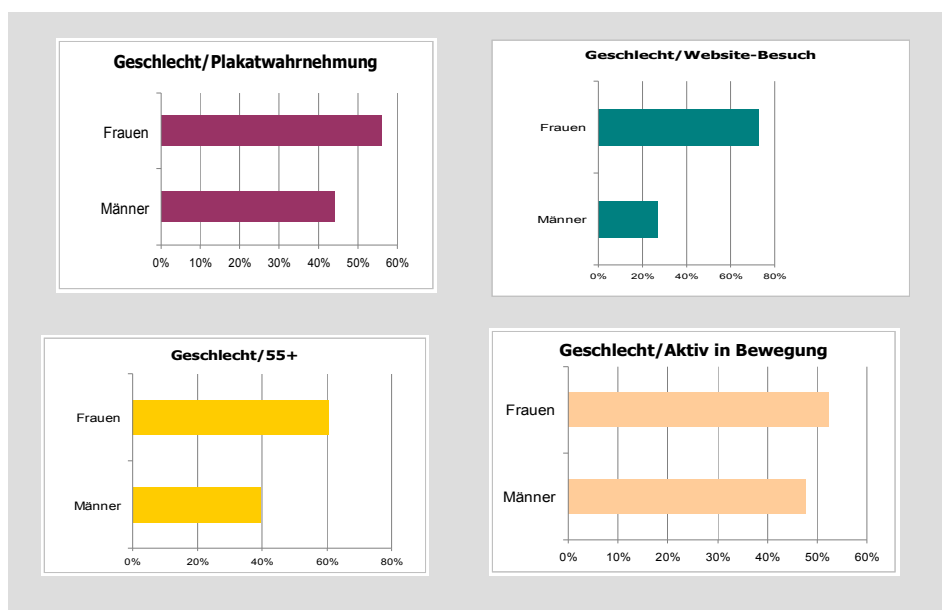


Abbildung 2. Zugangswege in Abhängigkeit vom Geschlecht

Männer werden durch ein *konkretes, zielgruppenspezifisches Angebot* überproportional (zu sonstigen Teilnahmezahlen) zur Teilnahme an einem bewegungsbezogenen Präventionskurs motiviert (vgl. Abb. 2). Dies gilt insbesondere für das Interventionsmodul „Aktiv in Bewegung“, dessen Hauptziel war, vor allem Männer für einen gesundheitsorientierten Bewegungsangebot zu motivieren. Demgegenüber nehmen mehr Frauen im Vergleich zu Männern die Plakataktion wahr und besuchen die Website. Das spricht dafür dass Frauen offensichtlich ein größeres Interesse an Ge-

sundheitsthemen und bewegungsbezogenen Gesundheitsangeboten haben als Männer.

Die Bedeutung der Bildungsschicht für die Effektivität von Zugangswegen gibt Abbildung 3 wieder.

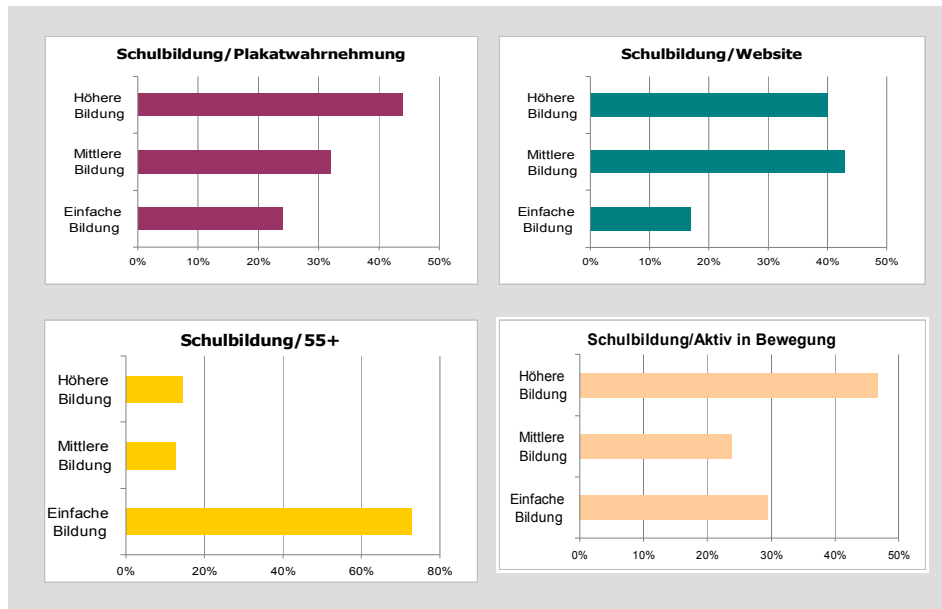


Abbildung 3. Zugangswege in Abhängigkeit vom Bildungsstand

Personen der einfachen Bildungsschicht werden am ehesten durch eine direkte Ansprache (z. B. „direct mailing“) mit einem konkreten Bewegungsangebot und festen Terminvorgaben erreicht, wie die deutliche Steigerung der Teilnehmerge rate an dem Präventionsangebot „vital 55+“ belegt. Zudem ist aus den Ergebnissen des Interventionsmoduls „vital 55+“ abzuleiten, dass *settingspezifische* Zugangswege in den Blick zu nehmen sind. Entscheidend für die Zielgruppenerreichung war offensichtlich, dass die Versicherten der Innungskrankenkasse Nordrhein traditionellerweise das Handwerk mit einem hohen Anteil an Personen mit einfacher Bildung vertreten.

Mit den zielgruppenunspezifischen Zugangswegen („Plakataktion“, „Website“) werden vor allem Personen der höheren und mittleren Bildungsschicht erreicht.

4. Interventionsmaßnahmen in Abhängigkeit von der Bewegungs- und Sportaktivität

Analysiert wurde die Frage, welche Interventionsmaßnahmen bei bewegungs- und sportinaktiven Älteren die Teilnehmerate (-bereitschaft) an bewegungsbezogenen Gesundheitsangeboten begünstigen. Es zeigt sich, dass Bewegungs- und Sportinaktive am ehesten durch ein *zielgruppenspezifisches* Präventionsangebot (Bewegungsangebote „vital55+“, „Aktiv in Bewegung“) erreicht werden (vgl. Abb.4).

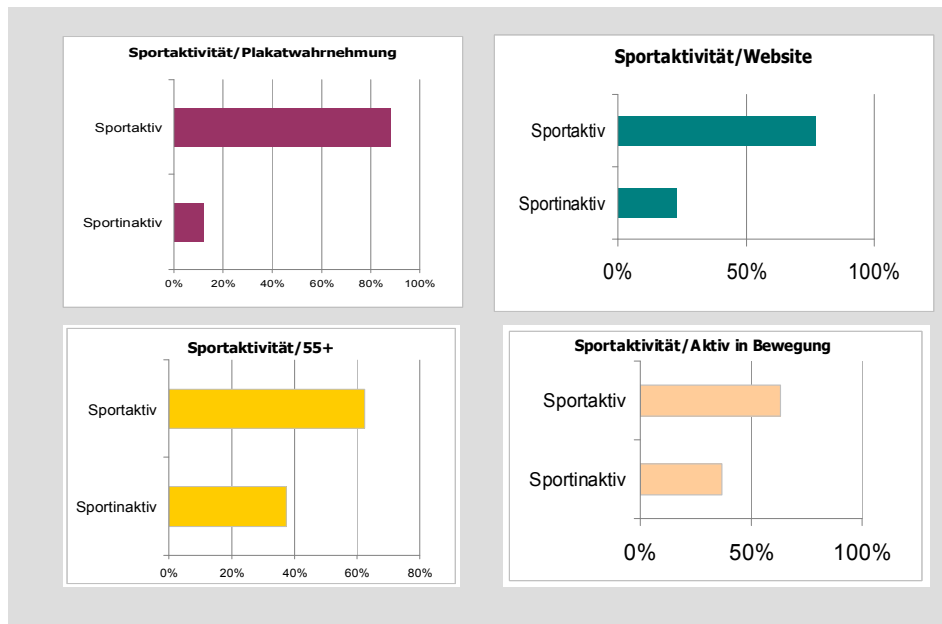


Abbildung 4. Zugangswege in Abhängigkeit von der Bewegungs- und Sportinaktivität

Zielgruppenunspezifische Interventionsmaßnahmen („Plakataktion“, „Website“) sprechen überwiegend bereits bewegungs- und sportaktive Ältere an.

5. Interventionsmaßnahmen in Abhängigkeit von der Motivationslage der Bewegungs- und Sportinaktiven

Im Modell der Änderungshandlung (vgl. Kap. 5.1) wird deutlich gemacht, dass Bewegungs- und Sportinaktive mitunter einen langen Weg der gedanklichen Auseinandersetzung gehen, bevor die Verhaltensänderung sichtbar wird. Es werden vier Phasen der *motivationalen Lage* der kognitiv-emotionalen Bahnung zur Bewegungs- und Sportaktivität unterschieden. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob die Interventionsmaßnahmen in Abhängigkeit von der motivationalen Lage der Bewegungs- und Sportinaktiven zu sehen sind. Für die Analyse stehen die Zugangswege „Website-Besuch“ und die Teilnahme an dem Präventionskurs „vital 55+“ zur Verfügung (vgl. Abb. 5).

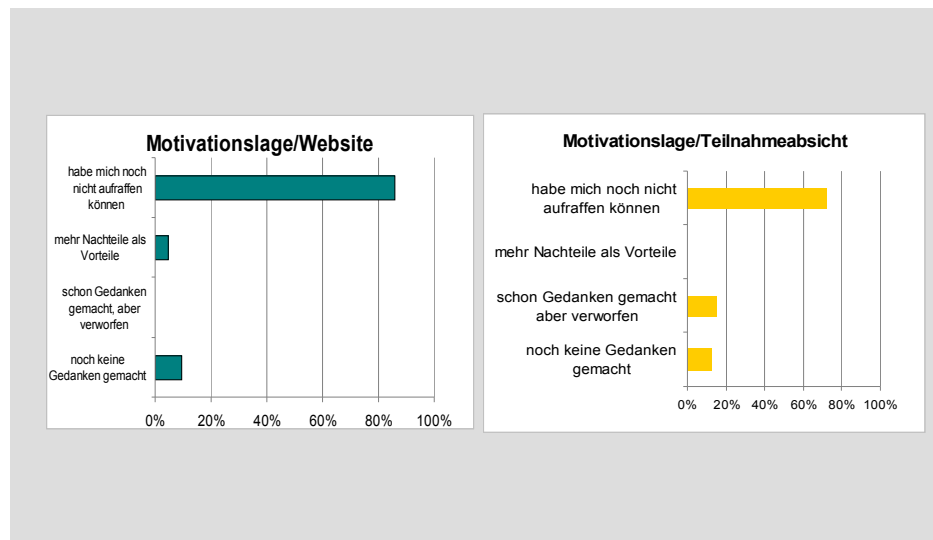


Abbildung 5. Zugangswege in Abhängigkeit von der motivationalen Lage

Bewegungs- und Sportinaktive, die an einem Online-Beratungsangebot oder an einem bewegungsbezogenen Präventionsangebot teilnehmen wollen, weisen überwiegend eine realisierungsnahen Motivationslage auf. D. h., sie haben die Phase der Intentionsbildung überschritten und befinden sich an der Schnittstelle zur Phase der Handlungsinitiierung. Der Impuls, die Handlungsschwelle zu überwinden, ist bisher noch nicht erfolgt („habe mich noch nicht aufrufen können“). Vor diesem Hintergrund sind das Online-Beratungsangebot und das bewegungsbezogenen Präventionsangebot als Maßnahmen zu werten, den Übergang von der Phase der Intentionsbildung zur Phase der Intentionsinitiierung zu unterstützen und den *Handlungsschluss* zu bewirken.

Bewegungs- und Sportinaktive, die realisierungsferne Motivationslagen aufweisen („noch keine Gedanken gemacht“, „Gedanken verworfen“ und „mehr Nachteile als Vorteile“), werden von diesen Interventionsmaßnahmen nicht erreicht (vgl. Abb. 5). Künftig sind daher Zugangswege für Bewegungs- und Sportinaktive mit realisierungsferner Motivationslage zu entwickeln und zu analysieren, da Interventionsmaßnahmen nur dann effektiv sein können, wenn sie spezifisch auf die `Knotenpunkte` des langen Weges von der Intentionsbildung zur Intentionsrealisierung ausgerichtet sind. Für Bewegungs- und Sportinaktive, die sich in der Phase der Änderungsabsicht befinden, sind andere Motivierungsmaßnahmen angezeigt, als für Bewegungs- und Sportinaktive, die zwar die Absicht gebildet haben, aber in der Vorsatzbildung „hängen bleiben“, weil sie die Bewegungs- und Sportaktivität für nicht realisierbar halten. Erforderlich sind Interventionsmaßnahmen, die auf die in den einzelnen Phasen typi-

schen Barrieren auf dem Weg zur Verhaltensänderung ausgerichtet sind und Zugangswege, die sich an der motivationalen Lage der Bewegungs- und Sportinaktiven orientieren (*Phasenspezifität*).

6. Intentionaler Bezug der Zugangswege

Die Interventionsmodule waren so konzipiert, dass unterschiedliche Zugangswege definiert waren und mit einander verglichen werden konnten. Zur Bewertung der eingesetzten Zugangswege wird das Modell der Änderungshandlung (vgl. Kap. 5.1) herangezogen, in dem die Verhaltensänderung als intentionaler Prozess beschrieben wird. Vor diesem Hintergrund kann die Unterscheidung in zielgruppenspezifische bzw. zielgruppenunspezifische Zugangswege präzisiert werden, wenn die Zugangswege den Handlungsphasen „Intentionsbildung“ und „Intentionsrealisierung“ zugeordnet werden (vgl. Abb.6).

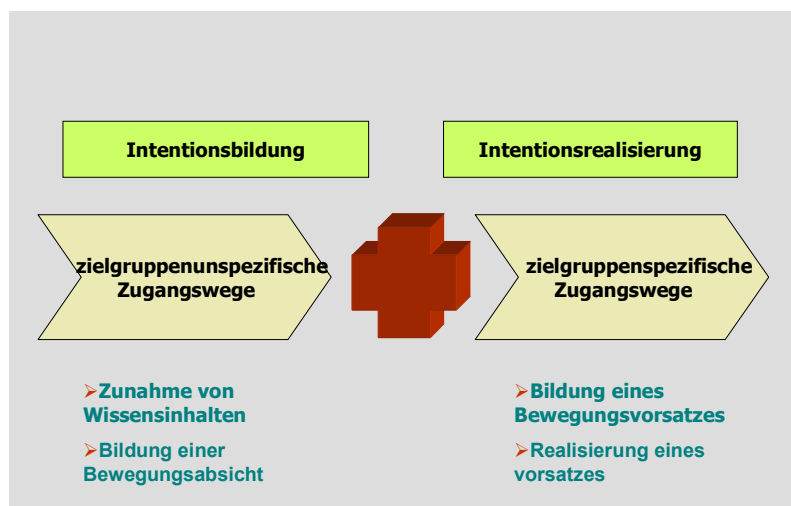


Abbildung 6. Intentionaler Bezug der Zugangswege

Aufgrund der Ergebnisse der vergleichenden Analyse lassen sich die zielgruppenunspezifischen Zugangswege („Plakataktion“, „Website“) der Intentionsbildung zuordnen, da diese Zugangswege zu einer Zunahme der gesundheitsbezogenen Wissensinhalte führen und zur Bildung einer Bewegungsabsicht beitragen. Die Umsetzung der gebildeten Intentionen in konkretes Handeln wird durch zielgruppenunspezifische Zugangswege offensichtlich nicht bewirkt. Für die Intentionsrealisierung sind andere, in dem Fall zielgruppenspezifische Zugangswege (Präventionskurse wie „vital 55+“, „Aktiv in Bewegung“) zu wählen, da sie die Vorsatzbildung und Vorsatzrealisierung begünstigen.

Aus konzeptueller Sicht ist zu folgern, dass sich die Erforschung von Zugangswegen - stärker als bisher – an einem theoretischen Fundament orientiert. Ein unverzichtbarer Baustein ist die Berücksichtigung des intentionalen Bezuges von Zugangswegen. Für die Qualitätsbestimmung von Zugangswegen bedeutet dies, dass es nicht *den* Zugangsweg gibt, sondern den zur Intentionsbildung und Intentionsrealisierung *passenden* Zugangsweg. Die Ergebnisse des Vergleichs der verschiedenen Zugangswege legen eine Kombination von Interventionsmaßnahmen nahe, der Zugangswege durch unterschiedliche intentionale Bezüge zu kennzeichnen sind. Mit der Kombination verschiedener Zugangswege ist die Voraussetzung geschaffen, synergistische und nachhaltigere Effekte erzielen zu können.

7. Fazit

Aus den Ergebnissen der vergleichenden Analyse der Zugangswege lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- (1) Zielgruppenspezifische Zugangswege wählen
- (2) Zielgruppenspezifische Inhalte in den Präventionsangeboten formulieren
- (3) Setting - Ansatz als Zugangsweg für Präventionskurse nutzen
- (4) Kombination von zielgruppenspezifischen und zielgruppenunspezifischen Zugangswegen wählen
- (5) Interventionsmaßnahmen für Bewegungs- und Sportinaktive in Abhängigkeit von der Motivationslage analysieren
- (6) Zugangswege für Bewegungs- und Sportinaktive mit realisierungsferner Motivationslage entwickeln und analysieren

13. Qualitätsmanagement der Evaluationsforschung

H. Allmer

gesund e. V. – Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

1. Qualitätsmanagement und Evaluationsforschung

Der Zusammenhang zwischen Qualitätsmanagement und Evaluationsforschung lässt sich durch zwei Bezüge kennzeichnen (vgl. Abb. 1):

(a) *qualitätsorientierte Programmentwicklung*: Zur Qualitätsverbesserung von gesundheitsförderlichen Programmen und Angeboten wird die Evaluation von Maßnahmen als unverzichtbare Phase bei der Programmentwicklung an gesehen (vgl. PRECEDE-PROCEED Modell von Green & Kreuter, 1991; Public Health Action Cycle von Ruckstuhl et al., 1997). Evaluationsforschung soll integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements von Gesundheitsprogrammen sein (vgl. Rootman & Ziglio, 1998) und sich auf die Evaluation des Konzepts, der Umsetzung und Nützlichkeit des Programms beziehen (vgl. Kap. 5.2). Seit geraumer Zeit nehmen die wissenschaftlichen Bemühungen zu, Standards und Kriterien für qualitätsorientierte Programme (z. B. im Sinne von Gütesiegeln) zu entwickeln (vgl. Mittag, 2003).

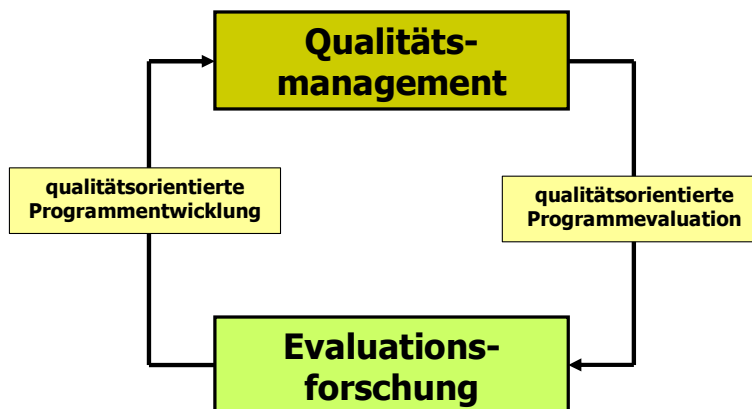


Abbildung 1. Bezüge zwischen Qualitätsmanagement und Evaluationsforschung

(b) *qualitätsorientierte Programmevaluation*: In diesem Fall steht die Qualität der Evaluationsforschung im Vordergrund (vgl. qualitätsorientiertes Evaluationskonzept, Christiansen, 1999). Es stellt sich die Frage, wie die Programmevaluation zu gestalten ist, damit sie eine hohe Qualität aufweist und die Ergebnisse verschiedener Pro-

grammevaluationen vergleichbar sind. Das Qualitätsmanagement soll integraler Bestandteil der Evaluationsforschung (im Sinne der Selbstevaluation der Evaluationsforschung) sein. In jüngster Zeit sind Evaluationsstandards (z. B. der deutschen und schweizerischen Evaluationsgesellschaften, vgl. Znoj & Regli, 2006) und Checklisten für Evaluatorinnen und Evaluatoren (vgl. Sanders, 2000; Znoj & Regli, 2006) entwickelt worden. Mit diesen Standards soll der Rahmen abgesteckt werden, welche Qualitätsanforderungen von der Evaluationsforschung zu berücksichtigen sind.

2. Standards der qualitätsorientierten Programmevaluation

Die Deutsche Gesellschaft für Evaluation (vgl. DeGEval, 2008) hat - in Anlehnung an die amerikanischen Standards - Evaluationsstandards formuliert, wie Evaluationen auf möglichst hohem Qualitätsniveau durchzuführen sind. Danach sollen Evaluationen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen (vgl. DeGEval, 2008, S. 10ff.):

Nützlichkeit: Die Nützlichkeitsstandards sollen sicherstellen, dass die Evaluation sich an den geklärten Evaluationszwecken sowie am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer und Nutzerinnen ausrichtet.

Durchführbarkeit: Die Durchführbarkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation realistisch, diplomatisch und kostenbewusst geplant und ausgeführt wird.

Fairness: Die Fairnessstandards sollen sicherstellen, dass in einer Evaluation respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen umgegangen wird.

Genauigkeit: Die Genauigkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und den Evaluationsfragestellungen hervorbringt und vermittelt.

Hager, Patry und Brezing (2000) ergänzen die grundsätzlichen Standards durch soziale Sensibilität, Transparenz und Ethik:

Soziale Sensibilität: Bei der Planung, Durchführung und Ergebnispräsentation sind die Bedürfnisse und Interessen von beteiligten Personen, Gruppen und offiziellen Partnern zu berücksichtigen.

Transparenz: Alle Phasen und Schritte eines Evaluationsprojektes sollen begründet und dokumentiert und damit transparent und nachvollziehbar gemacht werden.

Ethik: Evaluationsprojekte sollten unter Wahrung ethischer Standards durchgeführt werden, so dass die Rechte anderer Personen nicht verletzt werden, Beeinträchtigungen auf ein Minimum reduziert werden, Ressourcen nicht vergeudet werden und Missbrauch wissenschaftlicher Ergebnisse verhindert wird.

Die Standards stellen grundsätzliche Gütemaßstäbe dar, deren Vollständigkeit, Überschneidungsfreiheit und konzeptuelle Vernetztheit aber weiterzuentwickeln sind (vg. Hager, Patry & Brezing, 2000).

Zur Klassifikation der Qualitätsstandards werden drei auf einander aufbauende Ebenen vorgeschlagen, die sich auf die inhaltliche, strukturelle und ethische Qualität von Programmevaluationen beziehen (vgl. Abb. 2).

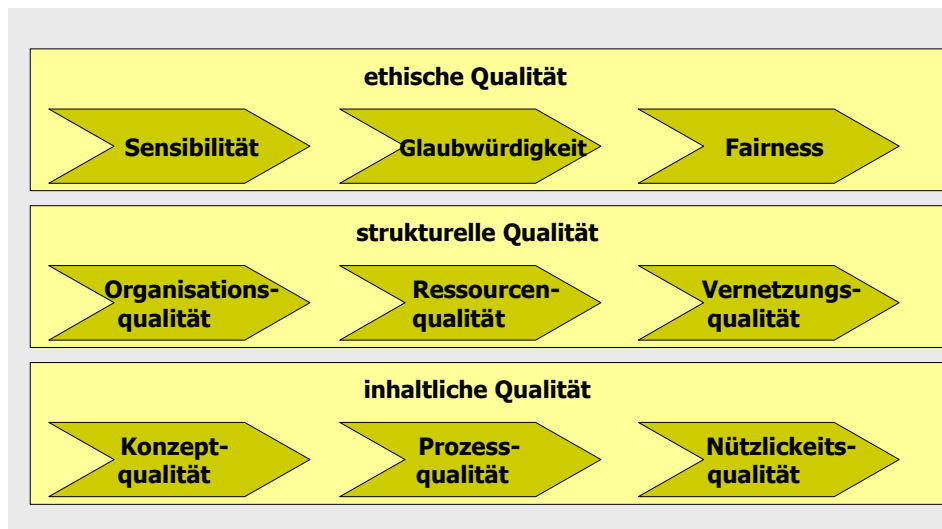


Abbildung 2. Qualitätsebenen der Programmevaluation

3. Phasenmodell der qualitätsorientierten Programmevaluation

Aus ausgewählten Evaluationsdefinitionen

Evaluation ist die systematische Informationssammlung für die Bewertung von Programmen (Christiansen, 2001, S. 20)

Evaluation research is the systematic application of social research procedures for assessing the conceptualization, design, implementation, and utility of social intervention programs (Rossi & Freeman, 1993, S. 4)

Eine Evaluation ist ein ziel- und zweckorientierter Bewertungsprozess einer bestimmten Maßnahme (Znoj & Regli, 2006, S. 288)

wird unter Bezug auf handlungstheoretische Modellvorstellungen (vgl. Nitsch, 2000)

unter Programmevaluation ist ein intentional organisierter Prozess verstanden, der sich auf die Konzeptbildung, Konzeptrealisierung und Konzeptbewertung des Evaluationsvorhabens bezieht (vgl. Abb. 3).

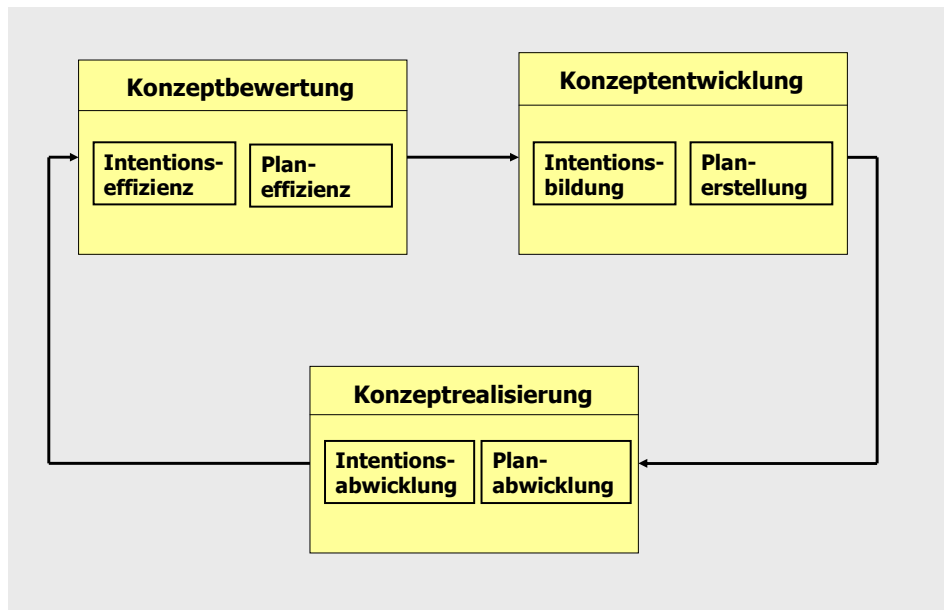


Abbildung 3. Phasenmodell der Programmevaluation

In der Phase der Konzeptbildung für die Programmevaluation stellt sich zunächst die Frage, welche Absichten mit der Programmevaluation verfolgt werden (Intentionsbildung). Da in der Regel die Evaluationsforschung die Wirkungsanalyse akzentuiert, wird - orientiert an der Grundstruktur von Intentionen (vgl. Nitsch, 2000) - davon ausgegangen, dass eine qualitätsorientierte Programmevaluation Ziel, Zweck- und Sinnintentionen ausgearbeitet hat (vgl. Abb. 4).

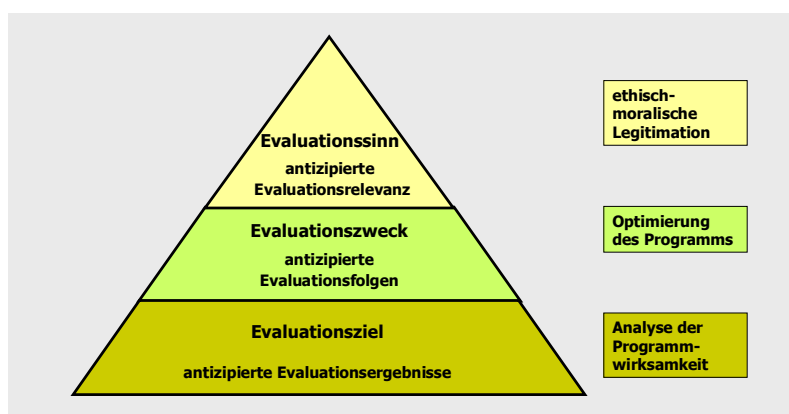


Abbildung 4. Intensionsstruktur der Programmevaluation

Die Unterscheidung in Evaluationsziel, -zweck und -sinn bedeutet, dass die qualifizierte Programmevaluation die Analyse der Programmwirksamkeit, die Optimierung des Programms und die ethisch - moralische Legitimation des Evaluationsvorhabens umfasst.

Grundsätzlich können sich die programmbezogenen Evaluationsintentionen auf die Evaluation innovativer Programme, Evaluation von bereits laufenden Programmen und die Evaluation von etablierten Programmen beziehen. Um diesen unterschiedlichen Programmarten gerecht werden zu können, muss das Konzept der Programmevaluation auf die Programme spezifisch zugeschnitten sein (vgl. Rossi & Freeman, 1993).

Bei der Konzeptbildung der Programmevaluation ist weiterhin die Phasenstruktur der Evaluierung vom Programmen und Interventionsmaßnahmen (vgl. Kapitel 5.2) zu berücksichtigen, indem die Evaluationsintentionen auf die unterschiedlichen Programmphasen zugeschnitten sind. Qualitätsorientierte Programmevaluation ist demzufolge ein Prozess, der alle Programmphasen umfasst (vgl. „comprehensive evaluation“, Rossi & Freeman, 1993, S. 35).

Zur Konzeptbildung der Programmevaluation gehört neben der Intentionsbildung die *Planerstellung* (vgl. Abb. 3), in der einerseits festgelegt wird, wer die Evaluation durchführt. Zu unterscheiden sind die Formen: Selbstevaluation (interne Evaluation) und Fremdevaluation (externe Evaluation). Qualitätsorientierte Programmevaluation sollte eine Kombination aus Selbst- und Fremdevaluation darstellen.

Zur Planerstellung gehört andererseits die Wahl der einzusetzenden Evaluationsmethoden. Dabei ist der Methodenstreit zwischen wissenschaftlicher und nicht-wissenschaftlicher Evaluation nicht hilfreich. Vielmehr sollte zur Programmevaluation der pluralistische Zugang, d.h. eine Kombination aus vielfältigen Methoden gewählt werden (vgl. Rootman & Ziglio, 1998, S. 197; „Archipel-Methode“, Znoj & Regli, 2006, S. 297; „Triangulation“, Kelle & Metje, 2009). Die Integration verschiedener Methoden trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass unterschiedliche Evaluationsintentionen unterschiedliche methodische Zugänge erfordern. Die Wahl der Evaluationsmethode hängt im Wesentlichen davon ab, welche Intentionen mit der Programmevaluation verfolgt werden (Znoj & Regli, 2006). So können beispielsweise zur Prüfung der Zielerreichung eines Programms quantitative Methoden und zur Identifizierung von Programmstärken bzw. -schwächen qualitative Methoden eingesetzt werden.

In der Phase der *Konzeptrealisierung* (vgl. Abb. 3) geht es um die Frage, ob der Evaluationsplan erwartungsgemäß ausgeführt werden konnte. Dazu gehört einerseits, ob die Intentionen der Programmevaluation wie geplant verwirklicht werden konnten (z. B. Erreichung der intendierten Zielgruppe, kontinuierliche Kooperation mit dem Kooperationspartner) oder ob die *Intentionsabwicklung* während der Konzeptrealisie-

rung gegen Störungen und Widerstände abgeschirmt werden musste, um weiterhin handlungswirksam zu bleiben (z. B. aufkommende Vorbehalte der zu evaluierenden Institution). Andererseits wird in der Phase der Konzeptrealisierung geprüft, ob und wie weit die Programmevaluation in Übereinstimmung mit den im Evaluationsplan festgelegten Vorgehensweisen und Evaluationsmethoden abgewickelt wurde (*Planabwicklung*). In der Konfrontation mit der Realität können Probleme bei der Planabwicklung darin liegen, dass Situationen auftreten, die im Plan nicht vorweggenommen wurden und für die keine Lösungsschritte vorgesehen sind (erwartungsneutrale Situation) oder die konträr zu den im Plan festgelegten Erwartungen (erwartungswidrige Situation) sind (vgl. Nitsch, 2000).

In der Phase der *Konzeptbewertung* steht die Einschätzung der Effizienz der Programmevaluation im Vordergrund. Auf der Grundlage der subjektiv wahrgenommenen Aufwand-Effekt-Bilanz wird die Realitätsangemessenheit der Evaluationsintentionen (*Intentionseffizienz*) und des erstellten Evaluationsplans (*Planeffizienz*) (vgl. Abb. 3) bewertet. Intentionseffizienz und Planeffizienz liegen vor, wenn die erzielten Effekte der Programmevaluation den investierten Aufwand rechtfertigen. Ungünstige Aufwand-Effekt-Bilanzen sind gegeben, wenn trotz hohen Aufwands die erwarteten Effekte ausgeblieben sind oder die Effekte auch mit weniger Aufwand erzielbar gewesen wären. Je nach dem wie die Einschätzung der Realitätsangemessenheit ausfällt, kann an der Intentionsbildung und Planerstellung festgehalten oder muss eine Revision der gebildeten Intentionen und erstellten Pläne vorgenommen werden.

4. Schlussfolgerung

Von der Qualität der Programmevaluation hängt ab, ob sich die Qualität eines Interventionsprogramms nachweisen lässt (vgl. Christiansen, 1999). Hohe Evaluationsstandards nützen demzufolge Forschern und Praktikern gleichermaßen und können zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Forschung und Praxis beitragen. Zur Sicherung qualitätsorientierter Programmevaluation werden die Qualifizierung von Evaluationsforschern und der „Ausbau einer Evaluationsstruktur, die fachgerechte Evaluationsforschung anbieten könnte“ (Christiansen, 1999, S. 65) vorgeschlagen. Um in der Präventionspraxis das Verständnis für und in die Programmevaluation zu stärken, ist erforderlich, dass die Programmevaluation die Interessen der Programm-beteiligten - im Sinne der *partizipativen Programmevaluation* (vgl. participatory approach, Rootman & Ziglio, 1998, S. 199) - berücksichtigt.

14. Nutzen und Verwertungsplan

H. Allmer

gesund e. V. – Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

1. Wissenschaftlicher Nutzen

Aus *wissenschaftlicher* Sicht ist einerseits ein Rahmenkonzept zur *qualitätsorientierten Programmentwicklung* erarbeitet worden, in dem die Evaluationsforschung als integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements von gesundheitsförderlichen Präventionsprogrammen und -angeboten verstanden wird. Andererseits wurden konzeptuelle Vorstellungen zur Frage entwickelt, welche *Kriterien der qualitätsorientierten Programmevaluation* zugrunde zu legen sind.

Zur Präsentation und Verbreitung des generierten Wissens wurde während der Laufzeit des Projekts ein internationaler Workshop „Evaluation von gesundheitsorientierten Bewegungskampagnen“ an der Deutschen Sporthochschule Köln organisiert und durchgeführt. Die zentralen Diskussionsergebnisse der Arbeitskreise des Workshops, an dem 80 Personen der Präventionsforschung und Präventionspraxis sowie aus Einrichtungen des Gesundheitswesens teilgenommen haben, sind:

(1) *Statements für die Wahl der Zugangswege*

- (a) Zielgruppenspezifische Zugangswege motivieren bewegungs- und sportinaktive Ältere am ehesten zu gesundheitsorientierten (Bewegungs-) Angeboten. Zielgruppenunspezifische Zugangswege (z.B. Plakate, Websites etc.) erreichen vor allem Ältere, die bereits Interesse am Gesundheitsthema haben und bewegungs- und sportaktiv sind.
- (b) Für einen Erfolg versprechende Kommunikation ist die Zielgenauigkeit der Ansprache notwendig, der eine zielgruppengerechte Angebotsstruktur folgen muss.
- (c) Bevölkerungsorientierte Kampagnen müssen mit nachfolgenden Interventionsmaßnahmen verknüpft sein (Konzept der „integrierten Interventionsmodule“).
- (d) Bevölkerungsorientierte Kampagnen ändern nicht zwangsläufig das Verhalten, sondern transportieren in erster Linie Informationen. Wichtig ist, dass Kampagnen durch nachfolgende regionale Angebote fortgesetzt werden. Kampagnen brauchen lokale Netzwerke, um effektiv wirken zu können.

(2) Statements für eine qualitätsorientierte Programmevaluation

- (a) Evaluationsforschung sollte sich selbst evaluieren und sich an Qualitätsstandards orientieren. Die Ziele der Interventionsmaßnahme definieren die Art der Evaluation.
- (b) Selbstevaluation sollte ein integraler Bestandteil des Evaluationskonzeptes sein. Die unterschiedlichen Rollen und Funktionen von Selbstevaluation müssen beachtet und in die Auswertung einbezogen werden.
- (c) Die konfligierenden Interessenlagen der Akteure (Zuwendungsgeber, Maßnahmenträger und Evaluatoren) sollten bei der Evaluationsforschung berücksichtigt werden.
- (d) Evaluation braucht einen Methodenmix. Bei der Entwicklung von praxistauglichen Evaluationsinstrumenten sind die Kompetenzen für die Anwendung in der Praxis und die Auswertung zu berücksichtigen.
- (e) Die Antragstellung von Praxisprojekten ist durch Informations- und Beratungsangebote zu begleiten (z. B. Mentoring).

Die Workshopergebnisse haben dazu beigetragen, das Konzept der qualitätsorientierten Programmevaluation zu differenzieren und zu präzisieren.

Während der Projektlaufzeit wurden einerseits Forschungsergebnisse auf mehreren wissenschaftlichen Veranstaltungen vorgestellt und andererseits ein Arbeitskreis zur Evaluationsforschung organisiert (vgl. Abschn. 3).

Nach Abschluss des Projektvorhabens wird der wissenschaftliche Austausch der Forschungsergebnisse im Rahmen der Arbeitsgruppe „Methoden“ des Verbundprojektes „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP)“ fortgeschrieben.

2. Praxistransfer

Zur praktischen Verwertbarkeit der Projektergebnisse werden die projektbezogenen Kooperationen fortgesetzt. Der LandesSportBund NRW, der die Kampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ weiterentwickelt, wird bei der Programmentwicklung beraten und bei der Planung, Durchführung und Auswertung der Programmevaluation unterstützt (vgl. Checkliste „Selbstevaluation der Programmkonzeption“, Kap. 7). Als nächster Schritt ist geplant, die dauerhafte Implementierung von altersgerechten und qualitätsorientierten Bewegungsangeboten in das Weiterbildungsprogramm und die Vereinssportpraxis zu erreichen. Um die viel versprechenden Erfahrungen mit der Online-Beratung praktisch zu nutzen, wurde dem Landes-

SportBund NRW das Projektvorhaben „Interaktive Online-Beratung zur sportbezogenen Vorsatzbildung und -realisierung unterbreitet.

Die in der vorliegenden Untersuchung praktizierte Kooperation und Bündelung der Ressourcen von Krankenkassen und Sportvereinen stellt einen Erfolg versprechenden Weg dar. Die Zusammenarbeit mit der Krankenkasse (IKK) hat einerseits zur Optimierung des Qualitätsmanagements von bewegungsbezogenen Präventionsangeboten beigetragen. Andererseits haben die Kooperationsverträge zwischen Krankenkasse und den Sportvereinen eine strukturelle Verknüpfung zwischen dem Bewegungskurs und den Nachfolgeangeboten in Sportvereinen geschaffen, der Modellcharakter für die Präventionspraxis zugeschrieben werden kann. Im Anschluss an das Projekt wurden daher mit dem Kooperationspartner (IKK) Gespräche mit dem Ziel aufgenommen, die Installierung attraktiver bewegungsbezogener Präventionsangebote und den Übergang in dauerhafte Angebote zu gewährleisten. Zudem wurden Überlegungen angestellt, ein überregionales Symposium zum Thema „Bewegungsangebote in der Präventionspraxis“ für die Präventionsanbieter durchzuführen.

3. Vorträge und Veröffentlichungen zu den Projektergebnissen

Allmer, H. & Allmer, M. (2007). Evaluation der Plakataktion „Überwinde deinen inneren Schweinehund“. Posterpräsentation anlässlich des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, *Prävention und Versorgungsforschung*, 24. – 27. Oktober 2007, Dresden.

Allmer, H. (2008). Arbeitskreis „Beiträge zur Intervention in der Bevölkerung“. In M. Knoll & A. Woll (Hrsg.), *Sport und Gesundheit in der Lebensspannen* (S. 73 – 96). Ahrensburg: Czwalina.

Allmer, H. (2008). Evaluationskonzept zur LSB-Bewegungskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“. In M. Knoll & A. Woll (Hrsg.), *Sport und Gesundheit in der Lebensspannen* (S. 80 – 84). Ahrensburg: Czwalina.

Allmer, H. (2009). Motivierungsmöglichkeiten bewegungs- und sportinaktiver Älterer – Ergebnisse der bevölkerungsorientierten Bewegungskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“. In Tagungsdokumentation des Workshops der Medizinische Hochschule Hannover, *Auf dem Weg zu mehr Zielorientierung –Edukative Ansätze in der Prävention und Rehabilitation für Ältere (50 plus)*, 19. November, Hannover.

- Allmer, H. (2009). Qualitätsmanagement von Evaluationsstudien zu bevölkerungsorientierten Bewegungskampagnen. Vortrag anlässlich des Internationalen Workshops *Evaluation von gesundheitsorientierten Bewegungskampagnen*, 26. Juni 2009, Köln.
- Wallmann, B. & Walschek, R. (2009). Effektivität von Zugangswegen für Präventionsangebote bei älteren Personen der einfachen Bildungsschicht. Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.), *Dokumentation 15. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit: Gesundheit für alle - Ethik im Spannungsfeld*, 4. - 5. Dezember 2009, Berlin.
- Wallmann, B. & Walschek, R. (2009). Effektivität von Zugangswegen für Ältere zu Bewegungsangeboten. Vortrag anlässlich des Internationalen Workshops *Evaluation von gesundheitsorientierten Bewegungskampagnen*, 26. Juni 2009, Köln.
- Wallmann, B., Walter, T., Allmer, H. & Froböse, I. (2009). Dokumentation der Effektivität der Vermittlung von Präventionsangeboten durch Hausärzte. Vortrag anlässlich des 19. Sportwissenschaftlichen Hochschultages der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs), *Bildungspotenziale im Sport*, 16. - 18. September 2009, Münster.
- Walschek, R., Euskirchen, J. & Allmer, H. (2009). Effektivität unterschiedlicher Zugangswege zur Motivierung bewegungsinaktiver Älterer. In I. Pfeffer & D. Alfermann (Hrsg.), *Menschen in Bewegung Sportpsychologie zwischen Tradition und Zukunft* (S. 156). Hamburg: Czwalina.

Literatur

- Abele, A., Brehm, W. & Gall, T. (1991). Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (S. 279 - 297). Weinheim/München: Juventa.
- Acree, L.S., Longfors, A., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K., Montgomery, P. & Garner, A. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 37.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioural control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Alfermann, D. & Stoll, O. (1997). Sport in der Primärprävention: Langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 91-108.
- Allmer, H. (1990a). Sportliches Handeln im Alter - individuelle Begründungen für Mitmachen und Verzichten. *Spectrum der Sportwissenschaften*, 2 (2), 57-77.
- Allmer, H. (1996). Sportengagement und Sportabstinenz im Alter. In H. Denk (Hrsg.), *Alterssport. Aktuelle Ergebnisse* (S. 10 - 23). Schorndorf: Hofmann.
- Allmer, H. (1998) "mens sana in corpore sano" - Zauberformel für Bewegungs- und Sportaktivitäten mit Älteren? In H. Mechling (Hrsg.), *Training im Alterssport. Sportliche Leistungsfähigkeit im Alternsprozess* (S. 39 - 50). Schorndorf: Hofmann.
- Allmer, H. (2006). Bewegung und Sport der Älteren - neu betrachtet. In M. Tietjens & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Sportpsychologie* (S. 126 - 134). Schorndorf: Hofmann.
- Allmer, H. (2008). Bewegungs- und Sportaktivitäten der Älteren. In K. Beckmann & M. Kellmann (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D Praxisgebiete, Serie V Sportpsychologie, Band 2 Anwendungen der Sportpsychologie* (S. 735 - 807). Göttingen: Hogrefe.
- Allmer, H., Damm, A. & Moser, T. (1989). Realisierung sportbezogener Intentionen und Veränderungen der psychischen Befindlichkeit älterer Menschen im Verlauf eines mehrwöchigen Sportprogramms. In *Das Altenzentrum "Sport für betagte Bürger" Mönchengladbach* (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bd. 237, S. 170 -187). Stuttgart: Kohlhammer.
- Allmer, H., Tokarski, W. & Walschek, R. (2000). *Bewegung, Spiel und Sport im Alter - Ein Handbuch zur Planung und Organisation attraktiver Angebote*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Allmer, H., Tokarski, W., Schneider, D., Schöttler, B., Steffens, A., Valley, E. & Walschek, R. (1996). *Bewegung, Spiel und Sport im Alter. Band 2, Strukturelle Merkmale von Angeboten* (Berichte und Materialien des Bundesinstituts für Sportwissenschaft, Band 3). Köln: Sport und Buch Strauß.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). *Leitfaden Prävention*. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Baranowski, T., Anderson, C. & Carmack, C. (1998). Mediating variable framework in physical activity interventions. How are we doing? How might we do better? *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 266-297.
- Basler, H. D., Jäkle, C., Keller, S. & Baum, E. (1999). Selbstwirksamkeit, Entscheidungsbalance und die Motivation zu sportlicher Aktivität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20, 203-216.
- Bauman, A. E., Bellew, B., Owen, N. & Vita, P. (2000). Impact of an Australian mass media

- campaign targeting physical activity in 1998. *Journal of Preventive Medicine*, 21, 41-47.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, S., Klein, T. & Schneider, S. (2006). Sportaktivität in Deutschland im 10-Jahres-Vergleich: Veränderungen und soziale Unterschiede. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 57 (9), 226 – 232.
- Biddle, S. J. H. & Mutrie, N. (2001). *Psychology of physical activity*. London, UK: Routledge.
- Biddle, S. J. H. & Nigg, C. R. (2000). Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 290–304.
- Bize, R., Johnson, J. & Plotnikoff, R. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the General adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, 45 (6), 401-415.
- Bös, K. & Brehm, W. (2006). *Handbuch Gesundheitssport* (2. überarbeitete Auflage). Schorndorf: Hofmann.
- Brand, R. (2007). Bevölkerungsbezogene Interventionen und Kampagnen. In R. Fuchs, W. Göhner & H. C. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 195 - 212). Hogrefe: Göttingen.
- Braumann, K.-M., Reer, R. & Schuhmacher, E. (2001). Die Einschätzung der Bedeutung von Sport und Bewegung als Mittel der Therapie bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Hamburg. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 52 (5), 175-179.
- Brehm, W. (1992). Der Sinn sportlicher Aktivität für älter werdende Menschen. In H. J. Kaiser (Hrsg.), *Der ältere Mensch - wie er denkt und handelt* (S. 153 - 169). Bern: Huber.
- Brehm, W. (1998). Sportliche Aktivität und psychische Gesundheit. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 33 - 43). Schorndorf: Hofmann.
- Bundesministerium für Gesundheit (2002) (Hrsg.). *Gesund altern* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 146). Baden-Baden: Nomos.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001). Increasing physical activity: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Morbidity and Mortality. *Weekly Reports*, 50 RR-18, 1-18.
- Christiansen, G. (2001). *Evaluation - ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 8). Köln: BZgA.
- Conn, V. S., Minor, M. A., Burks, K. J., Rantz, M. J. & Pomeroy, S. H. (2003). Integrative review of physical activity intervention research in aging adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1159-1168.
- Courneya, K.S. (1995). Perceived severity of the consequences of physical inactivity across the stages of change in older adults. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 17, 447-457.
- Darlison, E. (2000). Geschlechterrolle und Sport. *Der Orthopäde*, 11, 957-968.
- DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V. (Hrsg.) (2008). *Standards für Evaluation* (4. unveränderte Auflage). Mainz.
- Denk, H. & Pache, D. (1996). Die Einstellung Älterer zu Bewegungs- und Sportaktivitäten. Ergebnisse der Bonner-Alterssport- Studie (Bas) 1992 - 1995. In Denk, H. (Hrsg.), *Alterssport. Aktuelle Forschungsergebnisse* (S. 41 - 62). Schondorf: Hofmann.
- Dishman, R. K. (1994). *Advances in exercise adherence*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Dishman, R. K. & Buckworth, J. (1996). Increasing physical activity: A quantitative synthesis. *Medicine and Science in Sports Exercise*, 28, 706-719.
- Dzewaltowski, D. A., Noble, J. M. & Shaw, J. M. (1990). Physical activity participation: Social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behaviour. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, 388-405.
- Eid, M. (2003). Veränderungsmessung und Kausalanalysen. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S. 105 - 120). Göttingen: Hogrefe.
- Ellert, U., Wirz, J. & Ziese, T. (2006). *Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts* (2. Welle). Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Etnier, J.L., Salazar, W., Landers, D.M., Petruzzello, S.J., Han, M. & Nowell, P. (1997). The influence of physical fitness and exercise upon cognitive functioning: A meta-analysis.

- Journal of Sport & Exercise Psychology*, 19, 249-277.
- Fischer, M. (2006). *Website Boosting. Suchmaschinen-Optimierung, Usability, Webseiten-Marketing*. Heidelberg: Verlag mitp.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Froböse I. (2007). Prävention im Blickfeld geschlechtsspezifischer Unterscheidung. In H. Deimel, G. Huber, K. Pfeifer & K. Schüle K (Hrsg.), *Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation* (S. 43 - 54). Deutscher Ärzte Verlag.
- Fuchs, R. (1999). Motivation, Volition und alltägliches Sporttreiben. In D. Alfermann & O. Stoll (Hrsg.), *Motivation und Volition im Sport. Vom Planen zum Handeln* (S. 41 - 54). Köln: bps.
- Fuchs, R. (2001). Entwicklungsstadien des Sporttreibens. *Sportwissenschaft*, 31, 255-281.
- Fuchs, R. (2003). Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen: Hogrefe
- Fuchs, R. (2006). Motivation und Volition im Freizeit- und Gesundheitssport. In M. Tietjens & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Sportpsychologie* (S.270 - 278.). Schorndorf: Hofmann.
- Fuchs, R. & Schwarzer, R. (1994). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Messinstruments. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 15, 141-154.
- Gerhards, A., Lühmann, D., Velasco-Garrido, M., Walter, U. & Razum, O. (2007). Health Technology (HTA) und Prävention - passt das zusammen? In W. Kirch, B. Badura & H. Pfaff (Hrsg.), *Prävention und Versorgungsforschung* (S. 35 - 61). Berlin: Springer.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning : An educational and environmental approach*. Mountain View, CA : Mayfield.
- Gross, G. & Oppermann, A. (2008). *Gesundheitstreff Mittelfeld*. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, Hannover.
- Hager, W., Patry, J. L. & Brezing, H. (2000). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien: Ein Handbuch*. Bern : Huber.
- Hahn, E. (1996). *Psychologisches Training im Wettkampfsport* (Schriftenreihe des Bundesinstituts für Sportwissenschaft, Bd. 85). Schorndorf: Hofmann.
- Hamschmidt, M. (2008). Gesundheit und Prävention in Schulen. In H. Kerner & E. Marks (Hrsg.), *Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages*. Hannover.
- Hautzinger, M. (Hrsg.). (1994). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen*. Berlin: Quintessenz.
- Heise Online (Hrsg.) (2008). „Lifelogging“ speichert das gesamte Leben. Online verfügbar unter <http://www.heise.de/newsticker/Lifelogging-speichert-das-gesamte-Leben--/meldung/116146>, veröffentlicht am 18.9.2008.
- Hillsdon, M., Thorogood, M., Anstiss, T.T & Morris, J. (1995). Randomised controlled trials of physical activity promotion in free living populations: A review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 448-453.
- Hollmann, W. & Strüder, H. (2009). *Sportmedizin*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Höner, O. (2007). Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität. In R. Fuchs, W. Göhner & H. C. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 45 - 67). Göttingen: Hogrefe.
- <http://www.google.de/analytics/de-DE/>
- Ilg, H. (1997). *Gesundheitsförderung. Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht*. Köln: bps - Verlag.
- Janssen, J.-P. (1995). Gesundheit und Sport im Alter: Verhaltenswissenschaftliche und epidemiologische Befunde. *Sportonomics*, 1 (2), 55-60.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kelle, U. & Metje, B. (2009). *Qualitätsentwicklung in der Lehre und Evaluation durch Methodemix*. Unveröff. Vortrag. Marburg: Institut für Soziologie.
- Kerner, J., Rimer, B. & Emmons, K. (2005). Introduction to the special section on dissemin-

- nation – Dissemination research and research dissemination: How can we close the gap? *Health Psychology*, 24, 443-446.
- King, A.C., Rejeski, W.J. & Buchner, D.M. (1998). Physical activity interventions targeting older adults. A critical review and recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 15 (4), 316-333.
- King, A.C., Taylor, C.B. & Haskell, W.L. (1993). Effects of differing intensities and formats of 12 months of exercise training on psychological outcomes in older adults. *Health Psychology*, 12, 292-300.
- Klotz, T. Hurrelmann, K. & Eickenberg, H. U. (1998). Männergesundheit und Lebenserwartung: Der frühe Tod des starken Geschlechts. *Deutsches Ärzteblatt*, 95 (9).
- Knoll, M. (1997). *Sporttreiben und Gesundheit - Eine kritische Analyse vorliegender Befunde*. Schondorf: Hofmann.
- Kolip, P. (Hrsg.). (1994). *Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. Weinheim: Juventa.
- Kollman, T. & Häsel, M. (2007). *Trends und Technologien des Web 2.0*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Köpsel, J. (2002). Sportliche Aktivität und motorische Leistungsfähigkeit älterer Menschen. *Sportwissenschaft*, 32, 381-400.
- Kramer, A.F. & Willis, S.L. (2002). Enhancing the cognitive vitality of older adults. *American Psychological Society*, 11, 173-177.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1987). Motivation und Handlungskontrolle: Ohne guten Willen geht es nicht. In H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F.E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 101 - 120). Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Lames, M. & Kolb, M. (1999). Gesundheitsförderung in Sportvereinen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 7, 30-52.
- Lampert, T., Mensik, G. & Ziese, T. (2005). Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 12, 1357-1364.
- LandesSportBund NRW (2003). *Positionspapier „Sport, Bewegung und Gesundheit“*.
- Lehr, U. (2003). Aktiv und bewegt älter werden - was können wir ändern? *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 54, 1-5.
- Loehr, J. E. (2006). *Die neue mentale Stärke. Sportliche Bestleistung durch mentale, emotionale und physische Konditionierung*. München: BLV.
- Maier, A. & Basler, H.-D. (2003). Gibt es eine Stufenspezifität für Änderungsstrategien bei sportlicher Aktivität? Eine Studie zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11, 125-131.
- Marcus, B. H., Dubbert, P. M., Forsyth, L. H., McKenzie, T. L., Stone, E. J., Dunn, A. L. & Balir, S. N. (2000). Physical activity behaviour change: Issues in adoption and maintenance. *Health Psychology*, 19, 32-421.
- Marti, B. & Hättich, A. (1999). *Bewegung, Sport und Gesundheit. Epidemiologisches Kompendium*. Bern: Haupt.
- Martin-Diener, E., Wanner, M. & Padlina, O. (2007). Internetgestützte Bewegungsförderung. In R. Fuchs, W. Göhner & H. C. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils*. Göttingen: Hogrefe.
- Mc Donald, D.G. & Hodgson, J.A. (1991). *Psychological effects of aerobic fitness training. Research and theory*. New York: Springer.
- McGuire, W. J. (1991). Theoretical foundations of campaigns. In R. E. Rice & C. A. Atkin (Eds.), *Public communication campaigns* (pp. 43-65). Newbury Park, CA: Sage.
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) (2008). *Präventionsbericht 2008 - Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung - Berichtsjahr 2007*. Düsseldorf: Druckstudio GmbH.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2005). *Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen*

Gesundheitsförderung.

- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) e.V. (Hrsg.) (2008). *Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung.*
- Mensink, G. (2002). Körperliches Aktivitätsverhalten in Deutschland. In G. Samitz & G. Mensink (Hrsg.), *Körperliches Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis.* München: Marseille.
- Mittag, W. & Jerusalem, M. (1997). Evaluation von Präventionsprogrammen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. Auflage, S. 595 - 611). Göttingen: Hogrefe.
- Mittag, W. (2003). Qualitätssicherung und Evaluation. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S. 121 - 137). Göttingen: Hogrefe.
- Moser, K. (1990). *Werbepsychologie: Eine Einführung.* München: Psychologie Verlags Union.
- Morimoto, T., Oguma, Y., Yamazaki, S., Sokejima, S., Nakayama, T. & Fukuhara, S. (2006). Gender differences in effects of physical activity on quality of life and resource utilization. *Quality Life of Research*, 15 (3), 357-346.
- Nitsch, J. R. (1986). Zur handlungstheoretischen Grundlegung der Sportpsychologie. In H. Gabler, J. R. Nitsch & R. Singer, *Einführung in die Sportpsychologie* (S. 188 - 270). Schorndorf: Hofmann.
- Nitsch, J. R. (2000). Handlungstheoretische Grundlagen der Sportpsychologie. In H. Gabler, J. R. Nitsch & R. Singer, *Einführung in die Sportpsychologie* (S. 43 - 164). Schorndorf: Hofmann.
- Nöldner, W. (1990). Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 475 - 487). Göttingen: Hogrefe.
- O'Connor, Pj., Raglin, Js. & Martisen, Ew. (2000). Physical activity, anxiety and anxiety disorders. *International Journal of Sports Psychology*, 31, 136-155.
- Pahmeier, I. (1994). Drop out und Bindung im Breiten- und Gesundheitssport: Günstige und ungünstige Bedingungen für eine Sportteilnahme. *Sportwissenschaft*, 24, 117-150.
- Petrzello, S.J., Landers, D.M., Hatfield, B.D., Kubitz, K. & Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety- reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11, 143-182.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008). *Physical activity guidelines advisory committee report 2008.* Washington, Dc: U.S. Department of Health and Human Services.
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action an the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 47-51.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self change of smoking: Toward an integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A. & Evers, K. E. (1997). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, F. M. Lewis & B. K. Rimer (eds.), *Health behavior and health education* (pp. 60 - 84). San Francico, CA: Jossey-Bass.
- Projektantrag (2007). *Evaluation der bevölkerungsorientierten Bewegungsförderungskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“.* Köln: gesund e.V.
- Richtsteig, P. (2007). *EUGEN - Umfrage - Generator.* www.eugen-umfragen.de. Kleinmachnow.
- Robert Koch Institut (RKI) (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit.* Berlin: Eigenverlag.
- Röger, U. (2005). *Fit und vital älter werden.* Eine empirische Untersuchung zur Entstehung, Realisierung und Wirkung eines Seniorensportprojekts aus Organisations- und Teilnehmersicht. Schorndorf: Hofmann.
- Rootman, I. & Ziglio, E. (1998). Quality and effectiveness. International perspectives. In J. K. Davis & G. Macdonald (eds.), *Quality, evidence and effectiveness in health promotion.* London: Routledge.

- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*, 19, 593-604.
- Rosenbrock, R. (2006). Erfolgskriterien und Typen moderner Primärprävention. In W. Kirch & B. Badura (Hrsg.), *Prävention* (S. 3 - 21). Heidelberg: Springer Medizin.
- Rossi, P. H. & Freeman, H. E. (1993). *Evaluation. A systematic approach* (5th ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Rost, R. (2005). *Sport und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten. Lehrbuch für Sportlehrer, Übungsleiter, Physiotherapeuten und Sportmediziner* (3. Überarbeitete Auflage von B. Bjarnason-Wehrens, C. Graf, D. Lagerström, E.P. Müller, H.-G. Predel & K. Völker). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Rothman, A. J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioural maintenance. *Health Psychology*, 19, 64-69.
- Ruckstuhl B, Somaini B, & Twisselmann W. (1997). *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument*. Bern: Radix Gesundheitsförderung.
- Rulofs, B., Combrink, C. & Borchers, I. (2002). Sportengagement im Lebenslauf von Frauen und Männern. In H. Allmer (Hrsg.), *Sportengagement im Lebensverlauf* (Brennpunkte der Sportwissenschaft, Bd. 23, S. 39 - 59). Sankt Augustin: Academia.
- Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2004). Bevölkerungsbezogene Interventionen - Ansätze und Evaluation. In A. Woll, W. Brehm & K. Pfeifer (Hrsg.), *Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie* (S. 177 - 188). Hamburg: Czwalina.
- Sachs, M. L. & Buffone, G. W. (1984). *Running as therapy*. Lincoln: Univ. Nebraska Press.
- Saltin, B. & Helge, J.W. (2000). Skelettmuskulatur, körperliche Aktivität und Gesundheit. *Der Orthopäde*, 29, 941-947.
- Sanders, J. R. (2000). *Handbuch der Evaluationsstandards. Die Standards des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* (2. Auflage). Opladen: Leske + Budrich
- Scheier, C. (2005). Wie wirken Plakate? Neue Methoden und Erkenntnisse. In W. J. Koschnik (Hrsg.), *FOCUS-Jahrbuch 2005*. Beiträge zu Werbe- und Medienplanung, Markt-, Kommunikations- und Medienforschung (S. 265 - 289). München: FOCUS Magazine Verlag.
- Schlicht, W. (1994). *Sport und Primärprävention*. Göttingen: Hogrefe.
- Schlicht, W. (2003). Sport und Bewegung. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S. 213 - 231). Göttingen: Hogrefe.
- Schlicht, W. & Brand, R. (2007). *Körperliche Aktivität, Gesundheit und Sport. Eine interdisziplinäre Einführung*. Weinheim/München: Juventa.
- Schneider, S. & Schiltenswolf, M. (2005). Preaching to the converted. Über- und Unterversorgung in der Schmerzprävention am Beispiel Bundesdeutscher Rückenschulen. *Der Schmerz*, 6, 477-488.
- Schröder, J. & Rütten, A. (2004). Evaluation kommunaler Sportentwicklung und Gesundheitsförderung - Zum Problem der Messung bevölkerungsbezogener Interventions-effekte am Beispiel eines Modellprojekts zur kommunalen Sportentwicklungsplanung. In A. Woll, W. Brehm & K. Pfeifer (Hrsg.), *Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie* (S. 209 - 218). Hamburg: Czwalina.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J.P., Scholz, U. & Lippke, S. (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence. *Health Psychology*, 27 (1), 54-63.
- Schweiger, G. & Schrattenecker, G. (1992). *Werbung: Eine Einführung*. Stuttgart: Fischer.
- Scriba, P.C. & Schwartz, F.W. (2004). Bewegung. Prävention und Gesundheitsförderung- Wege zur Innovation im Gesundheitswesen? *Der Internist*, 2, 157-165.
- Seelig, H. & Fuchs, R. (2006). Messung der sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 13, 121-139.
- Sheldon, K. M. & Houser-Marko, L. (2001). Self-concordance, goal attainment, and the pursuit of happiness: Can there be an upward spiral? *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 152-165.
- SOEP (1999). *Sozioökonomisches Panel*. Repräsentative Längsschnittsstudie privater

- Haushalte in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Stamm, H., Lamprecht, H., Somaini, B. & Peters, M. (2001). "Getting Switzerland to move": Evaluation of a new "Sport for All" programme. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 20-28.
- Stiehr, K. & Ritter, J. (2005). *Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Bundesmodellprojekt „Richtig fit ab 50“*. Unveröff. Manuskript, Frankfurt.
- Storch, M. & Krause, F. (2005). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert*. Bern: Huber.
- Thefeld, W., Stolzenberg, H. & Bellach, B. M. (1999). Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer, Non-Responder-Analyse. *Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), 57-61.
- TNS Infratest & Initiative D21 (2007). *(N)onliner Atlas*. TNS Infratest.
- Wagner, P. (2000). *Aussteigen oder Dabeibleiben? Determinanten der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität in gesundheitsorientierten Sportprogrammen*. Darmstadt: WBG.
- Walter, U., Drupp, M. & Schwartz, F. W. (Hrsg.) (2002). *Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit*. Weinheim/München: Juventa.
- Wilhelm, A., Geller, P. & Janssen, J.-P. (1997). Einstellung zur Sportteilnahme im Vergleich von Sportlern und Nichtsportlern . In H. Ilg (Hrsg.), *Gesundheitsförderung. Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht* (S. 100 - 104). Köln: bps-Verlag.
- Winiarski, R. (2004). *Beratung und Kurztherapie mit Kognitiver Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz PVU.
- Wydra, G. (2005). *Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW)*. Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens (3. überarbeitete und erweiterte Fassung). Saarbrücken: SWI.
- Yaffe, K., Barnes, D., Nevitt, M., Lui, L.-Y. & Covinsky, K. (2001). A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women. *Archives of Neurology*, 161(14), 1703-1707.
- Znoj, H. & Regli, D. (2006). Anwendung von Evaluationsmethoden. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 303 - 307). Berlin: Springer.