

Lebensstil-integrierte sportliche Aktivität: Ergebnisse der MoVo-LISA Interventionsstudie

R. Fuchs¹
W. Göhner²
H. Seelig¹
A. Fleitz¹
C. Mahler¹
I. Schittich³

Zusammenfassung

Hintergrund: Das psychologische Interventionsprogramm MoVo-LISA wurde entwickelt, um Aufbau und Aufrechterhaltung eines körperlich-aktiven Lebensstils im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation zu unterstützen. Anders als die meisten bisherigen Programme zielt MoVo-LISA nicht nur auf eine Stärkung der Motivation, sondern auch auf eine Förderung der Selbststeuerungsfähigkeit, um aus bloßen Absichten tatsächliches Handeln werden zu lassen (Volition).

Methode: N=220 Patienten einer stationären orthopädischen Rehabilitationseinrichtung wurden einer Kontroll- bzw. Interventionsbedingung zugewiesen (quasi-experimentelles Design). Die Kontrollgruppe erhielt das Standard-Klinikprogramm, die Interventionsgruppe zusätzlich die MoVo-LISA Intervention (2 Gruppengespräche und ein kurzes Einzelgespräch während des Klinikaufenthalts, eine postalische Erinnerung 3 Wochen und ein Kurztelefonat 5 Wochen nach der Klinikentlassung). Sportaktivität, Gesundheitsstatus und psychologische Variablen wurden zu 5 Messzeitpunkten erhoben.

Ergebnisse: Ein Jahr nach Rehabilitationsende waren die Teilnehmer der Interventionsgruppe im Mittel 28 min/Woche länger sportlich aktiv als die der Kontrollgruppe ($p=0,05$). Die Hälfte der Teilnehmer der Interventionsgruppe waren mindestens 60 min/Woche aktiv, in der Kontrollgruppe jedoch nur 33% ($p=0,01$). Auch im Beschwerdeerleben (Schmerzindex) erreichte die Interventionsgruppe günstigere Werte.

Schlussfolgerungen: Bei MoVo-LISA handelt es sich um ein kostengünstiges, zeitlich effizientes und standardisiertes Interventionsprogramm, das in vielen Bereichen des Gesundheitswesens (v.a. ambulante und stationäre Reha) eingesetzt werden kann. Die Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass es nachhaltig zum Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils beitragen kann.

Stichworte: körperliche Aktivität, Lebensstiländerung, Rehabilitation, Intervention, Beschwerdeerleben

zentsatz der Rehabilitanden gelingt, poststationär ein stabiles Sport- und Bewegungsverhalten in eigener Regie aufzubauen [2, 3]. Auf der Grundlage bereits existierender Erfahrungen [4–6] wurde das Interventionsprogramm MoVo-LISA entwickelt, mit dem der Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation erleichtert werden soll [7]. MoVo steht hierbei für „Motivation“ und „Volition“, da sich der Ansatz sowohl auf Motivationstheorien des Gesundheitsverhaltens [8–10], als auch auf Volitionstheorien der Selbststeuerung [11–13] bezieht. Das Akronym LISA steht für „Lebensstil-integrierte sportliche Aktivität“.

MoVo-LISA geht von der Erkenntnis aus, dass es vielen Menschen schwerfällt, das, was sie sich vorgenommen haben, auch in die Tat umzusetzen [14]. Auch dann, wenn Menschen hoch motiviert sind, gelingt es ihnen oft nicht, die entsprechenden Handlungen folgen zu lassen [15]. Was diesen Personen fehlt, ist nicht noch eine weitere „Motivierungseinheit“, sondern konkrete Unterstützung bei der volitionalen Umsetzung ihrer Absichten. Mit dem psychologischen Begriff der Volition werden, in Abgrenzung zum Begriff der Motivation, jene Prozesse der Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle bezeichnet, die es dem Menschen ermöglichen, auch dann seine Absicht in die Tat umzusetzen, wenn äußere oder innere Hindernisse auftreten [16]. Das MoVo-Konzept besteht aus 2 Komponenten: Dem theoretischen MoVo-Prozessmodell und der darauf aufbauenden MoVo-Intervention [17]. Das MoVo-Prozessmodell (Abb.1) geht davon aus, dass die Initiierung und Aufrechterhaltung

► Einleitung

In der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation hängt der Erfolg stationärer Maßnahmen wesentlich davon ab, dass die Patienten auch nach der Klinikentlassung das körperliche Trainingsprogramm dauerhaft fortführen [1]. Befunde aus verschiedenen Studien zeigen jedoch, dass es offenbar nur einem relativ geringen Pro-

¹ Universität Freiburg
² Katholische Fachhochschule Freiburg
³ Reha-Zentrum Schömburg
(Klinik Schwarzwald)

Eingegangen: 22.03.10
Angenommen durch Review: 08.10.10

eines kontinuierlichen Bewegungs- bzw. Trainingsprogramms im Wesentlichen von 5 psychologischen Faktoren abhängig ist: vom Vorliegen einer starken Zielintention, von einer möglichst hohen Selbstkonkordanz dieser Zielintention, von realistischen Implementierungsplänen für diese Zielintention, von wirksamen Strategien der Handlungskontrolle und Intentionsabschirmung und schließlich von der Existenz positiver Konsequenz Erfahrungen mit dem neuen Verhalten.

Ziel der MoVo-Intervention ist es, Patienten dabei zu helfen, mit einem regelmäßigen Sport- bzw. Bewegungsprogramm zu beginnen und dieses zu einem festen Bestandteil ihres Alltags zu machen. Während die bisher üblichen Maßnahmen der Patientenschulung fast ausschließlich auf die Motivierung der Patienten durch Information und Aufklärung setzen, geht die MoVo-Intervention darüber hinaus und unterstützt die Patienten dabei, das, was sie sich vorgenommen haben, durch Stärkung ihrer Selbststeuerungskompetenzen auch tatsächlich realisieren zu können. Im vorliegenden Beitrag wird anhand der Daten der von uns durchgeführten kontrollierten Interventionsstudie überprüft, wie gut durch MoVo-LISA der Aufbau eines sportlich-aktiven Lebensstils nach der stationären Rehabilitation bei orthopädischen Patienten gelingen kann.

► Methode

Teilnehmer

Studienteilnehmer waren stationäre Patienten einer orthopädischen Rehabilitationsklinik im nördlichen Schwarzwald (Regelaufenthalt: 3 Wochen). Einschlusskriterien waren das Vorliegen einer chronischen orthopädischen Erkrankung und sportliche Inaktivität in der Zeit vor dem Klinikaufenthalt. Die Patienten der Kontrollgruppe besuchten die Klinik von November 2005 bis März 2006, die der Interventionsgruppe von Mai bis Juli 2006 (sequenzielles Kontrollgruppen-Design). Nachdem die letzten Patienten der Kontrollgruppe die Klinik verlassen hatten (März 2006), wurde das MoVo-LISA Programm – beginnend mit einer Auftaktveranstaltung für alle therapeutischen Mitarbeiter – in der Klinik implementiert.

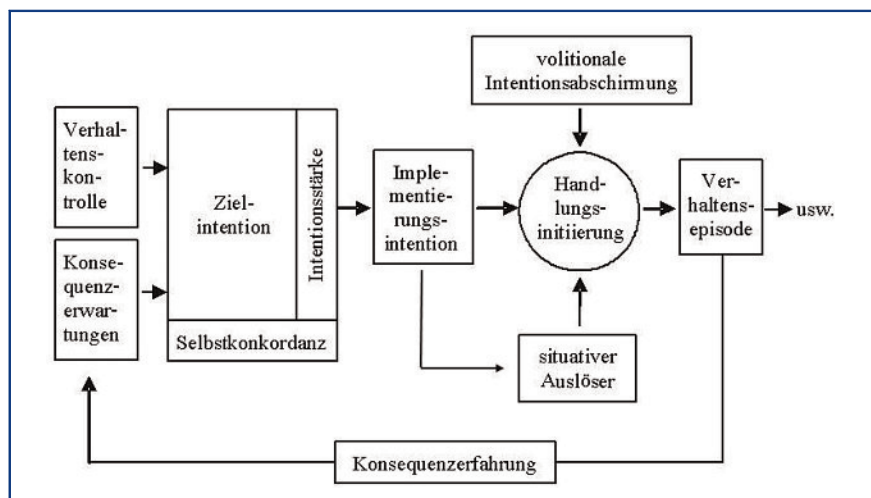


Abb. 1 MoVo-Prozessmodell.

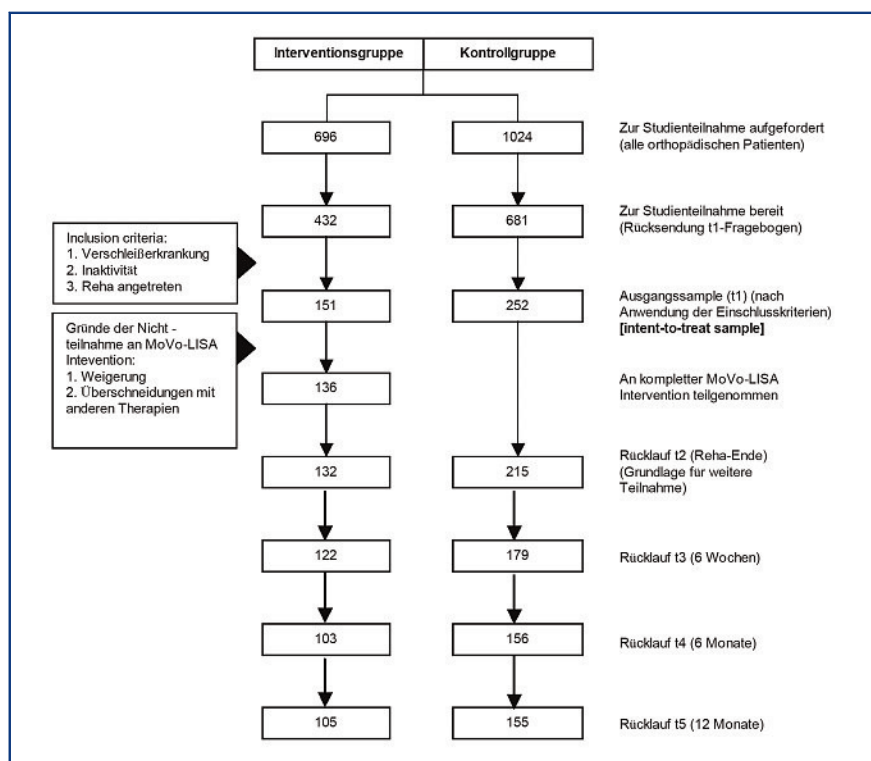


Abb. 2 Flowchart zur Teilnahme- und Dropoutquote.

In der Kontrollgruppe wurden 1024 Personen, in der Interventionsgruppe 696 Personen zur Teilnahme am Eingangs-Screening per Fragebogen (=1. Messzeitpunkt; t1) aufgefordert. Die Rücklaufquote bei diesem Eingangs-Screening betrug in der Kontrollgruppe 66,5% ($n=681$) und in der Interventionsgruppe 62,1% ($n=432$). Nach Anwendung der Einschlusskriterien verblieben 252 Patienten für die Kontrollgruppe und 151 Patienten für die Interventionsgruppe. In Abbildung 2 sind die

Teilnahme- und Dropout-Quoten auch für alle weiteren Messzeitpunkte dargestellt.

Die in diesem Beitrag berichteten Ergebnisse beziehen sich auf die Längsschnittstichprobe jener 220 Teilnehmer (Kontrollgruppe $n=132$; Interventionsgruppe $n=88$), für die Daten von allen 5 Messzeitpunkten vorliegen. Die soziodemografischen Merkmale der beiden Gruppen sind in Tab. 1 beschrieben. Bis auf einen geringen Unterschied beim Alter unterscheiden

Tab. 1 Soziodemografische Merkmale bei Studienbeginn (t1).

	Interventionsgruppe (n=88)		Kontrollgruppe (n=132)		Gruppenunterschied
Alter [Jahre; M (SD)]	52,3	(6,3)	50,2	(7,2)	$p=0,03$
Body Mass Index [kg/m ² ; M (SD)]	29,0	(4,9)	28,6	(5,3)	$p=0,54$
Geschlecht [n; (% der Gruppe)] weiblich	57	(64,8)	69	(52,3)	$p=0,07$
Familienstand [n; (% der Gruppe)] alleinlebend Partnerschaft	18 70	(20,5) (79,5)	21 111	(15,9) (84,1)	$p=0,39$
Schulabschluss [n; (% der Gruppe)] kein Abschluss Hauptschule Realschule (Fach-)Abitur (Fach-)Hochschule Sonstiges	1 46 26 4 5 6	(1,1) (52,3) (29,5) (4,5) (5,7) (6,8)	3 66 29 7 18 9	(2,3) (50,0) (22,0) (5,3) (13,6) (6,8)	$p=0,43$
Erwerbstätigkeit [n; (% der Gruppe)] arbeitslos Teilzeit Vollzeit	9 20 59	(10,2) (22,7) (67,0)	6 33 93	(4,5) (25,0) (70,5)	$p=0,26$
Rehabilitation [n; (% der Gruppe)] wiederholter Aufenthalt	43	(49,4)	57	(43,2)	$p=0,36$

sich die Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe nicht signifikant voneinander.

► Studiendesign

Zur Überprüfung der Interventionseffekte wurden die Patienten der Kontroll- und Interventionsgruppe insgesamt 5-mal um Ausfüllung eines Fragebogens gebeten: 2 Wochen vor dem Klinikaufenthalt (Messzeitpunkt t1; zugleich Eingangs-Screening s.o.), am Ende des dreiwöchigen Klinikaufenthalts (t2), 6 Wochen nach der Klinikentlassung (t3) sowie 6 Monate (t4) und 12 Monate nach der Klinikentlassung (t5). Die Kontrollgruppe durchlief das reguläre Rehabilitationsprogramm der Klinik (usual care). Die Interventionsgruppe nahm zusätzlich zum regulären Programm an der „MoVo-LISA-Intervention“ teil.

► Intervention

Die MoVo-LISA-Intervention besteht aus 5 Modulen: aus dem 1. Gruppengespräch (am Ende der 2. Klinikwoche), aus dem Einzelgespräch (Mitte der 3. Klinikwoche),

dem 2. Gruppengespräch (Ende der 3. Klinikwoche am Tag vor der Entlassung), aus der Erinnerungskarte und dem Kurztelefonat (3 bzw. 5 Wochen nach der Klinikentlassung).

Jede Gruppe umfasste in der Regel 6 Patienten. Die beiden Gruppengespräche dauerten 60 bzw. 90 min, für das dazwischen liegende Einzelgespräch waren 10 min pro Teilnehmer vorgesehen. Alle 3 Gespräche wurden von speziell geschulten therapeutischen Mitarbeitern (Psychologen, Physiotherapeuten) der Klinik geleitet. Die Gespräche erfolgten entlang eines standardisierten Curriculums, mit dessen Hilfe der Gesprächsverlauf inhaltlich und didaktisch vorstrukturiert wird [7].

Im 1. Gruppengespräch definieren die Patienten ihre persönlichen Gesundheitsziele. Darauf aufbauend entwickeln sie Bewegungsideen, mit denen sie diese Ziele erreichen können. Als Hausaufgabe zum Einzelgespräch ein paar Tage später soll wenigstens eine dieser Bewegungsideen konkretisiert und ein möglichst konkreter Bewegungsplan entworfen werden: Welche Aktivität ist geplant? Wann, wo und mit wem soll sie durchgeführt werden? Dieser Plan wird in den Tagen bis zum Einzelgespräch mit den Sportlehrern, Ärzten

oder Physiotherapeuten der Klinik auf seine Wirksamkeit hinsichtlich der persönlichen Gesundheitsziele überprüft. Im Einzelgespräch werden die Entwürfe der individuellen Bewegungspläne kurz besprochen: Hat sich der Teilnehmer eine Aktivität ausgesucht, die zu ihm passt und die er später fest in seinen Alltag integrieren könnte? Ist das Wann, Wo und mit Wem der Aktivität festgelegt? Ist der Bewegungsplan geeignet, die Gesundheitsziele zu erreichen? Zu Beginn des 2. Gruppengesprächs präsentieren die Teilnehmer ihren persönlichen Bewegungsplan den anderen Patienten (public commitment). Anschließend werden die inneren und äußeren Barrieren identifiziert, die die Umsetzung dieser Pläne gefährden könnten („innerer Schweinehund“). Im Sinne der Rückfallprävention entwickeln die Teilnehmer für ihre kritischen Barrieren individuelle Gegenstrategien. Nach der Entlassung aus der Klinik wird in einer per Post zugesandten Erinnerungskarte noch einmal an die gefassten Vorsätze und schriftlich ausformulierten Bewegungspläne erinnert. Das Kurztelefonat 2 Wochen später dient dazu, mit den Patienten darüber zu sprechen, inwieweit es ihnen gelungen ist, ihre Absichten und Pläne in

die Tat umzusetzen, wo die Schwierigkeiten lagen und welche Möglichkeiten bestehen, eine an die Alltagswirklichkeit gut angepasste Form des Bewegungs- bzw. Trainingsverhaltens zu realisieren.

► Messinstrumente

Der Fragebogen erfasst soziodemografische Variablen, Bewegungs- und Sportaktivitäten, Gesundheitszustand und Beschwerdeerleben sowie die im MoVo-Prozessmodell (Abb. 1) spezifizierten psychologischen Konstrukte. Im vorliegenden Beitrag spielen nur die Verhaltensmessung (sportliche Aktivität) und die Messung des Beschwerdeerlebens (Schmerzindex) eine Rolle.

Das Ausmaß der sportlichen Aktivität wurde gemessen, indem die Teilnehmer gefragt wurden, ob sie zurzeit eine oder mehrere Sportaktivitäten regelmäßig ausüben. Falls dies der Fall war, wurden die Art der Aktivität (welche Sportaktivität?), die Häufigkeit der Ausübung (wie oft pro Monat?) und die Dauer pro Ausübung (wie lange in Minuten?) abgefragt. Diese Angaben wurden im Index „Sportaktivität“ (Minuten pro Woche) zusammengefasst. Dabei wurden nur solche Aktivitäten berücksichtigt, die größere Muskelgruppen beanspruchen und zur Verbesserung von Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und/oder Koordination führen.

Zur Erfassung des Beschwerdeerlebens wurden die Patienten nach der Häufigkeit von (a) Kopfschmerzen, (b) Nackenschmerzen, (c) Schulterschmerzen, (d) Rückenschmerzen, (e) Schmerzen in Armen und Händen, (f) Schmerzen in Beinen oder Füßen und (g) Gelenkschmerzen gefragt. Als Antwortmöglichkeit wurde eine fünfstufige Skala (1=nie bis 5=sehr häufig) vorgegeben. Die Angaben wurden im „Schmerzindex“ (Mittelwert der 7 Itemwerte) zusammengefasst.

► Ergebnisse

Interventionseffekte auf die sportliche Aktivität

Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der sportlichen Aktivität (Mittelwerte) in der Interventionsgruppe (IG) und Kontrollgruppe (KG) von t1 bis t5. Wegen der mangelnden Vergleichbarkeit des Bewegungs-

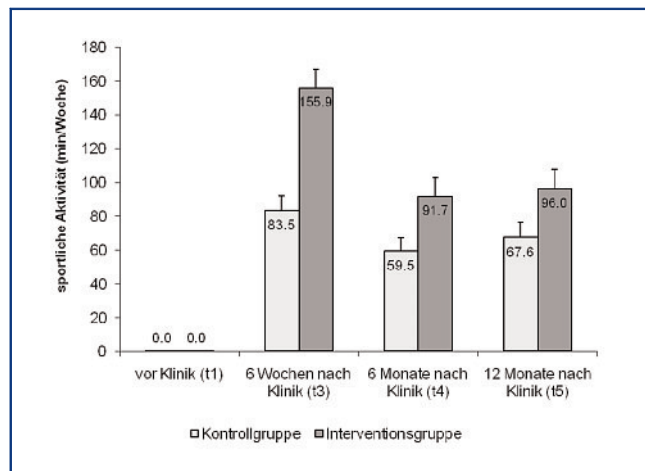


Abb. 3 Mittelwerte und Standardfehler der sportlichen Aktivität (min pro Woche) in der Interventionsgruppe (n=88) und Kontrollgruppe (n=132).

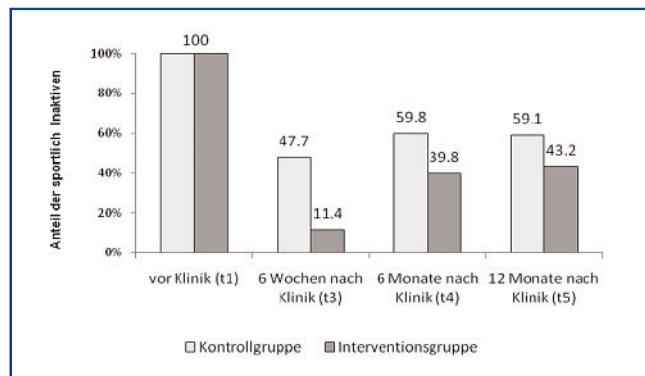


Abb. 4 Anteil der sportlich Inaktiven (0 min sportliche Aktivität pro Woche) getrennt nach Interventionsgruppe (n=88) und Kontrollgruppe (n=132).

verhaltens während des Klinikaufenthalts und im Alltag wurde zu t2 keine sportliche Aktivität erfragt. Zu t1 lag das Niveau der sportlichen Aktivität in beiden Gruppen per definitionem (Einschlusskriterium) bei 0 min pro Woche (min/Wo). Sechs Wochen nach der Klinik (t3) war das Aktivitätsniveau in der KG auf 83,5 min/Wo, in der IG aber fast doppelt so hoch auf 155,9 min/Wo angestiegen [$F(1, 218) = 27,3$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,11$]. Der erzielte Interventionseffekt konnte in der Folgezeit relativ gut aufrechterhalten werden: zwischen beiden Gruppen war auch noch nach 6 Monaten [59,5 vs. 91,7 min/Wo; $F(1, 218) = 5,9$; $p = 0,016$; $\eta^2 = 0,03$] bzw. 12 Monaten [67,6 vs. 96,0 min/Wo; $F(1, 218) = 3,9$; $p = 0,050$; $\eta^2 = 0,02$] ein signifikanter Unterschied zu beobachten, wenngleich in beiden Gruppen – insbesondere von t3 nach t4 – eine deutliche Abnahme der absoluten Höhe des Aktivitätsniveaus eingetreten war.

Der Anteil der Patienten, die keinerlei sportliche Aktivität betreiben, ist in Abbildung 4 dargestellt. Bei t1 waren noch alle Personen inaktiv (Einschlusskriterium). Zu

t3 zeigten sich dann aber drastische Unterschiede: der Anteil der Inaktiven betrug in der IG nur noch 11,4% und war damit signifikant niedriger als der entsprechende Wert in der KG, der bei 47,7% lag ($\chi^2 = 31,5$; $p < 0,001$; $\phi = 0,378$). Im weiteren Verlauf stieg die Quote der sportlich Inaktiven in der IG zwar wieder auf 39,8% (t4) bzw. 43,2% (t5) an, in der KG jedoch lagen die entsprechenden Quoten mit 59,8% (t4) bzw. 59,1% (t5) signifikant höher (t4: $\chi^2 = 8,5$; $p = 0,004$; $\phi = 0,197$; t5: $\chi^2 = 5,4$; $p = 0,021$; $\phi = 0,156$).

Abbildung 5 zeigt den Anteil jener Patienten, die wenigstens 60 min pro Woche sportlich aktiv sind. Ihr Anteil stieg unmittelbar nach der Klinikentlassung in beiden Gruppen rapide an, wobei der Anstieg allerdings in der IG deutlich stärker ist als in der KG [bei t3: 78,4% vs. 46,2%; $\chi^2 = 22,6$; $p = 0,000$; $\phi = 0,321$]. Dieser Gruppenunterschied verringert sich zwar in der Folgezeit, bleibt aber sowohl bei t4 [47,7% vs. 33,3%; $\chi^2 = 4,6$; $p = 0,032$; $\phi = 0,145$] als auch bei t5 signifikant (50,0% vs. 32,6%; $\chi^2 = 6,7$; $p = 0,010$; $\phi = 0,175$).

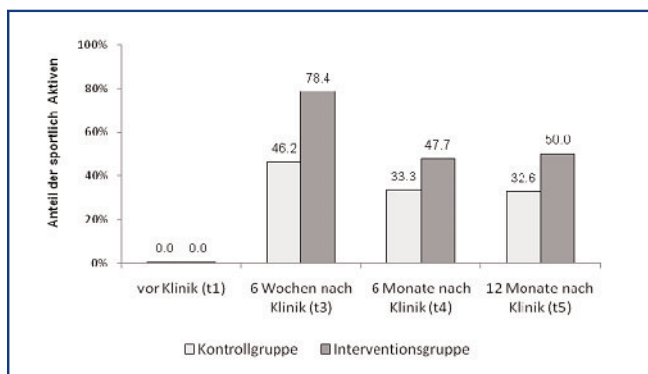


Abb. 5 Anteil der sportlich Aktiven (mind. 60 min sportliche Aktivität pro Woche) getrennt nach Interventionsgruppe (n=88) und Kontrollgruppe (n=132).

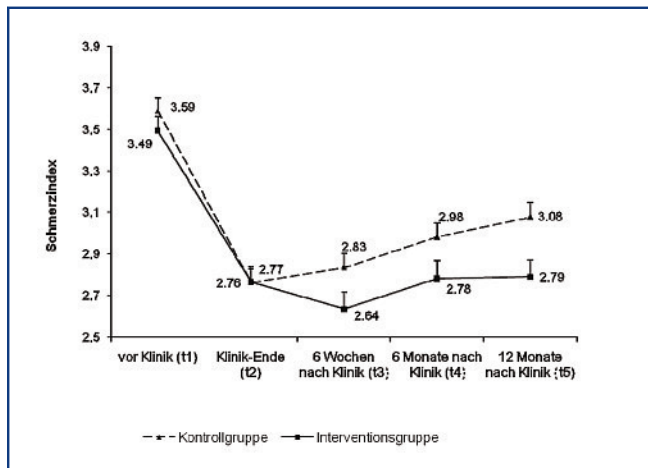


Abb. 6 Mittelwerte und Standardfehler des Beschwerdeerlebens (Schmerzindex) in der Interventionsgruppe (n=88) und Kontrollgruppe (n=132) (geschlechts- und altersadjustiert).

Interventionseffekte auf das Beschwerdeerleben: Schmerzindex

In Abbildung 6 ist der Interventionseffekt auf das Beschwerdeerleben (erfasst über den „Schmerzindex“) dargestellt. Eine Kovarianzanalyse mit Messwiederholung ($N=220$) mit dem Schmerzindex als abhängiger und Gruppenzugehörigkeit als unabhängiger Variable sowie Geschlecht und Alter als Kovariaten offenbarte einen signifikanten Zeit-mal-Gruppe-Interaktionseffekt [$F(4, 824)=3,16$; $p<0,014$; $\eta^2=0,02$]. Da beide Kovariaten signifikante Effekte auf die abhängige Variable aufzeigten, wurden die Mittelwerte in Abbildung 6 geschlechts- und altersadjustiert. Beide Gruppen berichteten am Ende der dreiwöchigen Klinikzeit (t2) einen deutlichen Rückgang des Schmerzerlebens. In der KG stieg der Schmerzindex von t2 zu t5 jedoch wieder stetig an. In der IG dagegen konnte das Schmerzerleben auch in der Folgezeit auf dem niedrigen t2-Niveau gehalten werden. Nach 12 Monaten (t5) berichteten die Patienten der Interventionsgruppe signifikant weniger Schmerzen als die der Kon-

trollgruppe ($M=2,79$ vs. $3,08$; $F(1, 206)=6,61$; $p=0,011$; $\eta^2=0,03$).

➤ Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen, dass durch das Programm MoVo-LISA ein substanzieller Beitrag zum Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils nach der stationären Rehabilitation geleistet werden kann. Zwölf Monate nach der Klinikentlassung waren die Patienten mit MoVo-LISA-Intervention um 28 min pro Woche sportlich aktiver als jene Patienten, die nicht an diesem Programm teilgenommen haben. Zu diesem Zeitpunkt (t5) konnte bei 50% der Patienten der Interventionsgruppe ein Aktivitätsniveau erreicht werden, das den Mindestempfehlungen zur sportlichen Aktivität entspricht (mind. 60 min pro Woche; vgl. USDHHS [18]); in der Kontrollgruppe war dies nur bei 33% der Patienten der Fall. Dementsprechend war auch der Anteil der sportlich inaktiven Patienten 1 Jahr nach der Klinikentlassung (t5) in der Interven-

tionsgruppe um 16% niedriger als in der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse stützen ferner die Annahme, dass sich durch MoVo-LISA nicht nur das Verhalten, sondern – vermutlich als Folge der Verhaltensänderung – auch das Beschwerdeerleben (Schmerzindex) nachhaltig verbessert haben könnte.

Verglichen mit anderen Studien sind die hier berichteten Verhaltenseffekte relativ stark [19]. Im Cochrane-Review von 2005 [20] konnte 12 Monate nach der Intervention bei keiner Studie mehr ein signifikanter Interventionseffekt auf das Niveau der körperlichen Aktivität nachgewiesen werden. Auch in der kürzlich veröffentlichten Untersuchung von Moore, Charvat, Gordon et al. 2006 [21] war die anfängliche Wirkung der Intervention nach 12 Monaten schon wieder weitgehend verblasst (Differenz von 8 min/Wo zwischen Interventions- und Kontrollgruppe). Wir erklären uns den Erfolg des MoVo-LISA-Programms v.a. mit der systematischen Übersetzung theoretischer Konzepte (MoVo-Prozessmodell) in eine inhaltlich und didaktisch detailliert ausgearbeitete Gruppenintervention (im Gegensatz zu den vielen Interventionen, die v.a. auf Papier-Bleistift-Arbeit beruhen; z.B. Ausfüllen von Arbeitsbögen).

Einschränkungen

Eine Einschränkung der internen Validität der Ergebnisse ergibt sich aus dem nicht randomisierten, deshalb nur quasi-experimentellen Studiendesign. Eine zeitlich parallel geführte, randomisierte Zuweisung der Patienten zur Kontroll- bzw. Interventionsbedingung war nicht möglich, da zur MoVo-LISA-Intervention auch Veränderungen auf der Ebene der gesamten Klinik gehören, die nicht beliebig rückgängig gemacht werden können. So wurden etwa im Rahmen der Auftaktveranstaltung alle therapeutisch arbeitenden Klinikmitarbeiter mit der Philosophie und praktischen Vorgehensweise des Programms vertraut gemacht und um Mitwirkung bei der Implementierung des Programms gebeten (Schaffung eines „MoVo-Klimas“). Die Mittelwerte der soziodemografischen Variablen zum Zeitpunkt t1 (Tab.1) in der Interventions- und Kontrollgruppe belegen dennoch eine gute Vergleichbarkeit beider Gruppen.

Eine weitere Einschränkung der internen Validität könnte sich daraus ergeben, dass möglicherweise in der Interventionsgruppe die Teilnahme an den Gesprächen zu einer stärkeren Bindung an die Studie und in der Folge davon bei den Befragungen t2 bis t5 zu eher sozial erwünschten Antworten geführt hat als in der Kontrollgruppe. Um einer solchen Verzerrung der Fragebogendaten vorzubeugen, wurde schon im Vorfeld bei der Integration der „MoVo-LISA-Kurse“ in den Klinikalltag darauf geachtet, dass diese für die Patienten nicht als spezielles Forschungsprogramm, sondern als normaler Bestandteil des Klinik-Programms in Erscheinung traten.

Anwendbarkeit

Die Intervention basiert auf einem standardisierten Programm mit detailliertem Curriculum [7], sodass die Reproduzierbarkeit der Effekte in weiteren Anwendungen gegeben ist. Des Weiteren konnten die Ergebnisse mit relativ geringen Kosten erreicht werden: Der Zeitaufwand pro Patient (für die Gruppengespräche, das Einzelgespräch, den Versand der Erinnerungskarte und das Telefongespräch) addiert sich auf ca. 60 min.

Es gibt keine Verhaltensintervention, die bei allen Menschen gleichermaßen gut wirkt. So ist auch für MoVo-LISA anzunehmen, dass dieses Programm nur bei bestimmten Personen die „richtige“ Interventionsform darstellt. Die präsentierten Ergebnisse zeigen, dass mit MoVo-LISA zusätzlich etwa 15–20% der inaktiven Patienten erreicht werden können, die mit dem normalen Klinikprogramm noch nicht zu einer Lebensstiländerung geführt worden wären. Wir vermuten, dass es sich dabei insbesondere um Menschen handelt, die auch in anderen Lebensbereichen eher zielstrebig und planerisch zu Werke gehen.

Nach 12 Monaten war die Hälfte der Interventionsgruppe wenigstens 60 min pro Woche sportlich aktiv. Dies bedeutet auch, dass die andere Hälfte vom Programm nicht oder nicht dauerhaft profitieren konnte. Für diese Patienten müssen andere Interventionen entwickelt werden, die besser zu ihrer Persönlichkeitsstruktur passen. Auf der Basis einer kurzen psychologischen Eingangsdiagnostik im Vorfeld der Programmdurchführung wäre dann zu entscheiden, von welchem Programm

der betreffende Patient voraussichtlich am meisten profitieren wird (differenzielle Intervention). Die verfügbaren Kursplätze würden dann gezielt nur an die ausgewählten Patienten vergeben werden. Mit dieser ressourcen-sparenden Vorgehensweise lassen sich auch die mittleren Interventionseffekte noch einmal deutlich erhöhen.

In der Weiterführung dieser Art von Interventionsforschung muss auch darüber gesprochen werden, wie durch sinnvoll platzierte weitere „Auffrischungseinheiten“ (Booster-Sessions) nach dem Ende der Hauptintervention die Nachhaltigkeit der anfänglich erzielten Interventionseffekte noch weiter gestärkt werden kann.

► Danksagung

Diese Studie wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert (Förderkennzeichen: 8011 – 106 – 31/31.74). Unser besonderer Dank gilt den Patienten und Mitarbeitern des Reha-Zentrums Schömberg (Leitung PD Dr. med. Ingrid Schittich) für ihre Unterstützung und Mitwirkung an der Studie.

Online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1262668>

Literatur

- 1 Bengel J, Herwig J. Gesundheitsförderung in der Rehabilitation. In: Jerusalem M, Weber H (Hrsg.). Psychologische Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe; 2003; 707–724
- 2 Fuchs R. Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen: Hogrefe; 2003
- 3 Schlicht W, Kanning M, Bös K. Psychosoziale Interventionen zur Beeinflussung des sekundären Risikofaktors Bewegungsmangel: Theoretische Modelle und praktische Evidenzen. In: Jordan J, Bardé B, Zeiher AM (Hrsg.). Expertise für die Status- und Konsensuskonferenz Psychokardiologie. Frankfurt a.M.: VAS; 2003
- 4 Budde HG, Keck M. Vier-Jahresteilnahmepersistenz in einer ambulanten Herzgruppe. Prävention und Rehabilitation 1999; 11: 56–60
- 5 Göhner W. Prävention von Schmerzchronifizierung: Adherence in der Physiotherapie. Berlin: Logos; 2003

- 6 Scholz U, Sniehotta F, Schwarzer R. Predicting physical exercise in cardiac rehabilitation: The role of phase-specific self-efficacy beliefs. Journal of Sport and Exercise Psychology 2005; 27: 135–151
- 7 Göhner W, Fuchs R. Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Göttingen: Hogrefe; 2007
- 8 Ajzen I. The theory of planned behavior. Organisational Behaviour and Human Decision Processes 1991; 50: 179–211
- 9 Bandura A. Health promotion from the perspective of Social Cognitive Theory. In Norman P, Abraham C, Conner M (Hrsg.): Understanding and changing health behaviour. Amsterdam NL: Harwood Academic Publishers 2000; 299–339
- 10 Rogers RW. Attitude change and information integration in fear appeals. Psychological Reports 1985; 56: 179–182
- 11 Gollwitzer P. Implementation Intentions. Strong effects of simple plans. American Psychologist 1999; 54: 493–503
- 12 Kuhl J. Motivation und Persönlichkeit. Göttingen: Hogrefe; 2001
- 13 Schwarzer R. Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Applied Psychology: An International Review 2008; 57: 1–29
- 14 Fuchs R, Göhner W, Seelig H (Hrsg.). Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils. Göttingen: Hogrefe; 2007
- 15 Conner M, Norman P. Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models (2ed). Maidenhead, UK: Open University Press 2005
- 16 Sniehotta F, Winter J, Dombrowski S et al. Volitionale Verhaltenskontrolle. In: Fuchs R, Göhner W, Seelig H (Hrsg.). Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Göttingen: Hogrefe; 2007; 150–169
- 17 Fuchs R. Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung. In: Fuchs R, Göhner W, Seelig H (Hrsg.). Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Göttingen: Hogrefe; 2007; 317–325
- 18 USDHHS – U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2000
- 19 Kahn E, Ramsey L, Brownson R et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. American Journal of Preventive Medicine 2002; 22: 73–107
- 20 Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; Issue 1: Art. No.: CD003180. pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD003180.pub2
- 21 Moore S, Charvat J, Gordon N et al. Effects of a CHANGE Intervention to increase exercise maintenance following cardiac events. Annals of Behavioral Medicine 2006; 31: 53–62

Summary

Lifestyle-integrated physical exercise: Results from the MoVo-LISA intervention study

Background: The intervention program MoVo-LISA was developed to support setup and maintenance of a physically active lifestyle after rehabilitation. In contrast to most of the current programs MoVo-LISA does not only aim at strengthening motivation, but also at fostering self-regulation in order to help bridging the gap between intentions and actions.

Methods: $N=220$ patients of an in-patient orthopaedic rehab clinic were assigned to the control or intervention group. While the control group only received standard care, the intervention group additionally received the MoVo-LISA intervention (consisting of two group-meetings and a one-on-one interview at the clinic, a postal reminder three weeks and a brief telephone contact five weeks after discharge). Physical exercise, health status and psychological variables were measured at five time points.

Results: One year after discharge, patients in the intervention group were more physically active than those in the control group (difference: 28 min/week; $p=0.05$).

In the intervention group half of the patients were exercising for at least 60 min/week, in the control group only 33% ($p=0.01$). Furthermore, level of health complaints (pain index) in the intervention group was significantly lower than in the control group.

Conclusions: MoVo-LISA is an economic, time-efficient and standardized intervention program which can be applied to many health-related settings (in particular to in-patient and out-patient rehabilitation). Results suggest that the program has the potential to support the long-term acquisition of a physically active lifestyle.

Key words: physical exercise, life-style change, rehabilitation, intervention, health complaints

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Reinhard Fuchs
Universität Freiburg
Schwarzwaldstr. 175
79117 Freiburg
Tel.: 07 61 / 203 45 18
E-Mail: reinhard.fuchs
@sport.uni-freiburg.de



Anzeige

Spezielles Versicherungskonzept

für Sport- und Bewegungstherapeuten

Berufshaftpflichtversicherung 1 Inhaber jährlich **85,68 €**. Privathaftpflicht für Inhaber 47,60 €, jeweils inkl. Versicherungssteuer. Praxis-Ausfall- und Einrichtungsversicherung, Rechtsschutz-, Renten-, Berufsunfähigkeits-, Kranken- und private Versicherungen, Fondsanlagen

Inhaber: Holger Ullrich - Marsportengasse 6 - D-50667 Köln
Telefon (02 21) 35 66 69 - 0 - Telefax (02 21) 35 66 69 - 29
sporttherapie@ullrich-versicherung.de - www.ullrich-versicherung.de

ULLRICH
VERSICHERUNGS- UND FINANZSERVICE