

Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Hochschule

Konzeption, Implementation und Evaluation der Bewegungskurzintervention

Aktivpause-Plus als Maßnahme zur Steigerung des
Aktivitätsverhaltens am Arbeitsplatz

**Zur Erlangung des akademischen Grades einer
DOKTORIN DER PHILOSOPHIE (Dr. phil)**

bei der KIT-Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften des
Karlsruher Instituts für Technologie (KIT)
angenommene

DISSERTATION

von

Stefanie Schüler-Hammer

KIT-Dekan: Prof. Dr. Michael Schefczyk

1. Gutachter: Prof. Dr. Alexander Woll

2. Gutachter: Prof. Dr. Klaus Bös

Tag der mündlichen Prüfung: 09. April 2019

Anmerkung

- (1) Im Rahmen der Programmentwicklung der *Aktivpause-Plus* wurden neben der vorliegenden Promotion weitere Qualifikationsarbeiten verfasst. Die Masterarbeit von Elena Ehreiser (2017), die Bachelorarbeit von Yvonne Deurer (2017) und das Forschungsmodul von Anne-Kristin Hientzsch (2016) sind unter meiner Betreuung entstanden. Die Projektkonzeption und Studienbeschreibung, insbesondere die Untersuchungsmethodik und die Studienergebnisse, werden teilweise identisch bzw. in ähnlicher Form verwendet. Die entsprechenden Abschnitte sind gekennzeichnet.
- (2) In dieser wissenschaftlichen Arbeit wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die Aufzählung beider Geschlechter (z. B. Teilnehmer und Teilnehmerin) verzichtet. An dieser Stelle soll betont werden, dass dies keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts impliziert, sondern bei allgemeinen Personenbezügen stets beide Geschlechter gemeint sind.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die mich bei der Verwirklichung dieser Arbeit begleitet haben.

Gewidmet ist diese Arbeit meinem Vater Willi Schüler, der mich mit seinem Optimismus, seiner Willenskraft und seiner Energie unaufhörlich dazu ermutigte, meinen *eigenen Weg* zu gehen. In tiefer Verbundenheit und Liebe bin ich ihm dankbar für alles, was er mir ermöglicht hat.

Meinem Doktorvater Prof. Dr. Alexander Woll danke ich von Herzen für die Betreuung dieser Promotion und die jahrelange Begleitung meiner beruflichen Laufbahn. Durch seine menschliche Art der Führung, sein Vertrauen und seine konstruktive Kritik förderte er mich auf sehr positive Weise. In diesem Zusammenhang möchte ich auch Herr Prof. Dr. Bös meinen Dank aussprechen, der diese Arbeit als Zweitgutachter betreute.

Frau Dr. Claudia Hildebrand danke ich für die kollegiale Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren und die hilfreichen Korrekturen in der Endphase der Promotion. In besonderer Erinnerung wird mir der fachliche Austausch und Zusammenhalt mit meinen Arbeitskollegen des IfSS Karlsruhe bleiben. Elena Ehreiser und Yvonne Deurer standen mir vor allem in der Planungs- und Durchführungsphase der Studie durch ihren engagierten Einsatz und Fleiß zur Seite. Die Realisierung der *Aktivpause-Plus* wäre außerdem ohne die vielen Studienteilnehmer und Übungsleiter nicht möglich gewesen.

Erwähnen möchte ich zudem die ISBA gGmbH Studienort Freiburg. Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Regina Schwab und Herr Prof. Dr. Heinz Birnesser für ihre verständnisvolle, herzliche Art und ihre persönliche Unterstützung.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner großen Familie und meinen Freunden bedanken, allen voran bei meiner Mutter für ihre Fürsorge und bei meinen beiden Schwestern für ihr offenes Ohr. Durch die Anmerkungen und Tipps der fleißigen Korrekturleser konnte ich der Arbeit den letzten Feinschliff verleihen.

In den letzten drei Jahren haben mich zwei Menschen beispiellos unterstützt: Von unsagbarer Hilfe war die Zusammenarbeit mit Yvonne. Durch ihren unermüdlichen Einsatz und ihre Gabe für wissenschaftliches Arbeiten hat sie mich immer wieder motiviert und inspiriert.

Meinem Mann Christian bin ich für seine emotionale Unterstützung und Geduld, den Rückhalt und seine nicht in Worte zu fassende Liebe zu allergrößtem Dank verpflichtet.

Stefanie Schüler-Hammer

STEFANIE SCHÜLER-HAMMER

Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Hochschule

Konzeption, Implementation und Evaluation der Bewegungskurzintervention

Aktivpause-Plus als Maßnahme zur Steigerung des

Aktivitätsverhaltens am Arbeitsplatz

Hintergrund und Zielstellung

Die fortschreitende Technisierung und Modernisierung der Arbeitswelt und die resultierenden gesundheitlichen Folgen der körperlichen Inaktivität respektive sedentären Verhaltensweisen erfordern ein Umdenken in der Gestaltung des beruflichen Alltags. Aus der aktuellen Public-Health-Forschung geht hervor, dass bereits die Integration kurzer, regelmäßiger Bewegungseinheiten in die tägliche Routine große Gesundheitsgewinne mit sich bringt. Allerdings zeigt sich, dass trotz eines hohen Gesundheitsbewusstseins die Umsetzung ebensolcher Bewegungsaktivitäten schwerfällt. Daraus ergibt sich die Forschungsfrage, wie Beschäftigte zielführend in der Steigerung körperlicher Aktivität am Arbeitsplatz unterstützt werden können.

Mit Blick auf die Handlungsmaxime der Gesundheitsförderung und die spezifischen Rahmenbedingungen des Settings Hochschule intendiert die vorliegende Arbeit, Hochschulbeschäftigte zur eigenständigen, regelmäßigen Ausübung von Bewegungspausen zu befähigen. Hierfür wird an das bestehende Konzept *Aktivpause* des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT) angeknüpft. Im Rahmen dessen werden während der Vorlesungsphase einmal wöchentlich für 15 Minuten angeleitete Bewegungseinheiten mit KIT-Mitarbeitern in unmittelbarer Arbeitsplatznähe realisiert. Auf Basis des MoVo-Modells (Fuchs, 2007) wird die Intervention *Aktivpause-Plus* konzipiert, welche sich durch die Hinzunahme volitionaler Bausteine, wie bspw. der Initiierung von Gruppencoachings und Etablierung eines Multiplikatoren-Systems, auszeichnet.

Zentrale Annahme ist, dass die Intervention eine Steigerung im Bewegungsverhalten der Probanden bewirkt. Im Weiteren interessiert, welche motivational-volitionalen Variablen und Determinanten der Verhaltensänderung die Erreichung des Zielvorhabens bedingen und ob ebendiese durch das Programm beeinflussbar sind.

Methodik

Die randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie wurde im April 2017 am KIT mit 23 Gruppen der *Aktivpause* für 20 Wochen initiiert und umfasste drei Messzeitpunkte (N=103) sowie nach weiteren 20 Wochen eine Follow-Up Erhebung (N=64). Um die existierenden Kursgruppen der *Aktivpause* beibehalten zu können, erfolgte die Zuteilung in die beiden Interventionsgruppen IG1 (*Multi-Plus*, N=48) und IG2 (*Classic-Plus*, N=55) per Clusterbildung. Zur Realisierung des Zielverhaltens erhielt IG1 umfassende Unterstützungsmaßnahmen (bspw. Gruppencoachings, Multiplikatoren-Schulung, Kickstart-Phase), während sich die Hilfe bei IG2 lediglich auf eine kostenfreie Teilnahme sowie ein wöchentliches Self-Monitoring beschränkte. Die Erfassung der Untersuchungsvariablen erfolgte mittels Online-Befragungen (Unipark EFS Summer 2017). Zur statistischen Überprüfung wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung und Korrelationen (Spearman) durchgeführt.

Ergebnisse

Als zentrales Ergebnis ist festzustellen, dass sich die Probanden gruppenunabhängig im Mittel um 1.2 *Aktivpausen* pro Woche steigerten und sich neun Monate nach Studienbeginn noch positive Effekte zeigten. Hierbei wurde ein Interaktionseffekt nachgewiesen (Zeit*Gruppe: $F_{2,192}=8.969$, $p<.001$, $\eta^2=.085$): IG1 entwickelte sich im Vergleich zur IG2 in den ersten zehn Wochen besser (IG1: $\Delta MW_{T1-T2}=1.79$; IG2: $\Delta MW_{T1-T2}=1.08$), wenngleich sich in der zweiten Studiehälfte gruppenunabhängig ein Einbruch des anfänglichen Erfolgs abzeichnete (IG1: $\Delta MW_{T2-T3}=-0.50$; IG2: $\Delta MW_{T2-T3}=-0.48$). Auch zum Zeitpunkt des Follow-Ups zeigten die Probanden im Mittel eine höhere Durchführungshäufigkeit als zu Beginn. Für IG1 liegen deskriptiv höhere Werte vor als für IG2.

Hinsichtlich der motivational-volitionalen Variablen Intention (Zeit*Gruppe: $F_{2,158}=11.938$, $p<.001$, $\eta^2=.131$), Selbstwirksamkeit (Zeit*Gruppe: $F_{2,158}=7.131$, $p=.001$, $\eta^2=.083$), Planungstiefe (Zeit*Gruppe: $F_{2,144}=6.910$, $p=.001$, $\eta^2=.088$) und der sozialen Unterstützung (Zeit*Gruppe: $F_{2,128}=3.480$, $p=.034$, $\eta^2=.052$) zeigte IG1 ebenfalls bessere Entwicklungen. Außerdem korrelierten die genannten Variablen auf einem mittleren bis hohen Niveau mit der Durchführungshäufigkeit. Die Follow-Up Erhebung bestätigte diese Beobachtungen. Auf Grundlage der Ergebnisse ist das Programm der IG1 zu befürworten.

Diskussion und Ausblick

Das Programm erreichte die intendierte Wirkung. Zukünftige Bemühungen sind darauf zu richten, die Gruppen insbesondere in kursfreien Phasen mithilfe unterstützender Maßnahmen noch effizienter zu begleiten. Zur Programmoptimierung ist indes eine individuellere Anpassung an spezielle Zielgruppen, wie bspw. inaktive Personengruppen, ratsam. Darüber hinaus bleibt die Frage offen, ob sich die gezeigte Verhaltensänderung auch in anderen Bereichen bemerkbar macht, wie z. B. dem Bewegungsverhalten in der Freizeit. Eine Etablierung der *Aktivpause-Plus* auch in weiteren Organisationen wird befürwortet, um bei einem vergleichsweise geringen Ressourceneinsatz einen hohen Erfolg in der Bewegungsförderung zu erzielen.

Schlüsselwörter

Aufsuchende Gesundheitsförderung, Bewegungskurzintervention, körperliche Aktivität, Verhaltensänderung, Motivation, Volition, Empowerment, Arbeitsplatz, Hochschule, Beschäftigte.

STEFANIE SCHÜLER-HAMMER

Workplace Health Promotion in a university setting

Conception, implementation and evaluation of the
Aktivpause-Plus as a means of promoting physical activity in the workplace

Context

The advent of new technologies and the modernization of the working world have led individuals to reduce the amount of physical activities they do and become more sedentary. These changes compel us to question and rethink the way we structure our daily workday routines.

Current studies in the field of public health have shown that even short bouts of activity, if performed on a daily basis, can generate great health benefits. However, despite a high degree of awareness regarding health issues, the implementation of such physical activities remains difficult. This has given rise to the research question: How can employees be motivated to enhance their physical activity level at work?

Guided by a concern for promoting health issues and informed by the specific parameters created by working in a university setting, the aim of this dissertation is to empower university employees to engage in independent and regular physical activities during their work breaks. For this purpose, the present study linked up with a physical activity program currently in place at the Karlsruhe Institute of Technology (KIT) called *Aktivpause*. The active breaks are group-based and guided by a trainer during the semester. The sessions take place close to the employees' office and last for 15 minutes each. Based on the MoVo-Concept (Fuchs, 2007), a new approach called *Aktivpause-Plus* was developed. This is characterized by the addition of volitional components, such as the initiation of a group-coaching concept and the establishment of a multiplier-system.

As a central assumption, this new approach intends to generate an increase in the level of physical activity performed at work. It also aims to discover which motivational-volitional variables and determinants of behavioral change can affect this intended aim, if at all.

Methods

The randomized controlled trial was realized in April 2017 for a duration of 20 weeks. Twenty-three groups of the *Aktivpause* from the KIT took part in the study. The intervention consisted of three assessments (N=103) and a follow-up study after 20 weeks (N=64). The subjects were assigned to the two intervention groups IG1 or the *Multi-Plus* group (N=48) and IG2 or the *Classic-Plus* group (N=55) by clustering. The aim of this procedure was to maintain the existing course groups already in place in *Aktivpause* intact. The study participants of the IG1 received comprehensive social support, such as group-coachings, a multipliers-training and a *Kickstart-Phase*. The support given to the IG2 group was limited to an offer of participation free of charge and the need to undergo self-monitoring on a weekly basis. The study variables were examined via online surveys (Unipark EFS Summer 2017). To test the hypotheses, an analysis of variance for repeated measures and correlations (spearman) were used.

Results

As a main result, the subjects increased the number of times they did the *Aktivpause* exercises on average by 1.2 times per week. This effect persisted up to nine months after the start of the study. An interaction effect was detected (time*group: $F_{2,192}=8.969$, $p<.001$, $\eta^2=.085$):

Compared to the IG2 group, the IG1 group showed higher frequencies of participation in the first ten weeks (IG1: $\Delta\text{mean}_{T1-T2}=1.79$; IG2: $\Delta\text{mean}_{T1-T2}=1.08$).

In the second half of the examination, a decline in initial success was evident independent of the study group (IG1: $\Delta\text{mean}_{T2-T3}=-0.50$; IG2: $\Delta\text{mean}_{T2-T3}=-0.48$). During the follow-up phase, subjects still showed a higher frequency of participation compared to the beginning. Descriptively, there were better values for the IG1 group than for the IG2 one.

Regarding the motivational-volitional variables: intention (time*group: $F_{2,158}=11.938$, $p<.001$, $\eta^2=.131$), self-efficacy (time*group: $F_{2,158}=7.131$, $p=.001$, $\eta^2=.083$), implementation-intentions (time*group: $F_{2,144}=6.910$, $p=.001$, $\eta^2=.088$) and social support (time*group: $F_{2,128}=3.480$, $p=.034$, $\eta^2=.052$), the IG1 group also demonstrated better results. Additionally, these variables correlated at a medium to high level with the participation frequency in the *Aktivpause* exercises. The follow-up study confirmed these observations. Based on the results, the IG1 program should be preferred.

Discussion and Conclusion

The program achieved the intended effects. Future efforts should focus on even more effective social support for the groups, especially during the course-free phases. To optimize the program, an adaptation to special target groups such as inactive persons is recommended. Furthermore, the question of whether behavioural changes are also noticeable in other contexts such as in a leisure environment still remains to be determined. In order to successfully promote physical activity while using a limited amount of resources, the *Aktivpause-Plus* program should also be established in other organizations.

Key words

Visiting health promotion, short bouts of exercise, work breaks, physical activity, behavioural change, motivation, volition, empowerment, workplace, university and employee.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	IX
Abkürzungsverzeichnis.....	XI

THEORETISCHE GRUNDLAGEN 1

1 Einleitung.....	1
1.1 Relevanz des Forschungsvorhabens.....	1
1.2 Zielstellungen der Arbeit.....	7
1.3 Aufbau der Arbeit.....	8
2 Allgemeine Grundlagen der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung	11
2.1 Thematische Einordnungen und Begriffsabgrenzungen.....	11
2.1.1 Gesundheit und Gesundheitsmodelle.....	11
2.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention.....	13
2.1.3 Körperlich-sportliche Aktivität und das Konzept des Gesundheitssports.....	15
2.1.4 Sedentäres Verhalten, körperliche Inaktivität und das HEPA-Konzept.....	17
2.1.5 Nationale Bewegungsempfehlungen.....	20
2.2 Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung.....	21
2.3 Zusammenfassung und Implikationen.....	23
3 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) mit Hochschulbeschäftigten	25
3.1 Theoretische Grundlagen der BGF.....	25
3.1.1 Thematische Einordnungen und Begriffsabgrenzungen.....	25
3.1.2 Strategien und Ansätze der BGF.....	28
3.1.3 Struktur und Angebotsformen der bewegungsbezogenen BGF.....	32
3.1.4 Analysen zur Wirksamkeit der bewegungsbezogenen BGF.....	35
3.2 Gesundheitsförderung in der Hochschule.....	38
3.2.1 Rahmenbedingungen und Zielgruppen an Hochschulen.....	39
3.2.2 Strukturen und Prozesse der Gesundheitsförderung an Hochschulen.....	44
3.2.3 Bedürfnisse der Beschäftigten und Konsequenzen für die Bewegungsförderung.....	48
3.3 Zusammenfassung und Implikationen.....	49
4 Bewegungskurzinterventionen am Arbeitsplatz – Eine Bestandsaufnahme.....	52
4.1 Relevanz und Merkmale von Bewegungskurzinterventionen.....	52
4.2 Aktueller Forschungsstand zu Bewegungskurzinterventionen.....	55

4.3	Konzepte an deutschen Hochschulen	65
4.3.1	Der Pausenexpress des Allgemeinen Deutschen Hochschulsports (adh)	65
4.3.2	Die Aktivpause des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT).....	67
4.3.3	Weitere Bewegungspausenkonzepte.....	70
4.4	Zusammenfassung und Implikationen	72
5	Determinanten und Modellvorstellungen des Gesundheitsverhaltens.....	76
5.1	Determinanten des Gesundheitsverhaltens.....	76
5.2	Erklärungs- und Interventionstheorien	84
5.2.1	Erklärungstheorien	85
5.2.1.1	Strukturmodelle.....	87
5.2.1.2	Exkurs: Motivationale und volitionale Aspekte des Bewegungsverhaltens.....	89
5.2.1.3	Stadienmodelle.....	92
5.2.1.4	Prozessmodelle.....	94
5.2.2	Interventionstheorien.....	95
5.3	MoVo-Konzept als theoretische Grundlage für die eigene Untersuchung	99
5.3.1	MoVo-Prozessmodell.....	100
5.3.2	MoVo-Intervention	102
5.4	Zusammenfassung und Implikationen	106
KONZEPTION DER INTERVENTION.....		109
6	Konzeption der Aktivpause-Plus anhand des Intervention-Mapping Ansatzes (IMA).....	109
6.1	Theoretische Grundlagen des IMA	109
6.2	Bedarfsanalyse und Voruntersuchungen.....	111
6.3	Interventionsziele.....	111
6.4	Auswahl von Umsetzungsstrategien	113
6.5	Entwicklung des Interventionsprogramms	118
6.5.1	Coaching-Sitzungen	118
6.5.1.1	Coaching-Sitzung 1.....	120
6.5.1.2	Coaching-Sitzung 2 und Kurz-Coaching.....	122
6.5.2	Multiplikatoren-Konzept.....	123
6.5.3	Kickstart-Phase und Self-Monitoring	125
6.5.4	Begleitmaterialien.....	125
6.5.4.1	Aufbau und Inhalte des Kursmanuals.....	125
6.5.4.2	Gestaltung der Übungskarten.....	128
6.6	Planung der Umsetzung und Implementation.....	128
6.7	Planung der Evaluation.....	131

EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	133
7 Forschungsfragen und Hypothesen der Studie	133
8 Untersuchungsdesign und Stichprobe	135
8.1 Untersuchungsdesign	135
8.2 Untersuchungsstichprobe	139
9 Untersuchungsmethodik	143
9.1 Datenerhebung	143
9.2 Erhebungsinstrumente	146
9.2.1 Hauptbefragungen	146
9.2.1.1 Variablen des MoVo-Modells	147
9.2.1.2 Determinanten der Verhaltensänderung	151
9.2.1.3 Programmspezifische Variablen und soziodemografische Angaben	154
9.2.2 Evaluation der Programmschulungen	154
9.2.2.1 Coaching-Sitzungen	155
9.2.2.2 Multiplikatoren-Schulung	156
9.2.3 Self-Monitoring	157
9.3 Datenaufbereitung und Auswertungsstrategie	157
10 Untersuchungsergebnisse	160
10.1 Stichprobenanalyse und deskriptive Verfahren	160
10.1.1 Soziodemografische Merkmale	161
10.1.2 Determinanten der Verhaltensänderung	166
10.1.2.1 Biophysische Merkmale	166
10.1.2.2 Psychosoziale Merkmale	169
10.1.3 Variablen des MoVo-Modells	171
10.1.3.1 Motivationale Variablen	171
10.1.3.2 Volitionale Variablen	174
10.1.4 Durchführung von Aktivpausen im Interventionsverlauf	179
10.1.5 Responder und Non-Responder-Analyse	181
10.1.6 Zusammenfassung und Interpretation der deskriptiven Befunde	184
10.2 Akzeptanz und Zufriedenheit	188
10.2.1 Zufriedenheit mit dem Programm Aktivpause-Plus	188
10.2.2 Evaluation der Programmbausteine	193
10.2.2.1 Coaching-Sitzungen	193
10.2.2.2 Multiplikatoren-Schulung	197
10.2.3 Evaluation der Übungsleiter und Multiplikatoren	199
10.2.4 Beantwortung der Forschungsfragen zur Akzeptanz und Zufriedenheit	202

10.3 Inferenzstatistische Hypothesenprüfung.....	204
10.3.1 Durchführung von Aktivpausen und Gruppenzugehörigkeit	204
10.3.2 Gruppenzugehörigkeit und Variablen des MoVo-Modells	206
10.3.2.1 Gruppenzugehörigkeit und motivationale Variablen.....	207
10.3.2.2 Gruppenzugehörigkeit und volitionale Variablen.....	212
10.3.3 Durchführung von Aktivpausen und Variablen des MoVo-Modells.....	220
10.3.3.1 Durchführung von Aktivpausen und motivationale Variablen.....	220
10.3.3.2 Durchführung von Aktivpausen und volitionale Variablen.....	223
10.3.4 Gruppenzugehörigkeit und Determinanten der Verhaltensänderung.....	226
10.3.5 Durchführung von Aktivpausen und Determinanten der Verhaltensänderung	231
10.4 Follow-Up Untersuchung.....	234
10.4.1 Ergebnisse der Korrelationsanalysen	235
10.4.2 Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholung	238
10.5 Zusammenfassung und Interpretation der inferenzstatistischen Analysen	242
ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	248
11 Zusammenfassung und Diskussion	248
12 Ausblick und Handlungsempfehlungen.....	256
13 Literaturverzeichnis	260
14 Anhang	286
15 Erklärung.....	344

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ziele der vorliegenden Arbeit	8
Abbildung 2: Kosten/Generalisierbarkeit der Maßnahmen in unterschiedlichen Präventionsstufen nach Richter (2002, S. 47)	15
Abbildung 3: Energieverbrauch in der Einheit metabolische Äquivalente (MET) für verschiedene Intensitätsbereiche körperlicher Aktivität (kA) nach Rütten und Pfeifer (2016, S. 20).....	17
Abbildung 4: Verbindung von Arbeits- und Gesundheitsschutz, BGF und BEM nach dem GKV-Spitzenverband (2014, S. 79).....	28
Abbildung 5: Aktive Verhaltensweisen im betrieblichen Kontext nach Scholz (2016, S. 219).....	33
Abbildung 6: Angebote zur BGF nach Huber (2006, S. 135).....	34
Abbildung 7: Übersicht zu den aktuellen Herausforderungen an Hochschulen nach Faller (2005, zit. nach Gerdes, 2007, S. 11)	40
Abbildung 8: Grundmodell einer gesundheitsfördernden Projektstruktur an Hochschulen mod. nach Faller und Schnabel (2006, S. 63).....	45
Abbildung 9: Struktur der Gesundheitsförderung am KIT nach Hildebrand (2013, S. 77)	47
Abbildung 10: Modell zur wissenschaftlichen Fundierung von Praxismaßnahmen in der gesundheitsorientierten Sportförderung nach Höner (2008, S. 6).....	99
Abbildung 11: MoVo-Prozessmodell nach Fuchs et al. (2010 S. 271)	100
Abbildung 12: Schritte des IMA mod. nach Bartholomew (2006, S. 16).....	110
Abbildung 13: Interventionsziele der Aktivpause-Plus.....	112
Abbildung 14: Coaching-Sitzungen der Aktivpause-Plus im zeitlichen Ablauf	118
Abbildung 15: Programmbausteine der Aktivpause-Plus im zeitlichen Ablauf.....	129
Abbildung 16: Mess- und Interventionsdesign der Aktivpause-Plus für Multi-Plus und Classic-Plus.....	138
Abbildung 17: Rekrutierung und Zuteilung der Probanden in die beiden Studiengruppen...142	
Abbildung 18: Deskriptiver Vergleich der Altersverteilung zwischen den Studiengruppen (N=100).....	161
Abbildung 19: Deskriptiver Vergleich des Geschlechts zwischen den Studiengruppen (N=103).....	162
Abbildung 20: Deskriptiver Vergleich der Campusstandorte zwischen den Studiengruppen (N=103).....	162
Abbildung 21: Deskriptiver Vergleich der Arbeitsbereiche zwischen den Studiengruppen (N=100).....	163
Abbildung 22: Deskriptiver Vergleich der sitzenden Tätigkeit am Arbeitsplatz zwischen den Studiengruppen (N=97)	164

Abbildung 23: Deskriptiver Vergleich der mäßigen Bewegung am Arbeitsplatz zwischen den Studiengruppen (N=97)	164
Abbildung 24: Deskriptiver Vergleich der intensiven Bewegung am Arbeitsplatz zwischen den Studiengruppen (N=97)	165
Abbildung 25: Deskriptiver Vergleich der Berufsaktivität zwischen den Studiengruppen (N=100).....	165
Abbildung 26: Verteilung der Stichprobe nach Aktivitätsniveau (N=100)	166
Abbildung 27: Verteilung der Stichprobe nach dem motorischen Funktionsstatus (N=69) ...	167
Abbildung 28: Deskriptiver Vergleich der koordinativen Fähigkeiten zwischen den Studiengruppen (N=100).....	168
Abbildung 29: Deskriptiver Vergleich des Gesundheitszustands zwischen den Studiengruppen (N=100).....	168
Abbildung 30: Deskriptiver Vergleich der Intention zwischen den Studiengruppen (N=103).....	171
Abbildung 31: Deskriptiver Vergleich der Selbstkonkordanz zwischen den Studiengruppen auf Subskalenebene (N=100).....	172
Abbildung 32: Deskriptiver Vergleich der Selbstwirksamkeit zwischen den Studiengruppen (N=103).....	173
Abbildung 33: Deskriptiver Vergleich der Konsequenzerwartungen zwischen den Studiengruppen auf Subskalenebene (N=98).....	174
Abbildung 34: Deskriptiver Vergleich der Barrieren zwischen den Studiengruppen auf Subskalenebene (N=100).....	176
Abbildung 35: Deskriptiver Vergleich der Maßnahmen zur Rückfallprävention zwischen den Studiengruppen auf Itemebene (N=100)	178
Abbildung 36: Wöchentlich durchgeführte Aktivpausen im Interventionsverlauf differenziert nach Studiengruppe (N=93)	179
Abbildung 37: Responder und Non-Responder differenziert nach Gesamt und Studiengruppe (N=93).....	182
Abbildung 38: Responder und Non-Responder differenziert nach Geschlecht (N=93).....	182
Abbildung 39: Responder und Non-Responder differenziert nach Alter (N=87)	183
Abbildung 40: Responder und Non-Responder differenziert nach Arbeitsbereich (N=82)	183
Abbildung 41: Weiterempfehlung der Aktivpause-Plus differenziert nach Studiengruppe (N=84)	189
Abbildung 42: Umsetzung der in der Aktivpause-Plus gewonnenen Erfahrungen im Alltag (N=83)	190
Abbildung 43: Subjektive Einschätzung zur Relevanz der Coaching-Bausteine für die Umsetzung des Zielvorhabens (N=41)	194
Abbildung 44: Zufriedenheit mit dem Coaching-Prozess (N=39)	196

Abbildung 45: Subjektive Einschätzung zur Relevanz der Schulungs-Inhalte (N=14)	198
Abbildung 46: Subjektive Einschätzung der Multiplikatoren zur Vorbereitung auf die Tätigkeit (N=14)	199
Abbildung 47: Entwicklung der Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=98)	204
Abbildung 48: Entwicklung der Intention in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=81)	208
Abbildung 49: Entwicklung der Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=81)	208
Abbildung 50: Entwicklung der Konsequenzerwartung bzw. -erfahrung in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit auf Subskalenebene (N=81)	210
Abbildung 51: Entwicklung der Planungstiefe in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=74)	213
Abbildung 52: Entwicklung der psychosozialen Barrieren in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=78).....	214
Abbildung 53: Entwicklung der körperlichen Barrieren in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=76)	215
Abbildung 54: Entwicklung der organisatorischen Barrieren in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=76).....	215
Abbildung 55: Entwicklung der eingesetzten akuten Gegenstrategien in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=74).....	216
Abbildung 56: Entwicklung der eingesetzten präventiven Gegenstrategien in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=73).....	217
Abbildung 57: Entwicklung der Rückfallprävention („Terminausfall als Ausnahme“) in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=77).....	218
Abbildung 58: Entwicklung der Rückfallprävention („Resignation“) in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=75).....	218
Abbildung 59: Entwicklung der Rückfallprävention („Aktivpause als Gewohnheit“) in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=75).....	218
Abbildung 60: Zusammenhang zwischen der Intention _{T2} und der durchschnittlichen Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen in Studienphase 2 ($r_{T2-T3} = .62^{**}$) ...	221
Abbildung 61: Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit _{T2} und der durchschnittlichen Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen in Studienphase 2 ($r_{T2-T3} = .59^*$)	222
Abbildung 62: Zusammenhang zwischen der Planungstiefe _{T2} und der durchschnittlichen Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen in Studienphase 2 ($r_{T2-T3} = .53^{**}$) ...	224
Abbildung 63: Entwicklung der motorischen Fitness in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=78)	228

Abbildung 64: Entwicklung der Empfindung von Nacken- bzw. Schulterschmerzen in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=76).....	229
Abbildung 65: Entwicklung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=66).....	229
Abbildung 66: Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung _{T2} ($r_{T2-T3}=.26^{**}$) bzw. der positiven Emotionen _{T2} ($r_{T2-T3}=-.26^{**}$) und der durchschnittlichen Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen in Studienphase 2	233
Abbildung 67: Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit _{T3} ($r_{T3-T4}=.69^{**}$) bzw. der Planungstiefe _{T3} ($r_{T3-T4}=.59^{**}$) und der durchschnittlichen Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen im Follow-Up Zeitraum.....	236
Abbildung 68: Entwicklung der Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen unter Berücksichtigung des Follow-Up Zeitraums in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=62).....	239
Abbildung 69: Entwicklung der Planungstiefe unter Berücksichtigung des Follow-Up Zeitraums in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=52)	240
Abbildung 70: Entwicklung der sozialen Unterstützung unter Berücksichtigung des Follow-Up Zeitraums in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=46) ..	241

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Arbeitsbedingungen von nichtwissenschaftlichen und wissenschaftlichen Beschäftigten.....	43
Tabelle 2: Verwendeter Suchterm für die Literaturrecherche mod. nach Mess et al. (2015, S. 224-225).....	56
Tabelle 3: Übersicht der einbezogenen Studien zu Bewegungskurzinterventionen am Arbeitsplatz.....	56
Tabelle 4: Überblick zu Studiendesign, Probandenanzahl und Dauer der Interventionen	57
Tabelle 5: Überblick zum aktuellen Forschungsstand von Bewegungskurzinterventionen.....	61
Tabelle 6: Kernmerkmale der Aktivpause mod. nach Schüler et al. (2015, S. 239).....	67
Tabelle 7: Determinanten der Sportteilnahme nach Pfeffer (2010a).....	77
Tabelle 8: Überblick zu den Erklärungstheorien nach Baaken und Fuchs (2012)	86
Tabelle 9: Umsetzung des MoVo-Modells in praktische Strategien bzw. Werkzeuge für das Interventionsprogramm Aktivpause-Plus	117
Tabelle 10: Barrieren, Kontrollstrategien und Lösungsmöglichkeiten für die Aktivpause-Plus in Anl. an Kuhl (2001).....	121
Tabelle 11: Aufbau, Ziele und Inhalte der Aktivpause-Einheiten.....	127
Tabelle 12: Übersicht zur Stichprobe (T1) differenziert nach Studiengruppe.....	140
Tabelle 13: Eingesetzte Maßnahmen zur Sicherstellung einer hohen Rücklaufquote.....	145
Tabelle 14: Erfasste Variablen und Erhebungsinstrumente der Studie bei den Hauptbefragungen	146
Tabelle 15: Gegenüberstellung Originalitem und modifiziertes Item zur Intention	148
Tabelle 16: Gegenüberstellung Originalitems und modifizierte Items zu den perzipierten Barrieren.....	150
Tabelle 17: Gegenüberstellung Originalitems und modifizierte Items zum Barrierenmanagement.....	151
Tabelle 18: Erfasste Variablen und Erhebungsinstrumente der Programmschulungen	155
Tabelle 19: Gegenüberstellung Originalitems und modifizierte Items zur Evaluation von Coaching-Sitzung 1	156
Tabelle 20: Gegenüberstellung Originalitems und modifizierte Items zum Nutzen der Coachings.....	156
Tabelle 21: Sportbezogene soziale Unterstützung zu T1 differenziert nach Studiengruppe ..	169
Tabelle 22: Emotionales Befinden während der Aktivpause zu T2 differenziert nach Studiengruppe.....	170
Tabelle 23: Planungstiefe zu T1 differenziert nach Studiengruppe.....	175
Tabelle 24: Anwendung von Gegenstrategien zu T1 differenziert nach Studiengruppe	177
Tabelle 25: Mittelwerte durchgeführter Aktivpausen vor und während der Intervention differenziert nach Studiengruppe	179
Tabelle 26: Mittelwerte der wöchentlich durchgeführten Aktivpausen im Interventionsverlauf differenziert nach Studiengruppe	180

Tabelle 27: Bewertung der Aktivpause-Plus differenziert nach Studiengruppe	188
Tabelle 28: Subjektive Einschätzung zur Relevanz der Programmbausteine differenziert nach Studiengruppe	191
Tabelle 29: Subjektive Einschätzung der Unterstützung durch die Programmbausteine (IG1)	192
Tabelle 30: Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Coaching-Sitzung 1 und Coaching-Sitzung 2	195
Tabelle 31: Bewertung des Übungsleiters und des Multiplikators (IG1).....	200
Tabelle 32: Bewertung der Multiplikatoren-Rolle (N=13).....	201
Tabelle 33: ANOVA zur Durchführung von Aktivpausen in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=98).....	205
Tabelle 34: Entwicklung der Ausprägung der motivationalen Variablen im Interventionszeitraum in Abhängigkeit von der Studiengruppe	207
Tabelle 35: ANOVA zur Ausprägung der motivationalen Variablen in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit.....	210
Tabelle 36: Entwicklung der Ausprägung der volitionalen Variablen im Interventionszeitraum in Abhängigkeit von der Studiengruppe.....	212
Tabelle 37: ANOVA zur Ausprägung der volitionalen Variablen in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit.....	219
Tabelle 38: Korrelationsmatrix zwischen den motivationalen Variablen und der durchschnittlichen Durchführung bzw. Entwicklung der Durchführung von Aktivpausen	220
Tabelle 39: Korrelationsmatrix zwischen den volitionalen Variablen und der durchschnittlichen Durchführung bzw. Entwicklung der Durchführung von Aktivpausen.....	223
Tabelle 40: Entwicklung der Ausprägung von Determinanten der Verhaltensänderung im Interventionszeitraum in Abhängigkeit von der Studiengruppe.....	227
Tabelle 41: ANOVA zur Ausprägung von Determinanten der Verhaltensänderung in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit.....	230
Tabelle 42: Korrelationsmatrix zwischen den Determinanten der Verhaltensänderung und der durchschnittlichen Durchführung bzw. Entwicklung der Durchführung von Aktivpausen	231
Tabelle 43: Korrelationsmatrix zwischen ausgewählten Variablen und der Durchführung bzw. Entwicklung der Durchführung von Aktivpausen im Follow-Up Zeitraum.....	235
Tabelle 44: Entwicklung der Ausprägung ausgewählter Variablen von T1 bis zum Follow-Up Zeitraum in Abhängigkeit von der Studiengruppe	238
Tabelle 45: ANOVA zu ausgewählten Variablen in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit für den Follow-Up Zeitraum (N=46)	241

Abkürzungsverzeichnis

adh	Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband
AGH.....	Arbeitskreis gesundheitsfördernder Hochschulen
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
BAuA.....	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF.....	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM.....	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BSA-Fragebogen.....	Fragebogen zur Messung der Bewegungs- und Sportaktivität
EFQM.....	European Foundation for Quality Management
FFB-Mot	Fragebogen zur Messung des motorischen Funktionsstatus
HAPA	Health Action Process Approach
HEPA.....	Health-Enhancing Physical Activity
IfSS	Institut für Sport und Sportwissenschaft
IG.....	Interventionsgruppe
IMA.....	Intervention-Mapping-Ansatz
IPMS.....	Implementierungsintention
KG	Kontrollgruppe
KIT.....	Karlsruher Institut für Technologie
KIT SC	KIT Sport-Club 2010 e.V.
MoVo-Modell.....	Motivations-Volitions-Modell
MP	Multiplikator
MZP bzw. T.....	Messzeitpunkt
MW.....	Mittelwert
PAPM.....	Precaution Action Process Modell
PrävG	Präventionsgesetz
ROI.....	Return on Investment
SD	Standardabweichung
SS.....	Sommersemester
SSK-Skala.....	Sport- und bewegungsbezogene Selbstkonkordanz-Skala
TK.....	Techniker Krankenkasse
TTM.....	Transtheoretisches Modell
ÜL.....	Übungsleiter
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WS	Wintersemester

*Bewegungsmangel ist das Resultat einer in wenigen
Jahrzehnten vollzogenen Technisierung und Automation.
Die Wandlung unseres Lebensstils hat zwar die Umwelt
verändert, aber nicht unser Erbgut.*

Prof. Dr. Wildor Hollmann

THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1 Einleitung

Mit Blick auf die Risiken körperlicher Inaktivität und langanhaltender, sitzender Verhaltensweisen besteht die allgemeine Absicht der vorliegenden Dissertation darin, einen Beitrag zur Bewegungsförderung am Arbeitsplatz zu leisten. Die nachstehenden Ausführungen betonen die Relevanz der Thematik, konkretisieren die Zielstellung und geben Hinweise zur Struktur der Arbeit.

1.1 Relevanz des Forschungsvorhabens

Sport und Bewegung wird ein herausragendes gesundheitsförderliches Potential zugeschrieben. Die sportwissenschaftliche Forschung bestätigt die vielfältigen positiven Effekte körperlicher Aktivität auf die physische und psychosoziale Gesundheit mit einer guten Evidenzlage (Rütten & Pfeifer, 2016).

Insbesondere zur physiologischen Wirkung liegt mittlerweile eine beträchtliche Anzahl an Veröffentlichungen, Reviews und Meta-Analysen vor. Paffenbarger, Hyde und Wing (1990) gelang mit ihrer Harvard-Studie als einer der Ersten der empirische Nachweis, dass regelmäßiges Sporttreiben mit einem Energieverbrauch von 2000 Kilokalorien pro Woche die Wahrscheinlichkeit eines plötzlichen Herztodes bereits um 24 % senkt. Mittlerweile sind die positiven Effekte körperlicher Aktivität für eine Vielzahl an Erkrankungen, wie z. B. verschiedene Krebs-, Herzkreislauf- und Stoffwechselerkrankungen bestätigt. Die mögliche Risikoreduktion beläuft sich je nach Krankheitsbild auf 25 bis 80 %. Insgesamt wird aktiven Personen im Rahmen der internationalen Bewegungsempfehlungen ein um ca. 30 % niedrigeres Gesamtsterblichkeitsrisiko zugeschrieben (Rütten & Pfeifer, 2016; Völker, 2012; WHO, 2018).

Gleichwohl besteht nach heutigem Kenntnisstand Einigkeit darüber, dass Sporttreiben nicht per se gesundheitsförderliche Konsequenzen mit sich bringt. Als wichtige Erfolgsprämisse ist u. a. die strukturierte und systematische Durchführung unter Berücksichtigung von Belastungsparametern und psychosozialen Aspekten zu nennen (Brehm et al., 2013; Rütten & Pfeifer, 2016).

Während frühere Empfehlungen vor allem sportlichen, intensiven Aktivitäten Vorrang gaben, rücken angesichts aktueller Forschungserkenntnisse zunehmend auch alltägliche Bewegungsaktivitäten mit niedrig-intensiven Belastungsformen in den Fokus. Für deren Relevanz spricht, dass langanhaltendes, sitzendes Verhalten mittlerweile als eigenständiger Risikofaktor anerkannt ist und einen belastungsnahen Ausgleich erfordert (Bucksch & Schlicht, 2014).

Alltägliche Aktivitätsformen bieten im Vergleich zu intensiven Beanspruchungen den entscheidenden Vorteil, dass sie für jedermann zugänglich, gut umsetzbar und einfach in den gewohnten Tagesablauf integrierbar sind.

Trotz des Wissens um die positiven Effekte körperlicher Aktivität bewegt sich nur ein geringer Teil der Bevölkerung regelmäßig im Alltag: Nach aktueller Evidenzlage werden 23 % der deutschen Erwachsenen als bewegungsarm¹ eingestuft und nur knapp die Hälfte der Bevölkerung gibt an, sportlich aktiv zu sein² (Abu-Omar & Rütten, 2012; Stoffel, Gröben, Pronk & Bös, 2012). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch die repräsentative Bewegungsstudie der Techniker Krankenkasse (TK) aus dem Jahr 2016, der zufolge 30 % der Bundesbürger selten Sport treiben und 18 % als Sportabstinente einzustufen sind. Ein noch eindrücklicheres Ergebnis liefert eine aktuelle Umfrage des Robert-Koch-Instituts, nach der es nur 21 % der Frauen und 25 % der Männer in Deutschland gelingt, die relevante Minimalbeanspruchung gemäß den Vorgaben der WHO (Weltgesundheitsorganisation) zu erfüllen (Finger, Mensink, Lange & Manz, 2017, S. 37). Davon unabhängig ist festzustellen, dass 43 % der Deutschen mindestens sechs Stunden täglich mit sitzenden Tätigkeiten verbringen (Bucksch & Schlicht, 2014). Die Problematik einer bewegungsarmen Lebensweise ergibt sich besonders vor dem Hintergrund, dass körperliche Inaktivität weltweit als der viertgrößte Risikofaktor für die Sterbewahrscheinlichkeit identifiziert wurde (WHO, 2018).

Es stellt sich heraus, dass erwerbstätige Personen besonders häufig von körperlicher Inaktivität respektive sitzenden Verhaltensweisen betroffen sind. Durch die zunehmende Technisierung und Modernisierung sind körperliche Tätigkeitsformen nicht nur in der Freizeit, sondern vor allem auch in der Berufswelt durch rückläufige Tendenzen gekennzeichnet. Der moderne Berufsalltag erfordert kaum noch substanzielle körperliche Anstrengung. Alltägliche Abläufe werden „erleichtert“, Bewegungsaktivitäten reduziert und bequeme Verhaltensweisen begünstigt. Dies wird durch die Tatsache verstärkt, dass Erwerbstätige 60 % ihrer täglichen Zeit am Arbeitsplatz verbringen und dort wiederum den Großteil ihrer Tätigkeit sitzend verrichten (BAuA, 2013; Naidoo & Willis, 2010). Sofern physische Anforderungen auftreten, sind diese meist durch einseitige Zwangshaltungen oder gleichförmige Bewegungsabläufe geprägt (Lenhardt & Priester, 2005; Pronk, 2011).

¹ Für diese Bevölkerungsgruppe ist es charakteristisch, weder Sport zu treiben noch körperliche Aktivitäten mit mindestens moderater Intensität im Alltag auszuüben (Caspersen, Powell & Christenson, 1985).

² Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Erfassung der körperlichen Aktivität an methodische Herausforderungen geknüpft ist. Bei bevölkerungsweiten Erhebungen ist der Einsatz objektiver Verfahren aufgrund des Aufwands bzw. der Kostspieligkeit nur bedingt möglich, sodass Erhebungen mittels selbsteingeschätzter Verfahren notwendig sind. Damit geht gezwungenermaßen eine mäßige Validität und Reliabilität einher, darüber hinaus ist mit einer Überschätzung der körperlichen Aktivität zu rechnen (Abu-Omar & Rütten, 2012).

In der Folge bleiben funktionelle Anforderungen aus, worauf der Körper mit der Degeneration von Muskeln, Organen und Körpersystemen reagiert. Die dadurch entstehenden Krankheiten, wie z. B. das metabolische Syndrom oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die damit verbundenen Beschwerden stellen eine weitreichende Einschränkung des Wohlbefindens, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität dar (Pronk, 2009). Parallel zur Abnahme physischer Beanspruchungen ist als Folge des Strukturwandels ein deutlicher Anstieg psychischer und psychosozialer Belastungsformen, darunter Zeit- und Leistungsdruck, prekäre Beschäftigungsverhältnisse und gestiegene berufliche Anforderungen zu beobachten. Die ständige Erreichbarkeit, die zeitliche Ausdehnung der Arbeit und eine steigende Tätigkeitsdichte führen zu einem erhöhten Stressniveau und langfristig zu psychischen Störungen, wie bspw. Schlafstörungen, Zwangsgedanken, Burn-Out oder depressiven Erkrankungen. Diese haben meist eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge und zählen zu den Hauptgründen der Frühberentung (Pieter & Wolf, 2014).

Mit den Beeinträchtigungen sind nicht nur ein hohes individuelles Leid verbunden, sondern auch beträchtliche volks- und betriebswirtschaftliche Folgen: Die Kosten für krankheitsbedingte Frühberentungen belaufen sich auf mehr als 10 Milliarden Euro pro Jahr (Kroll, Müters & Dragano, 2011). Im Weiteren betragen die durch Arbeitsausfälle verursachten Ausgaben jährlich über 43.9 Milliarden Euro, wobei der Anteil arbeitsbedingter Ursachen etwa 30 % ausmacht. Ein Hauptanteil dieser Kosten geht auf degenerative Erkrankungsformen des Muskel-Skelett-Systems und kardiovaskuläre Krankheiten zurück, die überwiegend durch Fehlbelastungen und einen bewegungsarmen Lebensstil verursacht werden (Knieps & Pfaff, 2014; Marschall, Nolting, Hildebrandt-Heene & Sydow, 2017).

Vor dem Hintergrund dieser Auswirkungen und den Folgen demografischer Entwicklungen (z. B. Alterungstendenzen der Gesellschaft) hat der deutsche Staat ein großes Interesse, die Berufsfähigkeit seiner Bürger möglichst lange aufrechtzuerhalten (Fuchs & Zika, 2010). Angesichts dessen wurden in der Vergangenheit gesetzliche Regelungen zum Schutz der Gesundheit von Beschäftigten verabschiedet. An dieser Stelle seien z. B. die Maßnahmen nach §5 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) zu nennen, welches Arbeitgeber dazu verpflichtet, die Sicherheit der Beschäftigten zu gewährleisten, gesundheitsförderliche Bedingungen einzurichten und regelmäßige Arbeitsunterbrechungen zu fördern (BildschArbV, 63). Mit der Einführung des Präventionsgesetzes (PrävG, 2015) und der „Nationalen Präventionsstrategie“ gelang es darüber hinaus, den Themen Prävention und Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen und betrieblichen Lebenswelten eine eigenständige rechtliche Grundlage zu geben und die Leistungserbringung für die gesetzlichen Krankenkassen zu verpflichten.

Auch aus der Unternehmensperspektive ergibt sich ein hoher Handlungsbedarf. So geht aus einer Meta-Analyse von Chapman (2012) hervor, dass gesundheitsförderliche Bemühungen bis

zu 25 % der krankheitsbedingten Fehlzeiten verhindern können. Mittlerweile existiert außerdem eine Vielzahl an Studien, die den ökonomischen Nutzen etwaiger Initiativen befürworten: Laut Ziesche (2015) ergibt sich als Return on Investment (ROI)³ eine Spanne von 1.65 bis 2.84 Dollar, eine Untersuchung berichtet überdies von 4.61 Dollar. Institutionen, die den BGF-Ansatz implementieren, profitieren u. a. durch ein produktives Personal, attraktive Arbeitsbedingungen⁴ und eine hohe gesellschaftliche Anerkennung (Bödeker, 2017; Rütten & Pfeifer, 2016). Aus diesem Grund sind seitens der Arbeitgeber zunehmend Bemühungen zu beobachten, den genannten Risiken entgegenzuwirken und die Gesundheit der Beschäftigten in den Fokus zu rücken. Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) nimmt sich dieser Herausforderung an und intendiert gemäß den Leitlinien der WHO (1986) auf Grundlage technischer, organisatorischer sowie auch psychosozialer und partizipativer Maßnahmen eine gesunde bzw. gesundheitsfördernde Arbeit bereitzustellen. Als zentrales Charakteristikum ist hierbei das Merkmal Empowerment zu nennen, mit dem die Absicht verfolgt wird, Personen zu selbstbestimmtem Handeln zu veranlassen und ihnen zur Kontrolle über die eigene Gesundheit zu verhelfen (Faller, 2017c).

In diesem Zusammenhang wird bis dato eine Vielzahl unterschiedlicher Vorgehensweisen zur Förderung der körperlichen Aktivität am Arbeitsplatz diskutiert. Aus dem aktuellen Forschungsstand geht insbesondere die Bedeutung von Mehrkomponentenansätzen hervor, die neben einer individuellen Komponente auch die Rahmenbedingungen und strukturellen Besonderheiten der jeweiligen Institution berücksichtigen. Darüber hinaus wird die Interventionsform der Bewegungsberatung empfohlen, wobei diese idealerweise mit konkreten Aktivierungsprogrammen zu verbinden ist (Bräunig et al., 2015; Malik, Blake & Suggs, 2014).

In der Praxis zeigt sich, dass Beschäftigte trotz eines hohen Gesundheitsbewusstseins und dem Wunsch nach betrieblichen Bewegungsangeboten etwaige Maßnahmen nur unzureichend in Anspruch nehmen. Dies betrifft üblicherweise diejenigen Personengruppen, die einen hohen Bedarf an gesundheitsförderlicher Unterstützung aufweisen – bspw. inaktive oder chronisch kranke Mitarbeiter (Huber & Weiß, 2015; Ziesche, 2015). Wenninger et al. (2007) raten deshalb dazu, betriebliche Bewegungsangebote fest in den Arbeitsalltag zu integrieren, räumlich nah am Arbeitsplatz anzusetzen und die Bedürfnisse der Beschäftigten explizit zu berücksichtigen. Auch Huber (2006) bevorzugt im Sinne der *aufsuchenden Gesundheitsförderung* Maßnahmen, die in direkter Arbeitsplatznähe und während der Arbeitszeit stattfinden.

³ Der ROI bezeichnet eine betriebswirtschaftliche Kennzahl, anhand derer die Rendite eines Unternehmens bestimmt wird. Dabei wird der Gewinn (G) ins Verhältnis zum eingesetzten Gesamtkapital (GK) gebracht (Wöhe, 2016, S. 200).

⁴ Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels rücken Bemühungen zur Bildung einer attraktiven Arbeitgebermarke (Employer Branding) zunehmend in den Fokus (Brecht & Schmucker, 2013).

Die Optimierung des Sitzverhaltens und eine ergonomische Ausrichtung des Mobiliars stellen eine gute Möglichkeit dar, um diesen Ansatz umzusetzen. Allerdings sind hinsichtlich der Steigerung von körperlicher Aktivität hierdurch nur begrenzte Effekte erreichbar. Schlussendlich ist es erforderlich, langanhaltende Sitzphasen zu vermeiden oder zumindest regelmäßige Unterbrechungen einzubauen (Scholz, 2016, S. 216–217). Mit Blick auf die salutogenetische Sichtweise wird ferner dazu geraten, den Fokus stärker auf Maßnahmen zum Aufbau gesundheitsförderlicher Ressourcen zu legen (Faller, 2017c). Mit der Integration häufiger Bewegungsphasen in den Arbeitsalltag kann es gelingen, einen belastungsnahen Ausgleich der körperlichen Inaktivität zu schaffen und gleichzeitig die Ressourcen der Beschäftigten zu stärken. Infolgedessen sollten Sitzphasen nicht nur geringgehalten, sondern möglichst durch körperlich aktive Verhaltensweisen kompensiert werden. Hierbei ist es evident, dass bereits kurze Bewegungsblöcke ein hohes Gesundheitspotential aufweisen (Buckley et al., 2015; Bucksch & Wallmann-Sperlich, 2016; Owen, Bauman & Brown, 2009).

Einen Ansatz, der diesen Ansprüchen gerecht wird, bietet das Konzept der Bewegungspause. Bewegungspausen zeichnen sich dadurch aus, dass in direkter Arbeitsplatznähe für bis zu 20 Minuten niedrighwellige Bewegungsformen mit dem Ziel einer ausgleichenden Aktivität durchgeführt werden. Der Zeitpunkt wird dabei idealerweise in Abhängigkeit des täglichen Ermüdungsverlaufs gewählt. Die Bewegungsinhalte orientieren sich optimaler Weise an den spezifischen Arbeitsbelastungen der Belegschaft (Mess, 2008; Scholz, 2016). Aufgrund des geringen organisatorischen Aufwands werden Teilnahmebarrieren weitestgehend vermieden und eine vergleichsweise hohe Compliance erreicht. Gleichzeitig wird der Forderung der WHO nachgegangen, Sitzzeiten zu reduzieren und Bewegungsblöcke unmittelbar in den Alltag zu integrieren. Um eine hohe Akzeptanz zu erreichen, sind die jeweiligen Voraussetzungen und spezifischen Bedürfnisse der anvisierten Zielgruppe zu berücksichtigen. Entsprechend erfordert die Entwicklung und Implementation ebensolcher Maßnahmen passgenaue Konzepte hinsichtlich der Ziele, Inhalte und gewählten Methoden (Brehm et al., 2013; Stoffel et al., 2012). Hierfür ist mit Blick auf den Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung eine Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen und Charakteristika der betrachteten Institution elementar.

Die vorliegende Arbeit fokussiert sich auf den Hochschulkontext als eine Einrichtung des öffentlichen Dienstes. In Deutschland zählen die öffentlichen Arbeitgeber⁵ mit ca. 5.8 Millionen Erwerbstätigen zu einem der wichtigsten Beschäftigungsbereiche (Statistisches Bundesamt, 2017). Als herausragendes, gemeinsames Merkmal ist die Erbringung von zumeist personenbezogenen Dienstleistungen anzuführen, welche sich erheblich von der Sachgüterproduktion unterscheiden. Insgesamt umfasst der öffentliche Sektor eine Vielzahl an Einrichtungen. Diese

⁵ Der Begriff öffentliche Arbeitgeber umfasst die Gebietskörperschaften Bund, Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände in ihrem gesamten verwaltungsmäßigen und wirtschaftlichen Handeln (Statistisches Bundesamt, 2017).

untergliedern sich in verschiedene Bereiche und bilden u. a. die Aufgabenfelder (1) Bildungswesen, Wissenschaft, Forschung, Kulturelle Angelegenheiten, (2) Soziale Sicherung, Familie und Jugend, Arbeitsmarktpolitik und (3) Gesundheit, Umwelt, Sport und Erholung ab. De facto sind die Organisationsformen, Arbeitsbedingungen und Leistungen nur schwer miteinander vergleichbar, sodass Konzepte der BGF für den jeweiligen Bereich spezifisch angepasst werden müssen.

Im Konkreten wird vorliegend das Karlsruher Institut für Technologie (KIT)⁶ in den Blick genommen, das 2009 als ein Zusammenschluss der Universität Karlsruhe (TH) und der Forschungszentrum Karlsruhe GmbH gegründet wurde. Durch die Fusion einer Landes- mit einer Bundes- einrichtung, die bis dato in Deutschland in dieser Form noch nicht existierte, entwickelte sich das KIT mit rund 9.300 Beschäftigten und über 26.000 Studierenden zum größten Lehr- und Forschungszentrum Europas. Laut dem renommierten Gesamtranking „QS World University Ranking 2016“ zählt das KIT weltweit zu den 100 besten Universitäten. Die wissenschaftliche Ausrichtung des KIT basiert auf einer breiten disziplinären Basis in den Bereichen Natur-, Ingenieurs-, Wirtschafts- sowie Geistes- und Sozialwissenschaften und wird mit über 90 unterschiedlichen Studiengängen abgebildet. Insgesamt existieren 36 Dienstleistungseinheiten und elf Fakultäten mit 140 Instituten. Das Haushaltsvolumen umfasst 732 Millionen Euro jährlich, geleitet wird das KIT mithilfe eines sechsköpfigen Präsidiums (KIT, 2017).

Am KIT existiert mit dem Programm der *Aktivpause* ein 15-minütiges Bewegungspausenkonzept, das seit 2012 fortwährend Zuspruch erhält und den formulierten Ansprüchen einer ausgleichenden Bewegungsaktivität gerecht wird. Aufgrund hochschulspezifischer Rahmenbedingungen, wie bspw. der Finanzierung durch zeitlich befristete Sondermittel, wird die Maßnahme jährlich lediglich für zwei zehnwöchige Perioden angeboten. Maßnahmen der BGF sollten jedoch Kontinuität aufweisen und langfristig angelegt sein. Ein weiteres Defizit wird in der unzureichenden Berücksichtigung des zentralen BGF-Merkmals Empowerment gesehen.

Auch die Beschäftigten wünschen sich konkrete Unterstützung in der Umsetzung eigenständiger Bewegungspausen am Arbeitsplatz. Eine qualitative Analyse von Schüler-Hammer, Hientzsch, Woll und Mess (2016) führt zu der Erkenntnis, dass auch andere deutsche Hochschulen mit ebendiesem Problem konfrontiert sind. Gleichwohl geht aus einer Studie von König, Kroke, Reichelt und Stegmüller (2012) hervor, dass deutsche Hochschulmitarbeiter Bewegung im Berufsalltag als essentiell empfinden, eine nachhaltige Integration jedoch schwerfällt. Auch von Seiten der Beschäftigten besteht deshalb die Forderung nach gezielten Programmen zur Motivierung, die eine selbstbestimmte Umsetzung bewegungsförderlicher Verhaltensweisen unterstützen.

⁶ Forschungsuniversität in der Helmholtz-Gemeinschaft.

Daraus ergibt sich die allgemeine Forschungsfrage, wie Beschäftigte, welche die Absicht haben, ihr Bewegungsverhalten am Arbeitsplatz zu steigern, zielführend in der Umsetzung bestärkt werden können. Die Analyse des aktuellen Forschungsstands zeigt, dass bis dato kein etabliertes Konzept existiert, das den geäußerten Anforderungen gerecht wird. Auch national und international ist kein Ansatz bekannt, mit dem Beschäftigte in der selbstbestimmten Initiierung von Gymnastikübungen am Arbeitsplatz unterstützt werden. Daraus ergibt sich die Frage, wie ein solches Konzept zu gestalten ist und wie es gelingen kann, die Beschäftigten des KIT zur eigenständigen Realisierung von Bewegungspausen am Arbeitsplatz zu befähigen.

1.2 Zielstellungen der Arbeit

Unter Bezugnahme auf die identifizierte Forschungslücke wird die Intervention *Aktivpause-Plus* für die Mitarbeiter des KIT konzipiert, implementiert und evaluiert. Das Programm intendiert mit Blick auf das aus der Verhaltensforschung bekannte Phänomen der „Intentions-Verhaltens-Lücke“ (Gollwitzer & Sheeran, 2006) den Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils im Berufsalltag der Hochschulmitarbeiter und strebt eine Optimierung in der Kontinuität der bestehenden Maßnahme *Aktivpause* an. Konkret geht es darum, die Teilnehmer der *Aktivpause* in der eigenständigen Ausübung von wöchentlichen Bewegungspausen zielführend zu unterstützen, volitionales Verhalten zu fördern und eine Verhaltensänderung hin zu einem gesteigerten Bewegungsverhalten am Arbeitsplatz zu bewirken. Denn nur, wenn die Umsetzung körperlicher Aktivität gelingt, kann das gesundheitsförderliche Potential von Bewegung ausgeschöpft werden.

Mit der Erstellung der vorliegenden Arbeit werden drei übergeordnete Ziele verfolgt:

- (1) Erstes Ziel ist es, die *Aktivpause-Plus* unter Berücksichtigung der Ansätze aus der BGF, Setting-spezifischer Besonderheiten der Institution Hochschule und Rahmenmodellen der Verhaltensänderung theorie- und wissenschaftsbasiert zu konzipieren. Zur Qualitätssicherung und Nachvollziehbarkeit ist es im Weiteren erforderlich, die Entwicklung des Programms in Form standardisierter Curricula und Begleitmaterialien detailliert zu dokumentieren. Dies bietet nicht nur eine Orientierungsgrundlage für zukünftige, ähnliche Maßnahmen, sondern bereitet auf eine mögliche Zertifizierung des Programms nach §20 des Präventionsgesetzes (PräVG) vor.
- (2) Das zweite Ziel besteht in der Implementation und Etablierung der *Aktivpause-Plus* am KIT. Damit verbunden ist u. a. die Planung, wie das neue Konzept in die vorhandene Kursstruktur der *Aktivpause* integriert und Mitarbeiter für eine Teilnahme begeistert werden können. Im Weiteren sind Überlegungen zur Organisation und praktischen Umsetzung anzustellen. Dabei spielt vorliegend u. a. die Face-to-Face Kommunikation und der persönliche Bezug zu den Kursteilnehmern eine wichtige Rolle.

- (3) Dem dritten Ziel, der Wirksamkeits- und Akzeptanzüberprüfung, wird mit der Evaluation und empirischen Untersuchung der *Aktivpause-Plus* nachgegangen. Damit verbunden ist die Beantwortung der Frage, ob und inwiefern das Programm eine positive Veränderung des Bewegungsverhaltens am Arbeitsplatz bewirkt und welche Faktoren hierfür ausschlaggebend sind. Auf Basis des Motivations-Volitions-Modells (MoVo-Modell, Fuchs, 2007a) werden psychologische Variablen ebenso untersucht wie ausgewählte Determinanten der Verhaltensänderung, bei denen wiederholt ein positiver Einfluss für den Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils nachgewiesen wurde. Ein weiterer Inhalt bildet die Überprüfung der Programmbausteine in Bezug auf Akzeptanz und Zufriedenheit, um daraus Optimierungen für die praktische Ausgestaltung des Konzepts ableiten zu können. Indessen besteht eine Absicht in der Analyse der Stichprobe, um eine konkrete, individuelle und zielgruppenspezifische Interpretation hinsichtlich des Programmerfolgs zu ermöglichen.

Nachfolgende Abbildung 1 stellt die Ziele der Arbeit im Überblick dar.



Abbildung 1: Ziele der vorliegenden Arbeit

Insgesamt bezweckt die Arbeit, die formulierte Forschungslücke zu schließen und einen Beitrag zur aktuellen Interventionsforschung im Bereich der BGF zu leisten. Damit soll eine Grundlage für zukünftige Konzepte im Setting Hochschule und weiteren Institutionen geschaffen werden.

1.3 Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der Arbeit folgt einer schrittweisen Beantwortung der Forschungsfrage und gliedert sich in vier thematische Bereiche:

- *Theoretische Grundlagen (I)*
- *Konzeption der Intervention (II)*
- *Empirische Untersuchung (III)*
- *Zusammenfassung und Ausblick (IV)*

Theoretische Grundlagen (I)

Kapitel 2 ordnet die relevanten Begriffe und Ansätze der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung thematisch ein und grenzt ebendiese voneinander ab (2.1). Hierbei wird das integrative Verständnis von Gesundheit und die salutogenetische Perspektive betont. Im Weiteren werden die zunehmende Relevanz alltäglicher Bewegungsformen sowie die Bedeutung eines belastungsnahen Ausgleichs körperlicher Inaktivität hervorgehoben. In diesem Zusammenhang werden das HEPA-Konzept (Health-Enhancing Physical Activity) und die nationalen Bewegungsempfehlungen (Rütten & Pfeifer, 2016) vorgestellt. Das Kapitel schließt mit einer Darstellung des Setting-Ansatzes als Kernstrategie der Gesundheitsförderung und leitet in den Kontext der Arbeitswelt über.

Im dritten Kapitel erfolgt im Anschluss an die Abgrenzung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) eine Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen der BGF.

Kapitel 3.1 beinhaltet die Darlegung der grundlegenden Merkmale Empowerment, Partizipation, Ganzheitlichkeit und Integration. Die weiteren Ausführungen geben einen Überblick zu bewegungsbezogenen BGF-Maßnahmen und stellen die Chancen der *aufsuchenden Gesundheitsförderung* dar. Der Abschnitt endet mit einer Einschätzung zur aktuellen Wirksamkeitslage. Kapitel 3.2 betont die Besonderheiten des Hochschulkontextes, indem auf die gegenwärtigen Rahmenbedingungen und Entwicklungen sowie die Spezifika der agierenden Zielgruppen eingegangen wird. Ein weiterer Abschnitt beschäftigt sich mit den Strukturen und Prozessen der Gesundheitsförderung in Bildungseinrichtungen. Als wichtige Voraussetzung für die Konzeption des eigenen Programms setzt sich Abschnitt 3.2.3 mit den Bedürfnissen von Hochschulbeschäftigten und dem Bedarf an Bewegungs- und Sportangeboten auseinander.

Auf dieser Basis werden in Kapitel 4 Bewegungskurzinterventionen als zielgruppengerechtes Konzept für Hochschulbeschäftigte herausgestellt. Die Überprüfung der Wirksamkeit solch kurzer, niedrig-intensiver Bewegungsangebote in direkter Arbeitsplatznähe ist Inhalt des Kapitels 4.2. Die daran anknüpfende Bestandsaufnahme zu ebensolchen Programmen an deutschen Bildungseinrichtungen sowie die detaillierte Vorstellung der *Aktivpause* am KIT geben eine Übersicht zu bestehenden Ansätzen (4.3).

Zur wissenschaftlichen Fundierung der eigenen Intervention beinhaltet Kapitel 5 eine Auseinandersetzung mit Determinanten und Modellen der Verhaltensänderung. Nach der Gegenüberstellung etablierter Erklärungsmodelle und Interventionstheorien (5.2) wird das MoVo-Konzept von Fuchs (2007a) als Untersuchungsbasis herausgegriffen, detailliert beschrieben und diskutiert (5.3). Hierauf bezugnehmend schließt sich eine Auswahl bisher unberücksichtigter Determinanten an, die nachweislich in Zusammenhang mit dem Erfolg einer Verhaltensänderung hin zu einem körperlich aktiven Lebensstil stehen und für das Setting Arbeitsplatz möglicherweise bedeutsam sind (5.4).

Konzeption der Intervention (II)

Ziel von Kapitel 6 ist es, Ansatzpunkte aus den theoretischen Teilen der Arbeit zusammenzutragen und für die Konzeptionierung des eigenen Programms *Aktivpause-Plus* nutzbar zu machen. Als Planungsmodell dient der Intervention-Mapping-Ansatz (IMA) nach Bartholomew, Parcel und Kok (1998), der die Interventionsentwicklung in sechs Schritten begleitet und neben detaillierten Hilfestellungen auch praktizierbare Umsetzungsstrategien bereithält. Um die Nachvollziehbarkeit der Studie zu gewährleisten, werden die einzelnen Bausteine der *Aktivpause-Plus* methodisch-didaktisch begründet und mithilfe standardisierter Curricula respektive umfangreicher Begleitmaterialien dokumentiert.

Empirische Untersuchung (III)

Kapitel 7 enthält die Formulierung der Untersuchungshypothesen und Fragestellungen, welche die Grundlage für die Entwicklung des Untersuchungsdesigns in Kapitel 8 bilden. Dieses gibt ausführliche Informationen zum Studiendesign (8.1) und der Untersuchungsstichprobe (8.2). Im darauffolgenden Teil der Arbeit werden in Kapitel 9 die einbezogenen Forschungsmethoden näher erläutert. Konkret wird spezifiziert, mit welcher Form die Datenerhebung erfolgte (9.1), welche Messinstrumente für die Datenerfassung dienten (9.2) und welche statistischen Verfahren zur Datenaufbereitung und -auswertung genutzt wurden (9.3). Den Abschluss des empirischen Teils bildet Kapitel 10 mit der Ergebnispräsentation, die in drei Bereiche gegliedert ist. Mithilfe der Stichprobenanalyse und deskriptiven Verfahren erfolgt eine Charakterisierung der Untersuchungsgruppe. Hierbei geht es im Wesentlichen um eine erste Einschätzung in Bezug auf die Interventionseffekte. Ferner dienen die Analysen der Überprüfung auf Homogenität der beiden Studiengruppen (10.1). Die anschließenden Passagen widmen sich der Untersuchung zur Akzeptanz und Programmzufriedenheit, wobei in diesem Zuge die Fragestellungen aus Kapitel 7 beantwortet werden (10.2). Die Ergebnisse der inferenzstatistischen Analysen (10.3) geben Aufschluss darüber, inwieweit die formulierten Hypothesen angenommen werden können. Schließlich ermöglicht Kapitel 10.4 einen Einblick in die Resultate der Follow-Up Untersuchung, bevor die Ausführungen der inferenzstatistischen Analysen interpretiert und diskutiert werden (Kapitel 10.5).

Zusammenfassung und Ausblick (IV)

Dem empirischen Teil schließt sich der vierte übergeordnete Bereich an, in dem die Untersuchungsergebnisse zusammengefasst und in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet werden. Anknüpfend an die Auseinandersetzung mit den Stärken und Schwächen der eigenen Studie werden die deskriptiven und inferenzstatistischen Ergebnisse miteinander in Beziehung gesetzt, interpretiert und hinsichtlich ihrer Aussagekraft bewertet. Der Ausblick enthält offene Forschungsfragen für weitere Untersuchungen und bietet praktische Handlungsempfehlungen für zukünftige Bewegungskurzinterventionen.

2 Allgemeine Grundlagen der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick zu den Entwicklungen der aktuellen Public-Health-Forschung und ordnet die hierfür relevanten Begrifflichkeiten in den Kontext ein. Als Schlüsselsetting der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung wird der Arbeitsplatz herausgestellt.

2.1 Thematische Einordnungen und Begriffsabgrenzungen

Für ein grundlegendes Verständnis ist zunächst die Auseinandersetzung mit dem Terminus der Gesundheit und den unterschiedlichen Ansätzen zur Erklärung von Gesundheit wesentlich. Daran anknüpfend folgt eine Diskussion um das Begriffspaar Gesundheitsförderung und Prävention, bevor der Blick auf den Kontext der Bewegungsförderung gerichtet wird. Hierbei werden die zentralen Bezeichnungen voneinander abgegrenzt und das Modell des Gesundheitssports vorgestellt. Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit der Thematik des sedentären Verhaltens, woraufhin die Bedeutung alltäglicher Bewegungsformen unter Bezugnahme zum HEPA-Konzept aufgezeigt wird. Das Kapitel schließt mit der Präsentation der nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung.

2.1.1 Gesundheit und Gesundheitsmodelle

Der Terminus Gesundheit unterliegt, ähnlich wie auch der Sportbegriff, vielfältigen historischen, gesellschaftlichen und individuellen Einflüssen. Dies hat zur Folge, dass ein einheitliches Verständnis nicht gegeben ist und zahlreiche Definitionsansätze einander gegenüberstehen. Die bestehende Unschärfe des Begriffs wird durch die einzelnen Wissenschaftsperspektiven verstärkt, da diese aus ihrem jeweiligen Blickwinkel unterschiedliche Aspekte als relevant erachten. In Konkurrenz treten u. a. medizinisch-naturwissenschaftliche, sozialwissenschaftliche, psychologische und pädagogische Perspektiven, wobei bis Mitte des 21. Jahrhunderts vornehmlich biomedizinische Ansätze dominierten (Laaser & Hurrelmann, 2003).

Die Gesundheitsdefinition der WHO stellte den ersten Versuch dar, die verschiedenen Ansätze miteinander zu verknüpfen. „Health is a state of completely physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1946 zit. nach Woll, 1996b, S. 43). Dieses Verständnis wurde alsdann immer wieder als „idealistisch“ kritisiert, da der Zustand eines „vollkommenen Wohlbefindens“ kaum erfüllbar ist und Gesundheit außerdem Schwankungen und Veränderungen unterliegt (Schlicht & Brand, 2007, S. 59; Woll, 1996b, S. 44; Wydra, 1996). Nichts desto trotz hat der Versuch wesentlich dazu beigetragen, dass sich die dominante medizinische Sichtweise der Pathogenese hin zu neueren Ansätzen aus der Psychologie, Soziologie und Sozialmedizin öffnete. Ebendiese orientieren sich an ganzheitlichen, dynamischen Konzepten und beziehen das Belastungs-Bewältigungs-Paradigma aus der stresstheoretischen Forschung ein (Lazarus & Launier, 1978).

In der Folge ist Gesundheit keineswegs als statischer Zustand zu verstehen, sondern das Ergebnis eines dynamischen Prozesses zwischen physischen, psychischen und sozialen Schutzfaktoren auf der einen Seite und krankmachenden Einflüssen der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt (Risikofaktoren) auf der anderen Seite (Becker, 1992; Woll, 1996b). Für die vorliegende Arbeit dient das integrative Gesundheitsverständnis von Woll (1996b, S. 47) als Grundlage, das eng mit dieser Ansicht verbunden ist und von einer Kontinuums-Vorstellung ausgeht:

Gesundheit ist das Ergebnis eines dynamischen Gleichgewichts (Balance) zwischen dem Individuum mit seinen Ressourcen und den Anforderungen seiner sozioökologischen Umwelt. Umwelt wird als prozesshaftes Geschehen aufgefasst, das sich im aktuellen Bezug herausbildet. Gesundheit und Krankheit sind als Extrempole eines mehrdimensionalen Kontinuums (physisch, psychisch und sozial) zu sehen, auf dem sich eine Person jeweils lokalisieren lässt.

Unter Bezugnahme auf diese integrative Sichtweise lassen sich seit den 1990er Jahren verstärkt Bemühungen zur Erklärung von Gesundheit erkennen, welche sich durch die Fortentwicklung und empirische Überprüfung diverser Gesundheitsmodelle äußern. Obwohl den pathogenetisch orientierten Risikofaktorenmodellen für die Krankheitsprävention und -behandlung bis heute eine bedeutsame Rolle zukommt, rücken sie zunehmend in den Hintergrund. Dies begründet sich damit, dass sie Gesundheit ausschließlich als Abwesenheit von Krankheit begreifen (Becker, 2006, S. 34–35). Demgegenüber beziehen salutogenetische Vorstellungen neben Risikofaktoren auch Schutzfaktoren der Gesundheit ein. Zu nennen ist an erster Stelle das Salutogenesemodell (Antonovsky, 1979), das bis heute zu den einflussreichsten Ansätzen in den Gesundheitswissenschaften zählt. Die Rolle von Sport und Bewegung wurde zwar nicht explizit in das Modell eingebunden, lässt sich jedoch problemlos integrieren. Mithilfe sportlicher Aktivierung kann es gelingen, Stressoren zu vermindern und Schutzfaktoren der Gesundheit aufzubauen. Dennoch unterliegt es zahlreicher Kritik, insbesondere aufgrund der bisher spärlichen empirischen Überprüfung, wie u. a. Becker (2006) in seinem Beitrag zusammenstellt. Außerdem wird die psychische Gesundheit weitgehend ausgeklammert und weder Aspekte einer Motivations- noch Emotionstheorie inkludiert. Als Weiterentwicklung ist das integrative Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) von Becker (1995) zu erwähnen, das auf einer systemtheoretischen Basis konzipiert wurde und neben physischen auch psychische Dimensionen der Gesundheit berücksichtigt. Zu den zentralen Modellkomponenten zählen die externen und internen Anforderungen, die externen und internen Ressourcen sowie die seelische Gesundheit. Auf eine weitergehende Darstellung der verschiedenen Modelle wird an dieser Stelle verzichtet. Für einen Überblick bieten bspw. sich die Darstellungen von Woll (1996b), Becker (2006) oder Naidoo und Willis (2010) an.

2.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention

Als Folge der Dualität um das Verständnis von Gesundheit und Krankheit geht das Begriffspaar Gesundheitsförderung und Prävention hervor. Die Ansicht, wie die beiden Ansätze einzuordnen bzw. abzugrenzen sind, geht in der Praxis, Politik und somit auch in der sportwissenschaftlichen Diskussion auseinander. Teilweise werden die Terminologien synonym verwendet, andere Autoren verstehen beide Begriffe als eigenständig oder nutzen die Gesundheitsförderung als Oberbegriff für die Prävention (Pahmeier & Tiemann, 2013, S. 659; Werle, Woll & Tittlbach, 2006, S. 30).

Im klassischen Ansatz ist die Prävention darauf ausgerichtet, eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands zu verhindern, weniger wahrscheinlich werden zu lassen oder aufzuhalten (Leppin, 2009, S. 31). Entsprechend folgt die Prävention der Annahme, dass das Auftreten bzw. das Gefüge bestimmter Risikofaktoren mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zum Ausbruch einer Krankheit führt. Vorrangiges Interesse ist es, jene Faktoren zu identifizieren, die nachweislich in einem statistischen Zusammenhang mit einer Erkrankung stehen, um daraufhin gezielte Interventionen zur Vermeidung bzw. Verringerung ebendieser Risikofaktoren zu entwickeln. Bewegungsinterventionen im Sinne der Prävention setzen entsprechend vor dem Beginn einer Krankheit an und zielen auf eine Reduktion von Risikofaktoren und Beschwerden ab. Die Prävention bezieht sich auf den biomedizinischen Ansatz und orientiert sich in ihrer theoretischen Fundierung am Risikofaktorenmodell (Brehm et al., 2013, S. 1385; Pahmeier & Tiemann, 2013, S. 660; Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 44–45).

Nach der Ottawa Charta der WHO (1986, S. 1) beabsichtigt die Gesundheitsförderung, „(...) allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Im Gegensatz zu präventiven Denkweisen rückt die Gesundheitsförderung gemäß des salutogenetischen Ansatzes nach Antonovsky (1979) die Herausbildung der individuellen Gesundheitsressourcen (Schutzfaktoren) und Handlungskompetenzen in den Fokus. Es geht allgemein um die Frage, welche Faktoren die Gesundheit des Einzelnen und des Kollektivs schützen. Die Kenntnis dieser Parameter dient als Grundlage für die Entwicklung etwaiger Interventionen, wobei im Gegensatz zur Prävention unspezifische Maßnahmen im Mittelpunkt stehen (Brehm et al., 2013, S. 1385; Pieck, Polenz & Sochert, 2016, S. 272).

Pahmeier und Tiemann (2013) betonen, dass unabhängig des krankheits- bzw. ressourcenorientierten Blickwinkels die Erzielung eines individuellen respektive kollektiven Gesundheitsgewinns im Zentrum des Interesses steht. Während sich dies in analogen Aufbaustrukturen und Maßnahmen widerspiegelt, unterscheiden sich die beiden Ansätze in ihren Wirkungsprinzipien, theoretischen Fundierungen, Strategien und Umsetzungsmethoden (Gräser, 2003, S. 18–19).

Folgt man dem von Woll (1996b) beschriebenen Kontinuum von Gesundheit und Krankheit, so ist Gesundheitsförderung darauf ausgerichtet, ein Individuum in seiner Position zu einer „hohen Gesundheit“ zu bewegen, während Prävention intendiert, eine Verschiebung in die „negative Richtung“ zu vermeiden. Ein derartiges Verständnis begreift Gesundheitsförderung als Oberbegriff und schließt alle präventiven sowie rehabilitativen Maßnahmen ein.

Laaser, Hurrelmann und Wolters (2003, S. 395) teilen diese Auffassung:

Gesundheitsförderung bezeichnet alle vorbeugenden Aktivitäten und Maßnahmen, die die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen der Menschen zu beeinflussen suchen. Dabei sind sowohl medizinische als auch hygienische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale, ökonomische und ökologische Ansätze angesprochen. Die Adressaten der Gesundheitsförderung sind nicht wie bei der Prävention Risikogruppen, sondern alle Gruppen der Bevölkerung, vor allem auch die Gesunden. Ziel ist die Bewahrung von Gesundheit, die Verbesserung und Steigerung von Gesundheitspotentialen. In diesem Sinne schließt Gesundheitsförderung den Begriff der Prävention ein.

Dieser Terminologie folgend tangiert Gesundheitsförderung alle Personengruppen und Lebensbereiche. Sie nimmt sowohl individuelle Lebensweisen als auch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (Lebenswelten bzw. Settings) in den Blick und verpflichtet sich dem Leitgedanken der WHO (1986), allen Bürgern der Bevölkerung gleiche Gesundheitschancen zu ermöglichen (Empowerment). Mit diesem Konzept werden die unterschiedlichen Perspektiven von Gesundheit und Krankheit zusammengeführt und die verfolgten Ziele auf drei Ebenen gebündelt (Tiemann & Brehm, 2006):

- (1) Auf der Ebene der Gesundheitswirkungen:
Stärkung der physischen sowie der psychosozialen Gesundheitsressourcen, verbunden mit einer Meidung und Minderung von Risikofaktoren sowie mit einer möglichst effektiven Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden.
- (2) Auf der Ebene des Gesundheitsverhaltens:
Befähigung des Einzelnen, selbst Kontrolle über die Gesundheit auszuüben und Förderung der Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil.
- (3) Auf der Ebene der gesunden Verhältnisse:
Optimierung der ökologischen und infrastrukturellen bzw. systemischen Voraussetzungen für Gesundheitsverhalten sowie für Gesundheit in unterschiedlichen Settings.

Prävention wiederum konzentriert sich auf bestimmte Risikogruppen und wird konzeptionell in die drei Bereiche Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilt. Die primäre Prävention steht der Gesundheitsförderung am nächsten, da beide Ansätze vor dem Auftreten einer Krankheit ansetzen. Entsprechende Maßnahmen weisen einen hohen Generalisierungsgrad und vergleichsweise geringe Kosten auf. Sekundäre und tertiäre präventive Maßnahmen greifen nach einem Krankheitsausbruch und haben infolgedessen eine Geringhaltung der Folgen im Sinn. Mit dem Fortschreiten des Krankheitsverlaufs sind zunehmend spezifischere Therapieformen notwendig, wodurch ein stetiger Anstieg etwaiger Kosten resultiert (vgl. Abbildung 2).

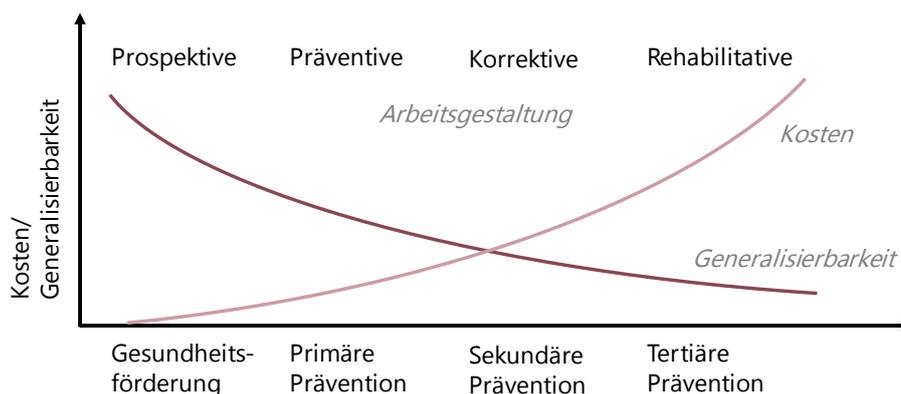


Abbildung 2: Kosten/Generalisierbarkeit der Maßnahmen in unterschiedlichen Präventionsstufen nach Richter (2002, S. 47)

Daraus resultiert nicht zuletzt aus wirtschaftlicher Sicht eine besondere Relevanz für Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Die bisher vornehmlich reaktive Haltung und Konzentration auf die Bereiche der Prävention bzw. Rehabilitation sind zu überdenken, proaktive gesundheitsförderliche Handlungsweisen sind zu forcieren (Mandalka, Khalil & Karim, 2018, S. 36).

Die vorliegende Arbeit folgt dieser Denkweise und nimmt insofern den Kontext der Gesundheitsförderung in den Blick. Innerhalb dieses Feldes kommt der Bewegungsförderung eine zentrale Bedeutung zu, welche sich u. a. vor dem Hintergrund der hohen Inaktivitätsrate der Bevölkerung begründet. Die Prämisse, dass körperlich-sportliche Aktivität nachweislich ein hohes Gesundheitspotential bereithält, dieses in Hinblick auf die aktuellen Prävalenzraten jedoch bei weitem nicht ausgeschöpft wird, bekräftigt diese Haltung.

Nachstehende Ausführungen beziehen sich auf den Bereich der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung. Die folgenden Unterkapitel ordnen zunächst die mit der Bewegungsförderung verbundenen, relevanten Begrifflichkeiten ein und geben im Anschluss einen thematischen Überblick.

2.1.3 Körperlich-sportliche Aktivität und das Konzept des Gesundheitssports

Im angloamerikanischen Sprachraum wird jegliche Bewegungsaktivität mit nennenswerter Energieproduktion als „physical activity“ bezeichnet, wobei lediglich körperinterne Bewegungen (z. B. Darmbewegungen) und spielerisch-sportliche Aktivitäten ohne nennenswerten Energieverbrauch (z. B. Schach) ausgegrenzt werden (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Im deutschen Verständnis existiert kein Begriff, der all diese Aktivitätsformen subsummiert. Sport, sportliche Aktivität, körperliche Aktivität, körperliches Training, Lebensstilaktivität und gesundheitssportliche bzw. gesundheitsfördernde Aktivität sind nur ein Teil der bis dato diskutierten Begriffe. In der sportwissenschaftlichen Auseinandersetzung hat sich das Verständnis durchgesetzt, körperliche Aktivität als Oberbegriff für alle weiteren Bewegungsformen anzusehen.

Demnach kann körperliche Aktivität in verschiedenen Kontexten stattfinden (z. B. Beruf, Haushalt, Freizeit oder zum Transport) und unterschiedliche Intensitäten (leichte, moderate oder intensive Intensität) beinhalten (Woll, Bös, Gerhardt & Schulze, 1998). Als Synonym der körperlichen Aktivität ist der Begriff der Bewegungsaktivität zu nennen.

Sportliche Aktivität wiederum ist der körperlichen Aktivität unterzuordnen und grenzt sich dadurch ab, dass „(...) ein aktiver, zielmotivierter, spezifisch organisierter Umgang mit dem Körper innerhalb eines sportlichen Rahmens“ (Woll, 1996b, S. 35) stattfindet. Nach Woll (1996b) sind die beiden Ausdrucksweisen „sportliche Aktivität“ und „Sport“ synonym zu gebrauchen. Indes ist zu beobachten, dass sich vermehrt die Bezeichnung „körperlich-sportliche“ Aktivität wiederfindet, womit Alltags- und Sportaktivitäten gleichermaßen gemeint sind (Abu-Omar & Rütten, 2012, S. 66; Wagner, Woll, Singer & Bös, 2006, S. 58–61).

Gesundheitssport hinwieder inkludiert solche Aktivitätsformen, die „hoch strukturiert auf gesundheitsförderliche Effekte bei Zielgruppen mit spezifischen Risiken (insbesondere auch Bewegungsmangel!), gesundheitlichen Problemen und Erkrankungen ausgerichtet sind“ (Tiemann & Brehm, 2006, S. 262). Damit wird eine klare Abgrenzung zu anderen Feldern des Sports vorgenommen, wie z. B. Wettkampf-, Fun-, Natur- und Fitnesssport. Das Konzept des Gesundheitssports greift die drei Perspektiven der Gesundheitsförderung auf (vgl. Kapitel 2.1.2) und bildet sie in sechs Kernzielen ab. Diese sind nach Brehm und Bös (2003):

- (1) Stärkung der physischen Ressourcen
- (2) Prävention von Risikofaktoren
- (3) Stärkung psychosozialer Ressourcen
- (4) Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden
- (5) Bindung an gesundheitssportliches Verhalten
- (6) Schaffung und Optimierung unterstützender Settings

Die Kernziele (1) bis (4) beziehen sich auf das beschriebene salutogenetische Gesundheitsverständnis, Kernziel (5) beinhaltet die Verhaltensdimension, Kernziel (6) umfasst die Verhältnisdimension. Das „Modell der Qualitäten von Gesundheitssport“ beschreibt die Abhängigkeiten dieser Kernziele. Es wird deutlich, dass die Stärkung psychosozialer Ressourcen (Kernziel 3) und die Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (Kernziel 6) wichtige Voraussetzungen für das Erreichen einer Bindung an sportliche Aktivität darstellen. Die Bindung ist wiederum notwendige Bedingung für die Stärkung der physischen Ressourcen (Kernziel 1). Die physischen Ressourcen stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Prävention von Risikofaktoren (Kernziel 2) und der Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden (Kernziel 4).

Neben den Kernzielen existieren konkrete Vorgaben, die bei der Konzeption von Gesundheitssportprogrammen zu berücksichtigen sind. Hierzu gehören bspw. die Bereitstellung qualifizierter Trainer und adäquater Räumlichkeiten sowie das Einhalten einer maximalen Kursgröße von 15 Personen. Außerdem sind ausgearbeitete Curricula vorzulegen und zur Sicherung

der Income- und Outcome-Evidenz bestimmte Kriterien einzuhalten (Brehm & Bös, 2006; Pahmeier & Tiemann, 2013; Tiemann & Brehm, 2006)⁷.

Neben der Bedeutung gesundheitssportlicher Aktivität zur Stärkung von Gesundheitsressourcen wird in der vorliegenden Arbeit der Abbau körperlicher Inaktivität respektive sedentärer Verhaltensweisen zur Prävention des Risikofaktors Bewegungsmangel als zentral erachtet. In den nachstehenden Abschnitten werden die hierfür relevanten Begriffsbestimmungen vorgenommen und sedentäres Verhalten als unabhängiger Risikofaktor für die Gesundheit beschrieben. Daraufhin wird unter Bezugnahme auf das HEPA-Konzept das gesundheitsförderliche Potential selbst kurzer, gering-intensiver Bewegungsblöcke dargelegt.

2.1.4 Sedentäres Verhalten, körperliche Inaktivität und das HEPA-Konzept

Unter dem Begriff der sitzenden bzw. sedentären Lebensweise wird nach Bucksch und Schlicht (2014, S. 15) eine Klasse von Verhaltensweisen verstanden, „bei denen eine wache Person liegt oder sitzt und sich nur geringfügig energetisch beansprucht“. Dazu werden Aktivitäten mit einem Energieumsatz von 1 bis 1.5 MET⁸ gezählt, wie bspw. Bildschirmarbeit, fernsehen, lesen oder Auto fahren. Zur weiteren Klassifizierung und Abgrenzung von körperlicher Aktivität bietet sich nach Rütten und Pfeifer (2016) die in Abbildung 3 visualisierte Strukturierung an:

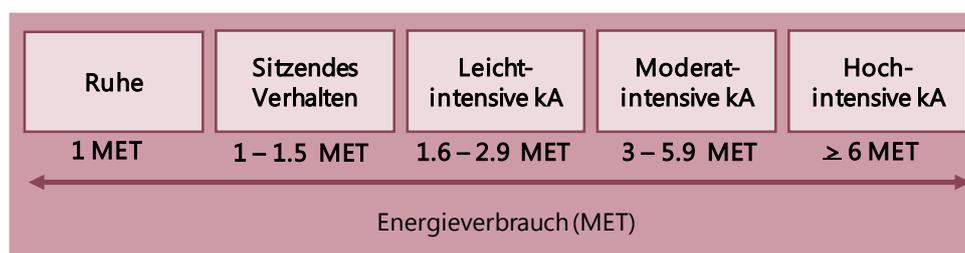


Abbildung 3: Energieverbrauch in der Einheit metabolische Äquivalente (MET) für verschiedene Intensitätsbereiche körperlicher Aktivität (kA) nach Rütten und Pfeifer (2016, S. 20)

Häufiges, langandauerndes Sitzen wird mit schädlichen Gesundheitsfolgen verbunden. Metaanalytische Befunde und systematische Reviews zeigen konsistent, dass ein solches Verhalten das Risiko eines vorzeitigen Versterbens statistisch bedeutsam erhöht (Proper, Singh, van Mechelen & Chinapaw, 2011; Rezende, Rodrigues Lopes, Rey-López, Matsudo & Luiz, 2014; Thorp, Owen, Neuhaus & Dunstan, 2011; Tremblay, Colley, Saunders, Healy & Owen, 2010).

⁷ Für einen umfassenden Überblick bietet sich z. B. die Darstellung von Tiemann und Brehm (2006) an.

⁸ Der energetische Aufwand einer Bewegung wird in der Public-Health-Forschung über das gebräuchliche Maß des metabolischen Äquivalents (MET) strukturiert. 1 MET wird mit einem energetischen Aufwand von ca. 1.0 kcal oder 3.5 ml Sauerstoff pro kg Körpergewicht pro Minute kalkuliert (Bucksch & Schlicht, 2014).

So geht aus einer Studie von Katzmarzyk und Lee (2012) hervor, dass die Lebenserwartung der Menschen in den USA um zwei Jahre stiege, wenn sich die Sitzzeit auf täglich unter drei Stunden reduzieren würde. Dieser Effekt zeigt sich unabhängig der sonstigen körperlichen Aktivität. Dennoch können kausale Aussagen über die gesundheitsriskanten Effekte einer sitzenden Lebensweise bis dato nicht eindeutig getroffen werden (Biddle & Stuart, 2011; Bucksch & Schlicht, 2014, S. 15–20).

Lange Zeit wurde der Begriff der Inaktivität pauschal zur Beschreibung von Personen eingesetzt, die sich nur geringfügig bewegen und entsprechend die empfohlenen Aktivitätsrichtlinien (vgl. Kapitel 2.1.5) nicht erfüllen. Bereits Bouchard, Blair und Haskell (2007, S. 58) wiesen jedoch darauf hin, dass sedentäre Verhaltensweisen und körperliche Inaktivität differenziert zu betrachten sind. „Large amounts of sedentary time can coexist with sufficient moderate to vigorous physical activity that meets current public health guidelines“. Auch in neueren Veröffentlichungen (z. B. Dunstan et al., 2012; Rutten, Savelberg, Biddle & Kremers, 2013) wird dazu aufgefordert, sedentäres Verhalten auf der einen und ausreichende Bewegung auf der anderen Seite als jeweils eigenständige Risikofaktoren anzuerkennen.

There is increasing evidence that sedentary behaviour is in itself a health risk, regardless of the daily amount of moderate to vigorous physical activity. Therefore, sedentary behaviour should be targeted as important health behaviour. It is known that even relatively small changes of health behaviour often require serious efforts from an individual and from people in their environment to become part of their lifestyle. Therefore, interventions to promote healthy behaviours should ideally be simple, easy to perform and easily available. Since sitting is likely to be highly habitual, confrontation with an intervention should almost automatically elicit a reaction of getting up, and thus break up and reduce sitting time. (Rutten et al., 2013, S. 10)

So ist es möglich, dass eine Person zwar ein hohes Maß an körperlicher Aktivität aufweist, aber dennoch einen Großteil der täglichen Zeit sitzend verbringt. Die beiden Verhaltensweisen können demzufolge koexistieren und ein Verhalten ersetzt nicht notwendigerweise das andere (Tremblay et al., 2010, S. 725–726).

Als wichtige Erkenntnis der Forschung zu sedentären Gewohnheiten ist zu äußern, dass bereits kleine Steigerungen des alltäglichen Bewegungsausmaßes ersichtliche Erfolge mit sich bringen können und ein hohes gesundheitsförderliches Potential aufweisen (Bouchard et al., 2007). Der große Vorteil besteht darin, dass ebensolche Aktivitätsformen leicht zugänglich sind und sich auch für nicht sportaffine Bevölkerungsgruppen eignen, während die einseitige Konzentration auf Sportprogramme mit Selektionseffekten verbunden zu sein scheint (Banzer & Füzéki, 2012). Darauf bezugnehmend kritisiert u. a. Weed (2016) die begrenzte Reichweite gesundheitssportlicher Interventionen.

Von hoher Bedeutung ist es, die Bewegungsformen in die tägliche Routine zu integrieren. Entsprechende Interventionen sollten deshalb einfach aufgebaut und gut umsetzbar sein, um einen hohen Erfolg zu erzielen (Banzer & Füzéki, 2012, S. 38). Der größte Gesundheitsgewinn entsteht dabei für diejenigen, die aus einer Bewegungsarmut heraus den Umfang ihrer körperlichen Aktivität steigern (Woodcock, Franco, Orsini & Roberts, 2011).

Vor diesem Hintergrund nimmt das HEPA-Konzept der gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivität eine besondere Stellung im Rahmen der Public-Health-Forschung ein. Der HEPA-Ansatz subsummiert jegliche Bewegungsformen, die einen gesundheitlichen Mehrwert versprechen und demnach zielbezogen ausgeführt werden. Im Gegensatz zur gesundheitssportlichen Aktivität fallen in diese Kategorie auch Alltagsaktivitäten, bspw. im Kontext der Berufs- und Hausarbeit oder solche zum Zweck des Transports. Dabei wird das Wirkungspotential der einzelnen Bereiche als jeweils gleichwertig angesehen und unter dem Aspekt des Gesamtenergieverbrauchs quantifiziert. Durch diese lebensweltliche Ausrichtung von Bewegung wird dem ganzheitlichen Anspruch der Gesundheitsförderung nachgegangen und der Einbau von mehr Bewegung in den Alltag berücksichtigt. Die hohe Relevanz des Ansatzes ergibt sich angesichts der Tatsache, dass Bewegungsmangel insbesondere durch den Rückgang von Alltagsbewegung verursacht wird. Im Gegensatz zu den in differenzierter Form ausgearbeiteten Qualitätsstandards des Gesundheitssports ist das HEPA-Konzept jedoch noch zu spezifizieren.

Außerdem bezieht sich der Ansatz vornehmlich auf den kumulierten Energieverbrauch und lässt andere Dimensionen der Gesundheitsförderung außen vor (Abu-Omar & Rütten, 2012, S. 66; Brehm & Rütten, 2004, S. 90–91).

Auch wenn der Forschungsstand noch nicht abschließend zu beurteilen ist, betonen die Studienergebnisse die Relevanz der Reduzierung von sitzenden Verhaltensweisen und weisen darauf hin, dass die Ausübung alltäglicher Aktivitäten eine präventive Wirkung auf viele chronisch-degenerative Krankheiten haben kann. Die Förderung einfacher Bewegungsformen, bspw. Stehen am Arbeitsplatz, wird explizit empfohlen und sollte zukünftig noch stärker als bisher Eingang in entsprechenden Gesundheitsinitiativen finden (Abu-Omar, Gelius & Rutten, 2012; Bucksch & Wallmann-Sperlich, 2016).

Für die Gestaltung zielgerichteter Interventionen stellt sich die Frage nach dem Mindestausmaß an Bewegung zur Erreichung gesundheitsförderlicher Effekte. Hierfür wurde in Deutschland mit der Veröffentlichung der nationalen Bewegungsempfehlungen (Rütten & Pfeifer, 2016) eine grundlegende Basis geschaffen, indem sowohl die Integration kurzer Bewegungsblöcke in die tägliche Routine als auch die regelmäßige Unterbrechung von Sitzzeiten als wesentliche Elemente aufgenommen wurden. Nachstehende Ausführungen behandeln diese Thematik und stellen die aktuellen Bewegungsempfehlungen vor.

2.1.5 Nationale Bewegungsempfehlungen

Das American College for Sports Medicine gibt seit den 1970er Jahren regelmäßig Bewegungsempfehlungen für körperliche Aktivität heraus. Während diese zu Beginn vornehmlich auf den Bereich des Sports fokussiert waren, findet das HEPA-Konzept seit den 1990er Jahren ebenfalls Berücksichtigung. Im Jahr 2007 wurden außerdem spezifizierte Angaben für bestimmte Personengruppen vorgenommen, bspw. für ältere Menschen oder Kinder- und Jugendliche. Seit 2010 publiziert die WHO eigene Positionen für körperliche Aktivität, welche auf Erkenntnisse umfangreicher Analysen zum Zusammenhang zwischen Sport und Bewegung gründen und ebenfalls verschiedene Zielgruppen berücksichtigen (Abu-Omar & Rütten, 2012; Abu-Omar et al., 2012; Lengfelder, 2001; Titze & Oja, 2012).

Inzwischen liegen auf der Grundlage dieser Herausgabe eine ganze Reihe nationaler Empfehlungen vor, z. B. für Australien (2013) und Kanada (2013). In Deutschland wurden 2016 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit „Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ publiziert (Rütten & Pfeifer). Diese beinhalten international erstmals eine systematische Verknüpfung von Bewegung und Bewegungsförderung.

Die nachfolgend dargestellten Bewegungsempfehlungen sind als einen ersten Schritt der Bemühungen um ein gesteigertes Aktivitätsverhalten zu verstehen. Ihr Erfolg besteht darin, relevante Kenntnisse über den Zusammenhang von Bewegung und Gesundheit sowie entsprechende Vorgaben für die Gestaltung von Bewegungsaktivitäten für unterschiedliche Zielgruppen zu präsentieren. Mit Blick auf die Tatsache, dass fortlaufend neue Erkenntnisse erlangt werden, ist die Gültigkeit der Angaben kontinuierlich zu überprüfen (Rütten & Pfeifer, 2016).

Gemäß den aktuellen Richtlinien wird Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren zum Erhalt der Gesundheit empfohlen, wöchentlich zumindest 150 Minuten moderat-intensive, 75 Minuten höher-intensive Aktivität oder eine entsprechende Kombination beider Formen auszuüben. Dabei wird eine Mindestaktivitätsdauer von jeweils zehnminütigen Blöcken vorgesehen. Im Übrigen sollten Übungen mit dem Ziel der Kräftigung an mindestens zwei Tagen integriert und längere Sitzphasen vermieden bzw. regelmäßig unterbrochen werden. An dieser Stelle sei betont, dass es sich bei den Angaben um Mindestempfehlungen handelt und für eine präventive Wirkung, z. B. gegen Übergewicht, Diabetes Typ II oder Krebs, ein höheres Aktivitätsniveau erforderlich ist (Rütten & Pfeifer, 2016).

Obwohl die Vorgaben sich lediglich auf das anzustrebende Minimum beziehen, gelingt es nur 21 % der Frauen und 25 % der Männer, diese im Alltag einzuhalten. Neben dem Ziel, diejenigen Bevölkerungsgruppen genauer zu bestimmen, welche unzureichend körperlich aktiv sind, sollten zukünftige Studien deshalb der Frage nachgehen, wie bewegungsarme Menschen im Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils wirkungsvoll unterstützt werden können (Rütten, 2017). Dieses Anliegen wird durch die Tatsache verstärkt, dass die Prävalenzen in den letzten Jahren auf einem konstant niedrigen Niveau geblieben sind und inaktive Personengruppen

bisher nicht zufriedenstellend für ein Mehr an körperlicher Aktivität motiviert werden konnten (Ling, Robbins, Wen & Peng, 2015; Reicherz & Schlicht, 2012).

Die nationalen Empfehlungen zur Bewegungsförderung setzen an diesem Punkt an und richten den Blick auf Maßnahmen, die eine gezielte Verbesserung des Aktivitätsverhalten beabsichtigen. Sie zeigen unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstands konkrete Ansatzpunkte nach Zielgruppen, Interventionstypen und Lebenswelten auf.

Das bevorstehende Kapitel 2.2 stellt mit dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung zunächst die Bedeutung der Lebenswelten heraus, bevor in späteren Abschnitten eine Auseinandersetzung mit der gewählten Zielgruppe und geeigneten Interventionstypen erfolgt.

2.2 Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung

Der Setting-Ansatz besagt, dass unsere komplexen Lebensgewohnheiten und Handlungsweisen einen entscheidenden Einfluss auf unsere Gesundheit ausüben. Unter dem Begriff Setting wird nach den Leitlinien der WHO (1998, S. 19) „the place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing“, verstanden. Schlicht und Zinsmeister (2015, S. 110) definieren den Begriff als „(...) eine soziale Anordnung oder ein soziales System (...), in dem typische Werte, Normen, Regeln und Werthaltungen gelten, die von den Akteuren ein dazu passendes Verhalten erwarten, ohne dass dieses Verhalten explizit eingefordert wird. Die Akteure ´wissen´, wie sie sich zu verhalten haben, um nicht im Widerspruch zu Kultur und Erwartungen des Settings zu handeln.“ Es handelt sich demnach um ein Ort oder sozialen Kontext, indem sich Menschen täglich bewegen, leben, wohnen und arbeiten (Engelmann & Halkow, 2008, S. 26; Kuhn, 2017, S. 40).

Als relevante Bezugspunkte sind das häusliche Umfeld, die betriebliche Arbeitswelt, gesundheitliche Versorgungseinrichtungen (z. B. Arztpraxen, Kliniken) sowie Freizeiträume (z. B. Sportvereine) zu nennen. Darüber hinaus spielt die kommunale Lebenswelt mit ihren infrastrukturellen Bewegungsmöglichkeiten eine bedeutsame Rolle (Rütten & Pfeifer, 2016).

Der Setting-Ansatz ist seit Mitte der 1980er Jahre als Kernstrategie der Gesundheitsförderung bekannt. Nach ersten Initiativen im Rahmen des Gesunde-Städte-Programms erfolgten verstärkt Maßnahmen, das Konzept anhand gesunder Schulen und gesunder Betriebe umzusetzen. Während entsprechende Programme zu Beginn vor allem die Mikroebene des Individuums in den Blick nahmen und sich auf die Bekämpfung einzelner Risikofaktoren (z. B. Bluthochdruck) bezogen, verlagert sich die Betrachtungsweise heute zunehmend auf die Mesoebene. Damit rücken sozial-räumliche und sozial-ökologische Aspekte der Lebensbedingungen verstärkt in den Fokus (Laaser & Hurrelmann, 2003).

Die Intention liegt darin, nicht nur den jeweiligen Personenkreisen und ihren Verhaltensweisen Beachtung zu schenken, sondern die einwirkenden sozialen Gegebenheiten und Lebenskontexte ebenso zu berücksichtigen und strukturell zu verankern. In diesem Kontext bilden systematische Veränderungen der Lebens-, Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsbedingungen wesentliche Ansatzpunkte (Möllenbeck, 2011, S. 97–99; Woll, 2007, S. 217). Als theoretische Grundlage für die Gestaltung solcher Interventionen dienen zumeist sozial-ökologische Modelle (Troost, Owen, Bauman, Sallis & Brown, 2002)⁹. Diese Ansätze bauen auf der Erkenntnis auf, dass umweltbezogene Faktoren ebenso zentrale Voraussetzungen für das eigene Bewegungsverhalten darstellen, wie individuelle Kompetenzen (vgl. auch Kapitel 5.2).

Dem Setting-Ansatz¹⁰ wird auch per Gesetz zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt und der Blick auf Lebenswelten, d. h. auf Schulen, Kindertagesstätten und Betriebe gerichtet. Mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes (PrävG, 2015) und der „Nationalen Präventionsstrategie“ gelang es, den Themen Prävention und Gesundheitsförderung eine eigenständige rechtliche Grundlage zu geben und ebendiese für die gesetzlichen Krankenkassen zu verpflichten (Kuhn, 2017, S. 44–45; Wilmann, 2018). Der Gesetzgeber sieht pauschal 7 € pro gesetzlich Krankenversichertem für die Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in nichtbetrieblichen und betrieblichen Lebenswelten¹¹ vor, wodurch das zur Verfügung stehende Finanzvolumen bei gleichzeitiger Förderung des Lebensweltansatzes verdoppelt wurde (Hartmann, Baumgarten & Dadaczynski, 2016, S. 203).

Die WHO benennt den Arbeitsplatz als Schlüsselsetting der Gesundheitsförderung, da es in kaum einem anderen Bereich möglich ist, eine so hohe Anzahl an Menschen täglich über einen derartig langen Zeitraum zu erreichen, wie im Betrieb. Die deutschen Erwerbstätigen verbringen durchschnittlich 60 % des Tages bei der Arbeit. Die Gestaltung des beruflichen Umfelds beeinflusst daher die Lebensqualität und Gesundheit eines jeden Arbeitnehmers elementar (Chau et al., 2014; Stoffel et al., 2012, S. 2). Die steigende Bedeutung des betrieblichen Settings ist darüber hinaus anhand gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen, einer gesteigerten Lebensarbeitszeit und der Veränderung der Arbeitswelt mit erhöhten psychischen und reduzierten physischen Anforderungen zu begründen (Huber & Weiß, 2015, S. 6; Rongen et al., 2014).

⁹ Konzeptionell wird von einigen Autoren zwischen „Gesundheitsförderung im Setting“ und „gesundheitsfördernden Settings“ differenziert. Die Gesundheitsförderung im Setting, bspw. im Kindergarten oder an der Schule, hat eine lange Tradition. Gesundheitsfördernde Settings stellen demgegenüber ein relativ neues Konzept dar und berücksichtigen wie oben genannt den Lebenskontext und die sozialen Bedingungen (Engelmann & Halkow, 2008).

¹⁰ Im Gesetz wird anstelle des Settingbegriffs von Lebenswelten gesprochen.

¹¹ Leistungsrechtlich wird zwischen nicht-betrieblichen und betrieblichen Lebenswelten differenziert. In den meisten Lebenswelten (z. B. Schule, Kindertagesstätte, Hochschule) finden sich Beschäftigte, sodass die vorgenommene Trennung von Seiten des Gesetzgebers als künstlich wahrgenommen wird (Hartmann, Baumgarten & Dadaczynski, 2016, S. 204). Der Begriff „Hochschule“ taucht im Präventionsgesetz nicht als konkrete Nennung auf, ist jedoch durch die Aufzählung des sozialen Systems „des Studierens“ im Gesetzestext verankert.

Innerhalb des betrieblichen Kontextes weist das Setting Hochschule als eine Einrichtung des öffentlichen Dienstes mit 600.000 Beschäftigten in Deutschland ein herausragendes Potential für eine gesundheitsförderliche Gesamtausrichtung auf. Die Relevanz ergibt sich unterdessen vor dem Hintergrund, dass Hochschulen ein bisher vernachlässigtes Feld der Gesundheitsförderung darstellen.

2.3 Zusammenfassung und Implikationen

Ausgangspunkt von Kapitel 2 bildete die Erkenntnis, dass der Gesundheitsbegriff zahlreichen Einflussfaktoren unterliegt und bis dato kein einheitliches Verständnis vorhanden ist. Als ersten Versuch, die verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven zu vereinen, ist die Gesundheitsdefinition der WHO (1946) zu nennen. Für die eigene Forschungsarbeit dient das dynamische, integrative Gesundheitsverständnis von Woll (1996b) als Grundlage. Mit diesem Ansatz ist die Annahme eines Gesundheit-Krankheit-Kontinuums verbunden, auf dem sich eine Person hinsichtlich ihres gesundheitlichen Befindens einordnen lässt. Die Intention der eigenen Intervention besteht darin, Personen im Sinne der Gesundheitsförderung zur „Entfaltung ihres größtmöglichen Gesundheitspotentials zu befähigen“ (WHO, 1986, S. 1) und sie mit Blick auf die Kontinuumsvorstellung möglichst weit in Richtung des Gesundheitspols zu bewegen. Entsprechend wird der Schwerpunkt auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen gelegt und proaktive Handlungsweisen forciert. Ziel ist es, vor dem Ausbruch einer Krankheit zu intervenieren und möglichst alle Personengruppen anzusprechen.

Angesichts der Erkenntnis, dass eine Vielzahl der existierenden Herz-Kreislauf-Krankheiten und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems auf den Mangel an körperlicher Aktivität zurückzuführen ist, wird in der Bewegungsförderung ein besonderes Potential gesehen (Rütten & Pfeifer, 2016). In diesem Zusammenhang kommen dem Modell des Gesundheitssports (Brehm & Bös, 2003) und dem HEPA-Konzept eine hohe Bedeutsamkeit zu. Beide Ansätze bieten wertvolle Orientierungshilfen für die Entwicklung der eigenen Intervention. Das Gesundheitssportkonzept zeichnet sich durch ausgearbeitete Qualitätsstandards und vorgegebene Kriterien zur Durchführung gesundheitssportlicher Angebote aus. Diese bilden eine gute Basis für die Konzeption des eigenen Programms und finden in Kapitel 6.5 Anwendung. Der Vorzug des HEPA-Konzepts ist darin zu sehen, dass mit Bezug zu den aktuellen nationalen Bewegungsempfehlungen auch alltägliche Aktivitätsformen befürwortet werden. Die Begründung liegt darin, dass kurze Bewegungsblöcke einfach in den Alltag integrierbar sind und einen belastungsnahen Ausgleich zur körperlichen Inaktivität respektive sedentären Verhaltensweisen ermöglichen. Angesichts dessen, dass dem Großteil der deutschen Bevölkerung die Notwendigkeit einer ausreichenden Bewegung bewusst ist, aber dennoch nur ein Viertel die Mindestbewegungsempfehlungen erfüllt, sind einfache und gut umsetzbare Alternativen zu fokussieren.

Unter Berücksichtigung der drei Ebenen der Gesundheitsförderung (Gesundheitswirkungen, -verhalten und -verhältnisse) werden vorliegend neben der Herausbildung individueller Gesundheitskompetenzen auch die spezifischen Besonderheiten des Settings berücksichtigt. Für den weiteren Verlauf der Arbeit wird das betriebliche Setting als Ansatzpunkt gewählt, wobei im Speziellen dem Hochschulkontext Beachtung geschenkt wird. Kapitel 3 beschäftigt sich mit dem Themenbereich der bewegungsbezogenen Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) unter besonderer Berücksichtigung des Hochschulkontextes.

Mit Bezug auf Kapitel 2 werden folgende Implikationen für die eigene Arbeit abgeleitet:

Implikationen aus Kapitel 2:

- Konzentration auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen (Gesundheitswirkung)
- Herausbildung individueller Gesundheitskompetenzen (Gesundheitsverhalten) und Berücksichtigung Setting-spezifischer Besonderheiten (Gesundheitsverhältnisse)
- Förderung eines belastungsnahen Ausgleichs der körperlichen Inaktivität durch alltägliche, niedrig-intensive Bewegungsformen und kurze Bewegungsblöcke
- Fokussierung auf das Setting Arbeitsplatz, insbesondere Hochschulkontext

3 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) mit Hochschulbeschäftigten

Die nachstehenden Ausführungen (Kapitel 3.1) thematisieren die Grundlagen der bewegungsbezogenen BGF, wobei eine begriffliche Abgrenzung zum BGM erfolgt. Im Weiteren werden die zentralen Ansätze vorgestellt und eine Strukturierung bewegungsbezogener Maßnahmen vorgenommen. Der erste Block schließt mit einer Analyse zur Wirksamkeit der bewegungsbezogenen BGF. In Kapitel 3.2 erfolgt eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Spezifika des Settings Hochschule. Hierbei werden die Rahmenbedingungen und Entwicklungen der Gesundheitsförderung an Hochschulen dargestellt, bevor die hochschulspezifischen Strukturen und Prozesse Eingang finden. Auf Basis einer Analyse der Bedürfnisse von Beschäftigten werden Implikationen für die Gestaltung von bewegungsbezogenen Maßnahmen in der Institution Hochschule abgeleitet.

3.1 Theoretische Grundlagen der BGF

Die Thematik einer ausreichenden Bewegung am Arbeitsplatz beschäftigt die Forschung und Praxis bereits seit geraumer Zeit. Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass sich der überwiegende Anteil der europäischen berufstätigen Personen im Alltag und ebenso am Arbeitsplatz nicht ausreichend bewegt (Europäische Kommission, 2006). Peters und Köppel (2016) sehen den Arbeitsgeber bzw. die Führungsebene deshalb in der Pflicht, eine körperliche Aktivierung am Arbeitsplatz explizit zu fördern. Zwischen dem Anspruch und einer zielorientierten, nachhaltigen Implementation besteht jedoch eine Diskrepanz. So ist vielen Unternehmen der Nutzen von BGF nach wie vor nicht bewusst und entsprechende Bemühungen werden vorwiegend mit Kosten assoziiert (Beier, Eckert & Wagner, 2010). Dies deckt sich mit der Beobachtung, dass eine noch immer bemerkenswert geringe Nutzung gesundheitsfördernder Programme im Setting Betrieb zu konstatieren ist: Laut Huber und Weiß (2015) wurden im Jahr 2012 deutschlandweit lediglich 0.3 % der Betriebe und 2.1 % der Mitarbeiter mit Maßnahmen der BGF erreicht. Es zeigt sich, dass die geäußerten Forderungen unzureichend umgesetzt werden und ein hoher Handlungsbedarf besteht.

3.1.1 Thematische Einordnungen und Begriffsabgrenzungen

Die BGF und das BGM haben vielfältige Ursprünge, wobei vor allem die Aktivitäten der WHO zur Weiterentwicklung der medizinischen Prävention zu nennen sind. Am Ende dieser Anstrengungen stand 1986 die Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, mit der sich ein neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit verbreitete (vgl. Kapitel 2.1.2). Eine weitere Wurzel liegt in den Bemühungen des betrieblichen Arbeitsschutzes, welcher ein umfassendes Konzept zum gesundheitlichen Schutz der Beschäftigten bereitstellt.

Alle Maßnahmen, die arbeitsbedingte Unfälle bzw. Gesundheitsgefahren verhindern und der menschengerechten Gestaltung der Arbeit dienen, sind Teil dessen. Seit dem Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) 1996 sind alle Arbeitgeber gesetzlich dazu verpflichtet, die Sicherheit der Beschäftigten zu gewährleisten und Optimierungsansätze abzubilden (§1, ArbSchG). Folglich sind „Arbeitsbedingungen zu beurteilen, Maßnahmen festzulegen, umzusetzen und auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen“ (§§ 3, 5, 6 ArbSchG). Die Analyse der Arbeitsbedingungen erfolgt über Gefährdungsbeurteilungen und hat das Ziel, Gefahren und Belastungen aus biologischen, chemischen und physikalischen Einwirkungen zu ermitteln. Seit 2013 sind hierbei auch psychische Belastungen explizit einzubeziehen. Auf dieser Grundlage werden entsprechende Optimierungsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Als Beispiele sind die Zurverfügungstellung persönlicher Schutzausrüstungen und Arbeitsmittel oder ebenso die Einrichtung und Ausstattung von Arbeitsstätten zu nennen (Pfanstiel & Mehlich, 2016, S. 6; Pieck et al., 2016, S. 272).

BGF bleibt bisher, ähnlich wie der Arbeitsschutz, auf einzelne Maßnahmen der Verhaltensänderung (z. B. Ernährung, Bewegung, Genussmittelkonsum, Stressbewältigung) oder auf zeitlich befristete Interventionen (z. B. Gesundheitszirkel) beschränkt und beinhaltet gemäß der Luxemburger Deklaration (2007) „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“. Sie zielt darauf ab „(...) Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern“. Als wichtiges Merkmal ist die Veränderung des Blickwinkels von der Pathogenese zur Salutogenese zu äußern, weshalb sich die BGF verstärkt auf die Stärkung der Ressourcen und die menschengerechte Gestaltung der Arbeit bezieht (Faller, 2017c).

Die BGF wird im Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband, 2014) traditionell in vier Handlungsfelder untergliedert:

- (1) Bewegungsgewohnheiten
- (2) Ernährung
- (3) Stressmanagement
- (4) Suchtmittelkonsum

Es sei daraufhin hingewiesen, dass die BGF über diese Bereiche hinaus einen weiten Blickwinkel in Betracht nimmt. Die Bestrebungen liegen darin, auf Grundlage technischer, organisatorischer sowie auch psychosozialer und partizipativer Maßnahmen eine gesunde und gesundheitsfördernde Arbeit bereitzustellen (Faller, 2017c, S. 26). Im Sinne der Gesundheitsförderung sind alle Beschäftigtengruppen angesprochen, auch Menschen mit chronischen Erkrankungen oder einer Behinderung. Ein gesundheitsgerechtes Verhalten wird auch über die betriebliche Beschäftigung hinaus verfolgt (Bamberg, Ducki & Greiner, 2004, S. 17–18; Dömling, Heinze & Dauermann, 2016, S. 2).

Im Sozialgesetzbuch V §20a ist die BGF in Ergänzung zum Arbeitsschutz als eine verpflichtende Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen. Demnach sind die Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsförderung in Betrieben verpflichtet. Ihre Aufgabe besteht darin, die gesundheitliche Situation der Beschäftigten sowie vorhandene Risiken bzw. Potentiale zu ermitteln. Zentrale Aufforderung ist es, Empfehlungen auszusprechen und bei der Realisierung entsprechender Maßnahmen zu unterstützen. Ansatzpunkte bestehen u. a. in der Durchführung von Analysen, Risikobewertungen und Befragungen von Beschäftigten sowie in der Qualifizierung von Führungskräften respektive Multiplikatoren. Zur konkreten Umsetzung stehen die Krankenkassen in der Pflicht, entsprechende Koordinierungsstellen einzurichten. Durch die Neuregelungen zur Finanzierung gesundheitsfördernder Maßnahmen stehen zudem geldmäßige Mittel zur Verfügung (Pieck et al., 2016, S. 272–273, 279; Sayed & Kubalski, 2016, S. 12–17).

Wenngleich eine trennscharfe Abgrenzung von BGF und BGM nur schwer möglich ist, erfolgt die Differenzierung meist über die Betonung des Managementbezugs von BGM. Nach Badura, Ritter und Scherf (1999, S. 17) forciert BGM „(...) die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, welche die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen“. BGM ist demnach Bestandteil des unternehmerischen Managements und zielt auf eine dauerhafte Gemeinschaftsaufgabe aller Führungskräfte ab, wobei sowohl Experten als auch Mitarbeiter konzeptionell einbezogen werden (Badura et al., 1999, S. 15–18). Im Fokus steht die Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel durch die Inanspruchnahme von Managementstrategien. Die Einführung des Managementbegriffs im Rahmen der Gesundheitsförderung führte zu einer Auseinandersetzung mit betriebswirtschaftlichen Führungsstrategien, sodass folgende Qualitätsanforderungen mittlerweile als konstitutive Standards für BGM gelten (Faller, 2017a):

- (1) Notwendigkeit der Verankerung des Gesundheitsgedankens als Leitvorstellung bei den obersten Entscheidungsträgern sowie auf allen nachgeordneten Führungsebenen
- (2) Ausrichtung des eigenen Führungshandeln an den Prämissen eines gesundheitsgerechten Vorbildideals
- (3) Bedarfs- und Zielorientierung in Interventionskonzepten gemäß der Logik des Managementzyklus
- (4) Integration von Gesundheitszielen in die allgemeinen Betriebsabläufe und -entscheidungen
- (5) Anschlussfähigkeit an thematisch benachbarte betriebliche Aufgabenbereiche

In dem vom GKV-Spitzenverband (2014) veröffentlichten Leitfadens Prävention werden dem BGM strukturell die Felder BGF, Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) zugeordnet (vgl. Abbildung 4). Mithilfe des BEM wird Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres sechs Wochen oder länger arbeitsunfähig waren, gesetzlich Hilfe und Unterstützung zugesprochen. Ziel ist es, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, einen erneuten Ausfall vorzubeugen und die berufliche Position zu erhalten (Faller, 2017c).

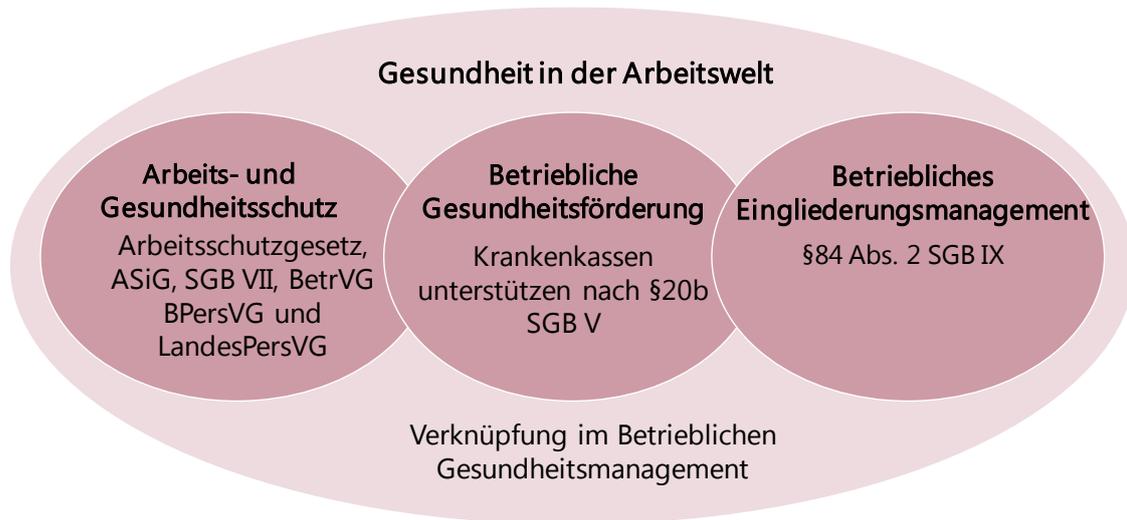


Abbildung 4: Verbindung von Arbeits- und Gesundheitsschutz, BGF und BEM nach dem GKV-Spitzenverband (2014, S. 79)

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf der Konzeption, Implementation und Evaluation der *Aktivpause-Plus* als eine Maßnahme der BGF. Infolgedessen wird BGF in den weitergehenden Betrachtungen fokussiert.

3.1.2 Strategien und Ansätze der BGF

In Anlehnung an die Idee der Salutogenese nach Antonovsky (1979) und das Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker, Bös und Woll (1994) beabsichtigt BGF, den Ansatz der Risikoreduktion mit dem Ausbau von Schutzfaktoren bzw. Ressourcen zu verbinden. Ebenso, wie zur Erklärung von Gesundheit eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze diskutiert wird, existiert auch für die BGF eine Fülle an Modellen und Theorien. Diese beziehen sich im Grundsatz meist auf stresstheoretische Ansätze, die neben hervorgerufenen Stressoren auch individuelle Bewältigungsmuster zur Erklärung von Gesundheit am Arbeitsplatz berücksichtigen. Als zwei fundierte und empirisch gut belegte Modelle sind das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek & Theorell, 1990) und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Sigrist, 1996) zu nennen. Für einen umfassenden Überblick und eine Gegenüberstellung der Modelle wird auf die Darstellungen von Faller (2017b) verwiesen.

Zu den zentralen Erfolgskriterien von BGF zählen die Komponenten Empowerment, Partizipation, Integration und Ganzheitlichkeit. Die von der Ottawa-Charta der WHO (1986) formulierten zentralen Handlungsansätze der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 2.1) finden sich demnach in der BGF wider.

Mit Empowerment wird die Absicht verfolgt, Personen zu selbstbestimmtem Handeln zu veranlassen und ihnen zur Kontrolle über die eigene Gesundheit zu verhelfen. Der Ansatz geht auf Rappaport (1984) zurück und beinhaltet alle Strategien, mithilfe derer Menschen und Organisationen dazu befähigt werden, ihre Bedürfnisse autonom, d. h. selbstständig mittels Einsatz ihrer Ressourcen, zu befriedigen. Der Begriff bezieht sich sowohl auf den Prozess als auch auf den Zustand der Selbstverantwortung bzw. Selbstbestimmtheit. Vor diesem Hintergrund besteht das Ziel darin, die Beschäftigten in gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu bestärken und sie darin zu unterstützen „(...) ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen“ (WHO, 1986). Hierfür bildet nach Peters, Sudeck und Pfeifer (2013) die individuelle Gesundheitskompetenz eine maßgebliche Voraussetzung. Diese besteht im Kontext körperlich-sportlicher Aktivität aus der Bewegungs- und Steuerungskompetenz sowie der bewegungs-spezifischen Selbstregulationskompetenz. Dabei bringen Personen, die über eine hohe Bewegungskompetenz verfügen, gute motorische Grundlagen für die Ausführung körperlicher Aktivität mit. Für die Erfüllung eines gesundheitsorientierten Verhaltens ist jedoch auch die Steuerungskompetenz bedeutsam, welche beinhaltet, dass eine Person in der Lage ist, ihr Bewegungsverhalten selbst zu gestalten. Dementsprechend ist die Kombination von Wissen, Können und Wollen eine essentielle Bedingung dafür, dass gesundheitsförderliches Verhalten gezeigt wird. Die Befähigung zu eigenständigem Handeln und Selbstbestimmung ist als komplexe Aufgabe zu verstehen und nicht über eindimensionale Maßnahmen zu erlangen. Nach Pfeifer, Sudeck, Geidl und Tallner (2013) sollten Maßnahmen zum Aufbau einer bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz deshalb drei Bausteine enthalten: (1) Körperliches Üben und Trainieren, z. B. Schulung der motorischen Fähigkeiten, (2) Lernen, z. B. Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen sowie Techniken zur Handlungsplanung und (3) Erleben und Erfahren, z. B. Vermittlung positiver Emotionen¹².

Im Weiteren ist die aktive Beteiligung der Zielgruppe als elementare Erfolgsbedingung der BGF zu nennen (Partizipation). Als Zielpersonen sind alle Beschäftigten eines Unternehmens zu betrachten, wobei die Intention verfolgt wird, gleiche Gesundheitschancen für alle Mitarbeiter-

¹² Das Handlungsmodell zum Aufbau bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz von Pfeifer, Sudeck, Geidl und Tallner (2013) bezieht theoretische Erkenntnisse aus dem Bereich der Verhaltensforschung ein. In Kapitel 5 erfolgt eine tiefgehende Auseinandersetzung mit ebensolchen Modellen und Theorien. An dieser Stelle wird deshalb nicht detailliert auf das Handlungsmodell eingegangen.

gruppen zu eröffnen. Um eine hohe Motivation zu erlangen, schließt ein gutes Konzept Selbstbestimmung und Partizipation mit ein, indem die Wünsche, Vorstellungen und Ressourcen der Beschäftigten berücksichtigt werden (Allmer, 2004, S. 217; Rojatz, Merchant & Nitsch, 2015, S. 145). Eine Möglichkeit zur Umsetzung des partizipativen Ansatzes besteht in der Durchführung von Mitarbeiterbefragungen. Weitere Optionen sind themenbezogene bzw. projektbezogene Mitwirkungen oder die Teilnahme an Gesundheitszirkeln (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 123; Slesina, 2008, S. 298).

Das Kriterium der Ganzheitlichkeit wird mithilfe einer Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Strategien umgesetzt. Verhältnisorientierte (bedingungsbezogene) Strategien äußern sich in Maßnahmen, die mit der Arbeitsgestaltung und strukturellen Merkmalen zusammenhängen und somit auf eine Optimierung der Arbeitsbedingungen abzielen. Angestrebt wird die Veränderung von Rahmenbedingungen, das Handlungsfeld bezieht sich auf die Strukturen und Regeln der Institution. Beispiele sind die Umstrukturierung der Arbeitsorganisation, flexible Pausenregelungen, ergonomische Arbeitsplatzgestaltungen oder die Bereitstellung von Trainingsmöglichkeiten und Aktivitäten, die das Thema Bewegung regelmäßig ins Blickfeld führen (Baumann, Garrel & Ulber, 2018, S. 18–27; Garlichs, 2013, S. 201; Pieck, 2017, S. 179–184). Die WHO nutzt hierfür den Slogan „to make the healthy choice the easier choice“. In Abgrenzung dazu steht bei verhaltensorientierten (personenbezogenen) Strategien die Stärkung der Gesundheitskompetenz bzw. Reduktion individueller Verhaltensrisiken des einzelnen Mitarbeiters im Fokus. Ziel ist es, durch die Vermittlung von Wissen, Bewältigungsstrategien und Handlungskompetenzen auf individuelle Verhaltensweisen einzuwirken und eine langfristige Steigerung der physischen und psychischen Belastbarkeit zu erreichen. Beispiele sind Trainings- und Sportangebote, Nicht-Raucher-Kurse oder Seminare zu Stressmanagement¹³ (Möller, Köper, Braun & Kastner, 2008, S. 250–253).

BGF ist ferner als Querschnittsaufgabe zu verstehen und bei wichtigen Entscheidungen in allen Unternehmensbereichen zu berücksichtigen (Integration). Die Akzeptanz durch die Leitung sowie das Vorhandensein förderlicher betriebsinterner Strukturen sind von hoher Relevanz für den Erfolg etwaiger Maßnahmen (Rojatz et al., 2015, S. 145; Rongen et al., 2014; Simek, Nitsch & Ropin, 2014, S. 140). Je aktiver ein Unternehmen bzw. dessen Führungskräfte für die Gesundheitsförderung der Beschäftigten eintritt, desto einfacher lassen sich die jeweiligen Maßnahmen in die gegebenen sozialen und organisatorischen Strukturen integrieren (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi & Stummer, 2009).

¹³ Einige Autoren nehmen mit Bezug zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation außerdem eine Unterscheidung zwischen korrektiven, präventiven und prospektiven BGF-Strategien vor. Auf eine detaillierte Darstellung wird an dieser Stelle verzichtet. Ein Überblick findet sich z. B. bei Ulich (2002).

Für die Umsetzung von BGF wird der Handlungszyklus für Business Excellence bzw. Qualitätsentwicklung (nach EFQM)¹⁴ empfohlen, der neben einer Bedarfsermittlung die Maßnahmenkonzeption, -umsetzung und Erfolgskontrolle beinhaltet. BGF ist damit eine diffizile Aufgabe, die u. a. Aufklärung, Beratung, Erziehung und Initiierung von spezifischen Aktivierungsmaßnahmen sowie weitergehend auch eine Evaluation und Qualitätssicherung ebendieser umfasst (Huber & Weiß, 2015; Radtke & Wilmes, 2000; Wetzstein, 2016).

Um einer derartigen Komplexität gerecht werden zu können, sind Kooperationen mit unterschiedlichen Institutionen (bspw. Ärzte und Sportvereine) und verschiedenen Wissenschaftsbereichen (bspw. Medizin und Sportwissenschaft) sinnvoll. Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist wünschenswert, die wechselseitigen Beziehungen und interaktionsbezogenen Strukturen erweisen sich als zentrales Erfolgskriterium (Bös, Brehm & Gröben, 2004, S. 172; Rojatz et al., 2015, S. 145).

Außerdem ist es angebracht, eine organisatorische Zuständigkeit für gesundheitsrelevante Belange einzurichten. Hierfür bietet sich ein Arbeitskreis Gesundheit bzw. Steuerungskreis als Plattform an, in dem betriebliche Vertreter unterschiedlicher Gruppen, wie bspw. Geschäftsführer, BGM-Koordinator, Betriebsarzt und Mitarbeitervertreter zusammenkommen. Zentrale Intention ist es, dass die Akteure sich mit ihren jeweiligen Kompetenzen, Erfahrungen und Ideen einbringen und ein gegenseitiger Austausch erfolgt. Die wesentlichen Aufgaben bestehen in der Entwicklung und Steuerung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Zur Ableitung konkreter BGF-Strategien und Maßnahmen ist es hilfreich, zunächst konkrete Unternehmensziele zu formulieren (z. B. Senkung der Fluktuation, Leistungssteigerung), um daraus entsprechende BGF-Ziele abzuleiten. Diese wiederum dienen als Grundlage für die Entwicklung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Strategien. Als weitere Arbeitsgrundlage fungieren im Idealfall die Resultate aus Mitarbeiterbefragungen, die anhand von Gesundheitsberichten abgebildet werden. Darüber hinaus kann die Initiierung von Gesundheitszirkeln als Ansatz dienen, um belastende Arbeitsaspekte und ihre Ursachen gründlich zu erforschen und daraus Optimierungsmöglichkeiten zu erschließen (Möller et al., 2008, S. 250–251; Slesina, 2008, S. 298–300).

Für die Realisierung konkreter Maßnahmen existiert eine unüberschaubare Fülle an Möglichkeiten. Uhle und Treier (2011, S. 37) analysierten in ihrer Benchmarkstudie die BGF-Aktivitäten von 63 Unternehmen. Das Angebotsportfolio der untersuchten Institutionen gliedert sich in zwölf thematisch strukturierte Bereiche, in denen u. a. die Themengebiete Wiedereingliederung, psychosoziale Betreuung, Ernährung, gesunde Führung, Entspannung, Bewegung und

¹⁴ Das EFQM-Modell ist ein Instrument des Qualitätsmanagements und wurde 1988 von European Foundation for Quality Management entwickelt. Es unterstützt die Verbesserung von Organisationen (EFQM, 2018).

Arbeitsgestaltung aufgegriffen werden. Diese beinhalten wiederum jeweils spezifische BGF-Instrumente und Maßnahmen. Im Feld der Bewegungsförderung werden bspw. Ausgleichsgymnastik, Betriebssport, Fitnesskurse und Sitztraining aufgeführt, allerdings wird eine weitergehende Klassifizierung nicht verfolgt. Das angrenzende Kapitel 3.1.3 gibt deshalb einen Einblick in die Struktur und Angebotsformen der bewegungsbezogenen BGF.

3.1.3 Struktur und Angebotsformen der bewegungsbezogenen BGF

Betriebliche Bewegungsprogramme lassen sich je nach Blickwinkel unterschiedlich strukturieren. In der Literatur ist eine einheitliche Systematik nicht zu vorzufinden, sodass nachfolgend eine Zusammenstellung unterschiedlicher Herangehensweisen erfolgt.

Eine ganzheitlich orientierte Kategorisierung bieten Stoffel et al. (2012), die eine Erweiterung der Verhaltens- und Verhältnisebene präsentieren. Auf Basis ihres durchgeführten Literaturreviews wird eine Unterteilung in vier sozial-ökologische Ebenen der Bewegungsförderung empfohlen:

- (1) Individuelle Ebene (z. B. Aktivitätskontrolle anhand eines Akzelerometers)
- (2) Interindividuelle Gruppenebene (u. a. kurze, am Arbeitsplatz integrierte Bewegungspausen)
- (3) Organisatorische Ebene (z. B. Vergünstigung oder Arbeitszeitanrechnung von Bewegungsangeboten)
- (4) Umwelt-Ebene (z. B. sichere Fahrradständer, betriebsinternes Fitness-Studio)

Malik et al. (2014, S. 153) unterscheiden in ihrem Review drei Formen der Bewegungsförderung: (1) Gesundheitliche Aufklärungs- und Informationsinterventionen beziehen sich auf kognitive Maßnahmen, die größtenteils in Form von Postern, schriftlichen Informationsmaterialien oder gesundheitsfördernden Mails umgesetzt werden. Auf diese Weise wird Aufklärungsarbeit geleistet und die Zielgruppe für die Thematik sensibilisiert. (2) Beratungs- und Unterstützungsinterventionen umfassen jene Maßnahmen, die auf kognitiv-behavioraler Ebene wirken und die Teilnahme an Bewegungsangeboten bzw. die Umsetzung von körperlicher Aktivität am Arbeitsplatz gezielt fördern. Als Beispiele sind Telefon-Coachings, die motivierende Gesprächsführung, Unterstützung durch Kollegen oder gruppenbasierte Verhaltenstrainings zu nennen. (3) Sport- und Bewegungsinterventionen beinhalten indessen praktische Angebote zur Aktivitätssteigerung, wie bspw. aktives Fortbewegen, Treppensteigen oder Bewegungskurse. Um eine Verhaltensänderung der Beschäftigten hin zu einer gesteigerten Bewegungsaktivität am Arbeitsplatz zu erlangen, bietet es sich an, Aufklärungs- und Informationsinterventionen zu realisieren. Im Anschluss dienen Beratungs- und Unterstützungsinterventionen dazu, Beschäftigte zielführend in der Umsetzung einer konkreten Bewegungsaktivität zu begleiten. Während bezugnehmend auf die Kategorisierung von Stoffel et al. (2012) die individuelle und interindividuelle Ebenen abgedeckt sind, besteht ein Defizit hinsichtlich der organisatorischen Ebene und der Umwelt-Ebene.

Eine von diesen beiden Konzepten klar abzugrenzende Darstellung präsentiert Scholz (2016). Er betont die Relevanz körperlicher Aktivität während des Berufsalltags. Um konkrete Ansatzpunkte aufzuzeigen, differenziert er dahingehend, ob etwaige Angebote während der Arbeit, in den Pausen oder auf dem Arbeitsweg stattfinden. Programme, die außerhalb des beruflichen Alltags durchgeführt werden, lässt er außen vor (vgl. Abbildung 5).

Aktive Verhaltensweisen im betrieblichen Kontext		
Während der Arbeit	In den Arbeitspausen	Auf dem Arbeitsweg
Gruppenmeeting im Stehen	Sportangebot in speziellem Raum/Halle oder im Freien	Mit dem Rad zur Arbeit bzw. Teilstrecke
Höhenverstellbare Tische	Leichte Bewegungsangebote wie z. B. Yoga	Kooperationen mit Fitnessstudio /Schwimmbad
Telefonieren im Stehen	Entertainment Angebote (Kicker/Wii Fit)	Parkplatz bewusst weit entfernt vom Eingang wählen
Besprechungen beim Spaziergehen	Wege zur Kantine verlängern	Fußwege verlängern
Zentraler Drucker	Immer die Treppe nehmen!	Aufzüge und Rolltreppen vermeiden

Abbildung 5: Aktive Verhaltensweisen im betrieblichen Kontext nach Scholz (2016, S. 219)

Während der Arbeit ist es ohne größeren Aufwand möglich, kleine Aktivitätskomponenten zu integrieren. So können bspw. Telefonate oder Meetings im Stehen geführt werden. Außerdem ist es denkbar, Gespräche mit einem kurzen Spaziergang zu verbinden. Hinzu kommt die Option, Büroräume „bewegungsfreundlich“ zu gestalten, bspw. indem höhenverstellbare Schreibtische oder ergonomische Bürostühle installiert werden. *In den Arbeitspausen* sind im Vergleich dazu deutlich höhere Bewegungsumfänge möglich: Die Teilnahme an Rücken- und Stretching-Kursen über die Mittagszeit oder Bewegungspausen sind nur einige Beispiele. Darüber hinaus hält auch der Arbeitsweg vielzählige Bewegungschancen bereit. Hier bieten moderne Konzepte, wie bspw. Fahrradleasing, erfolgsversprechende Ansatzpunkte (Scholz, 2016, S. 220).

Eine ähnliche Vorgehensweise stellt die von Huber (2006) vorgenommene Strukturierung dar. Ein Vorteil gegenüber dem obigen Ansatz besteht darin, dass zwischen inner- und außerbetrieblichen Angeboten separiert wird. Auf diese Weise können Programme, die außerhalb des Arbeitsplatzes bzw. Berufsalltags stattfinden, ebenfalls eingeordnet werden (vgl. Abbildung 6).

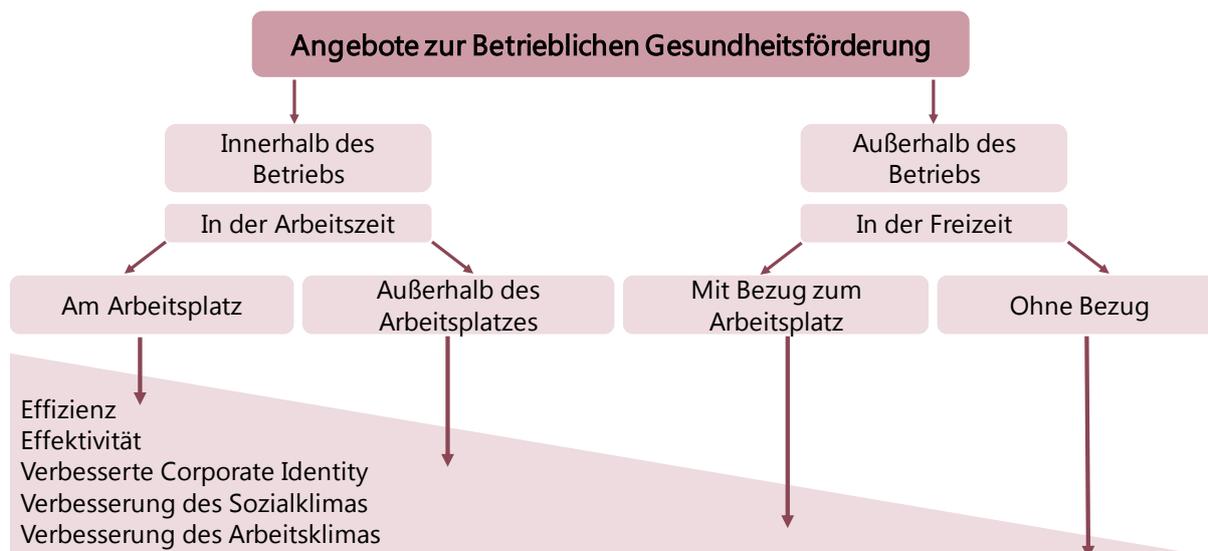


Abbildung 6: Angebote zur BGF nach Huber (2006, S. 135)

Externe Angebote werden während der Freizeit veranstaltet, können aber dennoch Bezug zum Arbeitsplatz aufweisen. Als Beispiele sind betriebssportliche Freizeitgruppen oder betriebsnahe Sportvereine zu nennen. Demgegenüber stehen vergünstigte Mitgliedschaften in Fitness-Studios oder Kooperationen mit Verbundpartnern wie bspw. *Hansefit*¹⁵ in keiner direkten Verbindung zur Beschäftigungsstelle. Innerhalb des Betriebs sind firmeneigene Fitness-Studios oder Rückenschulkkurse als Möglichkeiten der Bewegungsförderung zu nennen. Huber (2006) empfiehlt insbesondere die Umsetzung derjenigen Programme, die im Sinne der *aufsuchenden Gesundheitsförderung* in direkter Arbeitsplatznähe und während der Arbeitszeit realisiert werden. Als Beispiel sind angeleitete Bewegungspausen zu nennen. Auch andere Autoren befürworten Programme zur Aktivitätssteigerung, die räumlich nah am Arbeitsplatz stattfinden (z. B. Mess & Woll, 2009, S. 244).

Unter dem Ausdruck der *aufsuchenden Gesundheitsförderung* verstehen Mess, Theune und Schüler (2015, S. 222) „niederschwellige Maßnahmen, die sich ohne Mehraufwand in den (Berufs-) Alltag integrieren lassen und daher direkt am Arbeitsplatz oder in der Arbeitsstätte stattfinden“. Die *aufsuchende* Strategie geht auf die Betreuung sozialer Randgruppen zurück, wie sie bspw. aus dem Bereich der Sucht- und Drogenerkrankung bekannt sind. Der Begriff wird in Abgrenzung zu einer „Komm-Struktur“ benutzt und ist insbesondere dann relevant, wenn für reguläre Angebote zu hohe Teilnehmbarrieren existieren. Hindernisse auf individueller Ebene können z. B. fehlendes Empfinden von Sinnhaftigkeit und Glaubwürdigkeit sowie eine geringe

¹⁵ Die *Hansefit GmbH & Co. KG* ist ein Anbieter für Firmenfitness. Mit Inanspruchnahme des Angebots ist es den Mitarbeitern der teilnehmenden Institutionen gestattet, unbegrenzt bei allen Partnern des Verbundes Fitness- und Gesundheitsangebote in Anspruch zu nehmen.

Nutzenerwartung sein. Auch mangelndes Interesse ist ein Hindernismotiv (Nöhammer et al., 2009).

Ein zentraler Vorteil *aufsuchender* Programme besteht darin, dass potentiell alle Beschäftigtengruppen angesprochen werden, auch diejenigen, die einen hohen Bedarf an gesundheitsfördernder Unterstützung aufweisen (z. B. inaktive oder chronisch kranke Personen) und an regulären Bewegungsangeboten üblicherweise nicht teilnehmen (Huber & Weiß, 2015; Mess et al., 2015). Damit wird der häufig geäußerten Allokationsproblematik begegnet. Diese beschreibt, dass die meisten BGF-Maßnahmen Personen erreichen, die bereits über ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein verfügen, während gefährdete Personengruppen weitaus seltener partizipieren (Robroek, van Lenthe, van Empelen & Burdorf, 2009; Stoffel et al., 2012; Ziesche, 2015).

Darüber hinaus ist mit Bezug auf die Risiken körperlicher Inaktivität bzw. sedentärer Verhaltensweisen (vgl. Kapitel 2.1) ein Vorzug darin zu sehen, dass die Integration von Bewegungsaktivitäten in den Berufsalltag eine belastungsnahe Ausgleichssituation schafft. Damit wird der Forderung der WHO entsprochen, Bewegungsdefizite unmittelbar während ihres Auftretens zu kompensieren (vgl. Kapitel 2.1.4).

Es lässt sich festhalten, dass grundsätzlich drei Vorgehensweisen zur Strukturierung betrieblicher Bewegungsangebote erkennbar sind: Zum einen ist es möglich, die verschiedenen Ebenen der Gesundheitsförderung als Ansatzpunkt zu wählen. Hieraus resultiert der Vorschlag von Stoffel et al. (2012). Eine weitere Option ist, zwischen Maßnahmen der Informationsweitergabe, konkreten Beratungsformen und Bewegungsprogrammen zu differenzieren (Malik et al., 2014). Indes kann die Frage, wie, wo und wann entsprechende Maßnahmen stattfinden, als Grundlage dienen (Huber, 2006; Scholz, 2016). Als weitere Herangehensweise wäre es denkbar, nach arbeitgeber- und arbeitnehmerseitig organisierten Angeboten zu kategorisieren.

Ziel dieses Kapitels war es, einen Überblick zu den verschiedenen Möglichkeiten und Facetten bewegungsbezogener BGF-Angebote zu geben. Für die Konzipierung der eigenen Intervention ist darüber hinaus eine Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit von betrieblichen Bewegungsprogrammen grundlegend, um forschungsbezogene Erkenntnisse konzeptionell berücksichtigen zu können.

3.1.4 Analysen zur Wirksamkeit der bewegungsbezogenen BGF

Bevor der Fokus auf Wirksamkeitsanalysen zur bewegungsbezogenen BGF gelegt wird, sei an dieser Stelle erwähnt, dass bis dato eine Vielzahl an Veröffentlichungen, Überblicksarbeiten und systematischen Zusammenstellungen zur Erforschung des Nutzens von BGF im Allgemeinen vorliegt. Hierbei reicht die Bandbreite von Untersuchungen zu generellen Gesundheitsparametern und dem psychischen Wohlbefinden bis hin zur Erforschung von spezifischen Muskel-Skelett-Erkrankungen. Auch ökonomische Kosten-Nutzen-Analysen und Studien zu den

Einbußen durch Präsentismus werden zunehmend forciert. Für eine umfassende Übersicht wird auf den iga.Report.28 von Bräunig et al. (2015) verwiesen.

Bezüglich der Wirksamkeit speziell zur Bewegungsförderung liegt nach Rütten und Pfeifer (2016, S. 84) eine mittlere Evidenzlage vor. Entsprechend sind eingeschränkte Empfehlungen möglich.

Rudolph, Göring und Kappmeier (2016) bezeichnen die Datenlage von Sport- und Bewegungsprogrammen im betrieblichen Kontext in ihrem systematischen Review als defizitär. Als möglicher Grund wird aufgeführt, dass eine Vergleichbarkeit der vielfältigen Interventionsformen nur bedingt möglich ist. Eine weitere Schwierigkeit wird u. a. darin gesehen, das Konstrukt Bewegung mit seinen vielfältigen Einflussfaktoren zu operationalisieren (Dömling et al., 2016; Huber & Weiß, 2015).

Hinsichtlich des ökonomischen Nutzens von betrieblichen Sport- und Bewegungsangeboten konnte im Review von Rudolph et al. (2016) lediglich eine Studie identifiziert werden. Der untersuchte ROI belief sich hierbei auf 1:4.61 Dollar (Kuehl et al., 2013). Angesichts dessen ist eine verlässliche Aussage zu ökonomischen Wirkungen nicht möglich.

Die meisten Studien analysieren die Wirkungen von Bewegungsprogrammen auf medizinische Risikofaktoren. Neben spezifischen Trainingsprogrammen scheinen vor allem auch alltagsorientierte Bewegungsangebote Effekte zu haben (z. B. Freak-Poli, Wolfe, Brand, Courten & Peeters, 2013; Kim et al., 2013). Auch hinsichtlich psychosozialer Parameter wird von positiven Ergebnissen berichtet, insbesondere in den Bereichen Stressempfinden, Wohlbefinden und allgemeine Lebensqualität (z. B. Morgan et al., 2011; Palumbo, Wu, Shaner-McRae, Rambur & McIntosh, 2012). Die empirische Untersuchung von Walter (2011) zeigt indes, dass sich mit spezifisch geplanten Interventionen gegenüber allgemeinen, unstrukturierten Programmen kaum Mehreffekte erzielen lassen.

In Bezug auf Programme zur Förderung der physischen Aktivität ist zu äußern, dass die meisten Studien eine bewegungsfördernde Wirkung bejahen. In den Interventionen werden bspw. körperliche Übungsprogramme, Aktivitäten zur Treppennutzung oder das Mitführen von Schrittzählern initiiert. Effekte ergeben sich u. a. hinsichtlich der Aktivitätssteigerung und körperlichen Fitness sowie gewichtsrelevanten Parametern (Commissaris et al., 2016; Conn, Hafdahl, Cooper, Brown & Lusk, 2009; Dugdill, Brettell, Hulme, McCluskey & Long, 2008; Helen, Brown, Gilson & Burton, 2011; Thompson, Koepf & Levine, 2014). Dennoch ist die Evidenzlage aufgrund methodischer Schwächen als insgesamt begrenzt einzuschätzen.

Malik et al. (2014) untersuchten in ihrem systematischen Review 58 Studien dahingehend, welche verhaltensbezogenen Techniken bei BGF-Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität eingesetzt wurden. Den Resultaten zufolge wurde in 67 % aller Studien eine Kombi-

nation an Maßnahmen angewandt, wobei am häufigsten das Ziele-Setzen, Verhaltensinstruktionen, Selbstbeobachtung, Handlungsplanung, Beeinflussung der Konsequenzerwartungen sowie die Planung sozialer Unterstützung Berücksichtigung fanden.

Das systematische Review von Barr-Anderson, AuYoung, Whitt-Glover, Glenn und Yancey (2011) gibt einen Überblick zur Wirkung von kurzen Bewegungseinheiten. Die Autoren stellen die Vermutung auf, dass ebensolche Programme einfacher in den Alltag integrierbar sind und von inaktiven Personengruppen besser akzeptiert werden. Alle inkludierten Studien stellten eine Steigerung der körperlichen Aktivität fest, wenngleich das Ausmaß als moderat, aber signifikant eingeschätzt wurde. Das Review bildet die Basis für die eigene Literaturrecherche und wird in Kapitel 4.2 erneut aufgegriffen.

Die überwiegende Anzahl existierender Studien und Reviews zur Reduktion der täglichen Sitzzeit berichtet über positive Effekte (z. B. Alkhajah et al., 2012; Healy et al., 2013; Mansoubi, Pearson, Biddle & Clemes, 2016; Parry, Straker, Gilson & Smith, 2013). Nach Shrestha et al. (2015) ist die Evidenz bisher jedoch als gering einzuschätzen. Es ist zu bemerken, dass verlässliche Angaben zur maximalen Schwelle der sitzenden Zeit respektive der optimalen Unterbrechungsdauer unzureichend vorliegen und die Forschungsergebnisse zum aktuellen Zeitpunkt keine eindeutigen, evidenzbasierten Aussagen hinsichtlich eines Dosis-Wirkungs-Zusammenhangs ermöglichen (Rutten et al., 2013, S. 1). Gleichwohl existieren Empfehlungen für die Praxis, die eine stündliche Unterbrechung von zumindest fünf Minuten moderater Aktivität als wirkungsvoll vermuten lassen. Buckley et al. (2015) raten ferner, über den Tag mindestens zwei Stunden zu stehen oder leichte körperliche Aktivität auszuüben, wobei diese im Idealfall auf vier Stunden täglich zu steigern ist. Die Autoren betonen die Relevanz eines wiederkehrenden Wechsels aus Steh- und Sitzphasen. Umgekehrt sollten berufliche Tätigkeiten, die durch Stehzeiten dominiert werden, mittels kurzer Sitzphasen regelmäßig unterbrochen werden.

Allgemein ist die Interventionsform der Bewegungsberatung am intensivsten erforscht und kann als evidenzbasierten Ansatz auch für andere Settings empfohlen werden. Erstrebenswert ist es, Bewegungsberatungen mit konkreten Maßnahmen der Aktivierung zu verbinden. In den meisten Studien werden deshalb Bewegungsprogramme unter der Form der Bewegungsberatung subsummiert, sodass in der Folge nicht endgültig entschieden werden kann, ob der Erfolg durch die Beratungsgespräche, die Vermittlung kognitiver Strategien oder die Anleitung von Bewegungsprogrammen erzielt wurde (Rütten & Pfeifer, 2016). In der Studie von Schmid, Conzelmann und Sudeck (2013) waren Bewegungsberatungen insbesondere auch bei zuvor weniger aktiven Mitarbeitern wirksam. Aus der Meta-Analyse von Lin, O'Connor, Whitlock und Beil (2010) geht hervor, dass Bewegungsberatungen vornehmlich kurz- und mittelfristig positive Effekte zeigen, während langfristige Wirkungen tendenziell nicht erzielt werden.

Grundsätzlich entsteht dadurch die Frage nach der Effizienz, da etwaige Programme mit vergleichsweise hoher zeitlicher Intensität durchgeführt werden müssen und dennoch lediglich kurz- bis mittelfristige Effekte hervorbringen.

In der Praxis werden verhaltensbezogene Maßnahmen im Vergleich zu verhältnisbezogenen Ansätzen deutlich häufiger realisiert (Bräunig et al., 2015). Die Vorteile bestehen in der einfacheren Umsetzung und breiteren Anwendbarkeit, z. B. im Privatleben. Allerdings stellen sich Interventionen, die ausschließlich auf einer Ebene wirken, als praxisfern heraus und spiegeln die realen Arbeitsbedingungen unzureichend wider. Als evidenzbasierte Maßnahme wird entsprechend die besondere Bedeutung von Mehrkomponentenansätzen hervorgehoben. Solche Programme intervenieren auf unterschiedlichen Ebenen und berücksichtigen verhaltens- sowie verhältnisbezogene Strategien gleichermaßen (Elke, Gurt, Möltner & Externbrink, 2015; Malik et al., 2014; Pronk, 2009; Schröer, Haupt & Pieper, 2013; Stoffel et al., 2012). Für Einzelmaßnahmen besteht derzeit keine ausreichende Evidenz, wie die Überblicksarbeit von Passon, Gerber und Schröer-Günther (2011) zeigt.

Insgesamt ist von einer positiven Wirkung sport- und bewegungsbezogener Interventionen im betrieblichen Kontext auszugehen. Empirische Nachweise existieren nicht nur auf physiologischer, sondern auch auf psychosozialer Ebene. Allerdings ist der Effekt meist gering (Proper et al., 2003; Zinsmeister, 2011). Methodische Schwächen und eine hohe Heterogenität der vorliegenden Studien erschweren eine eindeutige Interpretation der Ergebnisse (Rudolph et al., 2016). Mit Blick auf die interne Validität sind objektive Datenerfassungen für zukünftige Untersuchungen anzustreben (Müller, Winter & Rosenbaum, 2010).

Neben methodischen Gesichtspunkten spielt auch der spezifische Kontext des jeweiligen Unternehmens eine wichtige Rolle. Relevante Aspekte sind in diesem Zusammenhang u. a. die Größe und Branchenzugehörigkeit, der technologische Entwicklungsstand, die Struktur der Arbeitstätigkeiten und damit einhergehende gesundheitliche Risiken bzw. Ressourcen sowie die darin agierenden Zielgruppen (Ulich & Wülser, 2012, S. 125). Das nachfolgende Kapitel 3.2 nimmt unter Berücksichtigung dieser Punkte die Institution Hochschule in den Blick.

3.2 Gesundheitsförderung in der Hochschule

Hochschulen sind öffentliche Einrichtungen, die mit wenigen Ausnahmen¹⁶ der staatlichen Steuerung und Aufsicht unterliegen. Im Weiteren sind korporative Formen existent, bspw. dadurch, dass Hochschulmitglieder spezifische Mitwirkungsrechte innehaben. Als Bildungsorganisationen dienen Hochschulen primär der Wissensproduktion (Forschung) und Wissens-

¹⁶ Hier sind Hochschulen mit privater Trägerschaft gemeint.

distribution (Lehre). Als dritte Säule ist unterstützend die Hochschulverwaltung zu nennen, so dass sich eine Trias an Funktionen ergibt (Banscherus, Dörre, Neis & Wolter, 2009). Im Jahr 2016 arbeiteten insgesamt knapp 600.000 Beschäftigte, davon 304.611 nichtwissenschaftliche und 293.505 wissenschaftliche Angestellte an den 428 deutschen Hochschulen¹⁷. Zudem waren im Wintersemester 2017/18 mehr als 2,8 Millionen Studierende eingeschrieben (Statistisches Bundesamt, 2018).

Dadurch ergibt sich ein herausragendes Potential, eine Vielzahl von Menschen in ihrer Arbeits- und Lebenswelt mit gesundheitsförderlichen Angeboten zu erreichen. Tatsächlich setzen sich Hochschulorganisationen zunehmend für die Belange ihrer Mitglieder ein und folgen damit dem Setting-Ansatz als Kernstrategie. Mit Blick auf die Merkmale, Zielgruppen und Rahmenbedingungen sind Konzepte aus der Wirtschaft nicht ohne weiteres übertragbar. Für die Institution Hochschule bedarf es eigener Ansätze und Strategien. Zur Entwicklung passender Maßnahmen ist eine Auseinandersetzung mit den Spezifika der Institution essentiell (Hartmann, Baumgarten, Hildebrand & Sonntag, 2016, S. 243; Hildebrand & Gröben, 2006, S. 138; Sonntag & Steinke, 2013a, S. 4).

3.2.1 Rahmenbedingungen und Zielgruppen an Hochschulen

Die Hochschullandschaft befindet sich aktuell in einer Umbruchsituation, die u. a. durch gesamtgesellschaftliche Veränderungen und Auswirkungen des demografischen Wandels gekennzeichnet ist. So stehen Hochschulen einem steigenden Modernisierungsdruck gegenüber und haben Fragen der Globalisierung und Internationalisierung zu bewerkstelligen. Bildungseinrichtungen geraten, bedingt durch die verschärfte nationale und internationale Konkurrenzsituation, immer stärker in den Wettbewerb um finanzielle Mittel, exzellente Forscher und engagierte Studierende. Von den Hochschulabsolventen fordert der Arbeitsmarkt neben Fachwissen zunehmend soziale und interkulturelle Kompetenzen, analytisches Denk- und Abstraktionsvermögen sowie Praxiserfahrung. Infolgedessen sehen sich Hochschulen in der Pflicht, die Ausbildung ebensolcher Anforderungen curricular abzubilden. Bedingt durch die europäische Studienreform müssen strukturelle Veränderungen, bspw. die Umstellung auf Bachelor- und Masterstudiengänge, gemeistert werden. Dadurch entstehen zusätzliche Herausforderungen, wobei an dieser Stelle z. B. ein erhöhter Betreuungs- und Prüfungsaufwand, umfassende Evaluationsanforderungen und Verdichtungen der Lehr- und Lernbelastung zu nennen sind¹⁸.

¹⁷ Die meisten Hochschulen sind staatliche Einrichtungen. Sie gliedern sich in Fachhochschulen, Universitäten, Kunsthochschulen, Verwaltungshochschulen, theologische und pädagogische Hochschulen sowie duale Hochschulen (HRK, 2018).

¹⁸ Deutschland verpflichtete sich als einer von 46 europäischen Staaten, die Ziele der Bologna-Erklärung aus 1996 umsetzen. Der wesentliche Inhalt dieser Erklärung bestand in der Forderung, bis 2010 einen gemeinsamen europäischen Hochschulraum zu bilden. Mit der Umsetzung dieses Ziels war eine grundlegende Umstrukturierung der bisherigen Studiensysteme und die Einführung gestufter Studiengänge (Bachelor, Master, Promotion) erforderlich.

Hinzu kommt, dass sich seit 2008 ein stetiger Anstieg der Studierendenzahlen abzeichnet, die Beschäftigtenstellen an Hochschulen jedoch nicht in gleichem Maße aufgestockt und die öffentlichen Zuschüsse für Hochschulen zunehmend gekürzt werden. Der demografische Wandel führt indes zu einer Verjüngung der Studierenden, wobei die Beschäftigten gleichzeitig älter werden (Faller, 2017a, S. 391–393; Groll, Stark & Zalpour, 2010, S. 82; Seibold, 2011, S. 45). In der nachfolgenden Abbildung 7 sind die skizzierten Merkmale in der Übersicht veranschaulicht. In der Darstellung sind unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Entwicklungen die Folgen für die Hochschulsteuerung und -bildung sowie die resultierenden Auswirkungen für die Leistung und Gesundheit aufgezeigt.



Abbildung 7: Übersicht zu den aktuellen Herausforderungen an Hochschulen nach Faller (2005, zit. nach Gerdes, 2007, S. 11)

In Hochschulinstitutionen ergibt sich aus der Doppelfunktion als Betrieb einerseits und zentrale Bildungsinstitution andererseits eine wesentliche Besonderheit: Mögliche Zielgruppen der Gesundheitsförderung sind Studierende, nichtwissenschaftliche und wissenschaftliche Mitarbeiter oder eine bestimmte Zielgruppe innerhalb dieser Rubriken. Die Personen jedes Bereichs weisen hinsichtlich ihrer Lebenslagen, Belastungsstrukturen und Handlungsspielräume spezifische Merkmale auf. Infolgedessen sind Ansätze zur Förderung der Gesundheit auf den jeweiligen Adressatenkreis abzustimmen und individuell zugeschnittene Maßnahmen zu entwickeln (Faller, 2006a, S. 35–36; Hartmann & Lehner, 2018; Milz, Meier & Stock, 2010, S. 75).

Studierende

Die Gruppe der Studierenden bildet die größte Formierung innerhalb des Settings Hochschule. Studierende zeichnen sich durch eine vergleichsweise kurze Verweildauer und ein junges Durchschnittsalter von 24,5 Jahren aus. Vor dem Hintergrund, dass sich aus deren Gesamtheit spätere Entscheidungsträger und Führungskräfte herausbilden, die in entsprechenden Positionen einen mittelbaren Einfluss auf die Gesundheit vieler Menschen nehmen, ergibt sich eine besondere Relevanz für diese Statusgruppe (Göring & Möllenbeck, 2015; Isserstedt, Midden-dorff, Kandulla, Borchert & Leszczensky, 2010).

Unter dem Ansatz der BGF werden Studierende nicht als direkte Bezugsgruppe betrachtet, gehören allerdings im Sinne einer gesundheitsfördernden Hochschule ebenfalls zu den Zielpersonen (Gerdes, 2015; Gräser, 2003, S. 43–44; Stock & Krämer, 2001). Deren Ausklammerung legitimiert, das Setting Hochschule in der vorliegenden Arbeit als einen Betrieb zu betrachten, denn an Hochschulen sind „veränderte, stärker an der betriebswirtschaftlichen Unternehmensführung orientierte Steuerungsmechanismen erkennbar“ (Faller, 2006a, S. 36).

Nichtwissenschaftliche Beschäftigte

Zur Gruppe des nichtwissenschaftlichen Personals zählen die Auszubildenden sowie die Beschäftigten in Verwaltung, Pflege, Technik, Bibliothek und Wartung. Mit dem Hochschulkanzler an der Spitze sind klassische hierarchische Strukturen und typische Bürokratiemuster vorzufinden. Zu den gesundheitsbezogenen Anforderungsprofilen liegen bislang kaum empirische Studienergebnisse vor. Faller (2017a) sieht eine Ursache darin, dass die Hochschulverwaltung kein einheitliches Arbeits- bzw. Belastungsfeld aufweist. Vielmehr ist für jeden Bereich ein den Tätigkeiten entsprechendes Belastungsmuster typisch: Sekretärinnen klagen aufgrund der überwiegenden Arbeit vor dem Bildschirm vornehmlich über Rückenschmerzen, Beeinträchtigungen des Schulter-Nacken-Armsystems und Augenbelastungen. Der Berufsalltag ist durch einen hohen Sitzanteil geprägt, Tätigkeiten, die eine dynamische Muskelarbeit erfordern, treten zunehmend in den Hintergrund. Sofern körperliche Anstrengungen erfolgen, sind es überwiegend Arbeiten mit einer wiederkehrenden, ungünstigen Körperhaltung, die zu muskulären Fehlbelastungen und körperlichen Zwangshaltungen führen. Als Beispiele sind das Arbeiten in der Universitätsbibliothek, in technischen Bereichen oder Servicestellen zu äußern. Neben körperlichen Beschwerden können als Folge der Inaktivität auch psychische Beschwerlichkeiten entstehen. Außerdem resultieren insbesondere in Institutssekretariaten aufgrund der häufigen Arbeitsunterbrechungen durch Studierende Einschränkungen der produktiven Arbeitsweise. Eine weitere Herausforderung besteht in der momentanen Tendenz der Hochschulen zur Personalreduktion, die insbesondere im Bereich Verwaltung und Technik zu beobachten ist (Cusumano & Mockenhaupt, 2016, S. 94; Faller, 2006a; Gerdes, 2007, S. 60–65).

Mitarbeiter in der Verwaltung und dem technischen Dienst erleben außerdem eine starke Intransparenz von Strukturen, eine Nichtnachvollziehbarkeit von Entscheidungen und geringe Einflussmöglichkeiten. Die Statusgruppe leidet unter geringen Vergütungssätzen, fehlenden Entwicklungschancen und unzureichender Wertschätzung seitens Vorgesetzten. Beschäftigte in nachgeordneten Positionen erfahren häufig Monotonie aufgrund immer gleicher, wiederkehrender Arbeitsvorgänge (Seibold, 2011, S. 42–48). Insgesamt kennzeichnet die Gruppe der nichtwissenschaftlichen Beschäftigten die meist lange Verweildauer im Setting Hochschule:

Nach Hildebrand und Gröben (2004) ist eine Beschäftigungsdauer von über 20 Jahren keine Außergewöhnlichkeit. Charakteristisch sind im Weiteren transparente Arbeitszeiten und ein geregelter Berufsalltag, wodurch die Strukturen gut mit anderen Einrichtungen des öffentlichen Dienstes vergleichbar sind und sich die Gruppe für Maßnahmen der BGF eignet.

Wissenschaftliche Beschäftigte

Zu den wesentlichen Aufgabenbereichen der wissenschaftlichen Beschäftigten gehören neben der Forschung und Lehre die Selbstverwaltung sowie das Erbringen von Dienstleistungen für externe Auftraggeber. Wissenschaftliches Personal genießt durch den Grundsatz der Freiheit von Forschung und Lehre hohe Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume sowie eine exponierte gesellschaftliche Stellung. Als zentrale Gesundheitsressource ist demnach das Erleben von Sinnhaftigkeit zu nennen. Infolgedessen sind die einzelnen Wissenschaftsbereiche durch flache Hierarchien, dezentrale Strukturen und schwache Organisationsspitzen gekennzeichnet. Dem hohen Maß an Autonomie stehen belastende Faktoren wie Stress, ein hohes Arbeitstempo sowie Entscheidungs- und Zeitdruck gegenüber. So wird die Lehrsituation speziell bei akademischen Mitarbeitern, die nicht über didaktische Weiterbildungen verfügen, als kräftezehrend und stressreich wahrgenommen. Als Folge des umfangreichen Aufgabenspektrums und der oft fehlenden sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte ist im Weiteren eine deutliche Ausweitung der beruflichen Tätigkeit auf die private Zeit zu beobachten. Dies mündet u. a. in Erschöpfungssymptomen, Burn-Out Tendenzen und der Aushöhlung sozialer Kontakte (Faller, 2017a, S. 392; Gerdes, 2007, S. 65–75; Schnabel, 2006, S. 144–145).

Hinzu kommt vor allem bei jungen Wissenschaftlern ein hohes Maß an Arbeitsplatzunsicherheit. Hierbei ist anzumerken, dass 75 % der Wissenschaftler unter Professoren befristete Verträge innehaben und in Teilzeit arbeiten, während der Anteil an Vollzeitbeschäftigten erst in der Post-Doc-Phase ansteigt. 53 % der befristeten Arbeitsverträge sind auf eine Dauer von unter einem Jahr angelegt, nur 11 % laufen über zwei Jahre. 2010 waren lediglich 1/8 der Mittelbaustellen unbefristet. Die Situation der Professoren ist hiervon abzugrenzen: Ihre Arbeit zeichnet sich durch ein hohes Maß an Selbstbestimmung sowie Spielraum in der Forschung und Lehre aus. Allerdings werden ein hoher Publikationsdruck und die Abhängigkeit von Drittmitteln als Belastungen geäußert (Sonntag & Steinke, 2013b, S. 8).

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass die Balance zwischen Ressourcen und Belastungen je nach Fachgebiet, Arbeitsvertrag und hierarchischer Abhängigkeit unterschiedliche Ausprägungen annehmen kann. Die Differenzen innerhalb der wissenschaftlichen Statusgruppe sind ausgeprägter als beim nichtwissenschaftlichen Personal (Faller, 2006a, S. 45). Außerdem sind wissenschaftliche Beschäftigte aufgrund ihrer Tätigkeit in der Lehre und Forschung wesentlich schwieriger für BGF-Initiativen zu gewinnen, weshalb etwaige Bemühungen sich bis dato auf die Bereiche Verwaltung und Technik konzentrieren. Als Grund werden zwei Aspekte aufgeführt: Zum einen ist der überwiegende Anteil der wissenschaftlichen Mitarbeiter – ähnlich wie

Studierende – nur für einen begrenzten Zeitraum an der Hochschule, zum anderen sind durch die Vermischung von Privat- und Berufsleben selten feste Arbeitszeiten vorzufinden. Für die Implementation gesundheitsförderlicher Maßnahmen ergibt sich deshalb die Herausforderung, wie der entsprechende Personenkreis erreicht und für eine Teilnahme motiviert werden kann (Gerdes, 2007, S. 65–75; Schnabel, 2006, S. 144–145).

Mess, Gerth, Hanke, Rabel und Walter (2015) stellen die Arbeitsbedingungen von wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Beschäftigten einander gegenüber, wodurch sich Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede abzeichnen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Arbeitsbedingungen von nichtwissenschaftlichen und wissenschaftlichen Beschäftigten an deutschen Hochschulen mod. nach Mess und Gerth et al. (2015, S. 117)

Nichtwissenschaftliches Personal	Wissenschaftliches Personal
<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme an Teilzeitbeschäftigungen und befristeten Arbeitsverträgen • Geringe berufliche Entwicklungsperspektiven • Monotonie im Tätigkeitsspektrum • Unangemessene Bezahlung • Quantitative Überforderung und qualitative Unterforderung (außer Verwaltung und Technik) • Teilweise mangelnde Fortbildungsangebote 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Anteil an Teilzeitbeschäftigungen und befristeten Arbeitsverträgen • Hohe Autonomie und Selbstbestimmung in der Tätigkeit, hohes gesellschaftliches Ansehen • Hohe Aufgabendichte, Stress, Entscheidungs- und Zeitdruck • Relativ gute Einkommenschancen • Hoher Aufwand an Verwaltungsaufgaben, Lehre und Forschung bei Professoren • Vermischung von Privat- und Berufsleben

Insgesamt ist festzuhalten, dass beide Beschäftigungsgruppen durch eine deutliche Zunahme beruflicher Ansprüche betroffen sind, die sich u. a. durch Arbeitszeitverlängerungen und -verdichtungen äußern. Mitarbeiterbefragungen zeigen darüber hinaus, dass Hochschulmitarbeiter statusunabhängig häufig unter Rückenschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen sowie innerer Unruhe leiden (z. B. Belschner, Hellmann & Gräser, 2002; Hildebrand & Gröben, 2004). Außerdem sind eine unzureichende Arbeitsplatzausstattung und -umgebung, unklare bzw. unangemessene Leistungsanforderungen, eine mangelnde Transparenz der Organisation und des Informationsflusses sowie eine fehlende Rollenerfüllung zu bemerken. Im Weiteren ist der gegenwärtige Trend zu Kosteneinsparungen und effizienterem Nutzen personeller Ressourcen anzuführen (Mess, Gerth et al., 2015, S. 116–117; Seibold, 2011, S. 45). Angesichts der aufgezeigten Bedingungen und Entwicklungen ist es unabdingbar, die Ressourcen der Beschäftigten zu stärken und deren Gesunderhaltung zu forcieren. Im öffentlichen Dienst respektive dem Setting Hochschule nehmen daher gesundheitsfördernde Maßnahmen äquivalent zur Entwicklung in wirtschaftlichen Betrieben eine stetig wichtigere Rolle ein (Groll et al., 2010, S. 82)¹⁹.

¹⁹ In Deutschland bildeten in den 1990er Jahren die Anstrengungen des Forschungsverbands Gesundheitswissenschaften Niedersachsen, der aus niedersächsischen Universitäten hervorging, den Auftakt der gesundheitsförderlichen Bemühungen im Setting Hochschule. Im Jahr 1995 schlossen sich die Beteiligten zum Netzwerk „Arbeitskreis gesundheitsfördernder Hochschulen“ (AGH) zusammen (Gräser, 2010, S. 179-180; Sonntag & Steinke, 2013a, S. 5).

Auch im Bereich der Imageförderung gewinnt BGF an Bedeutung. Mit einem positiven öffentlichen Image und einer guten Reputation gelingt es eher, Studierende und Personal zu rekrutieren. Die Implementation von Gesundheitsförderung an Hochschulen wird als Standortvorteil verstanden (Möllenbeck, 2011, S. 99–100).

Jede, aber erst recht die wettbewerbsorientierte Hochschule muss eine gesundheitsförderliche Hochschule sein. D. h. bei der Schaffung gesundheitsfördernder Arbeits- und Umweltbedingungen für Beschäftigte und Studierende, bei der Integration von Inhalten der Gesundheitsförderung in Lehre und Forschung sowie bei der Verbreitung gesundheitsfördernder Ideen handelt es sich nicht nur um eine individuelle, sondern auch um eine institutionelle Aufgabe. (Landfried, 2000, S. 12)

Die Ausführungen verdeutlichen das Potential der Gesundheitsförderung an Hochschulen, dem sowohl deutschland- als auch europaweit zunehmend Bedeutung beigemessen wird. Insofern gilt es, die Etablierung gesundheitsförderlicher Strukturen zu forcieren und voranzutreiben. Das Ziel von BGF äußert sich übertragen auf die Institution Hochschule in der „Schaffung gesunder Arbeits-, Lern- und Lebensbedingungen für alle Beteiligten der Hochschule durch die nachhaltige Verankerung des Gesundheitsförderungskonzepts in Lehre, Forschung und die gesamte Hochschulpolitik“ (Hartmann & Siebert, 2005). Inwiefern diesbezüglich Strukturen und Prozesse an Hochschulen vorhanden sind, ist Inhalt der nachfolgenden Abschnitte.

3.2.2 Strukturen und Prozesse der Gesundheitsförderung an Hochschulen

Die Etablierung von BGF an der Institution Hochschule ist durch besondere Herausforderungen gekennzeichnet, die sich erheblich von anderen öffentlichen Einrichtungen oder wirtschaftlichen Betrieben unterscheiden. Die Komplexität und Größe des Settings, aber auch die Vielzahl an Einheiten, zentralen und dezentralen Einrichtungen sowie das Selbstverwaltungsprinzip sind zentrale Spezifika. Hinzu kommen die Heterogenität der Zielgruppen, die unterschiedlichen Hierarchieebenen sowie die Trennung von Lehre/Forschung und Verwaltung, die für die nachhaltige Einführung einer gesundheitsförderlichen Gesamtausrichtung hinderlich sind (Faller, 2007, S. 126).

Dennoch bietet das Setting vielseitige Potentiale und gute personelle Voraussetzungen (Hildebrand & Gröben, 2006, S. 138; Seibold, 2011, S. 43). So zeichnen sich Hochschulen durch eine Bündelung wissenschaftliche Kompetenzen der verschiedenen Fachgebiete (z. B. Psychologie, Sozialwissenschaften, Sportwissenschaft) aus, die in Unternehmen und öffentlichen Institutionen in dieser Form nicht existieren. Auf diese Weise bieten sich ideale Perspektiven zur

Im Jahr 1996 fand die erste, 2009 die vierte Internationale Konferenz zu gesundheitsfördernden Hochschulen statt, wobei das 1997 entwickelte Projekt „Health Promoting Universities“ als allgemeiner Ausgangspunkt der internationalen Entwicklung zu sehen ist.

Umsetzung empirischer Studien. In der Praxis zeigt sich allerdings, dass Hochschulen zwar prinzipiell über Experten verfügen, diese ihr Wissen aber nur bedingt für die eigene Organisation einbringen. Dies hat zur Folge, dass die wissenschaftliche Begleitforschung im universitären Bereich trotz guter Voraussetzungen als defizitär einzustufen ist. Es fehlt an systematischen Studien zur Gesundheitsförderung an Hochschulen (Faller & Schnabel, 2006; Gräser, 2010, S. 183; Mess, Gerth et al., 2015, S. 116).

Gerdes (2015) empfiehlt die Bildung einer Projektorganisation zur nachhaltigen Implementation der Gesundheitsförderung und befürwortet die von Faller (2006b) entwickelte Struktur. Das Schema bezieht die hochschulbezogenen Besonderheiten ein und berücksichtigt die Diversität des Settings (vgl. Abbildung 8).

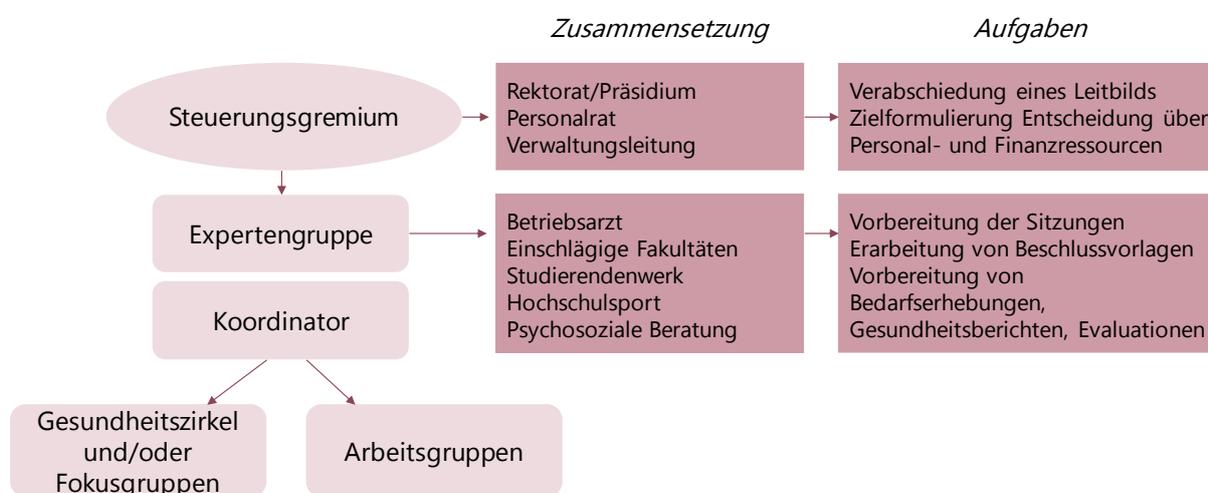


Abbildung 8: Grundmodell einer gesundheitsfördernden Projektstruktur an Hochschulen mod. nach Faller und Schnabel (2006, S. 63)

Die oberste Stelle bildet ein Steuerungsgremium, das durch eine planungs- und beratungsfähige Expertengruppe unterstützt wird. Das Steuerungsgremium trifft Grundsatzentscheidungen zur Etablierung der Gesundheitsförderung und ist hochrangig besetzt. Die Expertengruppe besteht aus hochschulinternen und externen Personen, die ihr spezifisches Wissen für die Planung, Steuerung und Umsetzung der Gesundheitsförderung einbringen. Weitere Bestandteile sind die Einrichtung einer im Idealfall verbindlichen Koordinatorenstelle und die Einführung von Arbeitsgruppen, Gesundheitszirkeln und/oder Fokusgruppen mit Aufgaben auf operativer Ebene. Dies zielt darauf ab, eine aktive Partizipation von Mitarbeitern und Studierenden zu gewährleisten. Von zentraler Bedeutung ist es, ein Forum zu installieren, über das die Beteiligten kommunizieren und sich hinsichtlich gesundheitlicher Belange austauschen können. Zu den Aufgaben des Koordinators gehören u. a. die Planung und Moderation der Austauschtreffen, als auch die Dokumentation und Kommunikation der zentralen Beschlüsse (Faller, 2006b, S. 57–68).

Gerdes (2015) weist darauf hin, dass zum aktuellen Zeitpunkt lediglich eine Hochschule eine volle unbefristete Koordinatorenstelle aufweist. Die Schaffung solcher Positionen erweist sich als Herausforderung, da es nicht möglich ist, entsprechende finanzielle Mittel langfristig bereitzustellen. Zur Lösung dieser Problematik ist die Initiative des Landes Baden-Württemberg als Vorreiterrolle zu bewerten: Den baden-württembergischen Hochschulinstitutionen werden seit 2011 im Rahmen der landesweiten Gesundheitsstrategie finanzielle Ressourcen für die Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt. Neben einer jährlichen Pauschale wird der Hochschule ein Betrag von 3.000 € ausgeschüttet, sodass insgesamt ein Fördervolumen von 6 Millionen Euro entsteht. Zum Nachweis der Mittelverwendung wird in Anlehnung an den Leitfaden Prävention ein Dokumentationsbogen mit neun Handlungsfeldern als niedrigschwelliges Erhebungsinstrument verwendet (Hartmann, Baumgarten, Hildebrand et al., 2016, S. 247). Unter Bezugnahme auf diese Dokumentationen führten Hoffmann, Hildebrand und Bös (2015) im Jahr 2013 eine Auswertung der BGM-Aktivitäten von 45 baden-württembergischen Hochschulen durch. Im Ergebnis geht daraus hervor, dass durch die finanzielle und politische Unterstützung der Landesregierung der Auf- und Ausbau des BGM an den Hochschulen vorangetrieben wurde. Die Autoren bemängeln, dass die Umsetzung der Maßnahmen größtenteils über Kursangebote erfolgt und selten eine nachhaltige Implementation sichergestellt wird.

Am KIT wurde das Thema der hochschulbezogenen Gesundheitsförderung im Jahr 2000 mit dem Projekt „Gesunde Universität“ durch das Institut für Sport und Sportwissenschaft (IfSS) ins Leben gerufen, wobei erste Aktivitäten bis in die 1990er Jahre zurückreichen. Mit der Fusion des Forschungszentrums und der Universität wurde 2010 das Netzwerk Gesundheit gegründet, das durch eine Doppelspitze²⁰ koordiniert und geleitet wird. Hauptziel der Netzwerkarbeit ist es, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu fördern und zu stabilisieren.

Folgende Handlungsfelder sind vorgesehen:

- Gesunde Arbeitsorganisation/-prozesse und gesundes Arbeitsumfeld
- Förderung von Bewegung
- Gesunde Ernährung
- Förderung der Qualifikation und Weiterbildung
- Maßnahmen gegen psychische Belastungen
- Gesundes Führungsverhalten und gesunde Unternehmenskultur
- Medizinische Vorsorge (individuelle Vorsorge)
- Rehabilitation (Eingliederungsmanagement)

Im Arbeitskreis vertreten sind u. a. die Universitätsverwaltung, der Personalrat, die Abteilung für Arbeitssicherheit und Umweltschutz, die Beauftragte für Chancengleichheit sowie der Betriebsarzt. Unterstützt und beraten wird das Netzwerk Gesundheit durch einen Lenkungskreis

²⁰ Die Doppelspitze besteht aus einem Vertreter des medizinischen Dienstes und einem Vertreter des IfSS.

und externe Kooperationspartner (Hildebrand, 2013, S. 76–78). In der folgenden Abbildung 9 ist die Struktur der BGF am KIT zur Übersicht dargestellt.

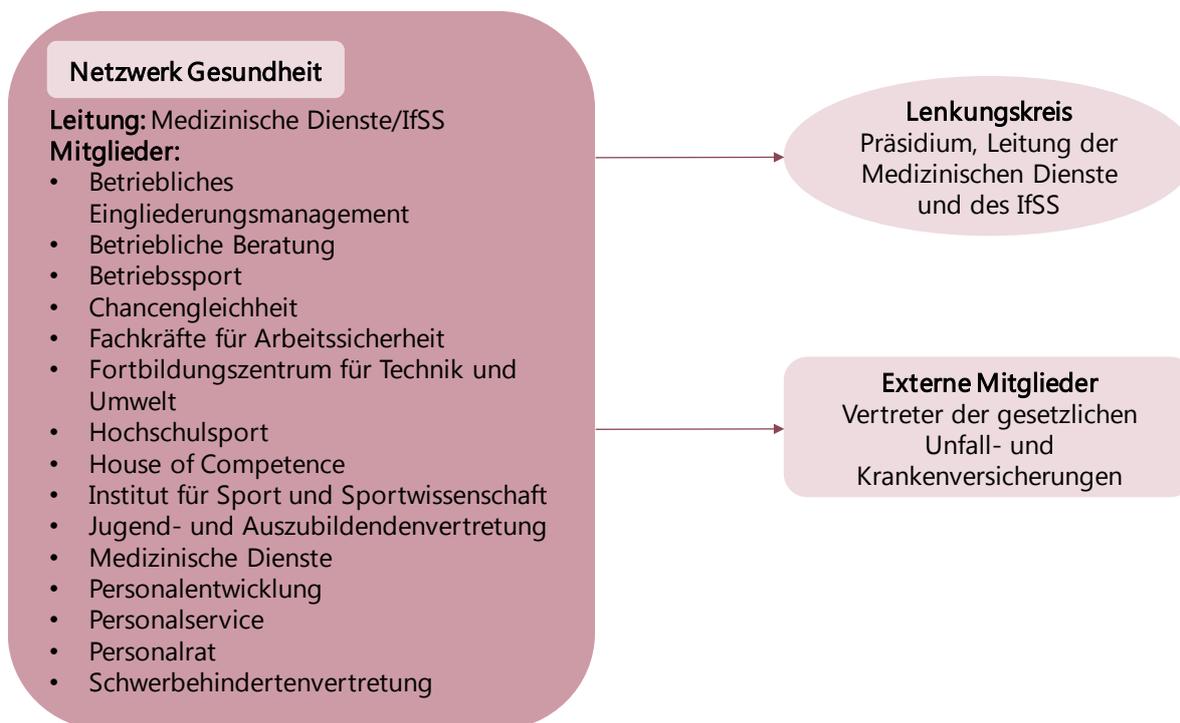


Abbildung 9: Struktur der Gesundheitsförderung am KIT nach Hildebrand (2013, S. 77)

Im Bereich der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung existiert am KIT eine Vielzahl an Angeboten. Hierzu gehören Maßnahmen, die über das Netzwerk Gesundheit angeboten werden, wie bspw. Rückenurse über Mittag oder 15-minütige Bewegungspausen. Weitere Sport- und Bewegungsangebote können über den Hochschulsport und den KIT Sport-Club 2010 e.V. (KIT SC) genutzt werden. Das Spektrum reicht von Fitness- und Gesundheitssportprogrammen bis hin zu Trendsportarten und traditionellen Wettkampfsportangeboten. Im universitätseigenen Zentrum für Gesundheit, Fitness und Diagnostik (Walk-In) besteht die Möglichkeit, gerätgestützt zu trainieren²¹. Darüber hinaus haben Beschäftigte die Option, sich in der Abteilung der Leistungsdiagnostik des IfSS die eigene motorische Leistungsfähigkeit diagnostizieren und sich beraten zu lassen.

Für eine ausführliche Darstellung zur BGF am KIT wird auf die Dissertation von Hildebrand (2013) verwiesen. Im Rahmen ihrer Arbeit wird ein umfassender Überblick zu den bisherigen Gesundheitsförderungsaktivitäten des KIT gegeben. Differenzierte Beschreibungen der realisierten Maßnahmen sind außerdem der Internetpräsenz des Netzwerks Gesundheit und den zwei Gesundheitsberichten der Universität Karlsruhe (2004, 2007) zu entnehmen.

²¹ Ein weiteres Fitness-Studio am Campus Nord befindet sich momentan in der Planungsphase.

Neben den allgemeinen Rahmenbedingungen und Strukturen der Gesundheitsförderung an Hochschulen, ist es wichtig, die Bedürfnisse und Wünsche der Zielgruppe zu berücksichtigen. Das nachstehende Kapitel 3.2.3 bezieht sich infolgedessen auf die bewegungsbezogenen Bedürfnisse von Hochschulbeschäftigten.

3.2.3 Bedürfnisse der Beschäftigten und Konsequenzen für die Bewegungsförderung

Ziel der nachfolgenden Ausführungen ist es, den Stellenwert der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung von Hochschulbeschäftigten zu ermitteln und daraus Implikationen für die Gestaltung physischer Aktivitätsprogramme abzuleiten.

In einer Bedarfsanalyse der Fachhochschule Osnabrück (Groll et al., 2010) wurde untersucht, welche Maßnahmen der BGF von den einzelnen Zielgruppen an Hochschulen gewünscht werden. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass der Bedarf nach Sport- und Bewegungsangeboten unabhängig der Statusgruppe am häufigsten geäußert wird, gefolgt von Entspannungs- und Stressbewältigungskursen.

Die Resultate aus der Dissertation von Hildebrand (2013) bekräftigen diese Erkenntnisse. Sie beschäftigte sich in ihrer Untersuchung (N=488) mit den Ressourcen und Belastungen von verwaltungstechnischen Mitarbeitern am KIT und leitete daraus Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung ab. Für den individuumsbezogenen Bereich ergaben sich für die beiden Faktoren Stress (MW=2.90, SD=1.17) und Bewegungsmangel (MW=2.54, SD=1.18) die höchsten Defizite, während der Handlungsbedarf für die Felder Ernährung, Alkohol und Rauchen als nachrangig eingestuft wurde.

Eine weitere empirische Untersuchung zur Ermittlung der Bedürfnisse von Hochschulbeschäftigten liegt von König et al. (2012) vor, die an der Hochschule Fulda qualitative Interviews mit Problemzentrierung durchführten. Die Datenerhebung erfolgte anhand teilstandardisierter Leitfadeninterviews mit einzelnen Hochschulvertretern, wobei die unterschiedlichen Statusgruppen²² Berücksichtigung fanden (N=13). Von Interesse war die subjektive Sicht der Befragten auf das Thema Bewegung, weshalb die Identifikation von Wünschen zur alltagsbezogenen Bewegungsförderung im Mittelpunkt stand. Die interviewten Personen wurden gebeten, ihre Sicht bzw. ihr persönlicher Stellenwert von Bewegung darzulegen und Voraussetzungen zu äußern, die eine entsprechende Etablierung an der Hochschule vereinfachen würden.

²² Befragt wurden u. a. Akteure aus den Bereichen: Hochschulpräsidium, Personalmanagement, Familienbüro, Gleichstellungstellen, Hochschulsport, Personalrat, Angewandte Informatik, Elektrotechnik und Informationstechnik, Lebensmitteltechnologie, Sozial- und Kulturwissenschaften, Sozialwesen, Wirtschaft. Um außerdem die Gruppe der Studierenden angemessen einzubeziehen, wurde eine Fokusgruppendifkussion mit Vertretern der Fachschaft unterschiedlicher Studienfächer durchgeführt.

Das Alter der interviewten Personen weist eine Spanweite von 32 bis 62 Jahre auf, männliche und weibliche Probanden waren zu gleichen Teilen vertreten.

Aus den Interviews geht hervor, dass körperliche Bewegung im Berufsalltag als essentiell empfunden wird und ein hohes Gesundheitsbewusstsein vorhanden ist, eine nachhaltige Integration in den Alltag jedoch schwerfällt. Zum einen mangelt es an Motivation zur Umsetzung, zum anderen wird anderen Tätigkeiten eine höhere Priorität eingeräumt. Dementsprechend werden zeitliche Freiräume für Bewegung und gezielte Motivierungsprogramme zur Überwindung des „inneren Schweinehunds“ gefordert. Als übergeordnete Anforderungen an Bewegungsangebote ergaben sich fünf Aspekte:

- (1) Nachhaltigkeit: Maßnahmen sollten langfristig angelegt sein und dauerhaft bestehen.
- (2) Interdisziplinarität: Eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Fachbereichen wird gefordert.
- (3) Information und Kommunikation: Umfassende Begleitinformationen gelten als zentrale Bedingungen für die Akzeptanz und Wahrnehmung von Bewegungsangeboten.
- (4) Umfassende Maßnahmen: Es werden vielfältige Gelegenheiten für die Umsetzung körperlicher Bewegung und gezielte Unterstützung bei der Verhaltensänderung gewünscht.
- (5) Niedrigschwelligkeit: Es besteht das Bedürfnis nach niederschweligen Angeboten, welche ohne großen Aufwand (z. B. Kleidungswechsel, weite Wege) umgesetzt werden können.

Hierbei wurden die möglichst barrierefreie Umsetzung und die Dauerhaftigkeit von Angeboten am häufigsten erwähnt. Die Ergebnisse der Analysen stellen heraus, dass sich das Setting Hochschule insbesondere für eine alltagsintegrierte Bewegungsförderung eignet. Außerdem geht hervor, dass der Fokus speziell auf Angebote moderater körperlicher Bewegung zu legen ist, die gut in den Berufsalltag integrierbar sind. Als unerlässlich wird im Weiteren die Anerkennung von bspw. Bewegungspausen als Arbeitszeit empfunden. Damit kann es möglicherweise gelingen, auch weniger ambitionierte Mitarbeiter zu gewinnen (König et al., 2012, S. 73–79).

3.3 Zusammenfassung und Implikationen

Das Ziel von Kapitel 3 bestand darin, einen Überblick zur bewegungsbezogenen BGF zu verschaffen und die Besonderheiten des Settings Hochschule herauszustellen. Hierfür erfolgte zunächst eine thematische Einordnung in das Feld der BGM, wobei für die eigene Arbeit das BEM und der Arbeitsschutz ausgegrenzt wurden. Als die zentralen Erfolgskriterien der BGF wurden die Faktoren Empowerment, Partizipation, Ganzheitlichkeit und Integration aufgeführt. Darauf bezugnehmend sind BGF-Maßnahmen so zu konzipieren, dass eine Befähigung zu selbstbestimmten, gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen unterstützt wird. Im Weiteren ist es von hoher Relevanz, die Vorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche der Zielgruppe zu berücksichtigen und deren aktive Beteiligung zu fördern. Um einen hohen Erfolg zu erreichen, ist es indes wichtig, ganzheitliche Herangehensweisen zu wählen und die institutionellen Rahmenbedingungen ebenso einzubeziehen, wie die spezifischen Voraussetzungen der Zielgruppe. Darüber hinaus ist BGF als Querschnittsaufgabe zu verstehen und in allen Unternehmensbereichen zu

verankern. Als wesentliche Ansatzpunkte für eine hohe Akzeptanz respektive Zufriedenheit unter den Beschäftigten ist in diesem Zusammenhang die explizite Befürwortung durch Führungskräfte zu betonen. Hierzu gehört, dass die Teilnahme durch die Anerkennung während der Arbeitszeit und Kostenfreiheit des Angebots unterstützt wird. Zur Konzeption konkreter Maßnahmen ist die Orientierung an einem Planungszyklus von großem Vorteil, wobei neben einer umfangreichen Situationsanalyse und detaillierten Planungsphase auch die anschließende Erfolgskontrolle wesentlich ist.

Hinsichtlich des Portfolios an betrieblichen Bewegungsangeboten ist zu resümieren, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Programme existiert. Es ist zu beobachten, dass bestehende Systematisierungen unterschiedliche Schwerpunkte aufweisen und eine einheitliche Strukturierung nicht vorhanden ist. Mit Blick auf die eigene Ziel- und Fragestellung sind vor allem *aufsuchende* Bewegungsangebote erfolgsversprechend, die während des Berufsalltags und in direkter Arbeitsplatznähe realisiert werden. Insofern wird der Ansatz nach Huber (2006) favorisiert.

Aus dem Forschungsstand zur bewegungsbezogenen BGF geht eine mittlere Evidenzlage hervor. Stoffel et al. (2012) sowie Rütten und Pfeifer (2016) empfehlen in Übereinstimmung mit obigen Ausführungen, multifaktorielle Ansätze der Gesundheitsförderung zu wählen und Maßnahmen möglichst auf mehreren Ebenen, d. h. auf Verhaltens- und Verhältnisebene, anzusiedeln. Im Weiteren wird die Form der Bewegungsberatung, idealerweise in Verbindung mit konkreten Bewegungsprogrammen, befürwortet. Im Optimalfall findet ein persönlicher Kontakt mit den Zielpersonen statt (Face-to-Face Kontakte), was durch die Anwendung der Coaching-Methode gegeben ist und u. a. von Göhner und Fuchs (2007) sowie Fuchshuber (2009) als Strategie zur Förderung der Bewegungsaktivität befürwortet wird (vgl. Kapitel 5.3.2).

Für die eigene Arbeit rückt die Institution Hochschule in den Blickpunkt. Unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen, vielfältigen Herausforderungen und spezifischen Rahmenbedingungen sind Konzepte aus der Wirtschaft nicht ohne Weiteres übertragbar. Für das Setting Hochschule sind eigene, passgenaue Maßnahmen der BGF zu konzipieren. Prinzipiell existieren an Hochschulen gute strukturelle Voraussetzungen zur Realisierung von BGF-Angeboten. Mit Blick auf die hohe Komplexität des Settings ist es für eine nachhaltige Implementation wichtig, eine organisatorische Zuständigkeit einzurichten. Sinnvoll erscheint in diesem Zusammenhang die Bildung einer Projektstruktur, welche sich möglichst aus Vertretern unterschiedlicher Hierarchieebenen und Fachbereichen, wie bspw. Sportwissenschaft, Psychologie und Medizin, zusammensetzt. Am KIT bildet das Netzwerk Gesundheit mit je einem Vertreter aus dem medizinischen Dienst und dem IfSS die organisatorische Leitung der BGF. Unterstützt wird das Netzwerk mithilfe eines Lenkungskreises und externer Mitglieder.

Darüber hinaus ist es elementar, die unterschiedlichen Zielgruppen mit ihren jeweiligen Belastungs- und Beanspruchungsprofilen zu berücksichtigen. Im Fokus der eigenen Untersuchung stehen nichtwissenschaftliche und wissenschaftliche Hochschulbeschäftigte. Hinsichtlich der

Arbeitsbedingungen ergeben sich Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede, die konzeptionell einzubeziehen sind. Als wesentliche Belastung zeigt sich statusunabhängig, dass Hochschulmitarbeiter häufig unter Rückenschmerzen, Nacken- und Schulterbeschwerden sowie innerer Unruhe leiden. Hinzu kommt eine deutliche Zunahme beruflicher Belastungen. Während sich nichtwissenschaftliche Beschäftigte gut für Maßnahmen der BGF eignen, sind wissenschaftliche Mitarbeiter aufgrund ihrer Freiräume in der Arbeitszeitgestaltung schwieriger zu gewinnen und bisher eine vernachlässigte Zielgruppe von BGF-Bemühungen.

Um dem Kriterium der Partizipation gerecht zu werden, ist es wichtig, die Bedürfnisse und Wünsche von Hochschulbeschäftigten bei der Maßnahmenkonzeption explizit zu berücksichtigen. Die Analyse von König et al. (2012) bringt hervor, dass seitens Hochschulbeschäftigter ein hohes Bewusstsein für die Notwendigkeit einer ausreichenden Bewegung im Berufsalltag existiert, eine nachhaltige Umsetzung jedoch misslingt. Beschäftigte fordern deshalb Programme, die gut in den täglichen Ablauf integrierbar sind und gezielt dabei helfen, den „inneren Schweinehund“ zu überwinden. Darauf bezugnehmend ist ein Bewegungsangebot zu entwickeln, das (1) gut in den Berufsalltag und das Setting Hochschule integrierbar ist, (2) eine niederschwellige Ausführung in der Gestaltung des Programms berücksichtigt, (3) Nachhaltigkeit und Langfristigkeit gewährleistet, (4) keinen großen Zusatzaufwand erfordert und (5) verschiedene Beschäftigungsgruppen, d. h. wissenschaftliches und nichtwissenschaftliches Personal gleichermaßen anspricht. Mit Blick auf Kapitel 3 werden folgende Implikationen abgeleitet:

Implikationen aus Kapitel 3:

- Berücksichtigung der Kriterien Empowerment, Partizipation, Ganzheitlichkeit und Integration
- Konzeption der Maßnahme in Orientierung an den BGF-Planungszyklus
- Fokussierung auf den Bereich der *aufsuchenden Gesundheitsförderung*
- Befürwortung von multifaktoriellen Ansätzen und Beratungsprogrammen
- Konzentration auf die Zielgruppe nichtwissenschaftlicher und wissenschaftlicher Beschäftigter an Hochschulen
- Förderung von alltagsintegrierten Bewegungsprogrammen und gezielte Unterstützung in der Realisierung körperlicher Aktivität am Arbeitsplatz

Ein vielversprechender Ansatz, der die formulierten Ansprüche der BGF einbezieht und ebenso die Bedürfnisse der Beschäftigten berücksichtigt, besteht gemäß der *aufsuchenden Gesundheitsförderung* in der Etablierung von Bewegungskurzinterventionen²³ am Arbeitsplatz. Nachstehendes Kapitel 4 setzt sich mit diesem Ansatz intensiv auseinander.

²³ Die beiden Begriffe „Bewegungspause“ und „Bewegungskurzintervention“ werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet.

4 Bewegungskurzinterventionen am Arbeitsplatz – Eine Bestandsaufnahme

Als wesentlicher Baustein der nachfolgenden Abschnitte ist zunächst die Auseinandersetzung mit den zentralen Merkmalen von Arbeitspausen im Allgemeinen zu nennen, bevor die Besonderheiten aktiver Pausen herausgestellt werden (4.1). Daran anknüpfend wird der aktuelle Forschungsstand zu Bewegungskurzinterventionen detailliert aufgearbeitet. Hierfür wird eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt und ausgewertet (4.2). In Kapitel 4.3 erfolgt eine Bestandsaufnahme zu existierenden Bewegungspausenkonzepten an deutschen Hochschulen, wobei zunächst der *Pausenexpress* als Maßnahme des Allgemeinen Deutschen Hochschulsports (adh) vorgestellt wird. Darauf aufbauend steht in Kapitel 4.3.2 die Darstellung der *Aktivpause* des KIT als Untersuchungsgegenstand der eigenen Arbeit im Mittelpunkt. Den Abschluss bildet eine Bestandsaufnahme zu weiteren Bewegungspausenkonzepten an deutschen Hochschulen (4.3.3).

4.1 Relevanz und Merkmale von Bewegungskurzinterventionen

Regelmäßige Pausen im beruflichen Alltag stellen eine wichtige Regenerationsquelle dar, um auftretenden Belastungssituationen entgegenzuwirken und die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen bzw. aufrechtzuerhalten. Die Bedeutung von Pausen zum Ausgleich beruflicher Belastungs- und Beanspruchungsfolgen ist seit vielen Jahren bekannt (Ulich, 2001). Bereits Graf, Rutenfranz und Ulich (1970, S. 250) definierten Arbeitspausen als „Arbeitsunterbrechungen verschiedener Länge, die zwischen zwei in einer Arbeitsschicht vorkommenden Tätigkeitszeiten auftreten und der Erholung des Arbeiters dienen“.

Mit dem Arbeitszeitgesetz (§ 4 ArbZG) existieren konkrete Vorgaben zur Regelung von Arbeitspausen. Demzufolge dürfen Arbeitnehmer nicht länger als sechs Stunden am Stück ohne eine Ruhepause von mindestens 30 Minuten arbeiten. Bei einer Gesamtarbeitszeit von über neun Stunden ist eine Mindestpausenzeit von 45 Minuten vorgeschrieben. Darüber hinaus gelten in einigen Branchen weitere spezifische Vorgaben. In diesem Zusammenhang sind bspw. die Lenkzeiten bei Berufskraftfahrern zu erwähnen (Pardion & Lazar, 2017, S. 7; Scholz, 2016, S. 217).

Wendsche (2015) teilt Arbeitspausen gemäß ihrer zeitlichen Dauer wie folgt ein:

- Mikropausen (< 1 Minute)
- Minipausen (1 bis 5 Minuten)
- Kurzpausen (5 bis 10 Minuten)
- Längere Pausen (> 10 Minuten)

Der positive Nutzen einer Pause nimmt mit fortschreitender Dauer ab. Häufige, kurze Pausen sind infolgedessen wenigen, langen Auszeiten vorzuziehen (Ahlers & Trautwein-Kalms, 2004; Paridon, 2015; Ulich & Strasser, 2010).

So heißt es in den Leitsätzen der Norm DIN EN ISO 10075-2:000: „Aufgrund der exponentiellen Beziehung zwischen der Dauer der ununterbrochenen Arbeit und der Ermüdung sowie des exponentiellen Erholungsverlaufes sind kurze Pausen nach kurzen Arbeitsabschnitten längeren Pausen nach längeren Arbeitsabschnitten vorzuziehen“ (BAuA, 2004). Dies wird durch Erkenntnisse aus der Arbeits- und Organisationspsychologie gestützt, denen zufolge sich „(...) zusätzliche Erholzeiten von 5 bis 10 Minuten je Stunde in der Regel als *lohnende* Kurzpausen erweisen“ (Oppolzer, 2006, S. 321). Das bedeutet, dass der resultierende Arbeitszeitenverlust im Anschluss an eine Pause nicht nur durch ein erhöhtes Arbeitsvermögen kompensiert, sondern darüber hinaus eine Mehrleistung ermöglicht wird. Außerdem ist eine erhöhte Produktivität im Zeitraum vor Pausen zu beobachten, sodass der positive Effekt in doppelter Hinsicht entsteht. Auch Wendsche und Wege (2014) raten, bei kognitiven Arbeiten zumindest alle zwei Stunden eine Arbeitsunterbrechung von zehn bis 15 Minuten zu integrieren. Für repetitive Arbeiten wird empfohlen, alle 30 Minuten eine Minipause von einer Minute einzulegen.

Oppolzer (2006) kommentiert, dass sich Ermüdung und Erholung innerhalb eines Tages ausgleichen und regelmäßig abwechseln sollten. Je weiter die Regenerationsphasen auseinanderliegen, desto größer ist die resultierende Erholungsschuld. Der Bedarf steigt außerdem mit zunehmender Intensität und Dichte der Arbeit. Kurzfristige und regelmäßige Unterbrechungen der Arbeit wirken der Kumulation von Ermüdung entgegen. Um langfristige Folgen, wie bspw. chronische Übermüdung und Erschöpfung sowie Schädigungen der Gesundheit zu vermeiden, wird empfohlen, belastungsnahe Ausgleichssituationen zu schaffen und alltägliche Erholungsprozesse einzubauen. Von hoher Bedeutsamkeit ist hierbei, dass Vorgesetzte das Einhalten regelmäßiger Arbeitspausen befürworten und für die Thematik sensibilisieren (Ulich & Wülser, 2012). Vor dem Hintergrund, dass ungefähr ein Viertel der Arbeitnehmer ihre Pausen regelmäßig ausfallen lassen, ergibt sich eine besondere Relevanz (BIBB/BAuA-2012, 2014).

Um die erholende Wirkung zu unterstützen, sollte die Pausenform dafür geeignet sein, verbrauchte Ressourcen wiederherzustellen und eingetretene Beanspruchungen zu kompensieren. Hierfür ist es unerlässlich, tätigkeits- und inhaltsbezogene Belastungen in der Pausengestaltung zu berücksichtigen: Während sich bei handwerklichen Aufgaben und starken körperlichen Anstrengungen passive Erholungsphasen, bspw. in Form einer Ruhepause anbieten, sind konzentrierte Schreibtisch Tätigkeiten idealerweise mittels aktiver Steh- und Bewegungsblöcke zu kompensieren (Eder & Wendsche, 2014; Mandalka et al., 2018; Scholz, 2016, S. 217). Sofern das Ziel darin besteht, die kognitive Leistungsfähigkeit oder Wachheit wiederherzustellen, sind nach Hey et al. (2012) aktive Pausen im Vergleich zu passiven Erholungsformen vorzuziehen.

Mit Blick auf die Zielgruppe der Hochschulbeschäftigten sind aufgrund der Dominanz von sitzenden Tätigkeiten vor dem Computer aktive Erholungsformen zu bevorzugen (vgl. Kapitel 3.2.). Diese bieten im Vergleich zu regulären Arbeitspausen zusätzliche Gesundheitspotentiale:

So kann der Forderung nachgegangen werden, sedentäres Verhalten zu reduzieren und körperliche Inaktivitätsphasen belastungsnah auszugleichen (vgl. Kapitel 2.1).

Rutten et al. (2013, S. 2) befürworten ebensolche Interventionsformen als ideale Möglichkeit zur Unterbrechung von Sitzzeiten und der Reduktion von körperlicher Inaktivität:

It would be ideal if an intervention managed to introduce habits promoting the interruption of prolonged sitting which become part of daily routines. Such an intervention should ideally be simple, should not require much cognitive energy, and should be easy to perform. (Rutten et al., 2013, S. 2)

Auch Kanning und Schlicht (2006, S. 173) betonen die Mehrwerte aktiver Pausenformen:

Jeder nehme sich aufgrund des natürlichen Erholungsbedürfnisses unbewusst eine Auszeit, die häufig mit Nebentätigkeiten oder Passivität gefüllt wird. Einen höheren Erholungswert hätten allerdings körperlich aktive Pausen, durch die man effektiver die individuelle Leistungsfähigkeit aufrechterhalte.

Bewegungskurzinterventionen am Arbeitsplatz sind als verhaltenspräventive Maßnahmen dem Bereich der bewegungsorientierten BGF und hierin der *aufsuchenden Gesundheitsförderung* zuzuordnen. Durch die Realisierung direkt vor Ort, also im Büro der Beschäftigten, wird die Schwelle zur aktiven Teilnahme tief gesetzt und ebenfalls eine Wirkung auf Verhältnisebene erzielt (Gohres & Kolip, 2017, S. 208). Charakteristisch für Bewegungspausen ist ferner, dass der Arbeitsprozess kurzzeitig und organisiert mit dem Ziel einer ausgleichenden Bewegungsaktivität unterbrochen wird. Dabei sollte der Zeitpunkt in Abhängigkeit vom täglichen Ermüdungsverlauf der Mitarbeiter gewählt und Bewegungsinhalte den spezifischen Arbeitsbelastungen angepasst werden. Als Erfolgsfaktoren werden eine weite Verbreitung, leichte Zugänglichkeit sowie ein deutlicher Wiedererkennungswert des Angebots genannt. Die Teilnahme an Bewegungspausen erfolgt auf freiwilliger Basis und ist als bezahlte oder unbezahlte Pause möglich (Mess, 2008). In den meisten Unternehmen, in denen ein entsprechendes Programm bereitgestellt wird, führen Fachkräfte Lockerungs-, Dehnungs- und Kräftigungsübungen und/oder kleine Spiele mit dem vorrangigen Ziel der Haltungsprävention durch (Allmer, 2004; Scholz, 2016).

Verschiedene Autoren betonen, dass Maßnahmen der BGF häufig an der schlechten Erreichbarkeit der Zielgruppe scheitern und körperlich inaktive Personen die für sie konzipierten Bewegungsprogramme selten in Anspruch nehmen. Um dieser Gefahr zu begegnen, sollte die Teilnahme idealerweise während der Arbeitszeit gewährt werden. Zu beachten ist allerdings, dass durch eine solche Ausrichtung vergleichsweise hohe Kosten entstehen (Fuchs, 2003; Mess et al., 2015; Taylor et al., 2010). In der Regel sprechen sich die Betriebe dafür aus, die Idee der Bewegungspause anzuerkennen und umzusetzen, doch ist von einer Selbstverständlichkeit immer noch nicht auszugehen.

Bewegungspausen vereinen die Gesundheitswirkung durch körperliche Aktivierung mit den positiven Effekten, die sich durch die Erholung von der kognitiven Leistung einstellen. Weitere Vorteile sind nach Scholz (2016) durch die Ablenkungs-, Deaktivierungs- und Kommunikationsfunktion denkbar. So wird die kognitive Beanspruchung auf die motorische Ebene verschoben (Ablenkungsfunktion) und der Abbau von Stress begünstigt (Deaktivierungsfunktion). Insbesondere bei der Ausführung von Bewegungspausen in der Gruppe sind außerdem positive soziale Wirkungen zu erwarten (Kommunikationsfunktion).

Um die Effekte von Kurzbewegungsprogrammen am Arbeitsplatz differenziert einschätzen und Wirkungsparameter formulieren zu können, ist es unabdingbar, die Ergebnisse vorhandener Studien zu analysieren. Im folgenden Kapitel wird dementsprechend der Forschungsstand zu Bewegungskurzinterventionen am Arbeitsplatz detailliert dargestellt.

4.2 Aktueller Forschungsstand zu Bewegungskurzinterventionen

Zur Analyse des aktuellen Forschungsstands wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Grundlage bildete das Review von Barr-Anderson et al. (2011), der einen allgemeinen Überblick zur Effektivität von Bewegungskurzinterventionen in Schulen, religiösen Institutionen und Betrieben verschafft. Die überwiegende Anzahl der im Review einbezogenen Studien sind für das Setting Schule zu finden (25 publizierte Artikel). Die 11 auf den Arbeitsplatz ausgerichteten Untersuchungen wurden auf ihre Passgenauigkeit für die vorliegende Arbeit untersucht. Ausgeschlossen wurden diejenigen Studien, die nicht auf die Durchführung von Gymnastik- und/oder Fitnessübungen fokussiert sind. Über diesen Weg konnten für die eigene Arbeit sieben Studien identifiziert werden.

Um weitere Studien zu generieren, wurden die Datenbanken Google Scholar, Pubmed, Web of Science, PsychINFO und SPORTDiscus für den Zeitraum 2010 bis Mai 2016 nach passenden Veröffentlichungen durchsucht (*Stand: 31.05.2016*)²⁴.

Für die Literaturrecherche wurden fünf Einschlusskriterien festgelegt:

- *Aufsuchender* Charakter der Studie und Durchführung im Setting Betrieb
- Fokussierung auf die Zielgruppe Mitarbeiter
- Durchführung von Gymnastik- und/oder Fitnessübungen am Arbeitsplatz (nicht: Ergonomie, Wellness, Entspannung, Massage)
- Dauer der Maßnahme von drei bis maximal 20 Minuten pro Einheit
- Zeitraum der Veröffentlichung 2010 bis Mai 2016

Die Suche in den Literaturdatenbanken erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurde anhand einzelner Stichwörter und deren Kombination eine einfache Recherche vorgenommen.

²⁴ Für die Zeit vor 2010 wurde auf das systematische Review von Barr-Anderson, AuYoung, Whitt-Glover, Glenn und Yancey (2011) zurückgegriffen.

Daran anschließend wurden Verknüpfungen der Begriffe erarbeitet und auf Basis des Überblicksartikels von Mess et al. (2015) ein komplexer Suchbegriff entwickelt, welcher auf jeder Ebene verwandte Suchbegriffe berücksichtigt (vgl. Tabelle 2):

Tabelle 2: Verwendeter Suchterm für die Literaturrecherche mod. nach Mess et al. (2015, S. 224-225)

Ort	firm OR business* OR concern* OR enterprise OR company OR factory
Wer	staff* OR employee* OR assistant OR colleague OR contributor OR cooperater OR collaborator OR worker*
Wo	job OR place of work OR employment OR office OR bureau OR desk OR fabrication OR manufacturing OR production OR workplace based OR worksite-based
Gesundheit	health* OR physical health OR mental health
Programm	health promotion OR workplace program* OR intervention OR work health promotion program* OR physical activity break* OR short bout* OR brief bout*

In einem weiteren Schritt wurden die relevanten Publikationen auf weiterführende Referenzen und Quellen überprüft. Diese wiederum wurden in den genannten Datenbanken auf Zitationen untersucht, sodass für die vorliegende Arbeit drei zusätzliche Studien identifiziert werden konnten. Insgesamt kamen folglich zehn Studien zum Einsatz (vgl. Tabelle 3)

Tabelle 3: Übersicht der einbezogenen Studien zu Bewegungskurzinterventionen am Arbeitsplatz

Autor	Titel
Pronk et al. (1995)	Impact of a daily 10-minute strength and flexibility program in a manufacturing plant.
Balci et al. (2003)	The Effect of work-rest schedules and type of task on the discomfort and performance of VDT users.
Crawford et al. (2004)	Walking the talk: Fit WIC wellness programs improve self-efficacy in pediatric obesity prevention counseling.
Yancey et al. (2004)	The Los Angeles Lift Off: a sociocultural environmental change intervention to integrate physical activity into the workplace.
Yancey et al. (2006)	Putting Promotion into practice: the African Americans building a legacy of health organizational wellness program.
Galinsky et al. (2007)	Supplementary breaks and stretching exercises for data entry operators: a follow-up field study.
Lara et al. (2008)	Pausa para tu Salud: reduction of weight and waistlines by integrating exercise breaks into workplace organizational routine.
Taylor et al. (2010)	The Booster Break program: Description and feasibility test of a worksite physical activity daily practice.
Macedo et al. (2011)	On the effects of a workplace fitness program upon pain perception: a case study encompassing office workers in a Portuguese context.
Jakobsen et al. (2015)	Musculoskeletal pain among healthcare workers: a cluster randomized controlled trial.

Die Interventionen wurden größtenteils in Bundesstaaten der USA durchgeführt (acht Studien), sowie jeweils eine Studie in Portugal und Dänemark. Alle Publikationen sind in englischer Sprache verfasst. Nachfolgende Tabelle 4 gibt einen Überblick zum jeweiligen Studiendesign, der Anzahl der Probanden sowie der Dauer der Interventionen.

Tabelle 4: Überblick zu Studiendesign, Probandenanzahl und Dauer der Interventionen

Merkmale	Anzahl Studien
Studiendesign	
RCT	5
Quasi-Experiment	5
Anzahl der Probanden	
N=1-25	2
N=26-100	3
N>100	5
Dauer der Intervention	
1 Tag	2
6 bis 12 Wochen	3
6 bis 8 Monate	3
> 1 Jahr	2
Dauer der Bewegungspausen	
1 bis 5 min	2
6 bis 10 min	4
11 bis 15 min	4

In den folgenden Abschnitten erfolgt zunächst eine chronologische Vorstellung der Studien, bevor in einer Synthese die wesentlichen Erkenntnisse konkludiert werden.

Eine der ersten Publikationen zum Forschungsfeld der *aufsuchenden Gesundheitsförderung* veröffentlichte Pronk, Pronk, Sisco, Ingalls und Ochoa (1995). Ziel der Studie war es, die Wirkung eines zehnmütigen Fitnessprogramms auf die Bereiche Kraft, Beweglichkeit, Stimmung und beruflichen Stress von Fabrikmitarbeitern zu untersuchen. Über einen Zeitraum von sechs Wochen wurde zunächst eine Pilotstudie anhand eines kontrollierten Prä-Post-Designs (N=19) durchgeführt, bevor die halbjährige Hauptstudie mit der Interventionsgruppe (IG) startete (N=210). Die Mitarbeiter wurden täglich zu einer zehnmütigen Bewegungspause angeleitet, welche insbesondere aus Kraft- und Beweglichkeitsübungen bestand. Während der Pilotstudie konnte die Kontrollgruppe (KG) lediglich in Hinblick auf das Selbstwertgefühl Verbesserungen erzielen, wobei sich die IG hinsichtlich Kraft, Beweglichkeit und Parametern der Stimmung steigerte. In der Hauptstudie verbesserten sich die Teilnehmer der IG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt bei allen Beweglichkeitstests und vier der acht Stimmungsbereiche. Bezüglich des Krafttests sowie der Stressskala resultierten keine signifikanten Verbesserungen. Die wichtigste Erkenntnis der Studie ist, dass bei einer täglichen, zehnmütigen Bewegungspause sowohl Steigerungen in der Beweglichkeit als auch der psychischen Gesundheit erzielbar sind.

Balci und Aghazadeh (2003) untersuchten in einem eintägigen, kontrollierten Experiment (N=10) das optimale Verhältnis von Arbeits- und Pausenzeiten. Hierfür wurden für eine Gesamtarbeitszeit von zwei Stunden und eine Gesamtpausenzeit von 30 Minuten drei Gruppen mit unterschiedlichen Arbeits-Pausen-Verhältnissen gebildet:

Gruppe 1 führte nach jeweils 60 Minuten Arbeit zehn Minuten Pause durch (Gruppe „60/10“) und Gruppe 2 pausierte nach 30 Minuten für je fünf Minuten (Gruppe „30/5“). Gruppe 3 unterbrach die Arbeitszeit mit vier Kurzpausen pro Stunde, wobei am Ende der zwei Arbeitsstunden 14 Minuten Pause gemacht wurde (Gruppe „15/Mikro“). Während der Pausen wurden einfache Dehnungsübungen ausgeführt. Die Gruppen wurden hinsichtlich der Parameter Dateneingabegeschwindigkeit, Korrektheit einfacher Rechenaufgaben und Schmerzempfinden (z. B. Augenschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Schwindelgefühl) verglichen. Ein zentrales Ergebnis der Studie ist, dass das Verhältnis von Arbeit und Pausen einen signifikanten Einfluss auf die Arbeitsleistung und die Wahrnehmung von körperlichen sowie psychosozialen Beschwerden ausübt. Die Gruppe „15/Mikro“ erzielte die höchste Dateneingabegeschwindigkeit und Richtigkeit der gestellten Rechenaufgaben und klagte darüber hinaus über die geringsten Beschwerden in den unteren Extremitäten. Die Gruppe „30/5“ wies die geringsten Augenschmerzen auf. Hinsichtlich weiterer psychosozialer Parameter wurden keine signifikanten Unterschiede der Pausenformen festgestellt.

In der kontrollierten Längsschnittstudie von Crawford, Gosliner, Strode und Samuels (2004) nahmen Mitarbeiter einer Non-Profit-Organisation an einem Gesundheitsförderungsprogramm (Pilotstudie) teil, welches Bewegungspausen in Meetings als ein Baustein des Gesamtkonzepts integrierte (N=51). Die Mitarbeiter berichteten, dass sie das Arbeitsumfeld dabei unterstützt, eine gesündere Essenswahl zu treffen ($p < .001$) und sportlich aktiv zu sein ($p < .001$). Ein weiteres signifikantes Ergebnis besteht darin, dass nach der Intervention 96 % der Probanden der körperlichen Aktivität eine höhere Relevanz zuschrieben als vorher ($p < .05$).

Yancey et al. (2004) integrierten ein zehnminütiges Aktivitätsprogramm in den beruflichen Alltag (N=449) und erforschten anhand eines randomisierten und kontrollierten Designs mittels Posttest die Parameter Teilnahmequote von bislang inaktiven Beschäftigten, subjektive Gesundheit, Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Fitness sowie die Stimmung (u. a. Depression, Angst, Konzentrationsfähigkeit). Das Aktivitätsprogramm wurde in über 60 Minuten dauernden Sitzungen initiiert. Per Fragebogen wurden direkt im Anschluss an 26 Sitzungen (11 Interventionssitzungen, N=189 und 15 Kontrollsitzen, N=260) die Effekte des Aktivitätsprogramms untersucht. Bedeutsame Ergebnisse zeigten sich vor allem hinsichtlich der motivationalen und stimmungsbezogenen Parameter: Die inaktiven Mitarbeiter der IG waren im Vergleich zu den Inaktiven der KG weniger zufrieden mit ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und schätzten ihre subjektive Gesundheit weniger gut ein. Analoge Effekte zeigten sich hinsichtlich der Stimmungsparameter. Ein möglicher Erklärungsansatz der Autoren besteht darin, dass sich die Inaktiven der IG nach dem Bewegungsprogramm direkt mit ihren aktiven, fitten Kollegen verglichen und dadurch für den eigenen Fitness- und Gesundheitszustand sensibilisiert wurden.

Yancey et al. (2006) integrierten in Anlehnung an das „Lift Off“ Programm (Yancey, 2004) in ein wöchentlich stattfindendes 30-minütiges Programm zur aktiven Gesundheitsförderung zehnmünütige Bewegungspausen. Diese wurden in 46 Non-Profit-Organisationen teilweise sechs, teilweise 12 Wochen lang angeleitet (N=700). Vorrangiges Ziel war es, körperlich-sportliche Aktivität und gesunde Ernährung in den Arbeitsalltag und das soziale Leben der Mitarbeiter zu integrieren und eine langfristige Verhaltensänderung herbeizuführen. Hierfür wurden drei verschiedene Bewegungspausen entwickelt, welche aus Aerobic-, Kräftigungs- und/oder Dehnungsübungen bestanden und mithilfe motivierender Musik angeleitet wurden. Die Bewegungspausen wurden schriftlich und audiovisuell fixiert und im Anschluss an das Programm allen Teilnehmern zur eigenständigen Umsetzung ausgehändigt. Aus den Resultaten geht hervor, dass depressive Empfindungen signifikant reduziert werden konnten ($p < .001$). Bei den Teilnehmern des 12-Wochen-Programms verringerte sich außerdem der BMI ($-0,5\text{kg/m}^2$, $p = .08$), Teilnehmer des 6-Wochen-Programms steigerten ihre Sportaktivität signifikant ($p < .001$). Die Autoren berichten, dass die Studie aufgrund fehlender Ressourcen nicht wie angedacht bis zum Ende durchgeführt wurde.

Ziel der Replikationsstudie von Galinsky et al. (2007) war die Untersuchung der Frage, inwiefern es durch Zusatzpausen möglich ist, Beschwerden und Augenschmerzen von PC-Arbeitern zu verringern bzw. deren Dateneingabegeschwindigkeit zu erhöhen (N=51). Hierfür wurden randomisiert zugeordnete „Aktivgruppen“ (N=21) gebildet, die über einen Zeitraum von vier Wochen ihre regulären zwei 15-Minuten-Pausen durch vier zusätzliche Fünf-Minuten-Pausen (pro Stunde eine Zusatzpause von fünf Minuten) erweiterten. In diesen Zusatzpausen sollten neun zusammengestellte Dehnungsübungen für die Bereiche Nacken und Schultern, Rücken und die unteren Extremitäten ausgeführt werden. Die „Passivgruppe“ (N=30) erhielt ebenfalls Zusatzpausen, gestaltete diese jedoch passiv. Im Ergebnis gingen die zusätzlichen Pausen mit geringeren Beschwerden und Augenschmerzen einher und führten zu einer signifikant höheren Dateneingabegeschwindigkeit ($p < .001$), und zwar unabhängig der Studiengruppe. Das bedeutet: Die insgesamt zusätzlichen 20 Minuten Pause verursachten trotz der geringeren Gesamtarbeitszeit keine Verringerung der Arbeitsproduktivität. Durch die Dehnungsübungen konnten keine zusätzlichen Effekte nachgewiesen werden. Bei der Ergebnisinterpretation ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Übungen nur selten (25 % bis 39 %) durchgeführt wurden.

Im Rahmen der Längsschnittstudie von Lara et al. (2008) wurden N=271 Beschäftigte über ein Jahr bei der Einführung einer täglichen zehnmünütigen Bewegungspause begleitet. Ziel war es, die Effekte bezüglich verschiedener Gesundheitsparameter (z. B. Veränderungen im BMI, Gewicht oder Hüftumfang) zu eruieren. Im Rahmen der Intervention wurden täglich „Exercise-Breaks“, bestehend aus variierenden Dehnungsübungen sowie Tanzbewegungen, angeleitet. Als Startsignal wurden Durchsagen initiiert und eine charakteristische Musik abgespielt.

Die Übungsinhalte wurden mit ansteigendem Fitnesslevel der Mitarbeiter intensiviert. Weitere Maßnahmen der Intervention waren die Ausgabe von Übungsmaterial und -beschreibungen, Aufforderungen zur Treppennutzung sowie Empfehlungen für körperliche Aktivitäten außerhalb der Arbeitszeit. Relevante Ergebnisse ergaben sich insbesondere hinsichtlich physischer Parameter: Von T1 zu T2 konnten das Gewicht ($p=.026$), der BMI ($p=.047$; lediglich bei Männern signifikant) und der Taillenumfang ($p=.009$) sowie der diastolische Blutdruck ($p=.042$; lediglich bei Frauen signifikant) reduziert werden.

Macedo, Trindade, Brito und Socorro Dantas (2011) erforschten in ihrer achtmonatigen Interventionsstudie die Effekte eines dreimal wöchentlich stattfindenden 15-minütigen Bewegungsprogramms ($N=50$) zur Reduktion des Schmerzempfindens. In die Auswertung eingeschlossen wurden alle Mitarbeiter, die über Schmerzen im Rückenbereich klagten. Die IG ($N=29$) zeigte Besserungen im Schmerzempfinden, während in der KG ($N=21$) keine statistisch bedeutsamen Veränderungen resultierten. Auch für das Arbeitsklima wurden positive Effekte festgestellt.

Auf Grundlage eines theoretischen Beitrags aus dem Jahr 2005 analysierten Taylor et al. (2010) in ihrer sechsmonatigen Interventionsstudie die Implementation des *Booster Break* Programms in einem Kleinunternehmen. Das Programm bestand aus einer täglich von „Kollegen für Kollegen“ angeleiteten 15-minütigen Bewegungspause. Vorrangiges Ziel war es, das Bewegungsverhalten der Beschäftigten zu steigern. Analysiert wurden Daten zur körperlichen Aktivität, Parameter der Verhaltensänderung (u. a. Selbstwirksamkeit, Freude, Barrieren und soziale Unterstützung), Lebensqualität, Stress, physische Faktoren (BMI, Blutdruck) sowie Daten zu den Gruppenleitenden (u. a. Instruktion, Demonstration, Motivationsfähigkeit). Mit der Intervention konnten Veränderungen im Aktivitätsverhalten nachgewiesen werden, bspw. eine verringerte Sitzzeit von 600 auf 394 Minuten sowie eine objektiv und subjektiv erfasste Aktivitätssteigerung. Der HDL Cholesterin-Wert sowie das Gewicht verringerten sich deskriptiv. Auch im Bereich der sozialen Unterstützung wurden deskriptiv Verbesserungen erzielt. Für die Determinanten der Verhaltensänderung konnten keine positiven Veränderungen festgestellt werden.

Eine aktuelle, randomisierte und kontrollierte Studie von Jakobsen et al. (2015) verglich die Effektivität eines zehnwöchigen Kurztrainingsprogramms zur Reduktion von Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen, das fünfmal pro Woche für jeweils zehn Minuten während der Arbeitszeit oder zu Hause in der Freizeit durchzuführen war. Ziel des Trainings war es, die untere Rückenmuskulatur sowie die Schulter- und Nackenmuskulatur zu kräftigen und die Stabilität der Körpermitte zu steigern. Die beiden Studiengruppen ($N=200$) führten unterschiedliche Trainingsprogramme durch: Die Gruppe „Work“ trainierte mittels High-Intensity Krafttraining unter Zuhilfenahme von Therabändern und Kettlebells. Von zehn möglichen Übungen konnten für jede Trainingseinheit vier bis sechs Übungen ausgewählt werden. Zusätzlich wurden zur Motivation und Unterstützung der Probanden fünf Beratungssitzungen mit einer Dauer von jeweils 30-45 Minuten initiiert. Die Gruppe „Home“ erhielt eine umfangreiche Trainingseinweisung und

Übungsposter sowie Therabänder zur Durchführung der Trainingseinheiten. Neben dem Ziel der Schmerzreduktion wurden Veränderungen der letzten 10 Wochen hinsichtlich des allgemeinen Wohlbefindens und des Gesundheitsverhaltens sowie der Job-Zufriedenheit untersucht. Die Rückenschmerzen gingen bei der „Work“-Gruppe signifikant stärker zurück ($p=.02$) und die Kraftfähigkeit verbesserte sich signifikant stärker ($p<.001$). Die Gruppe „Work“ absolvierte durchschnittlich 2.2 Trainingsprogramme pro Woche, die Gruppe „Home“ lediglich 1.0 der fünf empfohlenen Einheiten. Damit einher geht eine Teilnahmequote von 45 % („Work“-Gruppe) bzw. 21 % („Home“-Gruppe). Dieser Unterschied erwies sich als statistisch signifikant ($p<.001$). Nachfolgende Tabelle 5 gibt einen Überblick zu den Ergebnissen der inkludierten Studien.

Tabelle 5: Überblick zum aktuellen Forschungsstand von Bewegungskurzinterventionen am Arbeitsplatz

Parameter	Autoren	Ergebnisse	
		<i>signifikant</i>	<i>nicht signifikant</i>
Physische Belastungs-Symptome			
Blutdruck BMI Gewicht Hüftumfang Augen Nacken/Rücken Schulter/Armsystem Obere/untere Extremitäten	Balci et al. (2003)	<ul style="list-style-type: none"> • 15/Mikro: geringste Beschwerden bzgl. Nacken, Rücken und Hüfte ($p<.05$) • 30/5: geringste Augenbeschwerden, gefolgt von 15/Mikro ($p<.05$) • 60/10 höchste Beschwerden in allen Bereichen (Nacken, Schulter, Rücken, Knie, Hüfte) ($p<.05$) 	
	Yancey et al. (2006)		<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion BMI ($-0,5\text{kg}/\text{m}^2$)/$p=.08$ (TN 12-Wochen-Programms)
	Galinsky et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion Augenschmerzen ($p<.0002$) • Reduktion der Beschwerden in allen Bereichen (geringe Reduktion) ($p<.05$) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Einfluss durch die Dehnungsübungen während der Pause
	Lara et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion BMI ($z=-2,35$, $p=.019$) • Reduktion Gewicht ($z=-2,22$, $p=.026$) • Reduktion Hüftumfang (Männer: 1,9cm, $z=-4,06$, $p>.0005$; Frauen: 1,4cm, $z=-2,12$, $p=.034$) • Diastolischer Blutdruck (Frauen: $z=-2,04$, $p=.042$) 	
	Taylor et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion HDL Cholesterin ($p=.04$) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gewicht (-14 Pfund) ($p=.95$)
	Macedo et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der Schmerzen im Rücken und rechten Handgelenk ($p<.005$) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen im Nacken, linkes Handgelenk, Oberschenkelrückseite
	Jakobsen et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion Rückenschmerzen der "Work"-Gruppe im Vgl. zur "Home"-Gruppe ($p=.02$) • Reduktion der Einnahme von Schmerzmittel der "Work"-Gruppe ($p=.05$) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Unterschiede der Gruppen bzgl. Nacken-/Schulterschmerzen
	Physische Gesundheits-Ressourcen		
Beweglichkeit Koordination Kraft	Pronk et al. (1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Handgelenkflexion und -extension, Beweglichkeit des unteren Rückens ($p<.005$) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendenzielle Verbesserungen der Kraft
	Jakobsen et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung Muskelkraft der "Work"-Gruppe im Vgl. zur "Home"-Gruppe ($p<.001$) 	

Parameter	Autoren	Ergebnisse	
		<i>signifikant</i>	<i>nicht signifikant</i>
Psychosoziale Belastungs-Symptome			
Angst	Pronk et al. (1995)	• Verringerung Müdigkeit, Ärger, negative Gefühle (p<.005)	• Tendenzielle Verbesserungen des Stressempfindens
Depressionen	Balci et al. (2003)	• 60/10: Höchste Nervosität (p<.005)	• Kein Unterschied der Pausenformen bei den anderen Parametern
Spannungszustände	Yancey et al. (2006)	• Reduktion von Spannungszuständen und negativen Gefühle (p=.00) (TN 12-Wochenprogramm)	• Reduktion von Spannungszuständen und negativen Gefühle (TN 6-Wochenprogramm)
Stressempfinden	Taylor et al. (2010)		• Stressempfinden
Negative Gefühle			
Kopfschmerzen			
Müdigkeit			
Nervosität			
Schwindelgefühle			
Psychosoziale Gesundheits-Ressourcen			
Energie	Pronk et al. (1995)	• Verringerung der Stimmung (p<.005)	• Tendenzielle Verbesserungen des Stressempfindens
Heiterkeit	Yancey et al. (2004)	• Inaktive der KG: Geringere Zufriedenheit mit der körperlichen Leistungsfähigkeit (p<.02); fühlen sich energischer als inaktive der IG (p<.001)	
Stimmung/Wohlbefinden	Taylor et al. (2010)		• Spass • Lebensqualität • Soziale Unterstützung
Selbstwirksamkeit	Jakobsen et al. (2015)	• Steigerung Wohlbefinden und Energie der "Work"-Gruppe im Vgl. zur "Home"-Gruppe (p<.005)	
Soziale Unterstützung			
Bewegungs- und Gesundheitsverhalten			
Barrieren Sportaktivität	Yancey et al. (2004)	• Inaktive der KG: schlechtere Einschätzung des Gesundheitszustands (p<.05)	
Gesundheitsverhalten und -überzeugung	Yancey et al. (2006)	• Zunahme Sportaktivität (+0,3/p=.00) (TN 6-Wochen-Programm)	• Sportaktivität (TN 12 Wochenprogramm) • Gehaktivitäten
Sitzverhalten	Taylor et al. (2010)	• Steigerung der körperlichen Aktivität	• Barrieren • Selbstvertrauen
Steigerung	Jakobsen et al. (2015)	• Reduktion Sitzzeit (600 auf 394 min) • Steigerung Trainingswunsch der "Work"-Gruppe im Vgl. zur "Home"-Gruppe (p<.005)	• Eigenes Bewegungsverhalten am Arbeitsplatz
Körperliche/sportliche Aktivität			
Arbeitsverhalten und -verhältnisse			
Arbeitsproduktivität	Balci et al. (2003)	• 15/Mikro: höchste Dateneingabegeschwindigkeit und Richtigkeit der Aufgaben (p<.05)	
Arbeitsleistung	Crawford et al. (2004)	• Arbeitsumfeld unterstützt bzgl. gesunder Essenswahl (p<.001) und sportlicher Aktivität (p<.01)	
Arbeitsklima	Galinsky et al. (2007)	• Erhöhung Dateineingabegeschwindigkeit	• Kein Einfluss durch die Dehnungsübungen während der Pause
Konzentration	Macedo et al. (2011)	• Verbesserung Arbeitsklima (p<.05)	
Soziales Comittment	Jakobsen et al. (2015)	• Steigerung Arbeitszufriedenheit und Sozialverhalten mit Kollegen der "Work"-Gruppe im Vgl. zur "Home"-Gruppe (p<.005)	

Synthese der Ergebnisse

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich die aufgeführten Studien in ihren Untersuchungsparametern, Erhebungsmethoden, Auswertungsstrategien und Ergebnisdarstellungen maßgeblich voneinander unterscheiden. Fünf Programme zeichnen sich durch ein randomisiertes, kontrolliertes Studiendesign aus. Lediglich eine Untersuchung integrierte eine Follow-Up Erhebung. Hinsichtlich der Interventionsdauer ist keine eindeutige Tendenz festzustellen, wenngleich sich über die Hälfte der Studien auf eine Dauer von mindestens sechs Monaten bezieht. Zwei Studien analysierten die Effekte von Bewegungspausen innerhalb eines Tages. Die überwiegende Anzahl der Autoren erhob die Daten mithilfe schriftlicher Befragungen, während insbesondere

physische Komponenten (z. B. BMI, Gewicht, motorische Fitness) über objektive Messungen erfasst wurden. Die Hälfte der Programme wurde auf Grundlage eines verhaltenstheoretischen Modells entwickelt. Hierbei kamen das Transtheoretische Modell (Prochaska & DiClemente, 1983) sowie die Sozial-kognitive Theorie zum Einsatz (Bandura, 2000).

Im vorliegenden Literaturreview wurden Bewegungskurzinterventionen von drei bis 20 Minuten Kurszeit berücksichtigt. Es fällt auf, dass sich mit Ausnahme einer Intervention die Dauer bei allen Interventionen auf zehn bis 15 Minuten beläuft. Die Häufigkeit der durchgeführten Bewegungspausen pro Woche divergiert und wurde nicht immer exakt angegeben. Bei den meisten Studien wurden die Bewegungspausen zu einer vorab festgelegten Uhrzeit angeleitet, in zwei Studien wurden diese als fester Bestandteil von längeren Meetings etabliert.

Während der Bewegungspausen wurden in den meisten Fällen Übungen zur Kräftigung und Beweglichkeitsförderung durchgeführt. Teilweise erfolgte außerdem eine Integration von einfachen Aerobic-Schritten, Pilates-Übungen oder Massagen. Aufgaben zur Koordination und Entspannung wurden nicht explizit als Inhalte aufgeführt. In einigen Programmen erfolgte die Anleitung der Bewegungspausen mittels externer Trainer, in anderen mithilfe geschulter Arbeitskollegen. Die Großzahl der Studien stellte entsprechende Übungsbeschreibungen bzw. Kursmanuale zur Verfügung, wobei für keines der inkludierten Programme veröffentlichte Manuale vorliegen.

Die Interventionen untersuchten die Wirksamkeit hinsichtlich mehrerer Parameter. Zu nennen sind:

- Physische Belastungssymptome:
Gewicht, BMI, Hüftumfang, Blutdruck, Augenschmerzen, Schulter-, Nacken- und Rückenschmerzen
- Physische Gesundheitsressourcen:
Beweglichkeit, Koordination, Kraft
- Psychosoziale Belastungssymptome:
Stressempfinden, negative Gefühle, Müdigkeit
- Psychosoziale Gesundheitsressourcen:
Energie, Stimmung, Wohlbefinden
- Faktoren des individuellen Arbeitsverhaltens bzw. der Arbeitsverhältnisse:
Arbeitsproduktivität, Konzentrationsfähigkeit, Arbeitsklima
- Faktoren des Aktivitäts- und Gesundheitsverhaltens:
Sport- und Bewegungsverhalten, Gesundheitsverhalten, Sitzverhalten

Wirkungsnachweise liegen insbesondere im Bereich der physischen Belastungssymptome vor, wobei die Reduktion von Augen- und Rückenschmerzen am umfassendsten erforscht wurde. Für beide Bereiche wird konsistent von positiven Ergebnissen berichtet. In einigen Untersuchungen konnten physiologische Änderungen, wie Gewicht und BMI lediglich für Teilgruppen nachgewiesen werden. Physische Gesundheitsressourcen wurden seltener untersucht:

Zwei Studien analysierten die Steigerung der Kraftfähigkeit (Jakobsen et al., 2015; Pronk et al., 1995). Eine signifikante Verbesserung liegt lediglich bei Jakobsen et al. (2015) vor. In beiden Interventionen lag die Vorgabe bei einer täglichen Durchführung von 15 Minuten Bewegungspause.

Psychosoziale Faktoren wurden bei der Hälfte der Studien berücksichtigt. Bewegungspausen scheinen mit Stimmungssteigerungen, einer höheren Energie, geringerem Stressempfinden, einem höheren Selbstwertgefühl und einer erhöhten sozialen Interaktion einherzugehen. Einschränkung ist zu betonen, dass die Befunde Inkonsistenzen aufweisen und in den meisten Fällen lediglich deskriptiv positive Ergebnisse vorliegen. Bei den psychosozialen Belastungssymptomen zeigten sich Verbesserungen vor allem für die Bereiche Müdigkeit, Ärger, negative Gefühle und Spannungszustände.

Ebenfalls die Hälfte der Studien beschäftigte sich mit dem Einfluss von Bewegungspausen auf das Arbeitsverhalten bzw. die Arbeitsverhältnisse der Mitarbeiter. Hierbei gelang es teilweise, positive Effekte nachzuweisen. Als Beispiele zu nennen sind die kognitive Leistungsfähigkeit, die Arbeitszufriedenheit und die Aufgabenbewältigung. Eine zentrale Erkenntnis ist ferner, dass die Durchführung von Bewegungspausen zumeist mit Produktivitätssteigerungen einhergeht (z. B. Galinsky et al., 2007).

Hervorzuheben ist das Resümee zur Veränderung des Aktivitäts- und Gesundheitsverhaltens: Diejenigen Studien, die eine Steigerung der körperlichen Aktivität intendierten, berichten von positiven Befunden (Jakobsen et al., 2015; Taylor et al., 2010; Yancey et al., 2006). Yancey et al. (2006) bekunden außerdem eine Reduktion des sedentären Verhaltens. Insgesamt weisen die Resultate allerdings schwache Effekte auf. Die Analysen bezogen sich auf den Bereich des generellen Aktivitäts- und Gesundheitsverhaltens, das Bewegungsverhalten am Arbeitsplatz wurde in keiner Studie fokussiert. Außerdem existieren keine Follow-Up Untersuchungen, so dass Aussagen über langfristige Verhaltensveränderungen nicht möglich sind. In den Untersuchungen wurden wenig konkrete Aussagen über die eingesetzten Techniken der Verhaltensänderung formuliert. Auch die der Verhaltensänderung zugrundeliegenden Mechanismen blieben unberücksichtigt.

Die Analyse der Studienlage brachte im Weiteren bisher unberücksichtigte Barrieren der Aktivitätsteilnahme hervor: Balci und Aghazadeh (2004) konstatieren, dass die Übungsauswahl für Frauen teilweise Anlass ist, in Anwesenheit von männlichen Arbeitskollegen nicht am Kurs teilzunehmen, oder dass Partnerübungen aufgrund eines zu hohen Körperkontakts ungern ausgeführt werden. Wichtig ist es demnach, die Übungsleiter für mögliche Barrieren und Unannehmlichkeiten zu sensibilisieren. Weiterhin können Stress und Zeitdruck sowie eine fehlende Pausenkultur die Realisierung von Bewegungspausen einschränken (u. a. Macedo et al., 2011). Eine explizite Befürwortung und Vorbildfunktion von Vorgesetzten, bspw. durch die eigene Teilnahme könnte die Akzeptanz bestehender Angebote verbessern.

Macedo et al. (2011) merkten außerdem an, dass insbesondere Mitarbeiter mit unsicheren, befristeten Arbeitsverhältnissen unterschwellig eine hierarchische Bestrafung befürchten und daher möglicherweise nicht partizipieren.

Aus obigen Ausführungen ist abzuleiten, dass eine positive Wirkung von Bewegungskurzinterventionen auf die Gesundheit insgesamt anzunehmen ist, wenngleich die Studienlage bis dato keine eindeutigen Aussagen zulässt. Eine Quantifizierung dieser Effekte wird durch die unterschiedliche Gestaltung der Programme, divergierende Studiendesigns und nicht einheitliche Erhebungsmethoden erschwert.

Es fällt auf, dass keine der analysierten Studien die eigenständige Realisierung von Bewegungspausen verfolgte. Für die eigene Zielstellung bietet der Forschungsstand demnach nur bedingt Hinweise. Die Kenntnis existierender Bewegungspausenkonzepte an deutschen Hochschulen ist für die Entwicklung des eigenen Programms als wertvolle Orientierungshilfe anzusehen, vor allem in Hinblick auf Setting-spezifische Besonderheiten und praxisrelevantes Wissen. Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen steht deshalb eine Bestandsaufnahme und weitergehend ein Vergleich von Konzepten aus dem Hochschulsetting.

4.3 Konzepte an deutschen Hochschulen

Seit einigen Jahren findet die Idee der Bewegungspause auch im Setting Hochschule vermehrt Zuspruch. Die nachstehenden Ausführungen dienen dazu, einen Überblick über bestehende Konzepte zu geben und diese hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu analysieren.

4.3.1 Der Pausenexpress des Allgemeinen Deutschen Hochschulsports (adh)

Anstoß zu den Entwicklungen gab das Konzept *Pausenexpress*, das unter dem Dach des adh 2010 von der Universität Potsdam initiiert wurde. Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit findet der *Pausenexpress* mittlerweile eine weite Verbreitung. Aktuell führen 37 Mitgliedhochschulen des adh die Marke *Pausenexpress*²⁵. Langfristiges Ziel ist es, den *Pausenexpress* bundesweit zu etablieren (Schenk & Mocnik, 2016, S. 16).

Beim *Pausenexpress* handelt sich um ein zehnwöchiges, niederschwelliges Bewegungsprogramm, das sich überwiegend an den Kernzielen von Gesundheitssportprogrammen orientiert (Bös & Brehm, 2006). Die 15-minütigen Einheiten werden direkt am Arbeitsplatz durchgeführt und sind dadurch einfach in den Berufsalltag einzubauen. Das Konzept richtet sich primär an Beschäftigte mit einem hohen Sitzanteil. Folglich dominieren Kraft-, Entspannungs-, Mobilisations- und Dehnübungen (Mess et al., 2015, S. 222–223).

²⁵ Stand 2018.

Neben der inhaltlichen Ausgestaltung zählen u. a. die Erstellung eines Machbarkeitschecks, die Entwicklung einer Marke, die Erstellung eines Handlungsleitfadens sowie die Aufbereitung von Schulungsmaterialien für angehende *Pausenexpress*-Trainer zu den formalen Vorgaben des Konzepts. Um eine hohe Durchführungsqualität zu gewährleisten, werden in überregionalen Schulungen regelmäßig Coaches ausgebildet, die in regionalen Seminaren angehende *Pausenexpress*-Trainer nach den durch den adh festgelegten Richtlinien ausbilden (Frasch, 2015, S. 41).

Obwohl der *Pausenexpress* als Angebot des adh mittlerweile an einer Vielzahl von Hochschulen offeriert wird, sind kaum veröffentlichte Ergebnisse zur Akzeptanz und Zufriedenheit respektive der Wirksamkeit des Programms bekannt. Eine Publikation liegt von Mess et al. (2015) der Universität Konstanz vor. In der Evaluationsstudie aus dem Wintersemester 2011/12 wurde u. a. der Frage nachgegangen, ob die Teilnehmer durch die Partizipation nachhaltig für körperlich-sportliche Aktivität motiviert werden und inwiefern das Programm für weitere Maßnahmen des Hochschulsports sensibilisiert. Außerdem lag das Interesse darin, die Wirkungen des Programms zu erkunden. N=68 Beschäftigte nahmen an der querschnittlichen Untersuchung teil und beantworteten Fragen zur sportlichen Aktivität, körperlichen Fitness, bestehenden Beschwerden, psychosozialen Ressourcen und programmspezifischen Faktoren. Die Stichprobe bestand aus nichtwissenschaftlichen und wissenschaftlichen Beschäftigten, das Durchschnittsalter belief sich auf 44 Jahre (SD=9.8). Den Ergebnissen zufolge erreichte das Programm vorwiegend weibliche Mitarbeiter (68.0 %) sowie inaktive (23.5 %) und unfitte Beschäftigte (50.6 %). Aus den Resultaten geht eine hohe Zufriedenheit mit den inhaltlich-organisatorischen Rahmenbedingungen und den Kursleitern hervor. Außerdem zeigte sich, dass die Teilnahme am Programm positive Bewegungserlebnisse auslöst und das Interesse an weiteren Kursangeboten steigert: Nach der 12-wöchigen Teilnahme hatten 50.6 % der Probanden die Intention, sich sportlich mehr zu betätigen und weitere Hochschulsportkurse zu buchen. Im Weiteren konnte ein Anstieg des Effektwissens für Kraft (16.7 %), Entspannung (24.1 %) und rückengerechtes Verhalten (19.4 %) festgestellt werden. Kritik wurde von 66.2 % der Studienteilnehmer dahingehend geäußert, dass der *Pausenexpress* häufiger pro Woche angeboten werden sollte.

Parallel zur Implementation des *Pausenexpresses* ist zu beobachten, dass einige deutsche Hochschulen eigene Bewegungspausenkonzepte anbieten. Im nächsten Kapitel wird zunächst die *Aktivpause* des KIT als Gegenstand der eigenen Untersuchung beschrieben, bevor eine Bestandsaufnahme zu weiteren Bewegungspausenkonzepten erfolgt.

4.3.2 Die Aktivpause des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT)

Die *Aktivpause* wurde 2012, angelehnt an den *Pausenexpress*, unter dem Dach des Netzwerks Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem IfSS am KIT eingeführt²⁶. Seit 2013 wird die *Aktivpause* administrativ über den KIT Sport-Club 2010 e.V. (KIT SC) organisiert, die wissenschaftliche Weiterentwicklung obliegt dem IfSS.

Die *Aktivpause* wird einmal wöchentlich zu einem festen Termin für 15 Minuten von ausgebildeten Übungsleitern für jeweils drei bis acht Personen einer Arbeitsgemeinschaft angeboten und direkt am Arbeitsplatz oder einem naheliegenden Seminar- bzw. Besprechungsraum durchgeführt. Die entsprechenden Trainingsgeräte werden von den Übungsleitern mitgebracht. Aufgrund des „niederschweligen“ Charakters können die Übungen in Alltagskleidung ausgeführt werden. Da das Programm in Kleingruppen stattfindet, ist eine individuelle Betreuung der Teilnehmer und eine Anpassung an die Bedürfnisse der Gruppen möglich (Schüler, Hildebrand, Barthel & Woll, 2015). Die Maßnahme ist langfristig angelegt und beginnt zweimal jährlich kurz nach dem Beginn der Vorlesungsphase für jeweils zehn Wochen. In den Semesterferien finden keine Kurse statt. Die Anmeldung erfolgt über ein Online-Formular. Die zeitliche Einteilung der Gruppen wird anhand der Faktoren räumliche Distanz, „lückenfreie“ Aneinanderreihung und zeitliche Kapazität der Übungsleiter vorgenommen. Die *Aktivpause* wird vom Präsidium des KIT unterstützt: Die Eigenbeteiligung liegt pro Kurs bei 40 € bzw. für mehr als fünf Teilnehmer bei 60 €. Die Erstteilnahme wird innerhalb der Arbeitszeit gewährt, darauffolgende Kurse sind in der Pausenzeit zu nutzen. Zur Qualitätssicherung finden regelmäßige Evaluationen statt. In Tabelle 6 sind die organisatorischen Bausteine dargestellt.

Tabelle 6: Kernmerkmale der Aktivpause mod. nach Schüler et al. (2015, S. 239)

Kernmerkmale	Umsetzung am KIT
Organisation	KIT Sport-Club 2010 e.V.
Kurzbeschreibung	Gesundheitsorientiertes, angeleitetes Bewegungsangebot am Arbeitsplatz
Zielgruppe	Beschäftigte an Hochschulen
Gruppengröße	Drei bis acht Personen
Kurszeiten	Wählbar montags bis donnerstags zwischen 10 und 14 Uhr
Kursdauer	15 Minuten über zehn Wochen, Start jeweils im Mai und November
Kursanzahl	Einmal wöchentlich
Ort	Arbeitsplatznahe Büro- und Beratungsräume, Flure, Hörsäle, Werkstätten, Labore und Seminarräume
Material	Gymnastische Kleingeräte (Bohnsäckchen, Theraband, Igelbälle) Alltagsgegenstände (mit Wasser gefüllte Flaschen, Tennisbälle, Handtücher)
Buchung/Kosten	Buchungssystem auf der Homepage des KIT SC 2010 e.V. Bis 4 Teilnehmer: 40 €; 5 bis 8 Teilnehmer: 60 €

²⁶ Das Angebot startete im SS 2012 mit 42 Kursen (ca. 220 Teilnehmende) und beläuft sich seit dem WS 2013/14 auf ca. 75 Kurse und 400 Teilnehmende pro Semester. Das Programm wird an vier Campus-Standorten realisiert, wobei die überwiegende Anzahl der Kurse an den Campussen Süd und Nord stattfindet.

Die Entwicklung der *Aktivpause* erfolgte in Orientierung an die Kernziele des Gesundheitsports. Aufgrund der Programmspezifität²⁷ wurde die Stärkung physischer Ressourcen als unmittelbares Ziel ausgeklammert. Stattdessen steht die Reduktion des Risikofaktors Inaktivität im Fokus. Ein hohes Potential wird außerdem der Stärkung psychosozialer Ressourcen sowie der Bewältigung von aktuellen Beschwerden und Missbefinden beigemessen (Schüler et al., 2015, S. 237–238).

Grundsätzlich ist eine Kurseinheit dreiteilig in eine Einleitung (Warm-Up), einen Haupt- sowie einen Schlussteil (Cool-Down) gegliedert und beinhaltet Übungen zur Kräftigung, Mobilisation, Dehnung, Koordination und Entspannung. Mit Ausnahme der Ausdauerfähigkeit werden Aufgaben zu allen physischen Ressourcen einbezogen. Die Übungen werden mit beiden Körperseiten und sowohl statisch als auch dynamisch ausgeführt. Es wird überwiegend im Stand und teilweise im Sitzen gearbeitet. Vermieden wird die Ausführung von Übungen auf dem Boden. In jeder Kurseinheit wird ein thematischer Schwerpunkt gesetzt, bspw. Training der Schulter- und Nackenmuskulatur, Übungen zur Ganzkörperstabilisation, Koordination oder Entspannung. Zur Durchführung der Einheiten stehen unterschiedliche Kleingeräte zur Verfügung, z. B. Bohnensäckchen, PhysioBänder, Igelbälle und Togu-Brasils (Schüler et al., 2015, S. 238–239).

In Anlehnung an die von Markland und Ingledew (2007) publizierten praktischen Leitlinien für Trainer in gesundheitsorientierten Bewegungsprogrammen wurden für die *Aktivpause* Kriterien zur Auswahl und Ausbildung von Übungsleitern formuliert: Diese sollten über grundlegende Kenntnisse in den Bereichen Gesundheitssport, Trainingslehre und Sportmedizin verfügen und Erfahrung in der Leitung von Sportangeboten aufweisen. Weiterhin sind folgende Kompetenzen erforderlich:

- Zuverlässigkeit, Verantwortungsbewusstsein und Pünktlichkeit
- Flexibilität und Kreativität
- Selbstsicheres, respektvolles und freundliches Auftreten
- Hohes Motivationsvermögen
- Spaß und Freude an der Arbeit mit Erwachsenen

Voraussetzung für eine Übungsleitertätigkeit im Rahmen der *Aktivpause* ist die Ausbildung zum *Aktivpause-Coach*. Die Schulung setzt sich aus theoretischen und praktischen Inhalten zusammen, in denen Grundlagen zu Kurzbewegungsprogrammen am Arbeitsplatz, praktische Übungen und organisatorische Besonderheiten des Programms vermittelt werden. Bedingung für den Erhalt des Zertifikats ist weiterhin eine erfolgreich angeleitete Lehrprobe sowie eine

²⁷ Als Minimum zur Erzielung von Trainingseffekten wird in der Literatur mehrheitlich eine Gesamttrainingszeit von mindestens 150 Minuten pro Woche empfohlen (z. B. Bös & Brehm, 2006; Rütten & Pfeifer, 2016). Selbst bei einer täglichen Ausführung von Bewegungspausen können lediglich 75 Minuten kumulierter Aktivität erreicht werden. Aus diesem Grund wird die Stärkung physischer Ressourcen als unmittelbares Ziel der *Aktivpause* ausgeklammert.

Hospitation bei einem erfahrenen *Aktivpause-Coach*. Jeder Übungsleiter erhält ein umfangreiches Kursmanual, in dem detaillierte Informationen zur Durchführung der *Aktivpause* enthalten sind. Außerdem finden regelmäßig Übungsleiterfortbildungen statt.

Die *Aktivpause* wird in wiederkehrenden Abständen evaluiert. Ziel ist es, Optimierungspotentiale abzuleiten und das Programm bestmöglich auf die Bedürfnisse der Teilnehmer abzustimmen. Eine weitere Intention besteht darin, Aufschluss über die Wirkungsweisen zu erhalten.

Für einen Vergleich mit ähnlichen Programmen wurden die Evaluationsergebnisse der *Aktivpause* mit denjenigen des *Pausenexpress* der Universität Konstanz verglichen (Schüler et al., 2015). Am KIT wurde im Sommersemester 2012 eine Befragung mit Prä-Post-Design durchgeführt, wobei N=112 Personen den Eingangsfragebogen beantworteten und N=98 an der zweiten Messung teilnahmen²⁸. Insgesamt zeigt die Gegenüberstellung der beiden Studien eine ähnliche Verteilung der soziodemografischen Merkmale Geschlecht, Dienstbereich und Altersstruktur. Bei beiden Programmen setzen sich die Teilnehmer aus allen Altersgruppen zusammen, wobei keine bestimmte Kategorie dominiert. Außerdem fällt auf, dass vor allem Beschäftigte aus dem nichtwissenschaftlichen Sektor angesprochen werden (Universität Konstanz: 75 %, KIT: 81 %). Auch hinsichtlich physischer bzw. psychosozialer Effekte sind vergleichbare Resultate vorzufinden. Insbesondere an der Universität Konstanz klagten die Teilnehmenden über Schmerzen im Rückenbereich (90 %). Erfreulicherweise empfinden 91.8 % (Kreuz-/Rückenschmerzen) bzw. 90 % (Nacken-/Schulterschmerzen) das Programm als hilfreich zur Reduktion der Beschwerden. Auch hinsichtlich des Wohlbefindens (KIT) bzw. positiver programmbezogener Emotionen (Universität Konstanz) resultieren in beiden Studien positive Befunde. Während 90 % der Konstanzer Probanden angaben, in den Einheiten „immer“ oder „häufig“ positive Emotionen wie bspw. Freude und Zufriedenheit zu erleben, wurde von negativen Zuständen, wie bspw. Enttäuschung und Unzufriedenheit „nie“ oder „selten“ berichtet. Am KIT fühlen sich die Beschäftigten nach der *Aktivpause* überwiegend „entspannt“, „munter“ und „gut“. An beiden Institutionen sind die Kursteilnehmer von der positiven Wirksamkeit des Programms überzeugt (Universität Konstanz: 98 %, KIT: 96 %). Am KIT wurde anhand einer freiwilligen Stichprobe (N=30) mittels einwöchiger objektiver Messung (Akzelerometer) die Auswirkung der *Aktivpause* auf die Ausübung körperlicher Aktivität untersucht. Die Befunde zeigen keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Parameter Schrittzahl und Energieverbrauch. Dies stützt die Annahme, dass Bewegungsinterventionen nicht per se zu einer Verhaltensänderung führen.

²⁸ Um die Daten mit denjenigen der Universität Konstanz vergleichen zu können, wurden in die Analyse lediglich die Ergebnisse aus T2 einbezogen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Autoren das Konzept der Bewegungspause mit Bezug auf die Erreichbarkeit der gewünschten Zielgruppe als überwiegend geeignet bewerten. In beiden Publikationen wird jedoch die Empfehlung ausgesprochen, das Programm in Bezug auf die Nachhaltigkeit weiterzuentwickeln. Es wird nahegelegt, Konzepte zu kreieren, mit denen die eigenständige Ausführung von Bewegungspausen an kursfreien Tagen unterstützt wird.

Zur differenzierten Ermittlung der Teilnehmerbedürfnisse wurde am KIT 2016 eine weitere Evaluation²⁹ initiiert. Die Ergebnisse (N=251) bekräftigen obige Ausführungen zur Akzeptanz und Zufriedenheit: Die Teilnehmenden sind mit der Betreuung durch das *Aktivpause*-Team (u. a. Informationsweitergabe, Anmeldeprozedere, Kommunikation) und der Anleitung durch die Übungsleiter sehr zufrieden. Auch die Inhalte, wie bspw. der Kursaufbau und die Übungsauswahl werden positiv wahrgenommen. Optimierungspotential besteht demgegenüber auf struktureller Ebene: Die Teilnehmenden äußern mehrheitlich den Wunsch, die *Aktivpause* durchgängig, d. h. auch während der Semesterferien, häufiger pro Woche oder länger pro Einheit buchen zu können. Darüber hinaus werden konkrete Maßnahmen zur Unterstützung der eigenständigen Durchführung gefordert.

Es wird konkludiert, dass die *Aktivpause* den Ansprüchen einer gesundheitsfördernden Maßnahme gerecht wird, jedoch das Bedürfnis der Beschäftigten nach einer gezielten Unterstützung in der Förderung körperlicher Aktivität nicht ausreichend erfüllt. Es ist ein Konzept zu entwickeln, das ebensolche Bausteine beinhaltet und eine Veränderung hin zu aktiven Verhaltensweisen begünstigt. Auch der *Pausenexpress* bietet bis dato keine Orientierungspunkte zur Gestaltung eines derartigen Programms. Es sind Analysen anzustellen, die Aufschluss darüber geben, ob andere deutsche Hochschulen mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert sind und möglicherweise Lösungsansätze bieten.

4.3.3 Weitere Bewegungspausenkonzepte

Um eine Übersicht über die bestehenden Ansätze zu erhalten und die jeweiligen Ausrichtungen miteinander vergleichen zu können, erweist sich eine umfangreiche IST-Analyse als sinnvoll. Für die vorliegende Arbeit wurden deshalb zunächst diejenigen adh-Mitgliedhochschulen recherchiert, die keinen *Pausenexpress* anbieten³⁰. Von den ermittelten Institutionen erfolgte mit Blick auf die eigene Untersuchung eine Filterung auf Universitäten. Die identifizierten 44 Universitäten wurden im Anschluss auf vorhandene Bewegungskurzinterventionen überprüft. Als Recherchetool fungierte die Suchmaschine Google. Hierfür wurden der jeweilige Name der Universität sowie ergänzend folgende Suchbegriffe verwendet:

²⁹ Die Evaluation der *Aktivpause* (2016) wurde nicht veröffentlicht.

³⁰ Von 191 Mitgliedshochschulen bieten 37 den *Pausenexpress* an (Stand: 17.05.2016). Somit blieben 154 Hochschulen übrig.

Bewegungspause, bewegte Pause, Aktive Pause, Pausenfit, Pausencoach, Hochschulsport, Dienstsport, Sport für Mitarbeiter, Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Personalfortbildung und Bewegungsmultiplikatoren.

Die Einschlusskriterien waren:

- (1) Kursdauer von 5 bis 20 Minuten
- (2) Durchführung im Setting Hochschule in Arbeitsplatznähe
- (3) Zielgruppenspezifisch: Mitarbeiter

Auf diese Weise gelang es, 15 Konzepte zu identifizieren. Als Beispiele sind u. a. die Universität Oldenburg (*Bewegte Pause*), die Universität Stuttgart (*Kraftpause*), die Universität Augsburg (*Aktive Pause*) sowie das KIT (*Aktivpause*) zu nennen. Als Informationsquellen dienten im ersten Schritt die jeweilige Homepage und weiterführende Links der Universitäten. Im zweiten Schritt wurden qualitative Interviews mit den zugehörigen Ansprechpartnern initiiert (Schüler-Hammer et al., 2016, S. 31).

Eine Gegenüberstellung der Konzepte ergibt, dass diese sich in ihren inhaltlichen Zielen wenig unterscheiden. Nahezu alle Programme beziehen schwerpunktmäßig Übungen zur Verbesserung der Mobilisation, Kräftigung, Koordination und Dehnung ein, am häufigsten wird der Fokus auf die Körperbereiche Schulter- und Nackenmuskulatur sowie Rückenmuskulatur gelegt. In einigen Angeboten werden außerdem Entspannungsübungen integriert. Teilweise werden die Übungen durch den Einsatz von fitnessspezifischen Kleingeräten sowie Alltags- und Bürogegenständen ergänzt. Die Kursdauer beträgt zwischen fünf und 20 Minuten, teilweise werden zusätzlich zehn Minuten für Bewegungstipps und Ortswechsel eingeplant. An den meisten Universitäten werden die Programme zwei bis dreimal pro Jahr, jeweils angelehnt an den Start der Vorlesungsphasen, initiiert und für Gruppengrößen von drei bis acht Mitarbeitern geöffnet. An einer Institution ist eine Teilnahme bis maximal 20 Personen möglich. Die Programme differieren dahingehend, ob die Kurse im Sinne der *aufsuchenden* Aktivierung in unmittelbarer Arbeitsplatznähe realisiert oder an zentralen Standorten, wie z. B. der Bibliothek oder dem Verwaltungsgebäude, angeboten werden. An den meisten Hochschulen stehen die Maßnahmen den Mitarbeitern kostenfrei zur Verfügung, teilweise wird ein Eigenanteil erhoben, z. B. 10 € pro Mitarbeiter und Kurs. Die Anleitung der Bewegungspausen erfolgt zumeist über studentische Übungsleiter (Hientzsch, 2016).

Ein hiervon klar abzugrenzendes Konzept ist die *Aktive Pause* der Universität Augsburg. Die Besonderheit liegt darin, dass freiwillige Mitarbeiter im Rahmen einer Basis-Schulung von sechs Stunden zu Multiplikatoren ausgebildet werden. Im Anschluss obliegt ihnen die eigenverantwortliche Anleitung von fünf bis zehnminütigen Bewegungspausen, die an einem zentralen Standort und zu einer festen Uhrzeit angeboten werden. Die Multiplikatoren erhalten Begleitmaterial und es erfolgt ein regelmäßiger Austausch. Mithilfe dieser Vorgehensweise werden seit dem Sommersemester 2010 zwei Mal täglich jeweils eine kostenfreie Bewegungspause

„von Kollegen für Kollegen“ bereitgestellt, wobei die Teilnahme während der Arbeitszeit gewährt wird und ohne vorherige Anmeldung möglich ist. Das Projekt wurde zunächst mittels sechs freiwilliger Mitarbeiter im Bereich der Bibliothek erprobt und in der Folge auch auf weitere Sektoren ausgeweitet (Höss-Jelten, Maier & Dolp, 2015, S. 408–410). Das Beispiel zeigt, dass die Einführung eines Multiplikatoren-Systems unter Einbeziehung der Belegschaft gelingen kann. Als Nachteil ist demgegenüber zu äußern, dass die Teilnehmer aufgrund der zentralen Organisation externe Räumlichkeiten aufsuchen müssen. Damit reduzieren sich die Vorteile der *aufsuchenden* Aktivierung.

Um in der Entwicklung des eigenen Programms auf Erkenntnisse anderer, ähnlicher Konzepte zurückgreifen zu können, wurden im Oktober 2016 qualitative Interviews mit BGM-Koordinatoren adh-angehöriger Universitäten durchgeführt. Die zwei wesentlichen Ziele dieser explorativen Untersuchung bestanden in (1) der Bestandsaufnahme existierender Maßnahmen zur Nachhaltigkeitsförderung von Bewegungspausen sowie (2) der Identifikation von Hindernissen und Barrieren bei der Umsetzung eines solchen Vorhabens. Insgesamt wurden 16 Interviews geführt. Die Ergebnisse bringen hervor, dass nahezu 90 % der untersuchten Einrichtungen bis dato kein durchgängiges Bewegungspausenkonzept anbieten. Allerdings verfolgen 70 % das Ziel, die Beschäftigten ergänzend zu bestehenden Programmen zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Initiierung von Bewegungspausen zu motivieren. Zur Unterstützung dienen aktuell u. a. Übungshandouts und Poster (27 %), Übungsmanuale (20 %), Video-Tutorials (13 %) sowie Online-Kurse oder Sonderkursangebote in den Semesterferien (je 7 %). Eine zentrale Erkenntnis der qualitativen Untersuchung ist, dass die Befragten ein standardisiertes Multiplikatoren-Konzept zur Ausbildung von Beschäftigten ausnahmslos begrüßen würden. Diese könnten das Bewegungspausen-Angebot in kursfreien Phasen unabhängig einer externen Durchführung für ihre Arbeitskollegen abbilden. Eine der befragten Universitäten nutzt bereits eine eigene Multiplikatoren-Konzeption (Universität Augsburg), alle anderen verfügen bis dato über kein entsprechendes Angebot. Auf organisatorischer Ebene stellen insbesondere fehlende finanzielle (37,5 %) und/oder personelle Ressourcen (19 %) Hemmnisse dar. Aus Teilnehmer-sicht hindern u. a. die fehlende Bereitschaft, Terminkonflikte oder Scham der Beschäftigten (44 %) die Umsetzung eines Multiplikatoren-Systems (Schüler-Hammer et al., 2016).

4.4 Zusammenfassung und Implikationen

Ziel dieses Kapitels war es, anhand einer umfangreichen Literaturrecherche die relevanten Erkenntnisse zu Bewegungskurzinterventionen am Arbeitsplatz aufzuarbeiten und für die Konzeption der eigenen Intervention nutzbar zu machen.

Für die konzeptionelle Ebene geht aus den recherchierten Studien hervor, dass gesundheitsfördernde Effekte eher erreicht werden, wenn die Maßnahmen regelmäßig stattfinden. Besonders effektiv scheinen tägliche Angebote mit einer Dauer von zehn bis 15 Minuten pro Einheit

zu sein (z. B. Lara et al., 2008; Pronk et al., 1995; Taylor et al., 2010). Auf struktureller Ebene gilt es zu berücksichtigen, die Angebote nicht nur zehn oder zwölf Wochen, sondern möglichst sechs Monate oder idealerweise dauerhaft zur Verfügung zu stellen.

Bei einigen Studien wurden neben der Durchführung von Bewegungspausen weitere Elemente zur Aktivitätssteigerung integriert, wie bspw. Maßnahmen zur Erhöhung der täglichen Schrittzahl, um die von der WHO empfohlenen Richtlinien für wöchentliche Aktivitätszeiten zu erfüllen (z. B. Gilson, Burton, van Uffelen & Brown, 2011). Allerdings wurde keine Untersuchung identifiziert, welche auf die eigenständige Durchführung der Bewegungspausen abzielt. Würden Mitarbeiter bspw. einmal pro Woche für 15 Minuten angeleitet und darüber hinaus einmal pro Woche selbstständig die Übungen durchführen, könnte der Effekt der Bewegungspausen bereits vergrößert und der organisatorische respektive finanzielle Aufwand minimiert werden.

In Bezug auf die analysierten Gesundheitsparameter wurden teilweise positive Effekte nachgewiesen (vgl. Kapitel 4.2). Insgesamt mangelt es jedoch an qualitativ hochwertigen Studien mit randomisierten, kontrollierten Designs und längsschnittlichen Herangehensweisen sowie Follow-Up Untersuchungen, um die Analyse langfristiger Wirkungen zu ermöglichen. Für die einbezogenen Studien sind außerdem keine veröffentlichten Prozessevaluationen auffindbar. Zukünftige Publikationen sollten detailliert dokumentieren, wie die Intervention entwickelt wurde und welche konkrete Inhalte bzw. methodisch-didaktische Vorgehensweisen dem Programm zugrunde liegen. Dies ist notwendig, um die Effektivität einer Studie nachvollziehen und die Durchführbarkeit auch auf andere Settings übertragen zu können. Insgesamt ist festzustellen, dass keine der inkludierten Studien die Kriterien der In- und Outcome-Evidenz gesundheitssportlicher Interventionen erfüllt (Pahmeier & Tiemann, 2013; vgl. Kapitel 6.7).

Neben Erkenntnissen aus dem aktuellen Forschungsstand können Erfahrungen aus Bewegungspausen-Programmen des Hochschulsettings als wichtige Grundlage für die eigene Interventionsgestaltung dienen. Aus diesem Grund wurde eine umfassende Bestandsaufnahme durchgeführt und existierende Konzepte miteinander verglichen.

Resümierend ist festzuhalten, dass im Setting Hochschule die Umsetzung durchgängiger Bewegungsprogramme aufgrund unterschiedlicher Faktoren erschwert ist: So ist die Semesterphasenstruktur als spezifische Herausforderung zu nennen. In der vorlesungsfreien Zeit ist ein kontinuierlicher Übungsleitereinsatz aufgrund von Prüfungszeiträumen, Praktika und Auslandsaufenthalten schwer umsetzbar, sodass das reguläre Kurssystem für diesen Zeitraum unterbrochen wird. Die *Aktivpause* findet demnach jährlich lediglich über zwei zehnwöchige Perioden statt. Unabhängig von der Kursleiterproblematik steht einem dauerhaften Kursangebot auch die finanzielle Befristung von Projekten der Gesundheitsförderung gegenüber. Aus diesen Gründen wird empfohlen, Bewegungspausenkonzepte im universitären Setting weiterzuentwickeln und Überlegungen anzustellen, wie ein nachhaltiges bzw. dauerhaftes Angebot unter Berücksichtigung der genannten Herausforderungen etabliert werden kann.

Mess et al. (2015) regen an, im direkten Anschluss an das Kursende niederschwellige Folgeangebote zu offerieren und die nachhaltige Finanzierung des Programms bspw. mithilfe von Kursgebühren zu sichern. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, Mitarbeiter zu Bewegungspausen-Trainern auszubilden, damit diese in den vorlesungsfreien Zeiten anstelle der Trainer die Übungen an einem zentralen Ort anleiten können. Dies erfordert die Erarbeitung eines Anreizsystems, das Mitarbeiter dazu motiviert, Verantwortung zu übernehmen und Bewegungspausen anzuleiten. Eine Gefahr ist, dass eine derartige Gestaltung möglicherweise neue Barrieren aufkommen lässt, da u. a. Wegestrecken zu überwinden sind und dadurch ein erhöhter Zeitaufwand resultiert. Schüler et al. (2015) raten ebenfalls zur Entwicklung eines Multiplikatoren-Konzepts und legen nahe, darüber hinaus Optionen zur individuellen Pausennutzung zu schaffen. Es ist wichtig, den Mitarbeitern Spielraum zu geben, eine Bewegungspause dann zu nutzen, wenn sie aufgrund individueller Beanspruchungserscheinungen notwendig erscheint. Zur motivationalen Unterstützung können Plakate, Übungskarten und Bildschirmanimationen eingesetzt werden.

Aus der Recherche deutscher Universitäten, welche Bewegungspausenkonzepte anbieten (vgl. Kapitel 4.3.2) resultiert, dass mit Ausnahme der Universität Augsburg bis dato keine Hochschule ein entsprechendes Multiplikatoren-Konzept einsetzt, obwohl ein hohes Interesse sowohl seitens der Mitarbeiter als auch von Seiten der BGM-Koordinatoren vorliegt (Schüler-Hammer et al., 2016). Als Begründung geben die befragten BGM-Koordinatoren an, nicht über genügend personelle respektive finanzielle Ressourcen zur Entwicklung und Einführung eines solchen Programms zu verfügen. Ziel könnte es daher sein, ein standardisiertes Konzept zu entwickeln, das den interessierten Hochschulen zur Verfügung gestellt wird und mit geringem Ressourcen-Einsatz bzw. ohne großen Zusatzaufwand umsetzbar ist.

Unter Einbezug obiger Punkte wird konkludiert, dass es einer Weiterentwicklung des *Aktivpause*-Konzepts bedarf. Der Fokus liegt hierbei in der Konzeption eines Programms zur eigenständigen Durchführung von Bewegungspausen am Arbeitsplatz, um einerseits den geäußerten Bedürfnissen der Teilnehmenden gerecht zu werden und andererseits die kontextspezifischen Merkmale der Institution Hochschule einzubeziehen. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte ist eine Lösung zu entwickeln, die eine von Kursleitern unabhängige Ausführung des Zielverhaltens ermöglicht und zielführend unterstützt. Intention ist es, das etablierte Kurssystem der *Aktivpause* beizubehalten, in den regulären Ablauf jedoch Bausteine zu integrieren, mithilfe derer die Teilnehmer zur eigenständigen Durchführung befähigt werden.

Mit der Einführung eines solchen Programms werden die in Kapitel 3.2.3 formulierten Anforderungen von Hochschulbeschäftigten berücksichtigt, nach denen ein Bewegungsangebot gut in den Berufsalltag integrierbar und darüber hinaus niederschwellig sowie ohne großen Zusatzaufwand umsetzbar sein soll. Auch den Aspekten Nachhaltigkeit bzw. Langfristigkeit sowie Ansprache verschiedener Beschäftigtengruppen wird mit der Entwicklung eines derartigen Konzepts Rechnung getragen.

Aus Kapitel 4 werden folgende Implikationen abgeleitet:

Implikationen aus Kapitel 4:

- Forschungsstand zu den gesundheitlichen Wirkungen von Bewegungskurzinterventionen bis dato defizitär
- Besonders hohe Effektivität bei täglichen Angeboten mit einer Dauer von zehn bis 15 Minuten
- Fehlende Prozessevaluationen und unzureichende theoretische Bezüge bei bisherigen Programmen
- Mangel an Konzepten zur zielgerichteten Unterstützung der eigenständigen Durchführung von Bewegungspausen (Empowerment)
- Erschwerte Rahmenbedingungen im Setting Hochschule, insbesondere durch fehlende finanzielle und personelle Ressourcen
- Befürwortung eines Multiplikatoren-Systems zur Unterstützung einer eigenständigen Durchführung von Bewegungspausen

Aus der Forschung sind verschiedene Theorien und Ansätze bekannt, die sich mit den Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten befassen und den Prozess der Verhaltensänderung tiefgehend untersuchen. Daraus gehen relevante Determinanten und weitergehend Zusammenhänge zwischen relevanten Parametern hervor. Wichtig ist es, bei der Programmkonzeptionierung auf diese Kenntnisse zurückzugreifen, um eine theorie- und wissensbasierte Grundlage für die eigene Intervention zu schaffen. Mit Bezug auf den aktuellen Forschungsstand ist zu kritisieren, dass ebensolche bis dato unzureichend berücksichtigt wurden. Zukünftige Studien sollten entsprechende Theorien und Modelle explizit bei der Maßnahmenkonzeption und der Ergebniseinordnung berücksichtigen.

Kapitel 5 stellt insofern als Basis für die eigene Studie die wichtigsten Determinanten und Modellvorstellungen zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens vor.

5 Determinanten und Modellvorstellungen des Gesundheitsverhaltens

Um das eigene Programm *Aktivpause-Plus* zur Steigerung der Durchführung von Bewegungspausen am Arbeitsplatz entwickeln zu können, ist es von hoher Bedeutung, jene Faktoren zu identifizieren, die zur Herausbildung und Aufrechterhaltung eines Aktivitätsverhaltens führen. Denn je tiefer das Verständnis über kontrollierende Einflussfaktoren ist, desto gezielter können entsprechende Programme zur Bewegungssteigerung abgeleitet werden.

Fishbein (2008, S. 834) halten in diesem Zusammenhang fest:

Clearly, the more one knows about the factors that underlie the performance (or nonperformance) of any given behavior, the more likely it is that one can design a successful intervention to change or reinforce that behavior.

In den nachfolgenden Ausführungen werden diejenigen Determinanten beschrieben, denen empirisch wiederholt ein enger Zusammenhang mit der Ausübung des Sportverhaltens nachgewiesen wurde und für die ein Einfluss auf die Durchführung von *Aktivpausen* denkbar ist (vgl. Kapitel 5.1). Für eine erfolgreiche Verhaltensänderung reicht die Kenntnis der Vielzahl an empirisch überprüften Determinanten allerdings nicht aus. Es interessiert, in welchem Zusammenhang die Faktoren stehen und welche gegenseitige Abhängigkeiten das Verhalten bedingen. Solche Kausalstrukturen werden in Erklärungsmodellen der Verhaltensänderung aufgegriffen und empirisch untersucht. Die seit den 1980er Jahren vornehmlich im Bereich der Psychologie entwickelten Modelle verfolgen das Ziel, das Sport- bzw. Aktivitätsverhalten möglichst genau vorherzusagen und zu erklären. In Kapitel 5.2.1 werden diejenigen Ansätze herausgegriffen, welche die Verhaltensforschung in der Vergangenheit essentiell beeinflusst haben und/oder in der aktuellen Diskussion von hoher Relevanz sind. Als weiterer Baustein für die eigene Interventionsentwicklung werden in Kapitel 5.2.2 Interventionstheorien der Sportteilnahme skizziert. Kapitel 5.3 befasst sich mit dem MoVo-Konzept (Fuchs, 2007a). Dieses bildet die verhaltenstheoretische Grundlage der eigenen Intervention.

5.1 Determinanten des Gesundheitsverhaltens

Der Frage nach relevanten Determinanten³¹ der Sportteilnahme wurde zu Beginn der 1980er Jahre im Rahmen der angloamerikanischen Public-Health-Forschung erstmals systematisch nachgegangen. Dabei stand die Frage im Mittelpunkt, durch welche Merkmale sich Dabeibleiber und Abbrecher einer Sportaktivität auszeichnen. Anfänglich wurden insbesondere physische und psychische Faktoren als Prädiktor für die Sportteilnahme gesehen. Jüngst werden

³¹ Beim Begriff „Determinante“ handelt es sich streng genommen um eine kausale Beziehung zweier Faktoren. Diese implizierte Kausalität ist in den meisten Fällen jedoch nicht belegt. Da sich der Begriff in der Literatur allerdings fest etabliert hat, wird er auch in dieser Arbeit verwendet. Gemeint ist korrekterweise jedoch eine „hypothetische Einflussgröße“ (Fuchs, 2003).

auch Umwelteinflüsse verstärkt mit in Betracht gezogen, denn auch die aktuellen Lebensumstände beeinflussen die Teilnahme an einer sportlichen Aktivität (Geuter, 2011; Pfeffer, 2010a).

Im Rahmen verschiedener Reviews und umfassender Übersichtsartikel (z. B. Buckworth & Dishman, 2002; Dishman & Sallis, 1994; Sallis & Owen, 1998) gelang es insbesondere unter dem Wirken von Dishman und Sallis, eine Vielzahl relevanter Determinanten zu identifizieren. Die nahezu unüberschaubare Anzahl möglicher Einflussfaktoren deutet auf die Breite der Forschung in diesem Bereich hin und zeigt die hohe Komplexität der Thematik auf (Pahmeier, 2006, S. 226; Schäfer, 2010). Trost et al. (2002) replizierten die Resultate von Sallis und Owen (1998) in ihrem aus 45 Studien bestehenden Überblick. Pfeffer (2010a) griff dies als Grundlage auf und entwickelte eine deutschsprachige Übersicht. Wie auch die meisten anderen Autoren, differenziert sie zwischen „angeleiteter“ und „selbstorganisierter“ Sportaktivität.

Tabelle 7: Determinanten der Sportteilnahme nach Pfeffer (2010a)

Determinanten	Angeleitete Sportaktivität	Sportaktivität insgesamt
Personale Faktoren		
Alter	00	--
Bildungsstand	+	++
Geschlecht (männlich)	k.A.	++
Einkommen/Sozioökonomischer Status	k.A.	++
Psychologische, kognitive und emotionale Faktoren		
Barrieren	-	--
Spaß/Freude am Sporttreiben	+	++
Erwarteter Nutzen/erwartete Vorteile	+	++
Intention	+	++
Zeitmangel	--	-
Befindlichkeitsstörungen	-	--
Subjektive Gesundheit bzw. Fitness	k.A.	++
Selbstwirksamkeit	++	++
Selbstmotivation	++	++
Selbstschema	k.A.	++
Stufen der Verhaltensänderung (stages of change)	k.A.	++
Behaviorale Faktoren		
Sportliche Aktivität im Erwachsenenalter	++	++
Ernährungsgewohnheiten (Qualität)	00	++
Strategien der Verhaltensänderung	k.A.	++
Soziale Faktoren		
Einfluss des Arztes	k.A.	++
Soziale Unterstützung durch Freunde	+	++
Soziale Unterstützung durch Familie	++	++
Charakteristika der Sportaktivität		
Intensität	--	-
Wahrgenommene Anstrengung	--	--
Umgebungsfaktoren		
Klima/Jahreszeit	-	--

Tabelle 7 bezieht diejenigen Determinanten ein, für die wiederholt ein positiver (++) , negativer (--) oder gar kein (00) Zusammenhang nachgewiesen wurde. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind Faktoren, für die lediglich eine schwache Evidenz besteht, nicht berücksichtigt³². Es fällt auf, dass konsistente Befunde zur „Sportaktivität insgesamt“ deutlicher nachgewiesen sind als für „angeleitete Programme“. Die meisten Autoren vermuten, dass bei angeleiteten Programmen zu viele situative Besonderheiten auftreten (z. B. Merkmale des Programms, Einfluss des Übungsleiters), die zu unterschiedlichen Ergebnissen in etwaigen Studien führen können.

Für den Bereich der *personalen Faktoren* ist festzuhalten, dass jüngere Menschen aktiver sind als ältere und sich Männer sportlich mehr betätigen als Frauen (Jekauc, Reimers, Wagner & Woll, 2012; Jekauc, Reimers, Wagner & Woll, 2013; Krug et al., 2013; Pfeffer, 2010a). Außerdem bestätigen zahlreiche Untersuchungen, dass insbesondere der Sozialstatus in Zusammenhang mit der Sportteilnahme steht (z. B. Hamer, Lavoie & Bacon, 2014; Rohrer & Haller, 2015). Auch die Nationalität und die soziale Herkunft scheinen eine bedeutsame Rolle zu spielen (z. B. Breuer, Hallmann & Wicker, 2011).

Psychologische, kognitive und emotionale Faktoren weisen im Vergleich zu demografischen und biologischen Komponenten eine hohe potentielle Veränderbarkeit auf. Dabei handelt es sich nach Fuchs (2003, S. 124) insbesondere um fünf Konstrukte, für die auf Basis vielfältiger Forschungsbemühungen konsistente Befunde nachgewiesen wurden. Diese sind:

- Sportbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen
- Konsequenzerwartungen (erwarteter Nutzen) der Sportausübung
- Perzipierte Barrieren der Sportaktivität
- Wahrnehmung des eigenen Gesundheits- bzw. Fitnesszustands
- Intention zur Sportaktivität

Von den genannten Merkmalen kommt der Intention eine Sonderrolle zu, da sie zwar in enger Verbindung mit dem gezeigten Sportverhalten steht, sich jedoch als Folge anderer Kognitionen herausbildet. Konkreten Ansatz für interventive Bemühungen bilden dementsprechend lediglich die ersten vier Konstrukte. Diese werden nachfolgend vorgestellt.

³² Weitere Darstellungen aus dem deutschsprachigen Raum finden sich u. a. bei Fuchs (1997) und Wagner (2000).

Sportbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen

Die sportbezogene Selbstwirksamkeit erwies sich in vielen Studien als einer der besten Prädiktoren für die Vorhersage der Sportteilnahme (z. B. Biddle & Mutrie, 2007). Sie drückt den Glauben an die Fähigkeit aus, eine Situation auf der Basis der eigenen Ressourcen erfolgreich meistern zu können. Übertragen auf den Bereich des Sports bedeutet das, eine Aktivität auch dann ausführen zu können, wenn bestimmte Hindernisse, wie z. B. Müdigkeit oder Stress, auftreten. Die Selbstwirksamkeit ist das zentrale Konstrukt in vielen Verhaltensänderungsmodellen und von besonderer Bedeutung, wenn Situationen neu sind oder Unvorhergesehenes beinhalten. Vorhandene längsschnittliche Untersuchungen (z. B. Fuchs, 1997; Göhner & Eid, 2001; Trost et al., 2002; Wagner, 2000) bestätigen den Einfluss des Konstrukts auf die Intentionsbildung und das Sportverhalten. Auch eine aktuelle Studie von Tigges, Wennehorst, Saliger und Englert (2015) betont den Einfluss der Selbstwirksamkeit auf das Aktivitätsverhalten. Selbstwirksame Personen sind häufiger bzw. regelmäßiger sportlich aktiv und halten ihre Aktivität eher aufrecht als Personen mit geringen Selbstwirksamkeitsausprägungen.

Konsequenzerwartungen der Sportausübung

Eng verknüpft mit der Selbstwirksamkeit ist das Konstrukt der Konsequenzerwartung³³. Hierbei handelt es sich um die Erwartung einer Person, dass ein gewisses Verhalten ein bestimmtes Ergebnis zur Folge hat, wobei positive und negative Annahmen möglich sind (Pfeffer, 2010b). Insgesamt ergibt sich eine nicht so eindeutige empirische Befundlage wie für die Selbstwirksamkeit: Vor allem querschnittliche Studien bringen Zusammenhänge zur Sportaktivität hervor, Längsschnittuntersuchungen ergeben demgegenüber inkonsistente oder nur schwache Befunde (z. B. Anderson, Winett, Wojcik & Williams, 2010; Trost et al., 2002). Es zeigt sich außerdem, dass eher negative als positive Konsequenzerwartungen prädiktiven Wert besitzen und das Konstrukt in der Aneignungsphase eine wichtigere Rolle zu spielen scheint als für die Aufrechterhaltung. In letzterer ist vielmehr entscheidend, inwieweit die erwarteten Konsequenzen auch tatsächlich erreicht wurden und ob eine Person mit dem Ergebnis zufrieden ist (Fuchs, 2013a). Grundsätzlich scheinen Konsequenzerwartungen demnach eher eine motivationale als eine volitionale Funktion inne zu haben (Pahmeier, 2006, S. 231).

³³ Als Synonym zur Konsequenzerwartung werden von Autoren teilweise auch die Begriffe Verhaltensüberzeugungen, Ergebniserwartungen, Gesundheits- und Barriererwartungen oder Entscheidungsbalance verwendet.

Perzipierte Barrieren der Sportaktivität

Neben den negativen Konsequenzerwartungen sind perzipierte Barrieren der Sportteilnahme ein entscheidendes Kriterium für die Aufrechterhaltung eines Sportverhaltens. Allgemein werden unter Barrieren „(...) subjektive Begründungsmuster verstanden, warum eine Person trotz vorhandener Vorsätze ein Verhalten nicht aufnimmt bzw. sich schwertut, es beizubehalten“ (Pahmeier, 2006, S. 222). Sie geben retrospektiv Aufschluss darüber, weshalb eine Person aus ihrer eigenen Perspektive nicht sportlich aktiv geworden ist. Krämer und Fuchs (2010, S. 171–172) unterscheiden zwei Bereiche: negative Konsequenzerwartungen und situative Barrieren. Im Gegensatz zu negativen Konsequenzerwartungen sind unter situativen Barrieren Risikosituationen zu verstehen, also physikalische, soziale und psychologische Randbedingungen, die eine Verhaltensausführung erschweren. Hierzu zählen bspw. strömender Regen, die eigene Müdigkeit oder ein gutes Fernsehprogramm. Nach Trost et al. (2002) beeinflussen insbesondere situative Barrieren die Aufrechterhaltung und stehen in konsistent enger Beziehung zur Sportteilnahme. Biddle und Mutrie (2007) differenzieren fünf verschiedene Barrierereformen: physische, emotionale, motivationale, zeitbezogene und möglichkeitsbezogene Barrieren. Hierbei werden zeitliche Barrieren geschlechterunabhängig als stärkste Belastung genannt. Frauen empfinden darüber hinaus im Vergleich zu Männern häufiger emotionale Barrieren (z. B. sich unsportlich fühlen). Als weitere Hauptgründe der Sportabstinenz werden finanzielle Belastungen und fehlende Motivation geäußert.

Wahrnehmung des eigenen Gesundheits- bzw. Fitnesszustands

Die gegenseitige Abhängigkeit von Gesundheitszustand und Sportausübung wird bereits seit den 1980er Jahren empirisch untersucht. Während anfangs vor allem biomedizinische Faktoren (z. B. Übergewicht, Körpergewicht, Körperfettanteil) analysiert wurden, bildet heute der allgemeine Gesundheitszustand bzw. die Einschätzung der subjektiven Gesundheit den Schwerpunkt der Bemühungen. Diese Entwicklung hin zu subjektiven Parametern ist möglicherweise damit zu erklären, dass die Befundlage hinsichtlich biomedizinischer Daten deutliche Inkonsistenzen aufweist (Pahmeier, 1994; Pfeffer, 2010a; Trost et al., 2002). Im deutschsprachigen Raum liegen zum Einfluss subjektiver Gesundheitsparameter u. a. Untersuchungen von Woll (2006), Jekauc, Woll, Tittlbach und Bös (2006), Wagner (2000), Becker (2011) sowie Jekauc, Reiner und Woll (2014) vor. Aus den Studien resultiert der Befund, dass Abbrecher von einem negativeren Gesundheitszustand berichten als Dabeibleiber bzw. dass Aussteiger am häufigsten den schlechten Gesundheitszustand als Grund für die Sportaufgabe angeben. Jekauc et al. (2006) betrachten Gesundheit als komplexes Merkmal des Menschen aus systemtheoretischer Perspektive. Die Untersuchungen in der Gemeinde Bad Schönborn als repräsentative Stichprobe von Personen des mittleren und späten Erwachsenenalters (N=481) brachten eine gegenseitige Abhängigkeit von sportlicher Aktivität und Gesundheit hervor.

Wagner (2000) bringt an, dass der subjektive Gesundheitszustand (Baseline) in ihrer einjährigen Interventionsstudie signifikant mit der späteren Anwesenheit im Programm korrelierte. Nach Pahmeier (2006) brechen vor allem weniger gesunde Frauen Fitnessaktivitäten wieder ab. Zusammenfassend stützen die Resultate die Annahme, dass Gesundheitsparameter die regelmäßige Bewegungsaktivität beeinflussen, wobei vermutlich weniger die biomedizinischen Faktoren als vielmehr der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand, die Zufriedenheit mit der Gesundheit sowie wahrgenommene Beschwerden auf die Sportteilnahme einwirken. Zu berücksichtigen ist, dass Aussteiger und Dabeibleiber sich nicht grundsätzlich in ihrer Gesundheitsorientierung unterscheiden: Für beide Gruppen wird die Gesundheit als gleichermaßen wichtig bewertet (Pahmeier, 2006; Pfeffer, 2010b). Für weitergehende Untersuchungen stellt sich die Frage, ob eine gezielte positive Beeinflussung des Gesundheitszustands auch das Aufrechterhalten einer körperlichen Aktivität bedingt.

Im Bereich der *behavioralen Faktoren* scheint vor allem die Sportaktivität des Erwachsenenalters in Zusammenhang mit dem aktuellen Sportverhalten zu stehen, sowohl in Bezug auf angeleitete Programme als auch hinsichtlich selbstorganisiertem Sporttreiben: Das gezeigte Sportverhalten der Vergangenheit hat einen konsistenten Einfluss auf die aktuelle Sportaktivität. Auch die *Art der Sportaktivität* beeinflusst die Aneignung bzw. Aufrechterhaltung maßgeblich. Es ist einleuchtend, dass ein Aktivitätsverhalten eher begonnen und beibehalten wird, wenn die erlebte Intensität bzw. Beanspruchung gering ausfällt. Vor allem bei Anfängern ist es daher wichtig, niederschwellige Programme anzubieten. Hinsichtlich der *Umgebungsfaktoren* ist eine wichtige Erkenntnis, dass das Klima eine Sportaktivität beeinträchtigen kann. So ist es nachvollziehbar, dass Sommerhitze ein Hemmnis für die Durchführung von *Aktivpausen* darstellen kann. Für das Wissen um die gesundheitliche Bedeutung von Bewegung und dem tatsächlichen Aktivitätsverhalten besteht kein Zusammenhang (Pfeffer, 2010a; Brehm et al., 2013).

Eine hohe Bedeutung ist weiterhin *sozialen Faktoren* beizumessen, wobei die wahrgenommene soziale Unterstützung durch Freunde bzw. Familie von hoher Relevanz für die eigene Sportausübung ist. Unter sozialer Unterstützung ist nach Schwarzer und Leppin (1989) die Art und das Ausmaß der erhaltenen Hilfe im alltäglichen Umgang miteinander gemeint. Es geht konkret darum, welche Unterstützung einem andere Personen in einer hilfsbedürftigen Situation zukommen lassen (Ungerer-Röhrich, Sygusch & Bachmann, 2006, S. 369). Fuchs (1997) systematisiert das Konstrukt in Anlehnung an diese Definition in wahrgenommene und tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung. Außerdem differenziert er unterschiedliche Formen sozialer Unterstützung, wie emotionale, instrumentelle und informationelle Hilfestellungen. Weiter konstatiert er verschiedene Quellen, wobei neben der Familie und Freunden auch Arbeitskollegen zu nennen sind. Auch wenn noch offene Fragen bestehen, bspw. welche Form sich als bindungsförderlich erweist und in welchem Stadium der Verhaltensänderung diese insbesondere Wirkung erbringt, wird die soziale Unterstützung vielfach als eine der stärksten Einflussgrößen

überhaupt gesehen (Krebs, Baaken, Hofmeier, Göhner & Fuchs, 2015, S. 178). In diversen Studien der Determinantenforschung wird belegt, dass dem Konstrukt eine Schlüsselstellung für die Veränderung von Verhaltensweisen zukommt (z. B. Anderson et al., 2010; Ayotte, Margrett & Hicks-Patrick, 2010; Croezen et al., 2012; Trost et al., 2002; Wagner & Alfermann, 2000). Es findet sich ein konsistenter positiver Zusammenhang zwischen dem sportbezogenen sozialen Rückhalt und der Sportteilnahme. Einschränkend ist zu äußern, dass diese Erkenntnis überwiegend aus querschnittlich angelegten bzw. korrelativen Studiendesigns hervorgeht, was Aussagen über die Richtung des Zusammenhangs sowie das Formulieren von Kausalaussagen erschwert. Eine aktuelle Studie aus dem betrieblichen Setting wurde von Krebs et al. (2015) veröffentlicht (N=69). Die Besonderheit liegt darin, dass die Planung der sozialen Unterstützung erstmals als spezifische Wirkgröße eines betrieblichen Bewegungsprogramms belegt wurde. Während die KG (N=46) das Interventionsprogramm *MoVo-Work* sowie ein Placebo (Ernährungsworkshop) erhielt, wurde mit der IG (N=23) anstatt dessen ein spezifisches Coaching zur Planung der sportbezogenen sozialen Unterstützung durchgeführt. Beide Gruppen zeigten eine kurzfristige Steigerung des Sportverhaltens, allerdings fielen die Interventionseffekte bei der IG signifikant besser aus ($F_{1,67}=4.06$; $p=.048$; $\eta^2=.06$). Limitierend ist zu erwähnen, dass sich die Unterschiede der beiden Gruppen nicht in einer unterschiedlichen Unterstützungswahrnehmung widerspiegelten. Auch Nöhammer et al. (2009) beschreiben die interne soziale Akzeptanz und gegenseitige soziale Unterstützung von Maßnahmen der BGF als wesentlichen Erfolgsfaktor.

Übungsleiter

Die hohe Bedeutung des Übungsleiters für den Erfolg angeleiteter Sportprogramme wird von verschiedenen Autoren betont (z. B. Hawley-Hague, Horne, Skelton & Todd, 2016; Pahmeier, 2006; Wagner, 2000)³⁴. Estabrooks et al. (2004, S. 233) konstatieren in diesem Zusammenhang: „Leadership has been described as perhaps the most important determinant of participation in physical activity groups“. In einer Interviewstudie von Pahmeier (1994) schrieben 90 % aller Teilnehmer der Person des Übungsleiters eine wesentliche Rolle für das eigene Aktivitätsverhalten zu. Ihren Ausführungen zufolge ist neben einer freundlichen und aufgeschlossenen Persönlichkeit insbesondere auch die fachliche Qualifikation wichtig. Kommunikative und interaktive Fähigkeiten sind bei der Vermittlung von Inhalten eine wichtige Komponente. Ein guter Übungsleiter zeichnet sich dadurch aus, auf Teilnehmer zugehen zu können und jedem einzelnen ein Gefühl der Aufmerksamkeit zu vermitteln.

³⁴ Eine ausführlichere Analyse verschiedener Studien zur Bedeutung des Übungsleiterverhaltens findet sich bei Wagner (2000, S. 97-103).

Wagner (2000) zeigte in ihrer Studie zur Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität in Gesundheitssportprogrammen erstmals, dass das wahrgenommene Übungsleiterverhalten eine zentrale Diskriminierungsvariable zwischen der Aussteiger- und Dabeibleibergruppe darstellt. Mittels Varianzanalyse wies sie nach, dass Kursabbrecher bzw. unregelmäßig anwesende Personen den Übungsleiter deutlich negativer bewerteten als regelmäßig Teilnehmende. Markland und Ingledew (2007) merken an, dass dem Übungsleiter vor allem eine hohe motivationale Funktion zukommt und die intrinsische Motivation der Teilnehmer zu fördern ist. Fuchs, Lippke und Knäuper (2000) untersuchten die Wirkung von externalen bzw. internalen Motivierungsstilen in Bezug auf die Bindung an Sportaktivität. Ihren Resultaten zufolge ist internalen Strategien Vorrang einzuräumen. Insgesamt zeigt sich empirisch dennoch ein nicht eindeutiges Bild, möglicherweise, weil das Übungsleiterverhalten nicht einheitlich konzeptualisiert und in den Studien unterschiedliche Aspekte untersucht wurden (Estabrooks et al., 2004; Koeneman, Verheijden, Chinapaw & Hopman-Rock, 2011). Die Befundlage weist auf einen schwachen bis moderaten Zusammenhang zwischen dem Übungsleiterverhalten und der Aufrechterhaltung einer Sportaktivität hin. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass das Übungsleiterverhalten eventuell durch die erlebte Freude bzw. Emotionen moderierend und nicht direkt wirkt (Pfeffer, 2010a, S. 269).

Emotionen und Bewegungsfreude

Nach Biddle und Mutrie (2007) beeinflussen Stimmungen als wesentliches Element des emotionalen Erlebens die Motivation, das Handeln und das Verhalten entscheidend. Dabei sind Emotionen als Ausprägungsformen des Befindens zu klassifizieren, wobei Stimmungen wiederum als Subkategorie von Emotionen aufgefasst werden und sich in „kleinen“, meist unbewussten emotionalen Zuständen äußern (Brehm, 2006, S. 321). Bereits Wankel (1993) konstatierte den Einfluss der Bewegungsfreude für die Aufrechterhaltung einer Sportaktivität. Auch Jekauc, Voelkle, Wagner, Mewes und Woll (2013) betonen die Bedeutung der Freude am Sport als eine wichtige Determinante der Sportteilnahme. Williams et al. (2006) wiesen mithilfe einer randomisierten, kontrollierten Studie nach, dass das Ausmaß der Bewegungsfreude als Moderator für die Veränderung hin zu einem körperlich aktiven Lebensstil wirken kann: Teilnehmer, die zu Beginn der Intervention ein hohes Ausmaß an Bewegungsfreude äußerten, steigerten ihr Bewegungsverhalten erfolgreicher. Mohiyeddini und Bauer (2007) untersuchten die Bedeutung von Emotionen bei der Umsetzung von Verhaltensabsichten und konnten anhand eines Strukturgleichungsmodells zeigen, dass Emotionen hierbei eine Mediatorfunktion einnehmen. Auch Biddle und Mutrie (2007) äußern, dass Assoziationen der Sportaktivität mit negativen Emotionen die Wahrscheinlichkeit eines Ausstiegs erhöhen, während positive Gefühle in Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung stehen. Die Ergebnisse einer aktuellen Studie von Jekauc (2015) bestätigen diese Annahme: Er wies nach, dass Kursteilnehmer etwaige Bewegungsprogramme regelmäßiger besuchen, sofern es gelingt, die Freude am Sport zu wecken.

Die Studien veranschaulichen, dass Emotionen zum einen als Mediator für Interventionen zur Steigerung des Aktivitätsverhaltens eingesetzt werden können und zum anderen, dass sie möglicherweise als Moderator wirken. Dennoch wird die Bewegungsfreude bzw. Emotionen im Vergleich zu kognitiven Konstrukten bis dato lediglich als Randthema in der sportwissenschaftlichen Verhaltensforschung berücksichtigt (Duttler, 2014; Jekauc, 2018).

Insgesamt zeigt sich für die analysierten Determinanten, dass trotz umfangreicher Reviews und Meta-Analysen überwiegend Querschnittstudien vorliegen. Daher ist es zum aktuellen Zeitpunkt nur schwer möglich, kausale Zusammenhänge herauszustellen. Es sei weiterhin angemerkt, dass in den Studien verschiedene Phasen der Sportteilnahme kaum berücksichtigt werden. Aus aktuellen Untersuchungen ist allerdings bekannt, dass in den einzelnen Phasen der Sportteilnahme durchaus unterschiedliche Faktoren wirken (z. B. Jekauc, Wäsche, Mess, Bös & Woll, 2017).

In den obigen Darstellungen bildete die Beschreibung derjenigen Determinanten den Schwerpunkt, für die wiederholt ein positiver Zusammenhang mit der Sportteilnahme bestätigt wurde. Hierbei wurden u. a. die Selbstwirksamkeit, die Barrierewahrnehmung, die Einschätzung des Gesundheitszustands sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung als relevante Faktoren angesehen. Allerdings kann selbst mit der Identifikation einer Vielzahl bedeutsamer Determinanten das tatsächliche Aktivitätsverhalten nur bedingt erklärt werden. Vielmehr scheinen die Einflussfaktoren durch ein komplexes Zusammenspiel eine Verhaltensänderung zu bedingen. Ohne eine zugrundeliegende Theorie stehen die Determinanten gleichwertig nebeneinander und müssen auf einer beschreibenden Ebene verbleiben (Woll, 2006, S. 59). Der große Verdienst der Determinantenforschung ist darin zu sehen, dass sie hervorbringt, welche Faktoren bisher unzureichend berücksichtigt wurden. Die dargestellten Zusammenhänge der einzelnen Variablen bilden somit eine wichtige Grundlage zur Erklärung der Einflussmechanismen (Schäfer, 2010, S. 74–80). Die derartige Untersuchung von gegenseitigen Abhängigkeiten zwischen den Determinanten ist Inhalt des nachfolgenden Kapitels.

5.2 Erklärungs- und Interventionstheorien

Für eine theoretische Konzeption von Programmen zur Verhaltensänderung ist nach Fuchs (2003, S. 101) das Zusammenspiel zwischen Erklärungs- und Interventionstheorien von zentraler Bedeutung. Erklärungstheorien stellen Bedingungswissen zur Verfügung und beschreiben, welche Faktoren und Prozesse in Beziehung zueinanderstehen und das Aktivitätsverhalten einer Person beeinflussen. Ein solches Wissen ist für eine fundierte Interventionsplanung unabdingbar, weil hervorgeht, welche personalen, sozialen oder strukturellen Determinanten zu ändern sind, um das Verhalten der Zielgruppe in die gewünschte Richtung zu lenken. Erklärungstheorien bilden damit eine wichtige Grundlage zur Bestimmung der *taktischen Programmziele*

(vgl. Kapitel 6.3) und dienen als Basis für die Hypothesenbildung (vgl. Kapitel 7). Für die Planung von Interventionen gilt es, neben Erklärungstheorien auch Interventionstheorien zu berücksichtigen. In diesen wird anhand praktischer Handlungsempfehlungen konkretisiert, mit welchen Methoden und unter welchen Randbedingungen die zu beeinflussenden Determinanten verändert werden können. Dieses Änderungswissen wird benötigt, um die Passgenauigkeit von Intervention und Setting zu gewährleisten (Fuchs, 2003, S. 108–111, 2006, S. 212; Lippke & Renneberg, 2006, S. 36).

Für die Entwicklung einer theoriegeleiteten Intervention werden deshalb idealerweise beide Arten von Theorien kombiniert. Aus der Praxis ist allerdings bekannt, dass in den meisten Fällen lediglich auf Erklärungstheorien Bezug genommen wird. Dies ist u. a. damit zu begründen, dass Interventionstheorien bisher noch vergleichsweise wenig konzeptionell elaboriert sind (Fuchs, 2006, S. 212; Höner, Sudeck, Keck & Kosmützky, 2011, S. 112). Nachfolgend werden exemplarisch die wichtigsten Erklärungs- und Interventionstheorien dargestellt, um eine theoretische Grundlage für die Planung der eigenen Intervention zu schaffen.

5.2.1 Erklärungstheorien

Das Gesundheitsverhalten einer Person unterliegt einem komplexen Zusammenspiel aus biologischen, selbstregulatorischen und sozialstrukturellen Einflüssen. Neben internen Determinanten sind deshalb externe Einflüsse zur Erklärung des Sport- und Bewegungsverhaltens gleichermaßen einzubeziehen. Seit den 1970er Jahren wurden unterschiedliche Modelle entwickelt, die das Gesundheitsverhalten einer Person bestmöglich zu erklären versuchen. Gemein ist den verschiedenen Ansätzen, dass sie der zentralen Frage nachgehen, warum manche Menschen sich gesundheitsbewusst verhalten, während anderen eine solche Verhaltensweise nicht gelingt (Fuchs, 2003; Pfeffer, 2010b).

Vorhandene Erklärungstheorien sind entweder soziologisch (sozial-ökologische Modelle) oder psychologisch (individuumbezogene Modelle) orientiert. Psychologische Modellen spezifizieren jene Faktoren, die das Verhalten unmittelbar steuern. Sie beschreiben „wie und unter welchen Bedingungen relevante Variablen zusammenwirken und wie sie ein Kriterium (z. B. die Aufnahme sportlicher Aktivität) beeinflussen“ (Lippke & Wiedemann, 2007, S. 139). Im Rahmen von Kausalkonstruktionen wird versucht, Verhaltensweisen möglichst genau zu prognostizieren. Sozial-ökologische Ansätze intendieren im Gegensatz dazu, alle außerhalb der Person liegenden sozialen, strukturellen und kulturellen Bedingungen zu analysieren. Das Gesundheitsverhalten wird in diesen Modellen aus einer umfassenderen Sicht erforscht. Hierbei ist das Modell von McLeroy, Bibeau, Steckler und Glanz (1988) zu erwähnen, in dem sozial-ökologische Determinanten auf fünf Ebenen angesiedelt werden. Die relevanten Faktoren werden dabei in einem allgemein gehaltenen Ordnungsschema systematisiert, das für eine erste Orientierung behilflich sein kann (Fuchs, 2006; Geuter, 2011).

Bis dato ist eine gleichzeitige Berücksichtigung psychologischer und sozial-ökologischer Ansätze nur ansatzweise in allgemeingehaltene Rahmenmodellen gelungen. Ein großer Nachteil bestehender Versuche ist darin zu sehen, dass diese Modelle aufgrund ihres hohen Allgemeingrades und ihrer Abstraktheit empirisch nur schwer überprüfbar sind (Baaken & Fuchs, 2012; Woll, 2007). Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die empirisch einfacher zu überprüfenden individuumsbezogenen Modelle, die vorrangig in der Psychologie entwickelt und auf den Sportbereich übertragen wurden.

Eine einheitliche Vorgehensweise zur Kategorisierung der existierenden Vielzahl solcher Modelle und Theorien ist der gegenwärtigen Literatur nicht zu finden. Die meisten Autoren stellen inhaltlich vergleichbare Überlegungen an, nehmen jedoch unterschiedliche Ausdifferenzierungen vor. Fuchs (2003) gliedert vorhandene Modelle bspw. in Struktur- und Stadienmodelle. Baaken und Fuchs (2012) teilen diese Überlegung, integrieren als zusätzliche Kategorie jedoch Prozessmodelle. Lippke und Renneberg (2006) differenzieren Strukturmodelle in motivationale und volitionale Ansätze und unterscheiden neben Stadienmodellen auch Hybridmodelle. Pfeffer (2010b) strukturiert in Motivationsmodelle und Theorien der Handlungsausführung sowie Stadien- und Prozessmodelle. Ihre Theorien der Handlungsausführung entsprechen hierbei den volitionalen Modellen, die Prozessmodelle den Hybridmodellen. Teilweise wird außerdem zwischen allgemein psychologischen und speziell für den Bereich des Sports entwickelten Ansätzen differenziert. Die allgemein psychologischen Modelle wurden ursprünglich für ein breites Anwendungsfeld des Gesundheitsverhaltens konzipiert, sodass sich mögliche Vorhersagen auch auf Bereiche, wie bspw. Rauchen oder Ernährungsverhalten beziehen lassen. Die sportpsychologischen Modelle wurden explizit zur Vorhersage von sport- und bewegungsbezogenen Verhaltensweisen entwickelt und sind deshalb in der Lage, die hierfür charakteristischen Merkmale stärker zu berücksichtigen. Ein Nachteil dieser Spezifizierung ist allerdings darin zu sehen, dass für sportbezogene Modelle bislang weitaus weniger empirische Analysen vorgenommen wurden (Baaken & Fuchs, 2012). Für die vorliegende Arbeit wird auf die Systematisierung von Baaken und Fuchs (2012) zurückgegriffen (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Überblick zu den Erklärungstheorien nach Baaken und Fuchs (2012)

Strukturmodelle	
Theorie der Schutzmotivation	Rogers (1985)
Theorie des geplanten Verhaltens	Ajzen (1991)
Sozial-kognitive Theorie	Bandura (2000)
Stadienmodelle	
Transtheoretisches Modell (TTM)	Prochaska & DiClemente (1983)
Preaction Adoption Process Model (PAPM)	Weinstein & Sandmann (1992)
Berliner Stadien-Modell	Fuchs (2001)
Prozessmodelle	
Relapse Prevention Model	Marlatt & Gordon (1985)
Health Action Process Approach (HAPA)	Schwarzer (1992)
MoVo-Prozessmodell	Fuchs (2007)

Eine detaillierte Darstellung aller Erklärungstheorien ist an dieser Stelle nicht notwendig. Es existieren zahlreiche Überblicksarbeiten, in denen die Modelle zusammenfassend betrachtet, kritisch bewertet und vor dem Hintergrund der Sportteilnahme diskutiert werden (z. B. Baaken & Fuchs, 2012; Biddle & Nigg, 2000; Lippke & Renneberg, 2006; Lippke & Wiedemann, 2007; Schwarzer, 2004). Im nachfolgenden Verlauf werden die für das Anwendungsfeld der Sportwissenschaft relevanten Modelle herausgegriffen.

5.2.1.1 Strukturmodelle

In Strukturmodellen wird die Sportaktivität vor dem Hintergrund von Prädiktorvariablen vorhergesagt, deren Beziehung in Form eines kausalen Zusammenhangs spezifiziert wird. Sie sind als statische Abbilder des Einflussgeschehens zu klassifizieren, eine prozesshafte Veränderung der Parameter ist nicht ihr Gegenstand. Gemein ist den Modellen, dass vorwiegend kognitive Faktoren zur Vorhersage des Gesundheitsverhaltens betrachtet werden. Unterschiede bestehen insbesondere hinsichtlich der jeweiligen Variablenkombinationen und Schwerpunktsetzungen (Scholz, Schüz & Ziegelmann, 2007, S. 138–140). Zentrale Annahme ist weiterhin, dass für alle Personen, ungeachtet ihrer Stellung im Verhaltensänderungsprozess, dieselben Faktoren unterstützend wirken. Bei Programmen, die auf dieser theoretischen Grundlage entwickelt werden, erhalten alle Teilnehmer dieselbe Intervention („One size fits all“) (Ströbl, 2007, S. 24).

Während in den 1950er Jahren die Gesundheitsaufklärung im Fokus stand und sogenannte Furchtappelltheorien, wie das Health-Belief-Model von Becker (1974) oder die Theorie der Schutzmotivation von Rogers (1985) die Bedrohungseinschätzung durch gesundheitliche Risikowahrnehmung in den Mittelpunkt rückten, vollzog sich in der Psychologie ab den 1960er Jahren parallel ein Wandel hin zu eher kognitiv orientierten Ansätzen. Hieraus gingen u. a. die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (1991) sowie die Sozial-kognitive Theorie von Bandura (2000) hervor. In beiden Ansätzen stellt der Kompetenzansatz das zentrale Konstrukt dar³⁵. Als eines der wenigen sportpsychologischen Modelle ist das MAARS-Modell von Fuchs (1997) erwähnenswert.

Einer Sonderstellung kommt Banduras Sozial-kognitiver Theorie zu, die laut Scholz et al. (2007) als eine der bedeutendsten Theorien der Verhaltensänderung sowohl im Allgemeinen als auch im speziellen Bereich der körperlichen Aktivität angesehen werden kann. Sie ist gegenwärtig mit Abstand das am häufigsten genutzte Strukturmodell zur Erklärung der Sportteilnahme³⁶.

³⁵ Das Konstrukt der Kompetenzwahrnehmung findet in der Theorie des geplanten Verhaltens unter dem Begriff „Verhaltenskontrolle“, in der Sozial-kognitiven Theorie unter dem Begriff „Selbstwirksamkeitserwartung“ Anwendung.

³⁶ Siehe hierzu bspw. das Review von Baranowski, Anderson und Carmack (1998). Von 44 Originalarbeiten zur Vorhersage der sportlichen Aktivität beziehen 28 Werke die Sozial-kognitive Theorie ein.

Die Sozial-kognitive Theorie erlaubt es, Ansätze aus der Psychologie auf den Bereich des Sportverhaltens zu übertragen und integriert die in der Literatur diskutierten kognitiven Ansätze der Verhaltensänderung in eine Rahmenkonzeption. Ähnlich wie auch in anderen Erklärungstheorien nimmt das Konstrukt der Intention eine zentrale Rolle ein und bestimmt laut Bandura (2004), ob einer Person die geplante Verhaltensänderung bzw. -aufrechterhaltung gelingt oder nicht. Sie wirkt für die weiteren Modellmerkmale, wie Selbstwirksamkeit, Handlungsergebniserwartungen sowie soziostrukturelle, behindernde und unterstützende Faktoren mediierend. Das Ausmaß der Selbstwirksamkeit wiederum bestimmt maßgeblich, ob wir uns eine bestimmte Handlung zutrauen oder nicht.

People's self-efficacy beliefs determine their level of motivation, as reflected in how much effort they will exert in an endeavor and how long they will persevere in the face of obstacles. The stronger the belief in their capabilities, the greater and more persistent are their efforts. (Bandura, 1989, S. 1176)

Die bedeutsame Rolle der Selbstwirksamkeit zur Vorhersage und Erklärung der körperlichen Aktivität wurde empirisch mehrfach bestätigt (z. B. Moritz, Feltz, Fahrbach & Mack, 2000; vgl. Kapitel 5.1). Dahingegen bezieht sich die Handlungsergebniserwartung auf das Wissen um die Konsequenz einer Handlung in Form einer „Wenn-Dann-Struktur“ und stellt lediglich eine Vorbedingung für die Verhaltensänderung dar. In seiner Theorie beschreibt Bandura (2004), wie Selbstwirksamkeitserwartungen konkret erhöht werden können, nämlich am stärksten durch eigene Erfahrungen. Auf Grundlage der Sozial-kognitiven Theorie wurden mit dem Ziel der Aktivitätssteigerung zahlreiche Interventionsstudien entwickelt (z. B. Dishman et al., 2004; Hallam & Petosa, 2004). Auch Reviews zum Modell und den einzelnen Konstrukten liegen vor, dennoch mangelt es bis heute an Meta-Analysen und systematischen Reviews.

Im Gegensatz zu anderen Ansätzen spezifiziert Bandura nicht nur Faktoren, die Verhalten vorhersagen, sondern ebenso Techniken zur Verhaltensänderung. So erfüllen einzelne Bausteine des Modells auch die Kriterien einer Interventionstheorie (vgl. Kapitel 5.2.2). Dennoch weist die Theorie Defizite auf, bspw. wenn es um die konkrete Umsetzung von Absichten geht. Diese Lücke kann die Sozial-kognitive Theorie, ebenso wie andere Erklärungstheorien nicht schließen (Klaus & Brömer, 2002; Lippke & Renneberg, 2006; Scholz et al., 2007).

An diesem Punkt setzt die vielfach geäußerte Kritik zu Strukturmodellen an: Zwar wurden die Annahmen in zahlreichen Studien belegt und insbesondere die Intention als Aspekt der Motivation gut erklärt (z. B. Milne, Sheran & Orbell, 2000; Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000). Nach heutiger Erkenntnis sind die Annahmen der motivationalen Theorien, die eine lineare Beziehung zwischen Motivation und Verhalten vermuten und volitionale Prozesse unberücksichtigt lassen, jedoch unzureichend. So ist die Vorhersagekraft der Strukturmodelle für das tatsächliche Aktivitätsverhalten mit 30 % als unbefriedigend einzustufen (Lippke & Kalusche, 2007; Plotnikoff, Costigan, Karunamuni & Lubans, 2013).

Für die Planung von Maßnahmen zur Verhaltensänderung gilt es, volitionale Komponenten einzubeziehen und zu untersuchen, welche Faktoren zwischen der Intention und der tatsächlichen Verhaltensaussführung wirken. Diese werden in volitionalen Modellen, wie bspw. dem Rubikon-Modell von Heckhausen und Gollwitzer (1987) stärker integriert. Derartige Ansätze fokussieren die Phase der Intentionsrealisierung nach Beendigung der motivationalen Phase, treffen jedoch kaum Aussagen über die vorhergehende Bildung der Intentionen. Dementsprechend ist zu kritisieren, dass, ähnlich wie bei motivationalen Modellen, lediglich ein Ausschnitt des Problems abgebildet wird. Vermutlich existiert aus diesem Grund nur eine begrenzte Anzahl an Studien auf der theoretischen Basis von Volitionstheorien. Es ist davon auszugehen, dass dies auch begründet, warum die meisten Autoren rein volitionale Modelle in ihrer Kategorisierung von Erklärungstheorien nicht berücksichtigen (vgl. Kapitel 5.2.1).

In der weiteren Entwicklung ist es im Rahmen von Prozess- und Stadienmodellen gelungen, sowohl motivationale als auch volitionale Komponenten in theoretische Ansätze einzubeziehen und Verhaltensänderung als ein Gesamtbild darzustellen (Kapitel 5.2.1.3). Diese Kombination stellt einen Meilenstein in der Gesundheitsverhaltensforschung dar. Derartige Ansätze postulieren, dass sich Verhaltensänderung als Entwicklungsprozess vollzieht, der mit dem Durchlaufen verschiedener Stadien beschrieben werden kann. Dadurch besteht statischen Erklärungsmodellen gegenüber ein entscheidender Vorteil, nämlich, dass Veränderung schrittweise und über eine zeitliche Dimension abgebildet wird (Pfeffer, 2010b, S. 237; Schlicht & Zinsmeister, 2015). Im nachstehenden Exkurs wird für ein tiefergehendes Verständnis der theoretischen Hintergründe zunächst auf motivationale und volitionale Aspekte des Bewegungsverhaltens eingegangen, bevor entsprechende Prozess- und Stadienmodelle vorgestellt werden.

5.2.1.2 Exkurs: Motivationale und volitionale Aspekte des Bewegungsverhaltens

Das Bilden einer festen Absicht, z. B. täglich nach der Arbeit spazieren zu gehen oder bisher dominante Gewohnheiten zu verändern, ist der erste Schritt einer erfolgreichen Verhaltensänderung. In Anlehnung an Kuhl (2001) und Heckhausen und Heckhausen (2010) sind die Prozesse der Absichts- bzw. Intentionsbildung dem Bereich der Motivation zuzuordnen. Rheinberg (2006, S. 15) definiert Motivation als die „aktivierende Ausrichtung des momentanen Lebensvollzuges auf einen positiv bewerteten Zielzustand“. Allerdings gelingt es ungefähr der Hälfte der Personen nicht, im Sinne ihrer Absicht zu handeln und ein Zielverhalten erfolgreich zu initiieren. Trotz guter Vorsätze wird das intendierte Verhalten erst gar nicht aufgenommen. Gründe hierfür können anfängliche Widerstände sein, insbesondere, wenn Intentionen sich auf ein höhergeordnetes Ziel (z. B. Gesundheit) beziehen und mit kurzfristigen Zielen (z. B. relaxen und fernsehen) konkurrieren. Diese ambivalenten Einstellungen führen dann zu weiteren Handlungsaufschüben (Milne et al., 2000; Sniehotta, Winter, Dombrowski & Johnston, 2007). Nach einer Meta-Analyse von Sheeran (2002) klärt bisheriges Verhalten im Durchschnitt 26 % der Varianz des Aktivitätsverhaltens auf ($r=.51$).

Unter Hinzunahme der Intention können lediglich weitere 7 % der Varianzaufklärung begründet werden. Dies bestätigt die Annahme, dass die Intentionsbildung als ein Baustein der Verhaltensänderung zu betrachten ist, diese jedoch nicht alleinig zu erklären vermag (Achtziger & Gollwitzer, 2010; Scholz et al., 2007; Tigges et al., 2015). Auch für das betriebliche Setting gibt es Hinweise, dass eine vorhandene Intention die tatsächliche Inanspruchnahme von BGF-Programmen nur bedingt erklärt (Rongen et al., 2014). Das oben beschriebene Phänomen ist unter der Bezeichnung „Intentions-Verhaltens-Lücke“ bekannt (Gollwitzer & Sheeran, 2006).

Als volitional werden alle Prozess und Strategien bezeichnet, die darauf abzielen, eine Intention tatsächlich umzusetzen. Ziel ist es, das eigene Verhalten willentlich zu steuern, spontane Reaktionen zu unterdrücken und durch wünschenswerte Handlungsoptionen zu ersetzen (Scholz et al., 2007, S. 132; Sniehotta et al., 2007). Im Sinne der volitionalen Verhaltenskontrolle ist es von wesentlicher Bedeutung, eine neu aufgenommene Verhaltensweise gegen unvereinbare, äußere Einflüsse abzuschirmen. Hierfür reicht eine starke Intention alleine nicht aus, Anstrengung und Persistenz sind notwendig, um in schwierigen Situationen das gewünschte Zielverhalten beizubehalten.

Ziele sind verknüpft mit Mitteln, um sie zu erreichen. Verschiedene Zielsysteme können zur selben Zeit aktiv oder mit anderen (Unter-)zielen verbunden sein. Es können sich Synergieeffekte ergeben, die sich gegenseitig fördern. Je förderlicher diese Verknüpfung ist, desto wahrscheinlicher erfolgt die Handlungsausführung. Zu berücksichtigen ist, dass die volitionale Verhaltenskontrolle mentale Ressourcen beansprucht, die nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen. Je mehr Ressourcen für die Erreichung eines Ziels aufgebracht werden, desto weniger sind sie an anderer Stelle verfügbar. Dadurch kann es vorkommen, dass verschiedene Ziele um Ressourcen konkurrieren.

Schwarzer (2004) unterteilt das Konstrukt der Volition in eine präaktionale und eine aktionale Phase. Während im präaktionalen Stadium die Handlungsplanung von hoher Bedeutung ist, zeichnet sich die aktionale Phase durch die erfolgreiche Anwendung von Kontrollstrategien zur Abschirmung des Verhaltens gegen störende Hindernisse aus (volitionale Verhaltenskontrolle). Hierbei ist die Zuversicht entscheidend, ein Verhalten trotz aufkommender Barrieren aufrecht zu erhalten.

Für eine konsequente Verhaltensumsetzung bedarf es der Koordination kognitiver Prozesse. Für die Notwendigkeit solcher Strategien liefert die psychologische Grundlagenforschung eine überwältigende Evidenz (Fuchs, 2007b; Gerber, Fuchs & Pühse, 2013; Lippke & Renneberg, 2006; Sniehotta et al., 2007). Als Beispiel ist die konkrete Planung zu nennen, wie das gesetzte Ziel umgesetzt werden kann. Die Festlegung eines konkreten Termins zur Durchführung der *Aktivpause* oder die Verabredung mit Kollegen sind hierbei bspw. hilfreiche Möglichkeiten. Derartige Maßnahmen sollen Probleme mit der Initiierung einer Handlung verringern bzw. ver-

hindern (Schlicht & Zinsmeister, 2015; Pfeifer et al., 2011). Dies ist insbesondere für Handlungen mit hohem Aufforderungscharakter vorteilhaft oder wenn ein Defizit persönlicher Ressourcen vorliegt, wie z. B. Müdigkeit oder Stress. Häufig gelingt es dann nicht, die „richtige“ Entscheidung zu treffen und einer Aktivität wie geplant nachzugehen. Deshalb werden Handlungsstrategien zu einem Zeitpunkt formuliert, zu dem Ressourcen verfügbar sind und keine Störungen auftreten. Der Knackpunkt besteht darin, diese Strategien in relevanten Situationen dann auch tatsächlich umzusetzen.

Volitionale Prozesse erfüllen während einer Verhaltensänderung zwei wichtige Grundfunktionen. Zum einen ist die intentionsgerechte Kontrolle und Regulierung der Handlungsausführung zu nennen, zum anderen die Abschirmung des neuen Verhaltens gegenüber alternative Tendenzen (Sniehotta, Scholz & Schwarzer, 2005).

Insbesondere das Konzept der Implementierungsentention (IPMS) hat das volitionale Verständnis fundamental weiterentwickelt. Hierbei handelt es sich um prospektive „wenn-dann“ Pläne. Diese konkretisieren eine vorhandene Zielintention hinsichtlich einer bestimmten Situation und Handlung. Die „wenn“-Komponente bezieht sich auf interne (z. B. Müdigkeit) und externe Signale (z. B. bestimmte Tageszeit). Sniehotta, Schwarzer, Scholz und Schüz (2006) unterscheiden zwischen Ausführungs- und Bewältigungsplänen. Ausführungspläne beziehen sich darauf, wann und wo im Sinne der Zielintention gehandelt wird. Bewältigungspläne spezifizieren antizipierte Hindernisse und kognitive Strategien, um diese zu überwinden. Die „dann“-Komponente kann sich demnach sowohl auf das Ausführungs- als auch auf das Abschirmungsverhalten beziehen (Gollwitzer & Sheeran, 2006).

Eine Meta-Analyse zu IPMS zeigt, dass das Formen solcher Pläne die Ausführung des Zielverhaltens mit einem mittleren Effekt von $d=.65$ begünstigt (Gollwitzer & Sheeran, 2006). Studien zum Gesundheitsverhalten und der Sportaktivität weisen einen ähnlichen Effekt auf ($d=.59$). Es besteht Evidenz, dass das Ausmaß an Ausführungsplanung körperliche Aktivität über motivationale Faktoren hinweg vorhersagt.

Solange ein neues Verhalten nicht zur Routine geworden ist, dient die Selbstbeobachtung des eigenen Verhaltens der Handlungskontrolle. Anhand eines ständigen Soll-Ist-Vergleichs wird überprüft, ob man sich noch auf dem Kurs befindet und die gesetzten Handlungsziele erfüllt. Ergibt dies Diskrepanzen, ist ein Rückgriff auf zuvor formulierte Maßnahmen sinnvoll, z. B. „Es ist 16 Uhr und ich habe erst 2.000 Schritte, also muss ich noch einmal um den Block laufen, bevor ich nach Hause fahre“. Spätestens zu diesem Zeitpunkt muss eine eigene Anstrengung und aktive Selbstkontrolle erfolgen. Je häufiger ein Verhalten unter regelmäßigen Bedingungen erfolgreich ausgeführt wurde, desto stabiler wird der Einfluss vergangenen Verhaltens und umso geringer ist die Rolle sozialer Kognitionen und Intentionen (Sniehotta et al., 2007; Wood, Quinn & Kashy, 2002).

Im Gedächtnis bilden sich Assoziationen zwischen dieser Handlung und typischen Merkmalen der situativen Umstände, wie z. B. die Zeit, der Ort oder die Anwesenheit bestimmter Personen. Auf der Grundlage dieser Verknüpfungen wird das jeweilige Verhalten möglicherweise irgendwann automatisch ausgelöst. Dies spricht dafür, dass ein regelmäßig bewusst ausgeführtes Verhalten unter vergleichbaren Bedingungen zur Gewohnheit werden kann. Hierfür sind die Wiederholung bzw. Regelmäßigkeit des Verhaltens und stabile Umstände bzw. Auslösesignale entscheidend (Fuchs, 2007b; Sniehotta et al., 2007; Pfeifer, Hofmann & Geidl, 2011).

5.2.1.3 Stadienmodelle

In Stadienmodellen werden die in den Strukturmodellen postulierten Einflussfaktoren aufgegriffen und daran anknüpfend die einer Aktivität zugrundeliegenden motivationalen und volitionalen Phasen einer Verhaltensänderung dargestellt. Die gemeinsame Idee von Stadienmodellen ist, dass sich eine Person im Laufe ihres Verhaltensänderungsprozesses in verschiedenen, hierarchisch eindeutig anordenbaren Stadien befindet (Geuter, 2011; Stark & Fuchs, 2012). Für jede Phase sind andere Verhaltensänderungseigenschaften bestimmend. Postuliert wird, dass sich Personen eines Stadiums nicht nur im gezeigten Verhalten, sondern auch in Bezug auf ihre Gedanken und Gefühle ähneln. Insofern wird angenommen, dass Personen in den einzelnen Stadien von jeweils unterschiedlichen Unterstützungsmaßnahmen profitieren und „passende“ Reize für eine erfolgreiche Verhaltensänderung von hoher Bedeutung sind. Interventionen, welche diesen Ansatz verfolgen und der Zielgruppe angepasste Strategien entwickeln, handeln nach dem Prinzip des „Matched Designs“ (Lippke & Renneberg, 2006, S. 47–55; Lippke & Kalusche, 2007).

Insgesamt existieren in der Literatur zahlreiche Stadienmodelle. Ausgangspunkt für die meisten Ansätze bildet das Transtheoretische Modell (TTM) von Prochaska und DiClemente (1983), welches ursprünglich für den Verhaltensbereich des Rauchens entwickelt und später auch Grundlage für körperliche Aktivitäten bildete. Das Precaution Action Process Model (PAPM) von Weinstein und Sandmann (1992) blieb bisher ohne nennenswerte empirische Überprüfung und wurde im Sportbereich kaum eingesetzt. Ein eigens für den Sportbereich entwickeltes Modell stellt das Berliner Sportstadien-Modell von Fuchs (2001) dar.

Da das TTM am bekanntesten ist und häufig in der Gesundheitspsychologie zum Einsatz kommt (u. a. Spencer, Adams, Malone, Roy & Yost, 2006), wird es im Folgenden detaillierter vorgestellt. Im TTM werden fünf Stufen der Verhaltensänderung aufgezeigt: Präkontemplation, Kontemplation, Präparation, Aktion und Aufrechterhaltung. In der ersten Stufe befindet sich eine Person in einer inaktiven Verhaltensweise und sieht auch keine Notwendigkeit, diese zu ändern. Auch in der zweiten Stufe, der Kontemplation, ist die Person nicht aktiv, wägt die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung jedoch ab. Sofern die Vorteile überwiegen, denkt eine Person in der Stufe der Präparation konkret über eine Verhaltensänderung innerhalb der nächsten 30 Tage nach. Sobald eine Person die geplante Aktion tatsächlich aufnimmt, befindet

sie sich in der Stufe der Aktion. Um von einer Aufrechterhaltung sprechen zu können, ist es erforderlich, dass die Person das Verhalten mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten weiterführt. Von einer Stabilisierung des Verhaltens ist auszugehen, wenn keine Rückfallgefahr mehr ins alte Verhaltensmuster besteht. Die fünf Stadien sind als Schlüsselpositionen des Modells zu verstehen. Darüber hinaus werden psychologische Konstrukte als Prädiktoren der Stadienübergänge integriert. Hierbei sind insbesondere die Selbstwirksamkeitserwartung und Entscheidungsbalance zu nennen. Neben den theoretischen Erklärungen bietet das TTM, ähnlich wie die Sozial-kognitive Theorie, hilfreiche Unterstützung in der konkreten Ableitung stadienspezifischer Interventionen. Anhand kognitiv-affektiver und behavioraler Strategien wird beschrieben, mithilfe welcher Maßnahmen für die einzelnen Phasen Unterstützung geboten werden kann (Lippke & Kalusche, 2007, S. 173; Schlicht & Zinsmeister, 2015; Ströbl, 2007, S. 24). Demzufolge sind bestimmte Elemente als Bausteine einer Interventionstheorie zu betrachten.

Eine Vielzahl an Studien haben die Kernannahmen des TTM weitgehend unabhängig des untersuchten Verhaltens bestätigt, sodass eine Übertragbarkeit auf den Sportbereich prinzipiell möglich ist. Dennoch unterliegt das Modell zahlreicher Kritik (Adams & White, 2003; Bandura, 2000; Nigg et al., 2011; Norman, Abraham & Conner, 2000). Empirische Bestätigungen beziehen sich vorwiegend auf querschnittlich angelegte Studien. Eine weitaus bessere Evidenz würden experimentelle Vorgehensweisen mit stadienspezifischen Interventionen bieten, die zum aktuellen Zeitpunkt nur begrenzt vorliegen. In verschiedenen für den Verhaltensbereich des Sports identifizierten Meta-Analysen (Marshall & Biddle, 2001; Rosen, 2000) wurden die Charakteristika von Personen unterschiedlicher Stadien zusammengetragen. Beide Analysen konstatieren, dass die zweidimensionale Struktur der kognitiv-affektiven und behavioralen Strategien für den Sportkontext wenig sinnvoll erscheint, wenngleich diese für den Verhaltensbereich des Rauchens bestätigt wurde. Schlicht, Kanning und Bös (2003) empfehlen daher, auf eine Unterscheidung zwischen kognitiv-affektiven und behavioralen Strategien zu verzichten und stattdessen beide Formen im Verlauf des Verhaltensänderungsprozesses gleichermaßen zu berücksichtigen. Die Meta-Analyse von Conn, Hafdahl und Mehr (2011) wiederum kommt zum Schluss, dass behaviorale Strategien effektiver wirken. Spencer et al. (2006) vergleichen in ihrem Review 31 Studien und betonen, dass nur die Hälfte der Studien, die einen Vergleich zwischen stadienorientierter und herkömmlicher Vorgehensweise anstellen, stadienspezifischen Programmen Vorrang einräumen. Dieses Ergebnis spricht nur bedingt für ein phasenspezifisches Vorgehen. Auch die Meta-Analyse von Romain et al. (2018) bekräftigt diese Einschätzung. Daraus geht hervor, dass stadienorientierte Interventionen sich nicht signifikant von anderen Programmen unterscheiden ($p=.22$). Im Fokus aktueller Diskussionen steht deshalb die Frage, ob Stadien überhaupt einen Vorteil gegenüber kontinuierlichen Annahmen aufweisen, oder sie als Unterteilung eines im Grunde kontinuierlichen Prozesses zu betrachten sind.

Im Rahmen dieser Debatte werden auch die zeitlichen Dimensionen der Stufen hinterfragt, die willkürlich erscheinen und nicht ohne weiteres auf den Sport übertragbar sind. Auch die Zuordnung zu den Stadien erfolgt oftmals ungenau, sodass sich Personen in der Realität möglicherweise in einer anderen Phase befinden, als die Stadiendiagnostik vorgibt (Lippke & Kalusche, 2007).

Im folgenden Kapitel wird auf eine weitere Form von Erklärungstheorien, die sogenannten Prozessmodelle, eingegangen.

5.2.1.4 Prozessmodelle

Die vorangegangenen beschriebenen Theorien weisen unterschiedliche Stärken bzw. Schwächen auf und scheinen nebeneinander zu existieren. Bei näherer Betrachtung fallen indes deutliche Ähnlichkeiten auf. Schwarzer (2004) fordert deshalb dazu auf, die Erkenntnisse bisheriger Erklärungsversuche in einer Theorie zusammenführend abzubilden. Lippke und Renneberg (2006) beschäftigen sich mit möglichen integrativen Ansätzen und identifizieren diejenigen Konstrukte, die wiederholt als relevant für den Verhaltensänderungsprozess eingestuft wurden³⁷. Sie konstatieren, dass fünf sozial-kognitive Faktoren, nämlich Selbstwirksamkeitserwartung, Ergebniserwartung, Risikowahrnehmung sowie Ziele und Pläne, Bestandteile eines „guten“ Verhaltensänderungsmodells bilden sollten.

Zwei Modelle, die alle fünf geforderten Konstrukte einbeziehen, stellen das Health Action Process Approach (HAPA) von Schwarzer (1992) sowie das Motivations-Volitions-Prozessmodell (MoVo-Modell) von Fuchs (2007a) dar. Beide Modelle integrieren sowohl motivationale als auch volitionale Prozesse als wesentliche Bestandteile ihres Konzepts (Höner et al., 2011, S. 113; Stark & Fuchs, 2012). Das HAPA-Modell bezog als eines der ersten Ansätze nicht nur kontinuierliche, lineare Modellannahmen, sondern ebenso stufentheoretische Überlegungen ein. Die postulierten Zusammenhänge beider Modelle wurden in verschiedenen Studien belegt (Fuchs, Seelig & Kilian, 2005; Krämer & Fuchs, 2010; Schwarzer et al., 2003; Sniehotta et al., 2005).

Gemäß dem HAPA-Modell nehmen sozial-kognitive Variablen stadienspezifischen Einfluss auf die Intentionsbildung, den Planungsprozess und die Verhaltensaussführung selbst. Anstelle einer strikten Trennung der Stadien wird intendiert, einzelne Stadien mittels sinnvoller Oberkategorien zusammenzufassen, sodass lediglich drei bzw. im ursprünglichen Modell zwei Stadien formuliert wurden: das motivationale und das volitionale Stadium. Im Unterschied zum TTM werden die Phasen nicht über Zeitintervalle, sondern über die Variablen Intention und Verhalten definiert. Der motivationale Prozess beinhaltet die Absichtsbildung einer Zielerreichung,

³⁷ Anzumerken ist, dass diese in den jeweiligen Theorien unter teilweise unterschiedlichen Begriffen verwendet werden (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung und wahrgenommene Verhaltenskontrolle).

während in der volitionalen Phase die Planung und Realisierung des Zielverhaltens von zentraler Bedeutung sind. Neuere Veröffentlichungen unterscheiden die volitionale Phase dahingehend, ob eine Person inaktiv ist (volitional-inaktiv) oder das Zielverhalten ausgeübt wird (volitional-aktiv). Für jede Phase werden passende („Stage-matched“) Interventionen vorgesehen (Lippke & Wiedemann, 2007).

Während das HAPA-Modell für die motivationale Phase eine genaue Kausalstruktur für die relevanten Vorgänge konkretisiert, werden für die volitionale Phase mit Ausnahme der Planung keine weiteren Faktoren kausalanalytisch betrachtet. Weitere Kritik bezieht sich darauf, dass eine detaillierte Erläuterung dazu, was konkret unter volitionalen Variablen und Prozessen zu verstehen ist, weitgehend ausbleibt (Niermann, 2010, S. 14).

Das MoVo-Modell orientiert sich am TTM und HAPA, beinhaltet allerdings weitere Aspekte der aktuellen Forschung und ist demnach als dessen Weiterentwicklung zu betrachten. Nach Schäfer (2010, S. 91) stellt es „eine Quintessenz bestehender Gesundheitsverhaltensmodelle dar“. Unterschiede zwischen dem HAPA-Modell und dem MoVo-Modell liegen u. a. in der differierenden Berücksichtigung des Konstrukts der Selbstkonkordanz und der Konsequenzerfahrungen (Baaken & Fuchs, 2012; Stark & Fuchs, 2012). Ein großer Vorteil des MoVo-Modells ist darin zu sehen, dass sein Ursprung im Bereich des Sportverhaltens liegt. Damit kommt es der Forderung von Fuchs (2003) nach, Erklärungsstrukturen spezifischer auf das Zielverhalten abzustimmen und sporttypische Erfahrungen in die Modelle zu integrieren. Das MoVo-Modell enthält neben den Modellkomponenten auch Spezifizierungen zu interventiven Strategien, aus denen konkrete Techniken zur Verhaltensänderung abgeleitet werden können.

Das MoVo-Modell wird als Grundlage für die eigene Interventionsentwicklung verwendet und gesondert in Kapitel 5.3 vorgestellt. Der nachfolgende Abschnitt dient zunächst dazu, ein Überblick zu vorhandenen Interventionstheorien zu geben.

5.2.2 Interventionstheorien

Interventionstheorien vermitteln im Gegensatz zu Erklärungstheorien operativ-technologisches Wissen und zeigen Möglichkeiten zur Beeinflussung relevanter Determinanten auf. Sie stellen Verhaltensänderungstechniken zur Verfügung, die als Grundlage für die Entwicklung von Interventionsprogrammen dienen können. Während es eine Vielzahl an Erklärungstheorien zur Sportteilnahme gibt, besteht bezüglich sportbezogener Interventionstheorien nur ansatzweise Einigkeit (Höner, 2007; Höner et al., 2011; Whyte, 2014).

Eine Interventionstheorie konkretisiert nach Fuchs (2003) idealerweise, „mit welcher Maßnahme sich in welchem Setting (Randbedingung I) und bei welchen Zielgruppen (Randbedingung II) welche Effekte erzielen lassen“. Dabei gehört die detaillierte Beschreibung der Maßnahme, die den Änderungseffekt hervorrufen soll, zu den konstitutiven Bedingungen. Ziel ist es weiterhin, den erwarteten Effekt möglichst genau zu spezifizieren.

Mit dem Setting werden kulturelle und soziale, aber auch räumliche und materielle Randbedingungen aufgegriffen. Innerhalb des Settings existieren unterschiedliche Zielgruppen, für die jeweils passgenaue Maßnahmen zu erarbeiten sind. So sind bspw. im universitären Setting für die Zielgruppe Studierende andere Maßnahmen wirksam als für Mitarbeiter. Interventionen, in denen die Passgenauigkeit von Maßnahme und Zielgruppe explizit berücksichtigt wird, werden als „Tailored interventions“ bezeichnet.

Ausgehend von diesem begrifflichen Verständnis sind in der Literatur eine Reihe an Interventionstheorien vorhanden, die sich fünf verschiedenen Formen zuordnen lassen (Biddle & Mutrie, 2007; Fuchs, 2006):

- Individuumsbezogene Interventionstheorien
- Gruppenbezogene Interventionstheorien
- Organisationsbezogene Interventionstheorien
- Gemeindebezogene Interventionstheorien
- Bevölkerungsbezogene Interventionstheorien

Die verschiedenen Theorien können zunächst danach unterschieden werden, auf welche Ebene sie abzielen, bspw. ob sie Veränderungen beim einzelnen Individuum oder einer ganzen Gruppe von Personen anstreben. Im Bereich der individuums- und gruppenbezogenen Interventionstheorien sind die Theorie der Verhaltensmodifikation (Kanfer & Goldstein, 1991) sowie bestimmte Komponenten der Sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 2000) und des Transtheoretischen Modells (Prochaska & DiClemente, 1983) zu nennen.

In Kapitel 5.2.1 wurde bereits erwähnt, dass der Ansatz von Bandura (2000) auch Komponenten einer Interventionstheorie aufweist. Zu nennen sind die beiden Elemente Beobachtungslernen und positive Bekräftigung. Bei beiden geht es um die Spezifikation bestimmter Maßnahmen, die unter Berücksichtigung der Randbedingungen zu anvisierten Effekten führen können. Die Sozial-kognitive Theorie beinhaltet darüber hinaus vielfältige Implikationen für die Praxis. Diese bieten hilfreiche Ansatzpunkte, stellen aber noch keine konkreten Maßnahmen dar. Deshalb eignet sich der Ansatz nur bedingt als Interventionstheorie. Ähnlich verhält es sich beim TTM: Neben Konstrukten zur Erklärung des Sportverhaltens beinhaltet die Theorie zum einen kognitiv-emotionale Strategien, wie z. B. das Steigern des Problembewusstseins oder das Herstellen von Betroffenheit. Zum anderen werden verhaltensbezogene Vorgehensweisen integriert, worunter z. B. Selbstbekräftigung und Stimuluskontrolle fallen. Der Fokus liegt dabei auf der Untersuchung von Prozessen, die eine Person von einem Stadium ins nächste voranschreiten lassen. Diese Veränderungsstrategien überschneiden sich zu großen Teilen mit der Theorie der Verhaltensmodifikation, die sich ebenfalls auf Techniken der Stimulus- und Konsequenzkontrolle sowie u. a. die Methode der Selbstbeobachtung bezieht. Die erwähnten Theorien stellen demzufolge keine voneinander unabhängigen Konzeptionen dar, sondern greifen vielfach gleiche Konstrukte auf, ergänzen sich und sind eng miteinander verknüpft (Fuchs, 2003).

Organisations-, gemeinde- und bevölkerungsbezogene Theorien zielen auf die Veränderung komplexer sozialer Systeme (z. B. Organisationen, Gemeinden, Bevölkerung) ab. Hierbei sind u. a. die Theorien der persuasiven Kommunikation (z. B. Witte, 1995) und die Theorie des Social Marketing (Biddle & Mutrie, 2007) erwähnenswert. Beispielhaft wird nachfolgend die Theorie des Social Marketing vorgestellt, mit der die Intention verfolgt wird, Strategien des klassischen Marketings auf den Bereich der Verhaltensänderung anzuwenden.

„Social marketing is typically defined as a program-planning process that applies commercial marketing concepts and techniques to promote voluntary behavior change“. (Grier & Bryant, 2005)

Beim Transfer auf den Sport- und Bewegungsbereich geht es darum, ein Produkt (z. B. Bewegungsprogramm für Mitarbeiter) unter Rückgriff auf klassische Marketingstrategien der entsprechenden Zielgruppe zu kommunizieren und diese zur Programmteilnahme zu veranlassen. Dabei werden die fünf „P“ des Marketingmix einbezogen: Das *Produkt* wird für den Käufer attraktiv gestaltet, indem u. a. die Qualität bzw. der Nutzen klar hervorgehoben wird. Unter dem *Preis* ist nicht nur der finanzielle Aspekt, sondern ebenso der organisatorische und psychische Aufwand zu verstehen, z. B. Zeitaufwand, Überwindung von Barrieren. Hier ist es wichtig, den Kosten-Nutzen positiv darzustellen. Anhand einer geeigneten *Promotion* wird die Zielgruppe über das Produkt informiert und von seiner Qualität überzeugt. Schließlich gilt es, das Konzept geeignet zu *platzieren*, indem Maßnahmen der BGF bspw. in unmittelbarer Nähe des Arbeitsplatzes angeboten werden. Unter dem Begriff der *Positionierung* ist die Passgenauigkeit von Produkt und Zielgruppe gemeint. Der Social Marketing Ansatz wird insbesondere im Rahmen groß angelegter Interventionsstudien umgesetzt und eignet sich zur Planung von Maßnahmen auf kommunaler, regionaler oder nationaler Ebene. Ähnlich wie auch bei anderen Interventionstheorien, liegen empirische Überprüfungen für den Bereich der Sport- und Bewegungsförderung bislang unzureichend vor (Grier & Bryant, 2005; Hastings & Saren, 2016).

Abu-Omar und Rütten (2006) sowie Foster und Baker (2012) analysierten in ihren Übersichtsartikeln die evidenzbasierte Wirkung der verschiedenen Interventionsansätze. In beiden Fällen wurde eine Zusammenfassung zu zwei grundsätzlichen Richtungen vorgenommen: Individuumsbezogene Ansätze beziehen sich auf ausgewählte Individuen, während populationsbezogene Ansätze ganze Bevölkerungen bzw. Teilbevölkerungen ins Visier nehmen. Einer Gesamtbeurteilung der Cochrane Library zufolge wurden individuumsbezogenen Programmen hinsichtlich der körperlichen Fitness und dem subjektiven Maß körperlicher Aktivität insgesamt positive Effekte zugesprochen (Conn et al., 2011; Hillsdon, Foster & Thorogood, 2005). Dabei besteht vor allem hinsichtlich individuell-verhaltensorientierter Maßnahmen mit dem Ziel Steigerung der körperlichen Aktivität durch die Teilnahme an strukturierten Gesundheitssportprogramme nachgewiesene Wirksamkeit.

Als effektiv wurden außerdem diejenigen Interventionsansätze eingeschätzt, die Komponenten der Selbststeuerung mit einer professionellen Anleitung und kontinuierlichen Unterstützung kombinieren. Für das Setting Arbeitsplatz konnten keine eindeutigen Aussagen getroffen werden. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass aufgrund methodischer Mängel nur wenige Studien einbezogen wurden (Proper et al., 2003). Im Bereich der bevölkerungsbezogenen Ansätze sind hinreichende Evidenzen für diejenigen Programme vorhanden, die durch informationelle Strategien eine Steigerung der körperlichen Aktivität intendieren (z. B. Plakate mit der Aufschrift „Nutze die Treppe“). Massenmediale Kampagnen erzeugen nachweislich Effekte hinsichtlich der Wissensveränderung, für das Ziel der Verhaltensänderung liegen bisher allerdings nur unbefriedigende empirische Nachweise vor (Foster & Baker, 2012; Marshall, Owen & Bauman, 2004).

Neben der wissenschaftlichen Fundierung ist die praktische Umsetzbarkeit ein wichtiges Erfolgskriterium von Interventionskonzepten. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist die möglichst strukturierte Dokumentation des Programms inklusive konkreter Handlungsanweisungen für die praktische Umsetzung. Eine derartige Standardisierung bringt das Problem mit sich, dass Anpassungen auf die Besonderheiten des jeweiligen Kontextes erfolgen müssen (Höner et al., 2011). Hierfür wird ein spezifisches, operatives Wissen benötigt, das Fuchs (2003) unter dem Begriff „Implementierungswissen“ zusammenfasst. Bereits McLeroy et al. (1993, S. 310) verweisen auf die Notwendigkeit eines solchen Implementierungswissens:

Health education practice should be based on three essential components: first, a clear understanding of the social factors, at multiple levels of analysis, affecting the nature and distribution of a health problem, second, knowledge of interventions, at multiple levels of analysis, that are successful with varying populations, and, third, an in-depth understanding of the communities, organizations, neighborhoods, networks and individuals that are the target and context of health education programs.

Jedoch bieten selbst anwendungsorientierte Interventionstheorien nur vage Ansatzpunkte für praxisbezogene Maßnahmenplanungen. Ihre Aussagen sind zu allgemeingültig formuliert, um konkrete Gestaltungshinweise zu entnehmen. Eine bessere Orientierung könnten sportspezifische Interventionstheorien bieten, die explizit relevante Zielgruppen und Settings berücksichtigen (Höner, 2007, S. 63).

Ein vielversprechender Ansatz zur wissenschaftlichen Fundierung von Praxismaßnahmen in der gesundheitsorientierten Sportförderung bietet das Modell von Höner (2008). Er unterscheidet zwischen grundlagen- (bzw. erkenntnisorientierter) und anwendungsorientierter (bzw. problemorientierter) Forschung. Dabei ordnet er die Interventionsforschung zur Steigerung der körperlichen Aktivität der problemorientierten Sichtweise zu. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass die in der Grundlagenforschung gewonnenen Erkenntnisse auf den konkreten Anwendungsbereich des Sports übertragen werden.

Als beispielhafte Theorien werden das HAPA-Modell sowie das MoVo-Modell in seine Systematisierung einbezogen. Beide Ansätze integrieren das erwähnte Implementierungswissen in ihrer Konzeption (vgl. Abbildung 10).

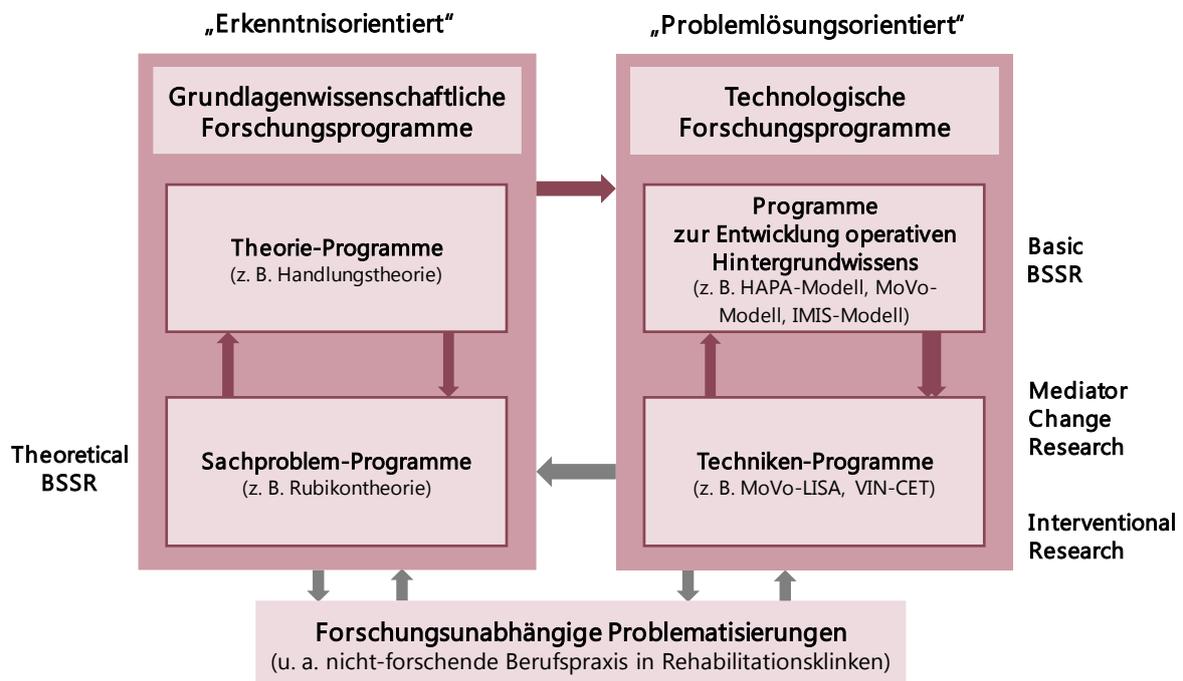


Abbildung 10: Modell zur wissenschaftlichen Fundierung von Praxismaßnahmen in der gesundheitsorientierten Sportförderung nach Höner (2008 S. 6)

Der große Vorteil des MoVo-Konzepts besteht darin, dass auch Techniken-Programme (z. B. *MoVo-LISA*) zur Verfügung gestellt werden. Anhand dessen können konkrete Maßnahmen abgeleitet werden, mit denen sich verhaltensrelevante Determinanten positiv beeinflussen lassen. Solche Techniken werden im Rahmen der sogenannten Mediator Change Research Forschung entwickelt und empirisch überprüft. Das MoVo-Konzept wird im nachfolgenden Kapitel als Grundlage für die eigene Intervention vorgestellt.

5.3 MoVo-Konzept als theoretische Grundlage für die eigene Untersuchung

Das MoVo-Konzept geht auf die Freiburger Arbeitsgruppe um Fuchs zurück und wurde für den Bereich der stationären Rehabilitation entwickelt. Ziel war es, mit Patienten den systematischen Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils nach der Entlassung aus der Klinik vorzubereiten und zu planen. Grundlage bildete die Erkenntnis, dass es nur einem relativ geringen Prozentsatz der Rehabilitanden zu gelingen scheint, ein stabiles poststationäres Aktivitätsverhalten aufzubauen, obwohl die Notwendigkeit der kontinuierlichen Trainingsfortführung nach der Entlassung bekannt ist (Fuchs, 2007a; Fuchs, Göhner, Mahler, Fleitz & Seelig, 2009).

Das Konzept besteht aus zwei Teilen: Das MoVo-Prozessmodell zeigt die theoretischen Zusammenhänge verschiedener psychologischer Faktoren auf (vgl. Kapitel 5.3.1), während die auf

dieser Basis entwickelte MoVo-Intervention (vgl. Kapitel 5.3.2) interventive Strategien mit konkreten Bausteinen zur volitionalen Umsetzung und Intentionsabschirmung umfasst. Die MoVo-Intervention zeichnet sich durch die Bausteine Selbstbeobachtungstraining, Einsatz von Implementierungsplänen, Antizipation der kritischen inneren und äußeren Hindernisse sowie der Entwicklung geeigneter Gegenstrategien aus (Göhner & Fuchs, 2007, S. 15–16). Das MoVo-Konzept wurde in der Praxis mehrfach erprobt und empirisch untersucht (vgl. Kapitel 5.3.2).

5.3.1 MoVo-Prozessmodell

Das MoVo-Prozessmodell berücksichtigt sowohl Elemente der angloamerikanischen Social-Cognition-Forschung (Norman et al., 2000) als auch der deutschen Volitionsforschung (Gollwitzer, 1999; Kuhl, 2001; Schwarzer, 2001). Intendiert wird, beide Forschungstraditionen gleichermaßen zu einzubeziehen, indem Erkenntnisse der verschiedenen Gesundheitsverhaltens-theorien (Bandura, 1998; Ryan & Deci, 2000; Schwarzer, 2001; Ajzen, 1991) in das Modell integriert werden. Nach Fuchs (2013b) ist das MoVo-Konzept den Prozessmodellen zuzuordnen, sodass weder eine Stadien- noch eine Strukturmodellzugehörigkeit vorgesehen ist. Eine mögliche Einteilung in nicht-intentionale, intentionale und volitionale Stufen ist denkbar, wird aber nicht explizit verfolgt. Das MoVo-Prozessmodell geht davon aus, dass die Initiierung und Aufrechterhaltung eines Zielverhaltens im Wesentlichen von fünf psychologischen Faktoren abhängt: dem Vorliegen einer starken Zielintention, einer möglichst hohen Selbstkongruanz dieser Zielintention, von realistischen Implementierungsintentionen, wirksamen Strategien der Handlungskontrolle und Intentionsabschirmung sowie der Existenz positiver Konsequenz-erfahrungen mit dem neuen Verhalten (vgl. Abbildung 11)³⁸.

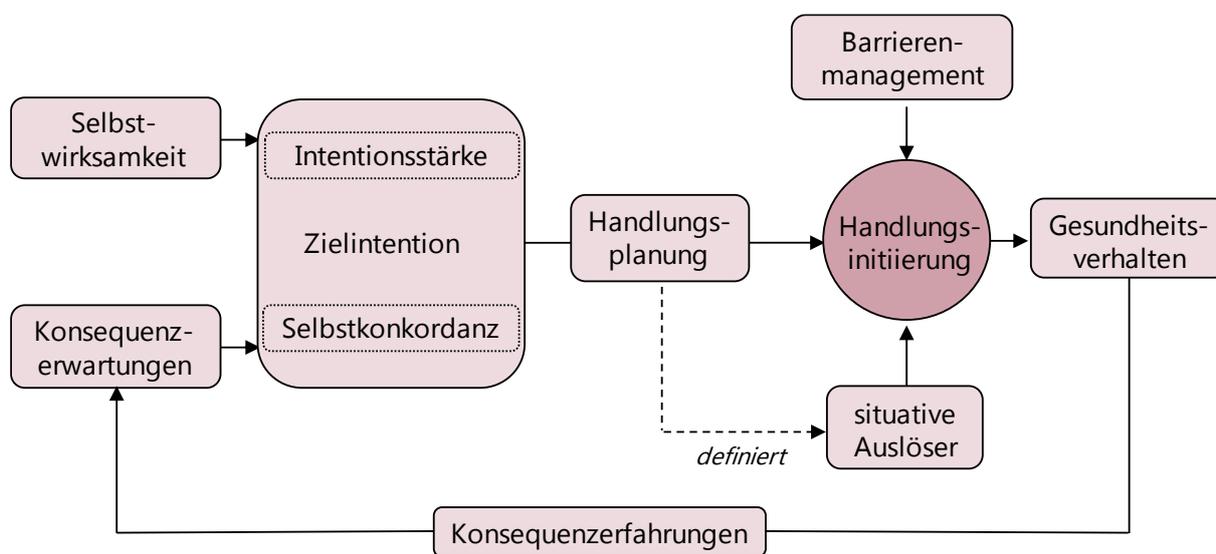


Abbildung 11: MoVo-Prozessmodell nach Fuchs et al. (2010, S. 271)

³⁸ Eine ausführliche Beschreibung des Modells findet sich bei Göhner und Fuchs (2007) sowie Fuchs (2007a).

Ausgangspunkt zur Verhaltensänderung bildet die Motivation zu regelmäßiger körperlicher Aktivität, welche in der Variable der Zielintention abgebildet wird. Hierbei ist nach Gollwitzer (1999) die allgemeine Absicht gemeint, körperlich aktiv zu werden, ohne dass dieses Verhalten bereits konkret geplant wurde, z. B. „Ich habe die Absicht, mich am Arbeitsplatz regelmäßig zu bewegen“. Es handelt sich um Kosten-Nutzen-Überlegungen und Abwägungsprozesse zwischen verschiedenen Handlungsalternativen. Eine Motivation wird nur dann herausgebildet, wenn der erwartete Nutzen die erwarteten Kosten übersteigt und eine Person davon überzeugt ist, die dafür notwendigen Verhaltensweisen ausführen zu können. Sowohl die Selbstwirksamkeit als auch die Konsequenzerwartungen wurden im Rahmen der Exercise Adherence-Forschung (z. B. Marshall & Biddle, 2001; Wagner, 2000; Sallis & Owen, 1998) wiederholt als determinierende Faktoren des Übergangs in das intentionale Stadium bestätigt (vgl. Kapitel 5.1).

Wesentlich für die Handlungsinitiierung und -aufrechterhaltung ist eine möglichst hohe Selbstkonkordanz dieser Zielintention. Hierbei unterscheidet Fuchs (2007a) mit Bezug auf die Selbstbestimmungstheorie (Ryan & Deci, 2000) vier Modi: Als selbstkonkordant wird eine Aktivität dann bezeichnet, wenn sie in Einklang mit den persönlichen Interessen und Wertvorstellungen ausgeübt wird (intrinsischer und identifizierte Modus). Im intrinsischen Modus wird eine Handlung „um ihrer selbst willen“ ausgeführt, ohne dass hierfür weitere Anreize nötig sind. Ein identifizierter Modus liegt vor, wenn die Gründe der Handlungsausführung aus einer freien Entscheidung heraus als sinnvoll erachtet werden, z. B. „Ich bin überzeugt, dass die *Aktivpause* der Gesundheit gut tut“. Eine geringe Selbstkonkordanz ist hingegen vorhanden, wenn eine Aktivität aufgrund äußerer Einflüsse ausgeübt wird (externaler und introjizierter Modus). Im Gegensatz zum externalen Modus hat eine Person, die sich im introjizierten Modus befindet, die Gründe einer Sportausführung zwar verinnerlicht, diese wurden aber von „außen“, bspw. durch einen Arzt, vorgegeben. Empirischen Resultaten von Fuchs et al. (2005) sowie Seelig und Fuchs (2006) kommt der Selbstkonkordanz bei der Verfolgung und Erreichung bewegungsbezogener Zielintentionen eine zentrale Bedeutung zu. Dies wird damit begründet, dass Personen mit selbstkonkordanten Zielvorstellungen eine größere Anstrengungsbereitschaft für die Realisierung des Zielverhaltens aufbringen.

Mit der Entwicklung von Implementierungsintentionen legt eine Person schließlich fest, wann, wo und wie die beabsichtigte Handlung ausgeführt wird (Gollwitzer & Bargh, 2005; Gollwitzer, 1999), bspw. „Ich habe die Absicht jeden Montag, Mittwoch und Freitag um 11 Uhr gemeinsam mit meinen Arbeitskollegen eine *Aktivpause* durchzuführen“. In Form kleiner Pläne wird die auszuführende Handlung gedanklich antizipiert und das intendierte Verhalten spezifiziert. Dadurch wird ein Teil der Handlungskontrolle an externe Situationen abgegeben. Situative Auslöser, bspw., dass ein Mitarbeiter vor Beginn der *Aktivpause* durch die Büros geht und an die Teilnahme erinnert, unterstützen die Handlungsinitiierung und -umsetzung. Mittlerweile liegt Evidenz für die Bedeutsamkeit dieser Planungsprozesse beim Aufbau eines körperlich-

aktiven Lebensstils vor (z. B. Lippke, Ziegelmann, Schwarzer & Velicer, 2009; Sniehotta et al., 2005; Gollwitzer & Sheeran, 2006; Gerber et al., 2013).

Trotz selbstkonkordanter Zielintentionen und dem Vorhandensein sinnvoller Handlungspläne können Implementierungsintentionen durch Barrieren und Widerstände zu Fall gebracht werden. So ist es möglich, dass bspw. der Multiplikator der *Aktivpause* ausfällt oder die betreffende Räumlichkeit nicht zur Verfügung steht. Um derartige Situationen zu überwinden, bedarf es Prozessen der volitionalen Intensionsabschirmung³⁹. Diese werden im MoVo-Modell in Anlehnung an die Handlungskontrolltheorie von Kuhl (2001) formuliert. Durch den Einsatz metakognitiver Kontrollstrategien kann es gelingen, ein geplantes Verhalten zu realisieren, auch wenn interne Störfaktoren (z. B. „innerer Schweinehund“) oder externe Hindernisse (z. B. Terminkonflikt) bestehen. Beispielhafte Strategien, die für die Realisierung bewegungsbezogener Ziele dienlich sein können, sind die Aufmerksamkeitskontrolle, die kognitive Umstrukturierung oder das Stimmungsmanagement. Die Arbeiten von Sniehotta et al. (2005) liefern empirischen Nachweis für die Bedeutung der volitionalen Handlungskontrolle im Prozess der Verwirklichung von Implementierungsintentionen.

Für die Habitualisierung des Aktivitätsverhaltens ist insbesondere die Zufriedenheit einer Person mit dem gezeigten Verhalten von großer Bedeutung. In bewusst und unbewusst ablaufenden Bewertungsprozessen stellt sich die Person die Frage, inwieweit die zuvor entwickelten positiven Konsequenzerwartungen eingetreten sind, z. B. „Kann ich durch die *Aktivpause* frische Energie für den Arbeitsalltag sammeln?“ oder „Tut mir die *Aktivpause* gut?“. Die eingetretenen Konsequenzen werden mit den zuvor gebildeten Erwartungen verglichen, sodass diese erneut eine wichtige Rolle spielen. Im Falle von wiederholt negativen Bewertungsergebnissen ist eine Aktivitätsaufgabe wahrscheinlich, während eine positive Bewertungsbilanz zur Zufriedenheit und einer erhöhten Motivation führt, das angeeignete Verhalten beizubehalten. Empirische Belege für das Konstrukt der Verhaltenszufriedenheit bzw. Konsequenzerfahrung gibt es bisher allerdings nur wenige (Fuchs, 2003; Fuchs, 2013a).

5.3.2 MoVo-Intervention

Innerhalb der letzten Jahre wurden standardisierte MoVo-Interventionsprogramme für unterschiedliche Zielgruppen (bspw. adipöse Personen, orthopädische Patienten, Beschäftigte) und Settings (Reha, ambulante Reha, Betrieb) entwickelt. Als Beispiele sind das Adipositas-Programm *M.O.B.I.L.I.S* (Göhner et al., 2012) sowie das Programm *MoVo-LISA* (Fuchs, Göhner & Seelig, 2011) aus dem orthopädischen Bereich zu nennen. Eine aktuelle Veröffentlichung liegt zu *MoVo-Work* vor und bezieht sich auf das Setting Arbeitsplatz (Krebs et al., 2015).

³⁹ Bei anderen Autoren werden hierfür häufig die Begriffe volitionale Verhaltenskontrolle, Handlungskontrolle, Selbstkontrolle und Selbstregulation verwendet (Mahler, 2008).

Im Rahmen der verschiedenen Programme werden die Teilnehmer, angepasst an das jeweilige Setting, über mehrere Wochen systematisch im Prozess ihrer Verhaltensänderung begleitet. MoVo-Interventionen zeichnen sich dadurch aus, dass sie theoriegeleitet, standardisiert und evidenzbasiert sind. Eine weitere Besonderheit ist, dass sowohl motivationale als auch volitionale Strategien einbezogen werden (Fuchs, Seelig, Göhner, Burton & Brown, 2012).

Dem Aufbau der Programme liegt eine einheitliche Struktur zugrunde:

- (1) Gesundheitsziele vergegenwärtigen
- (2) Verhaltenspläne entwickeln
- (3) Barrieren identifizieren
- (4) Gegenstrategien bereitlegen
- (5) Selbstbeobachtung praktizieren

Weitere Details zum Aufbau sowie der inhaltlichen und didaktisch-methodischen Gestaltung sind in ausgearbeiteten Curricula fixiert. Dadurch wird eine weitestgehend einheitliche Durchführung der Einheiten durch unterschiedliche Moderatoren gewährleistet und ein hoher Standardisierungsgrad sichergestellt. Stellvertretend für die bestehenden Programme wird nachfolgend das *MoVo-LISA*⁴⁰ vorgestellt, für das umfangreiche Curricula in veröffentlichter Form vorliegen⁴¹ (Göhner & Fuchs, 2007).

MoVo-LISA bezeichnet ein Kleingruppenprogramm zum Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils und wurde 2005 für stationäre Rehabilitanden entwickelt. Zielgruppe sind Personen, die ihr Sport- und Bewegungsverhalten ändern möchten und eine Absicht zu körperlich-sportlicher Bewegung mitbringen. Zur Überprüfung der Wirksamkeit wurde eine Interventionsstudie mit Kontrollgruppendesign und fünf Befragungszeitpunkten (unmittelbar vor dem Klinikaufenthalt, unmittelbar nach dem Klinikaufenthalt, sechs Wochen nach Klinikentlassung, sechs Monate nach Klinikentlassung, ein Jahr nach Klinikentlassung) realisiert. Die fünf Fragebögen erfassten soziodemografische Angaben, Bewegungs- und Sportaktivitäten, den Gesundheitszustand, das Beschwerdeerleben sowie die im MoVo-Modell spezifizierten psychologischen Konstrukte (Fuchs et al., 2009; Fuchs et al., 2010).

⁴⁰ Das Akronym LISA steht für Lebensstil-Integrierte Sportliche Aktivität. Detaillierte Ausführungen zu MoVo-LISA finden sich bei Fuchs (2007a) sowie Göhner, Mahler und Fuchs (2007).

⁴¹ Inhaltlich zutreffender wäre es, das *MoVo-Work* vorzustellen. Da für dieses Programm aktuell keine Veröffentlichung der Curricula vorhanden ist, wurde das umfassend dokumentierte und veröffentlichte Programm MoVo-LISA gewählt.

Die vollständige Längsschnittstichprobe⁴² umfasste N=210 Personen. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe (N=122) erhielt die Experimentalgruppe (N=88) neben dem Standard-Rehabilitationsprogramm die MoVo-Intervention. Diese bestand aus zwei Coaching-Einheiten in Kleingruppen bis sechs Personen (jeweils 90 Minuten) und einem Einzelgespräch (10 Minuten pro Person). Die Maßnahmen erfolgten innerhalb von drei Wochen, das Einzelgespräch wurde den beiden Coaching-Einheiten zwischengeschaltet. Die Durchführung in Kleingruppen gewährleistete eine hohe Teilnehmerorientierung und ermöglichte gleichzeitig das Nutzen gruppendynamischer Prozesse. Die Gespräche wurden von ausgebildeten Therapeuten mithilfe strukturierter Curricula geleitet, die Sitzungsergebnisse in vorgefertigten Teilnehmerunterlagen fixiert. Zur Schulung der Moderatoren fanden in regelmäßigen Abständen ein bis zweitägige Workshops statt, in denen die theoretischen Hintergründe des Programms skizziert und mit aktuellen Forschungsergebnissen belegt wurden. Anhand von Beispielsitzungen wurde das Moderieren in realitätsnahen Situationen eingeübt. Sowohl Moderatoren, als auch Interventionsteilnehmer erhielten umfangreiches Begleitmaterial (Fuchs, 2008; Göhner & Fuchs, 2007).

Den inhaltlichen Schwerpunkt des ersten Gesprächs bildete das Formulieren persönlicher Gesundheitsziele und die Identifikation vielfältiger Bewegungsideen, wobei auf die individuelle Passung von Person und Aktivitätsform geachtet wurde. Es erfolgte ein gemeinsames Brainstorming und eine schriftliche Dokumentation im hierfür vorgesehenen Bewegungsbuch. Damit wurden der Aufbau einer Zielintention und eine möglichst hohe Selbstkonkordanz dieser verfolgt. Die Teilnehmer erhielten die Hausaufgabe, einen persönlichen Bewegungsplan zu erstellen (Implementierungsintention).

Im darauffolgenden Einzelgespräch wurde die Umsetzbarkeit des formulierten Handlungsplans überprüft und unter Berücksichtigung der persönlichen Alltagssituation bei Bedarf gemeinsam angepasst.

Das zweite Gruppengespräch diente dazu, den Bewegungsplan gegen äußere, hemmende Einflüsse abzuschirmen. In diesem Zuge erfolgte eine Identifikation möglicher Barrieren und die Erarbeitung individueller Gegenstrategien (Intentionsabschirmung). Ferner wurde der Handlungsplan erneut aufgegriffen und die formulierten Gegenstrategien eingearbeitet. Die Teilnehmer wurden gebeten, den Bewegungsplan umzusetzen und ihr Aktivitätsverhalten mittels Selbstbeobachtung wöchentlich zu protokollieren. Das Gespräch wurde mit der Ankündigung eines Kurztelefonats beendet. Ein Erinnerungsschreiben sowie der telefonische Kurzkontakt drei bzw. sechs Wochen nach der Klinikentlassung dienten dazu, die Teilnehmer an ihr Bewegungsvorhaben zu erinnern und die Realisation erneut zu besprechen.

⁴² Die vollständige Längsschnittstichprobe bezieht sich auf die Personen, die an allen fünf Messzeitpunkten teilgenommen haben.

In den Sitzungen wurden die Grundsätze von Coaching-Prozessen angewandt. Bei einem Coaching handelt sich um einen Beratungsprozess, in dem der Moderator Ziele und Lösungen mit den Teilnehmern gemeinsam erarbeitet, d. h. es geht nicht darum, direkt Vorschläge zu liefern, sondern vielmehr um die Aktivierung einer selbstständigen Lösungsentwicklung. Grundlage eines solchen Prozesses ist u. a. ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Teilnehmern, welches in Sitzung 1 aufgebaut wurde (Berninger-Schäfer, 2011).

Nachfolgend sind die Inhalte der jeweiligen Gespräche stichwortartig aufgelistet:

Gespräch 1:

- Begrüßung, Vorstellung des Programms, Ausgabe der Teilnehmerunterlagen
- Hinführung zum Thema Gesundheitsziele
- Formulierung persönlicher Gesundheitsziele
- Entwicklung persönlicher Bewegungsideen
- Hinführung zum Thema Bewegungspläne
- Hausaufgabe: Erstellung eines persönlichen Bewegungsplans

Einzelgespräch:

- Besprechung und Reflektion der individuellen Bewegungsideen bzw. Bewegungspläne

Gespräch 2:

- Hinführung zum Thema Barrieren und Barrierenmanagement
- Identifikation persönlicher Barrieren und Entwicklung von Gegenstrategien
- Finalisierung des persönlichen Bewegungsplans
- Hausaufgabe: Umsetzung des Bewegungsplans, Dokumentation der Aktivität anhand eines standardisierten Selbstbeobachtungsprotokolls

Die Wirkung der Intervention wurde anhand von Varianzanalysen mit Messwiederholung statistisch überprüft. Signifikante Veränderungen in die gewünschte Richtung liegen sowohl bei den zugrundeliegenden Kognitionen, als auch beim Ausmaß des subjektiven Beschwerdeempfindens und der sportlichen Aktivität vor. Beispielhaft seien nachfolgend die Befunde zur Entwicklung der Sportaktivität vorgestellt: Während zu T1 die Teilnehmer beider Versuchsgruppen sportlich inaktiv waren (Einschlusskriterium: 0min/Woche), stieg das Aktivitätsniveau sechs Wochen nach der Klinikentlassung in der KG auf 83.5min/Woche, in der IG fast doppelt so hoch auf 155.9min/Woche ($p < .001$, $\eta^2 = .11$). Selbst nach einem Jahr war dieser Unterschied noch erkennbar (96.0 vs. 67.6min/Woche; $p = .05$; $\eta^2 = .02$), wenngleich sich das Aktivitätsniveau ab T3 in beiden Gruppen reduzierte (Fuchs et al., 2010; Fuchs et al., 2011).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse von *MoVo-LISA*, dass nicht nur kurzfristig, sondern auch zwölf Monate nach der Klinikentlassung Verbesserungen in der Ausprägung der untersuchten Variablen vorhanden sind (Kinkel, Wurst & Fuchs, 2018).

Mittels pfadanalytischer Vorgehensweise wurde die Modellwirkung auf die kurzfristige (sechs Wochen nach Interventionsstart) und langfristige Sportaktivität (ein Jahr nach Interventionsstart) analysiert. Für die kurzfristige Ausübung ergab sich eine erklärte Varianz von 26 %.

Der Interventionseffekt wird durch die Intensionsstärke ($r=.27^{**}$) und die Planungstiefe ($r=.21^{**}$) direkt mediiert. Bezüglich des langfristigen Sportverhaltens ($R^2=.20$) wird über die Intensionsstärke ($r=.18^{**}$) und das Barrierenmanagement ($r=.23^{**}$) mediiert. Für die Selbstwirksamkeit und Konsequenzerwartungen besteht eine indirekte Wirkung über die Intensionsstärke und Selbstkonkordanz (Fuchs et al., 2012).

Einschränkungen ergeben sich mit Blick auf das quasi-experimentelle Studiendesign zum einen hinsichtlich der internen Validität, zum anderen ist es möglich, dass bereits die Teilnahme an den Gesprächen in der IG zu einer höheren Bindung an die Studie und demzufolge eher zu sozial erwünschten Antworten in den Befragungen führte.

Verglichen mit dem Cochrane-Review von 2005 (Hillsdon et al., 2005) sind die aufgezeigten Verhaltenseffekte relativ stark. In diesem konnte ein Jahr nach der Intervention bei keiner Studie mehr eine signifikante Wirkung auf das Ausmaß der körperlichen Aktivität nachgewiesen werden. Die Freiburger Arbeitsgruppe um Fuchs erklärt sich den Erfolg insbesondere durch die gründliche Aufarbeitung des theoretischen MoVo-Prozessmodells und dessen systematischen Berücksichtigung bei der Entwicklung der inhaltlich und didaktisch ausgearbeiteten Gruppenintervention (Kinkel et al., 2018). Aus dem Modell können überall dort Implikationen abgeleitet werden, wo der Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils verfolgt wird:

Since MoVo-LISA is a short and economic program based on a standardized curriculum the evidence of its effectiveness would have implications in all those areas of health where the set-up of a physically active lifestyle is an important goal.
(Fuchs et al., 2011, S. 796)

Ein großer Verdienst des MoVo-Modells ist darin zu sehen, psychologische Konstrukte, wie bspw. die Selbstwirksamkeit und Konsequenzerwartungen modelltheoretisch eingebunden zu haben. Demgegenüber ist zu kritisieren, dass sich andere sozial-kognitive Variablen, wie die soziale Unterstützung nicht wiederfinden, wenngleich ihre Bedeutung für die Änderung des Aktivitätsverhaltens in der Determinantenforschung empirisch mehrfach bestätigt wurde (u. a. Anderson et al., 2010; Croezen et al., 2012). Ein weiterer Kritikpunkt ist in der fehlenden Bezugnahme zur Person des Übungsleiters und der Vernachlässigung emotionaler bzw. affektiver Einflussfaktoren zu sehen. Außerdem bleiben der subjektive Gesundheitszustand und wahrgenommene Beschwerden außen vor. Die zuletzt genannten Determinanten sind in keinem der aktuell existierenden Erklärungsmodelle enthalten. Aufgrund der aufgezeigten Defizite werden ebendiese ergänzend zu den MoVo-Modellvariablen in die eigene Untersuchung integriert und deren Einfluss auf die Durchführung von *Aktivpausen* untersucht.

5.4 Zusammenfassung und Implikationen

Mit Blick auf die identifizierte Forschungslücke verfolgte Kapitel 5 das Ziel, eine theorie- und wissensbasierte Grundlage für die eigene Intervention zu schaffen und konkrete Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der *Aktivpause* zu erlangen.

Kapitel 5.1 beschäftigte sich zunächst tiefgehend mit verschiedenen Determinanten der Verhaltensänderung. Aus der Analyse gingen Faktoren hervor, die für eine Steigerung der körperlichen Aktivität zu beeinflussen sind.

Daran anknüpfend wurde mit der Darstellung bestehender Struktur-, Stadien- und Prozessmodelle ein Überblick zu verschiedenen Verhaltensänderungsmodellen gegeben. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass Kausalstrukturen und Abhängigkeiten der zu beeinflussenden Faktoren berücksichtigt werden. Die bestehenden Ansätze weisen unterschiedliche Stärken und Schwächen auf, wobei bei näherer Betrachtung deutliche Parallelen auffallen. In diesem Zusammenhang wurde als Schwäche motivationaler Ansätze dargelegt, dass das Vorhandensein einer Zielintention das tatsächlich gezeigte Verhalten nur bedingt erklärt. In der Exercise Adherence-Forschung kommt dies unter dem Begriff der „Intentions-Verhaltens-Lücke“ (Gollwitzer & Sheeran, 2006) zum Ausdruck. Aus diesem Grund wird gefordert, von rein motivationalen Interventionen abzusehen und volitionale Bausteine ebenso in Programme der Gesundheitsförderung zu integrieren. Darauf bezugnehmend beschreiben Lippke und Renneberg (2006) fünf sozial-kognitive Faktoren, nämlich Selbstwirksamkeitserwartung, Ergebniserwartung, Risikowahrnehmung sowie Ziele und Pläne, die Bestandteile eines jeden Verhaltensänderungsmodells bilden sollten. Als Modelle, welche dieser Anforderung genügen, sind das HAPA von Schwarzer (1992) sowie das MoVo-Modell von Fuchs (2007a) zu nennen.

Im Weiteren erfolgte eine Auseinandersetzung mit Interventionstheorien, deren Verdienst sich in praktischen Handlungsempfehlungen zur Beeinflussung der identifizierten Determinanten äußert und die Passgenauigkeit von Setting und Zielgruppe gewährleistet. Die Analyse der situativen und strukturellen Bedingungen bildete den Schwerpunkt der hochschulbezogenen Betrachtungen (vgl. Kapitel 3.2 und 4.3) und war ein notwendiger Schritt, um die Forschungsbemühungen in der Praxis umsetzen zu können (Höner, 2011, S. 114).

Als theoretische Grundlage für die eigene Intervention wurde das MoVo-Konzept (Fuchs, 2007a) ausgewählt, das aus dem MoVo-Modell (vgl. Kapitel 5.3.1) und der MoVo-Intervention (vgl. Kapitel 5.3.2) besteht. Das MoVo-Modell bietet den Vorteil, dass sowohl motivationale als auch volitionale Bausteine Berücksichtigung finden. Die MoVo-Intervention wiederum beinhaltet konkrete Orientierungshilfen zur theoriebasierten Planung des eigenen Programms. Wenngleich das MoVo-Modell explizit für den Sportkontext konzipiert wurde, ist als Kritikpunkt die unzureichende Berücksichtigung bestimmter verhaltensbezogener Determinanten zu äußern.

Gleichzeitig resultiert aus den theoretischen Bezügen, dass Interventionen, welche auch Erkenntnisse aus der Determinantenforschung einbeziehen, höhere Effekte aufweisen. Infolgedessen werden ergänzend zu den MoVo-Variablen die soziale Unterstützung, programmbezogene Emotionen, der subjektive Gesundheitszustand, wahrgenommene physische Beschwerden, sowie die körperliche Aktivität und Fitness ebenfalls in die eigene Untersuchung integriert. Mit der Erhebung dieser Variablen ist es möglich, den erreichten Personenkreis des eigenen Programms differenziert zu charakterisieren.

Dadurch lässt sich u. a. die Frage beantworten, ob eine bestimmte Zielgruppe besonders angesprochen wird oder in spezifischer Weise auf die Intervention reagiert. Außerdem liegt die Intention darin, eine hohe Aussagekraft der ermittelten Ergebnisse hinsichtlich der Verhaltenswirkung zu erzielen: Je tiefgehender die Analyse der Wirkungsmechanismen und beeinflussenden Faktoren ausfällt, desto besser können Rückschlüsse auf den Programmerfolg gezogen und individuelle, passgenaue Maßnahmen entwickelt werden.

Aus Kapitel 5 werden folgende Implikationen abgeleitet:

Implikationen aus Kapitel 5:

- Determinanten der Verhaltensänderung als wichtige Grundlage zur Erklärung des Aktivitätsverhaltens
- Berücksichtigung von Erklärungstheorien (Bedingungswissen) und Interventionstheorien (Änderungswissen) für das Verständnis von Zusammenhängen der Determinanten
- Berücksichtigung sowohl motivationaler als auch volitionaler Einflussfaktoren
- Orientierung am MoVo-Konzept (Fuchs, 2007a) als theoretische Grundlage für die eigene Intervention: Integration von motivational-volitionalen Komponenten (MoVo-Modell) und ergänzenden Determinanten der Verhaltensänderung (insbesondere soziale Unterstützung und programmbezogene Emotionen)

Auf Basis der theoretischen Ausführungen bezieht sich der nachfolgende Teil „Konzeption der Intervention“ explizit auf die Entwicklung und Planung des Programms *Aktivpause-Plus*.

KONZEPTION DER INTERVENTION⁴³

6 Konzeption der Aktivpause-Plus anhand des Intervention-Mapping Ansatzes (IMA)

In den nachstehenden Ausführungen steht die Konzeptionierung der Intervention *Aktivpause-Plus* im Mittelpunkt. Hierfür wird auf den evidenzbasierten und theoriegeleiteten Intervention-Mapping-Ansatz (IMA) von Bartholomew et al. (1998) zurückgegriffen.

Kapitel 6.1 stellt die theoretischen Grundlagen des Ansatzes vor und skizziert die sechs Planungsschritte einer Intervention. Die weitergehenden Abschnitte (6.2 bis 6.5) dokumentieren den Entwicklungsprozess der *Aktivpause-Plus* in detaillierter Form. Durch diese Transparenz wird eine hohe Standardisierung respektive Vergleichbarkeit erreicht und dadurch Reproduzierbarkeit ermöglicht. Darüber hinaus wird eine Planungsgrundlage für Interventionen mit ähnlichen Problem- und Fragestellungen geschaffen (Reicherz & Schlicht, 2012).

Die Ausführung bringt einen weiteren entscheidenden Vorteil mit sich: Durch die gründliche Dokumentation wird den Ansprüchen der gesetzlichen Krankenkassen nachgegangen, welche im Leitfaden Prävention spezifische Qualitätskriterien für gesundheitsförderliche Maßnahmen fordern. Diese sind (1) die schriftliche Fixierung der Struktur, Ziele, Inhalte und Methoden des jeweiligen Programms in Form eines Manuals, (2) das Vorliegen von Teilnehmerunterlagen, (3) die konkrete Beschreibung der adressierten Zielgruppe und (4) ein wissenschaftlicher Beleg für die Wirksamkeit des entsprechenden Programms (Pahmeier, Tiemann & Maatmann, 2012, S. 22). Das nachfolgende Konzept bildet damit die Grundlage für eine mögliche Zertifizierung durch die Zentrale Prüfstelle für Prävention.

6.1 Theoretische Grundlagen des IMA

Der IMA unterstützt als das derzeit elaborierteste Planungsinstrument die Systematisierung der Programmplanung, -umsetzung und -evaluation. Wie auch andere bekannte Instrumente, z. B. das PRECEDE-PROCEED-Planungsmodell (Green, 1974), folgt der Ansatz einem Planungszyklus, beginnend mit einer Situationsanalyse und endend mit einer Evaluation, deren Ergebnisse möglicherweise eine Anpassung des bisherigen Handelns hervorbringt. Neben einer detaillierten Darlegung des operativen Vorgehens enthält das Modell konkrete Werkzeuge, wie bspw. Techniken zur Interventionsplanung und Checklisten (Eldredge et al., 2016, 12; Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 130–133).

⁴³ Teile dieses Kapitels entstammen dem Gedankengut der Arbeitsgruppe *Aktivpause-Plus* und werden in den von mir betreuten Qualifikationsarbeiten teilweise identisch bzw. in ähnlicher Form verwendet.

Um den Entwicklungsprozess einer Intervention zu unterstützen, orientiert sich der IMA an sechs Teilschritten, die iterativ durchlaufen werden (vgl. Abbildung 12).

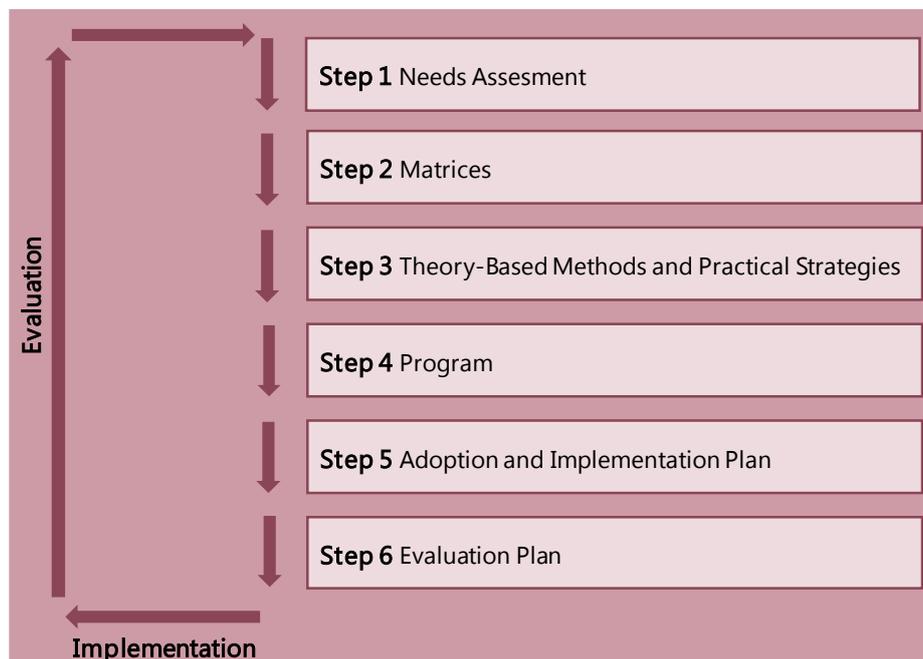


Abbildung 12: Schritte des IMA mod. nach Bartholomew (2006, S. 16)

Jede Phase beinhaltet spezifische Anforderungen und Aufgaben. Nach einer (1) zielgruppenspezifischen Bedarfsanalyse und (2) der Ermittlung von Programmzielen folgt als nächster Teilschritt (3) die Auswahl theoretischer Modelle und Umsetzungsstrategien. Der Zweck dieser drei Schritte besteht darin, das anvisierte Problem tiefgehend zu analysieren, die Bedürfnisse der Zielgruppe zu identifizieren und auf Basis des aktuellen Forschungsstands die eigene Problem- und Fragestellung zu konkretisieren. Darauf aufbauend werden die Programmziele bestimmt, Untersuchungsparameter festgelegt und die erwarteten Interventionseffekte formuliert. Ein weiterer Baustein bildet die Diskussion und Auswahl relevanter theoretischer Modelle. Auf der Grundlage dieser theoretischen, empirischen und Setting-spezifischen Ansatzpunkte besteht die Absicht darin, Ideen für das eigene Programm abzuleiten und praktische Umsetzungsstrategien zu explizieren.

Die darauffolgenden Prozesse beinhalten die konkrete Planung der Programmdurchführung. Sie unterteilen sich in (4) die Planung und Gestaltung des Programms, (5) die Konzeption der Umsetzung und Implementation sowie (6) die Entwicklung eines Evaluationsplans. In diesem Zusammenhang erfolgt eine ausführliche Beschreibung der Programmbausteine, z. B. in Form ausgearbeiteter Curricula. Interventionsmaterialien werden entwickelt und mithilfe umfangreicher Pretests auf ihre Praktikabilität und Anwendbarkeit geprüft. Daran anknüpfend wird festgelegt, wie die konkrete Umsetzung des Programms abläuft. Hierfür bieten Projektpläne mit Angaben zu Meilensteinen und Aufgabenpaketen wichtige Orientierungshilfen. Auch die Kommunikation mit der Zielgruppe ist von entscheidender Bedeutung.

Im Rahmen der Evaluationsplanung erfolgt eine detaillierte Beschreibung des Untersuchungsdesigns und der methodischen Vorgehensweisen. Die anschließende Durchführung der Intervention erlaubt ein Feedback, ob das Ziel erreicht und die Bedürfnisse der Zielgruppe befriedigt wurden. Bei Änderungs- bzw. Weiterentwicklungsbedarf wiederholen sich die Planungsschritte (Bartholomew et al., 1998; Bartholomew, 2006, S. 16–25; Wartha, Kobel, Lämmle, Mosler & Steinacker, 2016, S. 65–71). Für eine ausführliche Darstellung des IMA wird auf Bartholomew (2006) verwiesen.

6.2 Bedarfsanalyse und Voruntersuchungen

Die Ziele der Bedarfsanalyse sind die Ermittlung von Bedürfnissen der Zielgruppe sowie die Analyse der Ausgangssituation. Es gilt, gesundheitliche Auffälligkeiten der anvisierten Personen zu identifizieren und die Determinanten des gesundheitlichen Verhaltens ausfindig zu machen (vgl. Kapitel 5.1). In die Überlegungen sind darüber hinaus Setting-spezifische Besonderheiten zu integrieren (vgl. Kapitel 3.2).

Hierfür wurde im theoretischen Teil der Arbeit eine umfangreiche Literaturanalyse zur *aufsuchenden Gesundheitsförderung* durchgeführt. Diese bezieht sich im Allgemeinen auf die Personengruppe der Erwerbstätigen mit dem Schwerpunkt Bildschirmarbeit und im Speziellen auf das Setting Hochschule. Unter Berücksichtigung der Problematik sedentärer Verhaltensweisen wurden Bewegungsempfehlungen für die Zielpersonen ermittelt und die Notwendigkeit ausreichender Bewegung im Berufsalltag bzw. regelmäßiger Arbeitspausen zur Verringerung der Belastungssymptome dargelegt. Mithilfe des bestehenden Programms *Aktivpause* am KIT wird die Umsetzung von Bewegung im Hochschulalltag gefördert und die Einhaltung regelmäßiger Arbeitspausen gewährleistet (vgl. Kapitel 4.3.2).

Die aus dem aktuellen Forschungsstand gewonnenen Erkenntnisse und die Ergebnisse der explorativen Studie von Schüler-Hammer et al. (2016; vgl. Kapitel 4.2 und 4.3) veranlassen dazu, das bestehende *Aktivpause*-Konzept um volitionale Bausteine zu erweitern und die eigenständige Durchführung von Bewegungspausen zu forcieren. Die Weiterentwicklung und Hinzunahme weiterer Komponenten wird durch die Bezeichnung *Aktivpause-Plus* ausgedrückt.

Bevor die detaillierte Programmplanung folgt (vgl. Kapitel 6.4), gilt es konkrete Interventionsziele zu formulieren.

6.3 Interventionsziele

Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind wirksamer, wenn sie von expliziten Zielen abgeleitet werden. Nach Fuchs (2003) kann zwischen *globalen, strategischen und taktischen Zielen* unterschieden werden. *Globales Ziel* der Intervention *Aktivpause-Plus* ist es, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung im Setting Hochschule zu leisten. Mit *strategischen Zielen* wird das Verhalten definiert, das mit Hilfe der Intervention aufgebaut werden soll, um das beabsichtigte

Globalziel zu erreichen. In der vorliegenden Studie wird als *strategisches Ziel* die Steigerung des arbeitsplatzbezogenen Bewegungsverhaltens der KIT-Mitarbeiter definiert, indem eine gesteigerte Durchführung von *Aktivpausen* angestrebt wird.

Die unmittelbaren Ansatzpunkte äußern sich in den *taktischen Zielen*. In ihnen wird konkretisiert, welche Determinanten durch die Maßnahme beeinflusst werden sollen. Als *taktisches Ziel* wird die Befähigung zur eigenständigen Durchführung der *Aktivpause* festgelegt. Während bisherige Maßnahmen meist die Motivierung von Personen zur Steigerung des Aktivitätsverhaltens fokussierten, bezweckt die Intervention *Aktivpause-Plus*, die Mitarbeiter durch die Stärkung ihrer volitionalen Kompetenzen darin zu unterstützen, ihr Bewegungsvorhaben tatsächlich zu realisieren. Dabei zielt das Programm in Anlehnung an das MoVo-Prozessmodell insbesondere auf eine Stärkung der konkreten Handlungsplanung bzw. -umsetzung und Intentionsabschirmung ab. Anhand gezielter Maßnahmen werden die Studienteilnehmer dazu befähigt, das Bewegungsprogramm der *Aktivpause* dreimal wöchentlich in den Arbeitsablauf zu integrieren und als festen Bestandteil des Berufsalltags zu manifestieren. Die *taktischen Ziele* können in Anlehnung an die Kernziele des Gesundheitssports (z. B. Bös & Brehm, 2006) auf der Ebene der Verhaltenswirkung angesiedelt werden. Hauptziel ist die Befähigung des Einzelnen, selbst Kontrolle über die Gesundheit auszuüben und eine stabile Bindung an gesundheitsförderliche Verhaltensweisen aufzubauen (Tiemann, 2006, S. 262). Als *taktische Nebenziele* der *Aktivpause-Plus* sind zum einen Gesundheitswirkungen, wie der Aufbau physischer und psychosozialer Ressourcen, zu nennen. Ein hohes Potential wird hierbei in der Reduktion des Risikofaktors Inaktivität sowie der Verminderung von arbeitsplatzbezogenen Beschwerden vermutet. Zum anderen zielt die Intervention auf den Aufbau gesunder Verhältnisse ab, womit die Optimierung der Rahmenbedingungen gemeint ist (Verhältniswirkung). In diesem Zusammenhang ist die Bedeutung der Unterstützung durch die Führungsebene zu betonen. Nachfolgende Abbildung 13 stellt die formulierten Interventionsziele im Überblick dar.

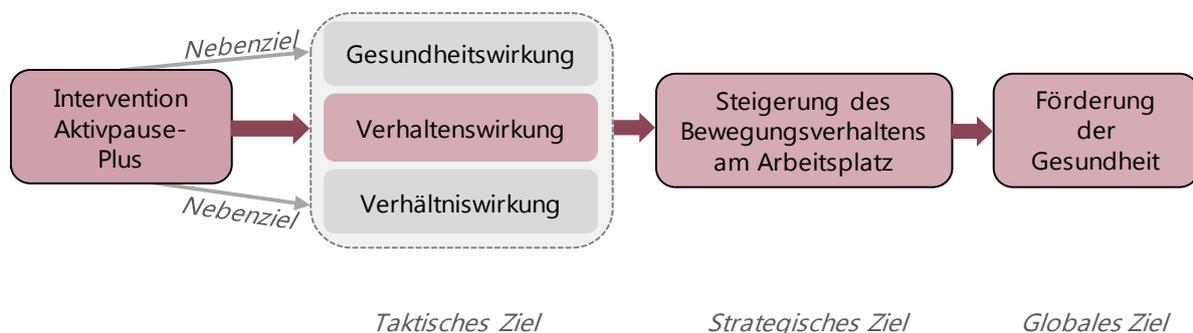


Abbildung 13: Interventionsziele der Aktivpause-Plus

Die beiden Nebenziele (Gesundheitswirkung und Verhältniswirkung) werden im Rahmen der *Aktivpause-Plus* nicht explizit empirisch untersucht. Sie wurden dennoch in die Zielstruktur integriert, da in beiden Bereichen Wirkungen anzunehmen sind. Es ist anzumerken, dass Abbildung 13 die genannten Interventionsziele abbildet, ohne dass postulierte Zusammenhänge bzw. gegenseitige Abhängigkeiten integriert sind.

6.4 Auswahl von Umsetzungsstrategien

Eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg einer Intervention ist die Einbettung in einen theoretischen Hintergrund und wissensbasierten Rahmen. Hierfür sind in Hinblick auf die Ziel- und Fragestellung zum einen Bezüge der BGF unter Berücksichtigung spezifischer Besonderheiten des Settings Hochschule relevant (vgl. Kapitel 3). Zum anderen bieten der aktuelle Forschungsstand zu Bewegungskurzinterventionen sowie Erkenntnisse aus der Verhaltensforschung wichtige Ansatzpunkte (vgl. Kapitel 4 und 5). Die Intention der nachfolgenden Ausführungen besteht darin, das Wissen des theoretischen Teils der Arbeit zu bündeln und zielführend für die eigene Untersuchung anzuwenden. Ziel ist es, eine Antwort auf die formulierte Forschungsfrage zu erhalten und Vorgehensweisen für die eigene Programmgestaltung abzuleiten. Dabei steht die Entwicklung passender Techniken und Werkzeuge zur Realisierung der Verhaltensabsicht der Interventionsteilnehmer im Vordergrund.

Ansatzpunkte aus der BGF

In Kapitel 3 wurde die Bedeutung *aufsuchender* Programme der Gesundheitsförderung herausgestellt. Die Wirksamkeitsanalysen zu betrieblichen Bewegungsprogrammen ließen den Mehrwert multifaktorieller Ansätze erkennen, welche die Verhaltens- und Verhältnisebene gleichermaßen berücksichtigen. Ebenso wurden Beratungsprogramme in Verbindung mit Aktivitätsangeboten als erfolgsversprechend identifiziert. In Hinblick auf die eigene Programmgestaltung ist zu bedenken, wie diese Erkenntnisse einbezogen werden können.

In Kapitel 3.1 wurden die Erfolgskriterien der BGF skizziert. Mit Blick auf das Kriterium Empowerment wurde die Kombination von Wissen, Wollen und Können als elementare Voraussetzung für die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln dargelegt. Es ist festzustellen, dass in der bisherigen *Aktivpause* die von Pfeifer et al. (2013) empfohlenen Bausteine zum Aufbau einer Gesundheitskompetenz zu wenig Beachtung geschenkt wird (vgl. Kapitel 3.1.2). Ein Defizit ist vor allem in mangelnden Maßnahmen zur Stärkung der Selbstregulationskompetenz zu sehen. Deshalb sind ebensolche Elemente zu integrieren. Auch der aktuelle Forschungsstand zu Bewegungskurzinterventionen weist diesbezüglich eine Lücke auf (vgl. Kapitel 4.2).

Eine Strategie auf Verhaltensebene könnte darin bestehen, die Programmteilnehmer mithilfe von Maßnahmen zur Wissensvermittlung, der Unterstützung in Bewältigungsstrategien und der Stärkung von individuellen Handlungskompetenzen darin zu bekräftigen, dreimal wöchentlich *Aktivpausen* durchzuführen. Die Einführung von Coaching-Modulen wird hierfür in

Anlehnung an Wöfl (2014) als erfolgsversprechende Strategie betrachtet und folglich als Baustein für das eigene Programm ausgewählt. Diesbezüglich bietet die MoVo-Intervention konkrete Orientierungshilfen. Mittels Coaching ist es außerdem möglich, die evidenzbasierte Methode der Bewegungsberatung zielführend umzusetzen. Für die Akzeptanz und eine hohe Teilnahmequote ist es wichtig, entsprechende Coaching-Einheiten im Sinne der *aufsuchenden* Gesundheitsförderung in den Räumlichkeiten der *Aktivpause*-Gruppen anzuleiten.

Hinsichtlich der Verhältnisebene ist es elementar, die äußeren Umgebungsfaktoren so zu gestalten, dass eine Umsetzung des beabsichtigten Verhaltens begünstigt wird. Insbesondere der soziale Rückhalt des Arbeitgebers und die Erlaubnis, während der Arbeitszeit am Programm teilzunehmen, sind wichtige Faktoren. Außerdem erscheint es sinnvoll, die Teilnahme an eben solchen Programmen kostenfrei anzubieten.

Mithilfe des *aufsuchenden* Ansatzes wird zudem eine Vielzahl möglicher Barrieren, wie z. B. Zeitmangel, Termindruck und organisatorischer Aufwand auf ein Minimum reduziert. Im Weiteren kann die Umsetzung mit der Zurverfügungstellung notwendiger Materialien, wie z. B. fitnessspezifischen Kleingeräten und Übungsbeschreibungen, unterstützt werden. Auch das Verhalten des Vorgesetzten spielt eine wichtige Rolle: Idealerweise ist die Führungskraft ebenfalls in den *Aktivpausen* präsent und bekräftigt die Teilnahme. Hinsichtlich des Kriteriums Partizipation erscheint es wichtig, die Bedürfnisse und Wünsche der Teilnehmer bei der Maßnahmenplanung explizit zu berücksichtigen. Dieser Forderung wird mit der Weiterentwicklung der *Aktivpause* nachgekommen (vgl. Kapitel 3.2.3).

Setting-spezifische Ansatzpunkte

Im Setting Hochschule ist es aufgrund personeller und finanzieller Engpässe nur begrenzt möglich, *Aktivpausen* im gewünschten Maße zu offerieren (vgl. Kapitel 3.2 und 4.3). Die Zusammenarbeit mit Multiplikatoren ermöglicht in diesem Fall den Zugang zur Zielgruppe. Die grundsätzliche Idee besteht darin, ein anvisiertes Gesundheitsverhalten über dritte Personen zu verbreiten und damit die Reichweite beabsichtigter Informationen zu erhöhen. Multiplikatoren⁴⁴ sind Personen, die ein empfangenes Wissen an eine bestimmte Zielgruppe weiterleiten und vervielfachen. Daraus ergibt sich der Vorteil, dass mit einem vergleichsweise geringen Aufwand eine große Personengruppe erreicht wird. Somit können Kosten, die durch externe Fachkräfte entstehen würden, eingespart werden. Ferner ist der deutlich geringere Koordinationsaufwand im Vergleich zur Arbeit mit externen Fachkräften zu betonen. Demgegenüber steht die Gefahr des Kontrollverlusts und der Fehlinformationsweitergabe.

⁴⁴ In der Literatur werden für den Multiplikatoren-Begriff teilweise auch Synonyme verwendet, bspw. Mediator, Schlüsselpersonen oder Drehpunktpersonen.

Aus diesem Grund ist es unerlässlich, die fachliche und soziale Kompetenz der Multiplikatoren zu gewährleisten und diese bspw. in Form von themenspezifischen Ausbildungen zu schulen (Hafen, 2012; Peterson, 2000). Mithilfe eines Multiplikatoren-Ansatzes gelingt es, Mitarbeiter in den Prozess der Gesundheitsförderung direkt einzubinden (Partizipation) und sie zu einer aktiven Teilhabe zu motivieren.

In Kapitel 5.1 wurde der Einfluss der sozialen Unterstützung als eine entscheidende Determinante für die Aufrechterhaltung einer Sportaktivität beschrieben. Im Setting Arbeitsplatz kommt hierbei den Arbeitskollegen eine eminente Funktion zu. Anzustreben ist, dass diese sich gegenseitig unterstützen und zur gemeinsamen Bewegungsaktivität am Arbeitsplatz motivieren. Gerade für weniger aktive Mitarbeiter ist dies als wichtige Unterstützungsform anzunehmen (Rütten, Abu-Omar, Meierjürgen, Lutz & Adlwarth, 2009). Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, die aus der *Aktivpause* bestehende Gruppenstruktur beizubehalten. Dadurch bleibt das soziale Umfeld präsent, womit nicht nur positive Effekte auf die Teilnahmemotivation, sondern ebenso auf den Lernprozess und den Transfer des neuen Verhaltens in den Alltag gefördert werden (Busch, Lück & Ducki, 2010; Edmondson, Bohmer & Pisano, 2001).

In der Exercise Adherence-Forschung wird außerdem die motivationale Rolle des Übungsleiters betont. Auch in der *Aktivpause-Evaluation* (2016)⁴⁵ wurde dessen Einfluss auf das Bewegungsverhalten von den Teilnehmern betont. So sind Eigenschaften, wie die wahrgenommene Fachkompetenz oder die verständliche Anleitung der Übungen als relevante Variablen für die Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen* zu beachten. Für die Zielstellung der Arbeit ist die wiederkehrende Präsenz des Übungsleiters als wichtig einzustufen und insofern beizubehalten.

Die Idee besteht darin, aus jeder teilnehmenden Gruppe der *Aktivpause* ein bis zwei engagierte Personen als Multiplikatoren auszubilden und diese darin zu bestärken, an kursfreien Tagen sowie in den Semesterferien *Aktivpausen* für ihre Arbeitskollegen anzuleiten. Dadurch besteht die Möglichkeit, die Häufigkeit der Durchführung zu steigern und kursfreie Phasen zu vermeiden. Die konkrete Idee ist, dass die Teilnehmenden während der Semesterphase die *Aktivpause* einmal unter Anleitung eines externen Übungsleiters und zweimal autark umsetzen. Während der Semesterferienphase ist eine gänzlich eigenständige Realisation vorgesehen.

Es wird konkludiert, dass die gemeinsame *Aktivpause*-Durchführung in der Gruppe auch für kursfreie Phasen sinnvoll ist und die Implementation eines Multiplikatoren-Systems „*Aktivpause* von Kollegen für Kollegen“ als hilfreich erachtet wird.

⁴⁵ Die Evaluation der *Aktivpause* (2016) wurde nicht veröffentlicht. Die Daten beziehen sich demnach auf interne Quellen und werden im Literaturverzeichnis nicht aufgeführt.

Für den Erfolg ist die möglichst einfache Integration in das bestehende Kurssystem der *Aktivpause* von hoher Bedeutung. Entsprechend wird die bisherige Struktur mit zwei zehnwöchigen *Aktivpausen*-Kursen pro Jahr, beginnend jeweils zu Semesterbeginn, beibehalten.

Ansatzpunkte aus der Determinantenforschung und dem MoVo-Modell

Für die *Aktivpause-Plus* ist die Absicht, dreimal wöchentlich *Aktivpausen* durchzuführen, Ausgangspunkt der Interventionsteilnahme. Dementsprechend fokussieren die weitergehenden Ausführungen die volitionalen Variablen.

In der präaktionalen Phase geht es darum, die drei Termine, an denen *Aktivpause* durchgeführt werden soll, gezielt als Gruppe zu planen (Planungstiefe). Dies erfolgt sinnvollerweise über einen interaktiven Austausch, bei dem berufliche Termine sowie bspw. Abwesenheiten von Teilzeitkräften berücksichtigt werden können. Wichtig ist weiter, dass der *Aktivpause* eine hohe Priorität beigemessen und genauso wichtig wie andere berufliche Tätigkeiten angesehen wird. Hierbei kann bspw. die Aufnahme in den persönlichen Kalender helfen. Um den Planungsprozess weiter zu unterstützen, werden die Gruppen dazu animiert, eigene „*Aktivpause*-Regeln“ zu formulieren. In diesem Zusammenhang werden kritische Situationen antizipiert und Lösungen im Sinne gemeinsamer Regeln fixiert, bspw. „wir beginnen pünktlich mit der *Aktivpause*, auch wenn noch nicht alle da sind“ (Hois, Schmidt & Flatau, 2012, S. 171).

Für die aktionale Phase ist die Anwendung verschiedener Kontrollstrategien erforderlich (perzipierte Barrieren und Gegenstrategien). Diese können in einem interaktiven Prozess gemeinsam mit den Teilnehmenden erarbeitet und schriftlich fixiert werden. Hierbei werden persönliche Barrieren aufgespürt und Lösungsstrategien entwickelt, damit das Zielverhalten trotz möglicher Hemmnisse beibehalten werden kann. Wichtig ist, dass nach einer gewissen Zeit des Erprobens ein Austausch über die Umsetzbarkeit der Strategien stattfindet und bei Bedarf Anpassungen vorgenommen werden. Zur Aufrechterhaltung des initiierten Verhaltens sind darüber hinaus soziale Unterstützungsprozesse elementar. Diese können während des Semesters durch die Übungsleiter abgedeckt werden. In der Semesterferienphase erscheint es notwendig, anderweitig Hilfe anzubieten. Hier ist in Anlehnung an das Programm *MoVo-LISA* der Einsatz von *Booster*-Maßnahmen denkbar. Im Konzept der *Aktivpause-Plus* kann dies bspw. durch telefonische Kurzkontakte realisiert werden.

Eine weitere Modellkomponente zur Förderung des Zielverhaltens besteht im Einsatz situativer Auslöser. Hierbei ist es notwendig, dass das Verhalten möglichst häufig unter ähnlichen Umständen ausgeführt wird. Vor diesem Hintergrund eignet sich zur Einführung der *Aktivpause-Plus* eine Kickstart-Phase, bei der die Teilnehmer zwei Wochen lang dreimal wöchentlich angeleitete *Aktivpausen* erhalten und sich dadurch an das neue Konzept gewöhnen können.

Stabile Auslösesignale sind wichtig, bspw. indem der Multiplikator kurz vor Beginn durch die Büros geht und die Arbeitskollegen zur Teilnahme animiert. Auch ein „Gong“, das Abspielen einer speziellen Musik oder gezielte Kalendererinnerungen sind denkbare Möglichkeiten.

Außerdem ist an die Förderung positiver Konsequenzerfahrungen zu denken. Als praktische Strategie kann die Methode der Selbstreflexionen eingesetzt werden und eine Beobachtung des eigenen Verhaltens erfolgen. Hilfreich ist hier bspw. die Dokumentation des eigenen Verhaltens über ein Online-Tool. Ein weiterer Ansatz besteht darin, den Studienteilnehmern während der *Aktivpause*-Kurse Spaß und Freude zu vermitteln und sie dahingehend zu sensibilisieren, dass sie die positiven Effekte selbst spüren (intrinsische Belohnung). Eine weitere wirksame Möglichkeit stellt der Einsatz extrinsischer Motivierungen dar, z. B. durch Lob und Anerkennung. Die Inhalte der *Aktivpause-Plus* sind ansprechend und motivierend zu gestalten. Dies kann allgemein z. B. durch Abwechslung im Übungsaufbau und das passende Anspruchsniveau sowie im Speziellen durch den Einsatz von Musik, Partnerübungen und koordinative Übungen bewirkt werden. Das Ziel solcher Bemühungen besteht darin, die Teilnehmer zu positiven Kosten-Nutzen-Überlegungen zu veranlassen (vgl. auch Kapitel 6.5.4).

Nachfolgende Tabelle 9 stellt die Ansatzpunkte, die aus dem MoVo-Modell hervorgehen, tabellarisch dar und zeigt konkrete Strategien sowie didaktische Werkzeuge zur Umsetzung auf.

Tabelle 9: Umsetzung des MoVo-Modells in praktische Strategien bzw. Werkzeuge für das Interventionsprogramm Aktivpause-Plus

	Ansatzpunkte aus dem MoVo-Modell	Praktische Strategien	Didaktische Werkzeuge
Konsequenzerwartungen	Kosten-Nutzen-Überlegungen	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen • Aufklärung • Sensibilisierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Frontalvortrag • Interaktiver Austausch • Eigene Überlegungen
Selbstwirksamkeit	Förderung durch das Setzen von Zielen	<ul style="list-style-type: none"> • Verdeutlichung der Umsetzung von Zielen 	<ul style="list-style-type: none"> • Frontalvortrag • Interaktiver Austausch • Eigene Überlegungen • Lob und Bekräftigung
Zielintention	<i>Ausgangspunkt der Intervention</i>		
Planungstiefe	Ausführungs- und Bewältigungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Antizipation von Wenn-dann-Situationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Moderierte organisatorische Planung (u. a. Terminplanung) • Festlegung gemeinsamer Regeln
Perzipierte Barrieren und Gegenstrategien	Identifikation von Barrieren und Entwicklung von Gegenstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • Problemantizipation und Entwicklung von Lösungsansätzen • Anwendung von Kontrollstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> • Brainstorming zu Barrieren • Entwicklung von Gegenstrategien • Auswahl/Dokumentation eigener Top-Strategien
Situative Auslöser	Wiederholung bzw. Regelmäßigkeit, stabile Auslösesignale	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung • Sensibilisierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung gemeinsamer Rituale und fester Uhrzeiten • Gezielte Erinnerungen
Konsequenzerfahrungen	Kosten-Nutzen-Überlegungen, Abgleich mit Konsequenzerwartungen	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstreflexion • Selbstbeobachtung • Rückfallprävention 	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktiver Austausch • Lob und Bekräftigung

Unter Berücksichtigung der dargestellten Aspekte werden folgende konzeptionelle Bausteine für die *Aktivpause-Plus* festgelegt:

- Coaching-Module
- Multiplikatoren-System
- Methoden zur Selbstbeobachtung
- Kickstart-Phase zur Gewöhnung an das neue Ausführungsverhalten
- Unterstützung in Form von Begleitmaterialien

Bezugnehmend auf obige Ausführungen werden im nächsten Kapitel die konkreten Interventionsmaterialien entwickelt, bevor im daran anschließenden Abschnitt die Implementation der *Aktivpause-Plus* geplant wird.

6.5 Entwicklung des Interventionsprogramms

Nachfolgend werden die einzelnen Programmbausteine detailliert dargestellt, wobei der Fokus zunächst in den Coaching-Sitzungen liegt⁴⁶.

6.5.1 Coaching-Sitzungen

Der Interventionsbaustein Coaching umfasst zwei Gruppensitzungen und einen telefonischen Kurzkontakt, wie in folgender Abbildung 14 grafisch dargestellt.

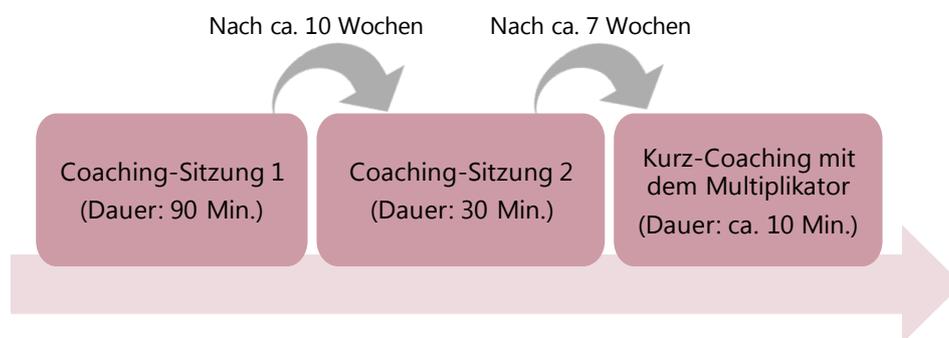


Abbildung 14: Coaching-Sitzungen der Aktivpause-Plus im zeitlichen Ablauf

Vorrangige Intention der Coaching-Sitzungen ist es, die Teilnehmer in der Umsetzung ihres Zielvorhabens zu bekräftigen und sie in ihrer Selbstkompetenz respektive Selbststeuerungsfähigkeit zu stärken (Wölfl, 2014). Wichtig ist es, zu Beginn eine konkrete Zielklärung vorzunehmen, was für die *Aktivpause-Plus* bereits mit dem Versand der Teilnehmerinformationen erfolgte (Wastian & Poetschki, 2016). Grundlegend für den Erfolg des Coachings sind im Weite-

⁴⁶ In ANHANG 3: Curricula der Programmschulungen befinden sich standardisierte Curricula, wobei jeweils eine Kurz- und Langform entwickelt wurde. Die Kurzform bietet einen allgemeinen Überblick zum Aufbau, dem Inhalt und den verwendeten Materialien. Die Langform beinhaltet ausführliche Hinweise und konkrete Formulierungsvorschläge für die Moderatoren.

ren der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Moderator und Teilnehmenden sowie eine teilnehmerzentrierte Gestaltung unter aktiver Mitwirkung aller Beteiligten (Greif, 2008). Der Aufbau einer Beziehung zu einem Gesprächspartner läuft meist unbewusst ab, kann jedoch gewissermaßen gesteuert werden. So bietet es sich zu Beginn eines Gesprächs an, einen Small Talk zu führen, damit das Gegenüber Zeit zur Eingewöhnung hat. Außerdem ist auf eine positive Atmosphäre im Raum zu achten.

Im Rahmen der 90-minütigen Einheit (Coaching-Sitzung 1) wird die aktional-volitionale Phase unterstützt und den Teilnehmenden Gelegenheit zur Konkretisierung ihrer Verhaltensabsicht geboten. Die hierfür ausgewählten Inhalte orientieren sich an der Intervention *MoVo-LISA* (vgl. Kapitel 5.3.2). Anhand geeigneter Maßnahmen wird die Gruppe in ihrer konkreten Handlungsplanung sowie dem Erfassen möglicher Hindernisse unterstützt. Ferner werden in Anlehnung an die Handlungskontrolltheorie nach Kuhl (2001) gemeinsam Strategien zum Barrierenmanagement erarbeitet und schriftlich fixiert. Die Teilnehmenden werden dazu angehalten, die in Coaching-Sitzung 1 erarbeiteten Strategien im Zeitraum bis zur Coaching-Sitzung 2 umzusetzen und sie auf Passung, Praktikabilität, Präzision sowie Wirksamkeit zu testen (Göhner & Fuchs, 2007). Diese Phase dient der Selbstbeobachtung und persönlichen Selbstreflektion. Da die Teilnehmer mit einem weiteren Austausch sowie Folgeunterstützung rechnen, sind sie offen für kommende Prozesse (König & Volmer, 2012; Wölfl, 2014). Coaching-Sitzung 2 eignet sich als Austausch in der Gruppe, indem das gezeigte Verhalten reflektiert und entwickelte Strategien, falls nötig, zielführend modifiziert werden. Schließlich liegt die Intention des Kurztelefonats darin, erneut Unterstützung anzubieten und offene Fragen zu klären.

Die Sitzungen weisen, ebenso wie das Konzept der *Aktivpause*, einen *aufsuchenden* Charakter auf: Der Moderator leitet das Coaching in den Räumlichkeiten der Gruppe an und berücksichtigt explizit deren Terminwünsche. Für die Coaching-Sitzungen ergeben sich folgende Themen und Inhalte:

Coaching-Sitzung 1

- Überblick zum Ablauf der Coaching-Sitzungen
- Grundlegende Informationen zur *Aktivpause-Plus*
- Bestimmung der persönlichen Gesundheitsziele
- Identifikation individueller und gruppenbezogener Barrieren
- Strategieentwicklung und Barrierenmanagement
- Handlungsplanung

Coaching-Sitzung 2

- Selbstreflektion
- Überprüfung der Strategien und Kontrolle der Zielerreichung
- Ggf. Modifikation der Strategien

Kurz-Coaching

- Offener Austausch mit dem Multiplikator
- Ggf. weitere Anpassungen der Strategien
- Lob, Wertschätzung und Bekräftigung

Um der gewünschten Standardisierung und einheitlichen Anleitung der Module Folge zu leisten, widmen sich die nächsten beiden Unterkapitel der konkreten Planung der Coaching-Einheiten respektive der Erstellung von Workshop-Materialien.

6.5.1.1 *Coaching-Sitzung 1*

Der Aufbau von Coaching-Sitzung 1 ist in die vier Bereiche (1) Begrüßung und Einführung, (2) Theoretischer Input, (3) Barrierenmanagement sowie (4) Organisatorisches und Handlungsplanung gegliedert.

Die ersten zehn Minuten des Coachings sind für die Vorstellung des Moderators, des *Aktivpause*-Teams und der Teilnehmer vorgesehen. Ferner dient die Eingangsphase dazu, über die *Aktivpause-Plus* zu informieren und vorhandene Materialien auszuhändigen. Hierzu gehören pro Person ein Coaching-Begleiter und ein Strategie-Plan (vgl. ANHANG 4: Begleitmaterialien der *Aktivpause-Plus*). Eine kurze Skizzierung des Workshop-Ablaufs leitet in den thematischen Einstieg über. Um positive Verhaltensabsichten zu festigen und die Teilnehmenden zur Reflektion anzuregen, werden zunächst offene Fragen gestellt. So können bspw. Auseinandersetzungen mit persönlichen Gesundheitszielen oder Konsequenzerwartungen bewirken, dass die in der Person verankerten Vorstellungen einer Verhaltensabsicht verstärkt werden. In einem gemeinsamen Brainstorming werden Gründe für die Partizipation am Programm erarbeitet und im Strategie-Plan dokumentiert.

Für eine erfolgreiche Hinführung an einen körperlich-aktiven Lebensstil ist darüber hinaus eine entsprechende Wissensvermittlung bedeutsam. Deshalb wird die Relevanz körperlicher Aktivität am Arbeitsplatz betont und über die positiven Wirkungen von Bewegung auf die Gesundheit informiert. Anhand eines theoretischen Inputs wird im Weiteren dargelegt, wie wichtig persönliche Ziele für die Umsetzung einer Verhaltensabsicht sind. Als weitere Komponente erfolgt eine Unterscheidung zwischen verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen.

Im weiteren Verlauf werden Fähigkeiten vermittelt, welche die zielführende Umsetzung der Verhaltensabsicht fördern. Als wichtiger Baustein dient die Erfassung möglicher Barrieren und Hemmnisse. Hierbei wird zwischen gruppen- und individuumsbezogenen Barrieren unterschieden. Die Teilnehmenden erhalten die Aufgabe, jegliche Barrieren, die ihnen spontan in den Sinn kommen, auf Moderationskärtchen zu verschriftlichen. Im Anschluss erfolgt ein gemeinsames Clustern in die Bereiche Terminkonflikte, physische Einschränkungen, psychische Einschränkungen und ungünstige Rahmenbedingungen auf vier vorgefertigten Flipchart-Postern. Im Anschluss werden die Teilnehmenden gebeten, spontan Gegenstrategien für diese Barrieren zu formulieren und auf den Postern zu protokollieren. Der Moderator unterstützt diesen Prozess und ergänzt weitere mögliche Barrieren und Gegenstrategien. Grundlage hierfür bildet die in Tabelle 10 ausgearbeitete Vorlage in Anlehnung an die Handlungskontrollstrategien nach Kuhl (2001).

Tabelle 10: Barrieren, Kontrollstrategien und Lösungsmöglichkeiten für die Aktivpause-Plus in Anl. an Kuhl (2001)

	Barrieren	Kontrollstrategie	Lösungsmöglichkeiten
Gruppenbezogen	Ausfall Multiplikator	<ul style="list-style-type: none"> - Kognitive Umstrukturierung - Sparsamkeit der Informationsverarbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> - Situation als Herausforderung annehmen (z. B. versuchen, die Übungen alleine auszuführen). - Bestimmen, wie im Ausfall vorgegangen wird. - Nicht lange über verschiedene Möglichkeiten nachdenken. - Notfallplan: gemeinsam spazieren gehen.
	Räumlichkeit nicht verfügbar (z. B. aufgrund einer Besprechung)	<ul style="list-style-type: none"> - Umweltkontrolle - Sparsamkeit der Informationsverarbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> - Andere Räumlichkeit vorhanden? Platzsparende Aktivpause möglich? Draußen? - Bestimmen, wie im Ausfall vorgegangen wird. - Nicht lange über verschiedene Möglichkeiten nachdenken. - Notfallplan: gemeinsam spazieren gehen.
	Einschränkung durch unbeteiligte Personen	<ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeitskontrolle - Kognitive Umstrukturierung 	<ul style="list-style-type: none"> - Sich mit „störenden“ Personen abstimmen, bzw. darauf hinweisen, dass man eine Aktivpause durchführt, sodass diese nicht verwundert sind. - Störfaktor, wenn andere Personen zusehen? Falls ja: überlegen, warum! Sich Bewusst machen, dass man sich für die Aktivpause nicht schämen muss. - Notfallplan: gemeinsam spazieren gehen.
	Terminkonflikt (z. B. Betriebsausflug, Feiertag)	<ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeitskontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Auch die Aktivpause bewusst als wichtigen Termin wahrnehmen. - In Coaching-Sitzung Ausweichtermine festlegen.
	Übungsmaterial nicht vorhanden	<ul style="list-style-type: none"> - Sparsamkeit der Informationsverarbeitung - Umweltkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivpause ohne Geräte ausführen. - Sich nicht mit der Suche der Geräte aufhalten. - Ggf. Eine Person bestimmen, welche die Geräte im Anschluss an die Aktivpause sucht. - Einen festen Platz für die Geräte einrichten. - Regel: Geräte kommen immer zurück in die Kiste.
Personenbezogen	Stress/Zeitdruck	<ul style="list-style-type: none"> - Motivationskontrolle - Emotionskontrolle - Aufmerksamkeitskontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Sich bewusstmachen, dass die Aktivpause keinen Arbeitszeitenverlust darstellt, sondern eine kurze Ablenkung guttut und die Konzentration fördert. - Stress/Zeitdruck keinen Vorrang einräumen. - Sich gegenseitig bestärken.
	Terminkonflikt (unvorhergesehen, z. B. Telefon klingelt, Chef kommt ins Büro)	<ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeitskontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Anderen Dingen keinen Vorrang einräumen. - Darauf hinweisen, dass man einen Termin hat. - Arbeitskollegen vorher erklären, dass die Aktivpause ein fester Termin ist. - Sich bewusst machen, dass kurzfristige Aufgaben auch 15 Min. später erledigt werden können.
	Terminkonflikt (vorhergesehen)	<ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeitskontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Anderen Dingen keinen Vorrang einräumen. - Keine Termine in die Zeit der Aktivpause legen.
	Physische Einschränkung (z. B. Verletzung)	<ul style="list-style-type: none"> - Kognitive Umstrukturierung 	<ul style="list-style-type: none"> - Alternativübungen durchführen und ggf. mit dem Aktivpause-Team besprechen (siehe Teilnehmerunterlagen).
	Psychosoziale Einschränkung (z. B. Müdigkeit, Energielosigkeit, Unlust, negative Stimmung)	<ul style="list-style-type: none"> - Emotionskontrolle - Motivationskontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Handlungsalternativen zulassen (z. B. Kaffee trinken, rauchen gehen). - Sich bewusstmachen, dass Aktivpause guttut. - Unlust nicht als Ausrede gelten lassen. - Ggf. Belohnungsprinzip. - Sich gegenseitig unterstützen und motivieren.
	Ungeeignete Kleidung	<ul style="list-style-type: none"> - Umweltkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Bequeme Schuhe/bequemes T-Shirt am Arbeitsplatz deponieren.

Nach einem interaktiven Austausch entscheidet sich jeder Teilnehmer für drei individuelle Barrieren sowie dazugehörige Gegenstrategien. Diese werden im Coaching-Begleiter festgehalten. Um darüber hinaus gruppenbezogene Hemmnisse möglichst gering zu halten, einigt sich die Gruppe auf gemeinsame „Aktivpause-Regeln“ (z. B. „die *Aktivpause* findet statt, sofern mindestens zwei Mitarbeiter vor Ort sind“).

Im Übergang zur volitionalen Phase ist im Weiteren die konkrete Handlungsplanung von wesentlicher Bedeutung (Göhner & Fuchs, 2007). Zur Präzisierung des Bewegungsvorhabens sind die fünf W-Fragen „was“, „wo“, „wann“, „mit wem“ und „wie“ relevant, bspw. wo, an welchen Tagen, zu welcher Uhrzeit und mit wem die *Aktivpause* durchgeführt wird. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, die Ausführung des Zielverhaltens gemeinsam zu planen und zu organisieren. Der Moderator nimmt hierbei eine beratende Funktion ein und unterstützt die Gruppe in der Entscheidungsfindung.

Als Selbstbeobachtungsaufgabe erhalten die Gruppen den Auftrag, die erarbeiteten Strategien im Arbeitsalltag zu überprüfen und bei Bedarf durch neue Ideen zu ergänzen. Durch diesen Selbstbeobachtungsprozess zwischen den beiden Coaching-Sitzungen wird dem erwähnten Rückkopplungsprozess von Fuchshuber (2009) Beachtung geschenkt. Die Abschlussphase der Sitzung bildet ein Gruppenritual. Der Moderator verabschiedet sich persönlich, ermutigt die Teilnehmer und bietet die Möglichkeit für Rückfragen.

6.5.1.2 *Coaching-Sitzung 2 und Kurz-Coaching*

Zentrale Themen von Coaching-Sitzung 2 sind die Reflektion der bisherigen Erfahrungen, der Austausch zum Selbstbeobachtungsprozess sowie eine individuelle Bewertung der angewandten Strategien. Die methodische Vorgehensweise wie auch der Kommunikationsstil des Moderators werden analog zur Coaching-Sitzung 1 angewandt. Der Aufbau ist durch die drei Bereiche (1) Begrüßung und Einführung, (2) Barrierenmanagement und Handlungsplanung sowie (3) Ende des Gruppengesprächs gekennzeichnet.

Nach der Begrüßung stellt der Moderator eine offene Frage, die sich auf den Umsetzungserfolg des Zielvorhabens bezieht. Die erarbeiteten Flipchart-Poster zum Barrierenmanagement aus Coaching-Sitzung 1 werden aufgegriffen. Die Teilnehmenden werden gebeten, die formulierten Strategien anzusehen und diejenigen mit einem Klebepunkt zu versehen, deren Umsetzung gut (grüner Klebepunkt) bzw. unzureichend (roter Klebepunkt) gelang. Im Anschluss erfolgt ein offener Dialog darüber, welche Strategien modifiziert bzw. angepasst werden und an welchen Stellen Probleme aufgetreten sind. Dieser Prozess bildet die volitionale und postaktionale Phase ab (Göhner & Fuchs, 2007). Die Ergebnisse als auch die Folgen der körperlichen Aktivität werden mit der Ausgangssituation verglichen und die bisherigen Strategien interpretiert (Fuchshuber, 2009).

Hintergrund ist die Intention, dass die Teilnehmenden positive Kosten-Nutzen-Überlegungen anstellen und erzielte Erfolge auf ihre eigenen Fähigkeiten und Anstrengungen zurückzuführen. Ziel ist es, vermeintliche Misserfolge umzudeuten und als Chance für eine erneute Anpassung der Strategien, des Umgangs mit Barrieren oder des Abschirmens von hinderlichen Kontextfaktoren zu interpretieren. Potentielle Abbrecher gilt es aufzufangen und wiederzugewinnen. Anpassungsprozesse können durch den Austausch in der Gruppe unterstützt werden. Wird als Barriere z. B. das zu hohe Arbeitsaufkommen wahrgenommen, können zu den Überlegungen der betroffenen Person auch die Erfahrungen der Kollegen, bzw. deren Verständnis einbezogen werden. Ein derartig gestalteter Gruppenprozess entwickelt die Fähigkeit zur Selbstreflektion weiter und fördert die gegenseitige Unterstützung. Analog zur ersten Sitzung wird in der Abschlussphase ein gemeinsames Ritual durchgeführt.

Im telefonischen Kurz-Coaching mit dem jeweiligen Multiplikator wird insbesondere das Ziel anvisiert, der Gruppe erneut Unterstützung und eine Plattform für Rückfragen bzw. Austausch anzubieten. Sowohl der Multiplikator als auch die Gruppe werden bestärkt, das Zielverhalten weiter umzusetzen. Erneut werden die bisherigen Erfahrungen angesprochen und bei Bedarf die Strategie angepasst. Die Erfolge der eigenständigen Durchführung werden wertschätzend anerkannt und positiv konnotiert. Zum Abschluss wird ein Ausblick zum weiteren Verlauf *Aktivpause-Plus* gegeben.

6.5.2 Multiplikatoren-Konzept

Im Kontext der *Aktivpause* kommt das Multiplikatoren-Prinzip dahingehend zur Anwendung, dass aus jeder Teilnehmergruppe Personen ausgebildet werden, welche die Rolle des Übungsleiters in kursfreien Phasen übernehmen. Für die Realisierung sind zwei Multiplikatoren pro Gruppe vorgesehen, damit eine gegenseitige Vertretung im Falle von Ausfällen oder Abwesenheiten gewährleistet ist. Ihre zentrale Aufgabe ist es, die Übungen mit den Arbeitskollegen zu praktizieren und erhaltene Informationen zu übermitteln. Dadurch wird die Eigenständigkeit der Gruppen gefördert und die Fähigkeit, selbst Kontrolle über die Gesundheit auszuüben, herausgebildet.

Im Rahmen der *Aktivpause-Plus* werden die Multiplikatoren verschiedener Gruppen gemeinsam in einer 90-minütigen Schulung ausgebildet. Das übergeordnete Ziel besteht darin, dass die Multiplikatoren nach der Qualifizierungsmaßnahme in der Lage sind, *Aktivpausen* eigenverantwortlich für die Arbeitskollegen anzuleiten. Dementsprechend bezieht sich die Schulung vor allem auf die Vermittlung der grundlegenden Inhalte von Bewegungspausen. Um auf die Wünsche der Beteiligten einzugehen und organisatorische Barrieren gering zu halten, werden Schulungstermine an unterschiedlichen Tagen und Örtlichkeiten angeboten. Die Multiplikatoren-Schulung ist zeitlich und inhaltlich klar strukturiert und beabsichtigt eine praxisnahe Um-

setzung. Der inhaltliche Aufbau ist in die fünf Bereiche (1) Begrüßung und Einführung, (2) Allgemeine Informationen und Organisatorisches, (3) Praxis bzw. (4) Gruppenarbeitsphase sowie (5) Ausklang und Verabschiedung gegliedert^{47,48}.

Die ersten 20 Minuten der Schulung sind für eine kurze Begrüßung, einen Austausch über die Rolle bzw. die Aufgaben des Multiplikators sowie allgemeine Informationen vorgesehen. Hierbei werden die Materialkiste, bestehend aus u. a. Physiobändern, Igelbällen, Bohnensäckchen und Antistressbällen, sowie weitere hilfegebende Unterlagen (Kursmanual und Übungskarten) vorgestellt. Ein thematischer Schwerpunkt bildet die Erklärung des allgemeinen Aufbaus von *Aktivpausen*. Während einer umfangreichen praktischen Phase stehen die Inhalte und Ziele von Bewegungspausen, „Go´s“ und „No-Go´s“ der Übungsdurchführung bzw. des Trainerverhaltens sowie die Vermittlung der Grundausgangstellungen im Mittelpunkt. Es werden beispielhafte Übungen praktisch erprobt und wichtige Ausführungshinweise gegeben. Außerdem besteht die Möglichkeit für Rückfragen zum Aufbau allgemein oder speziellen Übungen. Die daran anschließende Gruppenarbeit zeichnet sich dadurch aus, dass die Multiplikatoren ausgewählte Übungen anleiten und hierfür Feedback sowie konstruktive Kritik erhalten. Am Ende des Lehrgangs besteht die Möglichkeit für Rückfragen und Austausch untereinander.

Den Multiplikatoren kommt eine Schlüsselfunktion bei der Implementation der *Aktivpause-Plus* zu, weshalb nicht nur die erwähnte Schulung bedeutsam ist, sondern eine fortlaufende Betreuung und kontinuierliche Austauschmöglichkeiten ebenso wichtige Bausteine darstellen.

Hierfür fungieren die Übungsleiter, indem sie für Austausch sowie Rückfragen zur Verfügung stehen. Durch die regelmäßige Kommunikation und Präsenz werden die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Realisierung erhöht und mögliche Schwierigkeiten in der Umsetzung aufgedeckt. Dem Übungsleiter kommt hierbei eine wichtige Vermittlerrolle zwischen den Teilnehmern und dem Organisations-Team der *Aktivpause* zu. Durch die Weitergabe der relevanten Informationen können die Bedürfnisse der Gruppen in der Weiterentwicklung des Programms berücksichtigt und die Maßnahme teilnehmerorientiert angepasst werden. Ein solcher Ablauf hat zur Folge, dass der Übungsleiter sich vom „klassischen Vorturner“ hin zum Berater und Coach entwickelt (Hois et al., 2012, S. 173).

Um bestmögliche Rahmenbedingungen für die eigenständige Umsetzung zu schaffen, erscheint eine umfassende Materialkiste mit fitnessspezifischen Kleingeräten sowie ausführlichen Übungsbeschreibungen in Form von standardisierten Stundenverlaufsplänen und Übungskar-

⁴⁷ Zur Gewährleistung einer einheitlichen Durchführung wurde für die *Multiplikatoren-Schulung* ein Manual für den Fortbildungsleiter konzipiert, das den Ablauf strukturiert und als Orientierungshilfe dient.

⁴⁸ Das Curriculum der Multiplikatorenschulung befindet sich in ANHANG 3: Curricula der Programmschulungen.

ten als sinnvoll. Neben methodischen Gesichtspunkten ist der Zweck dieser Curricula, die Multiplikatoren zu entlasten, eigene Übungsabfolgen kreieren zu müssen. Intention ist es, dass der Übungsleiter die jeweilige Einheit zu Beginn der Woche einführt und der Multiplikator diese an den beiden Folgeterminen wiederholt. Für einen individuellen Spielraum helfen 50 vorbereitete Übungsbeschreibungen auf DIN A5 Karteikarten. Die Gruppe kann, alternativ zu den standardisierten Einheiten, auf diese zurückgreifen und mit der Kombination von drei bis vier Karten pro *Aktivpause* Abwechslung und Variation schaffen.

6.5.3 Kickstart-Phase und Self-Monitoring

In Kapitel 5.2.1 wurde die Bedeutung von Self-Monitoring für die Herausbildung von Routinen geschildert und dargelegt, dass ein neues Zielverhalten möglichst häufig unter regelmäßigen Bedingungen bzw. stabilen Umständen auszuführen ist (Sniehotta et al., 2007, S. 162–166; Wood et al., 2002). Um dieser Forderung nachzukommen, werden in das Konzept der *Aktivpause-Plus* zwei weitere volitionale Bausteine integriert: Zum einen eine wöchentliche Selbstbeobachtung, im Rahmen derer die Durchführungshäufigkeit der *Aktivpause* am Ende jeder Woche schriftlich dokumentiert wird (vgl. auch Kapitel 8.1), zum anderen eine Kickstart-Phase mit dem Ziel, die Gewohnheitsbildung des neuen Verhaltens zu unterstützen. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass in den ersten beiden Wochen des Programms die *Aktivpause* dreimal wöchentlich durch einen externen Coach angeleitet wird, bevor die Gruppe für zwei der drei Termine (bzw. in der zweiten Phase für alle drei Termine) selbst verantwortlich ist. Durch das Erscheinen des Übungsleiters erübrigen sich Ausreden und Umsetzungshindernisse werden reduziert. Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, sich an die neuen Routinen zu gewöhnen und einen Teil der Handlungskontrolle an den Übungsleiter abzugeben. Außerdem besteht die Möglichkeit für Rückfragen seitens Teilnehmer und der Coach kann, wo nötig, die Gruppen positiv bekräftigen, das Zielverhalten umzusetzen.

6.5.4 Begleitmaterialien

Für die Umsetzung des Programms wurden umfangreiche Begleitmaterialien erstellt. Hauptbestandteil bildet ein Kursmanual, bestehend aus zwölf detailliert ausgearbeiteten Stundenverlaufsplänen zur direkten Anwendung. Eine Ergänzung hierzu bilden 50 Übungskarten, die nach verschiedenen Themengebieten aufgebaut sind.

6.5.4.1 Aufbau und Inhalte des Kursmanuals

Das Kursmanual (ANHANG 4: Begleitmaterialien der *Aktivpause-Plus*) dient als Hilfestellung für die Übungsleiter bzw. Multiplikatoren und gewährleistet eine einheitliche Realisierung der Bewegungspausen. Um dennoch individuell auf die jeweiligen Gruppen bzw. Teilnehmer eingehen zu können, sind zahlreiche Variationsmöglichkeiten integriert (Pfeifer, 2007, S. 24–27; Walter, 2011, 142–150).

Der thematische Aufbau des Kursmanuals orientiert sich an den zur Verfügung stehenden fitnessspezifischen Kleingeräten. Das Manual beinhaltet je Einheit eine detaillierte zweiseitige Vorlage mit inhaltlichen Kurzbeschreibungen (Ausgangs- und Endstellung) und Variationsmöglichkeiten für jede Übung. Auch die Wirkungsbereiche und zu beachtende Aspekte werden aufgezeigt. Die Angaben zur benötigten Zeit und die Empfehlung zur Belastungsdosierung dienen der Orientierung. Die Pläne sind zur einfachen Handhabung und Verständlichkeit mit Bildern versehen.

Bei der Entwicklung fand das „Modell der Qualitäten des Gesundheitssports“ Berücksichtigung. Demnach sollten folgende Module und Vorgaben Bestandteile von Gesundheitssportprogrammen bilden (Opper, Brehm, Bös & Saam, 2006, S. 154–159).

1. Module zur Verbesserung der physischen Ressourcen mit Hinweisen zur Belastungsdosierung und -anpassung und zur motivierenden Durchführung der Module (z. B. Einsatz von Musik, Herstellung positiver sozialer Kontexte, Übungsleiterverhalten)
2. Lockerungsübungen im Rahmen der genannten Module zur Förderung der physischen Ressourcen sowie ein Modul zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit und zur Stressbewältigung (z. B. durch Übungen aus den Bereichen Körperreise, Tiefenmuskelentspannung oder Massage)
3. Hinweise zum Aufbau von Handlungs- und Effektwissen zur gesundheitsförderlichen Wirkung der Übungen sowie zu deren Durchführung (z. B. Informationen über korrekte Ausführung von Übungen)
4. Kontinuierliche Information und Anleitung zu vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen), Anregungen für eine ergonomische/gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung einseitiger Belastungen in Beruf und Alltag
5. Aufgaben zur Vermittlung von positiven Bewegungserlebnissen und Körpererfahrungen in der Gruppe
6. Unterstützung der Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten

Diesen Richtlinien uneingeschränkt zu genügen, ist im Rahmen der *Aktivpause* schwierig. Dennoch ist es wichtig, sich daran zu orientieren und diese bei der Entwicklung zu berücksichtigen. Bei der Kurskonzeptionierung wurde darauf geachtet, den Teilnehmern ein möglichst vielfältiges Bewegungsprogramm bereitzustellen. Grundsätzlich werden in den Einheiten statische und dynamische Übungen einbezogen und jeweils mit beiden „Körperseiten“ ausgeführt. Größtenteils wird im Stand bzw. vereinzelt im Sitzen gearbeitet. Um die Teilnehmer nicht zu überfordern, kommt im Hauptteil jeweils nur ein Trainingsgerät zum Einsatz und es werden lediglich drei bis vier verschiedene Übungen gezeigt.

Der Schwerpunkt liegt auf der Verringerung von Kreuz-, Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Entspannungsfähigkeit. Infolgedessen werden vor allem Kräftigungs- und Dehnungsübungen für die Rumpfmuskulatur, sowie Entspannungsübungen für den Nacken, die Schulter und den Rücken durchgeführt. Bittmann und Badtke (2006, S. 395) weisen darauf hin, dass die „Qualität der sensomotorisch-posturalen Re-

gulation“ ausschlaggebend für eine gute Haltung ist. Deshalb sollte eine Förderung der Wirbelsäulengesundheit immer auch sensomotorische Komponenten beinhalten. Diese Prämisse findet im Kursmanual Beachtung. Die Einheiten sind so aufgebaut, dass nach einer anstrengenden Phase eine Lockerungsübung folgt und möglichst in jeder Stunde verschiedene motorische Beanspruchungsformen integriert sind.

Um das Erleben positiver Emotionen zu gewährleisten, ist es wichtig, die Kurseinheiten so zu gestalten, dass die Teilnehmer Gefühle, wie Wohlbefinden, Freude, Stolz, Spass und Zufriedenheit erleben. Zur Initiierung solcher Stimmungseffekte sind nach Tiemann (2006) bestimmte Empfehlungen einzuhalten, bspw. „dass es zwischendurch immer mal wieder auch spannend oder kribbelig wird“ oder dass die konditionellen Beanspruchungen zwischen „leicht und etwas schwer erlebt werden“. Dementsprechend wurden Übungen mit unterschiedlichen Kleingeräten und Schwierigkeitsstufen entwickelt. Die Übungsleiter werden in der „Trainerschulung für die *Aktivpause-Plus*“ dazu angehalten, in den Einheiten immer wieder Informationen zur korrekten Ausführung der Übungen und ihren gesundheitlichen Wirkungen sowie motivationale Aspekte einfließen zu lassen. Jede *Aktivpause*-Einheit ist dreiteilig in einen Einstieg (Warm-Up), einen Hauptteil und einen Ausklang (Cool-Down) gegliedert und beinhaltet die vier Säulen Mobilisation, Kräftigung, Koordination und Entspannung. Der allgemeine Aufbau einer *Aktivpause* ist Tabelle 11 zu entnehmen.

Tabelle 11: Aufbau, Ziele und Inhalte der Aktivpause-Einheiten

Einstieg (2-3 Minuten)	
<i>Ziele:</i>	<i>Inhalte:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Einstimmung auf die Einheit • Befindlichkeitsabfrage • „Weg vom Bildschirm“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung • Mobilisation und Dehnung • Ganzkörperstabilisation • Koordinative Übungen
Hauptteil (10 Minuten, max. 3-4 verschiedene Übungen)	
<i>Ziele:</i>	<i>Inhalte:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation der Gelenke • Stabilisierung und Kräftigung • Anregung Herz-Kreislaufsystem 	<ul style="list-style-type: none"> • Kräftigung und Mobilisation mit und ohne Kleingerät im Sitzen oder Stehen • Koordinative Übungen
Ausklang (2-3 Minuten)	
<i>Ziele:</i>	<i>Inhalte:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Stundenabschluss • Entspannung 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation und Dehnung • Massage • Entspannung und Atemübungen • Übungen zur Aktivierung der rechten und linken Gehirnhälfte

Der Ein- und Ausstieg ist bei allen Einheiten identisch aufgebaut. Hierdurch können sich die Teilnehmer die Inhalte besser einprägen und sie als gemeinsames Ritual nutzen. Jede Sektion beginnt und endet zudem mit einer kurzen Abfrage der Befindlichkeit. Dies ist wichtig, um optimal auf die individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Beschwerden eingehen zu können.

6.5.4.2 Gestaltung der Übungskarten

Die bereitgestellten Übungskarten bieten aktive Handlungsalternativen zu den standardisierten und in hohem Maße strukturierten Einheiten des Kursmanuals. Analog zu den Darstellungen im Kursmanual werden Bilder integriert und eine einfache Beschreibung sowie Angaben zur Belastungsdosierung gegeben. Eine Karte beinhaltet zwei Übungen und es wird empfohlen, pro *Aktivpause* drei bis vier Karten einzusetzen.

Die Karten sind in die beiden Bereiche (1) Übungen ohne Handgerät und (2) Übungen mit Handgerät aufgeteilt. Der Titel stellt den jeweiligen Einsatzbereich dar, bspw. Mobilisation Nacken oder Kräftigung Arme und Schulter, damit eine direkte Anwendung möglich ist. Eine Besonderheit gegenüber den Stundenverlaufsplänen ist damit gegeben, dass Karten für „spezielle“ Rahmenbedingungen vorhanden sind, bspw. „Platzsparende Übungen“ oder „Entspannte *Aktivpausen* für heiße Tage“. Im Weiteren ermöglichen die Karten einen erweiterten Einsatz der Übungen für Kurzpausen (2-3 Min.), einen „bewegten“ Einstieg in ein Meeting oder auch den Einsatz in Lehrveranstaltungen.

Da es sich beim Kursmanual und den Übungskarten um relevantes Interventionsmaterial handelt, wurde es als zentral erachtet, dieses im Vorfeld auf Verständlichkeit und sachliche Korrektheit zu überprüfen. Entsprechend wurden umfangreiche Pretests mit den entwickelten Materialien durchgeführt, wobei neben inhaltlichen Aspekten eine Überprüfung der angegebenen Zeiten erfolgte. Die Materialien wurden Experten zur Prüfung auf sachliche Korrektheit und Laien zur Testung auf Verständlichkeit vorgelegt.

6.6 Planung der Umsetzung und Implementation

Die Einführung der *Aktivpause-Plus* wird in den regulären Kursablauf der *Aktivpause* integriert und ist zu Beginn jedes Semesters möglich. Die Realisierung ist folglich während der vorlesungsfreien Zeit zu planen. Es bietet sich an, einen Projektablaufplan zu erstellen, der wichtige Meilensteine, Aufgabenpakete und Verantwortungsbereiche enthält. Ein solcher Projektplan dient dem gemeinsamen Überblick im Team und stellt sicher, dass in der Fülle der Aufgaben wichtige Details präsent bleiben. Das Programm weist folgenden Ablauf auf (vgl. Abbildung 15):

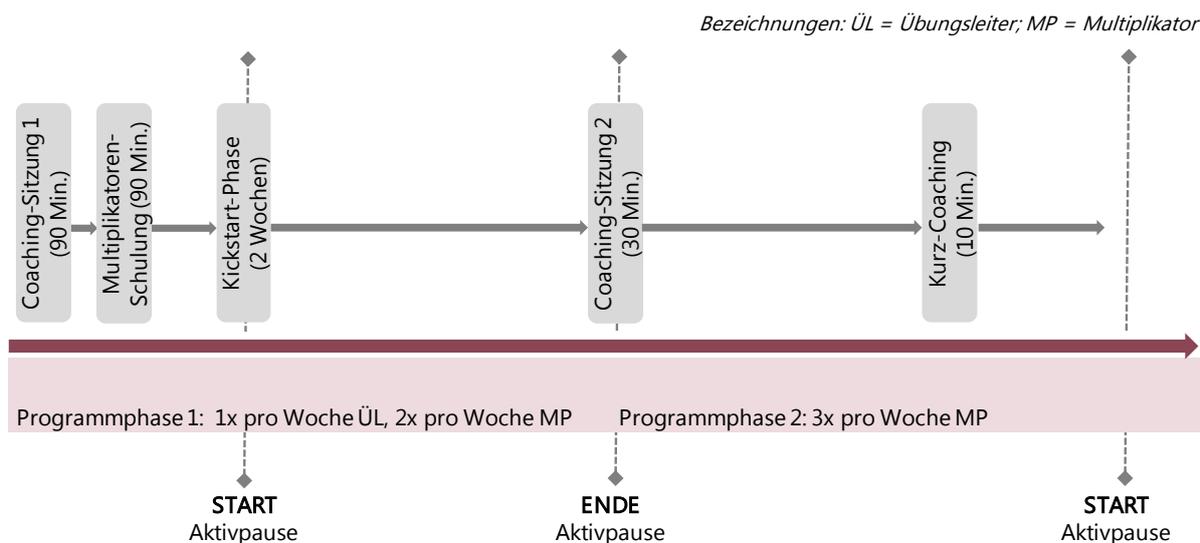


Abbildung 15: Programmbausteine der Aktivpause-Plus im zeitlichen Ablauf

In Bezug auf die Coaching-Sitzungen ist zunächst die Terminplanung in Abstimmung mit den Ansprechpartnern der jeweiligen Gruppen vorzunehmen. Diese erfolgt mittels telefonischem Kontakt, um für Rückfragen zur Verfügung zu stehen und einen persönlichen Bezug aufzubauen. Um den Bedürfnissen der Teilnehmern bestmöglich nachzugehen, erscheint es sinnvoll, verschiedene Zeitfenster für die Coachings anzubieten⁴⁹. Analog zu *MoVo-LISA* werden passende räumliche Gegebenheiten vorausgesetzt und es erfolgt ein Hinweis auf die benötigte Raumausstattung (z. B. Flipchart-Ständer, Pinnwand).

Als wichtiges Kriterium zur Auswahl der Moderatoren ist deren Fach- und Sozialkompetenz zu nennen. Bedeutsam ist, dass diese sich mit dem Programm gut auskennen und Erfahrung in der Anleitung von Kleingruppen aufweisen. Von hoher Bedeutsamkeit ist ferner, dass sie befähigt sind, Informationen präzise zu vermitteln und interaktive Prozesse respektive Diskussionen richtungsweisend zu moderieren. Eine inhaltliche Kenntnis der drei Coaching-Einheiten ist empfehlenswert, um auf Fragen der Teilnehmer eingehen zu können. In einer realitätsnahen Situation werden infolgedessen der Ablauf und die Inhalte des Coachings erörtert und mögliche Herausforderungen gemeinsam diskutiert. Die zentralen Punkte des Programms werden herausgearbeitet und eingeübt. Als Arbeitsgrundlage zur Durchführung der Coaching-Einheiten dienen die ausgearbeiteten Curricula (vgl. ANHANG 3: Curricula der Programmschulungen). Hierin sind detaillierte Informationen zum Ablauf sowie den benötigten Materialien enthalten. Die Vorformulierungen in der Langform der Curricula sind als Orientierungshilfe zu verstehen und zeigen eine beispielhafte Umsetzung auf.

⁴⁹ Idealerweise gelingt es, zwei bis drei Einheiten pro Tag durchzuführen und diese mit einer jeweils 30-minütigen Pause direkt nacheinander zu realisieren. Eine parallele Durchführung ist aufgrund des benötigten Ressourceneinsatzes (zwei Moderatoren, zweifache Ausführung des Methodenkoffers) nicht empfehlenswert.

Trotz der hohen Standardisierung des Programms ist es wichtig, dass der Moderator flexibel bleibt und auf Gruppenprozesse situationsbezogen reagiert.

Ein äquivalenter Prozess wird mit den Übungsleitern durchlaufen, welche die *Aktivpausen* anleiten und die Kickstart-Phase realisieren. Hier ist es elementar, in der Schulung neben allgemeinen Informationen zum Kurskonzept Hinweise zur Stärkung motivationaler Kompetenzen einfließen zu lassen. Unter der Prämisse, dass die Wunschtermine der Gruppen in der Kickstart-Phase Priorität haben und die Übungsleiter im Vergleich zum regulären System dreimal so viele *Aktivpausen* anleiten, stellt die Planung eine organisatorische Herausforderung dar⁵⁰.

Eine wichtige Voraussetzung für die Verwirklichung der Multiplikatoren-Schulung ist, dass sich pro Teilnehmergruppe mindestens eine Person zur Verfügung stellt. Im Coaching ist dieser Findungsprozess ggf. zielführend zu unterstützen. Da in der gemeinsamen Multiplikatoren-Schulung Personen aus unterschiedlichen Gruppen zusammenkommen, wird empfohlen, den Termin rechtzeitig zu planen und zumindest einen Ausweichtermin anzubieten. Neben der Vermittlung fachlicher Aspekte ist dem praktischen Austausch Raum zu geben.

Zur Vorbereitung der Materialkisten ist die Kenntnis über konkrete Teilnehmerzahlen der Gruppen notwendig. Sofern finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, empfiehlt es sich, Materialien für weitere zwei bis drei Personen einzuplanen. Die Kisten beinhalten Igelbälle, Physiobänder, Bohnensäckchen, Antistressbälle und Wasserflaschen in entsprechender Anzahl sowie je ein Set an Übungskarten und ein Kursmanual.

Für den Baustein des Self-Monitorings wird eine Dokumentation des Aktivitätsverhaltens mittels Online-Tool gewählt. Hierfür ist eine Kurzbefragung in einem webbasierten Programm einzurichten (vgl. Kapitel 9.2.3). Es bietet sich an, die entsprechenden Links per E-Mail zu kommunizieren. Es erweist sich als bedeutsam, wöchentliche Erinnerungen zu versenden und zur Teilnahme zu animieren.

Neben den erwähnten Aspekten sind bei der Programmeinführung Anreize vonseiten des Arbeitgebers einfließen zu lassen, z. B. die Gewährung einer kostenfreien bzw. subventionierten Teilnahme oder die Möglichkeit zur Durchführung während der Arbeitszeit. Hierfür sind Gespräche mit entsprechenden Führungspersonen zu führen⁵¹. Als wesentliches Erfolgskriterium ist nicht zuletzt eine gute Zusammenarbeit und enge Absprache im Team aufzuführen⁵².

⁵⁰ Die Idealvorstellung, dass alle drei *Aktivpausen* pro Woche von derselben Person angeleitet werden, ist in der Praxis unter Umständen nicht realisierbar. Hilfreich ist, möglichst frühzeitig mit der Planung zu beginnen und ggf. zusätzliche Übungsleiter einzubeziehen.

⁵¹ Für die *Aktivpause-Plus* wird die Teilnahme an den Coaching-Sitzungen bzw. der Multiplikatoren-Schulung als Arbeitszeit genehmigt, während die *Aktivpause* in der Pausenzeit durchzuführen ist (Entscheidung durch das KIT-Präsidium).

⁵² Am KIT wurde hierfür die Arbeitsgruppe *Aktivpause-Plus* gebildet.

6.7 Planung der Evaluation

Im alltäglichen Sprachgebrauch ist nach Schlicht und Zinsmeister (2015, S. 90) unter dem Begriff Evaluieren die abschließende Bewertung eines Vorgangs zu verstehen. Eine wissenschaftliche Evaluation bedient sich explizit festgelegten Kriterien, um Informationen zu sammeln, auszuwerten und auf dieser Basis über die Wirksamkeit einer Untersuchung zu urteilen. Im Ergebnis fällt eine Entscheidung über den Interventionserfolg aus und es werden etwaige Anpassungen vorgenommen. Die Evaluationsplanung bildet den letzten Schritt des IMA.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit und kontinuierlichen Weiterentwicklung der *Aktivpause-Plus* ist eine wissenschaftliche Begleituntersuchung unerlässlich, zumal die Forderung nach Qualitätssicherung gesundheitsfördernder Programme gesetzlich im „Leitfaden Prävention“ verankert ist. Bei der Interventionsplanung wurde in Anlehnung an Donabedian (1996) auf die etablierte Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zurückgegriffen. Kolip (2011) empfiehlt, die traditionelle Struktur im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zusätzlich um die Planungs- bzw. Konzeptqualität zu erweitern. Diese fokussiert insbesondere das konzeptionelle Vorgehen, bspw. die Formulierung klarer Ziele oder die Konzeption geeigneter Inhalte. Zur Gewährleistung der Planungs-, Struktur- und Prozessqualität dienen die vorangehenden Ausführungen (Kapitel 6.2 bis 6.6), in denen das systematische Vorgehen zur Konzeptionierung der *Aktivpause-Plus* detailliert aufgezeigt wurde. Die Ergebnisqualität ist als Resultat dieser Prozesse zu verstehen und bezieht sich auf die Effektivität realisierter Maßnahmen. Ebendies wird durch wissenschaftliche Studien umgesetzt und bildet eine unabdingbare Voraussetzung für die Bewertung der Evidenz (Kolip, 2012).

Pahmeier und Tiemann (2013, S. 683) formulieren Kriterien der Income- und Outcome-Evidenz für Gesundheitssportprogramme. Die Kriterien der Income-Evidenz beziehen sich auf die Planungs-, Struktur- und Prozessqualität. Demnach sollten Gesundheitssportprogramme begründete Module und Einheiten beinhalten, die sich auf die Kernziele des Gesundheitssports beziehen und auf die Voraussetzungen der Teilnehmer zugeschnitten sind. Ferner wird gefordert, Programme mit vorauslaufenden und nachfolgenden Maßnahmen zu verknüpfen und ein ausführliches Kursmanual zur Verfügung zu stellen. Mithilfe der umfangreichen konzeptionellen Ausführungen der *Aktivpause-Plus* wird diesen Anforderungen Folge geleistet. Zur Wirksamkeitsüberprüfung wird im Rahmen der *Aktivpause-Plus* eine Interventionsstudie durchgeführt, welche die Kriterien der Outcome-Evidenz berücksichtigt. Hierzu gehören nach Pahmeier und Tiemann (2013, S. 683–684) folgende Punkte:

- Die Effekte werden mindestens im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie evaluiert.
- Es handelt sich um eine möglichst kontrollierte Längsschnittstudie mit Messzeitpunkten vor und nach dem Programm sowie zumindest einer Follow-Up Untersuchung.
- Die Stichprobengröße umfasst mindestens 100 Probanden (komplette Datensätze).
- Es liegt ein ausführlicher Projektbericht bzw. eine wissenschaftliche Publikation vor.

In der Umsetzung sind die Festlegung eines Studiendesigns und dazugehöriger statistischer Methoden vorzunehmen, ferner sind Messparameter und Outcome-Variablen zu definieren.

Nach Werle et al. (2006, S. 175) ist neben einer Ergebniskontrolle auch eine prozessbegleitende Untersuchung anzustreben. Die Studie wird deshalb durch eine begleitende Prozessevaluation ergänzt (z. B. Coaching-Sitzungen, Multiplikatoren-Schulung). Damit wird die Akzeptanz und Programmzufriedenheit der *Aktivpause-Plus* untersucht. Für die Qualität des Interventionskonzepts ist es ferner von hoher Bedeutung, die Intervention sowie die dazugehörigen Materialien auf Basis der Evaluationsergebnisse kontinuierlich anzupassen und weiterzuentwickeln (Rojatz et al., 2015, S. 145).

Der nachfolgende empirische Teil der Arbeit widmet sich den formulierten Anforderungen und stellt die entsprechenden Untersuchungsmethoden sowie die Ergebnisse der empirischen Analysen differenziert dar.

EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG⁵³

7 Forschungsfragen und Hypothesen der Studie

Um die in Kapitel 5.3 postulierten theoretischen Zusammenhänge empirisch überprüfen zu können, ist es notwendig, diese als Forschungshypothesen darzustellen. Hierfür werden anhand theoretischer Konstrukte Zusammenhänge und Unterschiede für die Zielpopulation formuliert (Bühner & Ziegler, 2012, S. 143). Bei den nachfolgenden Überlegungen steht die Frage im Fokus, ob die Teilnahme am Interventionsprogramm *Aktivpause-Plus* zu einer Änderung des Bewegungsverhaltens am Arbeitsplatz führt.

Variablen des MoVo-Modells

Als theoretische Grundlage der Intervention wurde das MoVo-Prozessmodell behandelt. Dieses geht davon aus, dass zum Aufbau eines kontinuierlichen Bewegungsverhaltens insbesondere fünf psychologische Faktoren ausschlaggebend sind (vgl. Kapitel 5.3.1). Es stellt sich die Frage, ob die Teilnahme am Interventionsprogramm eine höhere Ausprägung der Modellvariablen bedingt, bzw. ob Personen mit höheren Ausprägungen die *Aktivpause* häufiger durchführen.

(1) Die Interventionsgruppen unterscheiden sich in der Entwicklung der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen*: Interventionsgruppe 1 (IG1) zeigt im Vergleich zu Interventionsgruppe 2 (IG2) einen höheren Anstieg der Durchführungshäufigkeit.

(2) Die Interventionsgruppen unterscheiden sich in der Entwicklung der Modellvariablen:

- a) IG1 zeigt im Vergleich zu IG2 eine positivere Entwicklung in der Ausprägung der motivationalen Modellvariablen (Intention, Selbstwirksamkeit, Planungstiefe, Konsequenzerwartung und Konsequenzerfahrung).
- b) IG1 zeigt im Vergleich zu IG2 eine positivere Entwicklung in der Ausprägung der volitionalen Modellvariablen (perzipierte Barrieren, Gegenstrategien und Rückfallprävention).

(3) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Modellvariablen und der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen*.

- a) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der motivationalen Modellvariablen und der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen*.
- b) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der volitionalen Modellvariablen und der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen*.

Teilnehmer mit einer höheren Ausprägung zeigen im Vergleich zu jenen mit geringerer Ausprägung einen höheren Anstieg der Durchführungshäufigkeit.

⁵³ Teile dieses Kapitels entstammen dem Gedankengut der Arbeitsgruppe *Aktivpause-Plus* und werden in den von mir betreuten Qualifikationsarbeiten teilweise identisch bzw. in ähnlicher Form verwendet.

Ergänzende Determinanten der Verhaltensänderung

In Kapitel 5.1 wurden jene Faktoren identifiziert, die für die Ausführung und Aufrechterhaltung einer Sportaktivität ausschlaggebend sind. Im Rahmen der vorliegenden Studie interessierte, inwieweit diese auf das Setting Arbeitsplatz übertragbar sind. Es geht um die Frage, für welche Determinanten ein signifikanter Zusammenhang mit Indikatoren des Bewegungsverhaltens am Arbeitsplatz vorliegt. Hierfür wurden die nicht im MoVo-Modell berücksichtigten Faktoren untersucht, denen wiederholt eine positive Beziehung mit körperlicher Aktivität nachgewiesen wurde (Fuchs, 2003, S. 121).

(4) Die Interventionsgruppen unterscheiden sich in der Ausprägung von Determinanten der Verhaltensänderung (soziale Unterstützung, Bewegungs- und Sportaktivität, subjektiver Gesundheitszustand, aktuelle Beschwerden, motorischer Funktionsstatus, programmbezogene Emotionen und Bewertung des Übungsleiters): IG1 zeigt im Vergleich zu IG2 einen höheren Anstieg in der Ausprägung der Determinanten.

(5) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung von Determinanten der Verhaltensänderung und der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen*: Studienteilnehmer mit einer höheren Ausprägung der Determinanten zeigen im Vergleich zu jenen mit geringerer Ausprägung einen höheren Anstieg der Durchführungshäufigkeit.

Akzeptanz und Zufriedenheit

Neben den inferenzstatistisch zu überprüfenden Hypothesen ist die Untersuchung der Programmakzeptanz und Zufriedenheit von hoher Bedeutung für den Programmserfolg. Folgende Forschungsfragen dienen als Grundlage der deskriptiven Analysen:

- (1) Wie bewerten die Studienteilnehmer das *Aktivpause-Plus*-Programm?
- (2) Welche Maßnahmen werden als hilfreich für die eigenständige Durchführung empfunden?
- (3) Wie wird das *Multi-Plus*-Programm bewertet und wie nehmen die Multiplikatoren ihre Rolle an?

Bevor die Hypothesen bzw. die Fragestellungen statistisch untersucht werden, liegt der Fokus der nachstehenden Abschnitte zunächst darin, das Untersuchungsdesign und die Stichprobe (Kapitel 8) sowie die Untersuchungsmethodik (Kapitel 9) vorzustellen.

8 Untersuchungsdesign und Stichprobe

Für die Verifizierung bzw. Falsifizierung der aufgestellten Hypothesen ist die Wahl des Untersuchungsdesigns von hoher Bedeutsamkeit. Die beiden nachfolgenden Kapitel behandeln darauf beziehend das Untersuchungsdesign (8.1) und die Stichprobe (8.2).

8.1 Untersuchungsdesign

Um die formulierten Hypothesen statistisch überprüfen zu können, ist es notwendig diese mittels Forschungsdesign in eine konkrete empirische Untersuchung zu übersetzen. Nach Eifler (2014, S. 195) ist ein längsschnittliches Design mit einer Vorher-Nachher-Messung und die Einbeziehung einer Kontrollgruppe notwendig, um Veränderungen der abhängigen Variable im Zeitverlauf analysieren zu können. Bei Längsschnittuntersuchungen sind Verzerrungen u. a. durch Testeffekte möglich. So ist es denkbar, dass Probanden ihr Bewegungsverhalten am Arbeitsplatz bereits aufgrund der Teilnahme an einer Messung verändern (Hawthorne-Effekt). Darüber hinaus kann es bspw. durch Lernerfolg bei motorischen Tests vorkommen, dass das Verhalten aufgrund mehrerer Messwiederholungen beeinflusst wird (Paneleffekt). Neben Testeffekten sind Auswahlverzerrungen möglich, insbesondere, wenn sich Probanden freiwillig entscheiden können, ob sie die Kontroll- oder Experimentalgruppe bevorzugen (Döring & Bortz, 2016). Um diese Gefahr zu vermeiden, wird idealerweise eine verdeckte Vorgehensweise angewandt. Hierbei wird den Probanden die Gruppenzugehörigkeit vorbehalten bzw. eine pseudonyme Benennung verwendet. Für den Vergleich der Merkmalsausprägungen ist es wichtig, dass die Studienteilnehmer sich zu Beginn hinsichtlich relevanter Variablen nicht signifikant unterscheiden. Um eine hohe Homogenität zu erreichen, ist die Zufallszuordnung eine geeignete Methode (Blasius, 2014).

Mit Blick auf diese Kriterien wurde die Intervention *Aktivpause-Plus* als längsschnittliche Untersuchung unter Verwendung einer Kontrollgruppe konzipiert. Hinsichtlich des Studiendesigns ergaben sich Einschränkungen u. a. dadurch, dass eine vollständige Randomisierung und gezielte Manipulation der unabhängigen Variablen bspw. aufgrund der notwendigen Klumpenbildung nicht möglich waren (Döring & Bortz, 2016, S. 193). Da die Voraussetzungen für ein echtes Experiment nicht eingehalten werden konnten, fiel die Entscheidung auf das Paneldesign. Diese Untersuchungsform kommt der experimentellen Vorgehensweise sehr nahe. Durch wiederholte Messungen innerhalb derselben Stichprobe sind die Erfassung intra- und interindividueller Veränderungen sowie die kausale Rekonstruktion von Ereignissen möglich (Schnell, Hill & Esser, 2008, S. 238).

Durchführung der Intervention Aktivpause-Plus

Die Interventionsstudie *Aktivpause-Plus*⁵⁴ wurde von Mai bis Oktober 2017 für 20 Wochen am KIT initiiert. Die drei schriftlichen Erhebungen erfolgten vor Beginn der Studie (MZP1), nach zehn Wochen (MZP2) sowie nach 20 Wochen (MZP3). Während MZP1 für beide Studiengruppen identisch aufgebaut war, existierten für die beiden Folgebefragungen geringfügige Unterschiede. Zur Untersuchung von nachhaltigen Programmeffekten wurde 20 Wochen nach Interventionsende im Februar 2018 eine Follow-Up Studie initiiert. Für eine möglichst hohe Rücklaufquote kam eine gekürzte Fragebogenform der Hauptuntersuchungen zum Einsatz. Integriert wurden neben einer erneuten Abfrage der Durchführungshäufigkeit die Variablen, für die statistisch bedeutsame Ergebnisse aus den vorigen Messzeitpunkten vorlagen.

Um eine hohe Teilnahmequote zu erreichen, wurde die Intervention in den bereits bekannten Rhythmus der *Aktivpause* integriert. Außerdem erfolgte die Teilnahme an der Studie im Vergleich zum regulären Programm kostenlos. Die Herausforderung, die *Aktivpause* trotz häufiger Feiertage und Urlaubsphasen (z. B. Pfingsten, Sommerferien) dreimal wöchentlich durchzuführen, war bekannt. Diese Problematik ist im Setting Arbeitsplatz innerhalb eines 20-wöchigen Studienzeitraums nicht zu vermeiden und fand bei der Studienentwicklung sowie Datenauswertung entsprechend Berücksichtigung. Um die genannten Faktoren auszugleichen, wurde die angestrebte Durchführungshäufigkeit bewusst etwas höher angesetzt.

Als Indiz für eine erfolgreiche Veränderung des Aktivitätsverhaltens wurde die Durchführungshäufigkeit der *Aktivpause*⁵⁵ pro Woche definiert. Für eine zuverlässige Erfassung erwies sich eine wöchentliche Dokumentation als notwendig. Um eine hohe Objektivität zu gewährleisten, hält idealerweise eine externe Person, wie bspw. der Übungsleiter, die Handlungsumsetzung schriftlich fest. In der vorliegenden Studie war dessen durchgängige Anwesenheit nicht Teil des Konzepts, sodass die Dokumentation durch die Teilnehmer selbst erfolgte. Um eine lückenlose Datenerfassung sicherzustellen, wurden wöchentliche Reminder per E-Mail an die Probanden versandt. Nach Scholz et al. (2007) ist anzunehmen, dass solche regelmäßigen Erinnerungen bereits Verhaltensänderungen bewirken. Auch durch das Niederschreiben und Beobachten des eigenen Verhaltens sind handlungsbeeinflussende Effekte denkbar (Sniehotta et al., 2005).

Die Verschriftlichung des eigenen Bewegungsverhaltens ist daher als Interventionsbaustein anzusehen. Um einen Vergleich zwischen beiden Gruppen zu ermöglichen, musste die Dokumen-

⁵⁴ Die Studie wurde von der Ethik-Kommission des KIT geprüft und am 31.03.2017 genehmigt.

⁵⁵ Als *Aktivpause* werden Gymnastikübungen am Arbeitsplatz mit einer Dauer von 15 Minuten betrachtet. Die Übungen können alleine oder in der Gruppe durchgeführt werden.

tation von allen Teilnehmern umgesetzt werden. Die Bildung einer echten Kontrollgruppe erwies sich somit als nicht realisierbar. Zur Sicherstellung einer hohen internen Validität wurde deshalb eine zweite Interventionsgruppe herangezogen.

Die Intervention war folgendermaßen aufgebaut: Während der Semesterphase blieb das reguläre Kurskonzept der *Aktivpause* erhalten. Um das angestrebte Ziel von drei *Aktivpausen* pro Woche zu erreichen, wurde vorgegeben, zwei weitere *Aktivpausen* eigenständig durchzuführen. Für die vorlesungsfreie Zeit waren ebenfalls drei Einheiten pro Woche vorgesehen, allerdings mit dem Unterschied, dass diese losgelöst von einer externen Anleitung umzusetzen waren (vgl. Abbildung 16).

Interventionsgruppe 1 (IG1 bzw. *Multi-Plus*) erhielt folgende unterstützende Maßnahmen⁵⁶:

- Coaching-Sitzung 1 für die Gesamtgruppe zur Planung und Konkretisierung des Vorhabens (90 Minuten)
- Multiplikatoren-Schulung für ein bis zwei freiwillige Teilnehmer pro Gruppe zur qualifizierten Anleitung von *Aktivpausen* (90 Minuten)
- Kickstart-Phase zur Gewöhnung an die dreimal wöchentliche Durchführung (in den ersten beiden Wochen je dreimalige Anleitung durch einen externen Übungsleiter)
- Coaching-Sitzung 2 für die Gesamtgruppe zur Auffrischung, Erfolgsüberprüfung und Klärung offener Fragen (30 Minuten)
- Telefonisches Kurz-Coaching mit dem jeweiligen Multiplikator (10 Minuten)
- Bereitstellung eines Coaching-Begleiters, eines Kursmanuals mit standardisierten Stundenverlaufsplänen sowie einer Materialkiste mit Kleingeräten und Übungskarten für die Gesamtgruppe

Beide Studiengruppen nahmen kostenfrei an der Intervention teil und führten das wöchentliche Self-Monitoring durch. Interventionsgruppe 2 (IG2 bzw. *Classic-Plus*)⁵⁷ wurde im Gegensatz zu IG1 keine weitere Hilfestellung zuteil.

Bei der angestrebten dreimaligen Durchführung pro Woche waren in den 20 Interventionswochen 60 *Aktivpausen* möglich. In der Berechnung der Mindestdurchführungshäufigkeit wurde berücksichtigt, dass im Sommer durchschnittlich mehr Urlaubstage anfallen, im Schnitt hingegen weniger Krankheitstage auftreten. Vom Ausgangswert (60 *Aktivpausen*) wurden die durchschnittlichen Abwesenheitstage (8,2 Urlaubs- und 2,7 Krankheitstage) sowie drei Feiertage für den Interventionszeitraum (15. Mai bis 1. Oktober) subtrahiert (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2015). Eine Compliance von 70 % stellte das Mindestkriterium für eine erfolgreiche Interventionsteilnahme dar, sodass sich eine angestrebte Durchführungshäufigkeit von 36 *Aktivpausen* innerhalb der 20 Wochen ergab.

⁵⁶ Die Programmbausteine für die *Multi-Plus*-Gruppe werden weitergehend als *Multi-Plus*-Programm bezeichnet.

⁵⁷ Den Probanden wurden die pseudonymen Bezeichnungen *Multi-Plus* und *Classic-Plus* kommuniziert.

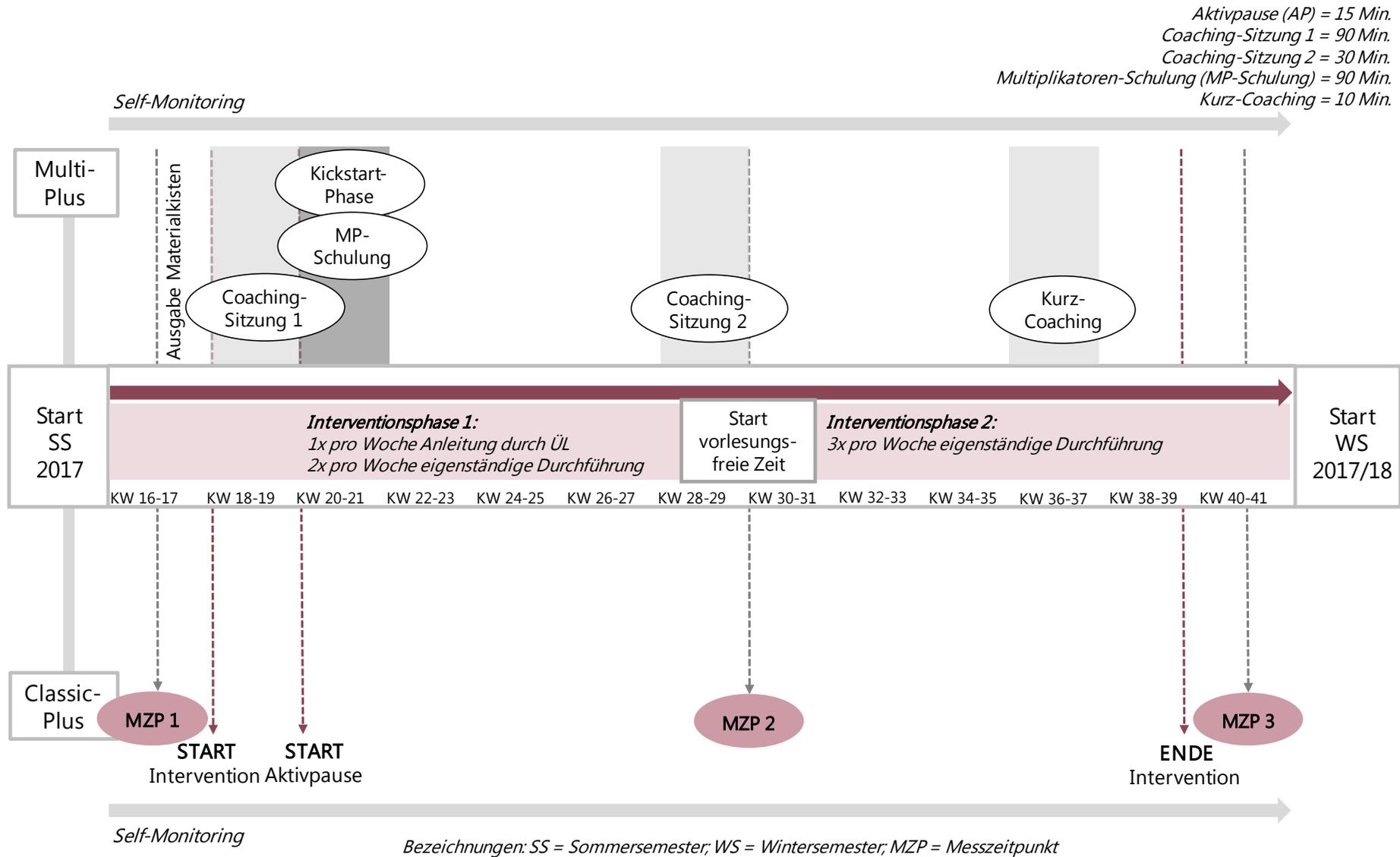


Abbildung 16: Mess- und Interventionsdesign der Aktivpause-Plus für Multi-Plus und Classic-Plus

8.2 Untersuchungsstichprobe

Als zentrales Ergebnis der *Aktivpause*-Evaluation (2016) ging hervor, dass den Kursteilnehmern die Absicht gemein ist, die *Aktivpause* auch an kursfreien Tagen auszuüben (vgl. Kapitel 4.3). Trotzdem wurde das gewünschte Verhalten bis dato nicht umgesetzt. Primäres Ziel der Intervention *Aktivpause-Plus* war deshalb, die Teilnehmenden in ihrer volitionalen Umsetzungskompetenz zu stärken, damit diese das Ziel eines gesteigerten Aktivitätsverhaltens am Arbeitsplatz realisieren können (vgl. Kapitel 5.3).

Voraussetzungen zur Teilnahme an der Studie waren:

- (1) Absicht und Möglichkeit, die *Aktivpause* dreimal wöchentlich im Studienzeitraum von sechs Monaten durchzuführen
- (2) Bereitschaft, im Rahmen der Studie an schriftlichen Befragungen teilzunehmen
- (3) Anmeldung als Gruppe von mindestens drei Personen

Die Rekrutierung der Untersuchungspersonen erfolgte aus dem Teilnehmerpool der regulären *Aktivpause*. Als Zielpopulation der *Aktivpause-Plus* wurden die Teilnehmer der bestehenden 75 Gruppen definiert, die im Wintersemester 2016/17 zu den Kursen angemeldet waren.

Nach Döring und Bortz (2016) wird der Stichprobenumfang sinnvollerweise bereits bei der Untersuchungsplanung festgelegt. Daher erfolgte mittels Power-Analyse eine Berechnung der optimalen Stichprobengröße, welche sich auf 66 Probanden belief. Da wegen des hohen Teilnahmeaufwands (u. a. langer Studienzeitraum und aufwändige Befragungen) mit einer hohen Dropoutquote und Datensatzverlusten gerechnet werden musste, vergrößerte sich der anvisierte Stichprobenumfang auf 101 Personen⁵⁸.

Zur Rekrutierung wurden im ersten Schritt die 75 Gruppenorganisatoren der *Aktivpause* im Februar 2017 mit einem Studienaufruf per E-Mail über das Untersuchungsvorhaben informiert und zur Teilnahme motiviert (vgl. ANHANG 1: Teilnehmer-Informationen). Hierauf reagierten 117 Personen aus insgesamt 23 Gruppen bis zum aufgeforderten Datum. Das geplante Erinnerungsschreiben sowie ein telefonischer Aufruf entfielen angesichts des hohen Zuspruchs.

Die Teilnehmer wurden per Klumpenauswahl in die beiden Interventionsgruppen IG1 (N=57) und IG2 (N=60) aufgeteilt. Die Zuordnung der Klumpen⁵⁹ erfolgte zunächst randomisiert und wurde in einem zweiten Schritt unter Berücksichtigung des Geschlechts, der Gruppengröße sowie des Campusstandortes angepasst. Ziel war hierbei eine homogene Klumpenbildung. Ein Nachteil dieser Methode ist der Klumpeneffekt. Es ist möglich, dass sich die Gruppen hinsichtlich relevanter Merkmale (z. B. Motivation, Arbeitstätigkeit) stark voneinander unterscheiden,

⁵⁸ Es wurde angenommen, dass zu MZP3 von 65 % aller Probanden verwertbare Datensätze vorliegen. Hierdurch ergab sich die angestrebte Stichprobengröße von 101.

⁵⁹ Ein Klumpen entspricht einer angemeldeten *Aktivpause*-Gruppe.

während die Personen innerhalb eines Klumpens ähnliche Eigenschaften aufweisen. Dadurch sind die Ergebnisse möglicherweise fehlerbehaftet und schwer vergleichbar. Eine vollständige Randomisierung würde diese Problematik beheben (Baur, 2014, S. 148). Eine solche Vorgehensweise war in der vorliegenden Studie nicht realisierbar, da die Durchführung der *Aktivpause* als Gruppe einen wesentlichen Bestandteil der Intervention darstellte. Außerdem ist es von hoher Bedeutung, dass die Arbeitsplätze der Teilnehmer im Sinne der *aufsuchenden* Aktivierung örtlich nahe beieinanderliegen. Dies war bei den bereits formierten Gruppen gegeben. Nach dem Vorgang der Klumpenbildung wurden die Teilnehmerinformationen (vgl. ANHANG 1: Teilnehmer-Informationen) aufbereitet und den Studienteilnehmern ihre Gruppenzugehörigkeit kommuniziert. Nach der Rückmeldefrist kamen in einigen Gruppen weitere Teilnahmeanfragen auf, denen aus ethischen Gründen zugestimmt wurde. Da einige Teilnehmer aus beruflichen oder privaten Pflichten die Einhaltung der Studienvoraussetzungen nicht gewährleisten (z. B. dreimal wöchentliche Durchführung von *Aktivpausen*), veränderte sich die Anzahl der Probanden wiederum. Die Eingangsmessungen fanden in KW 16 und 17 statt. Insgesamt füllten 126 Personen den ersten Fragebogen aus, welche die Gesamtstichprobe zu Messzeitpunkt 1 (MZP 1 bzw. T1) darstellten. Dies entspricht 35 % der regulären *Aktivpause*-Teilnehmer. Trotz der beschriebenen Vorgehensweise sind ungleiche Verteilungen auf die Studiengruppen möglich. Aus diesem Grund wurde die Gruppenhomogenität mittels Chi²-Test einer Prüfung unterzogen. Aus der Analyse folgt, dass die Studiengruppen in keinem der inkludierten Parameter signifikant voneinander abweichen (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Übersicht zur Stichprobe (T1) differenziert nach Studiengruppe

		Multi-Plus (N=64)		Classic-Plus (N=62)		Chi ² -Test
		n	%	n	%	
Geschlecht	Männlich	21	32.8	25	40.3	n.s.
	Weiblich	41	64.1	36	58.1	
Alter	≤ 20	-	-	-	-	n.s.
	21-30	18	28.1	14	22.6	
	31-40	14	21.9	16	25.8	
	41-50	17	26.6	13	21.3	
	51-60	10	15.6	15	24.2	
	> 60	3	4.7	3	4.8	
Arbeitsbereich	Berufliche Ausbildung	2	3.1	-	-	n.s.
	Verwaltung/Personal	24	37.5	24	39.9	
	Technischer Dienst	3	4.7	6	9.8	
	Lehre/Forschung	30	46.9	28	45.2	
	Sonstiges	3	4.7	3	4.8	
Arbeitstage	3	3	4.7	3	4.9	n.s.
	4	11	17.2	5	8.1	
	5	48	75.0	53	85.5	
Campus	Campus Süd	30	46.9	28	41.9	n.s.
	Campus Nord	31	46.9	37	58.1	
	Campus West	4	6.3	-	-	

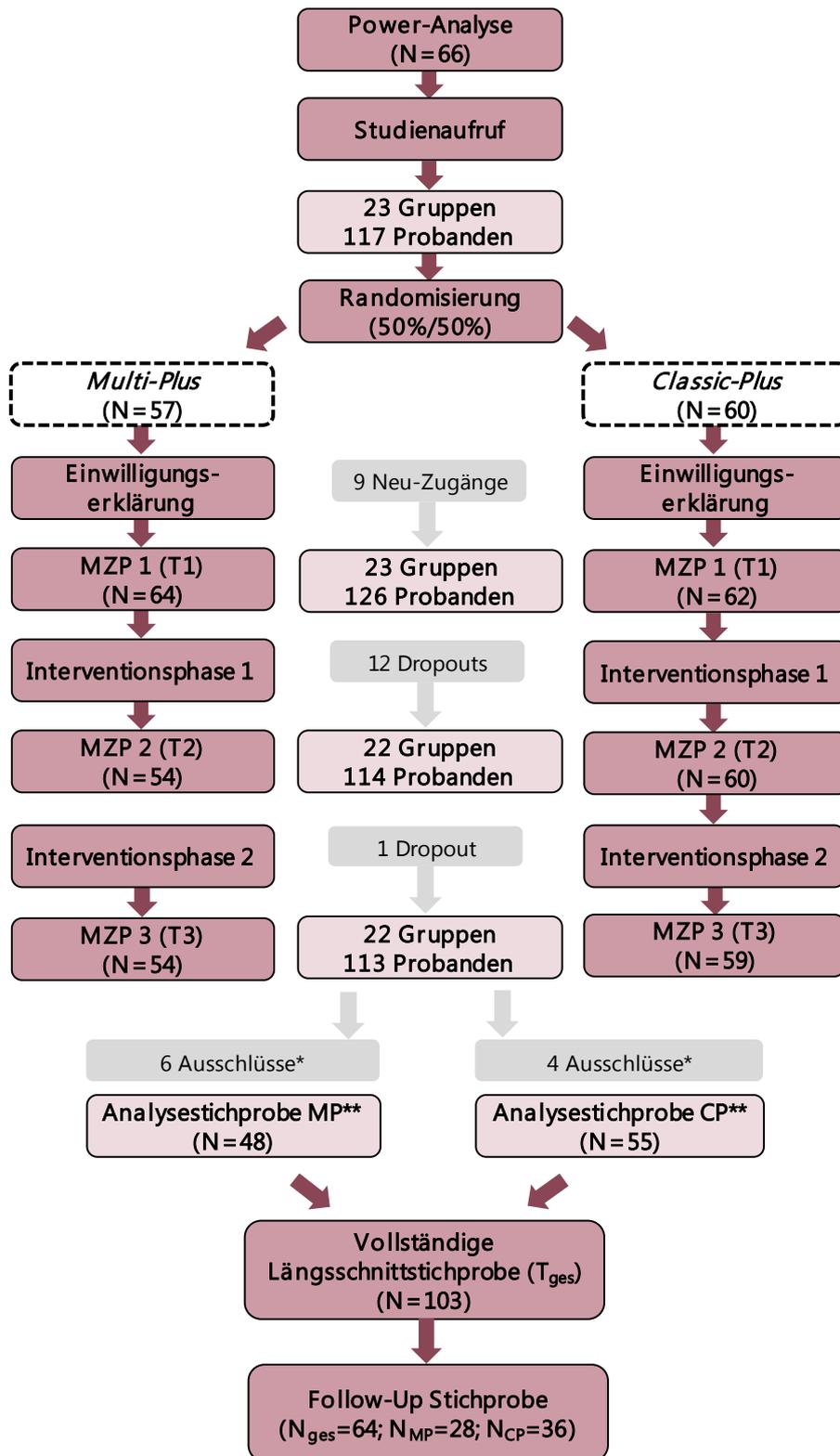
*Fehlende Angaben bedingen, dass die Summe nicht immer 100 % ergibt

Wie erwartet, folgten während der Studienphase Ausfälle und Dropouts. Gründe hierfür waren der Übergang in die Elternzeit (N=1) sowie bei einer Gruppe nachlassende Teilnahmemotivation aufgrund des hohen Zeitaufwands für die *Aktivpause*-Durchführung, welcher nicht als Arbeitszeit angerechnet werden konnte (N=8). Weitere Personen verließen das KIT und schieden deshalb aus (N=4). In der Summe ergab sich eine Dropout-Rate von 10.3 %. Außerdem verringerte sich die Menge verwertbarer Daten aufgrund fehlender Datensätze zu den verschiedenen Messzeitpunkten. Schlussendlich wurden im Prozess der Datenaufbereitung diejenigen Probanden ausgeschlossen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllten (N=10).

Folgende Einschlusskriterien wurden festgelegt:

- (1) Mindestdurchführungshäufigkeit von 10 *Aktivpausen* innerhalb der 20 Interventionswochen
- (2) Teilnahme an MZP1
- (3) Teilnahme an MZP2 und/oder MZP3
- (4) Zusätzliche Kriterien für *Multi-Plus*:
 - Bereitstellung mindestens eines Multiplikators pro Gruppe
 - Teilnahme der Gruppe an den beiden Coaching-Sitzungen (mindestens 80 % der Gruppe)

Unter Berücksichtigung dieser Punkte umfasste die in die Auswertung einbezogene Stichprobe insofern N=103 Probanden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 91.2 %. Die in Kapitel 10 dargestellten Ergebnisse beruhen auf den Daten dieser vollständigen Längsschnittstichprobe (T_{ges}). An der Follow-Up Untersuchung nahmen N=64 Personen teil, was einer Rücklaufquote von 62.1 % entspricht. In Abbildung 17 ist der Prozess der Rekrutierung und Zuteilung in die beiden Untersuchungsgruppen grafisch dargestellt.



* Ausgeschlossene Personen aufgrund Nicht-Erfüllen der Einschlusskriterien
 ** Personen, von denen nach Ende der Intervention verwertbare Datensätze vorlagen
 Bezeichnungen: MP= Multi-Plus; CP=Classic-Plus; MZP=Messzeitpunkt

Abbildung 17: Rekrutierung und Zuteilung der Probanden in die beiden Studiengruppen

Anknüpfend an die Ausführungen zum Untersuchungsdesign und der -stichprobe beschäftigt sich das nachstehende Kapitel mit der Untersuchungsmethodik.

9 Untersuchungsmethodik

Das vorrangige Ziel der eigenen Untersuchung besteht darin, diejenigen Faktoren zu identifizieren, die eine Verhaltensänderung hin zu einem gesteigerten Aktivitätsverhalten am Arbeitsplatz bedingen. Der Schwerpunkt der Bemühungen wird folglich darauf gerichtet, die Verhaltenswirkung der Intervention zu überprüfen. Die in Kapitel 6.3 formulierten Nebenziele zur Gesundheits- und Verhältniswirkung des Programms werden nicht explizit berücksichtigt.

Die nachstehenden Darstellungen dienen dazu, einen Überblick zur Vorgehensweise der Datenerhebung zu geben (9.1). In diesem Zusammenhang folgt eine Vorstellung der verwendeten Messinstrumente (9.2), welche in drei Befragungsformen unterteilt sind.

- (1) Hauptbefragungen:
Umfangreiche Befragungen über Web-Survey zur Erfassung der relevanten Variablen (MZP1, MZP2, MZP3)
- (2) Self-Monitoring:
Kurzbefragungen über Web-Survey zur Erfassung der Compliance (wöchentlich im gesamten Studienzeitraum)
- (3) Evaluation der Programmschulungen (nur IG1):
Kurzbefragungen in Paper-Pencil-Form zur Evaluation der beiden Coaching-Sitzungen und Multiplikatoren-Schulung (vor Ort, im direkten Anschluss an die Maßnahmen)

In den weitergehenden Abschnitten des Kapitels werden Informationen zur Datenaufbereitung und der gewählten Auswertungsstrategie gegeben (9.3).

9.1 Datenerhebung

Die drei Hauptbefragungen wurden internetgestützt in Form eines Web-Surveys realisiert. Als große Vorteile einer Online-Befragung sind die zeitliche und räumliche Unabhängigkeit, die Möglichkeit zur Berechnung einer Ausschöpfungsquote sowie detaillierte Rücklaufstatistiken zu nennen. Eine zwingende Voraussetzung wiederum ist die Ausstattung und Nutzungserfahrung der Zielpopulation mit technischen Endgeräten. Dieser Nachteil wiegt im Setting Büroarbeitsplatz gering, da eine solche Tätigkeit überwiegend durch eine tägliche PC-Nutzung gekennzeichnet ist. Für die Entscheidung zur Online-Befragung wogen zwei zentrale Faktoren: der im Vergleich geringe organisatorische und finanzielle Aufwand einerseits und die Vermeidung von Eingabefehlern aufgrund manueller Datenerfassung andererseits (Schnell et al., 2008, S. 377).

Anhand spezifischer Anpassungen an das Medium Internet erfolgte die Entwicklung der Hauptbefragungen unter Berücksichtigung der Regeln zur Fragebogenkonstruktion. Als Medium fungierte das webbasierte Programm Unipark (Version: EFS Summer 2017). Dieses Feature weist ein benutzerfreundliches Interface auf, das vielseitige Hilfsfunktionen und gestalterische Möglichkeiten bietet. Mit Blick auf mögliche Abbruchquoten aufgrund unübersichtlicher Darstellungsformen wurde auf ein klar strukturiertes und ansprechendes Layout geachtet. Außerdem

dienten intensive Pretests auf verschiedenen Endgeräten der Sicherstellung der technischen Funktionsweise. Plausibilitätschecks und Überprüfungen auf Item-Nonresponse hatten den Sinn, das Ausfüllen zu erleichtern und die Datenqualität zu erhöhen (Schnell et al., 2008, S. 378).

Das Anschreiben bereitete die Teilnehmer auf die Befragung vor und klärte bezüglich der pseudonymen Verwendung der Daten auf. Ein zu Beginn des Fragebogens integriertes Pflichtfeld zur Code-Eingabe gewährleistete die Rückverfolgung der Daten. So konnten Teilnehmerweigerer gezielt kontaktiert und an das Ausfüllen erinnert werden. Eine solche Vorgehensweise birgt die Gefahr des Missbrauchs. Aus diesem Grund wurden die persönlichen Auskünfte getrennt von den übrigen Daten archiviert und deren streng vertrauliche Behandlung in der Datenschutzerklärung schriftlich fixiert. Unmittelbar nach Studienbeendigung wurde die direkte Zuordnung zu den persönlichen Informationen gelöscht (Wagner & Hering, 2014, S. 667–670).

Folgende Kriterien sprachen für die Verwendung des personalisierten Codes:

- Messung intraindividuelle Veränderungen über die Zeit
- Notwendige Kommunikation mit den Teilnehmern (u. a. zur Erstellung des Zeit-Raum-Plans und der Zuteilung von Übungsleitern)
- Ausschluss wiederholter Beantwortungen der Fragebögen

Um eine übersichtliche Darstellung der Inhalte zu gewährleisten, wurde pro Seite ein Themenkomplex eingebracht. Instruktionen stellten sicher, dass der Sinn der Fragen sich eindeutig erschließt. In Anlehnung an Schnell et al. (2008) wurden diese über eine grafische Hervorhebung von den übrigen Fragen abgegrenzt. Auch Überleitungen zwischen den Themenblöcken sowie die Integration einer Fortschrittsanzeige sorgten für eine gute Übersichtlichkeit.

Da von den einführenden Fragen die weitere Motivation für das Ausfüllen eines Fragebogens abhängt, wurden zu Beginn bewusst leicht zu beantwortende Items gewählt (z. B. Häufigkeit der Programmteilnahme). Um die Konzentrationsfähigkeit aufrecht zu erhalten, folgten nach komplexen Themenbereichen einfache Fragen. Offene Fragen wurden sparsam eingesetzt, da Probanden bekannter Weise selten auf ebensolche reagieren. An zwei Stellen waren Hybridfragen notwendig, die neben vorgegebenen Antwortkategorien auch offene beinhalten. Dies erwies sich bei den eigens konstruierten Skalen „Barrieren“ (alle Befragungszeitpunkte) sowie „Unterstützung durch Programmbausteine“ (MZP2) als sinnvoll, um den Teilnehmenden neben den genannten Antwortmöglichkeiten weitere Optionen einzuräumen. Abschließend wurden soziodemografische Fragen und ein abschließendes Feld für Verbesserungsvorschläge bzw. Anregungen integriert (Klößner & Friedrichs, 2014; Schnell et al., 2008, S. 383). Die Intention lag darin, den Teilnehmern die Möglichkeit zur Mitsprache und Äußerung bestehender Anliegen zu geben. Die Ausfülldauer belief sich auf ca. 25 Minuten.

Die Kurzfragebögen zur Evaluation der beiden Programmbausteine Coaching und Multiplikatoren-Schulung wurden in Papierform in unmittelbarem Anschluss ausgehändigt. Dadurch war

es möglich, diese Programmbausteine von den Hauptbefragungen abzugrenzen. Die Entscheidung gegen ein Online-Verfahren basierte im Weiteren auf der Möglichkeit, ein Feedback direkt vor Ort zu erhalten und den organisatorischen Aufwand für die Teilnehmer zu reduzieren. Alternativ bestand die Möglichkeit, die Evaluationen im Nachgang per Hauspost zurückzusenden. Um die Befragten nicht zu überlasten, beschränkte sich der Umfang unter Rücksichtnahme auf weitere Befragungen im Studienverlauf jeweils auf eine Doppelseite (Reinecke, 2014). Die inhaltliche und formale Gestaltung erfolgte in Anlehnung an die Hauptbefragungen. Um die Daten den Hauptbefragungen zuordnen zu können, wurden die Teilnehmer gebeten, auch hier ihren persönlichen Code einzutragen.

Für ein wahrheitsgetreues und lückenloses Self-Monitoring der *Aktivpausen* war eine wöchentliche Erfassung unerlässlich. Die Dokumentation erfolgte per Web-Survey, wobei das einfache und schnelle Ausfüllen oberste Priorität hatte. Der große Vorteil gegenüber Papieraufschrieben wurde insbesondere in einer höheren Kontrollmöglichkeit und einem geringeren Verlustrisiko der Aufschriebe gesehen.

Zur Sicherstellung einer möglichst hohen Rücklaufquote wurden die in der nachfolgenden Tabelle 13 aufgezeigten Maßnahmen angewandt:

Tabelle 13: Eingesetzte Maßnahmen zur Sicherstellung einer hohen Rücklaufquote

	Eingesetzte Maßnahmen
Hauptbefragungen	<ul style="list-style-type: none"> • Info E-Mail mit personalisierter Ansprache • Erinnerungsmail mit personalisierter Ansprache • Gezielte Erinnerungen an Teilnehmerweigerer
Evaluation der Programm-schulungen (nur IG1)	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Übergabe mit der Bitte um Teilnahme • Vorbereitete Umschläge zur Rücksendung
Self-Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> • Wöchentliche Erinnerungen • Versand von Links mit direkter Weiterleitung zur Befragung • Einfache Umsetzung der Dokumentation (Zeitaufwand pro Woche ca. 2-3 Min.)

Im Weiteren wurde auf eine motivierende Formulierung der Teilnehmerinformationen und Anschreiben geachtet. Außerdem wurde ein Hinweis integriert, aus dem die hohe Bedeutung der Teilnahme für den Studienerfolg hervorging. Eine wichtige Rolle ist in diesem Zusammenhang den Übungsleitern zuzusprechen, die als Vermittler fungierten und die Teilnehmenden an das Ausfüllen erinnerten.

9.2 Erhebungsinstrumente

Zur Überprüfung der Verhaltenswirkung und Operationalisierung der Untersuchungsvariablen wurde größtenteils auf validierte Skalen zurückgegriffen. Da die Hauptbefragungen den wesentlichen Bestandteil der Studie bildeten, werden diese ausführlicher behandelt als die Evaluation der Programmschulungen und das Self-Monitoring.

9.2.1 Hauptbefragungen

Unter Berücksichtigung der Untersuchungsziele und -hypothesen erfolgte die Operationalisierung der Variablen durch Rückgriff auf die in Tabelle 14 aufgeführten Erhebungsinstrumente.

Tabelle 14: Erfasste Variablen und Erhebungsinstrumente der Studie bei den Hauptbefragungen

	Variable	Messinstrument	Messzeitpunkt		
			T1	T2	T3
Variablen des MoVo-Modells	Intention und Selbstkonkordanz	Fuchs (2008) SSA-Skala, Seelig & Fuchs (2006)	x	x	x
	Selbstwirksamkeit	Schwarzer & Renner (2000)	x	x	x
	Planungstiefe	In Anl. an Sniehotta et. al (2006)	x	x	x
	Konsequenzerwartung	Schwarzer et al. (2003)	x	-	-
	Konsequenzerfahrung	Schwarzer et al. (2003)	-	x	x
	Perzipierte Barrieren	In Anl. an Krämer & Fuchs (2010)	x	x	x
	Gegenstrategien und Rückfallprävention	In Anl. an Krämer & Fuchs (2010)	x	x	x
Determinanten der Verhaltensänderung	Sportbezogene soziale Unterstützung	Fuchs (1997)	x	x	x
	Bewegungs- und Sportaktivität	BSA-Fragebogen Fuchs et al. (2015)	x	x	x
	Subjektiver Gesundheitszustand	Woll (1996)	x	x	x
	Subjektives Beschwerdeempfinden	Zerssen (1976)	x	x	x
	Motorischer Funktionsstatus	FFB-Mot Bös et al. (2002)	x	x	x
	Programmbezogene Emotionen	Tiemann (1997)	-	x	x
	Bewertung des Übungsleiters/Multiplikators	Wagner (2000)	-	x	x
Programm-spezifische Variablen	Häufigkeit der Programmteilnahme	Eigenentwicklung	x	-	-
	Kontrollitem Durchführungshäufigkeit	Eigenentwicklung	x	x	x
	Programmbausteine	Eigenentwicklung	-	x	-
	Zufriedenheit mit dem Programm	Eigenentwicklung in Anl. an Wagner (2000)	-	-	x
	Empfindung Multiplikatoren-Rolle	Eigenentwicklung	-	-	x
Demografische Angaben	Alter Geschlecht Arbeitsbereich Arbeitsverhältnis	Eigenentwicklung	x	-	-

Die Befragung von MZP1 beinhaltete die Variablen des MoVo-Modells, ausgewählte Determinanten der Verhaltensänderung und soziodemografische Angaben. Bei MZP2 kam die Abfrage programmspezifischer Parameter zur Programmakzeptanz und -zufriedenheit hinzu. Außerdem wurden Skalen zu den Emotionen während der Einheiten und der Bewertung des Übungsleiters integriert. Ein Schwerpunkt von MZP3 bildete die Skala zur Beurteilung des Multiplikators. Ferner wurde den Multiplikatoren die Möglichkeit eröffnet, ihre Rolle zu reflektieren⁶⁰.

9.2.1.1 Variablen des MoVo-Modells

Zur Überprüfung der Hypothesen war es notwendig, Parameter der bewegungsbezogenen Verhaltensänderung zu erfassen. Diesbezüglich liegen für das Setting Arbeitsplatz bislang keine Messinstrumente vor. Das für die Studie einbezogene MoVo-Modell (Fuchs, 2007a) bezieht sich auf die Verhaltensänderung des Sportvorhabens. Im Hinblick auf die vorliegende Intervention wurden die einbezogenen Skalen in ihrer Formulierung auf die Durchführung von Bewegungspausen bzw. *Aktivpausen* am Arbeitsplatz angepasst.

Zielintention und Selbstkonkordanz

Das in Anlehnung an Fuchs (2008) formulierte Item zur Intention gibt Aufschluss darüber, wie stark die Absicht der betreffenden Person ausgeprägt ist, zukünftig dreimal wöchentlich Bewegungspausen am Arbeitsplatz durchzuführen. Das Antwortformat besteht aus einer sechsstufigen Likertskala mit den Ankerwerten von 1 („diese Absicht habe ich gar nicht“) bis 6 („diese Absicht habe ich sehr stark“).

Wesentlich für die Aufnahme und Aufrechterhaltung einer begonnenen Bewegungsaktivität ist weiterhin eine möglichst hohe Selbstkonkordanz dieser Zielintention, welche sich durch die Übereinstimmung mit den persönlichen Interessen und Werten der Person ausdrückt. Erfasst wurde die Selbstkonkordanz mit der Sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz-Skala (SSK-Skala) von Seelig und Fuchs (2006), die sich insbesondere auf die theoretischen Überlegungen der Selbstbestimmungstheorie (Deci & Ryan, 1993) stützt. Im Vergleich zu englischsprachigen Instrumenten kann die Skala nicht nur von Personen beantwortet werden, die das Zielverhalten bereits aktiv ausüben, sondern auch von denjenigen, die bisher lediglich die Absicht hierzu gebildet haben⁶¹. Die Skala enthält 12 Items, ist in die vier Dimensionen intrinsische, identifizierte, introjizierte und extrinsische Selbstkonkordanz untergliedert und wird über ein vierstufiges Antwortformat erfasst (1=„trifft nicht zu“ bis 4=„trifft zu“). Die Reliabilitä-

⁶⁰ Die Fragebögen für T1 bis T3 sind ANHANG 2: Fragebögen zu entnehmen.

⁶¹ Dieses Verständnis von Selbstkonkordanz impliziert, dass in der SSK-Skala die Dimension der „Amotivation“ nicht berücksichtigt wird.

ten der Subskalen liegen zwischen $\alpha=.70$ (identifizierte Motivation) und $\alpha=.82$ (intrinsische Motivation), was insgesamt als zufriedenstellend beurteilt wird. Tabelle 15 enthält die für die eigene Studie vorgenommene Änderung der Frageformulierung.

Tabelle 15: Gegenüberstellung Originalitem und modifiziertes Item zur Intention

Item (original)	Item (modifiziert)
„Ich habe die Absicht, in den nächsten Wochen und Monaten regelmäßig sportlich aktiv zu sein...“	„Ich habe die Absicht, die Aktivpause in den nächsten Wochen und Monaten dreimal wöchentlich am Arbeitsplatz durchzuführen...“

Selbstwirksamkeit

Die theoretische Grundlage für die Erfassung der Selbstwirksamkeit ergibt sich aus den Überlegungen der Berliner Arbeitsgruppe um Schwarzer (Schwarzer & Renner, 2000; Schwarzer et al., 2003; Sniehotta et al., 2005). Daran anknüpfend werden drei unterschiedliche Formen abgefragt: Initiierungs-Selbstwirksamkeit („Ich traue mir zu, die *Aktivpause* ab sofort eigenständig dreimal wöchentlich durchzuführen.“), Aufrechterhaltungs-Selbstwirksamkeit („Ich traue mir zu, die *Aktivpause* eigenständig über ein paar Monate hinweg dreimal wöchentlich durchzuführen.“) sowie die Wiederaufnahme-Selbstwirksamkeit („Ich traue mir zu, nach einer längeren Pause wieder dreimal wöchentlich mit der Durchführung der *Aktivpause* zu beginnen“). Jeder Aspekt wurde mit einem Item gemessen (1=„traue ich mir gar nicht zu“ bis 6=„traue ich mir zu 100 % zu“). Die drei Items wurden über eine Mittelwertbildung zusammengefasst. Nach Krämer und Fuchs (2010) weist die Skala eine sehr gute interne Konsistenz auf (Cronbachs $\alpha=.90$).

Planungstiefe

Um aus einer Zielintention eine tatsächliche Verhaltensumsetzung zu entwickeln, ist nach Gollwitzer (1999) die Spezifizierung von Implementierungsintentionen notwendig. Dabei wird die konkrete Handlung anhand von Ausführungs- und Bewältigungsplanungen vorab festgelegt. Zweck dieser detaillierten Handlungsplanung ist es, einen Teil der Kontrolle an äußere Situationen abzugeben (Fuchs, 2007a). Erfasst werden die Details der Planung (z. B. wann, wo und mit wem die *Aktivpause* durchgeführt werden soll) sowie das Vorhandensein bereits geplanter Verhaltensweisen, um bestimmte Gefahrensituationen zu bewältigen (z. B. „ich habe bereits konkret geplant, was ich tun werde, wenn einmal etwas dazwischen kommt“). Anhand der einbezogenen, vierstufigen Likert-Skala (Kanning, 2006) mit den Antwortmöglichkeiten von 1=„stimmt nicht“ bis 4=„stimmt genau“ ($\alpha=.94$) wurde die Ausführungs- (fünf Items) sowie Bewältigungsplanung (vier Items) erfasst.

Konsequenzerwartung und -erfahrung

Nach Bandura (1997) ist unter dem Begriff der Konsequenzerwartung die Überzeugung einer Person zu verstehen, dass ein bestimmtes Verhalten zu einem antizipierten Ergebnis führt. Bereits Fuchs (1994) unterschied positive und negative Ausprägungen des Konstrukts: Positive Konsequenzerwartungen beziehen sich auf den physischen und psychischen gesundheitlichen Nutzen, der aus einer Sportaktivität hervorgeht, negative Konsequenzerwartungen betreffen u. a. den organisatorischen Aufwand sowie finanzielle Kosten. Für die *Aktivpause-Plus* wurde die Skala von Schwarzer et al. (2003) verwendet, die ein vierstufiges Antwortformat (1=„stimmt nicht“ bis 4=„stimmt genau“) aufweist. Die Probanden wurden anhand von jeweils sechs Beispielen nach den positiven bzw. negativen Auswirkungen gefragt, die sich durch die regelmäßige Durchführung von *Aktivpausen* am Arbeitsplatz ergeben ($\alpha=.89$). Ein Item wurde auf das Setting Arbeitsplatz angepasst (Originalitem: „... dann kann ich neue Freunde kennen lernen.“; modifiziertes Item: „... dann kann ich meine Kollegen besser kennen lernen.“).

Perzipierte Barrieren

In der aktuellen Forschung zu Theorien des Gesundheitsverhaltens bleibt der Barrierenbegriff in seiner Abgrenzung nach außen und der Beschreibung möglicher Subkonstrukte uneindeutig. In Anlehnung an Bandura (2000) sowie Krämer und Fuchs (2010) können zwei Barrierereformen konzeptionell voneinander unterschieden werden: Negative Konsequenzerwartungen (outcome expectations) können als Überzeugung definiert werden, dass „ein bestimmtes Verhalten mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zu bestimmten negativ bewerteten Konsequenzen führt“ (Fuchs, 1994). Situative Barrieren (impediments) wiederum beziehen sich auf die Umstände, unter denen eine sportliche Aktivität stattfindet und beschreiben physikalische, soziale und psychologische Randbedingungen, die das Einhalten der Verhaltensabsicht erschweren (z. B. keine freie Räumlichkeit, keine Lust oder Müdigkeit). Während zur Messung der sportbezogenen Konsequenzerwartungen validierte Skalen vorliegen, findet das Konstrukt der situativen Barrieren in der sportwissenschaftlichen Forschung bislang kaum explizite Berücksichtigung. Ein validiertes Messinstrument liefert Krämer und Fuchs (2010) mit der Skala „Sportbezogene situative Barrieren“. Diese beinhaltet 13 Items, welche über ein vierstufiges Antwortformat (1=„gar nicht“ bis 4=„sehr stark“) abgefragt werden. Die interne Konsistenz der beiden Subskalen „Körperliche Barrieren“ ($\alpha=.74$) und „Psychosoziale Barrieren“ ($\alpha=.83$) ist als sehr gut einzustufen. Methodisch zu überdenken ist der fehlende Referenzzeitraum. Es bleibt unbeantwortet, ob die Befragten für die jeweiligen Situationen die Auftretenswahrscheinlichkeit der Ereignisse in ihre Antwort einbezogen haben oder nicht. In der Skala werden negative Konsequenzerwartungen nicht erfasst. Deshalb wurden diese in der eigenen Befragung in Anlehnung an Fuchs (2008) ergänzend hinzugenommen (sechs Items). Nachfolgende Tabelle 16 gibt eine Übersicht zu den modifizierten Items.

Tabelle 16: Gegenüberstellung Originalitems und modifizierte Items zu den perzipierten Barrieren

Item (original) <i>Wie stark halten die folgenden Hindernisse Sie vom Sporttreiben ab?</i>	Item (modifiziert) <i>Wie stark halten die folgenden Hindernisse Sie vom Durchführen der Aktivpause ab?</i>
Das Wetter ist schlecht.	Ich habe keine passende Kleidung.
Freunde wollen etwas mit mir unternehmen.	Meine Arbeitskolleg/-innen beanspruchen mich.
Ich vergesse den Sporttermin.*	Ich vergesse die Aktivpause.
Ich habe keine/n passende/n Sportpartner/in.*	Ich habe keine Arbeitskolleg/-innen, die die Aktivpause mit mir durchführen.
Ich muss großen organisatorischen Aufwand betreiben (z. B. Babysitter anrufen, Termine planen).*	Ich muss großen organisatorischen Aufwand betreiben (z. B. Termin planen, Arbeitsalltag danach ausrichten).
Zuhause ist es gemütlich.	Ich kann mich nicht aufraffen.
Die Teilnahmegebühren sind hoch.*	Ich habe keine passenden Übungsmaterialien.
Es läuft etwas Gutes im Fernsehen.	Mir kommt ein Termin dazwischen.
Die Sportstätte (z. B. Turnhalle, Stadtpark) ist weit entfernt.*	Es gibt räumliche Probleme/Platzmangel.
Mein/e Partnerin möchte nicht, dass ich zum Sport gehe.*	Ich fühle mich in Anwesenheit unbeteiligter Personen unwohl.

* Diese Items sind Fuchs (2008) entnommen und wurden der Skala „Situative Barrieren“ hinzugefügt

Gegenstrategien und Rückfallprävention

Zur Bewältigung von auftretenden Hindernissen bedarf es volitionaler Gegenstrategien, die im Konzept des Barrierenmanagements konkretisiert werden. Ähnlich wie bei den Barrieren, liegt auch hier keine einheitliche Begriffsverwendung vor. Nach Krämer und Fuchs (2010, S. 172) umfasst Barrierenmanagement „sämtliche Strategien, die eingesetzt werden können, um eine einmal gefasste Verhaltensabsicht gegenüber auftretenden Barrieren abzuschirmen und in das tatsächliche Verhalten umzusetzen.“ In vergangenen Studien wurde das Barrierenmanagement meist nur allgemein einbezogen, indem gefragt wurde, ob eine Person weiß, wie sie mit Hindernissen umgehen wird (Sniehotta et al., 2006). Die Skala „Sportbezogenes Barrierenmanagement“ von Krämer und Fuchs (2010) bezieht konkrete Gegenstrategien ein und bildet daher die Basis für das eigene Vorgehen. Diese besteht aus den beiden Subskalen „Präventive Gegenstrategien“ (acht Items, $\alpha=.71$) und „Akute Strategien“ (sechs Items, $\alpha=.68$) sowie einem Item, das keinem der beiden Kategorien zugeordnet werden kann. Präventive Gegenstrategien intendieren, mögliche Risikosituationen vorab zu verhindern, indem bspw. Sportkleidung im Büro deponiert wird. Akute Gegenstrategien sind in unmittelbaren Risikosituationen notwendig, in denen man sich bspw. noch einmal die Vorteile körperlicher Aktivität vor Augen hält. Kritisiert wird die dichotome Kodierung der Skala (1=„mache ich nicht“, 2=„mache ich“), aufgrund derer es möglicherweise zu einer Unterschätzung des wahren Effekts kommen kann.

Um Informationen zu erhalten, welche Gegenstrategien die Probanden als sinnvoll bzw. nicht sinnvoll erachten, wurde eine zweite Antwortkategorie hinzugenommen (1=„finde ich nicht sinnvoll“, 2=„finde ich sinnvoll“). Auf diese Weise war es möglich, einen Verhältniswert zwischen den Dimensionen zu errechnen.

Ähnlich wie bei der Skala „Sportbezogene situative Barrieren“ wurden bei der Formulierung der Items kontextspezifische Anpassungen vorgenommen. Nachfolgende Tabelle 17 listet die modifizierten Items auf.

Tabelle 17: Gegenüberstellung Originalitems und modifizierte Items zum Barrierenmanagement

Item (original)	Item (modifiziert)
<i>Um den Sporttermin trotzdem wahrzunehmen...</i>	<i>Um die Durchführung der Aktivpause dennoch sicherzustellen ...</i>
... nehme ich an den Sportangeboten eines Vereins/Fitnessstudios teil.	... wähle ich Übungen, die ich in meiner Verfassung durchführen kann (z. B. bei körperlichen Beschwerden).
... suche ich mir ein Sportangebot, das gut zu erreichen ist.	... suche ich bei räumlichen Problemen eine Alternative (z. B. anderen Raum suchen).

Anhand von drei Einzelitems zur Rückfallprävention wurde der Umgang mit kritischen Situationen (Nicht-Durchführung der *Aktivpausen*) einbezogen. Dies bezieht sich auf Zustände, in denen ein partieller Kontrollverlust über das Verhalten stattgefunden hat, also Handlungspläne vorübergehend verworfen und die *Aktivpause* nicht wie beabsichtigt durchgeführt wurde.

9.2.1.2 Determinanten der Verhaltensänderung

Ergänzend zu den Variablen des MoVo-Modells wurden für die Untersuchung der Hypothesen 4 und 5 weitere Determinanten der Verhaltensänderung erhoben (vgl. Kapitel 7). Hierzu gehören die sportbezogene soziale Unterstützung, die Bewegungs- und Sportaktivität, der subjektive Gesundheitszustand, das subjektive Beschwerdeempfinden, der motorische Funktionsstatus, programmbezogene Emotionen sowie die Bewertung des Übungsleiters.

Sportbezogene soziale Unterstützung

Kapitel 5.1 stellte die soziale Unterstützung als einen wesentlichen Einflussfaktor für das Aktivitätsverhalten heraus. Für die *Aktivpause-Plus* wurde insbesondere der Einfluss durch die Arbeitskollegen als bedeutsam eingeschätzt. In der eigenen Studie wurde die von Fuchs (1997) konstruierte und validierte vierstufige Skala „Sportbezogene Unterstützung“ eingesetzt (Antwortkategorien: 1=„fast nie“ bis 4=„fast immer“). Um die Spezifika des untersuchten Settings zu berücksichtigen, wurden die sportbezogene Formulierungen durch den Begriff *Aktivpause* ersetzt.

Bewegungs- und Sportaktivität

Die Erfassung der Bewegungs- und Sportaktivität war aus zwei Gründen wichtig: Zum einen interessierte die Frage, inwieweit die Interventionsteilnahme einen moderierenden Effekt auf das allgemeine Bewegungsverhalten ausübt. Zum anderen stand die Frage im Mittelpunkt, ob ein Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und der Durchführung von *Aktivpausen* besteht.

Zur Messung der körperlichen bzw. sportlichen Aktivität existieren in der sportwissenschaftlichen Forschung verschiedene Konstrukte. Vorliegend wurde auf den Fragebogen zur Messung der Bewegungs- und Sportaktivität (BSA-Fragebogen) von Fuchs, Klaperski, Gerber und Seelig (2015, S. 61) zurückgegriffen. Als ein großer Vorteil ist die zeit- und platzsparende Konstruktion der Skala zu nennen.

Der Fragebogen ist in die Subskalen berufliche Aktivität, Alltagsaktivität und Sportaktivität untergliedert: Zu Beginn wird eine Einstufung des Bewegungsverhaltens am Arbeitsplatz gefordert. Mithilfe einer vierstufigen Skala werden die drei Items „sitzende Tätigkeit“, „mäßige Bewegung“ und „intensive Bewegung“ erhoben (1=„keine“ bis 4=„viel“). Im Anschluss ist die Alltagsaktivität der vergangenen vier Wochen einzuschätzen. Die Skala beinhaltet 13 Items zu verschiedenen Bewegungsaktivitäten, wie z. B. Spazieren, Radfahren und Gartenarbeit. Für die einzelnen Tätigkeitsformen sind jeweils die aktiven Tage sowie die Minuten pro Tag anzugeben. Das darauffolgende Einzelitem „Haben Sie in den letzten 4 Wochen regelmäßig sportliche Aktivität betrieben?“ weist dichotome Antwortoptionen auf. Sofern die Frage bejaht wird, sind im Folgenden die entsprechenden Sportaktivitäten zu dokumentieren. Dabei ist die Angabe von maximal drei Aktivitäten möglich, für die jeweils einzutragen ist, wie häufig und wie lange diese in den letzten vier Wochen ausgeübt wurden. Die Konstruktvalidität des Fragebogens und seine prognostische Validität wurden anhand einer Vergleichsstudie unter dem Einsatz fahrradergometrischer Leistungsmaße belegt (Fuchs et al., 2015).

Subjektiver Gesundheitszustand

Die gegenseitige Abhängigkeit von Gesundheitszustand und dem Sportverhalten wird in der aktuellen sportwissenschaftlichen Forschung immer wieder diskutiert (u. a. Jekauc et al., 2014). Um diesen Zusammenhang auch für das Programm der *Aktivpause-Plus* überprüfen zu können, wurde der subjektive Gesundheitszustand in Anlehnung an Woll (1996a) in die Untersuchung integriert. Eingesetzt wurde das Item: „Wie beschreiben Sie selbst Ihren Gesundheitszustand?“, wobei ein fünfstufiges Antwortformat mit den Ankerwerten 1=„sehr schlecht“ bis 5=„sehr gut“ als Grundlage diente.

Subjektives Beschwerdeempfinden

Nach Manz & Krug (2013) stellen *Kreuz- oder Rückenschmerzen* sowie *Nacken- oder Schulterschmerzen* ein häufiges Beschwerdebild bei Büro- und Schreibtischtätigkeiten dar. Die *Aktivpause-Evaluation* (2016) bestätigte diese Aussage. Aus diesem Grund wurden diese beiden Items aus der Originalskala herausgegriffen, welche die Bereiche Allgemeinbeschwerden, körpernahe Beschwerden und psychisch-körpernahe Beschwerden umfasst (Zerssen, 1976). Als Antwortformat fungierten die Pole 1=„stark“ bis 4=„gar nicht“.

Motorischer Funktionsstatus

Auch wenn das primäre Ziel der vorliegenden Intervention in der Initiierung einer Verhaltensänderung liegt, ist die Erhebung des motorischen Funktionsstatus als sinnvoll zu betrachten. Dadurch sind zum einen Aussagen über das Fitness- und Aktivitätsniveau der Probanden möglich, zum anderen können Bezüge zum Bewegungsverhalten am Arbeitsplatz hergestellt werden. Als Grundlage für die eigene Untersuchung fungierte der Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus (FFB-Mot) von Bös et al. (2002).

Der Originalfragebogen besteht aus den vier Subskalen Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination, die anhand alltagsnaher Situationen mit jeweils sieben Items abgefragt werden. Die Items wurden schwierigkeitsabgestuft entwickelt, um eine möglichst große Bandbreite der körperlichen Leistungsfähigkeit abzubilden. Aufgrund der begrenzten Fragebogenlänge wurde die validierte Kurzfassung von zwölf Items eingesetzt. Das fünfstufige Antwortformat lässt eine Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten von „1=ich kann diese Tätigkeit nicht“ bis „5=ich habe keine Probleme“ zu. Die individuelle Punktzahl wird aus der Summe der zwölf Item-Bewertungen gebildet und weist eine Spanne von 12 bis 60 auf. Dabei stellen 60 Punkte das maximale Ausmaß der körperlichen Fitness dar (Bös, 2002). Der Vergleich mit den vorhandenen Normwerten ermöglicht es, die Ergebnisse in Bezug zum Fitnesszustand der erwachsenen Normalpopulation zu setzen. Die Kurzfassung weist eine hohe innere Konsistenz auf ($\alpha=.87$ bis $.92$). Zur Analyse der Datenlage wird für die vorliegende Untersuchung eine Unterteilung in die Quartile „sehr unfit“ bis „sehr fit“ vorgenommen.

Programmbezogene Emotionen

Die Ausprägung von positiven Emotionen wird als wichtige psychosoziale Ressource für die Durchführung von *Aktivpausen* angenommen (vgl. Kapitel 5.1). Vorliegend diente die Skala von Tiemann (1997) als Grundlage, die anhand von elf Items auf einer vierstufigen Skala (von 1=„immer“ bis 4=„nie“) misst, wie häufig positive, neutrale und negative Emotionen während der Kurseinheiten erlebt werden. Die positiven Emotionen werden über die Items Freude, Stolz, Zufriedenheit und Glück erfasst, die negativen über die Items Ärger, Enttäuschung, Mutlosigkeit/Resignation sowie Unzufriedenheit. Die Items Überraschung, Langeweile und Selbstbestätigung stellen neutrale Ausprägungen dar (Tiemann, 1997).

Bewertung des Übungsleiters und Multiplikators

Die Bewertung des Übungsleiters wird häufig als eines der wichtigsten Merkmale für die Bindung an ein langfristiges Sportverhalten betrachtet (vgl. Kapitel 5.1). Für die eigene Studie kommt die fünfstufige Skala von Wagner (2000) zum Einsatz, die mithilfe von elf Items die Ausprägung bindungsförderlicher Verhaltensweisen (1=„trifft überhaupt nicht zu“ bis 5=„trifft völlig zu“) erfasst. Die Addition aller Items ergibt ein Gesamtindex. Die Skala weist eine hohe innere Konsistenz auf ($\alpha=.90$).

9.2.1.3 Programmspezifische Variablen und soziodemografische Angaben

Zur Überprüfung der Programmakzeptanz wurde die Unterstützung durch die programmspezifischen Maßnahmen zu MZP2 und MZP3 mit folgender Frage erhoben: „Nachfolgend interessiert uns, wie hilfreich folgende Faktoren für die eigenständige Durchführung der *Aktivpause-Plus* in den vergangenen 10 Wochen für Sie waren“. Hierfür kam ein vierstufiges Antwortformat zum Einsatz (von 1=„gar nicht hilfreich“ bis 4=„sehr hilfreich“). Den unterschiedlichen Maßnahmen für die beiden Interventionsgruppen entsprechend wurden die sechs Items bei IG1 um fünf weitere Bausteine wie bspw. die Coaching-Sitzung ergänzt.

Zur differenzierten Analyse der Zielgruppe wurden personenbezogene Daten zur beruflichen Tätigkeit erhoben (Arbeitsbereich, Arbeitstage pro Woche, körperliche Anstrengung bei der Arbeit) und die Häufigkeit der Programmnutzung⁶² erfasst. Das Alter wurde aufgrund von Datenschutzvorgaben nicht konkret abgefragt, sondern in sechs Kategorien mit den Ankerwerten ≤ 20 und > 60 unterteilt.

9.2.2 Evaluation der Programmschulungen

Neben der statistischen Überprüfung der formulierten Hypothesen (vgl. Kapitel 7) wird die Program Zufriedenheit als eminenter Baustein zur Qualitätssicherung und Legitimation der *Aktivpause-Plus* betrachtet. Dabei interessierte die Frage, wie die Teilnehmer der Interventionsgruppe *Multi-Plus* die jeweiligen Bausteine bewerten und ob sie in der Teilnahme einen Nutzen für ihr angestrebtes Verhaltensziel sehen. Intention der im Anschluss an die Maßnahmen durchgeführten Kurzevaluationen war es, ein umfassendes Bild über die Programmkonzeption insgesamt und die einzelnen Bausteine im Besonderen zu erhalten.

Unter Berücksichtigung dieser Punkte wurden in den Kurzevaluationen Aspekte zu den Rahmenbedingungen, den Inhalten, dem wahrgenommenen Nutzen sowie der Akzeptanz integriert. Bei allen Paper-Pencil-Befragungen kamen sechsstufige Intervallskalen zum Einsatz, um die Tendenz zur mittleren Antwortkategorie auszuschließen (Franzen, 2014). Umfangreiche Pre-Tests brachten Informationen über die Ausfülldauer und die Verständlichkeit der Fragen hervor. Nachfolgende Tabelle 18 stellt die einbezogenen Messinstrumente von Coaching-Sitzung 1, Coaching-Sitzung 2 und der Multiplikatoren-Schulung vor.

⁶² Unter Programmnutzung ist zu verstehen, wie häufig das zehnwöchige Programm seit Einführung der *Aktivpause* in Anspruch genommen wurde.

Tabelle 18: Erfasste Variablen und Erhebungsinstrumente der Programmschulungen

	Variable	Messinstrument
Coaching 1	Zufriedenheit mit Rahmenbedingungen	Eigenentwicklung
	Einschätzung des Nutzens	In Anl. an Fuchshuber (2009)
	Weiterempfehlung	In Anl. an Fuchshuber (2009), Jansen, Mäthner und Bachmann (2004), Berninger-Schäfer (2011)
Coaching 2	Zufriedenheit mit Rahmenbedingungen	Eigenentwicklung
	Einschätzung des Nutzens beider Coachings	Jansen et al. (2004) Berninger-Schäfer (2011)
	Gesamtbewertung/Weiterempfehlung	In Anl. an Jansen et al. (2004), Berninger-Schäfer (2011), Volmer & König (2012)
Multiplikatoren-Schulung	Zufriedenheit mit Rahmenbedingungen	Eigenentwicklung
	Beurteilung der Inhalte	Eigenentwicklung
	Unterstützung Multiplikatoren-Rolle	Eigenentwicklung
	Gesamtbewertung	Eigenentwicklung

9.2.2.1 Coaching-Sitzungen

Die Konzeption der beiden Fragebögen erfolgte in Anlehnung an Berninger-Schäfer (2011) und Fuchshuber (2009). Ergänzend wurden Empfehlungen von König und Volmer (2012) berücksichtigt. Die Befragungen enthielten jeweils vier Bereiche und hatten einen vergleichbaren Aufbau: Zu Beginn wurde eine Frage zur Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen eingesetzt („Bitte beurteilen Sie die folgenden Rahmenbedingungen der Coaching-Sitzung. Wie zufrieden waren Sie mit ...?“). Als Antwortformate dienten die Pole 1=„gar nicht zufrieden“ und 6=„sehr zufrieden“⁶³. Daran anknüpfend folgten Fragen zum erlebten Nutzen der Coaching-Bausteine und des Coachings insgesamt. Abschließend fungierten Items zur Gesamtbewertung und Akzeptanz als wichtige Evaluationsbausteine. In beiden Evaluationen hatten die Teilnehmer abschließend die Möglichkeit, eigene Anmerkungen zu äußern. In den nachfolgenden Ausführungen werden die einzelnen Bereiche detailliert vorgestellt.

Um einen Eindruck darüber zu erhalten, welche Inhalte der Coaching-Sitzung 1 als hilfreich für die Zielerreichung erscheinen, wurden die Teilnehmer anhand einer eigens entwickelten Skala gebeten, acht Items (z. B. Theoretischer Input, Identifikation von Gesundheitszielen, Identifika-

⁶³ Bei Coaching-Sitzung 2 wurde das Item zur Zufriedenheit mit den Teilnehmer-Unterlagen nicht erneut abgefragt, sodass neun statt zehn Items verwendet wurden. Abgesehen davon war die Frage zur Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen in beiden Fragebögen identisch.

tion von Barrieren und Entwicklung von Gegenstrategien) hinsichtlich ihres Nutzens zu bewerten. Dabei wurden Kategorien von 1=„gar nicht hilfreich“ bis 6=„sehr hilfreich“ gewählt. Als Ergänzung fungierten zwei weitere Items (vgl. Tabelle 19). In Anlehnung an Fuchshuber (2009) wurde abgefragt, wie hilfreich die Studienteilnehmer die Coaching-Sitzung für die Planung und Durchführung der *Aktivpause-Plus* empfanden. Abschließend folgte ein Item zur Weiterempfehlung in Anlehnung an Berninger-Schäfer (2011).

Tabelle 19: Gegenüberstellung Originalitems und modifizierte Items zur Evaluation von Coaching-Sitzung 1

Items (original)	Items (modifiziert)
„Für die Planung und Durchführung meiner sportlichen Aktivität war das Coaching hilfreich.“	„Für die Planung und Durchführung der Aktivpause-Plus war das Coaching hilfreich“
„Ich würde Coaching weiterempfehlen.“	„Ich würde die Coaching-Sitzung zur Unterstützung der eigenständigen Durchführung von Aktivpausen weiterempfehlen.“

Die Evaluation von Coaching-Sitzung 2 hatte zum Ziel, den erlebten Nutzen beider Sitzungen zu erfassen. Für die Konstruktion der eigenen Skala wurden Items von Jansen et al. (2004) und Berninger-Schäfer (2011) einbezogen, wobei die Ankerwerte 1=„wenig bedeutsam“ bis 6=„sehr bedeutsam“ zum Einsatz kamen. Die Originalskala wurde in ein sechsstufiges Format umgewandelt. Die vorgenommenen Modifikationen sind Tabelle 20 zu entnehmen.

Tabelle 20: Gegenüberstellung Originalitems und modifizierte Items zum Nutzen der Coachings

Item (original)	Item (modifiziert)
„Ich habe mehr Klarheit über meine Situation gewonnen.“	„Ich habe ich mehr Klarheit über meine Gesundheitsziele entwickelt.“
„Durch das Coaching hat sich mein Handlungsspektrum erweitert.“	„Durch das Coaching sich mein Handlungsspektrum in Bezug auf die Umsetzung der Aktivpause erweitert.“
„Durch das Coaching bin ich mir meiner Ressourcen (Fähigkeiten, Fertigkeiten) deutlicher bewusstgeworden.“	„Durch das Coaching bin ich mir meiner Ressourcen (Fähigkeiten und Fertigkeiten) für die regelmäßige Durchführung bewusstgeworden.“

Die beiden ergänzenden Items (vgl. Tabelle 19) wurden auch hier eingesetzt. Die Evaluation zu Coaching-Sitzung 2 beinhaltete im Weiteren vier Items zur Gesamtbewertung und Akzeptanz beider Coaching-Sitzungen, die auf Grundlage von Berninger-Schäfer (2011) und König und Volmer (2012) konzipiert wurden. Als Ankerwerte dienten die Pole 1=„trifft genau zu“ und 6=„trifft gar nicht zu“.

9.2.2.2 Multiplikatoren-Schulung

Der Fragebogen zur Kurzevaluation der Multiplikatoren-Schulung wurde eigens entwickelt. Dabei wurde die Bewertung der Rahmenbedingungen und Schulungsthemen als wichtig erachtet. Des Weiteren kam eine Frage mit sechs Items zur Einschätzung der einzelnen Schulungsinhalte

als Vorbereitung auf die Multiplikatoren-Rolle zum Einsatz. Anhand zweier Items wurde abgefragt, ob sich die Teilnehmer nach der Schulung in der Lage fühlen, als Multiplikator für die Gruppe zu agieren und wie zufrieden sie insgesamt mit der Schulung waren. Um Erkenntnisse für zukünftige Schulungen zu erlangen wurde die Frage „Wünschen Sie sich weitere Maßnahmen, mit denen wir Sie als Multiplikator/-in unterstützen können?“ gestellt. Dabei wurde ein dichotomes Antwortformat eingesetzt. Bejahten die Teilnehmer die Frage, hatten sie die Möglichkeit ihre Wünsche und Ideen zu nennen. Abschließend wurde die offene Frage „Was sind ihre Beweggründe, als Multiplikator/-in zu fungieren“ eingesetzt, um Motive der Multiplikatoren ausfindig zu machen.

9.2.3 Self-Monitoring

Die Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen* war für den Programmerfolg von entscheidender Bedeutung. Deshalb wurde diese wöchentlich erfasst. Hierzu erhielten die Probanden die Aufforderung, am Ende jeder Woche folgende Frage zu beantworten: „Wie häufig haben Sie in der vergangenen Woche *Aktivpausen* (=15 Minuten) am Arbeitsplatz durchgeführt?“ Um mögliche *missing dates* zu kompensieren, wurde als Kontrollfaktor folgendes Item in den drei Hauptbefragungen eingesetzt: „Wie häufig haben Sie in den vergangenen 10 Wochen durchschnittlich *Aktivpausen* (oder Gymnastik-Übungen) an Ihrem Arbeitsplatz durchgeführt?“. Die sechs Antwortkategorien wurden durch die Ankerwerte „gar nicht“ und „mehr als 3 Mal pro Woche“ begrenzt.

9.3 Datenaufbereitung und Auswertungsstrategie

Der nachfolgende Abschnitt informiert über den Prozess der Datenaufbereitung und die Vorgehensweise im Rahmen der statistischen Analysen.

Die online erhobenen Variablen wurden zur weiteren Verarbeitung und anschließenden Auswertung in das Statistikprogramm SPSS 24.0⁶⁴ exportiert. Demgegenüber mussten die Angaben aus den Paper-Pencil-Befragungen (Coaching-Sitzung 1, Coaching-Sitzung 2, Multiplikatoren-Schulung) manuell den bestehenden SPSS-Datensätzen hinzugefügt werden. Die daran anknüpfende umfangreiche Datenaufbereitung diente dazu, die zusammengeführten Rohdaten in ein für die statistische Analyse verwertbares Format zu bringen.

Hierbei erfolgte in einem ersten Schritt eine Sortierung und Formatierung der Variablen sowie eine Zuordnung ebendieser zu numerischen Werten (Labeling). Ein weiterer wichtiger Vorgang war die Datenbereinigung, in dem unwichtige Details entfernt (z. B. „5“ statt „5min“), fehlende Auskünfte gekennzeichnet und unplausible bzw. inkonsistente Angaben (z. B. Umdeutung der

⁶⁴ Darüber hinaus wurden insbesondere zur grafischen Aufbereitung weitere Datenverarbeitungsprogramme, wie bspw. Microsoft Excel 2016 verwendet.

Angabe „3000“ in „300“min Gartenarbeit pro Durchführung) sinngemäß umgedeutet wurden. Insbesondere bei den Angaben zum personalisierten Code kam es vor, dass Werte außerhalb des zulässigen Bereichs auftauchten. Als Beispiel eines solchen Wild-Codes in der eigenen Studie ist die Angabe der Code-Nummer „cs172“ anstatt „csl72“ zu nennen, wobei der Code „cs1“ nicht existierte. Durch Ausschluss aller anderen Optionen war eine Zuordnung zum korrekten Code möglich (Döring & Bortz, 2016; Wagner & Hering, 2014).

Eine weitere Problematik entsteht durch das lückenhafte Ausfüllen eines Fragebogens. Für eine korrekte Behandlung der resultierenden Inkonsistenzen ist die Kenntnis der dahinterliegenden Missing-Mechanismen unabdingbar (Jekauc, Völkle, Lämmle & Woll, 2012). Der vorliegende Gesamtdatensatz wurde deshalb umfassend auf fehlende Angaben überprüft. Für die drei Hauptbefragungen waren nur wenige fehlende Werte zu finden. Aus diesem Grund wurden diese keiner tiefgehenden Analyse unterzogen. Demgegenüber wiesen die Daten des wöchentlichen Self-Monitorings mehr Lücken auf, sodass in diesem Fall eine detailliertere Prüfung erfolgte. Zunächst wurden alle nicht ausgefüllten Felder markiert und ihr Vorkommen innerhalb des Studienzeitraums betrachtet. Für eine non-monotone Verteilung sprach, dass kein wiederkehrendes Muster erkennbar war. Deshalb wurde nach Cho und Leonhart (2013) angenommen, dass das Fehlen der Daten zufallsbedingt ist und somit durch keine weitere Variable, wie bspw. Geschlecht oder Studiengruppe, vorhergesagt werden kann (MCAR⁶⁵). Zur weiteren Überprüfung erfolgten mehrere unabhängige univariate T-Tests (z. B. Vergleich der Prävalenz der angegebenen Selbstbeobachtung von IG1 und IG2), welche keine signifikanten Ergebnisse hervorbrachten. Als weitere Kontrolle wurde in den Hauptbefragungen (MZP2 und MZP3) jeweils die Frage gestellt, wie häufig die Teilnehmer in den letzten zehn Wochen durchschnittlich *Aktivpausen* durchgeführt hatten. Dadurch war es möglich, einen Vergleich zur kumulierten Anzahl an *Aktivpausen* des wöchentlichen Self-Monitorings herzustellen. Die berechnete Korrelation ergab einen starken Zusammenhang ($r=.785^{**}$), weshalb die fehlenden Daten als zufallsbedingt angenommen wurden. Aufgrund der Analysen war eine Ersetzung der lückenhaften Stellen mithilfe der SPSS-Funktion „Mean“ möglich, ohne eine substantielle Verzerrung der Studienergebnisse befürchten zu müssen (Cho & Leonhart, 2013).

Bei offenen Angaben ist die oben geschilderte Datenaufbereitung nicht möglich. Während bei geschlossenen Fragen die Zuordnung der Antworten zu den Variablenausprägungen bereits mit der Erstellung festgelegt wurde, war bei den offenen Fragen eine nachträgliche Kategorisierung notwendig. Hierfür erfolgte zunächst ein Export der Antworten in Excel 2016 und anschließend eine Clusterbildung. Eine solche Vercodung ist mit einer Interpretation der gege-

⁶⁵ Missing Completely at Random.

benen Antworten verknüpft, da die Zuordnung zu einer Kategorie subjektiv erfolgt. Um dennoch Auswertungs- und Interpretationsobjektivität zu gewährleisten, wurden die offenen Angaben verschiedenen Experten mit der Bitte zur Clusterbildung vorgelegt (Häder, 2010, S. 408).

Ziel der dargestellten Vorgehensweisen war es, die Datenqualität zu erhöhen, auf die statistische Analyse vorzubereiten und die Wiederverwendbarkeit der Daten zu ermöglichen. Zur Nachvollziehbarkeit und einheitlichen Handhabung innerhalb der Arbeitsgruppe fand eine Dokumentation der Arbeitsschritte statt (Döring & Bortz, 2016; Wagner & Hering, 2014).

Neben Informationen zur Datenaufbereitung ist die Nachvollziehbarkeit der Auswertungsstrategie von hoher Bedeutsamkeit. Die Darstellungen zu den deskriptiven Verfahren dienen der Charakterisierung der Stichprobe, wobei u. a. auf einfache statistische Mittel (z. B. Angaben zur Verteilung, Minimum, Maximum und Streuungsmaße) zurückgegriffen wird. Zu berücksichtigen ist, dass die hervorgehenden Erkenntnisse erste Tendenzen aufzeigen, aber noch keine Aussagen über Interventionseffekte zulassen. Auf Basis des deskriptiven Teils sind Einschätzungen in Bezug auf die Schiefe, Kurtosis und somit über die Normalverteilung der Daten möglich.

Für die Prüfung auf Normalverteilung diente in der vorliegenden Arbeit der Kolmogorov-Smirnov-Test (Häder, 2010, S. 411–412). Da in den meisten Analysen war eine Normalverteilung gegeben war, wurden zur inferenzstatistischen Auswertung insbesondere die beiden parametrischen Verfahren T-Test und zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA) ausgewählt (Hypothesen 1, 2 und 4). Hierfür bildete die Überprüfung der Interventionsgruppen auf Varianzhomogenität die Grundlage (vgl. Kapitel 8). Zur Analyse von Abhängigkeiten zwischen dem Durchführungserfolg von *Aktivpausen* und weiteren Variablen fungierte die Rangkorrelation nach Spearman (Hypothesen 3 und 5). Im Falle von Abweichungen von der Normalverteilung kamen zur Unterschiedsüberprüfung non-parametrische Verfahren zum Einsatz.

Zur Bewertung der Korrelationskoeffizienten wurden die Angaben von Cohen (1988, S. 88) verwendet: $r=0.1$ steht für einen kleinen Effekt, $r=0.3$ für einen mittleren Effekt und $r=0.5$ für einen starken Effekt. Da auch kleine Effekte von praktischer Relevanz sein können, wurde anhand einer Post-Hoc-Analyse die Teststärke ermittelt. Hierbei steht $\eta^2 < .06$ für einen kleinen Effekt, $\eta^2 \geq .06$ bis $< .14$ für einen mittleren Effekt und $\eta^2 \geq .14$ für einen großen Effekt. Als Signifikanzniveau für die Unterschiedstestungen wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von fünf Prozent ($p=.05$) angenommen (Bühner & Ziegler, 2012, S. 248).

Wie in den Sozialwissenschaften üblich, wurden Likert-skalierte Ergebnisse mit einem formalen Ordinalskalen-Niveau als quasi-metrische Variablen behandelt (Homburg & Krohmer, 2009).

Die Anwendung der dargestellten Forschungsmethoden ermöglicht es, die formulierten Hypothesen bzw. Fragestellungen zu untersuchen. Die daraus resultierenden Ergebnisse werden in Kapitel 10 detailliert vorgestellt.

10 Untersuchungsergebnisse

Aus den aufgezeigten Forschungsmethoden zur Erhebung, Aufbereitung und Analyse der Teilnehmerdaten ergibt sich ein umfangreicher Pool an Ergebnissen. Zur übersichtlichen Darstellung erfolgt eine Unterteilung in vier Blöcke:

- (1) Das nachstehende Kapitel 10.1 befasst sich mit den Ergebnissen der Stichprobenanalyse und deskriptiven Verfahren. In diesem Zusammenhang wird die Stichprobe mittels soziodemografischer Merkmale beschrieben und hinsichtlich relevanter Determinanten der Verhaltensänderung bzw. Variablen des MoVo-Modells charakterisiert. Die anknüpfende Analyse zur Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen* im Studienverlauf und die Responder/Non-Responder-Analyse liefern erste Hinweise in Hinblick auf die Wirksamkeit der Intervention.
- (2) Die daran anschließenden Ausführungen des Kapitels 10.2 beziehen sich auf die Fragestellungen zur Akzeptanz und Programmszufriedenheit. Hierbei werden die Programmbausteine (Coaching-Sitzungen und Multiplikatoren-Schulung) evaluiert und die *Aktivpause-Plus* hinsichtlich der Programmszufriedenheit analysiert.
- (3) In Kapitel 10.3 erfolgt eine detaillierte Darstellung der inferenzstatistischen Hypothesenüberprüfung, wobei die Ergebnisse unter Rückgriff auf die formulierten Hypothesen aus Kapitel 7 präsentiert werden.
- (4) Abschließend werden in Kapitel 10.4 die Erkenntnisse aus der Follow-Up Untersuchung offeriert, bevor in Kapitel 10.5 eine Zusammenfassung und Interpretation des inferenzstatistischen Teils vorgenommen wird.

10.1 Stichprobenanalyse und deskriptive Verfahren

In den nachstehenden Abschnitten wird die Stichprobe der *Aktivpause-Plus* differenziert beschrieben. Im Weiteren erfolgt ein deskriptiver Gruppenvergleich der erfassten Merkmale auf Skalen- bzw. hinsichtlich ausgewählter Variablen auf Itemebene. Vorrangiges Ziel der deskriptiven Betrachtungsweise ist es, einen ersten Überblick über mögliche Effekte der Intervention zu verschaffen. Eine weitere Absicht besteht darin, die durch die Randomisierung erwartete homogene Stichprobenverteilung zu überprüfen. Die Ergebnisse beziehen sich auf die zu T1 erhobenen Daten.

10.1.1 Soziodemografische Merkmale

Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 38 männlichen (36.9 %) und 65 weiblichen (63.1 %) Probanden zusammen. Das Alter weist eine Spanne von 21 bis >60 Jahre auf. Die Alterskategorien zeigen eine jeweils ähnliche Verteilung. Der Großteil ist den Arbeitsbereichen Verwaltung/Personalprozesse (37.9 %) oder Lehre/Forschung (48.5 %) angesiedelt und hat eine Fünftagewoche. Ähnlich wie auch in den regulären *Aktivpause*-Kursen befindet sich der Arbeitsplatz der meisten Teilnehmer an den Campusstandorten Süd (48.5 %) oder Nord (49.5 %). Am Campus West arbeiten 2 % der Teilnehmer.

In den weiteren Ausführungen wird die Stichprobe getrennt nach den beiden Studiengruppen *Multi-Plus* (IG1) und *Classic-Plus* (IG2) dargestellt.

Abbildung 18 stellt Verteilung der Probanden in den jeweiligen Alterskategorien grafisch dar.

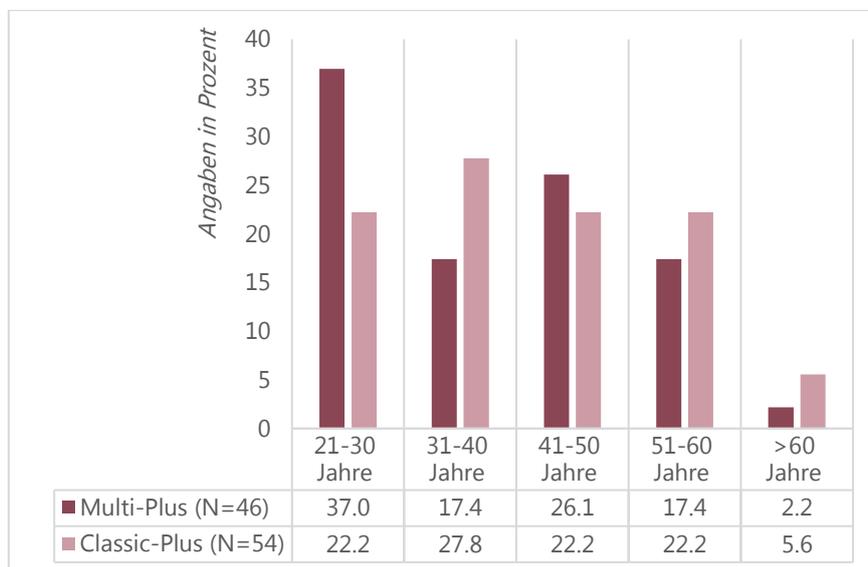


Abbildung 18: Deskriptiver Vergleich der Altersverteilung zwischen den Studiengruppen (N=100)

Unabhängig der Studiengruppe ist zunächst zu äußern, dass Teilnehmer über 60 Jahre sowohl bei *Multi-Plus* als auch bei *Classic-Plus* nur einen geringen Anteil ausmachen. Für IG2 lässt sich dokumentieren, dass die Teilnehmeranzahl von 21 bis 60 Jahre eine vergleichsweise konstante Verteilung zeigt (22.2 % bis 27.8 %). Bei IG1 sind hingegen deutlichere Schwankungen erkennbar (17.4 % bis 37.0 %). Während IG1 bei den 21-30-Jährigen den höchsten Anteil aufweist (37.0 %), finden sich bei IG2 in der Altersspanne von 31 bis 40 Jahren die höchsten Werte (27.8 %).

Die folgende Abbildung 19 bezieht sich auf die Verteilung des Geschlechts.

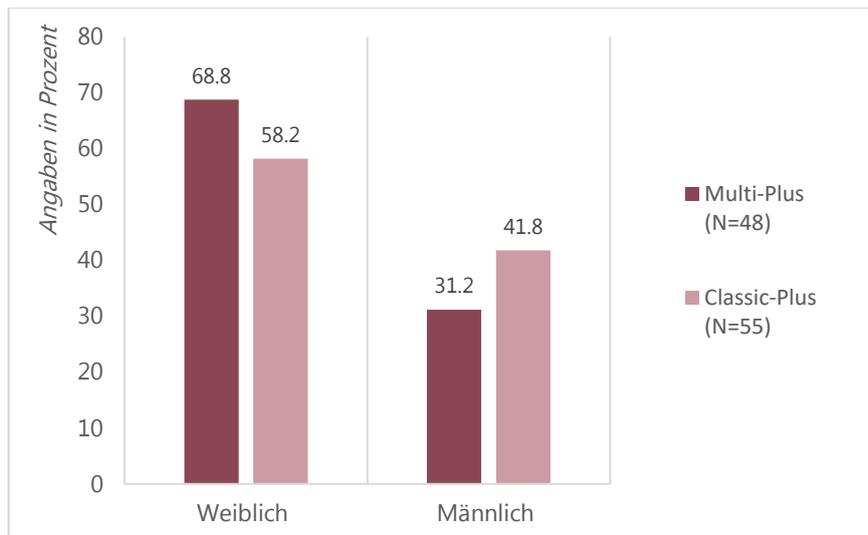


Abbildung 19: Deskriptiver Vergleich des Geschlechts zwischen den Studiengruppen (N=103)

Es zeigt sich, dass der Anteil männlicher bzw. weiblicher Teilnehmer bei beiden Interventionsgruppen ähnlich ausgeprägt ist. Insgesamt ist die Verteilung durch eine Dominanz der weiblichen Teilnehmer geprägt (Frauen_{ges}=63.5 %). Bezogen auf die beiden Studiengruppen ist ein tendenzieller Überhang der weiblichen Teilnehmer bei IG1 (Differenz_{ZIG1-IG2}=10.6 %) und der männlichen Teilnehmer bei IG2 (Differenz_{ZIG2-IG1}=11.0 %) zu konstatieren.

Auch die Verteilung der Studienteilnehmer auf die vier Campusstandorte ist in beiden Gruppen ähnlich (vgl. Abbildung 20).

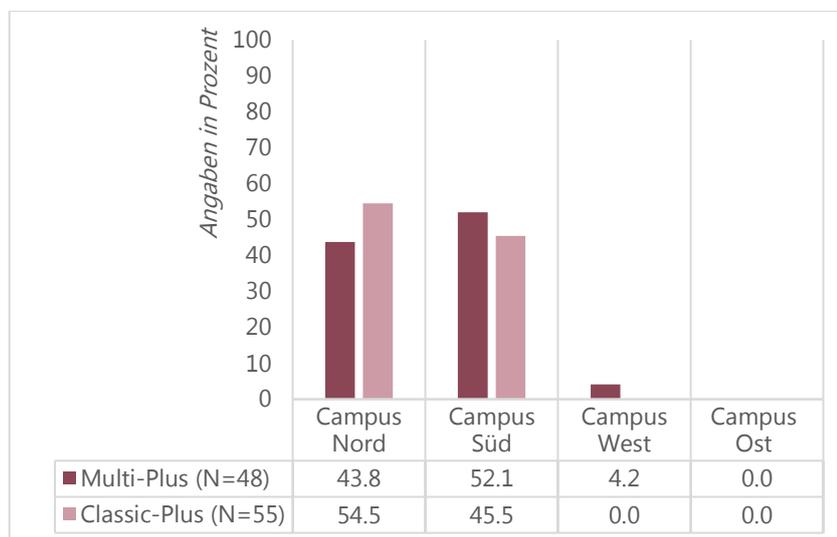


Abbildung 20: Deskriptiver Vergleich der Campusstandorte zwischen den Studiengruppen (N=103)

In der regulären *Aktivpause* bilden Mitarbeiter der Campusstandorte Süd und Nord die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer. Die deskriptive Analyse der Studiengruppen bestätigt dieses Bild. In IG1 finden sich tendenziell mehr Teilnehmer des Campus Süd, in IG2 mehr Teilnehmer des Campus Nord. Eine der Gruppen *Multi-Plus* befindet sich am Campus West.

Wie aus Abbildung 21 hervorgeht, ist der überwiegende Anteil der Studienteilnehmer in den Feldern Lehre/Forschung beschäftigt. In IG1 gehört über die Hälfte der Teilnehmer dem wissenschaftlichen Bereich an (54.3 %), in IG2 sind es prozentual etwas weniger (46.3 %). Der zweitgrößte Teil arbeitet in der Verwaltung bzw. Personalprozessen. Bei IG1 sind dies 32.6 %, bei IG2 44.3 %. Ein geringer Prozentsatz befindet sich im Technischen Dienst oder einer beruflichen Ausbildung.

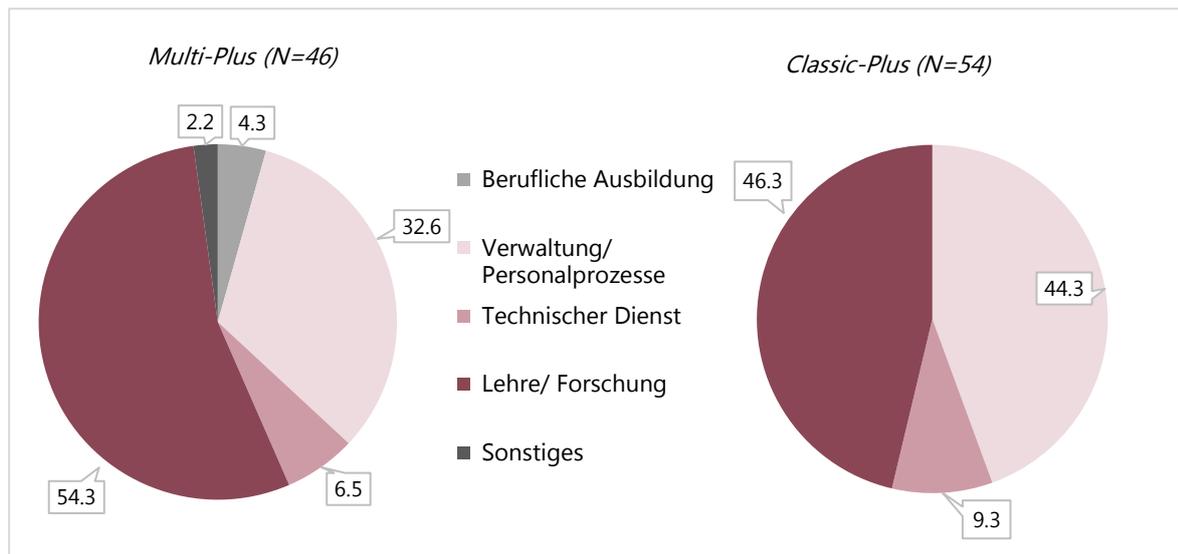


Abbildung 21: Deskriptiver Vergleich der Arbeitsbereiche zwischen den Studiengruppen (N=100)

Neben Abfragen zum Arbeitsbereich und -standort wurde die berufliche Bewegungsaktivität erhoben, um die Zielgruppe differenziert analysieren zu können. Hierbei zeigen die Daten ein eindeutiges Bild: Beiden Studiengruppen ist ein hoher Anteil sitzender Tätigkeiten im Berufsalltag gemein. So geben 76.9 % der IG2 und 82.2 % der IG1 an, „viel“ sitzende Tätigkeiten am Arbeitsplatz zu verrichten. Nur wenige Personen sitzen „eher mehr“ bzw. „eher wenig“ (vgl. Abbildung 22).

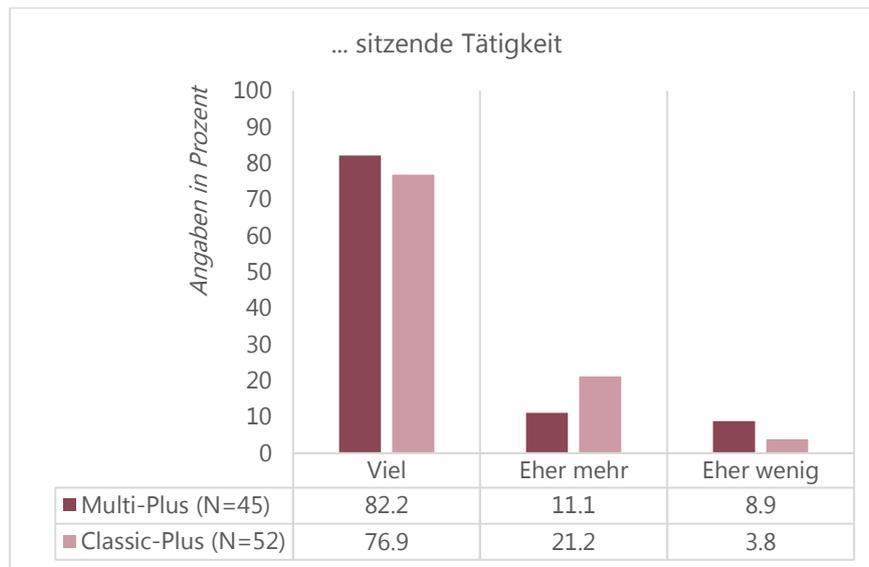


Abbildung 22: Deskriptiver Vergleich der sitzenden Tätigkeit am Arbeitsplatz zwischen den Studiengruppen (N=97)

Bei Betrachtung der mäßigen Aktivität am Arbeitsplatz fällt auf, dass in beiden Studiengruppen über die Hälfte der Probanden „keine“ oder „eher wenig“ Bewegung ausführt (vgl. Abbildung 23). Deskriptive ist ein annähernd normalverteilter Verlauf von „keiner“ bis „viel mäßiger Bewegung“ zu vermuten.

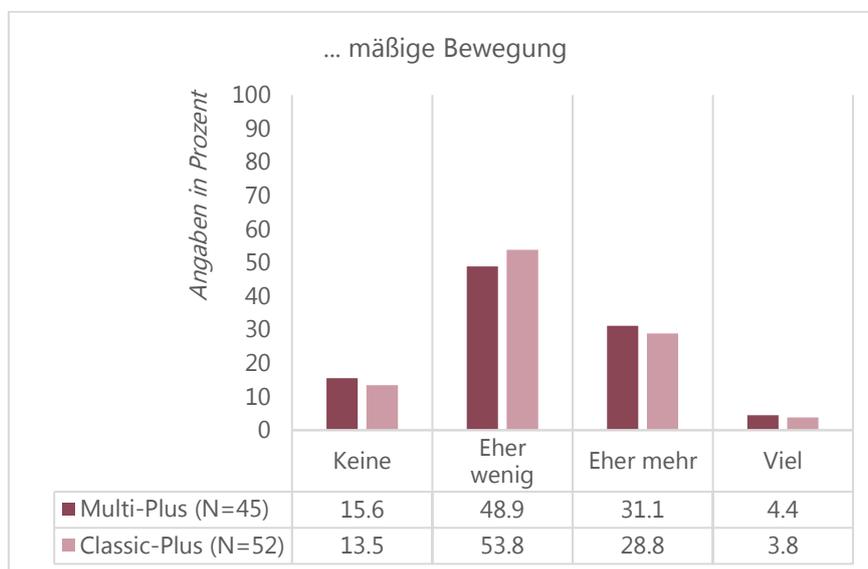


Abbildung 23: Deskriptiver Vergleich der mäßigen Bewegung am Arbeitsplatz zwischen den Studiengruppen (N=97)

Hinsichtlich der Angaben zur intensiven Aktivität am Arbeitsplatz fällt bei Betrachtung der Abbildung 24 auf, dass lediglich 1.9 % der Probanden aus IG2, bzw. keiner der IG1 angab, „eher

mehr“ intensiv körperlich im Berufsalltag tätig zu sein. Die Ausprägungen sind bei beiden Studiengruppen ähnlich verteilt: 75.6 % der IG1 und 73.1 % der IG2 geben an, „keine“ intensive Bewegung am Arbeitsplatz auszuführen.

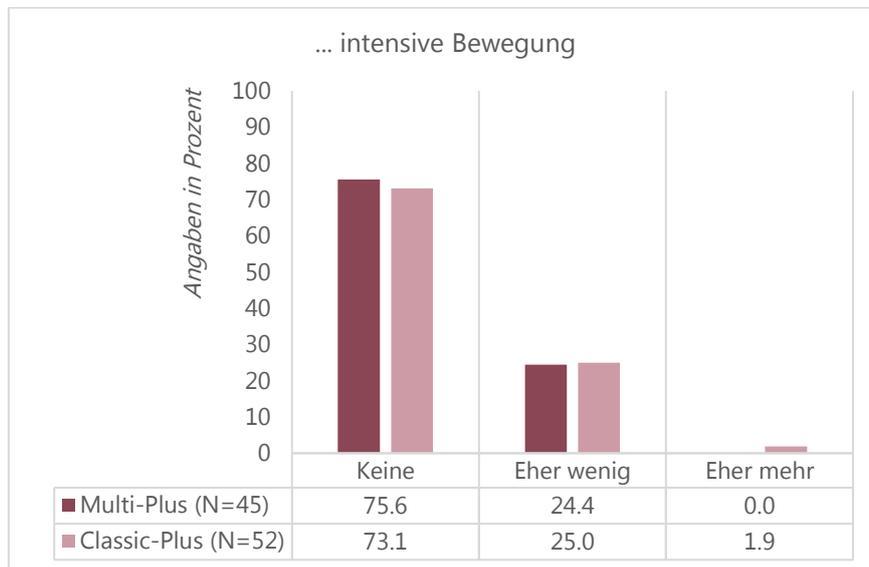


Abbildung 24: Deskriptiver Vergleich der intensiven Bewegung am Arbeitsplatz zwischen den Studiengruppen (N=97)

Als Ergänzung ist in Abbildung 25 die kumulierte Ausprägung der Berufsaktivität dargestellt.

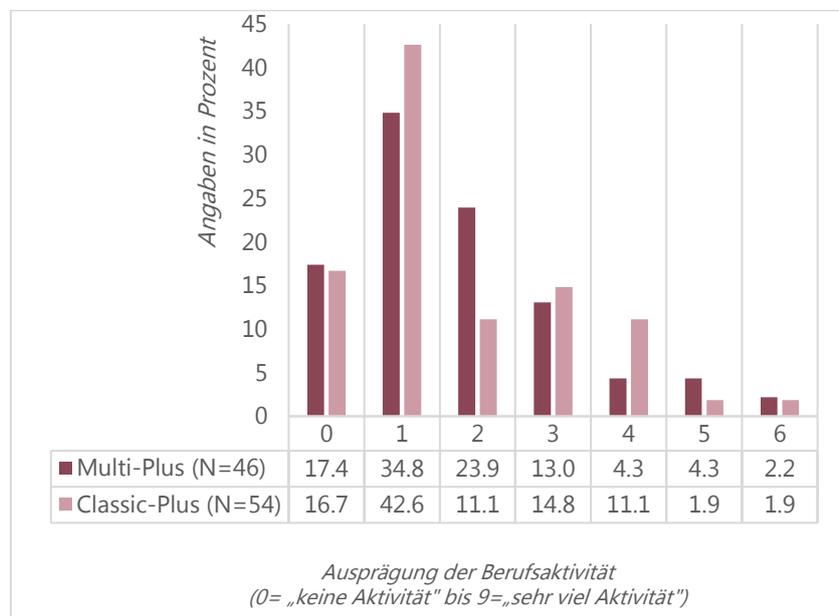


Abbildung 25: Deskriptiver Vergleich der Berufsaktivität zwischen den Studiengruppen (N=100)

Bei der Betrachtung ist eine deutlich linksschiefe Verteilung in Richtung geringer körperlicher Aktivität am Arbeitsplatz zu erkennen. Die Darstellung zeigt außerdem eine nahezu äquivalente Verteilung der Ausprägungen bei beiden Studiengruppen. Auffällig ist, dass keiner der Proban-

den den maximalen Summenwert von „9=sehr viel Aktivität“ erreicht. Nur ein geringer Prozentsatz übt eine mittlere körperliche Berufsaktivität (Summenwerte 4 bis 6) aus. In beiden Interventionsgruppen sind die höchsten Anteile in der zweitgeringsten Stufe zu verzeichnen (IG: 34.8 %; IG2: 42.6 %).

10.1.2 Determinanten der Verhaltensänderung

Im kommenden Kapitel werden die Ergebnisse zu den Determinanten der Verhaltensänderung ins Visier genommen, wobei die Ausprägungen von T1 als Grundlage dienen.

10.1.2.1 Biophysische Merkmale

Die folgenden deskriptiven Betrachtungen haben den Zweck, die untersuchte Stichprobe hinsichtlich verschiedener biophysischer Merkmale näher zu definieren. Es erfolgt eine Betrachtung der Bewegungs- und Sportaktivität, des motorischen Funktionsstatus sowie des subjektiven Gesundheitszustands.

Bewegungs- und Sportaktivität

Während der Berufsalltag der Studienteilnehmer kaum körperliche Betätigung zulässt, zeigt die deskriptive Analyse der Freizeitaktivität, dass die Probanden sich außerhalb ihrer Arbeit auffallend viel bewegen (vgl. Abbildung 26).

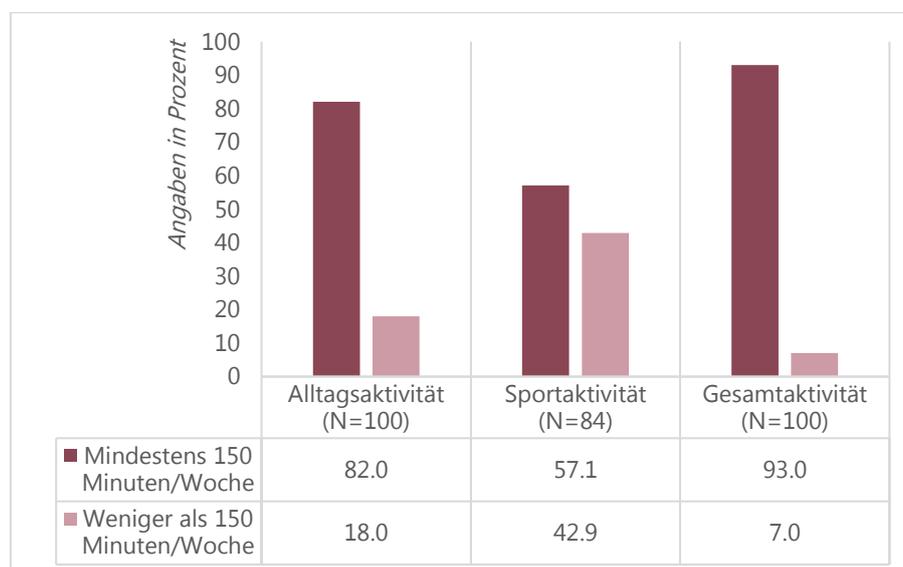


Abbildung 26: Verteilung der Stichprobe nach Aktivitätsniveau (N=100)

Hinsichtlich der Gesamtaktivität ist festzustellen, dass 93.0 % der Studienteilnehmer die von der WHO empfohlenen Angaben zur wöchentlichen Mindestaktivität erfüllen (Rütten & Pfeifer, 2016). Die differenzierte Analyse der beiden Kategorien „Alltagsaktivität“ und „Sportaktivität“ zeigt, dass 82.0 % der Befragten zumindest 150 Minuten pro Woche Tätigkeiten, wie bspw. Haus-, Garten- oder Pflegearbeit verrichten. Sportlich Aktive stellen mit 57.1 % ein etwas geringerer Anteil dar.

Motorischer Funktionsstatus

Die deskriptive Analyse des motorischen Funktionsstatus zeigt, dass der überwiegende Anteil der Teilnehmer (84.0 %) einen guten bis sehr guten Wert erreicht. Nur 16 % sind gemäß der Einteilung in Quartile den Bereichen „unfit“ oder „sehr unfit“ zuzuordnen (vgl. Abbildung 27). Zwischen den beiden Studiengruppen bestehen keine signifikanten Unterschiede ($T=-1.571$; $df=98$; $p=.121$)⁶⁶.

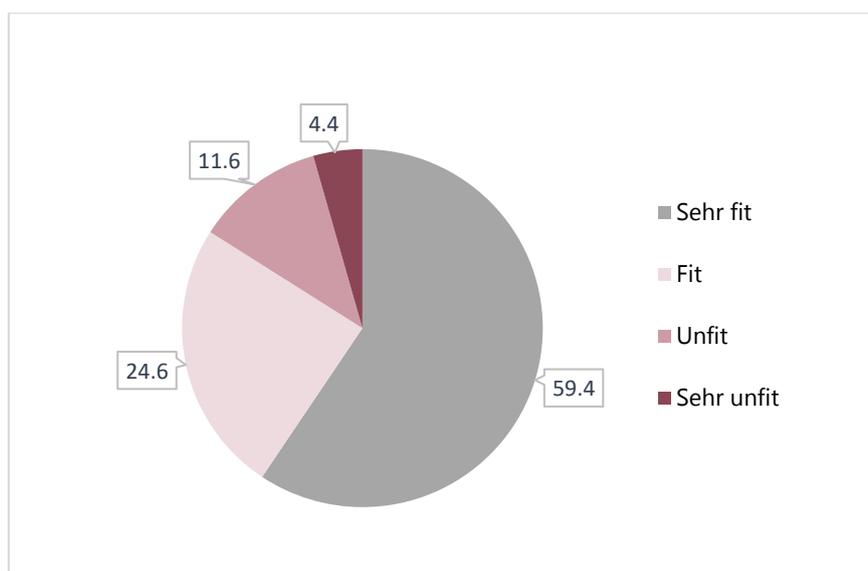


Abbildung 27: Verteilung der Stichprobe nach dem motorischen Funktionsstatus (N=69)

Auch in den Subskalen weisen die *Multi-Plus*- und *Classic-Plus*-Teilnehmer ähnliche Verteilungen auf. Die koordinativen Fähigkeiten bilden hierbei eine Ausnahme ($T=-3.390$; $df=98$; $p=.001$): Die Gruppe *Classic-Plus* weist im Vergleich zu *Multi-Plus* eine signifikant bessere Einschätzung ihrer koordinativen Fähigkeiten auf, wie in Abbildung 28 visualisiert⁶⁷.

⁶⁶ Da die Vergleichswerte erst ab einem Alter von 30 Jahren vorliegen, wurden alle Probanden unterhalb dieses Grenzwerts aus der Betrachtung ausgeschlossen. Bei fehlenden Angaben zum Alter war eine Gegenüberstellung des motorischen Funktionsstatus zu den Normwerten nicht möglich, weshalb diese ebenfalls unberücksichtigt blieben.

⁶⁷ Zur Erhebung des motorischen Funktionsstatus wurde die modifizierte Kurzsкала verwendet, weshalb für die einzelnen Subskalen kein alters- und geschlechtsspezifischer Vergleich mit den Normwerten möglich war. Die Kategoriebildung erfolgte anhand einer Unterteilung der Summenscores in Quartile.

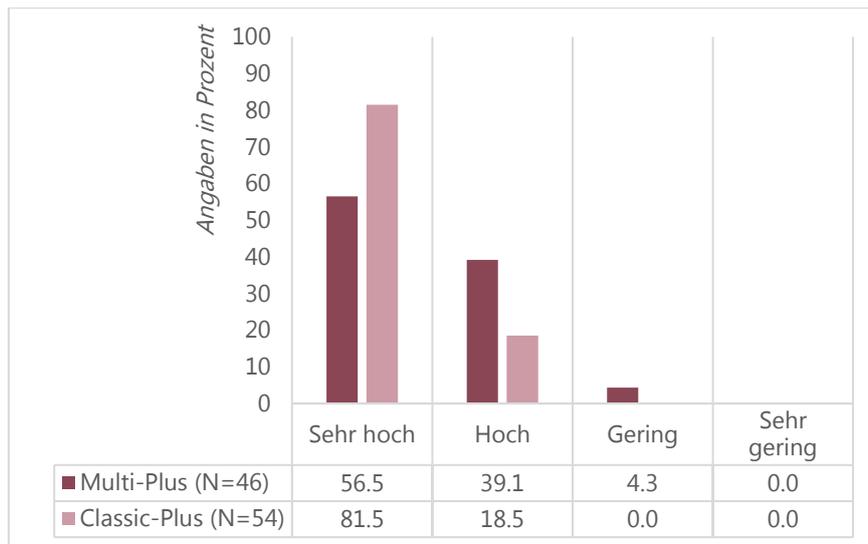


Abbildung 28: Deskriptiver Vergleich der koordinativen Fähigkeiten zwischen den Studiengruppen (N=100)

Subjektiver Gesundheitszustand

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands fällt bei den meisten Teilnehmern „gut“ (67.0 %) aus. Die übrigen Prozentwerte verteilen sich auf die beiden Kategorien „sehr gut“ und „weder noch“. Nur 2.0 % der Teilnehmer nehmen eine schlechte Bewertung ihres Gesundheitszustands vor, eine sehr schlechte Ausprägung ist nicht vorhanden.

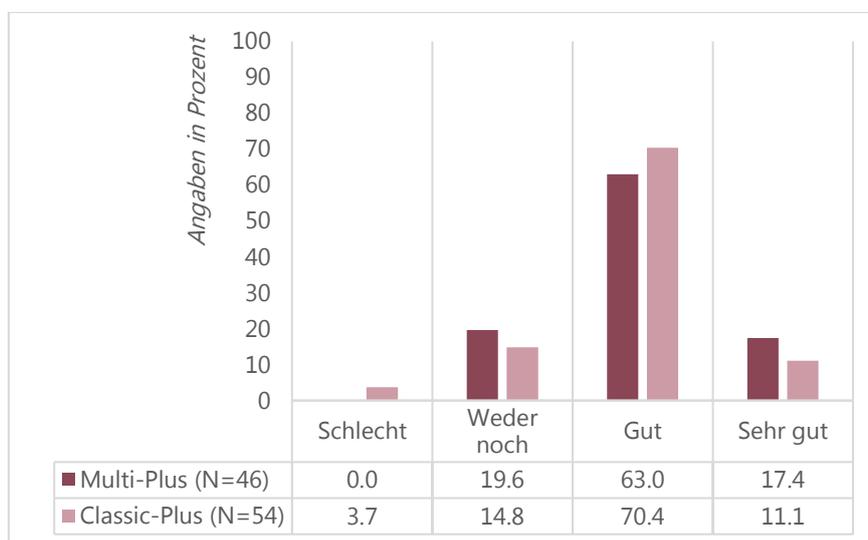


Abbildung 29: Deskriptiver Vergleich des Gesundheitszustands zwischen den Studiengruppen (N=100)

In Abbildung 29 ist die Analyse des Gesundheitszustands differenziert nach Studiengruppe dargestellt. Daraus lässt sich erkennen, dass sich die *Multi-Plus* und *Classic-Plus* in ihrer Ausprägung ähneln.

10.1.2.2 Psychosoziale Merkmale

In den nachstehenden Abschnitten liegt der Fokus auf der deskriptiven Darstellung der psychosozialen Merkmalsausprägungen.

Soziale Unterstützung

In Tabelle 21 ist die wahrgenommene soziale Unterstützung auf Itemebene dargestellt, wobei sowohl die Gesamtmittelwerte als auch die Ausprägungen differenziert nach Studiengruppe integriert werden.

Tabelle 21: Sportbezogene soziale Unterstützung zu T1 differenziert nach Studiengruppe

		N	MW	SD	p	
1	... führen die Aktivpause zusammen mit mir durch.	Multi-Plus	45	3.67	0.67	.119
		Classic-Plus	53	3.45	0.67	
		Gesamt	98	3.55	0.68	-
2	... nehmen Rücksicht darauf, dass ich Aktivpausen durchführe.	Multi-Plus	44	3.57	0.73	.008
		Classic-Plus	52	3.10	0.93	
		Gesamt	96	3.31	0.87	-
3	... fordern mich auf, bei der Aktivpause mitzumachen oder weiterzumachen.	Multi-Plus	45	3.07	1.07	.560
		Classic-Plus	52	2.94	1.02	
		Gesamt	97	3.00	1.04	-
4	... machen mir das Angebot, gemeinsam Aktivpausen durchzuführen.	Multi-Plus	45	3.49	0.79	.090
		Classic-Plus	52	3.21	0.80	
		Gesamt	97	3.34	0.80	-
5	... unterstützen mich praktisch (z. B. bei Terminkonflikten), damit ich Aktivpausen durchführen kann.	Multi-Plus	44	2.55	1.00	.178
		Classic-Plus	51	2.25	1.07	
		Gesamt	95	2.39	1.04	-
6	... ermutigen mich dazu, an der Durchführung der Aktivpause fest zuhalten und nicht aufzugeben.	Multi-Plus	42	2.79	1.05	.550
		Classic-Plus	49	2.65	1.05	
		Gesamt	91	2.71	1.05	-
7	... erinnern mich daran, die Aktivpause regelmäßig durchzuführen.	Multi-Plus	45	3.18	0.96	0.236
		Classic-Plus	49	2.96	0.82	
		Gesamt	94	3.06	0.89	-

*Ankerwerte: 1=„(fast) nie“ bis 4= „(fast) immer“

Deskriptiv fällt auf, dass sich die Gruppen in der überwiegenden Anzahl der Items nur unwesentlich voneinander unterscheiden. Der höchste Gesamtmittelwert ist für Item 1 ($MW_{ges}=3.55$, $SD=0.68$), der geringste für Item 5 ($MW_{ges}=2.39$, $SD=1.04$) auszumachen. Eine Analyse mittels T-Test ergibt ausschließlich für Item 2 ein signifikantes Ergebnis: Demzufolge nehmen *Multi-Plus*-Teilnehmer bereits zu T1 eine höhere Rücksichtnahme durch ihre Arbeitskollegen wahr als *Classic-Plus*-Teilnehmer ($T=2.723$; $df=94$; $p=.008$).

Emotionales Befinden

Das Auftreten positiver Emotionen während der *Aktivpausen* kommt deutlich häufiger vor als die Wahrnehmung negativer Gefühle (Erfassung zu T2, vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22: Emotionales Befinden während der Aktivpause zu T2 differenziert nach Studiengruppe

			N	MW	SD	p
1	Freude	Multi-Plus	46	1.52	0.62	.606
		Classic-Plus	51	1.59	0.64	
		Gesamt	97	1.56	0.63	-
2	Stolz	Multi-Plus	46	2.87	0.96	.876
		Classic-Plus	50	2.90	0.95	
		Gesamt	96	2.89	0.95	-
3	Zufriedenheit	Multi-Plus	46	1.52	0.62	.250
		Classic-Plus	51	1.69	0.76	
		Gesamt	97	1.61	0.70	-
4	Glück	Multi-Plus	46	2.20	1.03	.356
		Classic-Plus	50	2.38	0.92	
		Gesamt	96	2.29	0.97	-
5	Überraschung	Multi-Plus	46	2.89	0.74	.075
		Classic-Plus	50	3.18	0.83	
		Gesamt	96	3.04	0.79	-
6	Langeweile	Multi-Plus	46	3.67	0.52	.553
		Classic-Plus	50	3.74	0.57	
		Gesamt	96	3.71	0.54	-
7	Selbstbestätigung	Multi-Plus	46	2.50	0.81	.035
		Classic-Plus	50	2.86	0.83	
		Gesamt	96	2.69	0.84	-
8	Ärger	Multi-Plus	46	3.89	0.38	.901
		Classic-Plus	50	3.90	0.30	
		Gesamt	96	3.90	0.34	-
9	Enttäuschung	Multi-Plus	46	3.83	0.44	.675
		Classic-Plus	50	3.86	0.35	
		Gesamt	96	3.84	0.39	-
10	Mutlosigkeit/ Resignation	Multi-Plus	46	3.91	0.29	.927
		Classic-Plus	49	3.92	0.28	
		Gesamt	95	3.92	0.28	-
11	Unzufriedenheit	Multi-Plus	46	3.74	0.54	.282
		Classic-Plus	50	3.84	0.37	
		Gesamt	96	3.79	0.46	-

*Ankerwerte: 1=„immer“ bis 4=„nie“

Interessanterweise unterscheiden sich die Studiengruppen in keiner der Empfindungen bedeutsam, bis auf Item 7: IG1 erfährt signifikant mehr Selbstbestätigung während der *Aktivpause*-Durchführung als IG2. Für die positiven Emotionen Freude ($MW_{ges}=1.56$, $SD=0.63$) und Zufriedenheit ($MW_{ges}=1.61$, $SD=0.70$) ist ein besonders häufiges Auftreten zu konstatieren, aber auch Glück wird oft empfunden. Die Werte für Stolz liegen auf einem mittleren Niveau gemeinsam mit den neutralen Gefühlszuständen Überraschung und Selbstbestätigung. Alle anderen Emotionen treten während der *Aktivpause*-Einheiten selten oder gar nicht auf.

10.1.3 Variablen des MoVo-Modells

In den beiden nachstehenden Kapiteln liegt der Fokus auf der Betrachtung der MoVo-Variablenausprägungen zu T1.

10.1.3.1 Motivationale Variablen

Mit Blick auf die motivationalen Variablen werden die Intention, Selbstkongordanz, Selbstwirksamkeit und die Konsequenzerwartungen deskriptiv untersucht.

Intention und Selbstkongordanz

Voraussetzung zur Studienteilnahme war eine hohe Absicht, dreimal wöchentlich Bewegungspausen am Arbeitsplatz durchzuführen. Zur Überprüfung dieser Vorgabe wurde zu T1 die Intentionsbildung abgefragt (vgl. Abbildung 30).

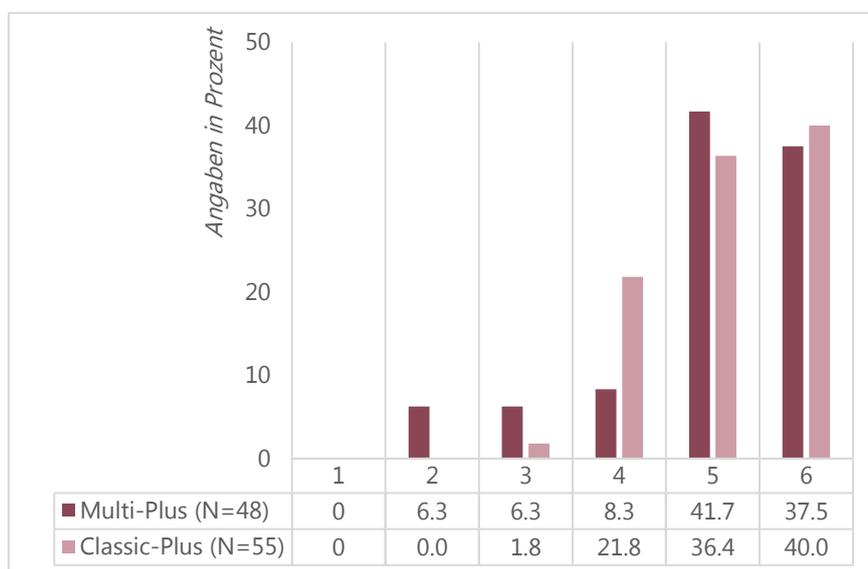


Abbildung 30: Deskriptiver Vergleich der Intention zwischen den Studiengruppen (N=103)

Die Ergebnisse zeigen, dass die Probanden unabhängig der Studiengruppe eine hohe Intention aufweisen: 87.5 % der *Multi-Plus* und 98.2 % *Classic-Plus*-Teilnehmer geben bei der sechsstufigen Skala einen Wert von 4 oder höher an.

Deskriptiv betrachtet zeigt IG2 in der Tendenz eine höhere Intention als IG1. Diese Beobachtung wird durch den T-Test nicht bestätigt ($T=-0.885$; $df=101$; $p=.441$).

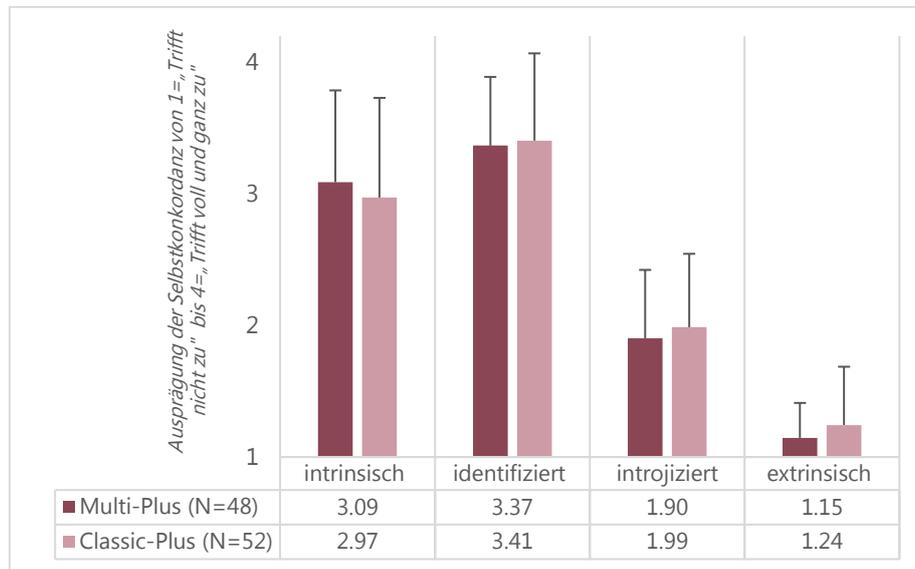


Abbildung 31: Deskriptiver Vergleich der Selbstkonkordanz zwischen den Studiengruppen auf Subskalenebene ($N=100$)

Für die Selbstkonkordanz sind der Abbildung 31 Mittelwerte von 2.97 ($SD=0.66$) bis 3.41 ($SD=0.56$) für die intrinsischen und identifizierten Subskalen zu entnehmen. Demgegenüber resultieren für den introjierten und extrinsischen Modus deutlich geringere Ausprägungen, welche im Mittel von 1.15 ($SD=0.27$) bis 1.99 ($SD=0.76$) reichen. Die Studienteilnehmer geben folglich vor allem für die beiden intrinsischen Modi eine hohe Zustimmung an. Nur ein Bruchteil vergibt für die zur extrinsische bzw. introjierte Dimension zugehörigen Items hohe Werte. Die beiden Studiengruppen unterscheiden sich unwesentlich in ihren Angaben. Es kann geschlossen werden, dass der überwiegende Großteil der Probanden aus eigenem Antrieb heraus am Programm teilnimmt.

Selbstwirksamkeit

Abbildung 32 zeigt das Ausgangsniveau der Selbstwirksamkeit differenziert nach *Multi-Plus* und *Classic-Plus*.

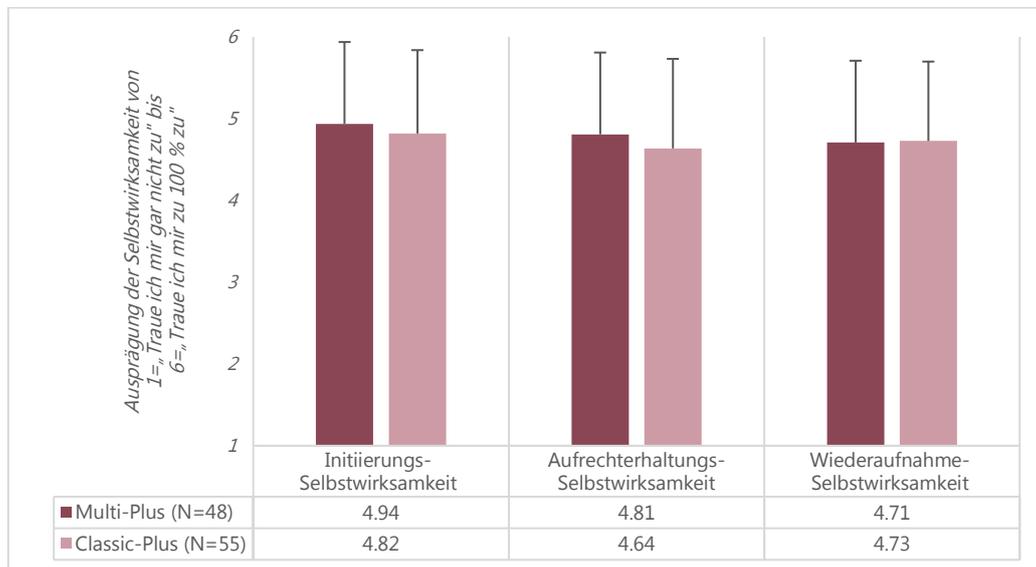


Abbildung 32: Deskriptiver Vergleich der Selbstwirksamkeit zwischen den Studiengruppen (N=103)

Für die drei Formen Initiierungs-, Aufrechterhaltungs- und Wiederaufnahmeselbstwirksamkeit bestehen losgelöst von der Studiengruppe hohe Ausprägungen, wie die Ergebnisse mit einer Spanne von 4.64 (SD=1.09) bis 4.94 (SD=1.24) verdeutlichen. Hierbei vergeben die Teilnehmer für die Initiierungs-Selbstwirksamkeit die höchsten Werte. Infolgedessen ist der Glaube, die *Aktivpausen* ab sofort dreimal wöchentlich durchzuführen tendenziell stärker ausgeprägt als der Gedanke, das Zielverhalten auch über mehrere Monate hinweg aufrecht zu erhalten oder es nach einer längeren Pause wiederaufzunehmen.

Konsequenzerwartungen

Bezugnehmend auf die Konsequenzerwartungen ist festzuhalten, dass die Teilnehmer unabhängig ihrer Studiengruppe hohe Werte für die positiven Items (IG1: MW=3.14, SD=0.39; IG2: MW=3.15, SD=0.44) und niedrige Angaben für die negativen Ausprägungen (IG1: MW=1.46, SD=0.37; IG2: MW=1.55, SD=0.38) vornehmen. Demnach versprechen sich die Probanden überwiegend Vorteile durch die Programmteilnahme, während negative Folgen (z. B. zu wenig Zeit für andere Dinge oder Furcht vor Misserfolgen) nur in geringem Maße befürchtet werden (vgl. Abbildung 33).

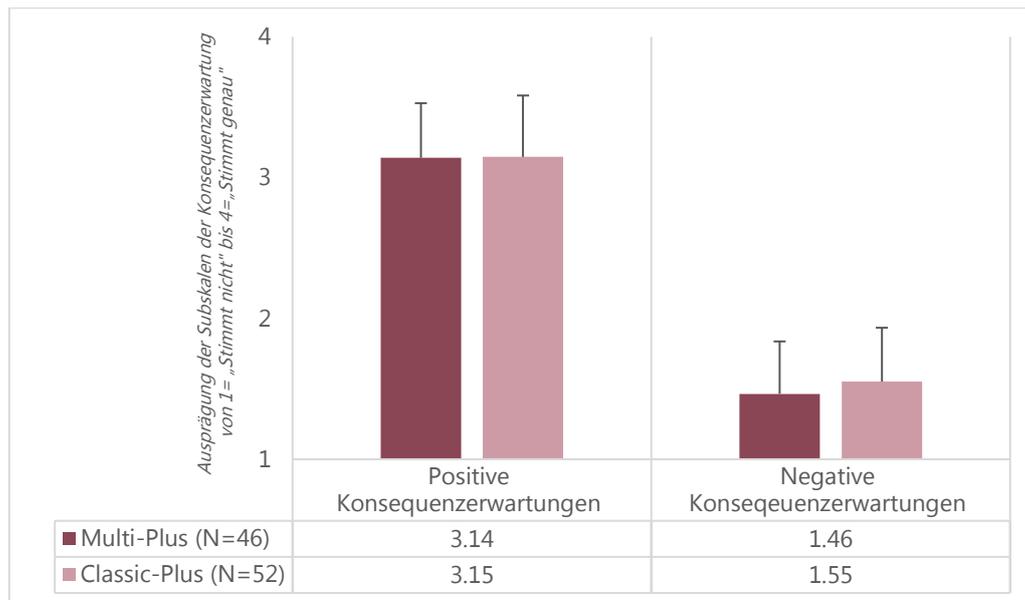


Abbildung 33: Deskriptiver Vergleich der Konsequenzerwartungen zwischen den Studiengruppen auf Subskalenebene (N=98)

Eine Analyse auf Itemebene ergibt besonders positive Einschätzungen für folgende Aspekte: Die Teilnehmer haben das Empfinden, etwas Gutes für ihre Gesundheit zu tun ($MW_{ges}=3.75$, $SD=0.50$) und fühlen sich nach der *Aktivpause* wohler ($MW_{ges}=3.65$, $SD=0.57$). Außerdem geben sie an, belastbarer für den Alltag zu werden ($MW_{ges}=2.99$, $SD=0.81$) und den sozialen Kontakt mit den Kollegen zu genießen ($MW_{ges}=3.57$, $SD=0.64$). Für die negativen Konsequenzerwartungen ergeben sich insgesamt niedrige Ausprägungen, wobei die Furcht vor Misserfolgen ($MW_{ges}=1.17$, $SD=0.43$) und die Angst vor Verletzungen ($MW_{ges}=1.14$, $SD=0.38$) besonders gering eingeschätzt werden.

10.1.3.2 Volitionale Variablen

Als volitionale Variablen werden die Planungstiefe, die perzipierten Barrieren, das Barrierenmanagement sowie die Rückfallprävention einbezogen.

Planungstiefe

Bezüglich der Handlungsplanung resultieren für die einzelnen Items Werte auf einem mittleren Niveau, wie in Tabelle 23 dargestellt. Insgesamt betrachtet kann festgehalten werden, dass die Einschätzungen zur Handlungsplanung (Items 1 bis 5) im Durchschnitt etwas positiver ausfallen als jene zur Bewältigungsplanung (Items 6 bis 9). An erster Stelle steht die Bewertung des Items 2 ($MW_{ges}=3.12$, $SD=1.00$) und 5 ($MW_{ges}=3.15$, $SD=1.06$), d. h. am konkretesten geplant sind zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung wo und mit wem die Bewegungspausen durchgeführt werden. Geringe Ausprägungen ergeben sich für die Items 6 ($MW_{ges}=2.13$, $SD=0.95$), 8 ($MW_{ges}=2.09$, $SD=0.94$) und 9 ($MW_{ges}=2.17$, $SD=1.01$).

Die Teilnehmer fühlen sich demnach zu T1 nicht oder nur geringfügig in der Lage, in schwierigen Situationen Gegenmaßnahmen einzusetzen, um den eigenen Vorsätzen treu zu bleiben. Sie haben wenig konkrete Ideen, was sie tun werden, falls einmal eine Einheit ausgesetzt wurde oder wann sie besonders aufpassen müssen, um die *Aktivpause* nicht zu verpassen. IG1 und IG2 unterscheiden sich hierbei in keinem der Items signifikant.

Tabelle 23: Planungstiefe zu T1 differenziert nach Studiengruppe

			N	MW	SD	p
1	... wann ich Aktivpausen durchführen werde.	Multi-Plus	47	2.45	1.12	.116
		Classic-Plus	55	2.11	1.03	
		Gesamt	102	2.26	1.08	-
2	... wo ich Aktivpausen durchführen werde.	Multi-Plus	48	3.23	0.97	.299
		Classic-Plus	55	3.02	1.03	
		Gesamt	103	3.12	1.00	-
3	... wie ich Aktivpausen durchführen werde.	Multi-Plus	47	2.38	0.92	.791
		Classic-Plus	54	2.33	0.95	
		Gesamt	101	2.36	0.93	-
4	... wie oft ich Aktivpausen durchführen werde.	Multi-Plus	46	2.91	0.96	.247
		Classic-Plus	54	2.69	0.99	
		Gesamt	100	2.79	0.98	-
5	... mit wem ich Aktivpausen durchführen werde.	Multi-Plus	47	3.19	1.10	.706
		Classic-Plus	54	3.11	1.04	
		Gesamt	101	3.15	1.06	-
6	... was ich tun werde, wenn einmal etwas dazwischen kommt.	Multi-Plus	47	2.21	0.95	.425
		Classic-Plus	51	2.06	0.95	
		Gesamt	98	2.13	0.95	-
7	... wie ich damit umgehen kann, wenn ich mal ausgesetzt habe.	Multi-Plus	45	2.38	1.05	.208
		Classic-Plus	53	2.11	1.01	
		Gesamt	98	2.23	1.03	-
8	... was ich in schwierigen Situationen tun kann, um meinen Vorsätzen treu zu bleiben.	Multi-Plus	47	2.13	0.92	.709
		Classic-Plus	53	2.06	0.97	
		Gesamt	100	2.09	0.94	-
9	... wann ich besonders aufpassen muss, um nicht auszusetzen.	Multi-Plus	47	2.11	0.94	.544
		Classic-Plus	52	2.23	1.08	
		Gesamt	99	2.17	1.01	-

*Ankerwerte: 1=„stimmt nicht“ bis 4= „stimmt genau“

Perzipierte Barrieren

Die Abfrage von Barrieren, welche die *Aktivpause*-Durchführung behindern, zeigt, dass die Probanden insgesamt nur wenig Hemmnisse befürchteten: Für die drei Subskalen resultieren arithmetische Mittel von 1.67 (IG1: SD=0.57, IG2: SD=0.44) bis 2.12 (SD=1.09) bei einem maximalen Ausmaß von 4. Dementsprechend kreuzen die meisten Teilnehmer Angaben im unteren Feld an. Die geringsten Barrieren werden im organisatorischen Bereich (IG1: MW=1.67, SD=0.57; IG2: MW=1.67, SD=0.44) wahrgenommen, die höchsten für körperliche Einschränkungen (IG1: MW=2.12, SD=1.09; IG2: MW=2.09, SD=0.91). Infolgedessen gehen die Probanden eher davon aus, dass bspw. Verletzungen oder Krankheiten an der Teilnahme hindern als dass organisatorische Probleme, wie z. B. terminliche Überschneidungen oder Zeitdruck davon abhalten könnten (vgl. Abbildung 34). Es resultieren keine signifikanten Unterschiede für die beiden Interventionsgruppen.

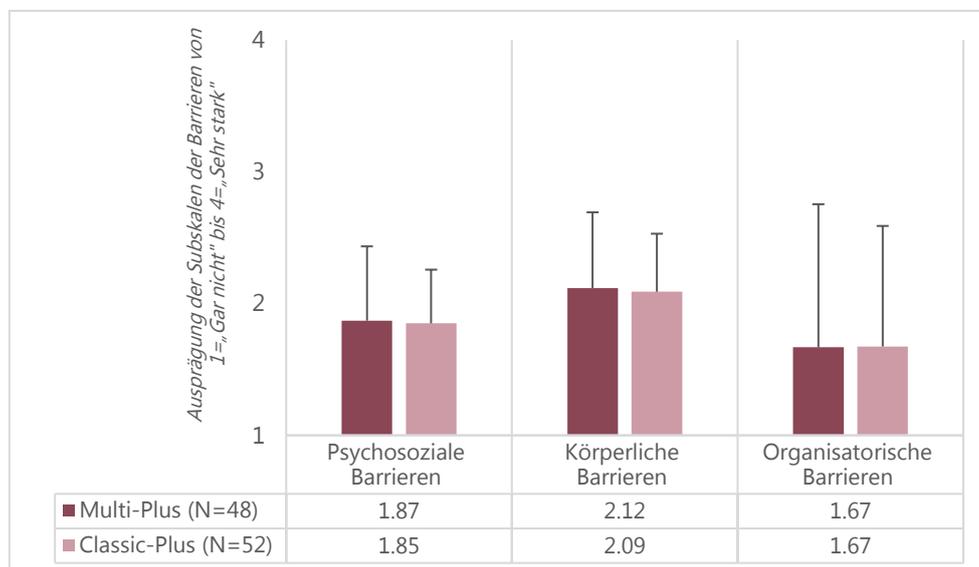


Abbildung 34: Deskriptiver Vergleich der Barrieren zwischen den Studiengruppen auf Subskalenebene (N=100)

Auf Itemebene wird ersichtlich, dass Niedergeschlagenheit ($MW_{ges}=1.37$, $SD=0.60$) und schlechte Laune ($MW_{ges}=1.34$, $SD=0.61$) kaum als Barrieren wahrgenommen werden. Ebenso wenig fühlen sich die Teilnehmer durch ungeeignete Kleidung beeinträchtigt ($MW_{ges}=1.30$, $SD=0.66$) oder in Anwesenheit anderer Personen unwohl ($MW_{ges}=1.35$, $SD=0.70$). Demgegenüber werden Terminkonflikte ($MW_{ges}=2.80$, $SD=0.97$) und ein hohes Arbeitspensum ($MW_{ges}=2.66$, $SD=0.92$) als größeres Hindernis wahrgenommen. Ein vergleichsweise hoher Wert resultiert außerdem für den Fall einer Krankheit ($MW_{ges}=2.47$, $SD=1.18$).

Barrierenmanagement und Rückfallprävention

Interessant ist im Weiteren die Identifikation derjenigen Gegenstrategien, die nicht nur als sinnvoll erachtet, sondern tatsächlich auch eingesetzt werden, wenn Problemsituationen auftreten. In Tabelle 24 sind die Ausprägungen auf Itemebene aufgeführt.

Tabelle 24: Anwendung von Gegenstrategien zu T1 differenziert nach Studiengruppe

		N	MW	SD	p	
1	... verabrede ich mich mit Arbeitskolleg/innen zu regelmäßigen Aktivpausen.	Multi-Plus	45	1.98	0.15	.323
		Classic-Plus	49	2.00	0.00	
		Gesamt	94	1.99	0.10	
2	... wähle ich eine passende Kleidung für die Aktivpause.	Multi-Plus	44	1.59	0.50	.080
		Classic-Plus	49	1.41	0.50	
		Gesamt	93	1.49	0.50	
3	... schreibe ich den Termin auf.	Multi-Plus	45	1.91	0.29	.333
		Classic-Plus	51	1.96	0.20	
		Gesamt	96	1.94	0.24	
4	... nehme ich mir vor, mir danach etwas Schönes zu gönnen.	Multi-Plus	43	1.12	0.32	.198
		Classic-Plus	48	1.04	0.20	
		Gesamt	91	1.08	0.27	
5	... vermeide ich Situationen, die mich von der Aktivpause abhalten könnten (z. B. Gespräche mit Arbeitskolleg/innen).	Multi-Plus	43	1.56	0.50	.899
		Classic-Plus	49	1.57	0.50	
		Gesamt	92	1.57	0.50	
6	... betrachte ich die Aktivpause als genauso wichtig wie andere Termine.	Multi-Plus	44	1.64	0.49	.528
		Classic-Plus	49	1.57	0.50	
		Gesamt	93	1.60	0.49	
7	... wähle ich Übungen, die ich in meiner Verfassung durchführen kann (z. B. bei körperlichen Beschwerden).	Multi-Plus	42	1.95	0.22	.742
		Classic-Plus	47	1.94	0.25	
		Gesamt	89	1.94	0.23	
8	... halte ich mir noch einmal die Vorteile der Aktivpause vor Augen.	Multi-Plus	42	1.71	0.46	.185
		Classic-Plus	48	1.83	0.38	
		Gesamt	90	1.78	0.42	
9	... versuche ich, mich in eine Stimmung zu versetzen, in der ich Lust auf körperliche Aktivität habe.	Multi-Plus	41	1.66	0.48	.746
		Classic-Plus	48	1.63	0.49	
		Gesamt	89	1.64	0.48	
10	... lege ich mir alle Materialien griffbereit zur Seite (z. B. Übungskärtchen).	Multi-Plus	42	1.60	0.50	.493
		Classic-Plus	46	1.52	0.51	
		Gesamt	88	1.56	0.50	
11	... fange ich gar nicht erst an, darüber nachzudenken, was ich anstatt der Aktivpause tun könnte.	Multi-Plus	42	1.64	0.48	.965
		Classic-Plus	47	1.64	0.49	
		Gesamt	89	1.64	0.48	
12	... teile ich Arbeitskolleg/innen mein Vorhaben mit.	Multi-Plus	44	1.68	0.47	.151
		Classic-Plus	48	1.81	0.39	
		Gesamt	92	1.75	0.44	
13	... suche ich bei räumlichen Problemen eine Alternative (z. B. anderen Raum suchen).	Multi-Plus	43	1.86	0.35	.901
		Classic-Plus	47	1.85	0.36	
		Gesamt	90	1.86	0.35	
14	... denke ich an das schlechte Gewissen, das ich hätte, wenn ich nicht zur Aktivpause ginge.	Multi-Plus	43	1.35	0.48	.667
		Classic-Plus	49	1.31	0.47	
		Gesamt	92	1.33	0.47	
15	... versuche ich unangenehme Situationen als Herausforderung zu sehen (z. B. Coach nicht anwesend).	Multi-Plus	43	1.60	0.49	.932
		Classic-Plus	47	1.60	0.50	
		Gesamt	90	1.60	0.49	

*Ankerwerte: 1=„mache ich nicht“ bis 2= „mache ich“

Für die beiden Subskalen ergeben sich Gesamtmittelwerte von 1.77 (präventive Gegenstrategien) bzw. 1.59 (akute Gegenstrategien), wobei keine signifikanten Unterschiede resultieren.

Auf Itemebene zeigt sich insbesondere für Item 1 ($MW_{ges}=1.99$, $SD=0.10$), Item 3 ($MW_{ges}=1.94$, $SD=0.24$) und Item 7 ($MW_{ges}=1.94$, $SD=0.23$) hohe Skalenmittelwerte. Die Teilnehmer verabreden sich demzufolge mit ihren Arbeitskollegen, um die *Aktivpausen* nicht zu verpassen und schreiben sich den Termin auf. Darüber hinaus wählen sie Übungen aus, die sie in ihrer körperlichen Verfassung durchführen können. Weniger häufig werden motivationale Strategien angewandt, bspw. sich nach der *Aktivpause* etwas Schönes zu gönnen ($MW_{ges}=1.08$, $SD=0.27$) oder an das schlechte Gewissen zu denken, wenn die Einheit verpasst wird ($MW_{ges}=1.33$, $SD=0.47$). Die Gruppen unterscheiden sich in keinem der Items überzufällig voneinander.

Abbildung 35 stellt die deskriptiven Ergebnisse der Rückfallprävention differenziert nach Studiengruppe im Überblick dar.

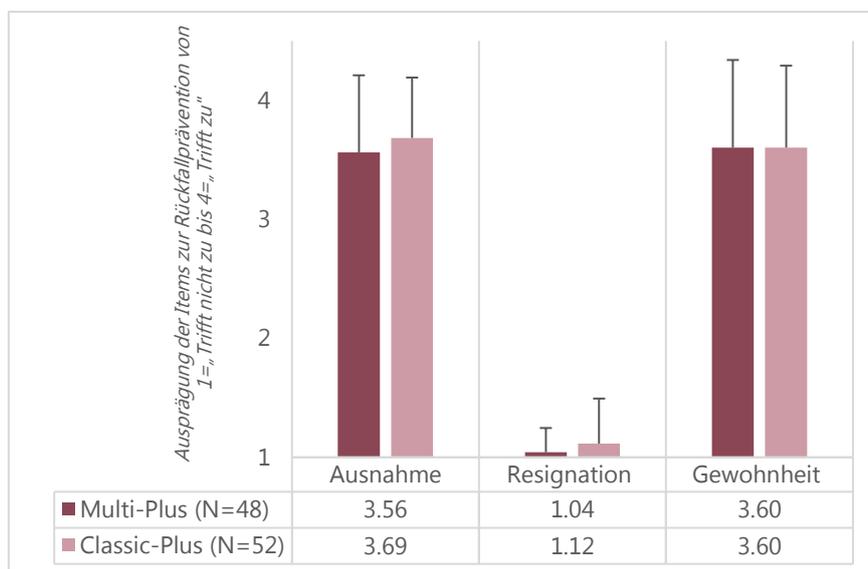


Abbildung 35: Deskriptiver Vergleich der Maßnahmen zur Rückfallprävention zwischen den Studiengruppen auf Itemebene (N=100)

Es zeigt sich, dass die Werte für IG1 und IG2 ähnlich ausfallen, was durch den Signifikanztest bestätigt wird. Für die beiden Items „Ausnahme“ (IG1: $MW=3.56$, $SD=0.20$; IG2: $MW=3.69$, $SD=0.38$) und „Gewohnheit“ (IG1: $MW=3.60$, $SD=0.74$; IG2: $MW=3.60$, $SD=0.69$) ergeben sich hohe Mittelwertausprägungen. Es wird geschlussfolgert, dass die Teilnehmer eine nicht wahrgenommene *Aktivpause* als Ausnahme betrachten und wie gewohnt zum nächsten Termin erscheinen. Dies deckt sich mit dem Ergebnis, dass die Teilnehmer nach einer verpassten Einheit nicht resignieren (IG1: $MW=1.04$, $SD=0.20$; IG2: $MW=1.12$, $SD=0.38$).

10.1.4 Durchführung von Aktivpausen im Interventionsverlauf

Vor Interventionsstart (T1) führten die Studienteilnehmer im Mittel weit unter einer *Aktivpause* je Woche durch, wobei keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen ($T=0.160$; $df=101$; $p=.874$). Während des Interventionszeitraums erreicht IG1 mit durchschnittlich 2.1 *Aktivpausen* pro Woche einen signifikant höheren Mittelwert als IG2 mit 1.4 ($T=6.110$; $df=100$; $p<.001$), wie aus Tabelle 25 ersichtlich ist.

Tabelle 25: Mittelwerte durchgeführter Aktivpausen vor und während der Intervention differenziert nach Studiengruppe

Studiengruppe	vor der Intervention			während der Intervention		
	MW	SD	p	MW	SD	p
Multi-Plus (N=48)	0.57	1.04	.874	2.10	0.59	<.001
Classic-Plus (N=55)	0.55	0.70		1.36	0.67	

Zur Analyse des wöchentlichen Durchführungsverhaltens erfolgt eine Betrachtung der im Mittel je Kalenderwoche realisierten *Aktivpausen*. In Abbildung 36 ist die wöchentliche Anzahl differenziert nach Studiengruppe ab Start der Intervention für den 20-wöchigen Zeitraum dargestellt (KW 20 bis KW 39). Um eine tiefergehende Analyse und Rückschlüsse über das Durchführungsverhalten zu ermöglichen, sind die Interventionsbausteine sowie die Pfingst- und Sommerferien im Zeitverlauf ebenfalls grafisch integriert.

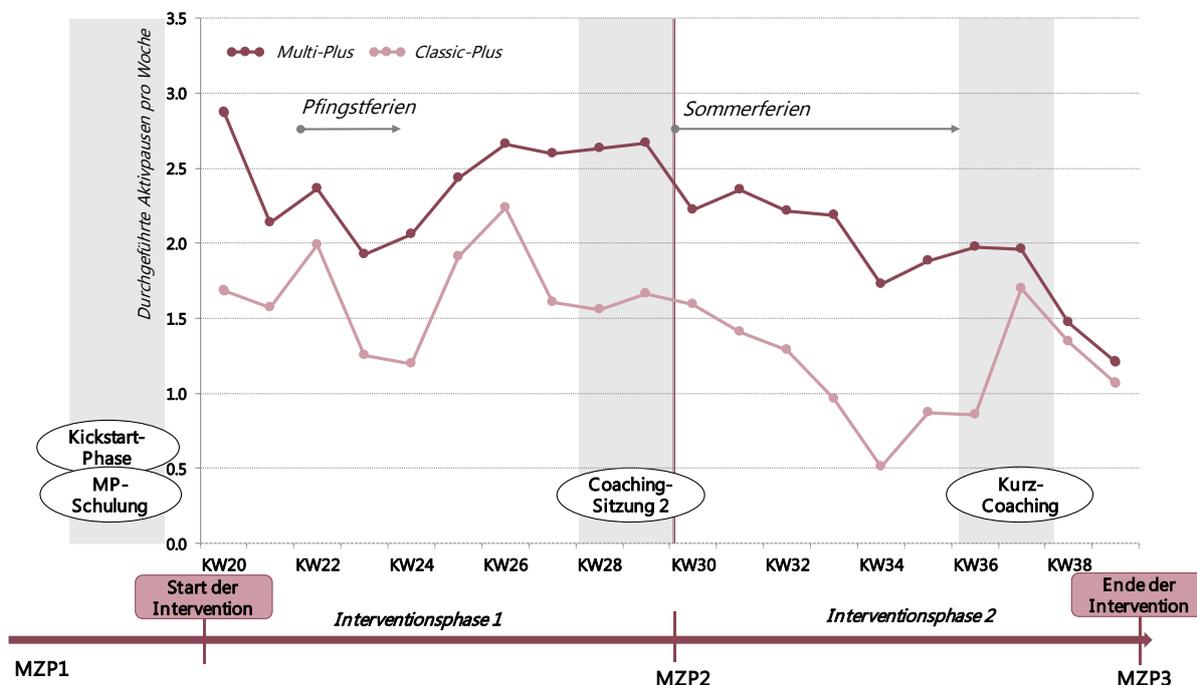


Abbildung 36: Wöchentlich durchgeführte Aktivpausen im Interventionsverlauf differenziert nach Studiengruppe (N=93)

Bei Betrachtung von Abbildung 36 fällt auf, dass die Probanden unabhängig ihrer Gruppenzugehörigkeit im gesamten Zeitraum eine höhere Anzahl an *Aktivpausen* realisieren als vor der Intervention. Bereits in der ersten Studienwoche zeigt sich eine deutlich höhere Durchführung, wobei IG1 eine signifikant häufigere Realisierung gelingt als IG2 ($T=5.096$; $df=81$; $p<.001$). Im weiteren Interventionsverlauf sind Höhen und Tiefen erkennbar, allerdings zeigt IG1 im Vergleich zu IG2 konstant höhere Werte: Bei 14 der 20 Interventionswochen (70.0 %) sind signifikant höhere Werte für IG1 zu vermerken (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Mittelwerte der wöchentlich durchgeführten *Aktivpausen* im Interventionsverlauf differenziert nach Studiengruppe

		Gesamt			Multi-Plus			Classic-Plus			p
		N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD	
Interventionsphase 1	KW 20	83	2.24	1.22	39	2.87	1.01	44	1.68	1.12	<.001
	KW 21	84	1.84	1.15	40	2.14	1.12	44	1.57	1.13	.023
	KW 22	80	2.14	1.20	33	2.36	1.29	47	1.99	1.12	.170
	KW 23	72	1.56	1.27	33	1.92	1.42	39	1.26	1.04	.025
	KW 24	81	1.57	1.11	35	2.06	0.94	46	1.20	1.09	<.001
	KW 25	83	2.16	1.30	39	2.44	1.22	44	1.91	1.34	.065
	KW 26	45	2.44	1.28	22	2.66	1.51	23	2.24	1.00	.275
	KW 27	87	2.06	1.31	40	2.60	1.22	47	1.61	1.22	<.001
	KW 28	73	2.00	1.35	30	2.63	1.28	43	1.56	1.24	.001
	KW 29	84	2.13	1.14	39	2.67	0.88	45	1.67	1.14	<.001
Interventionsphase 2	KW 30	85	1.89	1.22	41	2.22	1.26	44	1.59	1.11	.016
	KW 31	86	1.86	1.35	41	2.35	1.25	45	1.41	1.29	.001
	KW 32	84	1.75	1.37	42	2.21	1.41	42	1.29	1.15	.001
	KW 33	83	1.55	1.39	40	2.19	1.29	43	0.97	1.23	<.001
	KW 34	81	1.11	1.34	40	1.73	1.49	41	0.51	0.81	<.001
	KW 35	86	1.38	1.50	43	1.88	1.58	43	0.87	1.24	.001
	KW 36	81	1.40	1.40	39	1.97	1.47	42	0.86	1.09	<.001
	KW 37	77	1.83	1.49	39	1.96	1.43	38	1.70	1.56	.440
	KW 38	78	1.40	1.22	36	1.47	1.13	42	1.35	1.31	.651
	KW 39	73	1.14	1.45	36	1.21	1.51	37	1.07	1.40	.681

In Interventionsphase 1 (KW 20 bis KW 29) gelingt es beiden Gruppen, ihr Niveau von KW 20 weitestgehend aufrecht zu erhalten (IG1: $\Delta MW_{KW20-29} = -0.2$; IG2: $\Delta MW_{KW20-29} = -0.01$), wobei für IG2 stärkere Schwankungen ersichtlich sind. Interventionsphase 2 (KW 30 bis KW 39) ist unabhängig der Studiengruppe durch eine konstante Abnahme gekennzeichnet. Hierbei reduziert sich die Anzahl durchgeführter *Aktivpausen* bei IG1 stärker als bei IG2 (IG1: $\Delta MW_{KW30-39} = -1.01$; IG2: $\Delta MW_{KW30-39} = -0.52$). Die Studiengruppen gleichen sich in den letzten drei Wochen hinsichtlich ihres Verhaltens an, sodass IG1 in KW 39 im Mittel 1.21 (SD=1.51) und IG2 1.07 (SD=1.40) *Aktivpausen* pro Wochen ausführt.

Was die offenen Angaben des Self-Monitorings betrifft, so sind Unterschiede zwischen den Studiengruppen insbesondere hinsichtlich folgendem Aspekt herauszustellen: Während *Classic-Plus*-Teilnehmer (8 Nennungen) das Feld häufig zur Erklärung heranziehen, weshalb die angestrebte Anzahl an *Aktivpausen* nicht umgesetzt wurde (z. B., weil Kollegen nicht da waren), geben *Multi-Plus*-Teilnehmer an (30 Nennungen), wie sie die Realisation trotz widriger Umstände sicherstellten. Ein Teilnehmer äußerte in KW 21:

Am Donnerstag der KW 21 war Feiertag, sodass wir die Aktivpause leider nicht ein drittes Mal für diese Woche durchführen konnten. Als Ersatz sind wir von Montag bis Mittwoch jeweils in der Mittagspause eine halbe Stunde spazieren gegangen.

Ein anderer Proband kommentierte in KW 28:

Alles hat perfekt geklappt. Wir haben 4mal Aktivpause gemacht. Jeden Tag einmal. Zusätzlich haben wir feste Vereinbarungen getroffen, was die Handhabung von Ausnahmen angeht. Und wir haben einen Gong eingeführt der kurz vor der Aktivpause alle nochmal daran erinnert. Tolle Woche...!

Derartige Aussagen lassen die Anwendung von Strategien des Barrierenmanagements erkennen, wie sie in den Coaching-Sitzungen vermittelt wurden.

10.1.5 Responder und Non-Responder-Analyse

Die Kenntnis über die Summe durchgeführter *Aktivpausen* im Studienzeitraum ermöglicht wichtige Rückschlüsse in Bezug auf die Realisierung des Zielvorhabens. In Kapitel 8.1 wurde eine Anzahl von 36 *Aktivpausen* innerhalb der 20 Interventionswochen als Mindestkriterium für eine erfolgreiche Studienteilnahme festgelegt. In den nachfolgenden Ausführungen wird darauf bezugnehmend die Gruppe der Responder bzw. Non-Responder⁶⁸ tiefergehend analysiert.

Nahezu die Hälfte der Probanden erreicht den Wert von 36 *Aktivpausen* (49.5 %). Während 81.4 % der *Multi-Plus*-Teilnehmer in die Kategorie der Responder fallen, sind es bei der Gruppe *Classic-Plus* lediglich 22 % (Differenz=59.6 %). Diese Beobachtung erlangt eine statistische Signifikanz ($T=-7.013$; $df=91$; $p<.001$) und liefert einen ersten Hinweis dafür, dass die erfolgreiche Integration von *Aktivpausen* in den beruflichen Alltag in Zusammenhang mit der Studiengruppe zu stehen scheint (vgl. Abbildung 37).

⁶⁸ Studienteilnehmer, welchen die Durchführung von mindestens 36 *Aktivpausen* gelang, werden als Responder der Studie eingestuft, Personen, welche diesen Wert nicht erreichen als Non-Responder.

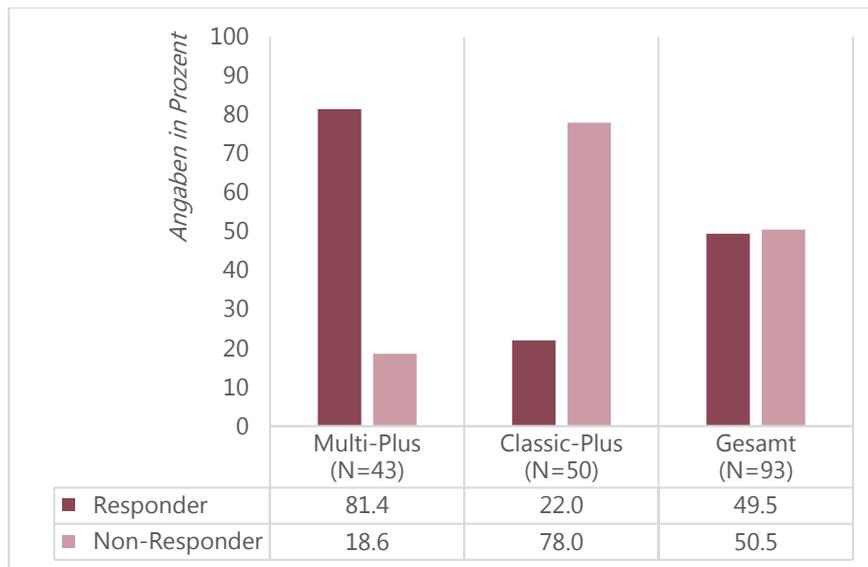


Abbildung 37: Responder und Non-Responder differenziert nach Gesamt und Studiengruppe (N=93)

Nachstehend interessiert die Frage, inwieweit sich neben der Studiengruppe weitere Eigenschaften bestimmen lassen, die charakteristisch für die Gruppe der Responder bzw. Non-Responder sein könnten. In die Analyse werden soziodemografische und biophysische Merkmale der Stichprobe einbezogen.

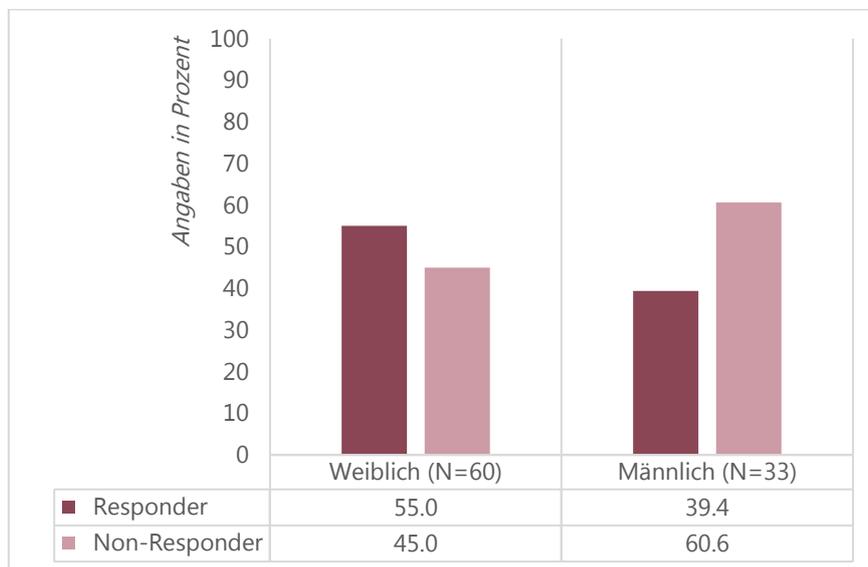


Abbildung 38: Responder und Non-Responder differenziert nach Geschlecht (N=93)

Hinsichtlich des Geschlechts geht aus Abbildung 38 hervor, dass es Frauen eher gelingt, die Mindestdurchführungshäufigkeit von 36 *Aktivpausen* zu erlangen als Männern (Frauen: 55 %; Männer: 39.4 %; Differenz=15.6 %). Es ist denkbar, dass der Erfolg der Intervention zumindest teilweise geschlechterabhängig ist. Eine Signifikanz ergibt sich nicht ($T=-1.441$; $df=91$; $p=.153$).

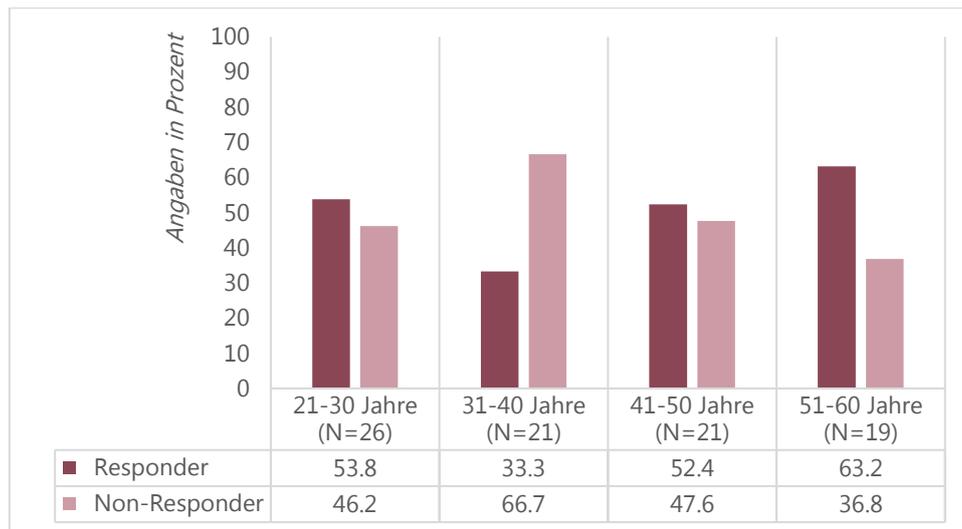


Abbildung 39: Responder und Non-Responder differenziert nach Alter (N=87)

In Bezug auf das Alter ist zu vermerken, dass Teilnehmer über 60 Jahre aufgrund zu geringer Anzahl (N=2) nicht in die Beobachtung eingeschlossen wurden. In den Kategorien „31 bis 40 Jahre“ sowie „51 bis 60 Jahre“ sind deskriptive Unterschiede zu beobachten: Während lediglich ein Drittel der jüngeren Teilnehmer (33.3 %) den kritischen Wert erreichen, sind es bei den älteren knapp zwei Drittel (63.2 %). Bei den anderen Altersgruppen ist keine Tendenz erkennbar, wie aus Abbildung 39 hervorgeht.

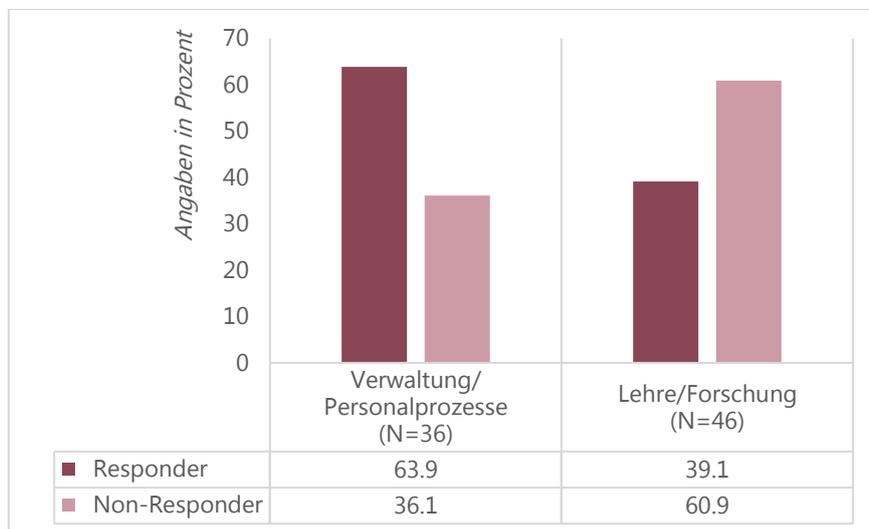


Abbildung 40: Responder und Non-Responder differenziert nach Arbeitsbereich (N=82)

Eine deutliche Tendenz ist bei Betrachtung des Arbeitsbereichs zu erkennen, wie in Abbildung 40 dargestellt. Im Bereich „Verwaltung/Personalprozesse“ finden sich 63.9 % Responder, in der „Lehre/Forschung“ sind es demgegenüber lediglich 39.1 % (Differenz=24.8 %). Dieser Unterschied erlangt statistische Signifikanz ($T=-2.267$; $df=80$; $p=.026$).

Der Arbeitsbereich „Verwaltung/Personalprozesse“ scheint dementsprechend in positiver Verbindung mit der Realisierung des Zielverhaltens zu stehen. Aufgrund zu geringer Personenanzahlen in den Arbeitsbereichen „Berufliche Ausbildung“ (N=2) und „Technischer Dienst“ (N=8) wurden diese in der dargestellten Analyse nicht einbezogen. Als ergänzende Betrachtung wäre es interessant zu untersuchen, ob sich die Anzahl der wöchentlichen Tage am Arbeitsplatz auf die Erreichung des Zielwertes auswirkt. Da jedoch knapp 90 % aller Probanden fünf Tage pro Woche am KIT arbeiten, erscheint eine Darstellung wenig aussagekräftig. Hinsichtlich des Campus-Standortes ergeben sich keine auffälligen Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern. Auch die bisherige Teilnahme am Programm scheint keinen Einfluss auf die Gesamtsumme durchgeführter *Aktivpausen* zu nehmen.

Neben soziodemografischen Merkmalen wurden ausgewählte biophysische Parameter (Motorischer Funktionsstatus, Sport- und Bewegungsaktivität und Gesundheitszustand) in die Analyse einbezogen. Für den motorischen Funktionsstatus zeigt sich je Kategorie ein unterschiedliches Bild: Während den „sehr fitten“ Teilnehmern 55.3 % Responder und 44.7 % Non-Responder angehören, sind es bei „fitten“ Personen deutlich mehr Non-Responder (73.3 %). Erfreulicherweise wiederum erlangen sechs der acht „unfitten“ Personen den angestrebten Wert von 36 *Aktivpausen*. Die Gruppe der „sehr unfitten“ Teilnehmer (N=2) wurde aufgrund zu geringer Anzahl nicht berücksichtigt. Dementsprechend lässt sich keine eindeutige Tendenz beobachten. Auch der Umfang an Sport- und Bewegungsaktivität scheint die Umsetzung des Zielvorhabens nicht zu bedingen. Unter den Teilnehmern ergibt sich deskriptiv eine gleich hohe Verteilung auf Responder und Non-Responder, unabhängig davon, ob diese körperlich aktiv oder inaktiv sind. Hinsichtlich des Gesundheitszustands ist keine eindeutige Tendenz erkennbar. So finden sich unter denjenigen, welche ihren Gesundheitszustand als „gut“ bezeichnen bspw. 45.9 % Responder und 54.1 % Non-Responder (N=61). Der subjektive Gesundheitszustand scheint demnach die Durchführungshäufigkeit nicht zu bedingen.

10.1.6 Zusammenfassung und Interpretation der deskriptiven Befunde

In den folgenden Abschnitten werden die wesentlichen Befunde der deskriptiven Analysen zusammengetragen und unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstands interpretiert. Hierbei erfolgt zunächst eine Analyse der soziodemografischen Merkmale, bevor die Ausprägungen der Determinanten der Verhaltensänderung und motivational-volitionalen Variablen diskutiert werden. Im Weiteren wird die Durchführung von *Aktivpausen* im Interventionsverlauf kritisch hinterfragt und die Gruppe der Responder bzw. Non-Responder charakterisiert.

Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

Es ist festzuhalten, dass insbesondere Vollzeitkräfte für eine Teilnahme am Programm der *Aktivpause-Plus* motiviert werden konnten (84.1 %). Möglicherweise stellt die Bedingung der dreimal wöchentlichen Durchführung einen zu hohen Aufwand für Teilzeitkräfte dar.

Auch im regulären Programm überwiegen Beschäftigte in Vollzeit (67 %). Gerade vor dem Hintergrund, dass die Form der Teilzeitbeschäftigung am KIT knapp 30 % aller Beschäftigungen ausmacht, sind bei einer Etablierung des Programms Bemühungen zur zielgruppenspezifischen Ansprache dieser Personengruppe vorzunehmen. Mit Blick auf die Statistiken der regulären *Aktivpause* und die Größe der beiden Campusstandorte Süd und Nord fällt die überwiegende Teilnahme von Mitarbeitern dieser Bereiche erwartungsgemäß aus. Das Alter scheint demgegenüber keinen Einfluss auf die Interventionsteilnahme zu haben. Hinsichtlich des Geschlechts ist eine ebenso hohe Prozentzahl an Frauen zu nennen, wie im üblichen Angebot der *Aktivpause*. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass die *Aktivpause-Plus* nicht substantiell weniger Männer zur Teilnahme veranlasst als die *Aktivpause*. Das genannte Geschlechterverhältnis ist aus anderen Gesundheitssportprogrammen bekannt und wird durch die eigene Studie bestätigt (Wagner, 2000). Mit Blick auf die Tatsache, dass der überwiegende Anteil der KIT-Beschäftigten männlich (63.5 %) ist, rückt die Bedeutung einer spezifischen Ansprache von Männern in den Fokus (KIT, 2017, S. 98). Die in der *Aktivpause*-Evaluation (2016) ermittelte, gleichermaßen starke Vertretung der Arbeitsbereiche Lehre und Forschung (41.0 %) sowie Verwaltung und Personalprozesse (37.0 %), ist auch für die *Aktivpause-Plus* ein stabiles Merkmal geblieben. Es gelang demnach, die im BGF bisher vernachlässigte Gruppe der wissenschaftlichen Mitarbeiter zu gewinnen (vgl. Kapitel 3.2). Beschäftigte aus dem technischen Dienst sind weniger vertreten, sodass sich zukünftige BGF-Maßnahmen diesem Bereich widmen sollten.

Determinanten der Verhaltensänderung

Hinsichtlich der biophysischen Merkmale der Stichprobe lässt sich festhalten, dass ein Großteil gemäß der Definition von Bucksch und Wallmann-Sperlich (2016) den „active couch potatoes“ zuzuordnen ist: Eine hohe Freizeitaktivität und mindestens 150 Minuten Sport pro Woche auf der einen Seite und ein deutlicher Überhang sitzender Phasen im Berufsalltag auf der anderen Seite kennzeichnet die Personengruppe. Diese Beobachtung spiegelt die allgemeine Arbeitssituation in Deutschland wider und bestätigt, dass die Intervention die anvisierte Zielgruppe erreicht (Bucksch & Schlicht, 2014, S. 15). Dies bedeutet zugleich, dass sich hauptsächlich sportlich aktive Personen unter den Teilnehmern befinden. Außerdem sind die meisten Probanden fit bzw. sehr fit und laut eigener Einschätzung gesund oder sehr gesund. Der Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität, Fitness und Gesundheit (Brandes, 2012; Woll, 2006) scheint damit für die vorliegende Untersuchungsstichprobe zuzutreffen. In Bezug auf den motorischen Fitnesszustand unterscheidet sich die vorliegende Stichprobe teilweise von der regulären *Aktivpause*, welche sich bei ebenfalls hoher Aktivität durch eine Zusammensetzung aus fitten und unfitten Personen zusammensetzt (Schüler et al., 2015, S. 244). Es ist denkbar, dass das Ziel der dreimal wöchentlichen Durchführung auf inaktive und unfitte Personen, sowie auf Teilzeitkräfte

abschreckend wirkt. Eine differenzierte Bedarfsanalyse bei den KIT-Mitarbeitern wäre ein sinnvolles Mittel, um eine zielgerichtete Anpassung der Interventionsbausteine vornehmen zu können.

Variablen des MoVo-Modells

Bezüglich der motivationalen Variablen ist festzuhalten, dass diese bereits zu T1 hohe Ausprägungen aufweisen. Es lässt sich erkennen, dass eine hohe Bereitschaft bzw. Absicht vorhanden ist, das Bewegungsverhalten im Arbeitsalltag zu verändern und sich die Studienteilnehmer zutrauen, dreimal wöchentlich *Aktivpausen* durchzuführen. Erwartungsgemäß zeigen sich für die volitionalen Variablen geringere Mittelwertausprägungen. So besteht nur teilweise Klarheit darüber, wann, wo und wie die Durchführung der *Aktivpause* sichergestellt wird. Auch hinsichtlich der Anwendung konkreter Strategien zur Barrierenabschirmung sind wenig klare Vorstellungen vorhanden. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der Untersuchung von König et al. (2012), der zufolge Hochschulbeschäftigte motiviert sind, körperliche Aktivität vermehrt in den Berufsalltag zu integrieren, eine Umsetzung jedoch schwerfällt (vgl. Kapitel 3.2.3). Dieser Befund bestätigt, dass ein Konzept zur Unterstützung der volitionalen Umsetzungskompetenz von Nöten ist. In neueren Verhaltensänderungsmodellen wird deshalb empfohlen, die Stärkung volitionaler Komponenten in etwaigen Interventionen ebenso zu berücksichtigen, wie motivationale Faktoren (vgl. Kapitel 5.2).

Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen

Während sich die erste Studienhälfte durch deutliche Zunahmen im Aktivitätsverhalten auszeichnet, bricht der anfängliche Erfolg in der zweiten Studienphase gruppenunabhängig ein. Diese Entwicklung war aus unterschiedlichen Gründen zu erwarten: Zum einen ist bekannt, dass im August und September die Haupturlaubszeiträume anfallen. Tatsächlich gaben die Teilnehmer für den Zeitraum August bis September (KW 30 bis KW 39) im Schnitt 13.3 Urlaubstage an, für KW 20 bis KW 29 lediglich 8.5. Auf den 20-wöchigen Interventionszeitraum fallen dementsprechend mit durchschnittlich 21.8 Urlaubstagen über zwei Drittel des Jahresurlaubs⁶⁹. Die Auswertung der offenen Angaben zum wöchentlichen Self-Monitoring bestätigt diese Beobachtung: Insbesondere in KW 23 und 24, KW 31 bis 34 sowie KW 39 wurden die freien Felder dazu genutzt, um Urlaub bzw. Feiertage als Grund für die Nicht-Durchführung anzugeben. Die Anmerkungen decken sich weitestgehend mit den Durchführungsrückgängen bzw. vergleichsweise geringen Mittelwertausprägungen in diesen Zeiträumen.

Eine weitere Herausforderung ist dadurch gegeben, dass in Interventionsphase 2 keinerlei Unterstützung mehr durch den Übungsleiter geboten wurde. Dadurch entfällt die Sicherstellung

⁶⁹ Zum Vergleich: In Kapitel 8.1 wurde von 10.7 Urlaubs- bzw. Krankheitstagen für den Interventionszeitraum ausgegangen.

von zumindest einer angeleiteten *Aktivpause* pro Woche. Dies beeinflusst die Durchführung von *Aktivpausen* in zweifacher Weise: Einerseits reduziert sich der Gesamtmittelwert der *Aktivpausen* für die jeweilige Woche durch die sich im Urlaub bzw. in Abwesenheit befindenden Personen, auch wenn Anwesende das Zielverhalten konstant weiterführen. Andererseits ist davon auszugehen, dass die Wiederaufnahme des Zielvorhabens nach einer Urlaubsphase deutlich erschwert ist. Deskriptiv fällt auf, dass für beide Ferienphasen negative Entwicklungen des Durchführungsverhaltens resultierten, was die geäußerte Vermutung stützt. Während sich die Werte nach den zweiwöchigen Pfingstferien bei beiden Gruppen wieder stabilisierten, gelang dies nach den Sommerferien unzureichend.

Responder und Non-Responder Analyse

Zur Charakterisierung der Responder sind die Studiengruppe *Multi-Plus* sowie der Arbeitsbereich Verwaltung/Personalprozesse als ausschlaggebende Faktoren anzunehmen. Für beide Bereiche liegt eine Signifikanz vor. Die weiteren untersuchten Merkmale zeigen kein eindeutiges Bild.

Dass die Durchführung eigenständiger *Aktivpausen* der *Multi-Plus*-Gruppe substantiell besser gelingt als der Vergleichsgruppe, war die zentrale Intention der Studie. Eine differenzierte Betrachtung des Durchführungserfolgs unter Berücksichtigung der Studiengruppe ist deshalb Bestandteil der inferenzstatistischen Analysen und wird in Kapitel 10.3 gesondert behandelt.

Die Responder bzw. Non-Responder Analyse liefert einen ersten Hinweis für die weitere statistische Untersuchung.

Für weitere Untersuchungen gilt es Überlegungen anzustellen, weshalb Mitarbeitern aus dem Bereich Verwaltung/Personalprozesse die Umsetzung des Zielverhaltens besser gelingt als jenen aus der Lehre/Forschung. Eine Ursache könnte sein, dass Verwaltungsmitarbeiter einen geregelteren Berufsalltag aufweisen und daher ein Konzept wie die *Aktivpause-Plus* leichter zu integrieren ist. Anhand der vorliegenden Studie ist über diese Annahme jedoch keine Aussage möglich. Ein anderer Ausgangspunkt bezieht sich auf die Überlegung, ob Verwaltungsmitarbeiter einen höheren Anteil sitzender Tätigkeiten aufweisen und sie deshalb verstärkt das Bedürfnis nach Aktivität verspüren. Tatsächlich ergibt sich für Verwaltungsmitarbeiter der *Aktivpause-Plus* eine signifikant höhere sitzende Tätigkeit im Beruf ($T=-3.165$; $df=66$; $p=.002$). Allerdings resultiert daraus keine hinreichende Antwort auf die Frage, ob diese aufgrund des substantiell höheren Sitzverhaltens vermehrt *Aktivpausen* durchführen. Zur Klärung dieser Annahme wären weitergehende Analysen und Untersuchungen notwendig.

10.2 Akzeptanz und Zufriedenheit

Um Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung gesundheitsförderlicher Angebote ableiten zu können, genügt es nicht, ein Treatment auf seinen Beitrag zur Verhaltensänderung zu überprüfen. Für die praktische Ausgestaltung der *Aktivpause-Plus* ist es unabdingbar zu wissen, welche Bausteine von den Teilnehmern besonders gut angenommen bzw. als wichtig angesehen werden. Hierbei sind u. a. die Gesamtzufriedenheit mit dem Programm, die Beurteilung der einzelnen Bausteine hinsichtlich Aufbau, Inhalte und Rahmenbedingungen sowie die Bewertung des Übungsleiters entscheidende Faktoren. Bedeutsam ist darüber hinaus, welche Aspekte als unterstützend für die Erreichung des Zielvorhabens empfunden werden.

10.2.1 Zufriedenheit mit dem Programm Aktivpause-Plus

Bei den Darstellungen zur Bewertung der *Aktivpause-Plus* ist es sinnvoll, die Ergebnisse differenziert nach Studiengruppe darzustellen. Aufgrund der Tatsache, dass IG2 keine explizite Unterstützung erhielt, ist anzunehmen, dass diese das Programm weniger gut bewerten als Teilnehmer der IG1. In der nachfolgenden Tabelle 27 werden die Items zur Zufriedenheit abhängig von der Studiengruppe dargestellt.

Tabelle 27: Bewertung der Aktivpause-Plus differenziert nach Studiengruppe

			N	MW	SD	p
1	Durch das Aktivpause-Plus Programm habe ich neue Erkenntnisse gewonnen, wie ich meine Gesundheit fördern kann.	Multi-Plus	39	3.97	0.84	.007
		Classic-Plus	44	3.34	1.22	
		Gesamt	83	3.64	1.10	-
2	Die Übungen der Aktivpause-Plus waren gut gewählt (z. B. Aufbau der Einheiten, Übungsauswahl, Intensität der Übungen).	Multi-Plus	39	4.46	0.60	.063
		Classic-Plus	45	4.20	0.66	
		Gesamt	84	4.32	0.64	-
3	Ich versuche, möglichst viele in dem Aktivpause-Plus Programm gewonnenen Erfahrungen im Alltag umzusetzen.	Multi-Plus	39	3.79	0.98	.022
		Classic-Plus	44	3.27	1.04	
		Gesamt	83	3.52	1.04	-
4	Mit der Organisation durch das Aktivpause-Team bin ich zufrieden.	Multi-Plus	39	4.56	0.60	.017
		Classic-Plus	45	4.13	0.99	
		Gesamt	84	4.33	0.86	-
5	Der zeitliche Aufwand für die Teilnahme am Aktivpause-Plus Programm hat sich gelohnt.	Multi-Plus	39	4.54	0.76	.013
		Classic-Plus	45	4.02	1.06	
		Gesamt	84	4.26	0.96	-
6	Ich würde das Aktivpause-Plus Programm weiterempfehlen.	Multi-Plus	39	4.74	0.60	.010
		Classic-Plus	45	4.31	0.90	
		Gesamt	84	4.51	0.80	-
7	Alles in Allem finde ich das Aktivpause-Plus Programm gelungen.	Multi-Plus	39	4.74	0.50	.001
		Classic-Plus	45	4.27	0.75	
		Gesamt	84	4.49	0.69	-

*Ankerwerte: 1=„trifft überhaupt nicht zu“ bis 5= „trifft völlig zu“

Hinsichtlich der Gesamtbewertung des Programms erreichen die Item-Mittelwerte eine Spanne von 3.52 (Item 3) bis 4.51 (Item 6) bei einer bestmöglichen Ausprägung von 5. Auffällig ist, dass die Teilnehmer der Studiengruppe *Multi-Plus* das Programm mit Ausnahme von Item 2 in allen Punkten signifikant besser bewerten als die Vergleichsgruppe: *Multi-Plus*-Teilnehmer haben durch die *Aktivpause-Plus* nicht nur mehr Erkenntnisse gewonnen, wie sie ihre Gesundheit fördern können, sondern intendieren auch stärker, die Erfahrungen im Alltag umzusetzen. Sie sind mit der Organisation zufriedener und geben auf die Frage, ob sie das Programm insgesamt als gelungen bewerten, eine höhere Zustimmung ab. Erwartungsgemäß empfinden sie die Teilnahme am Programm hinsichtlich des zeitlichen Aufwands lohnenswerter.

Bei beiden Studiengruppen erhalten die Items 6 und 7 die besten Bewertungen: 79.5 % der Befragten aus der *Multi-Plus*-Gruppe bejahen die Aussage „Ich würde das *Aktivpause-Plus*-Programm weiterempfehlen“ mit der Antwortkategorie „trifft völlig zu“. Bei *Classic-Plus* ergibt sich ein Wert von 51.1 % (Differenz=28.4 %). In nachfolgender Abbildung 41 ist die Weiterempfehlungsrate differenziert nach Studiengruppe aufgezeigt.

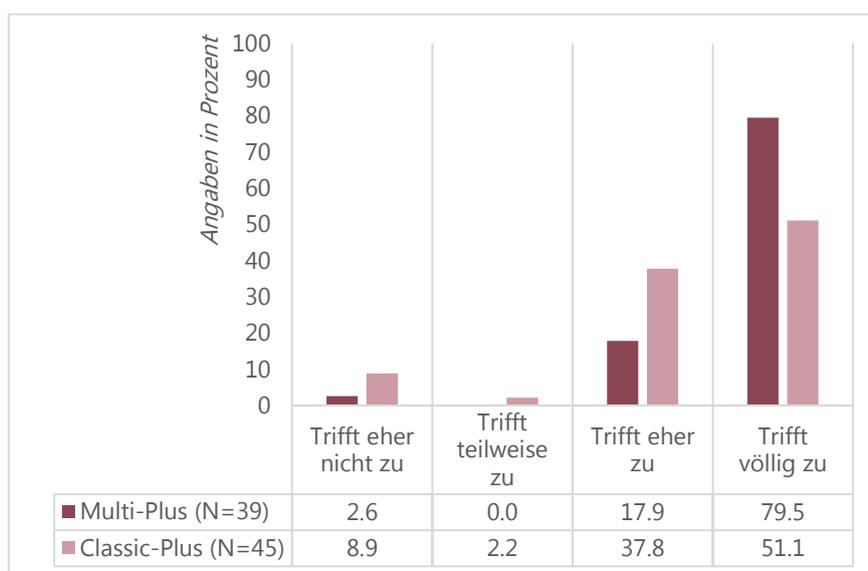


Abbildung 41: Weiterempfehlung der *Aktivpause-Plus* differenziert nach Studiengruppe (N=84)

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Programmbewertung: 76.9 % der *Multi-Plus*-Teilnehmer beantworten die Aussage „Alles in Allem finde ich das *Aktivpause-Plus* Programm gelungen“ mit der Antwortkategorie „trifft völlig zu“, 17.9 % empfinden dies „eher zutreffend“. Bei *Classic-Plus* sind dies lediglich 42.2 % („trifft völlig zu“) bzw. 44.4 % („trifft eher zu“).

Item 3 schneidet mit einer Ausprägung von 3.52 (SD=1.04) bei beiden Gruppen vergleichsweise schlecht ab. Die Angaben verteilen sich bei IG1 zu nahezu gleichen Teilen auf die Antwortbereiche „trifft teilweise zu“ (28.2 %), „trifft eher zu“ (33.3 %) und „trifft völlig zu“ (28.2 %). Für IG2 ergibt sich ein teilweise abweichendes Ergebnis (vgl. Abbildung 42).

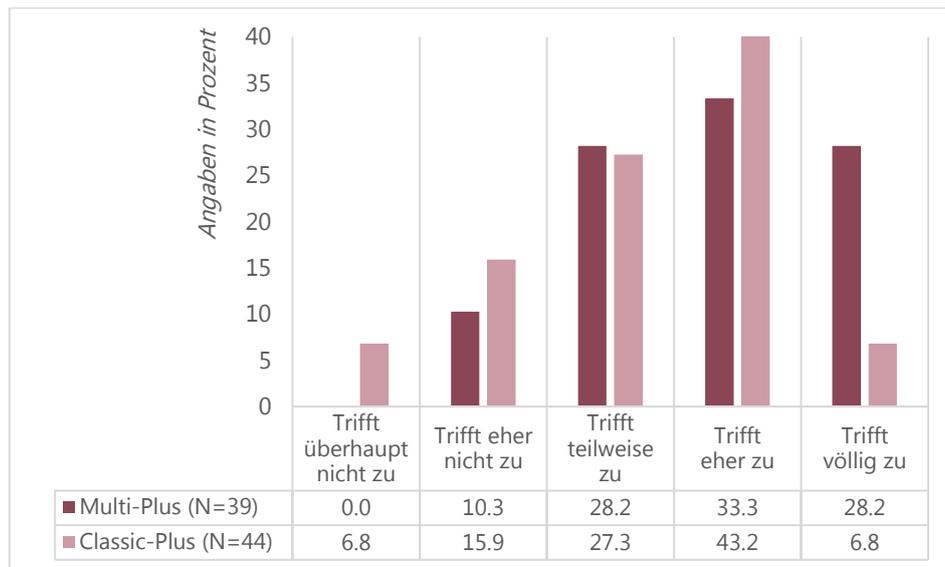


Abbildung 42: Umsetzung der in der Aktivpause-Plus gewonnenen Erfahrungen im Alltag (N=83)

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Gruppe *Classic-Plus* mit Ausnahme des Self-Monitorings und der Kostenfreiheit des Angebots keine Unterstützung in der Verfolgung des Zielverhaltens erhielt, waren die dargestellten Differenzen zu erwarten. Einzig in der Bewertung der Übungsinhalte unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant voneinander. Dies ist vor dem Hintergrund, dass die Übungsleiter mit beiden Gruppen identische, standardisierte Einheiten durchführten, einleuchtend.

Zur weiteren Analyse wurde untersucht, welche unterstützenden Aspekte die Studienteilnehmer in der Realisierung ihres Zielvorhabens wahrnehmen. Integriert wurde neben einer Bewertung zur Person des Übungsleiters die Abfrage zu ausgehändigten Übungsunterlagen, dem wöchentlichen Self-Monitoring als auch eine Einschätzung hinsichtlich Arbeitskollegen, Vorgesetzten und der Kostenfreiheit des Angebots. Die spezifischen Interventionsbausteine der *Aktivpause-Plus* (z. B. Coaching, Kickstart-Phase, Materialkiste und Multiplikator) wurden ausschließlich der *Multi-Plus*-Gruppe vorgelegt.

Tabelle 28: Subjektive Einschätzung zur Relevanz der Programmbausteine differenziert nach Studiengruppe

			N	MW	SD	p
1	Übungsunterlagen	Multi-Plus	45	3.87	0.46	<.001
		Classic-Plus	47	2.74	1.09	
		Gesamt	92	3.29	1.01	-
2	Self-Monitoring	Multi-Plus	46	2.46	0.89	.005
		Classic-Plus	51	1.96	0.82	
		Gesamt	97	2.20	0.89	-
3	Arbeitskolleg/innen	Multi-Plus	46	3.57	0.62	.150
		Classic-Plus	50	3.36	0.75	
		Gesamt	96	3.46	0.69	-
4	Übungsleiter/in	Multi-Plus	46	3.87	0.40	.006
		Classic-Plus	51	3.51	0.78	
		Gesamt	97	3.68	0.65	-
5	Aktivpause Orga-Team	Multi-Plus	45	3.11	0.65	.002
		Classic-Plus	47	2.60	0.88	
		Gesamt	92	2.85	0.81	-
6	Vorgesetzte/r	Multi-Plus	45	2.47	1.01	.068
		Classic-Plus	48	2.10	0.88	
		Gesamt	93	2.28	0.96	-
7	Kostenfreiheit des Angebots	Multi-Plus	46	3.30	0.84	.237
		Classic-Plus	49	3.08	0.98	
		Gesamt	95	3.19	0.91	-

*Ankerwerte: 1=„gar nicht hilfreich“ bis 4=„sehr hilfreich“

Bei Betrachtung der Ergebnisse von Tabelle 28 fällt auf, dass der Übungsleiter von beiden Gruppen sehr wichtig eingeschätzt wird ($MW_{ges}=3.68$, $SD=0.65$). Auch die Unterstützung durch Arbeitskollegen wird als förderlich aufgefasst ($MW_{ges}=3.46$, $SD=0.69$). Wichtig scheint weiterhin das zur Verfügung stellen von Begleitmaterialien, wie bspw. Übungsausdrucke oder Übungsvideos ($MW_{ges}=3.29$, $SD=1.01$) sowie die Kostenfreiheit des Angebots ($MW_{ges}=3.19$, $SD=0.91$) zu sein. Als weniger hilfreich für die Zielerreichung wird das *Aktivpause*-Team ($MW_{ges}=2.85$, $SD=0.81$), der Vorgesetzte ($MW_{ges}=2.28$, $SD=0.96$) sowie das Self-Monitoring ($MW_{ges}=2.20$, $SD=0.89$) eingestuft.

Bei einer Differenzierung der Ergebnisse nach Studiengruppe ergeben sich ähnliche Rangfolgen: Der Übungsleiter, die Arbeitskollegen sowie die materielle Unterstützung (z. B. Kostenfreiheit, Übungsmaterialien) werden wichtiger eingeschätzt als der Vorgesetzte oder das Self-Monitoring.

Es kann festgehalten werden, dass die Gruppe *Multi-Plus* in allen Aspekten höhere Werte vergibt als die *Classic-Plus*-Gruppe. Hierbei resultieren teilweise signifikante Mittelwertunterschiede. Die signifikante Differenz ($T=6.373$; $df=90$; $p<.001$) in der Beurteilung der Übungsunterlagen ist vermutlich damit zu erklären, dass die Gruppe *Multi-Plus* deutlich mehr Unterlagen wie erhielt als die *Classic-Plus*-Gruppe (z. B. standardisierte Stundenverlaufspläne und Übungskärtchen).

Bei der Gruppe *Multi-Plus* wurden zusätzlich auch die Interventionsbausteine abgefragt. Hierbei erhalten die kostenfrei ausgehändigte Materialkiste sowie die zu Interventionsbeginn zweiwöchig durchgeführte Kickstart-Phase die besten Werte. Auch die Unterstützung durch den Multiplikator wird hoch bewertet. Verglichen mit den Angaben aus obiger Tabelle 28 rangieren diese Werte mit der wahrgenommenen Unterstützung durch den Übungsleiter und den Begleitmaterialien. Die Coaching-Sitzung 1 wird mit einem Mittelwert von 2.85 ($SD=0.99$) als weniger relevant für die Erreichung des Zielverhaltens eingestuft (Tabelle 29).

Tabelle 29: Subjektive Einschätzung der Unterstützung durch die Programmbausteine (IG1)

	N	MW	SD
Coaching-Sitzung 1	46	2.85	0.99
Kickstart-Phase	46	3.65	0.79
Material-Kiste	46	3.85	0.56
Multiplikator/in	45	3.58	0.69

*Ankerwerte: 1=„gar nicht hilfreich“ bis 4=„sehr hilfreich“

Die Probanden der *Aktivpause-Plus* hatten zu jedem der drei Messzeitpunkte die Möglichkeit, abschließend offene Anmerkungen bzw. Verbesserungsvorschläge zu äußern. Insgesamt wurde diese Option mit 26 Angaben vergleichsweise selten genutzt. Die Äußerungen gliedern sich in Anmerkungen zum Fragebogen (14), konstruktive Kritik (4), positive Äußerungen zum Programm (5) sowie dem Wunsch nach weiteren Angeboten (3).

Hinsichtlich des Fragebogens wird teilweise die Länge kritisiert oder begründet, warum bestimmte Felder nicht ausgefüllt wurden. Auffällig häufig wurden Bemerkungen zu den beiden Skalen „FFB-Mot“ sowie „BSA“ getätigt⁷⁰. Konstruktive Kritik wurde dahingehend gegeben, dass dreimal wöchentlich 20 anstatt 15 Minuten *Aktivpause* erwünscht sind und Personen der *Multi-Plus*-Gruppe den Austausch kaputter Übungsgeräte (z. B. Theraband) erwarten. Insbesondere bei der ersten Hauptbefragung wurde der Wunsch nach Vergünstigungen bei weiteren Gesundheitsförderungsprogrammen geäußert, ebenso wie der Bedarf an täglichen *Aktivpausen*

⁷⁰ Eine Anmerkung bzgl. FFB-Mot lautete bspw., dass sich die Person nicht vorstellen kann, ob sie über einen 1m hohen Zaun springen kann oder nicht. Eine Äußerung zum BSA bestand darin, dass im Sommer mehr Sport ausgeübt wird als im Winter und daher die Messung ungenau sei.

während der Arbeitszeit. Einige Teilnehmer nutzten das Tool, um ihren Dank für das Programm auszusprechen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Studienteilnehmer das Programm der *Aktiv-pause-Plus* positiv bewerten. Es ist zu konstatieren, dass die Teilnehmer der Gruppe *Multi-Plus* für die überwiegende Anzahl der abgefragten Aspekte bessere Einschätzungen abgeben, eine höhere Zufriedenheit äußern und sich stärker unterstützt fühlen als die Vergleichsgruppe.

10.2.2 Evaluation der Programmbausteine

Im Nachfolgenden werden die Evaluationen der beiden Coaching-Sitzungen und der Multiplikatoren-Schulung vorgestellt. Diese drei Programmbausteine wurden ausschließlich mit der *Multi-Plus*-Gruppe initiiert, weshalb sich die Ergebnisdarstellung lediglich auf die Teilstichprobe_{IG1} (N=48) bezieht.

10.2.2.1 Coaching-Sitzungen

Die Teilnahme an der Coaching-Sitzung 1 ist mit 93.8 % Anwesenheit als sehr zufriedenstellend einzustufen. Von 45 anwesenden Personen füllten 42 den Kurzfeedback-Fragebogen aus, was einer Rücklaufquote von 93.3 % entspricht. In der zweiten Coaching-Sitzung fiel die Adhärenz mit 83.4 % etwas geringer aus. Unter Berücksichtigung des anstehenden Sommerferienbeginns in der selbigen Woche sind Abwesenheiten aufgrund von Urlaubsphasen als eine Ursache der geringeren Teilnahme anzunehmen. Die Rücklaufquote der Kurzevaluation von Coaching-Sitzung 2 beläuft sich mit lediglich einem fehlenden Bogen auf 97.5 %.

Der inhaltliche Fokus von Coaching-Sitzung 1 lag in der Entwicklung konkreter Handlungspläne zur Zielumsetzung, der Identifikation möglicher Barrieren sowie der Erarbeitung von Strategien zur Barrierenabschirmung. Der Kurzfeedback-Fragebogen enthielt dementsprechend u. a. eine Frage, anhand derer eingeschätzt werden sollte, wie hilfreich die einzelnen Workshop-Inhalte für die Umsetzung des Zielvorhabens eingestuft werden.

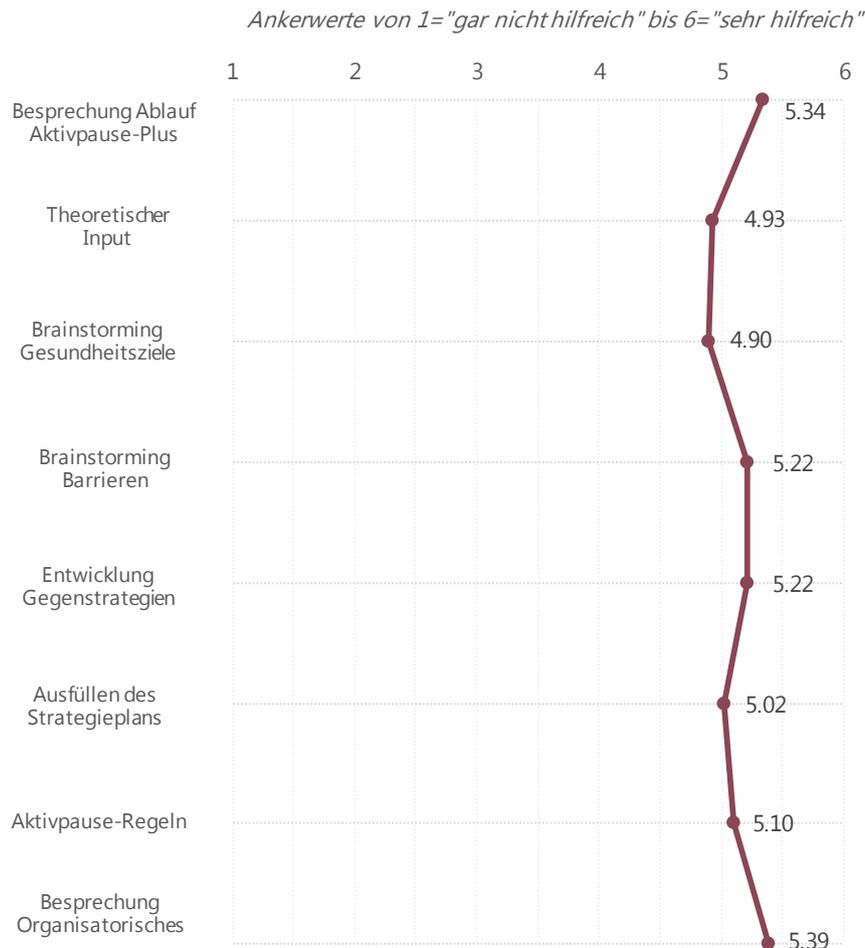


Abbildung 43: Subjektive Einschätzung zur Relevanz der Coaching-Bausteine für die Umsetzung des Zielvorhabens (N=41)

Abbildung 43 zeigt die durchschnittlichen Skalenmittelwerte, wobei sich eine Range von 4.90 bis 5.39 bei einem maximalen Antwortwert von 6 ergibt. Am Wichtigsten werden die Besprechung organisatorischer Belange (MW=5.39, SD=0.77) sowie die Informationen zum Ablauf der *Aktivpause-Plus* (MW=5.34, SD=0.69) eingestuft. Als gleichermaßen hilfreich beurteilen die Probanden mit einem Mittelwert von jeweils 5.22 (SD=0.79) das Brainstorming zur Ermittlung denkbarer Barrieren (z. B. keine Lust) und die Erarbeitung von Gegenstrategien (z. B. Selbstmotivierung). Demgegenüber wird die Verschriftlichung dieser Vorhaben im dazugehörigen Strategieplan als weniger bedeutsam eingeschätzt (MW=5.02, SD=0.79). Die Festlegung gemeinsamer Regeln für die *Aktivpause* (z. B. pünktlicher Beginn) wird als nützlich empfunden (MW=5.10, SD=1.00). Als weniger notwendig stufen die Teilnehmer den theoretischen Input zu gesundheitsförderlicher Bewegung (MW=4.93, SD=0.88) sowie die Bestimmung persönlicher Gesundheitsziele ein (MW=4.90, SD=0.94). Aus den Darstellungen ist resümierend zu folgern, dass insbesondere die Besprechung organisatorischer Belange sowie Informationen zum Ablauf der *Aktivpause* als wichtig anzunehmen sind.

Die Befragten äußern sich insgesamt positiv, wenn es um die Einschätzung geht, inwieweit Coaching-Sitzung 1 hilfreich für die eigenständige Planung und Durchführung der *Aktivpause* war. Die Angaben verteilen sich folgendermaßen auf die Antwortkategorien: „trifft eher zu“ (9.8 %), „trifft zu“ (31.7 %) und „trifft genau zu“ (58.5 %). Eine ähnliche Aufteilung ergibt sich für die Weiterempfehlung der Coaching-Sitzung 1: „trifft eher zu“ (9.8 %), „trifft zu“ (22.0 %) und „trifft genau zu“ (68.2 %).

Mit den Rahmenbedingungen von Coaching-Sitzung 1 sind die Befragten im Durchschnitt „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“. Die Dauer der Coaching-Sitzung erhält die geringste Ausprägung (MW=5.05, SD=1.03). Es wird vermutet, dass einige Teilnehmer eine Länge von 90 Minuten als zu zeitintensiv wahrnehmen könnten. Positiv zu erwähnen ist demgegenüber, dass für den Ablauf des Workshops (MW=5.48, SD=0.59) sowie die Beurteilung des Moderators (MW=5.69, SD=0.47) ausschließlich die Antworten „zufrieden“ bzw. „sehr zufrieden“ (Werte 5 und 6) vergeben wurden. Für keinen der betrachteten Bereiche resultiert ein Mittelwert <5. Es wird demnach von einer sehr hohen Zufriedenheit mit der Coaching-Sitzung 1 ausgegangen.

In Coaching-Sitzung 2 wurden die Rahmenbedingungen erneut abgefragt. Tabelle 30 stellt die Mittelwerte und Standardabweichungen beider Sitzungen einander gegenüber. Es ist anzumerken, dass sich die Ausprägungen stark ähneln und keine auffälligen Unterschiede bestehen. Die Dauer wird bei der Coaching-Sitzung 2 mit einem Mittelwert von 5.33 (SD=1.11) etwas positiver ermesssen, was durch die deutlich kürzere Sitzung (30 Minuten) zu erklären sein könnte (Δ MW=0.28).

Tabelle 30: Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Coaching-Sitzung 1 und Coaching-Sitzung 2

	Coaching-Sitzung 1 (N=42)		Coaching-Sitzung 2 (N=39)	
	MW	SD	MW	SD
... dem Veranstaltungsort?	5.55	0.67	5.59	0.64
... dem Termin?	5.48	0.83	5.36	0.90
... der Dauer?	5.05	1.03	5.33	1.11
... dem Umfang?	5.26	0.89	5.51	0.97
... dem Ablauf?	5.48	0.59	5.51	0.79
... der Methodik?	5.31	0.75	5.44	0.99
... der Atmosphäre?	5.74	0.63	5.72	0.65
... dem Moderator?	5.69	0.47	5.82	0.45
... der Beteiligung durch die Gruppe?	5.57	0.59	5.59	0.68
... den Teilnehmerunterlagen?	5.67	0.53	-	-

**Ankerwerte: 1=„trifft überhaupt nicht zu“ bis 6=„trifft vollkommen zu“*

Zur weiteren Erfolgsüberprüfung wurde in Coaching-Sitzung 2 erhoben, inwieweit die Teilnehmer im Coaching-Prozess mehr Klarheit über ihre Gesundheitsziele entwickelten, sich ihr Handlungsspektrum erweiterten, sie neue Verhaltensweisen erlernten und sie sich ihrer Ressourcen für die Durchführung der *Aktivpause* bewusster geworden sind. Hierbei geben 79.5 % der Teilnehmer an, mehr Klarheit über die eigenen Gesundheitsziele entwickelt zu haben, während 20.5 % dies verneinen (MW=4.23, SD=1.20). Weiterhin bejahen 87.2 % die Aussage, durch die Coaching-Sitzungen neue Verhaltensweisen erlernt zu haben (M=4.62, SD=1.02) und 79.5 %, dass sich ihr Handlungsspektrum in Bezug auf die Umsetzung der *Aktivpause* erweitert hat (MW=5.00, SD=0.92). 89.8 % der Teilnehmer sind sich den Ressourcen bewusstgeworden, welche für die regelmäßige Durchführung der *Aktivpause* notwendig sind (MW=5.05, SD=0.94).

Von Interesse war weiterhin, ob die Teilnehmer einen langfristigen Mehrwert durch die Coaching-Sitzungen erkennen, sie sich in ihren Entwicklungen unterstützt fühlen und ob sie das Coaching erneut in Anspruch nehmen würden. Die Skalenmittelwerte liegen zwischen 4.67 und 5.36 bei einer höchstmöglichen Ausprägung von 6. Die Auswertung ergibt, dass die Teilnehmer das Coaching in Bezug auf den langfristigen Nutzen (MW=5.05, SD=0.94) und die Unterstützung für die eigene Entwicklung (MW=4.97, SD=1.01) vergleichbar einstufen: In beiden Bereichen belaufen sich 92.3 % der Angaben auf positive Antwortformate. Insgesamt bejahen 82.0 %, grundsätzlich noch einmal Coaching in Anspruch zu nehmen (MW=4.57, SD=1.34).

Ein abschließendes Item gibt Aufschluss über die Zufriedenheit mit dem Coaching-Prozess insgesamt. Aus Abbildung 44 geht hervor, dass die Befragten ausschließlich positive Bewertungen von „trifft eher zu“ bis „trifft genau zu“ vornehmen und demzufolge eine hohe Gesamtzufriedenheit vorliegt.

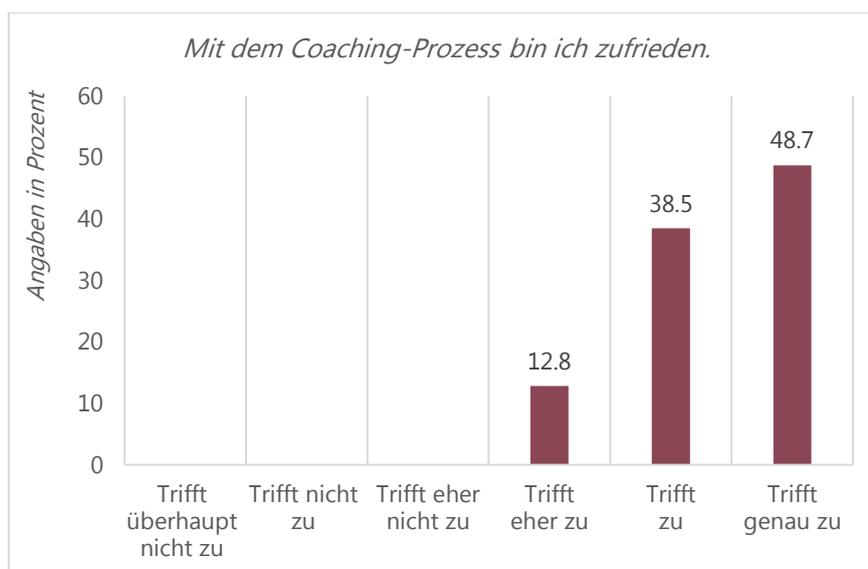


Abbildung 44: Zufriedenheit mit dem Coaching-Prozess (N=39)

Bei beiden Coaching-Sitzungen gab es abschließend die Möglichkeit, offene Anmerkungen bzw. Verbesserungsvorschläge zu äußern. Diese Option wurde insgesamt von zwölf Personen genutzt (Coaching-Sitzung 1: sechs Anmerkungen, Coaching-Sitzung 2: sechs Anmerkungen). Acht der zwölf Anmerkungen beinhalten positives Feedback zum Coaching. So wird bspw. die sehr gute Vorbereitung des Coaches und die in die Sitzungen integrierte Kurz-*Aktivpause* gelobt. Weiterhin wird angemerkt, dass das Coaching wichtig war, um das Zielvorhaben innerhalb der Gruppe in Ruhe und nicht „zwischen Türe und Angel“ zu besprechen. Eine Person erklärt, dass das Coaching für sie selbst als sportlich aktive Person nicht zwingend notwendig war, sie jedoch den Sinn für körperlich inaktive Menschen erkennt, „weil hier die Motivation von außen kommt und auch kommen muss“. In einer weiteren Nennung wird geäußert, dass das Coaching weniger für den Einzelnen, als vielmehr für die Gruppe und die Akzeptanz beim Vorgesetzten nützlich ist:

Eigentlich war ich mir über die Inhalte und Strategien klar. Allerdings hilft es der gesamten Gruppe, in solchen kurzen Runden diese Strategien zu formulieren. Der Druck und die Einsicht bei Vorgesetzten steigt dadurch deutlich an. Für diese ist es dann schwieriger gegen die Aktivpause zu argumentieren. Besonders wenn sie selbst beobachten können, welche positive Wirkung in der Gruppe und bei jedem Einzelnen erreicht werden.

Drei Personen äußern konstruktive Kritik: Hierbei wird hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung des Coachings erwähnt, dass etwas mehr theoretische Hintergrundinformationen hilfreich wären und weniger Zeit auf die Formulierung gemeinsamer *Aktivpause*-Regeln verwendet werden sollte. Eine Person wünscht sich umfangreichere Erklärungen zum Nutzen der Übungen sowie Strategien, die das Merken der Übungen erleichtern.

10.2.2.2 Multiplikatoren-Schulung

Insgesamt erklärten sich in den elf *Multi-Plus*-Gruppen 24 Personen bereit, als Multiplikator zu fungieren. 17 dieser 24 Personen waren in der Multiplikatoren-Schulung anwesend, sodass sich eine Adhärenz von 70.8 % ergibt. 14 der 17 Anwesenden (82.4 %) vervollständigten den Kurzfeedback-Fragebogen.

Ziel der Multiplikatoren-Schulung war es, die Teilnehmer auf ihre Rolle als Multiplikator vorzubereiten und ihnen grundlegendes Know-how für die Anleitung von *Aktivpausen* zu vermitteln. Dementsprechend zielten die Items des Fragebogens schwerpunktmäßig auf die inhaltliche Bewertung der Schulung und die Einschätzung hinsichtlich des Nutzens für die Multiplikatoren-Tätigkeit ab.

Zunächst interessierte, aus welchen Beweggründen Personen sich dazu bereit erklären, einer Multiplikatoren-Tätigkeit nachzugehen. Mit Ausnahme einer Person antworteten alle auf die offen formulierte Frage. Die Auswertung ergibt, dass acht Personen aus einer intrinsischen Mo-

tivation heraus handeln, wobei „Spaß an der Tätigkeit“ am häufigsten genannt wird (fünf Angaben). Drei weitere intrinsische Gründe sind das persönliche Interesse, die Überzeugung, der eigenen Gesundheit etwas Gutes zu tun sowie das Bedürfnis, die Gruppe zur Bewegung zu motivieren. Fünf Personen geben demgegenüber externe Motive für ihre Entscheidung an wie z. B. „weil sich sonst niemand anderes findet“.

Mit den Themen und Inhalten der Schulung sind die Befragten zufrieden, es ergibt sich ein Gesamtmittelwert über alle Items von 5.44 (SD=0.61) bei einer maximalen Ausprägung von 6 (vgl. Abbildung 45).

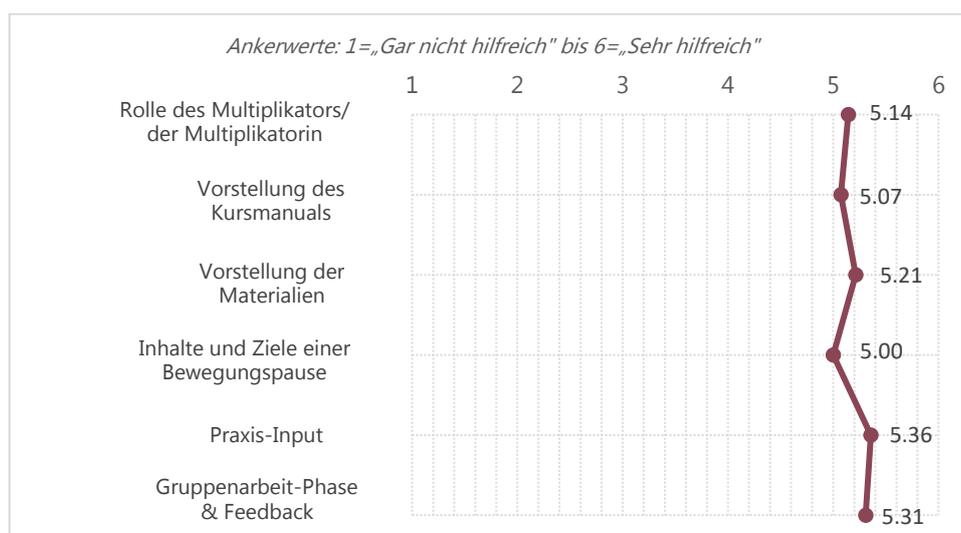


Abbildung 45: Subjektive Einschätzung zur Relevanz der Schulungs-Inhalte (N=14)

Die Einschätzung der einzelnen Workshop-Bausteine hinsichtlich der Vorbereitung auf die Multiplikatoren-Rolle fällt wie folgt aus: Brainstorming zur Rolle des Multiplikators (MW=5.14, SD=0.77), Vorstellung und Handhabung des Kursmanuals (MW=5.07, SD=1.07), Vorstellung und Handhabung der Materialkiste (MW=5.21, SD=0.80), Informationen zu den Inhalten und Zielen einer Bewegungspause (MW=5.00, SD=0.88), Praxis-Input, d. h. praktische Durchführung und Erklärungen zu den Übungen (MW=5.36, SD=0.84) und Gruppenarbeitsphase mit Feedback (MW=5.31, SD=0.95). Daraus kann für weitere Schulungen abgeleitet werden, dass der Fokus noch stärker auf der praktischen Ausführung sowie der Erklärung von Übungen liegen sollte. Außerdem wird es als hilfreich angesehen, wenn sich die Teilnehmer in Gruppenarbeitsphasen austauschen und gegenseitig Feedback geben.

Die Rahmenbedingungen werden ebenfalls positiv bewertet. Am besten fällt die Bewertung des Moderators mit einem Skalenmittelwert von 5.71 (SD=0.41) aus. Hervorzuheben ist, dass für diesen Aspekt ausschließlich die beiden höchsten Antwortkategorien angekreuzt wurden: 71.4 % sind „sehr zufrieden“, 28.6 % sind „zufrieden“ mit dem Moderator. Am schlechtesten schneidet der Veranstaltungsort ab (MW=4.93, SD=1.27). Dies ist möglicherweise damit zu erklären, dass die Multiplikatoren-Schulung im Vergleich zu den Coaching-Sitzungen nicht bei

den einzelnen Gruppen vor Ort, sondern für alle Multiplikatoren an einem zentralen Standort realisiert wurden.

Die Teilnehmer geben an, sich auf die Multiplikatoren-Rolle vorbereitet zu fühlen (MW=5.00, SD=0.68, vgl. Abbildung 46) und sind insgesamt zufrieden mit der Schulung (MW=5.07, SD=0.62).

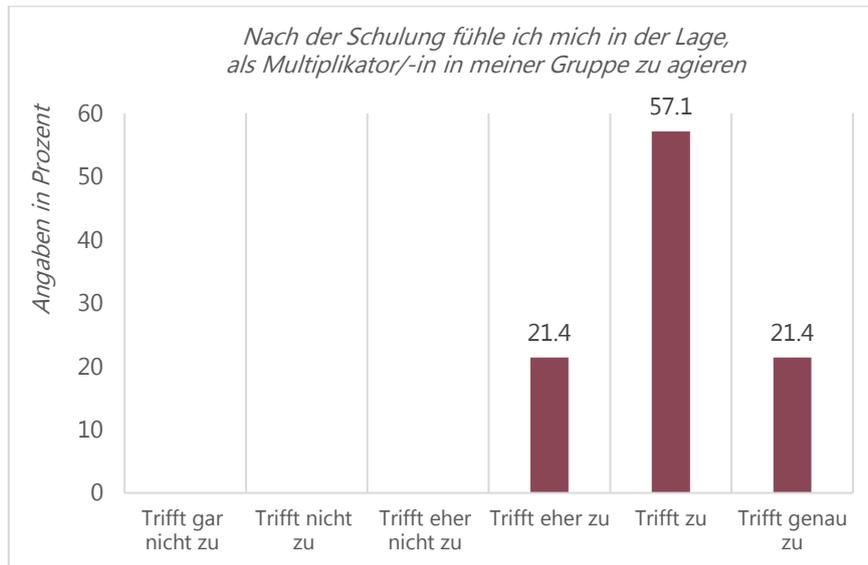


Abbildung 46: Subjektive Einschätzung der Multiplikatoren zur Vorbereitung auf die Tätigkeit (N=14)

Neun der vierzehn anwesenden Multiplikatoren wünschen sich weitere Unterstützungsangebote für ihre Tätigkeit. Hiervon bitten fünf Personen um regelmäßige Auffrischungsschulungen, in denen praktische Übungen vermittelt werden. Zwei Personen wünschen sich konstruktive Kritik und schlagen Hospitationen durch das *Aktivpause*-Team vor, in denen Feedback gegeben wird. Zwei weitere Anmerkungen beziehen sich auf den Wunsch nach Literaturempfehlungen bzw. nützlichen Internetlinks sowie das zur Verfügung stellen digitaler Übungsunterlagen.

10.2.3 Evaluation der Übungsleiter und Multiplikatoren

Für die Akzeptanz der *Aktivpause-Plus* ist neben den dargestellten Aspekten die Evaluation des Übungsleiters von hoher Bedeutung. Hierbei resultieren für beide Studiengruppen vergleichbare Ergebnisse. Eine Unterschiedsüberprüfung brachte lediglich für Item 1 eine signifikant höhere Einschätzung durch IG1 ($T=2.448$; $df=95$; $p=.016$) hervor. Teilnehmer der Gruppe *Multi-Plus* fühlen sich demnach stärker durch den Übungsleiter zum Sporttreiben motiviert als *Classic-Plus*-Teilnehmer. Für die weiteren Items fallen die Bewertungen der Teilnehmer ähnlich aus und werden daher nicht differenziert nach Studiengruppe dargestellt.

Eine ebenso hohe Wichtigkeit ergibt sich für die Multiplikatoren der *Multi-Plus*-Gruppen. In Tabelle 31 sind die Beurteilungen der Gruppe *Multi-Plus* zum Übungsleiter und dem Multiplikator einander gegenübergestellt.

Die Bewertung des Übungsleiters (T1) und Multiplikators (T2) wurde mit der gleichen Skala erfasst, sodass ein gepaarter Stichprobenvergleich mittels T-Test möglich ist. Die Multiplikatoren-Bewertung wurde lediglich von IG1 vorgenommen⁷¹.

Tabelle 31: Bewertung des Übungsleiters und des Multiplikators (IG1)

			N	MW	SD	p
1	... motiviert mich zum regelmäßigen Sporttreiben.	Übungsleiter	24	4.54	0.78	.328
		Multiplikator	24	4.29	0.95	
2	... ist gegenüber der Gruppe hilfsbereit und freundlich.	Übungsleiter	24	5.00	0.00	.050
		Multiplikator	24	4.71	0.69	
3	... ist um die Integration der einzelnen Gruppenmitglieder bemüht.	Übungsleiter	24	4.71	0.55	.247
		Multiplikator	24	4.46	0.93	
4	... macht einen fachlich kompetenten Eindruck.	Übungsleiter	25	4.55	0.56	.196
		Multiplikator	25	4.12	0.97	
5	... bringt durch neue Ideen Abwechslung in die Trainingsstunde.	Übungsleiter	24	4.67	0.64	.094
		Multiplikator	24	4.21	1.02	
6	... spornt die Gruppenmitglieder in schwierigen Situationen an.	Übungsleiter	24	4.63	0.71	.045
		Multiplikator	24	4.04	1.12	
7	... bemüht sich um jedes einzelne Gruppenmitglied.	Übungsleiter	24	4.50	0.72	.213
		Multiplikator	24	4.17	0.96	
8	... kann einfach, anschaulich erklären und die Übungen gut aufbauen.	Übungsleiter	24	4.75	0.44	.013
		Multiplikator	24	4.13	1.03	
9	... ist gegenüber Kritik und neuen Anregungen aufgeschlossen.	Übungsleiter	23	4.70	0.63	.347
		Multiplikator	23	4.48	0.79	
10	... gibt persönliche Rückmeldungen oder lobt, wenn eine schwierige Aufgabe erreicht	Übungsleiter	24	4.33	0.96	.102
		Multiplikator	24	3.88	1.23	
<i>Gesamtskala</i>		Übungsleiter	24	4.65	0.45	.035
		Multiplikator	24	4.25	0.78	

*Ankerwerte: 1=„trifft überhaupt nicht zu“ bis 5=„trifft völlig zu“

Auf Basis der deskriptiven Analyse ist eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden sowohl mit den Übungsleitern als auch den Multiplikatoren anzunehmen. Dies zeigt sich in sehr guten Gesamtmittelwerten (Übungsleiter: MW=4.65, SD=0.45; Multiplikator: MW=4.25, SD=0.78), wobei der Übungsleiter signifikant besser bewertet wird (T=2.240; df=23; p=.035). Insgesamt erreichen die einzelnen Items Mittelwerte zwischen der besten und zweitbesten Ausprägung.

⁷¹ Die Gruppe *Classic-Plus* wurde in die Ergebnisdarstellung nicht eingeschlossen, da kein Multiplikator eingesetzt wurde und daher dessen Bewertung nicht möglich ist.

Eine Ausnahme bildet Item 10, mit dem abgefragt wird, ob die Instruktoren persönliche Rückmeldung geben oder loben, wenn eine schwierige Aufgabe erreicht ist. Die Multiplikatoren erlangen einen Mittelwert von 3.88 (SD=1.23), die Übungsleiter einen Durchschnitt von 4.33 (SD=0.96). Für die Items 2, 6 und 8 resultieren signifikante Unterschiede, wobei die Übungsleiter jeweils besser abschneiden. Dass die Übungsleiter die Gruppen in schwierigen Situationen mehr anspornen ($T=2.119$; $df=23$; $p=.045$) und es ihnen besser gelingt, die Übungen einfach und anschaulich zu erklären ($T=2.698$; $df=23$; $p=.013$), ist möglicherweise durch deren größeren Erfahrungsschatz zu erklären.

Aus der *Aktivpause*-Evaluation (2016) resultierte eine vergleichbar gute Bewertung des Übungsleiters (2016: $N=216$, $MW_{ges}=4.35$, $SD=0.48$). Die vorliegende Evaluation zeigt insbesondere für Item 1 ein besseres Ergebnis ($MW_{2016}=3.28$, $SD=1.00$; $MW_{2018}=4.54$, $SD=0.78$; $\Delta MW=1.26$). Dies ist mit Blick auf das Untersuchungsziel der *Aktivpause-Plus* als erfreulich zu bewerten: Die *Aktivpause-Plus*-Teilnehmer nehmen eine höhere Motivation zu regelmäßigem Sporttreiben wahr als Kursteilnehmer des regulären *Aktivpause*-Programms.

Ein weiterer Untersuchungsbaustein bildete die eigens entwickelte Skala zur Bewertung der Multiplikatoren-Rolle. Die 24 Multiplikatoren wurden zu T3 gebeten, ihre Aufgabe zu reflektieren (vgl. Tabelle 32).

Tabelle 32: Bewertung der Multiplikatoren-Rolle ($N=13$)

		MW	SD
1	In der Rolle als Multiplikator/-in habe ich mich insgesamt wohl gefühlt.	3.92	1.12
2	Die Rolle als Multiplikator/-in hat mir Spaß gemacht.	3.77	1.17
3	Die Multiplikatoren-Schulung war von großem Nutzen für mich.	3.62	1.04
4	In der Multiplikatoren-Schulung wurde mir ausreichend Wissen zur Anleitung von Aktivpausen vermittelt.	3.62	0.87
5	Ich habe ausreichend Unterstützung zur Durchführung von Aktivpausen erhalten (Stundenverlaufspläne etc.).	4.38	0.65
6	Bei der Anleitung von Aktivpausen habe ich mich sicher gefühlt.	3.85	0.99
7	Ich kann mir vorstellen, auch in Zukunft als Multiplikator/-in zu agieren.	3.77	1.17
8	Ich kann mir vorstellen, weitere Multiplikatoren-Schulungen zu besuchen.	3.85	1.14

Ankerwerte: 1= „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5=“trifft völlig zu“

Insgesamt bewerten die Multiplikatoren ihre Tätigkeit positiv, die Mittelwerte der einzelnen Items ergeben eine Spannweite von 3.62 bis 4.38. Sie fühlen sich insgesamt wohl ($MW=3.92$, $SD=1.12$) und die Tätigkeit bereitet ihnen Spass ($MW=3.77$, $SD=1.17$). Erfreulich ist, dass sie

sich in der Anleitung von *Aktivpausen* sicherfühlen (MW=3.85, SD=0.99) und sich auch in Zukunft vorstellen können, als Multiplikator zu fungieren (MW=3.77, SD=1.17). Die Unterstützung seitens des *Aktivpause*-Teams wird im Vergleich zu den anderen Items am höchsten eingeschätzt (MW=4.38, SD=0.65).

10.2.4 Beantwortung der Forschungsfragen zur Akzeptanz und Zufriedenheit

In nachfolgenden Ausführungen werden die in Kapitel 7 formulierten Forschungsfragen zur Akzeptanz und Evaluation der *Aktivpause-Plus* beantwortet.

(1) Wie bewerten die Studienteilnehmer das *Aktivpause-Plus*-Programm?

Insgesamt bewerten die Probanden das Programm *Aktivpause-Plus* positiv: Hinsichtlich der abgefragten Bereiche ergeben sich Skalenmittelwerte zwischen 3.52 (SD=1.04) und 4.51 (SD=0.80) bei den Ankerwerten „1=trifft überhaupt nicht zu“ bis „5=trifft völlig zu“. Hierbei erhält das Item zur Weiterempfehlung der *Aktivpause-Plus* die beste Bewertung: Über 93 % der Teilnehmer würden das Programm weiterempfehlen. Am schlechtesten hingegen wird die Umsetzung der durch die *Aktivpause-Plus* gewonnenen Erfahrungen im Alltag eingeschätzt. Hier besteht unabhängig der Studiengruppe Verbesserungspotential. Eine Empfehlung für zukünftige Programme könnte daher sein, die Umsetzung der Inhalte im Alltag noch stärker zu fokussieren und in diesem Punkt weitere unterstützende Maßnahmen anzubieten. Bei differenzierter Betrachtung der Untersuchungsergebnisse nach Studiengruppe ergeben sich signifikante Unterschiede: *Multi-Plus*-Teilnehmer haben durch das Programm mehr Erkenntnisse zur Förderung der eigenen Gesundheit erlangt und intendieren im Vergleich zur *Classic-Plus*-Gruppe stärker, die gewonnenen Erfahrungen im Alltag umzusetzen. Sie sind mit der Organisation zufriedener und bewerten das Programm insgesamt substantiell besser ($T=3.374$; $df=82$; $p=.001$). Es ist daher davon auszugehen, dass die Intervention Wirkung zeigt. Allerdings ist kritisch anzumerken, dass Teilnehmer der *Multi-Plus*-Gruppe teilweise auch jene Aspekte positiver bewerten, die bei beiden Studiengruppen identisch waren (z. B. Self-Monitoring, Kostenfreiheit des Angebots). Möglicherweise sind diese dem Programm gegenüber positiver gestimmt und daher in ihrem Beurteilungsvermögen beeinflusst.

(2) Welche Maßnahmen werden als hilfreich für die eigenständige Durchführung von *Aktivpausen* empfunden?

Als hilfreich für die eigenständige Ausführung der *Aktivpause* wird unabhängig der Studiengruppe in besonderem Maße die Unterstützung durch den Übungsleiter eingeschätzt: Insgesamt empfinden 95.9 % dessen Engagement „eher wichtig“ (20.6 %) bzw. „sehr wichtig“ (75.3 %) für die Zielumsetzung. Weiter messen 90.7 % der Teilnehmer den Arbeitskollegen eine zentrale Rolle bei. Es wird davon ausgegangen, dass der soziale Zusammenhalt innerhalb der Gruppe sowie die gegenseitige Unterstützung wesentlich zum Durchführungserfolg beitragen.

Als weniger nützlich für die Umsetzung des Zielvorhabens wird hingegen das wöchentliche Self-Monitoring wahrgenommen: Für das Self-Monitoring sprechen sich lediglich ein Drittel der Befragten aus (34.0 %). Den Vorgesetzten empfinden nur knapp die Hälfte (46.2 %) als Hilfe.

Die mangelnde Unterstützung von Vorgesetzten wird auch im Bereich der BGF häufig kritisiert (z. B. Elke et al., 2015). Die vorliegenden Ergebnisse stehen damit in Einklang mit Befunden aus der Literatur. Die Befürwortung der *Aktivpause-Plus* seitens der Vorgesetzten ist u. U. eine entscheidende Stellschraube für den langfristigen Umsetzungserfolg des Programms.

Bei differenzierter Betrachtung nach Studiengruppe ist resümierend festzuhalten, dass die Gruppe *Multi-Plus* für alle abgefragten Aspekte höhere Werte vergibt als die *Classic-Plus*-Gruppe. Hierbei resultieren für die überwiegende Anzahl der Items signifikante Unterschiede. Die *Multi-Plus*-Teilnehmer bewerten darüber hinaus die zu Beginn der Intervention ausgehängte Materialkiste inklusive Übungsunterlagen, die zweiwöchige Kickstart-Phase sowie den Multiplikator als sehr nützlich. Diese Aspekte scheinen ähnlich wichtig zu sein, wie die oben genannte Funktion der Übungsleiter und Arbeitskollegen. Vergleichsweise gering wird wiederum die Unterstützung durch das Coaching beurteilt.

(3) Wie wird das *Multi-Plus*-Programm bewertet und wie nehmen die Multiplikatoren ihre Rolle an?

Die Evaluationsergebnisse bringen eine hohe Akzeptanz hinsichtlich der Programmbausteine hervor. Der Coaching-Prozess wird insgesamt als sehr zufriedenstellend beurteilt, wobei im Besonderen der Moderator sowie die Teilnehmerunterlagen gut bewertet werden. Eine Adhärenz von über 80 % bei den einzelnen Sitzungen spricht ebenfalls für diese Einschätzung.

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die Multiplikatoren ihre Tätigkeit positiv bewerten und sich in ihrer Rolle wohl fühlen. Dieses Ergebnis wird u. a. dadurch gestützt, dass sich 69.3 % vorstellen können, auch über den Studienzeitraum hinaus tätig zu bleiben. Erfreulicherweise führen die Befragten an, sich „sicher“ (61.6 %) bzw. „eher sicher“ (30.8 %) in der Anleitung von *Aktivpausen* zu fühlen. Die Teilnehmer scheinen sich dementsprechend durch die 90-minütige Schulung sowie die ausgehängten Materialien gut auf die Tätigkeit vorbereitet zu fühlen. Es besteht eine hohe Zufriedenheit mit der Multiplikatoren-Schulung (MW=5.07, SD=0.62). Verbesserungspotential ergibt sich dahingehend, dass noch mehr Praxisbezug hergestellt werden könnte. Über die Hälfte (64.3 %) wünschen sich weitere unterstützende Maßnahmen. Ergänzend ist anzumerken, dass die Unterstützung seitens *Aktivpause*-Team hoch eingeschätzt wird und dies möglicherweise einen wichtigen Rückhalt für die Multiplikatoren darstellt. Die Multiplikatoren erfahren innerhalb der eigenen Gruppe eine hohe Akzeptanz und werden durchgängig positiv bewertet. Um regelmäßig neuen Input zu erhalten und kontinuierlich soziale Unterstützung zu erfahren, scheint die regelmäßige Präsenz des Übungsleiters dennoch bedeutsam zu sein.

10.3 Inferenzstatistische Hypothesenprüfung

Die deskriptiven Betrachtungen (vgl. Kapitel 10.1) lieferten erste Hinweise über mögliche Auswirkungen der Intervention auf die Veränderung der Untersuchungsvariablen. In den nachstehenden Analysen steht die inferenzstatistische Überprüfung der formulierten Hypothesen im Blickpunkt. Für ein tiefergehendes Verständnis werden die Entwicklungsverläufe zunächst deskriptiv mithilfe von Grafiken und Mittelwerttabellen dargestellt, bevor eine induktive Betrachtungsweise folgt. Um Aussagen über den Interventionserfolg treffen zu können, wird bei den Ausführungen zwischen den beiden Untersuchungsgruppen *Multi-Plus* (IG1) und *Classic-Plus* (IG2) differenziert.

10.3.1 Durchführung von Aktivpausen und Gruppenzugehörigkeit

Hypothese 1:

Die Interventionsgruppen unterscheiden sich in der Entwicklung der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen*: IG1 zeigt im Vergleich IG2 einen höheren Anstieg der Durchführungshäufigkeit.

In den nachfolgenden Ausführungen wird die Entwicklung des Durchführungsverhaltens von *Aktivpausen* im Studienzeitraum dargestellt, wobei zunächst die Gesamtstichprobe betrachtet und im Anschluss zwischen den Gruppen *Multi-Plus* und *Classic-Plus* differenziert wird. Abbildung 47 zeigt die Entwicklung des Durchführungsverhaltens nach Studiengruppe.

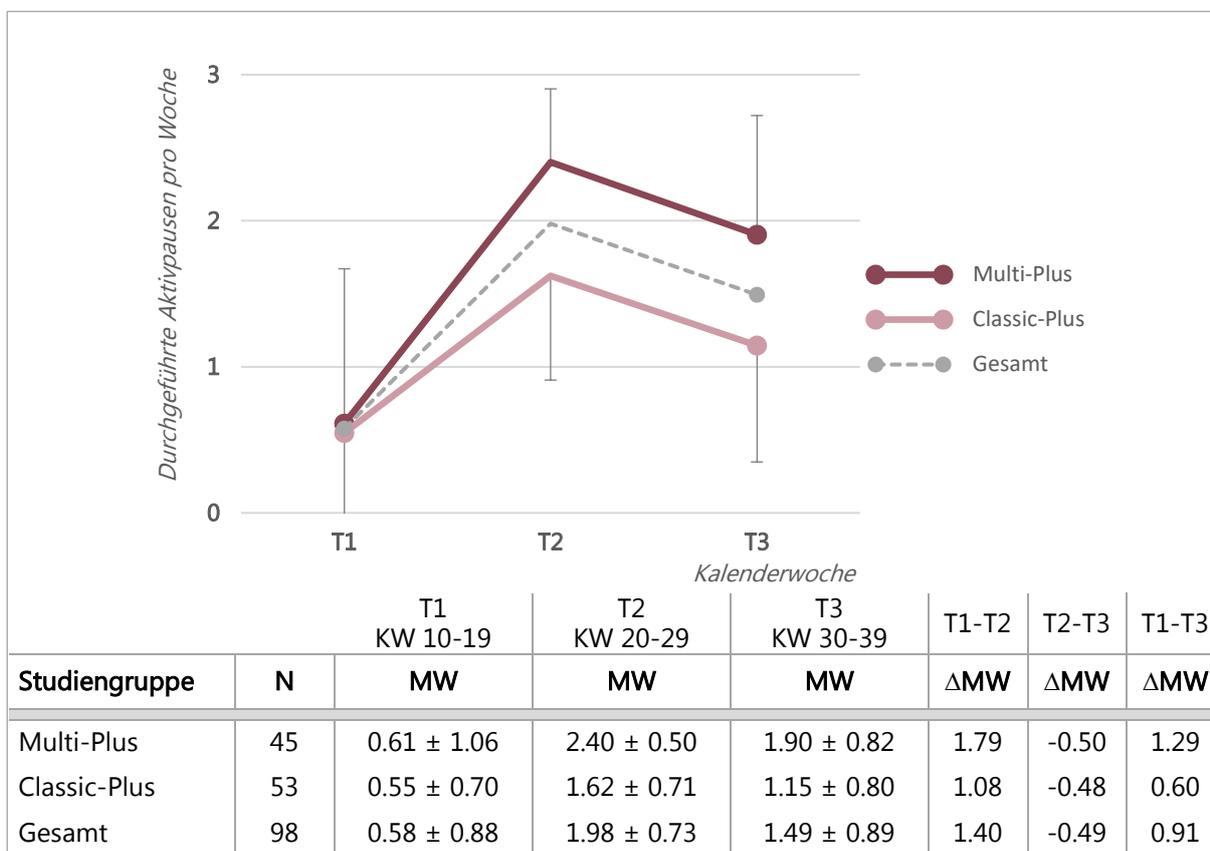


Abbildung 47: Entwicklung der Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=98)

Mit Blick auf das Aktivitätsverhalten der Gesamtstichprobe ist zu beobachten, dass in beiden Studienphasen eine höhere Durchführungsquote an *Aktivpausen* erlangt wird als vor der Intervention. Hierbei ist für Phase 1 eine positive Entwicklung beobachtbar, wenngleich in der Eigenrealisationsphase ohne regelmäßigen Übungsleiterkontakt ein Rückgang zu verzeichnen ist (T1: $MW_{ges}=0.58$, $SD=0.88$; T2: $MW_{ges}=1.98$, $SD=0.73$; T3: $MW_{ges}=1.49$, $SD=0.89$). Nichts desto trotz wird nach dem 20-wöchigen Studienzeitraum noch immer knapp eine *Aktivpause* pro Woche mehr durchgeführt als vorher ($\Delta MW_{T1-T3}=0.91$).

Die Analyse nach Studiengruppe zeigt, dass diese sich zu Interventionsbeginn nicht signifikant in ihrer Durchführung von *Aktivpausen* unterscheiden ($T=0.160$; $df=101$; $p=.229$). In der ersten Interventionsphase erreichen beide Gruppen einen Anstieg in der Durchführungshäufigkeit, wobei dieser bei IG1 signifikant steiler ausfällt als bei IG2 (Zeit*Gruppe: $F_{2,192}=8.969$, $p<.001$, $\eta^2=.085$). Während IG1 in den ersten zehn Interventionswochen im Mittel 2.4 *Aktivpausen* ($SD=0.50$) durchführt, sind es bei IG2 lediglich 1.62 ($SD=0.71$). In der zweiten Hälfte liegt bei beiden Gruppen ein leichter Rückgang von 0.5 *Aktivpausen* pro Woche vor, wobei keine Signifikanz zwischen den Subjekten besteht.

Tabelle 33: ANOVA zur Durchführung von *Aktivpausen* in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit ($N=98$)

	Gruppe			Zeit			Zeit*Gruppe		
	F	p	η^2	F	p	η^2	F	p	η^2
Durchführungshäufigkeit	22.570	<.001	.190	114.861	<.001	.545	8.969	<.001	.085

Wie aus Tabelle 33 ersichtlich wird, liegt für die Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen* ein signifikanter Gruppen-, Zeit- als auch Interaktionseffekt vor. Daraus resultiert, dass sich die beiden Gruppen *Multi-Plus* und *Classic-Plus* unterschiedlich in ihrem Aktivitätsverhalten entwickeln: Bei IG1 liegt eine signifikant positivere Veränderung vor als bei IG2. Hinsichtlich Hypothese 1 zeigt sich eine hohe Effektstärke für die beiden Faktoren Gruppe ($\eta^2=.190$) und Zeit ($\eta^2=.545$), für die Wechselwirkung (Faktor Zeit*Gruppe) ergibt sich ein mittlerer Effekt ($\eta^2=.085$). Insgesamt bestätigen die Befunde, dass in beiden Gruppen eine kurzfristig gesteigerte Durchführung von *Aktivpausen* resultiert, wobei diese bei IG1 substantiell positiver ausfallen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Intervention *Aktivpause-Plus* einen positiven Effekt auf die eigenständige Durchführung von *Aktivpausen* hat. Hypothese 1 wird angenommen.

10.3.2 Gruppenzugehörigkeit und Variablen des MoVo-Modells

Hypothese 2:

Die Interventionsgruppen unterscheiden sich in der Entwicklung der Modellvariablen:

- a) IG1 zeigt im Vergleich zu IG2 eine positivere Entwicklung in der Ausprägung der motivationalen Modellvariablen (Intention, Selbstwirksamkeit, Planungstiefe, Konsequenzerwartung und Konsequenzerfahrung).
- b) IG1 zeigt im Vergleich zu IG2 eine positivere Entwicklung in der Ausprägung der volitionalen Modellvariablen (perzipierte Barrieren, Gegenstrategien und Rückfallprävention).

In den nachfolgenden Ausführungen werden die Interventionsgruppen als Faktor Gruppe angenommen und analysiert, ob sich diese im Interventionsverlauf hinsichtlich der Ausprägung der Modellvariablen unterschiedlich entwickeln (Interaktionseffekt). Postuliert wird, dass sich IG1 positiver verändert als IG2.

Ein Vergleich mittels T-Test ergibt, dass hinsichtlich der Variablen aus dem MoVo-Modell zu Beginn der Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen bestehen. Im weiteren Verlauf der Studie sind teilweise unterschiedliche Entwicklungen zu konstatieren. Diese werden in den beiden folgenden Kapiteln differenziert beschrieben. Die nachstehenden Abschnitte befassen sich mit der Klärung von Hypothese 2a).

10.3.2.1 Gruppenzugehörigkeit und motivationale Variablen

In Tabelle 34 sind zur deskriptiven Analyse der motivationalen Variablen die arithmetischen Mittel (MW) und die Standardabweichungen (SD) der jeweiligen Messzeitpunkte sowie die Mittelwertveränderungen (Δ MW) von *Multi-Plus* und *Classic-Plus* aufgezeigt.

Tabelle 34: Entwicklung der Ausprägung der motivationalen Variablen im Interventionszeitraum in Abhängigkeit von der Studiengruppe

			T1 KW 10-19	T2 KW 20-29	T3 KW 30-39	T1-T2	T2-T3	T1-T3
	Studiengruppe	N	MW	MW	MW	Δ MW	Δ MW	Δ MW
Intention	Multi-Plus	38	5.13 ± 1.09	5.79 ± 0.47	4.87 ± 1.30	0.66	-0.92	-0.26
	Classic-Plus	43	5.19 ± 0.85	4.51 ± 1.40	3.58 ± 1.68	-0.68	-0.93	-1.61
	Gesamt	81	5.16 ± 0.47	5.11 ± 1.25	4.19 ± 1.64	-0.05	-0.92	-0.97
Selbstwirksamkeit	Multi-Plus	38	5.02 ± 1.04	5.23 ± 0.69	4.85 ± 1.16	0.21	-0.38	-0.17
	Classic-Plus	43	4.77 ± 0.98	4.05 ± 1.43	3.61 ± 1.58	-0.72	-0.44	-1.16
	Gesamt	81	4.88 ± 1.01	4.60 ± 1.29	4.19 ± 1.52	-0.28	-0.41	-0.69
Selbstkonkordanz _{intr}	Multi-Plus	38	3.26 ± 0.36	3.39 ± 0.40	3.27 ± 0.48	0.13	-0.12	-0.01
	Classic-Plus	43	3.15 ± 0.56	3.10 ± 0.50	3.03 ± 0.54	-0.05	-0.07	-0.12
	Gesamt	81	3.20 ± 0.48	3.23 ± 0.48	3.14 ± 0.59	0.03	-0.09	-0.06
Selbstkonkordanz _{extr}	Multi-Plus	37	1.47 ± 0.34	1.74 ± 0.54	1.75 ± 0.64	0.27	0.01	0.28
	Classic-Plus	39	1.53 ± 0.43	1.69 ± 0.43	1.67 ± 0.54	0.16	-0.02	0.14
	Gesamt	76	1.50 ± 0.39	1.71 ± 0.48	1.71 ± 0.59	0.21	-0.00	0.21
Konsequenzerwartung/ -erfahrung _{pos}	Multi-Plus	35	3.16 ± 0.38	3.06 ± 0.42	3.03 ± 0.45	-0.10	-0.03	-0.13
	Classic-Plus	39	3.09 ± 0.42	2.81 ± 0.42	2.77 ± 0.66	-0.28	-0.04	-0.32
	Gesamt	74	3.13 ± 0.40	2.93 ± 0.44	2.90 ± 0.58	-0.20	-0.03	-0.23
Konsequenzerwartung/ -erfahrung _{neg}	Multi-Plus	36	1.41 ± 0.36	1.26 ± 0.32	1.37 ± 0.32	-0.15	0.11	-0.04
	Classic-Plus	39	1.55 ± 0.40	1.52 ± 0.35	1.53 ± 0.36	-0.03	0.01	-0.02
	Gesamt	75	1.48 ± 0.39	1.39 ± 0.36	1.45 ± 0.35	-0.09	0.06	-0.03

Bei den motivationalen Variablen sind für die Merkmale Intention und Selbstwirksamkeit signifikante Effekte zu vermerken. Diese liegen sowohl für die beiden Faktoren Gruppe und Zeit als auch für die Wechselwirkung zwischen diesen vor. Das bedeutet, dass sich IG1 und IG2 im Interventionsverlauf signifikant unterschiedlich verändern, wobei für IG1 eine jeweils positivere Entwicklung vorliegt.

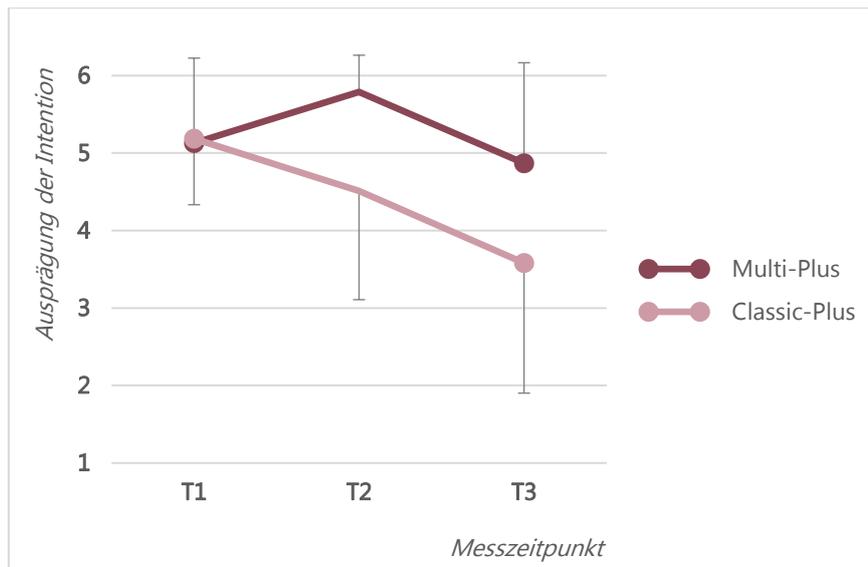


Abbildung 48: Entwicklung der Intention in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=81)

Für die Entwicklung der Intention ergibt sich folgender Verlauf (vgl. Abbildung 48): Während für IG1 in Phase 1 eine Zunahme erkennbar ist ($\Delta MW_{T1-T2}=0.66$), nimmt die Ausprägung für IG2 in gleichem Maße ab ($\Delta MW_{T1-T2}=-0.68$). In Phase 2 ist bei beiden Gruppen ein nahezu identischer Rückgang zu beobachten, sodass der Mittelwert zu T3 bei geringer ausfällt als zu T1 (IG1: $\Delta MW_{T1-T3}=-0.26$; IG2: $\Delta MW_{T1-T3}=-1.61$). Dabei sinkt die Intentionsstärke, regelmäßig *Aktivpausen* durchzuführen, bei IG1 signifikant geringer als bei IG2 (Zeit*Gruppe: $F_{2,158}=11.938$, $p<.001$, $\eta^2=.131$).

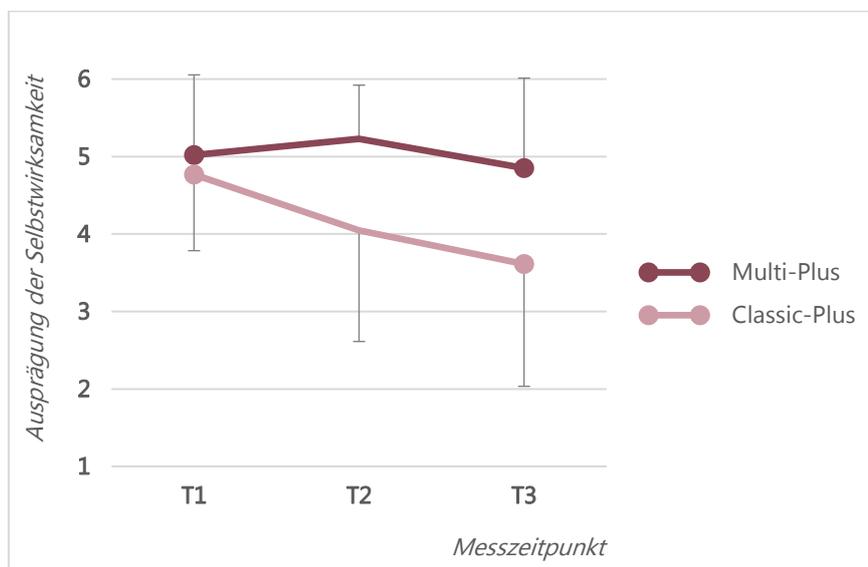


Abbildung 49: Entwicklung der Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=81)

Hinsichtlich der Selbstwirksamkeit ergibt sich ein äquivalenter Verlauf, wie aus Abbildung 49 ersichtlich: Bei IG2 ist für beide Interventionsphasen eine stetige Abnahme zu konstatieren ($\Delta MW_{T1-T2}=-0.72$; $\Delta MW_{T2-T3}=-0.44$). Bei IG1 liegt diese lediglich für Phase 2 vor, demgegenüber

ist für Phase 1 eine Zunahme beobachtbar ($\Delta MW_{T1-T2}=0.21$; $\Delta MW_{T2-T3}=-0.38$). Diese Feststellung äußert sich in einer signifikanten Wechselwirkung zwischen den Subjekten (Zeit*Gruppe: $F_{2,158}=7.131$, $p=.001$, $\eta^2=.083$).

Bei den Variablen Intention und Selbstwirksamkeit zeigt sich jeweils ein mittlerer Effekt. Ein Post-hoc-Test zur weiteren Analyse ergab, dass der Interaktionseffekt hinsichtlich beider Variablen für Interventionsphase 1, nicht jedoch für Phase 2 gegeben ist.

Zur differenzierten Analyse der Selbstkonkordanz wurde es als sinnvoll erachtet, in Anlehnung an die vier Subskalen (vgl. Kapitel 9.2.1) zwischen eher intrinsischen und eher extrinsischen Ausprägungen zu differenzieren⁷². Um Erkenntnis darüber zu erlangen, ob die Teilnehmer im Laufe der *Aktivpause-Plus* zunehmend aus eigenem Antrieb *Aktivpausen* durchführen (=intrinsischer und identifizierter Modus), werden diese in den Erläuterungen fokussiert. Bei IG1 steigen die Werte der Selbstkonkordanz_{intr} in den ersten Interventionswochen kontinuierlich an, in Phase 2 ist ein Rückgang zu verzeichnen, sodass die Ausprägung zu T3 derjenigen von T1 gleicht ($\Delta MW_{T1-T2}=0.13$; $\Delta MW_{T2-T3}=-0.12$). Bei IG2 sinkt die Selbstkonkordanz_{intr} im gesamten Interventionsverlauf stetig ($\Delta MW_{T1-T2}=-0.05$; $\Delta MW_{T2-T3}=-0.07$). Für die Selbstkonkordanz_{intr} liegt ein signifikanter Effekt hinsichtlich des Faktors Gruppe vor (Gruppe: $F_{1,79}=5.785$, $p=.019$, $\eta^2=.068$). Aus der Post-hoc-Analyse resultiert eine tendenzielle Signifikanz für den Interaktionseffekt in Phase 1 (Zeit*Gruppe $T1-T2$: $F_{1,95}=3.849$, $p=.053$, $\eta^2=.034$). Bei der Selbstkonkordanz_{extr} zeigt sich gruppenunabhängig eine Steigerung der Mittelwertausprägungen in Phase 1, in der zweiten Hälfte stagnieren die Werte (IG1: $\Delta MW_{T1-T2}=0.27$; $\Delta MW_{T2-T3}=0.01$; IG2: $\Delta MW_{T1-T2}=0.16$; $\Delta MW_{T2-T3}=-0.02$). Die Gruppen unterscheiden sich hierbei in ihrer Entwicklung nicht signifikant. Hinsichtlich des Faktors Zeit ist eine Signifikanz gegeben (Zeit: $F_{2,148}=8.177$, $p<.001$, $\eta^2=.100$). Zusammenfassend kann geäußert werden, dass die Gruppe *Multi-Plus* sowohl hinsichtlich der intrinsischen als auch der extrinsischen Selbstkonkordanz kurzfristig vom Programm profitiert, während für Teilnehmer von *Classic-Plus* lediglich eine Steigerung der externen Selbstkonkordanz vorliegt.

Für die Konsequenzerwartung bzw. -erfahrung wurde in Anlehnung an die Subskalen ebenfalls zwischen positiven und negativen Ausprägungen unterschieden. Hinsichtlich der Konsequenzerwartung/-erfahrung_{pos} zeigt sich in Bezug auf den Faktor Zeit eine signifikant negative Entwicklung von T1 zu T3 (Zeit: $F_{2,144}=10.954$, $p<.001$, $\eta^2=.132$), wobei diese in Interventionsphase 1 deutlicher ausfällt als in Phase 2 (IG1: $\Delta MW_{T1-T2}=-0.10$; $\Delta MW_{T2-T3}=-0.03$; IG2: $\Delta MW_{T1-T2}=-0.28$; $\Delta MW_{T2-T3}=-0.04$).

⁷² Die Subskalen intrinsische und identifizierte Selbstkonkordanz wurden als positive Ausprägung (=Selbstkonkordanz_{intr}), die introjizierte und extrinsische Subskala als negative Ausprägung festgelegt (=Selbstkonkordanz_{extr}).

Während IG1 das Ausgangsniveau nahezu konstant hält, zeigt sich für IG2 eine steilere negative Entwicklung (Gruppe: $F_{1,72}=4.381$, $p=.040$, $\eta^2=.057$). Die Post-hoc-Analyse ergibt, dass die Abnahme bei IG1 in Phase 1 signifikant geringer ausfällt als bei IG2 (Zeit*Gruppe_{T1-T2}: $F_{1,90}=4.667$, $p=.033$, $\eta^2=.049$).

Im Bereich der Konsequenzerwartung/-erfahrung_{neg} zeigt sich bei beiden Gruppen eine Abnahme über die Zeit, d. h. nach der Intervention liegen tendenziell weniger negative Einschätzungen vor als vorher (ΔMW_{T1-T3}). Hinsichtlich des Faktors Zeit liegt kein signifikanter Effekt vor, wohl aber für die Gruppe (Gruppe: $F_{1,73}=7.864$, $p=.006$, $\eta^2=.097$). Das bedeutet, dass für IG1 signifikant weniger negative Konsequenzerfahrungen auftreten als für IG2. Die Entwicklungsverläufe sind in Abbildung 50 dargestellt.

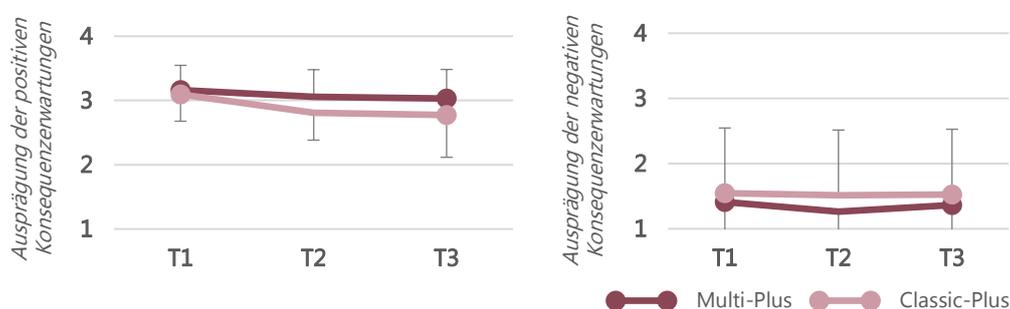


Abbildung 50: Entwicklung der Konsequenzerwartung bzw. -erfahrung in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit auf Subskalenebene (N=81)

Zusammenfassend sind nachfolgend die Ergebnisse der ANOVA-Analysen für die motivationalen Variablen aufgeführt (Tabelle 35).

Tabelle 35: ANOVA zur Ausprägung der motivationalen Variablen in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit

	Gruppe			Zeit			Zeit*Gruppe		
	F	p	η^2	F	p	η^2	F	p	η^2
Intention	17.840	<.001	.184	23.098	<.001	.226	11.938	<.001	.131
Selbstkonkordanz _{intr}	5.785	.019	.068	1.215	.300	.015	1.236	.293	.015
Selbstkonkordanz _{extr}	0.048	.827	.001	8.177	<.001	.100	0.787	.457	.011
Selbstwirksamkeit	18.803	<.001	.192	10.288	<.001	.115	7.131	.001	.083
Konsequenzerwartung _{pos}	4.381	.040	.057	10.954	<.001	.132	2.087	.128	.028
Konsequenzerwartung _{neg}	7.864	.006	.097	2.213	.113	.029	0.994	.373	.013

Konkludierend lässt sich für die *Multi-Plus*-Gruppe eine positivere Entwicklung der motivationalen Variablen festhalten als für die *Classic-Plus*-Gruppe. Die *Classic-Plus*-Gruppe zeigt hinsichtlich aller motivationalen Variablen eine konstant negative Entwicklung. Demgegenüber hat die *Aktivpause-Plus* bei IG1 kurzfristig einen positiven Effekt auf die motivationalen Variablen der Intention, Selbstwirksamkeit und Selbstkonkordanz.

Das bedeutet, dass durch die Teilnahme am *Multi-Plus*-Programm zum einen die Absicht, regelmäßig am Arbeitsplatz *Aktivpausen* durchzuführen und zum anderen die Selbstwirksamkeit gesteigert werden. Weiterhin scheinen die *Multi-Plus*-Teilnehmer in der ersten Interventionshälfte zunehmend aus eigenem Antrieb heraus zu handeln und weniger auf extrinsische Motivationsanreize angewiesen zu sein. In Phase 2 nehmen die Werte nahezu in gleichem Umfang ab, sodass nach der 20-wöchigen Intervention kein signifikant positiver Effekt mehr erkennbar ist. Für die negativen Konsequenzerwartungen ergibt sich ein zu oben äquivalenter Verlauf: In Phase 1 nehmen die *Multi-Plus*-Teilnehmer im Vergleich zu ihren anfänglichen Erwartungen weniger negative Handlungsfolgen wahr (z. B. zeitliche Einschränkung, erhöhter Organisationsaufwand, Misserfolge), wobei dieser Effekt in der zweiten Phase abflacht. Was die positiven Konsequenzerwartungen betrifft, so ist festzuhalten, dass beide Interventionsgruppen bereits vor Studienbeginn überdurchschnittlich hohe Werte aufweisen. Im Studienverlauf sinken die Ausprägungen – demnach hat die Intervention keinen unterstützenden Effekt. Hypothese 2a) wird infolgedessen für die beiden motivationalen Variablen der Intention und Selbstwirksamkeit angenommen.

10.3.2.2 Gruppenzugehörigkeit und volitionale Variablen

In den obigen Darstellungen wurden die Veränderungen der motivationalen Variablen analysiert. In den nachfolgenden Ausführungen steht mit Blick auf die Hypothese 2b) die Untersuchung der volitionalen Komponenten im Fokus.

Tabelle 36 veranschaulicht die durchschnittlichen Merkmalsausprägungen (MW), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertveränderungen (Δ MW), wobei zwischen den beiden Studiengruppen und dem Zeitverlauf differenziert wird.

Tabelle 36: Entwicklung der Ausprägung der volitionalen Variablen im Interventionszeitraum in Abhängigkeit von der Studiengruppe

			T1 KW 10-19	T2 KW 20-29	T3 KW 30-39	T1-T2	T2-T3	T1-T3
	Studiengruppe	N	MW	MW	MW	Δ MW	Δ MW	Δ MW
Planungstiefe	Multi-Plus	37	2.59 ± 0.68	3.19 ± 0.63	3.12 ± 0.61	0.60	-0.07	0.53
	Classic-Plus	37	2.46 ± 0.74	2.57 ± 0.83	2.34 ± 0.95	0.11	-0.23	-0.12
	Gesamt	74	2.52 ± 0.71	2.88 ± 0.79	2.73 ± 0.88	0.36	-0.15	0.21
Barrieren _{psych}	Multi-Plus	37	1.87 ± 0.47	1.69 ± 0.41	1.79 ± 0.49	-0.18	0.10	-0.08
	Classic-Plus	41	1.88 ± 0.41	1.92 ± 0.47	1.95 ± 0.52	0.04	0.03	0.07
	Gesamt	78	1.88 ± 0.44	1.81 ± 0.46	1.87 ± 0.51	-0.07	0.06	-0.01
Barrieren _{körp}	Multi-Plus	37	2.29 ± 1.09	1.81 ± 0.86	2.05 ± 0.87	-0.48	0.24	-0.24
	Classic-Plus	39	2.17 ± 0.97	1.74 ± 0.93	1.87 ± 0.92	-0.43	0.13	-0.30
	Gesamt	76	2.23 ± 1.02	1.77 ± 0.89	1.96 ± 0.89	-0.46	0.19	-0.27
Barrieren _{orga}	Multi-Plus	37	1.66 ± 0.46	1.39 ± 0.36	1.48 ± 0.45	-0.27	0.09	-0.18
	Classic-Plus	39	1.69 ± 0.45	1.59 ± 0.39	1.74 ± 0.52	-0.10	0.15	0.05
	Gesamt	76	1.68 ± 0.45	1.49 ± 0.39	1.61 ± 0.50	-0.19	0.12	-0.07
Gegenstrategie _{Akut}	Multi-Plus	36	1.50 ± 0.27	1.46 ± 0.29	1.55 ± 0.25	-0.04	0.09	0.05
	Classic-Plus	38	1.52 ± 0.27	1.46 ± 0.26	1.43 ± 0.33	-0.06	-0.03	-0.09
	Gesamt	74	1.51 ± 0.27	1.46 ± 0.27	1.49 ± 0.29	-0.05	0.03	-0.02
Gegenstrategie _{Präventiv}	Multi-Plus	36	1.78 ± 0.20	1.79 ± 0.19	1.78 ± 0.19	0.01	-0.01	0.00
	Classic-Plus	37	1.77 ± 0.17	1.66 ± 0.19	1.62 ± 0.27	-0.11	-0.04	-0.15
	Gesamt	73	1.78 ± 0.19	1.72 ± 0.20	1.70 ± 0.25	-0.06	-0.02	-0.08
Rückfallprävention Ausnahme	Multi-Plus	37	3.65 ± 0.59	3.76 ± 0.44	3.65 ± 0.54	0.11	-0.11	0.00
	Classic-Plus	40	3.75 ± 0.44	3.30 ± 0.91	2.95 ± 1.01	-0.45	-0.35	-0.80
	Gesamt	77	3.70 ± 0.52	3.52 ± 0.75	3.29 ± 0.89	-0.18	-0.23	-0.41
Rückfallprävention Resignation	Multi-Plus	36	1.03 ± 0.17	1.06 ± 0.23	1.08 ± 0.37	0.03	0.02	0.05
	Classic-Plus	39	1.08 ± 0.35	1.18 ± 0.51	1.51 ± 0.94	0.10	0.33	0.43
	Gesamt	75	1.05 ± 0.28	1.12 ± 0.40	1.31 ± 0.75	0.07	0.19	0.26
Rückfallprävention Gewohnheit	Multi-Plus	37	3.62 ± 0.68	3.73 ± 0.56	3.68 ± 0.58	0.11	-0.05	0.06
	Classic-Plus	39	3.62 ± 0.71	3.59 ± 0.91	3.31 ± 1.03	-0.03	-0.28	-0.31
	Gesamt	76	3.62 ± 0.69	3.66 ± 0.76	3.49 ± 0.86	0.04	-0.17	-0.13

Hinsichtlich der Planungstiefe zeigen sich deutliche Effekte (vgl. Abbildung 51).

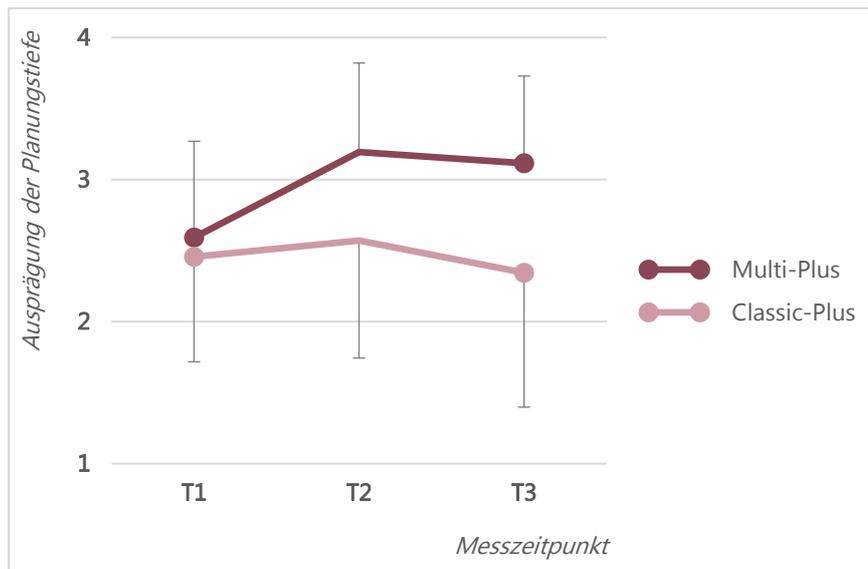


Abbildung 51: Entwicklung der Planungstiefe in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=74)

In Phase 1 gelingt beiden Studiengruppen eine Optimierung der Handlungsplanung, wobei für IG1 ($\Delta MW_{T1-T2}=0.60$) ein steilerer Anstieg zu verzeichnen ist als für IG2 ($\Delta MW_{T1-T2}=0.11$). Bei beiden Studiengruppen flacht die Ausprägung in der zweiten Studienhälfte ab. Hierbei ist für IG1 eine geringere Abnahme zu verzeichnen ($\Delta MW_{T2-T3}=-0.07$) als für IG2 ($\Delta MW_{T2-T3}=-0.23$). Während bei IG1 am Ende der Studie im Vergleich zum Beginn eine gesteigerte Handlungsplanung vorliegt, sind bei IG2 die Werte niedriger als zuvor. Diese deskriptive Beobachtung wird durch die ANOVA-Analyse bestätigt. Nicht nur hinsichtlich der Faktoren Zeit und Gruppe liegen signifikante Ergebnisse vor, sondern auch für die Interaktion (Zeit*Gruppe: $F_{2,144}=6.910$, $p=.001$, $\eta^2=.088$). Die gruppenabhängigen Veränderungen unter dem Einfluss der Zeit sind von statistischer Bedeutsamkeit. Die Gruppe *Multi-Plus* nimmt eine spezifischere Handlungsplanung in Form von Implementierungsintentionen vor, welche sich in konkreten Überlegungen zur eigenständigen Durchführung von *Aktivpausen* äußern, bspw. wann, wo und mit wem die Übungen durchgeführt werden. Die Post-hoc-Analyse bringt hervor, dass der Interaktionseffekt für Phase 1 auftritt (Zeit*Gruppe $_{T1-T2}$: $F_{1,95}=20.829$, $p<.001$, $\eta^2=.180$).

Die Ausführung von *Aktivpausen* kann durch das Auftreten verschiedener Hindernisse beeinträchtigt werden. Zur differenzierten Beantwortung der Frage, ob die beiden Studiengruppen sich in der Ausprägung dieser unterscheiden, wird in Anlehnung an die verwendeten Subskalen (vgl. Kapitel 9.2.1.1) zwischen psychosozialen, körperlichen und organisatorischen Barrieren unterschieden.

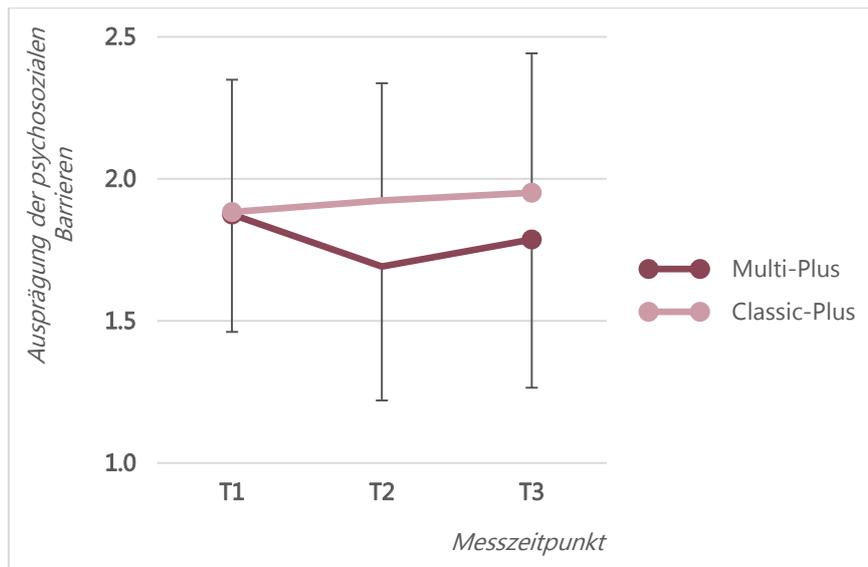


Abbildung 52: Entwicklung der psychosozialen Barrieren in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=78)

Für die Subskala $Barrieren_{psych}$ sind deskriptiv gruppenabhängige Entwicklungen über die Zeit zu beobachten (vgl. Abbildung 52): Während bei Teilnehmern der *Classic-Plus*-Gruppe zu T3 höhere Mittelwertausprägungen vorliegen als zu Beginn ($\Delta MW_{T1-T3}=0.07$), sind es bei *Multi-Plus* geringere als vor der Studie ($\Delta MW_{T1-T3}=-0.08$). Demnach empfinden Teilnehmer der *Multi-Plus*-Gruppe nach der 20-wöchigen Intervention tendenziell weniger psychosoziale Barrieren als die Vergleichsgruppe. Mittels ANOVA-Analyse wurden keine überzufälligen Unterschiede festgestellt, wenn auch für den Faktor Zeit*Gruppe tendenziell signifikante Ergebnisse vorliegen (Zeit*Gruppe: $F_{2,152}=2.625$, $p=.076$, $\eta^2=.033$). Um eine differenzierte Aussage treffen zu können, wurde ergänzend ein Post-hoc-Test durchgeführt.

Daraus geht hervor, dass für Interventionsphase 1 signifikante Effekte hinsichtlich des Faktors Zeit (Zeit $_{T1-T2}$: $F_{1,94}=3.960$, $p=.049$, $\eta^2=.040$) sowie der Wechselwirkung (Zeit*Gruppe $_{T1-T2}$: $F_{1,94}=6.898$, $p=.001$, $\eta^2=.068$) zu konstatieren sind. In der zweiten Studienhälfte ist für den Faktor Gruppe eine Signifikanz zu beanstanden (Gruppe $_{T2-T3}$: $F_{1,77}=4.677$, $p=.034$, $\eta^2=.057$). Das bedeutet, dass die Studiengruppen sich in der ersten Hälfte in Abhängigkeit der Zeit unterschiedlich entwickeln (IG1 positiv, IG2 negativ) und IG1 in der zweiten Hälfte signifikant weniger psychosoziale Barrieren wahrnimmt als die Vergleichsgruppe.

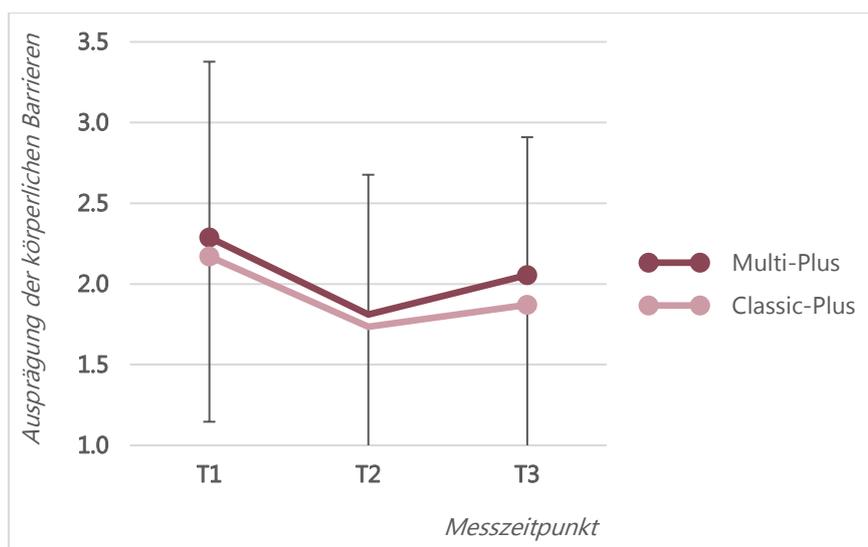


Abbildung 53: Entwicklung der körperlichen Barrieren in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=76)

Hinsichtlich der Ausprägung körperlicher Barrieren besteht bei allen Teilnehmern unabhängig von der Studiengruppe ein ähnlicher Verlauf über die Zeit (vgl. Abbildung 53): Innerhalb der ersten zehn Interventionswochen sinkt die Wahrnehmung körperlicher Barrieren stark ab (IG1: $\Delta MW_{T1-T2} = -0.48$; IG2: $\Delta MW_{T1-T2} = -0.43$), in der zweiten Hälfte steigt sie wiederum leicht an (IG1: $\Delta MW_{T1-T2} = 0.24$; IG2: $\Delta MW_{T1-T2} = 0.13$), wobei der Ausgangswert über dem Wert von T3 liegt. Hinsichtlich des Faktors Zeit liegt eine Signifikanz vor (Zeit: $F_{2,148} = 10.782$, $p < .001$, $\eta^2 = .127$). Das bedeutet, dass die Studienteilnehmer gruppenunabhängig am Ende der Intervention signifikant weniger körperliche Barrieren wahrnehmen als vor der Studie.

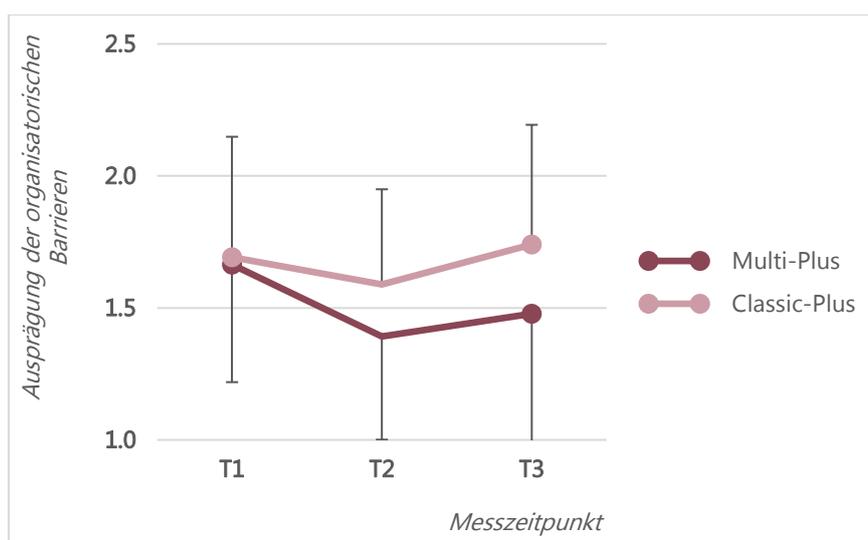


Abbildung 54: Entwicklung der organisatorischen Barrieren in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=76)

Während die Gruppen in Bezug auf körperliche Beeinträchtigungen nicht überzufällig divergieren, zeigt sich für die Subskala der organisatorischen Barrieren ein klarer Interventionseffekt.

Deskriptiv zeigt Abbildung 54, dass bei IG1 nach der Studie weniger organisatorische Barrieren auftreten als vorher ($\Delta MW_{T1-T3} = -0.18$), bei IG2 hingegen mehr ($\Delta MW_{T1-T3} = 0.05$). Bei beiden Gruppen ist in Interventionsphase 1 eine Abnahme, in Phase 2 wiederum eine Zunahme zu verzeichnen. Hierbei ist die Abnahme bei IG1 steiler und die Zunahme flacher. Die ANOVA-Analyse bestätigt die deskriptive Vermutung: Hinsichtlich der Faktoren Zeit (Zeit: $F_{2,148} = 7.036$, $p = .001$, $\eta^2 = .087$) und Gruppe (Gruppe: $F_{1,74} = 3.896$, $p = .052$, $\eta^2 = .050$) liegen signifikante Effekte vor, bei der Interaktion ist eine tendenzielle Signifikanz zu konstatieren (Zeit*Gruppe: $F_{1,74} = 2.852$, $p = .061$, $\eta^2 = .037$). Die Intervention unterstützt folglich darin, die *Aktivpause* trotz ungünstiger Rahmenbedingungen (z. B. Stress, zu wenig Zeit) wahrzunehmen.

Darüber hinaus wurde der Einsatz von Gegenstrategien überprüft, wobei zwischen akuten und präventiven Maßnahmen differenziert wurde.

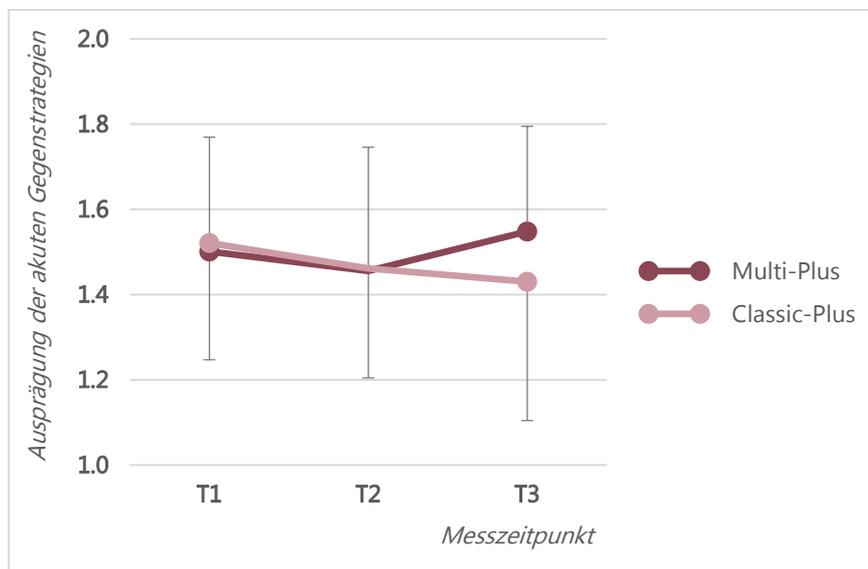


Abbildung 55: Entwicklung der eingesetzten akuten Gegenstrategien in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=74)

In Bezug auf die akuten Gegenstrategien ist mit Blick auf Abbildung 55 zu beobachten, dass die Teilnehmer unabhängig der Studiengruppe zu T2 weniger Strategien umsetzen als zu T1 (IG1: $\Delta MW_{T1-T2} = -0.04$; IG2: $\Delta MW_{T1-T2} = -0.06$). In Interventionsphase 2 sind demgegenüber deutliche gruppenabhängige Unterschiede zu äußern: Während IG1 sich im Einsatz von Gegenstrategien positiv entwickelt, sinkt der Wert bei IG2 weiter (IG1: $\Delta MW_{T2-T3} = 0.09$; IG2: $\Delta MW_{T2-T3} = -0.03$). Die ANOVA-Analyse ergibt tendenziell signifikante Effekte hinsichtlich der Wechselwirkung (Zeit*Gruppe: $F_{2,144} = 2.837$, $p = .062$, $\eta^2 = .038$). Der ergänzende Post-hoc-Test bringt für die zweite Interventionsphase eine Signifikanz hervor (Zeit*Gruppe_{T2-T3}: $F_{1,76} = 5.889$, $p = .018$, $\eta^2 = .072$).

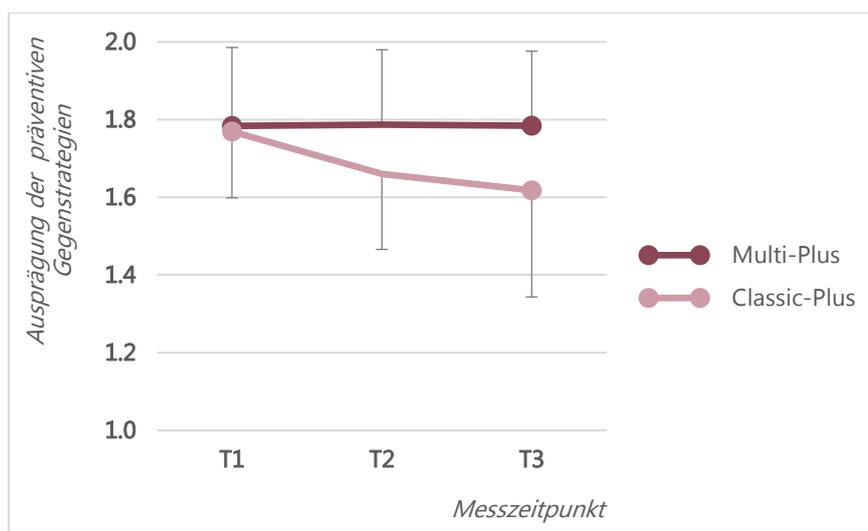


Abbildung 56: Entwicklung der eingesetzten präventiven Gegenstrategien in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=73)

Für den Einsatz präventiver Strategien liegen klare Ergebnisse vor (vgl. Abbildung 56): Während IG1 den Einsatz von präventiven Gegenmaßnahmen über die Zeit auf einem konstant hohen Niveau hält, sinkt bei IG2 die Anwendung kontinuierlich (IG1: $\Delta MW_{T1-T3}=0.00$; IG2: $\Delta MW_{T1-T3}=-0.15$). Hinsichtlich aller drei Faktoren (Zeit, Gruppe, Zeit*Gruppe, vgl. Tabelle 37) resultieren signifikante Ergebnisse. Das bedeutet, dass die Gruppe *Multi-Plus* sich in der Anwendung und Entwicklung präventiver Gegenstrategien überzufällig von der Gruppe *Classic-Plus* unterscheidet. Eine ergänzende Post-hoc-Analyse ergibt folgendes Resultat: Die unterschiedliche Entwicklung ist vor allem in Phase 1 zu beobachten (Zeit*Gruppe: $F_{1,87}=6.469$, $p=.013$, $\eta^2=.069$). Hieraus resultiert ein signifikanter Gruppenunterschied für die zweite Interventionshälfte (Gruppe: $F_{1,76}=10.348$, $p=.002$, $\eta^2=.012$).

Als weiterer Faktor wurde die Rückfallprävention verglichen. Da eine Addition der Items zu einer Gesamtskala nicht möglich ist, findet die Analyse auf Itemebene statt⁷³. Bei der Analyse der Antworten fällt deskriptiv auf, dass IG1 nahezu auf dem Anfangsniveau verbleibt, während IG2 in allen drei Bereichen eine negative Entwicklung erfährt (vgl. Tabelle 36 sowie Abbildung 57 bis Abbildung 59).

⁷³ Die Skala besteht aus drei Einzelitems (vgl. Kapitel 9.2.1), die Antwort auf die Frage geben, wie mit verpassten *Aktivpausen* umgegangen wird. Item 1 („Terminausfall als Ausnahme“) und Item 3 („*Aktivpause* als Gewohnheit“) bilden hierbei positive, Item 2 („Resignation“) ein negatives Antwortformat. Dementsprechend stellen hohe Antwortwerte eine positive Entwicklung (Items 1 und 3) bzw. negative Entwicklung (Item 2) dar.

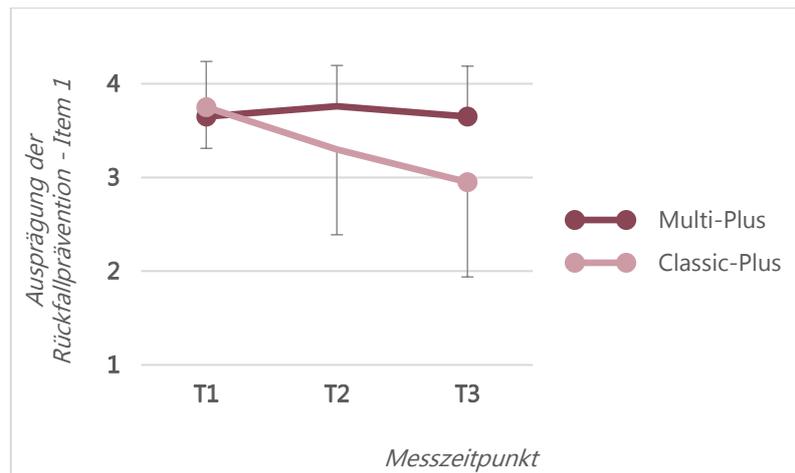


Abbildung 57: Entwicklung der Rückfallprävention („Terminausfall als Ausnahme“) in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=77)

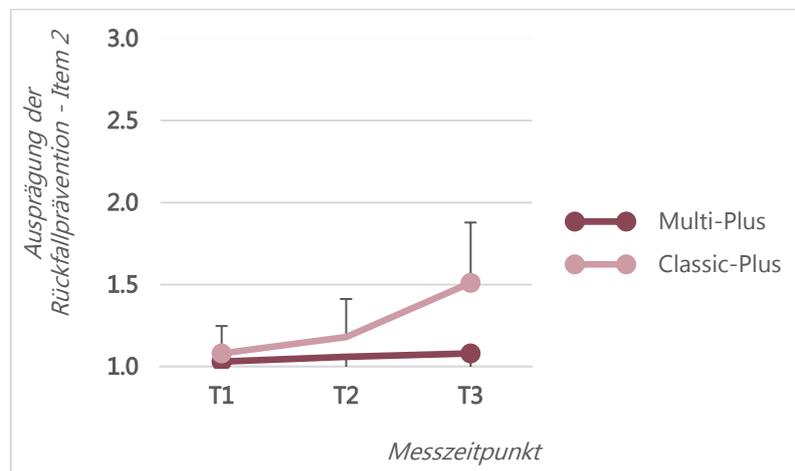


Abbildung 58: Entwicklung der Rückfallprävention („Resignation“) in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=75)

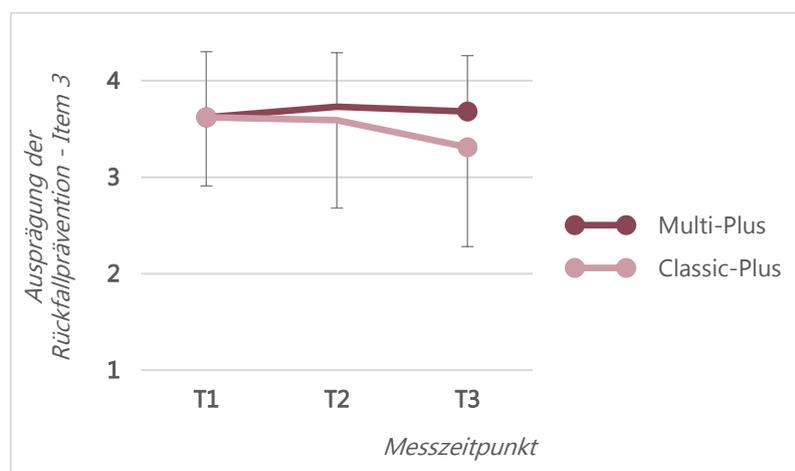


Abbildung 59: Entwicklung der Rückfallprävention („Aktivpause als Gewohnheit“) in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=75)

In den Items 2 und 3 verbessert sich IG1 leicht (Item 2: $\Delta MW_{T1-T3}=0.05$; Item 3: $\Delta MW_{T1-T3}=0.06$), für Item 1 liegt eine Konstanz über die Zeit vor (Item 1: $\Delta MW_{T1-T3}=0.00$). IG2 verschlechtert sich bei allen drei Items (Item 1: $\Delta MW_{T1-T3}=-0.80$; Item 2: $\Delta MW_{T1-T3}=0.43$, Item 3: $\Delta MW_{T1-T3}=-0.31$). Für die beiden Items „Terminausfall als Ausnahme“ und „Resignation“ bestätigt sich diese Beobachtung durch die ANOVA-Analyse, wobei für die Faktoren Zeit, Gruppe sowie die Wechselwirkung signifikante Ergebnisse vorliegen. Demnach geben Teilnehmer der IG1 nach kritischen Situationen nicht so schnell auf, sondern betrachten den verpassten Termin eher als Ausnahme. Für das Item „Aktivpause als Gewohnheit“ wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt. Die Ergebnisse der ANOVA-Analysen sind in nachstehender Tabelle 37 festgehalten.

Tabelle 37: ANOVA zur Ausprägung der volitionalen Variablen in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit

	Gruppe			Zeit			Zeit*Gruppe		
	F	p	η^2	F	p	η^2	F	p	η^2
Planungstiefe	13.300	<.001	.156	8.054	<.001	.101	6.910	.001	.088
Barrieren _{psych}	2.372	.128	.030	1.177	.311	.015	2.625	.076	.033
Barrieren _{körp}	0.465	.497	.006	10.782	<.001	.127	0.148	.863	.002
Barrieren _{orga}	3.896	.052	.050	7.036	.001	.087	2.852	.061	.037
Gegenstrategien _{Akut}	0.330	.567	.005	1.372	.257	.019	2.837	.062	.038
Gegenstrategien _{Präventiv}	6.742	.011	.087	5.038	.008	.066	5.215	.007	.068
Rückfallprävention _{Ausnahme}	10.144	.002	.119	8.172	<.001	.098	8.538	<.001	.102
Rückfallprävention _{Resignation}	5.775	.019	.073	6.507	.002	.082	4.076	.019	.053
Rückfallprävention _{Gewohnheit}	1.763	.188	.023	1.417	.246	.019	1.545	.217	.020

Aus den Analysen wird geschlossen, dass insbesondere für die Planungstiefe positive Interventionseffekte erlangt wurden: Während IG1 auch nach der Intervention die *Aktivpause*-Durchführung in konkreten Handlungsplänen spezifiziert, wird das Zielverhalten von IG2 nicht weiter geplant. Körperliche Hindernisse werden nach der Studie gruppenunabhängig weniger wahrgenommen. Bei psychosozialen und organisatorischen Einschränkungen hingegen verbessert sich nur die Gruppe *Multi-Plus*. Um auftretende Hindernisse vorzubeugen, wendet die Gruppe *Multi-Plus* erfolgreicher präventive Gegenstrategien an. Auch im akuten Management zeigen sich bessere Werte als bei der *Classic-Plus*-Gruppe. Hinsichtlich der Rückfallprävention liegen für die Items „Ausnahme“ und „Resignation“ ebenfalls positivere Entwicklungen vor.

Hypothese 2 wird für die Variablen Intention, Selbstwirksamkeit sowie Planungstiefe angenommen. Bei den weiteren Variablen liegen tendenzielle Effekte vor, wobei sich signifikante Effekte durch die ANOVA-Analysen jeweils für Subskalen bzw. einzelne Items bestätigen ließen.

10.3.3 Durchführung von Aktivpausen und Variablen des MoVo-Modells

Hypothese 3:

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Modellvariablen und der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen*.

- a) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der motivationalen Modellvariablen und der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen*.
- b) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der volitionalen Modellvariablen und der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen*.

Teilnehmer mit einer höheren Ausprägung zeigen im Vergleich zu jenen mit geringerer Ausprägung einen höheren Anstieg der Durchführungshäufigkeit.

In den folgenden Abschnitten werden jeweils zunächst die Abhängigkeiten dargestellt, die sich zwischen den einzelnen MoVo-Variablen und dem Durchführungsverhalten bzw. der Entwicklung des Durchführungsverhaltens von *Aktivpausen* ergeben. Die Darstellungen erfolgen variablenweise, wobei zunächst motivationale (Hypothese 3a) und im Anschluss volitionale Variablen (Hypothese 3b) betrachtet werden. In Anlehnung an die formulierte Hypothese liegt der Schwerpunkt auf der Betrachtung derjenigen Faktoren, welche die Ausübung des Zielverhaltens prospektiv bedingen, wobei auch Zusammenhänge in umgekehrter Weise denkbar sind.

10.3.3.1 Durchführung von Aktivpausen und motivationale Variablen

In der nachfolgenden Tabelle 38 sind die Korrelationen zwischen der Anzahl durchgeführter *Aktivpausen* und den Ausprägungen der motivationalen Variablen des MoVo-Modells (Intention, Selbstkongordanz, Selbstwirksamkeit, Konsequenzerwartung und -erfahrung) dargestellt.

Tabelle 38: Korrelationsmatrix zwischen den motivationalen Variablen und der durchschnittlichen Durchführung bzw. Entwicklung der Durchführung von *Aktivpausen*

	MW Durchführungshäufigkeit			
	T1-T2	Δ T1-T2	T2-T3	Δ T2-T3
Intention T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Intention T2	.48**	.30*	.62**	.24*
Selbstkongordanz _{intr} T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Selbstkongordanz _{intr} T2	.24**	n.s.	.40**	.22*
Selbstkongordanz _{extr} T1	n.s.	.23*	n.s.	-.29*
Selbstkongordanz _{extr} T2	n.s.	.20*	n.s.	n.s.
Selbstwirksamkeit T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Selbstwirksamkeit T2	.45**	.32**	.59**	.30*
Konsequenzerwartung _{pos} T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Konsequenzerwartung _{pos} T2	.31**	.33**	.41**	n.s.
Konsequenzerwartung _{neg} T1	n.s.	n.s.	n.s.	-.24*
Konsequenzerwartung _{neg} T2	n.s.	n.s.	-.40**	-.33**

*Signifikanz auf dem Niveau 0.05 (2-seitig), **Signifikanz auf dem Niveau 0.01 (2-seitig)
 Prospektive Korrelationen sind in schwarz aufgeführt, retrospektive Korrelationen in grau

Die beiden Interventionsphasen werden nachfolgend getrennt voneinander betrachtet⁷⁴.

Die Zielintention_{T1} zeigt im Interventionsverlauf weder für die Häufigkeit noch die Entwicklung durchgeführter *Aktivpausen* einen relevanten Zusammenhang. Die Intention_{T2} hat dahingegen einen Einfluss auf die Durchführung von *Aktivpausen* und die Entwicklung in Phase 2 ($r_{T2-T3}=.62^{**}$; $r_{\Delta T2-T3}=.24^*$). Personen mit einer hohen Intention_{T2} führen demnach häufiger *Aktivpausen* durch und können das Niveau eher aufrechterhalten als jene mit einer geringeren Absicht (vgl. Abbildung 60).

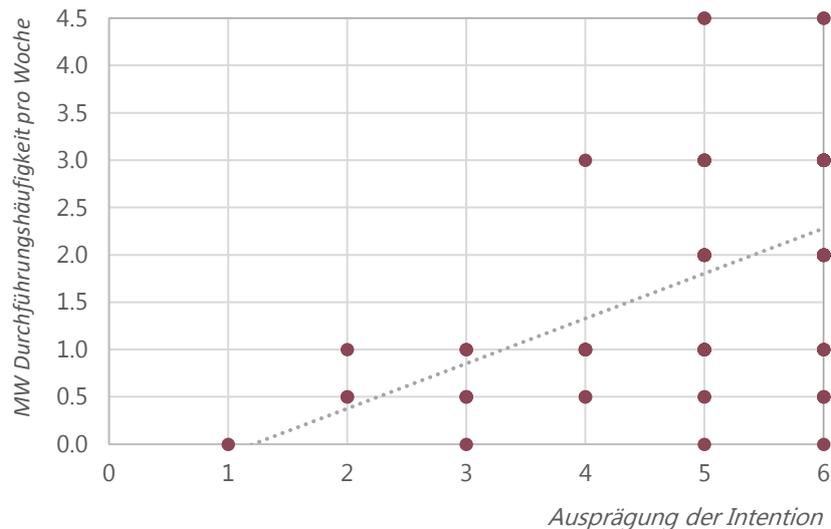


Abbildung 60: Zusammenhang zwischen der Intention_{T2} und der durchschnittlichen Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen* in Studienphase 2 ($r_{T2-T3}=.62^{**}$)

Für die Selbstkonkordanz_{T2intr} existiert in Interventionsphase 2 ein mittlerer Zusammenhang mit der Durchführung von *Aktivpausen* ($r_{T2-T3}=.40^{**}$), wohingegen die Selbstkonkordanz_{T2extr} keine Wirkung auf die Anzahl durchgeführter Bewegungspausen hat. Demzufolge führen Personen, die aus innerem Antrieb heraus handeln (z. B. Spaß an Bewegung), häufiger *Aktivpausen* durch als diejenigen, bei denen die intrinsischen Handlungsmotive geringer ausgeprägt sind. Die Entwicklung der Durchführungshäufigkeit ist sowohl von extrinsischen als auch intrinsischen Ausprägungen der Selbstkonkordanz abhängig: Die Selbstkonkordanz_{extrT1} hat in Phase 1 einen positiven und in Phase 2 einen negativen Effekt ($r_{\Delta T1-T2}=.23^*$, $r_{\Delta T2-T3}=-.29^*$), die Selbstkonkordanz_{intrT2} übt in Phase 2 eine positive Wirkung auf das Zielverhalten aus ($r_{\Delta T2-T3}=.22^*$).

⁷⁴ Aus Hypothese 1 geht hervor, dass die Studienteilnehmer sich in der ersten Interventionsphase positiv in der Anzahl wöchentlich durchgeführter *Aktivpausen* entwickeln, während für die zweite Phase unabhängig der Studiengruppe eine Abnahme vorliegt. Aus diesem Grund wird es als sinnvoll erachtet, die beiden Phasen getrennt voneinander zu betrachten.

Das bedeutet: In Phase 1 führt eine höhere Ausprägung extrinsisch bedingter Motive (z. B. gesundheitliche Gründe) zu einer Steigerung der Durchführungshäufigkeit, wohingegen sich eher intrinsisch bzw. weniger extrinsisch motivierte Personen in Phase 2 positiver entwickeln.

In Bezug auf die Selbstwirksamkeit_{T1} ergeben sich keine relevanten Zusammenhänge. Für die Selbstwirksamkeit_{T2} ergibt sich demgegenüber ein hoher Einfluss auf die Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen* in Interventionsphase 2 ($r_{T2-T3}=.59^{**}$). Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeit_{T2} führen demnach in Phase 2 häufiger *Aktivpausen* durch als jene mit einer niedrigen Ausprägung. Zudem ist für die Selbstwirksamkeit_{T2} ein ebenfalls positiver Effekt auf die Entwicklung der Durchführungshäufigkeit zu konstatieren ($r_{\Delta T2-T3}=.30^*$). Selbstwirksamen Personen gelingt die Aufrechterhaltung des Zielverhaltens demnach besser, wie in Abbildung 61 grafisch abgebildet.

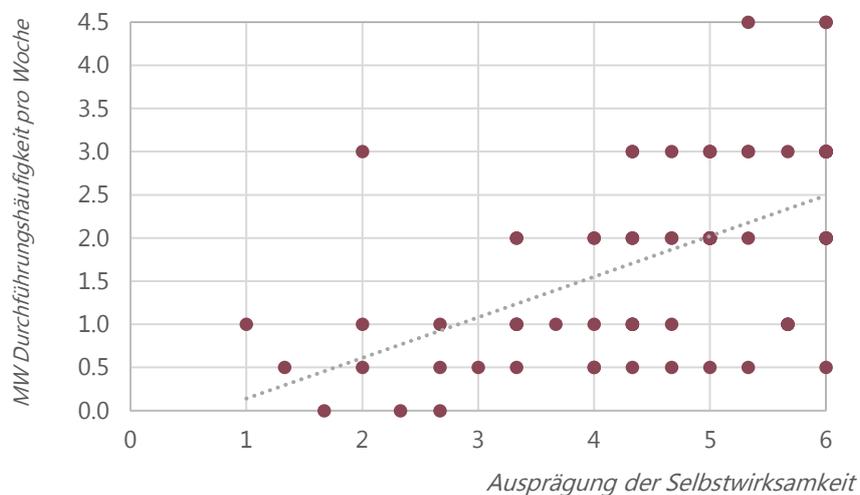


Abbildung 61: Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit_{T2} und der durchschnittlichen Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen* in Studienphase 2 ($r_{T2-T3}=.59^{**}$)

Die Ausprägung der positiven bzw. negativen Konsequenzerwartungen_{T1} vor Interventionsstart beeinflussen in keinen der beiden Phasen die Durchführungshäufigkeit. Für die Konsequenzerfahrung_{posT2} zeigt sich in Phase 2 ein positiver Zusammenhang mit der Realisation des Verhaltensziels ($r_{T2-T3}=.41^{**}$), während für die Konsequenzerfahrung_{negT2} ein negativer Zusammenhang vorliegt ($r_{T2-T3}=-.40^{**}$). Teilnehmer, die positive Erfahrungen bei den Einheiten machen, führen die *Aktivpause* demzufolge häufiger aus, wohingegen negative Erfahrungen zu einer geringeren Durchführungshäufigkeit führen. Weiterhin entwickeln sich die Probanden in ihrem Verhalten umso positiver, je weniger negative Erfahrungen sie sammeln ($r_{\Delta T2-T3}=-.33^*$).

10.3.3.2 Durchführung von Aktivpausen und volitionale Variablen

In der nachfolgenden Tabelle 39 sind die Korrelationen zwischen der Anzahl bzw. der Entwicklung durchgeführter *Aktivpausen* und den Ausprägungen der volitionalen Variablen des MoVo-Modells (Planungstiefe, Barrieren, Gegenstrategien, Rückfallprävention) getrennt nach den beiden Interventionsphasen dargestellt.

Tabelle 39: Korrelationsmatrix zwischen den volitionalen Variablen und der durchschnittlichen Durchführung bzw. Entwicklung der Durchführung von Aktivpausen

	MW Durchführungshäufigkeit			
	T1-T2	Δ T1-T2	T2-T3	Δ T2-T3
Planungstiefe T1	.25**	.23*	.25**	n.s.
Planungstiefe T2	.61**	.48**	.53**	n.s.
Barrieren _{psych} T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Barrieren _{psych} T2	-.22*	n.s.	-.43**	-.34**
Barrieren _{körp} T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Barrieren _{körp} T2	n.s.	.24*	n.s.	n.s.
Barrieren _{orga} T1	n.s.	n.s.	-.31**	-.34**
Barrieren _{orga} T2	-.34**	-.22*	-.49**	-.32**
Gegenstrategien _{Präventiv} T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Gegenstrategien _{Präventiv} T2	-.43**	-.21*	-.32**	n.s.
Gegenstrategien _{Akut} T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Gegenstrategie _{Akut} T2	-.37**	n.s.	-.24*	n.s.
Rückfallprävention _{Ausnahme} T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Rückfallprävention _{Ausnahme} T2	.40**	.28*	.44**	n.s.
Rückfallprävention _{Resignation} T1	n.s.	.23*	n.s.	n.s.
Rückfallprävention _{Resignation} T2	n.s.	n.s.	-.27*	n.s.
Rückfallprävention _{Gewohnheit} T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Rückfallprävention _{Gewohnheit} T2	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

*Signifikanz auf dem Niveau 0.05 (2-seitig), **Signifikanz auf dem Niveau 0.01 (2-seitig)
 Prospektive Korrelationen sind in schwarz aufgeführt, retrospektive Korrelationen in grau

Die Ausübung des Zielverhaltens in der ersten Studienhälfte ist teilweise mithilfe der Planungstiefe_{T1} zu erklären ($r_{T1-T2} = .25^{**}$). Auch der Umsetzungserfolg in Phase 2 hängt von der Planungstiefe_{T1} ab ($r_{T2-T3} = .25^{**}$), noch mehr Einfluss hat die Ausprägung der Planungstiefe_{T2} ($r_{T2-T3} = .53^{**}$), wie in Abbildung 62 dargestellt. Personen, die ihr Zielverhalten konkret planen, gelingt die tatsächliche Umsetzung demnach eher als jenen, die keine spezifische Handlungsplanung vornehmen. Nicht nur die Summe durchgeführter *Aktivpausen*, sondern auch die Entwicklung des Durchführungsverhaltens ist in Studienphase 1 von diesem Parameter abhängig ($r_{\Delta T1-T2} = .23^*$).

Im Überblick ist festzustellen, dass die motivationalen und volitionalen Variablen vornehmlich in der zweiten Hälfte der Studie einen Einfluss auf das Durchführungsverhalten ausüben. Für Phase 1 ist lediglich der Planungstiefe eine signifikante Bedeutung beizumessen. In Phase 2 wiederum haben eine Vielzahl an Faktoren eine Auswirkung auf das gezeigte Verhalten. Hohe Korrelationen ergeben sich für die Intention, die Selbstwirksamkeit sowie die Planungstiefe.

Im Weiteren sind für die motivationalen Variablen Selbstkonkordanz_{intrT2} sowie positive und negative Konsequenzerfahrungen_{T2} Einflüsse auf mittlerem Niveau zu konstatieren. Volitionale Einflusskomponenten, für die korrelative Zusammenhänge auf einem mittleren Niveau resultieren, sind organisatorische und psychosoziale Barrieren, die Anwendung präventiver Gegenstrategien und die Rückfallprävention_{AusnahmeT2}. Ein geringer Einfluss ist außerdem für die Umsetzung akuter Gegenstrategien und die Rückfallprävention_{ResignationT2} zu äußern.

Für die Entwicklung des Zielverhaltens (ΔMW) in Phase 2 ist den motivationalen Faktoren Intention_{T2}, Selbstkonkordanz_{T2} und Selbstwirksamkeit_{T2} eine Rolle zuzuschreiben, außerdem hat das Vorliegen geringer negativer Konsequenzerfahrungen_{T2} einen Einfluss auf die Verhaltensentwicklung. Als relevante volitionale Parameter sind geringe Ausprägungen der organisatorischen und psychosozialen Barrieren_{T2} von Vorteil. Es ist festzuhalten, dass die Entwicklung der Durchführung von *Aktivpausen* lediglich auf geringem Niveau mit den motivationalen bzw. volitionalen Komponenten korreliert.

Hypothese 3 wird auf Grundlage der dargestellten Ausführungen angenommen für die Durchführung von *Aktivpausen* in Interventionshälfte 2, wobei insbesondere die Parameter Intention, Selbstwirksamkeit und Planungstiefe als relevante Faktoren hervorzuheben sind.

10.3.4 Gruppenzugehörigkeit und Determinanten der Verhaltensänderung

Hypothese 4:

Die Interventionsgruppen unterscheiden sich in der Ausprägung von Determinanten der Verhaltensänderung (soziale Unterstützung, Bewegungs- und Sportaktivität, subjektiver Gesundheitszustand, aktuelle Beschwerden, motorischer Funktionsstatus, programmbezogene Emotionen und Bewertung des Übungsleiters): IG1 zeigt im Vergleich zu IG2 einen höheren Anstieg in der Ausprägung der Determinanten.

In den nachfolgenden Ausführungen werden die Interventionsgruppen als Faktor Gruppe angenommen und analysiert, ob sich diese im Interventionsverlauf hinsichtlich der Ausprägung ausgewählter Determinanten unterschiedlich entwickeln (Interaktionseffekt). Postuliert wird, dass sich IG1 positiver verändert als IG2.

Ein Vergleich mittels T-Test zu T1 ergibt, dass zu Beginn der Studie hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Determinanten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen bestehen. Im weiteren Verlauf der Studie sind für einzelne Variablen unterschiedliche Entwicklungen zu konstatieren. Diese werden in den folgenden Ausführungen differenziert beschrieben.

In der nachfolgenden Tabelle 40 sind die Mittelwerte (MW) sowie die Standardabweichungen (SD) der einzelnen Variablen zu den Messzeitpunkten 1, 2 und 3 erfasst. Außerdem sind die Mittelwertveränderungen (ΔMW_{T1-T2} , ΔMW_{T2-T3} , ΔMW_{T1-T3}) abgebildet^{75,76}.

⁷⁵ Wie in Kapitel 9.2.1 beschrieben, ist vor allem die Empfindung positiver Emotionen entscheidend für den Verlauf des Bewegungsverhaltens, weshalb neutrale und negative Ausprägungen in den folgenden Ausführungen nicht tiefergehend analysiert werden. Die Empfindung positiver Emotionen wurde zu T2 und T3 erfasst, wobei ein geringerer Mittelwert für eine hohe Ausprägung steht.

⁷⁶ Lediglich IG1 verfügte über einen Multiplikator, weshalb ein Gruppenvergleich zur Bewertung nicht möglich ist. Die Bewertung des Multiplikators wurde zu T3 integriert. Eine Überprüfung des Einflusses der Multiplikator-Bewertung auf das Durchführungsverhalten von *Aktivpausen* kann deshalb nur für den Follow-Up Zeitraum vorgenommen werden. Da der Übungsleiter lediglich in der ersten Phase der Intervention aktiv war, fand die Zufriedenheitsabfrage zu T2 statt.

Tabelle 40: Entwicklung der Ausprägung von Determinanten der Verhaltensänderung im Interventionszeitraum in Abhängigkeit von der Studiengruppe

			T1 KW 10-19	T2 KW 20-29	T3 KW 30-39	T1-T2	T2-T3	T1-T3
	Studiengruppe	N	MW	MW	MW	Δ MW	Δ MW	Δ MW
BSA	Multi-Plus	37	662.91 ± 447.03	628.31 ± 530.57	726.30 ± 636.00	-34.60	97.99	63.39
	Classic-Plus	39	574.56 ± 404.48	585.62 ± 525.61	560.60 ± 366.96	11.06	-25.02	-13.96
	Gesamt	76	616.47 ± 424.73	605.87 ± 524.97	639.20 ± 515.75	-10.60	33.33	22.73
FFB-Mot	Multi-Plus	37	52.95 ± 3.23	50.84 ± 3.33	53.24 ± 4.82	-2.11	2.40	0.29
	Classic-Plus	41	53.46 ± 3.95	52.15 ± 3.38	54.73 ± 3.80	-1.31	2.58	1.27
	Gesamt	78	53.22 ± 3.61	51.53 ± 3.40	54.03 ± 4.35	-1.69	2.50	0.81
Gesundheitszustand	Multi-Plus	37	4.03 ± 0.60	4.08 ± 0.72	4.05 ± 0.62	0.05	-0.03	0.02
	Classic-Plus	41	3.88 ± 0.60	3.93 ± 0.57	4.05 ± 0.77	0.05	0.12	0.17
	Gesamt	78	3.95 ± 0.60	4.00 ± 0.65	4.05 ± 0.70	0.05	0.05	0.10
Kreuz-/Rückenschmerzen	Multi-Plus	37	2.97 ± 0.69	3.00 ± 0.85	3.00 ± 0.91	0.03	0.00	0.03
	Classic-Plus	36	2.72 ± 0.91	2.75 ± 0.87	2.86 ± 0.80	0.03	0.11	0.14
	Gesamt	73	2.85 ± 0.81	2.88 ± 0.87	2.93 ± 0.86	0.03	0.05	0.08
Nacken-/Schulderschmerzen	Multi-Plus	35	2.60 ± 0.81	2.86 ± 0.77	2.91 ± 0.89	0.26	0.05	0.31
	Classic-Plus	41	2.27 ± 1.00	2.54 ± 1.05	2.51 ± 1.00	0.27	-0.03	0.24
	Gesamt	76	2.42 ± 0.93	2.68 ± 0.94	2.70 ± 0.97	0.26	0.02	0.28
Soziale Unterstützung	Multi-Plus	31	3.14 ± 0.62	3.25 ± 0.74	3.35 ± 0.65	0.11	0.10	0.21
	Classic-Plus	35	2.88 ± 0.61	2.85 ± 0.72	2.65 ± 0.84	-0.03	-0.20	-0.23
	Gesamt	66	3.00 ± 0.62	3.04 ± 0.75	2.98 ± 0.83	0.04	-0.06	-0.02
Positive Emotionen	Multi-Plus	37	-	2.05 ± 0.59	1.99 ± 0.59	-	-0.06	-
	Classic-Plus	42	-	2.10 ± 0.66	2.23 ± 0.85	-	0.13	-
	Gesamt	79	-	2.08 ± 0.62	2.12 ± 0.74	-	0.04	-
ÜL-Bewertung	Multi-Plus	46	-	4.60 ± 0.49	-	-	-	-
	Classic-Plus	51	-	4.44 ± 0.67	-	-	-	-
	Gesamt	97	-	4.52 ± 0.59	-	-	-	-

Für die Bewegungs- und Sportaktivität ergibt sich folgendes Bild:

Während für IG1 (Δ MW_{T1-T2}= -34.60) in Phase 1 ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist, ergibt sich für IG2 (Δ MW_{T1-T2}=11.06) ein leichter Anstieg. In der zweiten Hälfte der Studie resultiert ein umgekehrter Verlauf. IG1 erhöht das Aktivitätsverhalten deutlich (Δ MW_{T2-T3}=97.99), IG2 sinkt unter das Ausgangsniveau (Δ MW_{T2-T3}= -25.02). Der gegensätzliche Verlauf ist möglicherweise der Grund dafür, dass sich in der ANOVA-Analyse keine signifikanten Effekte ergeben (vgl. Tabelle 41).

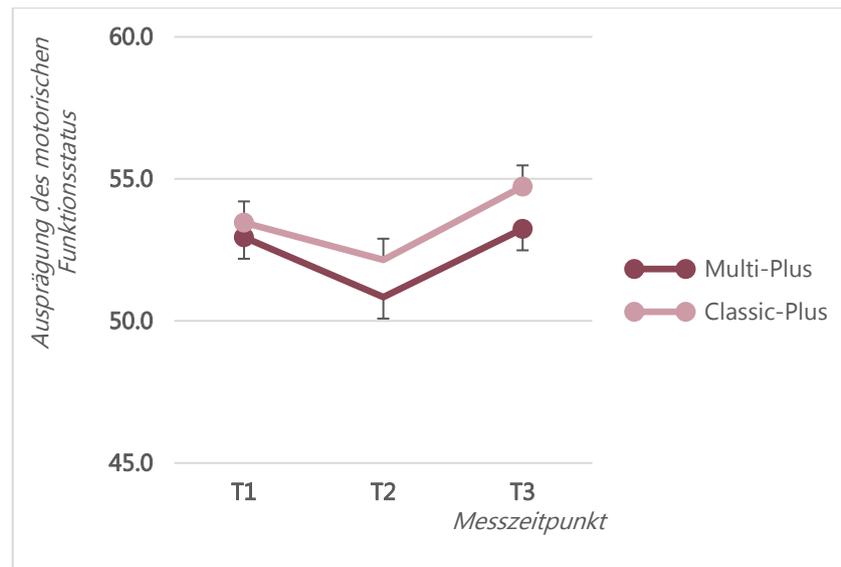


Abbildung 63: Entwicklung der motorischen Fitness in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=78)

Hinsichtlich des motorischen Funktionsstatus zeigt sich bei beiden Gruppen eine ähnliche Entwicklung, wie in Abbildung 63 grafisch dargestellt. Insgesamt ist zu beobachten, dass gruppenunabhängig in Phase 1 ein Einbruch des anfänglichen Fitnesszustands resultiert, wenngleich in der Eigenrealisationsphase eine Steigerung über das Ausgangsniveau hinaus zu beobachten ist ($\Delta MW_{T1-T2} = -1.69$; $\Delta MW_{T2-T3} = 2.50$). In der ANOVA-Analyse zeigt sich dies mit einem signifikanten Effekt für den Faktor Zeit (Zeit: $F_{2,152} = 126.711$, $p < .001$, $\eta^2 = .217$). Für die beiden Faktoren Gruppe und Gruppe*Zeit resultieren keine signifikanten Ergebnisse.

Mit Blick auf den subjektiven Gesundheitszustand ist zu äußern, dass die deskriptiven Ergebnisse unabhängig der Studiengruppe eine leichte Verbesserung im zeitlichen Verlauf zeigen. Diese Beobachtung wird durch die ANOVA-Analyse nicht bestätigt.

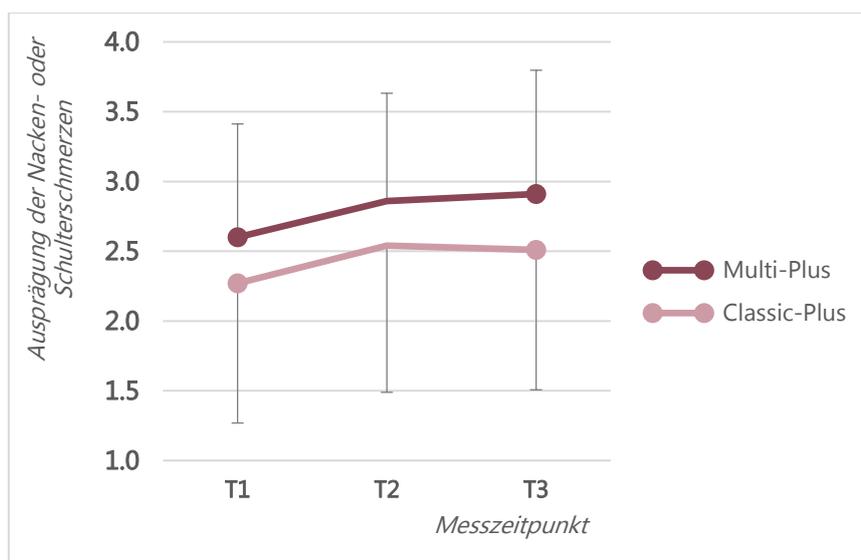


Abbildung 64: Entwicklung der Empfindung von Nacken- bzw. Schulterschmerzen in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=76)

Abbildung 64 bildet die Entwicklung der Nacken- und Schulterschmerzen grafisch ab. Hierbei zeigt sich eine Verringerung der Beschwerden über die Zeit, die mittels Varianzanalyse bestätigt wird (Zeit: $F_{2,148}=6.815$, $p=.001$, $\eta^2=.084$). Die beiden Studiengruppen entwickeln sich tendenziell unterschiedlich, wobei *Multi-Plus* einen stärkeren Rückgang der Schmerzen zeigt als *Classic-Plus* (Gruppe: $F_{1,74}=3.369$, $p=.070$, $\eta^2=.044$). Für das Item Kreuz- oder Rückenschmerzen resultieren weder im Gesamtverlauf noch bei der Post-hoc-Analyse signifikante Ergebnisse.

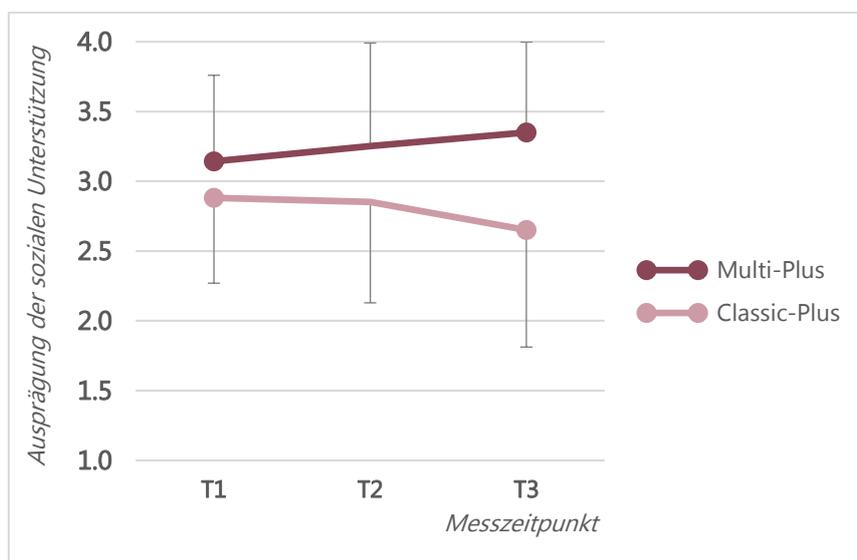


Abbildung 65: Entwicklung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=66)

Die wahrgenommene soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen entwickelt sich in den beiden Studiengruppen unterschiedlich: Teilnehmer der IG1 nehmen im Studienverlauf zunehmend mehr Unterstützung wahr ($\Delta MW_{T1-T3}=0.21$), während diese bei IG2 kontinuierlich sinkt ($\Delta MW_{T1-T3}=-0.23$). Die ANOVA-Analyse bestätigt die deskriptive Vermutung mit einem signifikanten Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe: $F_{2,128}=3.480$, $p=.034$, $\eta^2=.052$). Der unterschiedliche Verlauf zwischen den beiden Gruppen wird durch das Vorliegen eines mittleren Effekts bekräftigt (Gruppe: $F_{1,64}=1.066$, $p=.002$, $\eta^2=.136$).

Auf die Variable der positiven Emotionen, wie bspw. Freude und Glück, hat die Intervention keinen signifikanten Einfluss. Zwar entwickeln sich *Multi-Plus*-Teilnehmer deskriptiv positiver in der Wahrnehmung ebendieser Empfindungen (IG1: $\Delta MW_{T2-T3}=-0.06$; IG2: $\Delta MW_{T2-T3}=0.13$), ein signifikanter Interaktionseffekt ist jedoch nicht zu konstatieren (Zeit*Gruppe: $F=2.863$, $p=.095$, $\eta^2=.036$).

Die Bewertung des Übungsleiters wurde mittels T-Test auf Unterschiede getestet (vgl. auch Kapitel 10.2.3) und fällt unabhängig der Studiengruppe positiv aus (IG1: $MW=4.60$, $SD=0.49$; IG2: $MW=4.44$, $SD=0.67$). Das Ergebnis lässt die Vermutung zu, dass die Intervention keine Auswirkung auf die Zufriedenheit mit dem Übungsleiter hat.

Tabelle 41: ANOVA zur Ausprägung von Determinanten der Verhaltensänderung in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit

	Gruppe			Zeit			Zeit*Gruppe		
	F	p	η^2	F	p	η^2	F	p	η^2
BSA	1.083	.301	.014	0.277	.759	.004	0.772	.464	.010
FFB-Mot	2.297	.134	.029	126.711	<.001	.217	0.863	.424	.011
Gesundheitszustand	0.663	.418	.009	1.113	.331	.014	0.813	.445	.011
Rückenschmerzen	1.452	.232	.020	0.626	.536	.009	0.363	.696	.005
Schulterschmerzen	3.369	.070	.044	6.815	.001	.084	0.136	.873	.002
Soziale Unterstützung	1.066	.002	.136	0.212	.809	.003	3.480	.034	.052
Positive Emotionen	0.991	.323	.013	0.383	.538	.005	2.863	.095	.036

Insgesamt ist als Fazit zu resümieren, dass die ausgewählten Determinanten der Verhaltensänderung durch die Intervention nur unwesentlich beeinflusst wurden. Eine Ausnahme bildet die Variable der sozialen Unterstützung, bei der ein klarer Interventionseffekt nachgewiesen wurde. Für die weitergehenden Variablen sind zum Teil deskriptiv Verbesserungen ersichtlich oder für Subskalen bzw. einzelne Items signifikante Zeit- oder Gruppeneffekte existent. So scheint die Studienteilnahme gruppenunabhängig einen geringfügig positiven Einfluss auf die Einschätzung der körperlichen Fitness zu haben. Im Weiteren nehmen insbesondere *Multi-Plus*-Teilnehmer nach der Studie weniger Nacken- bzw. Schulterschmerzen wahr als vorher.

Hypothese 4 wird für die Variable der sozialen Unterstützung angenommen.

10.3.5 Durchführung von Aktivpausen und Determinanten der Verhaltensänderung

Hypothese 5:

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung von Determinanten der Verhaltensänderung und der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen*: Studienteilnehmer mit einer höheren Ausprägung der Determinanten zeigen im Vergleich zu jenen mit geringerer Ausprägung einen höheren Anstieg der Durchführungshäufigkeit.

In den nachstehenden Ausführungen werden die Abhängigkeiten dargestellt, die sich zwischen dem Durchführungsverhalten bzw. der Entwicklung des Durchführungsverhaltens von *Aktivpausen* und den Determinanten der Verhaltensänderung ergeben. Die Darstellungen erfolgen variablenweise. Die folgende Tabelle 42 stellt die Korrelationen unter Berücksichtigung der beiden Interventionsphasen dar.

Tabelle 42: Korrelationsmatrix zwischen den Determinanten der Verhaltensänderung und der durchschnittlichen Durchführung bzw. Entwicklung der Durchführung von Aktivpausen⁷⁷

	MW Durchführungshäufigkeit			
	T1-T2	Δ T1-T2	T2-T3	Δ T2-T3
Berufsaktivität T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
BSA T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
BSA T2	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
FFB-Mot T1	-.25*	-.20*	n.s.	n.s.
FFB-Mot T2	-.26*	n.s.	n.s.	n.s.
Gesundheitszustand T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Gesundheitszustand T2	.22*	.26**	.25*	n.s.
Beschwerden _{allg} T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Beschwerden _{allg} T2	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Soziale Unterstützung T1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Soziale Unterstützung T2	.28**	.25*	.26**	n.s.
Positive Emotionen T2	n.s.	n.s.	-.26**	n.s.
Übungsleiterbewertung T2	.20*	n.s.	n.s.	n.s.

*Signifikanz auf dem Niveau 0.05 (2-seitig), **Signifikanz auf dem Niveau 0.01 (2-seitig)

Bezeichnungen: BSA = Berufs- und Sportaktivität; FFB-Mot = Motorischer Funktionsstatus
 Prospektive Korrelationen sind in schwarz aufgeführt, retrospektive Korrelationen in grau

⁷⁷ Die Bewertung des Multiplikators sowie die Gesamtbewertung des Programms *Aktivpause-Plus* wurden zu T3 erhoben. In der vorliegenden Analyse interessiert der prospektive Zusammenhang zwischen den Variablen und dem Durchführungsverhalten. Dementsprechend werden die beiden Faktoren in der Follow-Up Untersuchung berücksichtigt und im vorliegenden Kapitel ausgeklammert.

Für die Berufsaktivität_{T1}⁷⁸ lassen sich in den einzelnen Interventionsphasen keine signifikanten Zusammenhänge feststellen, im Gesamtverlauf zeigt sich demgegenüber ein geringer, negativer Einfluss ($r_{\Delta T1-T3} = -.22^*$). Das bedeutet, dass Personen mit einer hohen Berufsaktivität sich in der Durchführung von *Aktivpausen* in der Tendenz negativer entwickeln als jene mit einer geringen Ausprägung bzw. dass sich Personen mit wenig körperlicher Aktivität im Berufsalltag positiver verändern.

Für die Bewegungs- und Sportaktivität sind keine Einflüsse auszumachen: Das bedeutet, dass die Ausführung bzw. Entwicklung der Ausführung von *Aktivpausen* unabhängig der sonstigen körperlichen bzw. sportlichen Aktivität erfolgt.

Der motorische Fitnesszustand_{T1} hat in der ersten Phase eine geringfügige Auswirkung, allerdings in negativer Weise ($r_{T1-T2} = -.25^*$). Ebenfalls besteht ein negativer Zusammenhang mit der Entwicklung der Durchführung ($r_{\Delta T1-T2} = -.20^*$), d. h. Teilnehmer mit einem zu Beginn höheren Fitnesszustand entwickeln sich negativer in der Ausführung des Zielverhaltens als jene mit einem niedrigeren Anfangswert. Im Umkehrschluss ist davon auszugehen, dass Probanden mit einem geringen motorischen Funktionsstatus eine positivere Veränderung aufweisen.

Die Überprüfung der Abhängigkeit zwischen dem Gesundheitszustand_{T2} und der Anzahl durchgeführter *Aktivpausen* brachte einen kleinen Zusammenhang für die zweite Interventionsphase hervor ($r_{T2-T3} = .25^*$). Der positive Effekt weist auf eine umso häufigere Ausführung von *Aktivpausen* hin, je gesünder die Teilnehmer sich subjektiv einschätzen. Für das Empfinden aktueller Beschwerden ließen sich keine signifikant relevanten Ergebnisse feststellen.

⁷⁸ Die Berufsaktivität wurde lediglich zu T1 erhoben.

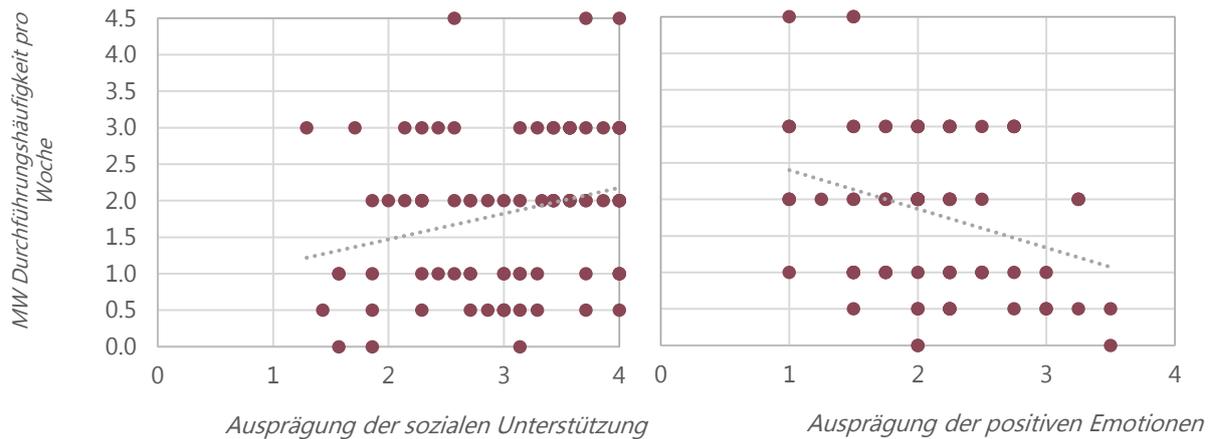


Abbildung 66: Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung_{T2} ($r_{T2-T3}=.26^{**}$) bzw. der positiven Emotionen_{T2} ($r_{T2-T3}=-.26^{**}$) und der durchschnittlichen Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen in Studienphase 2

Für die psychosozialen Determinanten soziale Unterstützung und positive Emotionen resultieren Zusammenhänge auf geringem Niveau mit der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen* (vgl. Abbildung 66). Aus der Determinantenforschung (vgl. Kapitel 5.1) ist bekannt, dass die soziale Unterstützung ein wichtiger Parameter zur Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens ist. In der vorliegenden Studie korreliert die wahrgenommene soziale Unterstützung_{T2} in der zweiten Hälfte mit der Summe absolvierter *Aktivpausen* ($r_{T2-T3}=.26^{**}$). Die erhobenen Daten deuten darüber hinaus auf eine umgekehrte Abhängigkeit hin, da die soziale Unterstützung_{T3} am höchsten in retrospektiver Betrachtung mit dem Zielverhalten korreliert ($r_{T1-T3}=.46^{**}$). Demzufolge nehmen Teilnehmer, die sich positiver in der Durchführung von *Aktivpausen* entwickeln, eine bessere soziale Unterstützung durch ihre Arbeitskollegen wahr als jene der Vergleichsgruppe.

Der Einfluss positiver Emotionen_{T2} auf das Verhaltensziel weist in der zweiten Phase einen niedrigen Effekt auf ($r_{T2-T3}=-.26^{**}$)⁷⁹. Je häufiger *Aktivpausen* durchgeführt werden, desto eher werden positive Empfindungen während der Einheiten wahrgenommen und umgekehrt. Auch hier besteht eine retrospektive Abhängigkeit: Teilnehmer, die zu T3 positivere Emotionen bei den Einheiten äußern, zeigen eine bessere Entwicklung ($r_{T1-T3}=-.42^{**}$). Je besser die Durchführung von *Aktivpausen* gelingt, desto eher werden infolgedessen positive Empfindungen wahrgenommen. Die Bewertung des *Übungsleiters* beeinflusst das Zielverhalten nicht.

⁷⁹ Der umgekehrte, negative Zusammenhang ergibt sich daraus, dass niedrige Werte für eine hohe Ausprägung positiver Emotionen stehen.

Es lässt sich zusammenfassend konkludieren, dass die gesundheitsbezogenen Determinanten die Verhaltensänderung nicht oder nur in geringer Weise beeinflussen. Die höchsten Werte bestehen für die soziale Unterstützung ($r_{T2-T3}=.26^{**}$) sowie das Empfinden positiver Emotionen ($r_{T2-T3}=-.26^{**}$), wobei retrospektiv höhere Zusammenhänge resultieren. Infolgedessen ist eher davon auszugehen, dass die Durchführung der *Aktivpausen* die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung durch die Arbeitskollegen bzw. das Empfinden positiver Emotionen fördert als umgekehrt. Der Gesundheitszustand scheint in Phase 2 einen geringfügigen Einfluss auf das Aktivitätsverhalten in Bezug auf die *Aktivpause* zu haben, der motorische Fitnesszustand weist auf einen geringen negativen Zusammenhang in Phase 1 hin.

Hypothese 5 wird für die zweite Interventionsphase hinsichtlich der Summe durchgeführter *Aktivpausen* für die Determinanten Gesundheitszustand, soziale Unterstützung und positive Emotionen angenommen. Auf die Entwicklung des Zielverhaltens haben die untersuchten Determinanten mit Ausnahme des Fitnesszustands (Phase 1) keinen Einfluss.

10.4 Follow-Up Untersuchung

Das nachfolgende Kapitel stellt die Resultate der Follow-Up Untersuchung dar, die 20 Wochen nach Studienende initiiert wurde. Die Analysen beziehen sich auf die Durchführungshäufigkeit und die Variablen Intention, Selbstwirksamkeit, Planungstiefe, Rückfallprävention sowie die soziale Unterstützung. Zur Ergebnispräsentation werden zunächst korrelative Analysen (Kapitel 10.4.1) angewandt, in denen die Variablenausprägungen von T3 mit der Durchführungshäufigkeit bzw. der Entwicklung der Durchführungshäufigkeit (ΔMW) von *Aktivpausen* während des Follow-Up Zeitraums in Verbindung gesetzt werden. Im Anschluss erfolgen inferenzstatische Darstellungen für ausgewählte Variablen (Kapitel 10.4.2).

10.4.1 Ergebnisse der Korrelationsanalysen

Die folgende Tabelle 43 stellt die Korrelationen dar, wobei die Variablen des MoVo-Modells und die untersuchten Determinanten der Verhaltensänderung gemeinsam aufgeführt sind.

Tabelle 43: Korrelationsmatrix zwischen ausgewählten Variablen und der Durchführung bzw. Entwicklung der Durchführung von Aktivpausen im Follow-Up Zeitraum

	MW Durchführungshäufigkeit	
	T3-T4	Δ T3-T4
Intention T3	.62**	-.32*
Selbstkonkordanz _{intr} T3	.35**	n.s.
Selbstkonkordanz _{extr} T3	.25*	n.s.
Selbstwirksamkeit T3	.69**	n.s.
Konsequenzerfahrung _{pos} T3	.45**	n.s.
Konsequenzerfahrung _{neg} T3	-.31*	n.s.
Planungstiefe T3	.59**	n.s.
Barrieren _{psych} T3	-.33*	.34**
Barrieren _{körp} T3	n.s.	n.s.
Barrieren _{orga} T3	-.37**	n.s.
Gegenstrategien _{Präventiv} T3	n.s.	.31**
Gegenstrategien _{Akut} T3	-.34**	n.s.
Rückfallprävention _{Ausnahme} T3	.30*	-.30*
Rückfallprävention _{Resignation} T3	-.36**	.38**
Rückfallprävention _{Gewohnheit} T3	n.s.	n.s.
BSA T3	n.s.	n.s.
FFB-Mot T3	n.s.	n.s.
Gesundheitszustand T3	n.s.	n.s.
Beschwerden T3	n.s.	n.s.
Soziale Unterstützung T3	.50**	n.s.
Emotionen _{pos} T3	-.31*	.31*
Multiplikatorbewertung T3	n.s.	n.s.
Gesamtbewertung T3	.49**	n.s.

*Signifikanz auf dem Niveau 0.05 (2-seitig), **Signifikanz auf dem Niveau 0.01 (2-seitig)
 Bezeichnungen: BSA = Berufs- und Sportaktivität; FFB-Mot = Motorischer Funktionsstatus

Die Intention_{T3} hat einen starken Einfluss auf die Durchführung von *Aktivpausen* im Follow-Up Zeitraum ($r_{T3-T4}=.62^{**}$), allerdings eine negative Wirkung auf die Entwicklung ($r_{\Delta T3-T4}=-.32^*$). Das bedeutet, dass Personen mit einer hohen Absicht, das Zielverhalten zu realisieren, zwar häufiger *Aktivpausen* durchführen, sich aber weniger gut entwickeln als jene mit einer niedrigen Ausprägung.

Hinsichtlich der Selbstkonkordanz_{T3} ist für beide Subskalen ein Zusammenhang mit der *Aktivpausen*-Durchführung zu konstatieren, demgegenüber spielt der Faktor bei der Entwicklung keine Rolle. Infolgedessen gelingt selbstkonkordanten Personen, egal ob extrinsisch oder intrinsisch motiviert, die Umsetzung des Zielverhaltens besser.

Ein ähnliches Bild zeigt sich für die positiven und negativen Konsequenzerfahrungen_{T3}, wobei die Zusammenhänge tendenziell etwas höher ausfallen als bei der Selbstkonkordanz. Ein Unterschied besteht darin, dass Konsequenzerfahrungen_{neg} negativ korrelieren ($r_{T3-T4} = -.31^*$), d. h. Personen, die den positiven Wert der *Aktivpause* weniger empfinden, bspw., weil der wahrgenommene Aufwand dominiert, zeigen ein geringeres Ausführungsverhalten.

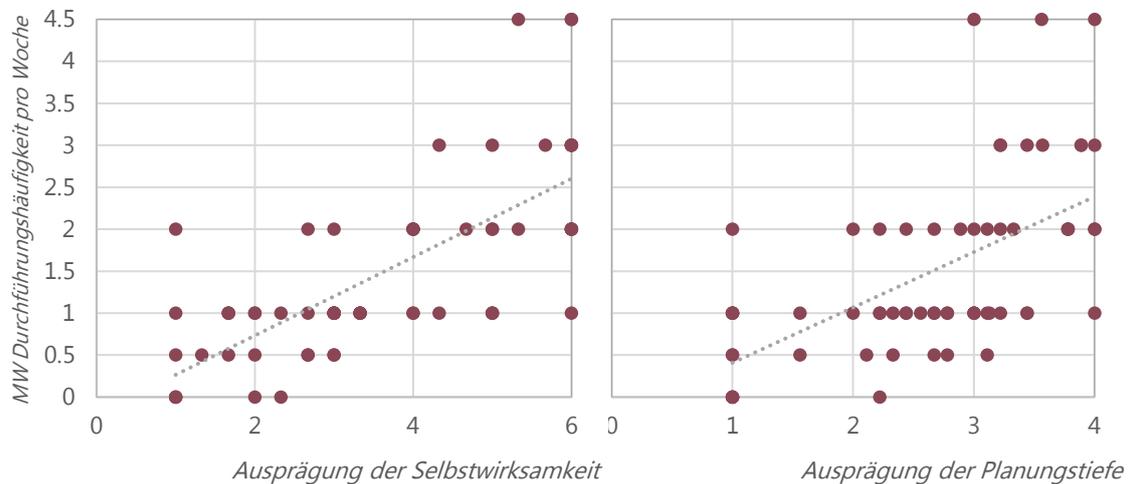


Abbildung 67: Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit_{T3} ($r_{T3-T4} = .69^{**}$) bzw. der Planungstiefe_{T3} ($r_{T3-T4} = .59^{**}$) und der durchschnittlichen Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen im Follow-Up Zeitraum

Für die Selbstwirksamkeit_{T3} ($r_{T3-T4} = .69^{**}$) und die Planungstiefe_{T3} ($r_{T3-T4} = .59^{**}$) zeigen sich, wie in Abbildung 67 aufgeführt, hohe Korrelationen mit dem Durchführungsverhalten während der Follow-Up Phase. Für die Verhaltensentwicklung in diesem Zeitraum sind keine Einflüsse vorhanden.

Bei den psychosozialen ($r_{T3-T4} = -.33^*$) und organisatorischen ($r_{T3-T4} = -.37^{**}$) Barrieren sind negative Einflüsse auf einem mittleren Niveau zu konstatieren, demgegenüber ist dem Bereich der körperlichen Beeinträchtigungen keine Relevanz zuzuschreiben. Psychosoziale Hemmnisse, bspw. Müdigkeit oder Unlust, spielen zudem bei der Verhaltensentwicklung eine wichtige Rolle ($r_{\Delta T3-T4} = .34^{**}$): Personen, die niedrige psychosoziale Barrieren empfinden, entwickeln sich in der Durchführungshäufigkeit des Follow-Up Zeitraums weniger gut als jene mit hohen Werten.

Für den Einsatz von Gegenstrategien lässt sich festhalten, dass Personen, die akute Strategien anwenden, in der Tendenz eine geringere Durchführungshäufigkeit zeigen ($r_{T3-T4} = -.34^{**}$). Der Einsatz präventiver Strategien ist für die Entwicklung des Durchführungsverhaltens von Bedeutung ($r_{\Delta T3-T4} = .31^{**}$).

Für die Maßnahmen zur Rückfallprävention ergibt sich folgendes Bild: Probanden, welche die Nicht-Teilnahme an der *Aktivpause* als Ausnahme betrachten, führen das Programm insgesamt häufiger durch ($r_{T3-T4} = .30^*$), entwickeln sich demzufolge jedoch weniger positiv ($r_{\Delta T3-T4} = -.30^*$).

Personen, die nach einer Phase der Nicht-Teilnahme resignieren und das Verhaltensziel aufgeben, zeigen eine geringere Anzahl realisierter *Aktivpausen* ($r_{T3-T4} = -.36^{**}$), wenngleich sich für diese Gruppe eine positivere Entwicklung ergibt ($r_{\Delta T3-T4} = .38^{**}$).

Im Bereich der Determinanten sind den Variablen soziale Unterstützung, positive Emotionen und Gesamtbewertung eine hohe Wichtigkeit für die Ausführung der *Aktivpause* beizumessen. Die soziale Unterstützung ($r_{T3-T4} = .50^{**}$) und die Zufriedenheit mit dem Programm ($r_{T3-T4} = .49^{**}$) korrelieren auf einem hohen Niveau mit der Durchführungshäufigkeit, haben jedoch keinen Einfluss auf die Verhaltensentwicklung.

Für die positiven Emotionen ergibt sich Folgendes: Personen, die positive Emotionen während der Einheiten erleben, führen insgesamt häufiger *Aktivpausen* durch ($r_{T3-T4} = -.31^{**}$), zeigen allerdings eine weniger positive Veränderung ($r_{\Delta T3-T4} = .31^{**}$).

Die Bewertung des Multiplikators hat in der Phase des Follow-Ups weder auf die Durchführungshäufigkeit, noch die Entwicklung eben dieser einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Bei Betrachtung des Zusammenhangs in retrospektiver Weise ergibt sich wiederum eine hohe Korrelation ($r_{T2-T3} = .42^{**}$; $r_{\Delta T2-T3} = .55^{**}$). Die umgekehrte Abhängigkeit deutet darauf hin, dass die Realisierung von *Aktivpausen* bzw. die Verhaltensänderung hin zu einer häufigeren Durchführung zumindest teilweise durch die Bewertung des Multiplikators bedingt ist.

Es ist zusammenzufassen, dass insbesondere die Variablen Intention_{T3}, Selbstwirksamkeit_{T3}, Planungstiefe_{T3} sowie die soziale Unterstützung_{T3} von zentraler Bedeutung für die Summe realisierter *Aktivpausen* in der Follow-Up Phase sind. Dies äußert sich durch hohe Korrelationen von $r = .50^{**}$ (soziale Unterstützung_{T3}) bis $r = .69^{**}$ (Selbstwirksamkeit_{T3}). Ferner scheinen positive Konsequenzerfahrungen_{T3} sowie die Zufriedenheit mit dem Programm in Verbindung mit dem Verhaltenserfolg zu stehen. Ein Großteil der übrigen MoVo-Variablen korreliert auf einem mittleren Niveau mit dem Zielverhalten. Mit Ausnahme der sozialen Unterstützung und der positiven Emotionen sind für die in die Untersuchung integrierten Determinanten der Verhaltensänderung keine Auswirkungen zu äußern.

In Bezug auf die Verhaltensentwicklung (ΔMW) sind für die Zielintention_{T3}, psychosozialen Barrieren_{T3}, die Maßnahmen zur Rückfallprävention_{Resignation+AusnahmeT3} sowie positive Emotionen_{T3} jeweils Zusammenhänge auf mittlerem Niveau auszumachen.

10.4.2 Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholung

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den ANOVA-Analysen präsentiert. In Tabelle 44 sind zur deskriptiven Analyse die arithmetischen Mittel der jeweiligen Messzeitpunkte sowie die Mittelwertveränderungen von *Multi-Plus* und *Classic-Plus* zu T1, T3 und dem Follow-Up dargestellt.

Tabelle 44: Entwicklung der Ausprägung ausgewählter Variablen von T1 bis zum Follow-Up Zeitraum in Abhängigkeit von der Studiengruppe

			T1	T3	Follow-Up	T1-T3	T3-Follow-Up
	Studiengruppe	N	MW	MW	MW	Δ MW	Δ MW
Durchführungshäufigkeit	Multi-Plus	27	0.61 ± 1.06	1.90 ± 0.82	1.70 ± 0.84	1.29	-0.20
	Classic-Plus	35	0.55 ± 0.70	1.15 ± 0.80	1.30 ± 1.21	0.60	0.15
	Gesamt	62	0.58 ± 0.88	1.49 ± 0.89	1.50 ± 1.08	0.91	0.01
Intention	Multi-Plus	27	5.13 ± 1.09	4.87 ± 1.30	4.48 ± 1.58	-0.26	-0.39
	Classic-Plus	31	5.19 ± 0.85	3.58 ± 1.68	3.00 ± 1.84	-1.61	-0.58
	Gesamt	58	5.16 ± 0.47	4.19 ± 1.64	3.69 ± 1.87	-0.97	-0.50
Selbstwirksamkeit	Multi-Plus	27	5.02 ± 1.04	4.85 ± 1.16	4.52 ± 1.30	-0.17	-0.33
	Classic-Plus	31	4.77 ± 0.98	3.61 ± 1.58	2.87 ± 1.58	-1.16	-0.74
	Gesamt	58	4.88 ± 1.01	4.19 ± 1.52	3.64 ± 1.66	-0.69	-0.55
Planungstiefe	Multi-Plus	26	2.59 ± 0.68	3.12 ± 0.61	3.05 ± 0.74	0.53	-0.07
	Classic-Plus	26	2.46 ± 0.74	2.34 ± 0.95	2.26 ± 1.06	-0.12	-0.08
	Gesamt	52	2.52 ± 0.71	2.73 ± 0.88	2.65 ± 0.99	0.21	-0.08
Rückfallprävention Ausnahme	Multi-Plus	26	3.65 ± 0.59	3.65 ± 0.54	3.42 ± 0.90	0.00	-0.23
	Classic-Plus	26	3.75 ± 0.44	2.95 ± 1.01	3.23 ± 1.07	-0.80	0.28
	Gesamt	52	3.70 ± 0.52	3.29 ± 0.89	3.33 ± 0.99	-0.41	0.04
Rückfallprävention Resignation	Multi-Plus	25	1.03 ± 0.17	1.08 ± 0.37	1.12 ± 0.33	0.05	0.04
	Classic-Plus	25	1.08 ± 0.35	1.51 ± 0.94	1.32 ± 0.75	0.43	-0.19
	Gesamt	50	1.05 ± 0.28	1.31 ± 0.75	1.22 ± 0.58	0.26	-0.09
Rückfallprävention Gewohnheit	Multi-Plus	26	3.62 ± 0.68	3.68 ± 0.58	3.54 ± 0.76	0.06	-0.14
	Classic-Plus	25	3.62 ± 0.71	3.31 ± 1.03	3.40 ± 1.04	-0.31	0.09
	Gesamt	51	3.62 ± 0.69	3.49 ± 0.86	3.47 ± 0.90	-0.13	-0.02
Soziale Unterstützung	Multi-Plus	23	3.14 ± 0.62	3.35 ± 0.65	3.02 ± 0.78	0.21	-0.33
	Classic-Plus	23	2.88 ± 0.61	2.65 ± 0.84	2.78 ± 1.01	-0.23	0.13
	Gesamt	46	3.00 ± 0.62	2.98 ± 0.83	2.90 ± 0.90	-0.02	-0.08

Bei der Follow-Up Untersuchung zeigt sich, dass beide Studiengruppen auch nach einem Zeitraum von 40 Wochen in ihrer Durchführungshäufigkeit noch über dem Ausgangsniveau von T1 liegen. *Multi-Plus*-Teilnehmer führen die *Aktivpause* zum Zeitpunkt des Follow-Ups im Durchschnitt 1.7 Mal (SD=0.84) und *Classic-Plus*-Teilnehmer 1.3 Mal (SD=1.21) durch (*Multi-*

Plus: $\Delta MW_{T1-Follow-Up} = 1.09$, *Classic-Plus*: $\Delta MW_{T1-Follow-Up} = 0.75$). Die ANOVA-Analyse ergibt für die Faktoren Zeit, Gruppe und die Interaktion Zeit*Gruppe signifikante Unterschiede (Zeit*Gruppe: $F_{1,60} = 6.410$, $p < .001$, $\eta^2 = .097$). Der Post-hoc-Test bringt keine Signifikanz hervor ($T = 1.660$; $df = 61$; $p = .102$). Während des Follow-Up Zeitraums gleichen sich die Gruppen tendenziell an (vgl. Abbildung 68).

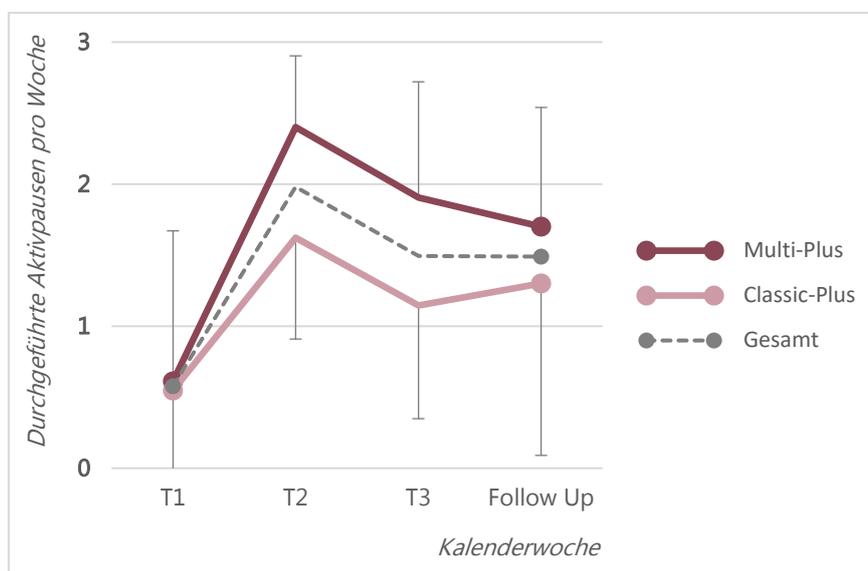


Abbildung 68: Entwicklung der Durchführungshäufigkeit von Aktivpausen unter Berücksichtigung des Follow-Up Zeitraums in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=62)

Insgesamt betrachtet ist bei den Variablen Intention und Selbstwirksamkeit ab T2 eine stetige Abnahme der Variablenausprägungen zu verzeichnen. IG1 weist zum Zeitpunkt des Follow-Ups verglichen mit dem Ausgangswert leichte Differenzen auf (Intention: $\Delta MW_{T1-Follow-Up} = -0.65$, Selbstwirksamkeit: $\Delta MW_{T1-Follow-Up} = -0.50$). Demgegenüber zeigt IG2 einen deutlichen Abfall (Intention: $\Delta MW_{T1-Follow-Up} = -2.19$, Selbstwirksamkeit: $\Delta MW_{T1-Follow-Up} = -1.90$). Für die Intention (Zeit*Gruppe: $F_{1,56} = 5.300$, $p = .002$, $\eta^2 = .086$) und Selbstwirksamkeit (Zeit*Gruppe: $F_{1,56} = 3.962$, $p = .009$, $\eta^2 = .066$) sind signifikante Interaktionseffekte zu konstatieren. Die Post-hoc-Analysen bringen ebenfalls Signifikanzen hervor (Intention: $T = 2.742$; $df = 62$; $p = .008$; Selbstwirksamkeit: $T = 3.908$; $df = 62$; $p < .001$). Infolgedessen zeigt IG1 auch nach dem 20-wöchigen Follow-Up Zeitraum noch signifikant bessere Werte als die Vergleichsgruppe.

Ein ähnliches Ergebnis ist hinsichtlich der Planungstiefe zu äußern (vgl. Abbildung 69). Anders als bei den motivationalen Variablen weist die *Multi-Plus*-Gruppe auch nach einem Zeitraum von 40 Wochen noch über dem Anfangswert liegende Werte auf ($\Delta MW_{T1-Follow-Up} = 0.46$). Es ist festzuhalten, dass das Niveau von Messzeitpunkt 2 bis zum Follow-Up nahezu gehalten wird. Demgegenüber ist bei der *Classic-Plus*-Gruppe ab der zweiten Interventionsphase ein kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen, sodass sich eine unter dem Ausgangswert liegende Ausprägung ergibt ($\Delta MW_{T1-Follow-Up} = -0.20$).

Diese deskriptive Betrachtung wird durch einen signifikanten Interaktionseffekt gestützt (Zeit*Gruppe: $F_{1,50}=3.621$, $p=.015$, $\eta^2=.068$). Die Post-hoc-Analyse für den Zeitraum des Follow-Ups erlangt ebenfalls statistische Signifikanz ($T=3.224$; $df=62$; $p=.002$).

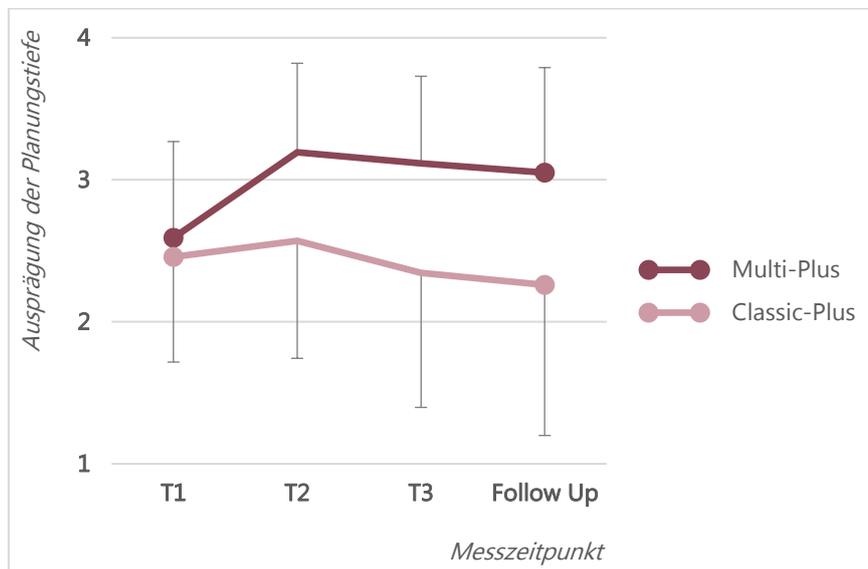


Abbildung 69: Entwicklung der Planungstiefe unter Berücksichtigung des Follow-Up Zeitraums in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit ($N=52$)

Hinsichtlich der Rückfallprävention sind für die beiden Subskalen „Ausnahme“ und „Resignation“ jeweils Signifikanzen zu beobachten. Für die Rückfallprävention_{Ausnahme} ergeben sich signifikante Effekte für die Zeit, Gruppe sowie die Wechselwirkung (Zeit*Gruppe: $F_{1,48}=3.866$, $p=.011$, $\eta^2=.072$). Während IG1 hinsichtlich der Rückfallprävention_{Resignation} über die Zeit hinweg nahezu konstant auf dem Anfangsniveau verbleibt, resignieren IG2-Teilnehmer zunehmend (IG1: $\Delta MW_{T1-Follow-Up}=0.09$; IG2: $\Delta MW_{T1-Follow-Up}=0.24$). Diese deskriptive Vermutung wird durch einen signifikanten Gruppeneffekt bestätigt (Gruppe: $F_{1,50}=8.251$, $p=.006$, $\eta^2=.147$), für die Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe ist eine tendenzielle Signifikanz zu konstatieren (Zeit*Gruppe: $F_{1,50}=2.623$, $p=.053$, $\eta^2=.052$). Die jeweiligen Post-hoc-Analysen erlangen keine statistische Bedeutsamkeit.

Ergänzend wurde der Faktor der sozialen Unterstützung in die Follow-Up Analyse integriert, wie in Abbildung 70 grafisch dargestellt. Hier lässt sich für den Faktor Gruppe einen signifikanten Effekt ableiten (Gruppe: $F_{1,44}=4.853$, $p=.033$, $\eta^2=.099$). Aus dem Post-hoc-Test resultieren keine Signifikanzen ($T=1.065$; $df=58$; $p=.291$). Daraus folgt, dass sich die Gruppen zum Zeitpunkt des Follow-Ups nicht überzufällig voneinander unterscheiden und sich in ihrer wahrgenommenen sozialen Unterstützung zunehmend angleichen. Bei beiden Studiengruppen ist die Ausprägung nach 40 Wochen vergleichbar mit dem Beginn (IG1: $\Delta MW_{T1-Follow-Up}=-0.12$; IG2: $\Delta MW_{T1-Follow-Up}=-0.10$).

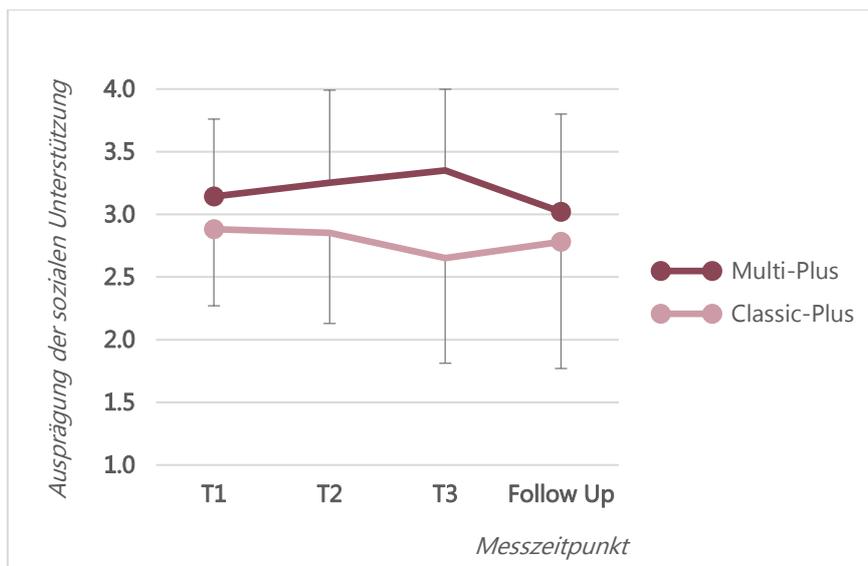


Abbildung 70: Entwicklung der sozialen Unterstützung unter Berücksichtigung des Follow-Up Zeitraums in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit (N=46)

Die nachfolgende Tabelle 45 stellt die Ergebnisse der Varianzanalysen (mit Messwiederholung) zusammenfassend im Überblick dar.

Tabelle 45: ANOVA zu ausgewählten Variablen in Abhängigkeit von Studiengruppe und Zeit für den Follow-Up Zeitraum (N=46)

	Gruppe			Zeit			Zeit*Gruppe		
	F	p	η^2	F	p	η^2	F	p	η^2
Intention	18.714	<.001	.250	23.658	<.001	.297	5.300	.002	.086
Selbstwirksamkeit	19.783	<.001	.261	17.156	<.001	.235	3.962	.009	.066
Planungstiefe	11.207	.002	.183	3.442	.018	.064	3.621	.015	.068
Rückfallprävention _{Ausnahme}	6.033	.018	.108	2.281	.082	.044	3.866	.011	.072
Rückfallprävention _{Resignation}	8.251	.006	.147	2.375	.073	.047	2.623	.053	.052
Rückfallprävention _{Gewohnheit}	0.129	.721	.003	1.800	.150	.035	0.565	.639	.011
Soziale Unterstützung	4.853	.033	.099	1.247	.295	.028	1.291	.280	.029

Aus den Analysen wird geschlussfolgert, dass insbesondere für die Variablen Intention, Selbstwirksamkeit sowie Planungstiefe positive Interventionseffekte erlangt wurden: Für alle drei Bereiche ergeben sich signifikante Effekte hinsichtlich der Faktoren Zeit, Gruppe als auch für die Interaktion zwischen eben diesen. Auch in Bezug auf die Rückfallprävention_{Ausnahme} wird eine signifikante Wechselwirkung erreicht. Für die Rückfallprävention_{Resignation} sowie die soziale Unterstützung bestehen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Studiengruppen, nicht jedoch zwischen den Subjekten.

10.5 Zusammenfassung und Interpretation der inferenzstatistischen Analysen

In den nachstehenden Ausführungen werden die inferenzstatistischen Ergebnisse zusammengefasst, in den Forschungsstand eingeordnet und kritisch hinterfragt. Hierbei erfolgt zunächst eine Fokussierung auf das Primary Outcome (Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen*) und im Anschluss auf die weiteren Variablen.

Allgemein lässt sich feststellen, dass unterschiedliche Entwicklungen der Variablenausprägungen zwischen den beiden Studiengruppen eher für Studienphase 1 resultieren als für die zweite Hälfte der Studie. Demgegenüber sind Zusammenhänge mit dem Durchführungsverhalten größtenteils erst ab Studienphase 2 (Eigenrealisationsphase) zu beobachten. Hierbei zeigen sich für die durchschnittliche Anzahl durchgeführter *Aktivpausen* (MW) recht deutliche Ergebnisse. Der Einfluss auf die Entwicklung der Durchführung (Δ MW) ist, möglicherweise bedingt durch einen Deckeneffekt, als gering einzustufen. Aufgrund dessen wird die Entwicklung der Durchführung von *Aktivpausen* in der Interpretation nicht berücksichtigt.

Durchführungshäufigkeit

Die Steigerung der Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen* am Arbeitsplatz war das zentrale Ziel der vorliegenden Studie. Die Ergebnisse bestätigen, dass dies in ausgezeichneter Weise gelang: In den ersten zehn Wochen der Studie erhöhen die Probanden unabhängig ihrer Studiengruppe die Anzahl von 0.58 (SD=0.88) auf 1.98 (SD=0.73) Bewegungspausen pro Woche. Im weiteren Verlauf sinkt die Summe auf 1.49 (SD=0.89) wöchentliche *Aktivpausen* ab, wobei diese Zahl auch im Follow-Up Zeitraum aufrechterhalten wird. Als Fazit ist hervorzuheben, dass beide Interventionsgruppen auch neun Monate nach Beginn der Studie noch knapp eine *Aktivpause* pro Woche mehr ausführen als vorher. Es zeigt sich ein klarer Interventionseffekt (signifikanter Zeit-, Gruppen- und Interaktionseffekt). IG1 verbessert sich im Vergleich zu IG2 in der ersten Interventionsphase stärker und stagniert in der Eigenrealisationsphase äquivalent zu IG2. Im Follow-Up Zeitraum gleichen sich die Gruppen tendenziell an, sodass der T-Test hierfür keine Signifikanz mehr ergibt. Dies ist möglicherweise damit zu erklären, dass in den Wochen nach Studienende mit Ausnahme einer Auffrischungsschulung für Multiplikatoren keine weiteren Interventionsmaßnahmen mehr erfolgten. Umso wichtiger erscheint es, unterstützende *Booster*-Aktionen auch langfristig zu bereitstellen. Diese Erkenntnis steht in Einklang mit anderen Studien der Verhaltensänderung (z. B. Krebs et al., 2015; Stark & Fuchs, 2012; Taylor et al., 2010).

Der starke Anstieg der Durchführungshäufigkeit zu Beginn ist vermutlich damit zu begründen, dass die Probanden sich durch eine sehr hohe Anfangsmotivation auszeichneten. Außerdem war in den ersten zehn Wochen eine starke Unterstützung seitens Übungsleiter gegeben. Der Effekt eines starken Anstiegs in der Anfangsphase einer Intervention zeigte sich auch in anderen Untersuchungen zur Aktivitätssteigerung. So wurde bei der Studie *MoVo-LISA* (Fuchs et al., 2011) zu Beginn ebenfalls eine deutliche Steigerung der Sportaktivität erreicht. Hier erlitt diese

bereits nach sechs Wochen einen klaren Einbruch und im Anschluss einen kontinuierlichen Rückgang. Im Vergleich zu *MoVo-Lisa* ($\eta^2=.040$) wird in der vorliegenden Studie ein mittlerer Effekt erreicht ($\eta^2=.085$), für die Faktoren Zeit ($\eta^2=.545$) sowie Gruppe ($\eta^2=.190$) liegen überdies große Effektstärken vor.

Es stellt sich die Frage, warum es IG2 ebenfalls gelang, sich in der Durchführungshäufigkeit signifikant zu verbessern, sodass auch hier selbst nach neun Monaten noch eine gesteigerte Ausführung erkennbar war. Unter Umständen gab allein die Teilnahme an der Studie Anlass dazu, das Verhaltensziel erreichen zu wollen und entsprechende Anstrengungen aufzunehmen (Studieneffekt). Die Teilnahme als Gruppe führte möglicherweise zur Initiierung gruppendynamischer Motivationsprozesse. Es ist davon auszugehen, dass die beiden Interventionsbausteine Self-Monitoring und Kostenfreiheit ebenfalls einen Beitrag leisteten. Die Hinzunahme einer „echten“ Kontrollgruppe könnte deutlichere Unterschiede hervorbringen. In der vorliegenden Studie war dies jedoch aus methodischen Gründen nicht realisierbar.

Intention

Zunächst ist zu äußern, dass bereits zu Studienbeginn bei beiden Interventionsgruppen eine stark ausgeprägte Intention vorlag, weshalb der Entwicklung nach oben hin Grenzen gesetzt waren (Deckeneffekt). Es ist anzunehmen, dass der Wert aufgrund einer hohen Anfangseuphorie zu optimistisch ausfiel. Während IG1 zu T3 einen vergleichbaren Wert wie zu Beginn aufweist (Phase 1: Steigung, Phase 2: Rückgang), ist bei IG2 ein kontinuierlicher Rückgang über die Zeit zu beobachten. Dies spiegelt sich in einem signifikanten Interaktionseffekt wider, der auch für den Follow-Up Zeitraum bestehen bleibt. Daraus lässt sich schließen, dass die unterstützenden Programmbausteine wichtig waren, um die hohe Anfangsmotivation bzw. Handlungsbereitschaft auch über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten. Außerdem ist für IG1 zu beobachten, dass die Ausprägung im Follow-Up Zeitraum weniger stark abnimmt als in Studienphase 2. Die wiederkehrende Präsenz des Übungsleiters in Kombination mit den Programmbausteinen scheint wichtig zu sein, um die Intention hochzuhalten und einen weitergehenden Rückgang zu vermeiden. Für die hohe Bedeutsamkeit der Intention liegen aus der Verhaltensforschung konsistente Befunde vor, sodass das Konstrukt auch im MoVo-Modell (Fuchs, 2007a) eine Schlüsselrolle einnimmt (vgl. Kapitel 5.3.1). Das vorliegende Ergebnis bestätigt diese Befunde durch hohe korrelative Zusammenhänge der Intention mit dem Zielverhalten.

Selbstwirksamkeit

Hinsichtlich der Selbstwirksamkeit zeigen sich ähnliche Ergebnisse, wie für die Intention. IG1 hält das Ausgangsniveau nahezu über den gesamten Zeitraum auf gleichbleibendem Niveau, während für IG2 ein kontinuierlicher Rückgang über die Zeit auffällt. Die deskriptiven Vermutungen werden durch einen klaren Interaktionseffekt und hohe Korrelationen bestätigt, was sich auch in der Follow-Up Phase zeigt. Es ist zu vermuten, dass die Fokussierung der Studie

auf Selbststeuerungsmechanismen (z. B. Ziele setzen, Pläne machen, Gegenstrategien entwickeln) letztlich auch die Selbstwirksamkeit beeinflusste. Während sich bei der Intervention *MoVo-LISA* beide Studiengruppen parallel zunächst positiv und im weiteren Verlauf negativ entwickelten, steigert sich beim Programm der *Aktivpause-Plus* nur die IG1. IG2 zeigt demgegenüber stetig abfallende Werte. Insgesamt stehen die Befunde in Einklang zu vielen anderen Längsschnittstudien, in denen sich die Selbstwirksamkeit als einer der besten Prädiktoren zur Vorhersage der Sportaktivität erwies (Biddle & Mutrie, 2007; Trost et al., 2002). In der vorliegenden Studie wird der Einfluss der Selbstwirksamkeit durch eine mittlere Effektgröße verdeutlicht ($\eta^2 = .083$).

Selbstkonkordanz sowie Konsequenzerwartungen und -erfahrungen

Bezüglich der weiteren motivationalen Variablen ist die Befundlage deskriptiv eindeutig, da sich für IG1 jeweils positivere Verläufe zeigen als für IG2. Diese führen jedoch nicht zu signifikanten Interaktionseffekten. Hinsichtlich der Selbstkonkordanz zeigt sich für IG1 kurzfristig eine Steigerung aller Subskalen, während sich IG2 lediglich in den extrinsisch orientierten Dimensionen verbessert. Die *Aktivpause-Plus* scheint entsprechend nur einen vergleichsweise geringen Anteil an der Entwicklung der Selbstkonkordanz zu haben und nur kurzfristig Wirkung zu erlangen. Für die intrinsische Ausprägung ist in der zweiten Studienphase eine mittlere Korrelation zu konstatieren, welche auch für die Follow-Up Phase bestehen bleibt. Auch bei *MoVo-LISA* resultieren lediglich deskriptiv betrachtet Verbesserungen. Dies ist insofern wenig überraschend als die Befundlage zur Selbstkonkordanz in der Literatur ebenso wenig eindeutig ist. Was die Konsequenzerwartungen und -erfahrungen betrifft, so ist zu äußern, dass die *Aktivpause-Plus* ebenfalls nur deskriptive Verbesserungen bewirkt. Gleichwohl ist ein Zusammenhang auf mittlerem Niveau für das Durchführungsverhalten (Studienphase 2) und den Follow-Up Zeitraum zu konstatieren. Dementsprechend wird der Einfluss dieser Variable auf den Verhaltensänderungserfolg befürwortet, allerdings scheint die *Aktivpause-Plus* hiermit nur unwesentlich zusammenzuhängen. Auch der Forschungsstand ist diesbezüglich als inkonsistent zu bewerten (Anderson et al., 2010; Trost et al., 2002).

Planungstiefe

Für die Bedeutsamkeit von Planungsprozessen liegt eine mittlerweile Evidenz vor. Verschiedene Studien zum Gesundheits- und Sportverhalten weisen hierfür mittlere Effekte auf (z. B. Gollwitzer & Bargh, 2005; Gollwitzer & Sheeran, 2006; Lippke et al., 2009). Auch in der vorliegenden Studie spielt die Ausführungs- und Bewältigungsplanung eine entscheidende Rolle. Dies zeigt sich dadurch, dass IG1 im Vergleich zu IG2 auch neun Monate nach Interventionsstart noch deutlich über dem Ausgangsniveau von T1 liegt (signifikanter Interaktions-, Gruppen- und Zeiteffekt). Das bedeutet, dass Probanden der IG1 nicht nur im direkten Anschluss an die Interventionsmaßnahmen, sondern auch ein dreiviertel Jahr danach substantiell mehr planeri-

sche Details zu ihren Bewegungsvorsätzen angeben können als die Vergleichsgruppe. Im Gegensatz zu den anderen Variablen nimmt die Planungstiefe bereits in der ersten Interventionsphase einen Einfluss auf das Durchführungsverhalten von *Aktivpausen*. Im weiteren Verlauf ist ein hoher Zusammenhang ersichtlich. Während sich bei der *MoVo-LISA-Studie* ein geringer Effekt ergab ($\eta^2=.020$), ist vorliegend eine mittlere Effektgröße ($\eta^2=.088$) zu verzeichnen.

Perzipierte Barrieren

In Bezug auf die perzipierten Barrieren lässt sich festhalten, dass die Wahrnehmung organisatorischer Hindernisse signifikante Gruppen- und Zeiteffekte aufweist, körperliche Barrieren sich über die Zeit verbessern, und für die psychischen Subskalen lediglich ein tendenzieller Einfluss durch die *Aktivpause-Plus* besteht. Unter Berücksichtigung des Einflusses organisatorischer Barrieren auf das Durchführungsverhalten ($r=.49^{**}$) ist anzunehmen, dass eine Wahrnehmung dieser infolge der Intervention weniger ausschlaggebend für die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der *Aktivpause* ist. Ebenso bleibt die Wahrnehmung körperlicher Barrieren zwar eher unbeeinflusst von den Interventionsmaßnahmen, wird jedoch im Zeitverlauf seltener als Grund für eine Nicht-Teilnahme angesehen. Im Vergleich zu den Ergebnissen der *MoVo-LISA-Studie* sind analoge Verläufe zu beobachten. Insgesamt scheint es demnach gelungen zu sein, dass die Probanden ungünstige Bedingungen zwar weiterhin wahrnehmen, jedoch weniger als Teilnahmehürden erleben.

Gegenstrategien

Der Einsatz von akuten bzw. präventiven Gegenstrategien bei auftretenden Barrieren wird durch die Intervention in unterschiedlicher Weise beeinflusst: Der signifikante Interaktionseffekt für präventive Gegenstrategien legt nahe, dass insbesondere die im Coaching vorab geplanten Abschirmungsmaßnahmen von IG1-Teilnehmern erfolgreich umgesetzt wurden. Beim Auftreten akuter Barrieren zeigten die vermittelten Strategien wiederum keine signifikante Wirkung. Aus den Korrelationseffekten erschließt sich weiterhin, dass der Einsatz präventiver Strategien in der Interventionsphase mehr Einfluss auf das Durchführungsverhalten hatte als akute Maßnahmen. Im Follow-Up ist ein umgekehrtes Bild zu verzeichnen. Eine mögliche Erklärung ist, dass die akute Verhaltenskontrolle an Bedeutung gewinnt, sobald eine regelmäßige Auffrischung präventiver Maßnahmen durch z. B. Gruppencoachings ausbleibt. Dies war zum Zeitpunkt des Follow-Ups der Fall. Wie auch bei den perzipierten Barrieren, zeigen die Ergebnisse der *MoVo-LISA-Studie* einen ähnlichen Verlauf der Gegenstrategien, allerdings fällt der erzielte Effekt niedriger aus ($\eta^2=.010$) als bei der Intervention *Aktivpause-Plus* ($\eta^2=.068$). Es ist festzuhalten, dass durch die Intervention die Nutzung volitionaler Handlungskontrollstrategien und somit auch die Stabilisierung des Aktivitätsvorhabens gefördert wird. Zu beachten ist überdies, dass insbesondere zur präventiven Abschirmung von Hindernissen regelmäßige Coaching-Sitzungen wichtig erscheinen.

Rückfallprävention

Auffällig im Verlauf der verschiedenen Items zur Rückfallprävention ist, dass IG1 in den Ausprägungen Rückfallprävention_{Ausnahme} und Rückfallprävention_{Resignation} auf einem hohen Niveau bleibt, während IG2 sich kontinuierlich verschlechtert. Der Einfluss der Intervention auf die Rückfallprävention_{Gewohnheit} ist demgegenüber lediglich tendenziell vorhanden. Es ist denkbar, dass diesbezüglich für signifikante Ergebnisse ein noch längerer Interventionszeitraum notwendig gewesen wäre. Resümierend ist der Einfluss der Intervention auf die Rückfallprävention gegeben, im Vergleich mit anderen Bereichen, wie z. B. der Planungstiefe, erweisen sich die Effekte jedoch als weniger stark.

Soziale Unterstützung

Die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung durch Arbeitskollegen zeigt für IG1 im Interventionszeitraum einen positiven Verlauf, während die Werte der IG2 kontinuierlich absinken. Der signifikante Interaktionseffekt spricht dafür, dass die gesteigerte Gruppendynamik auf das Interventionsprogramm zurückzuführen ist. Zudem scheint das Vorliegen einer positiven Ausprägung das Durchführungsverhalten positiv zu beeinflussen ($r=.26^{**}$) und im Follow-Up sogar an Bedeutung zu gewinnen ($r=.50^{**}$). In der Zeit nach der Intervention gleichen sich die Studiengruppen in der Wahrnehmung der sozialen Unterstützung an, weshalb der signifikante Gruppeneffekt erlischt. Es lässt sich vermuten, dass der soziale Rückhalt zwar ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Bewegungssteigerung ist, jedoch auch konsequent durch wiederkehrende Impulse aufrechterhalten werden muss. Als erfolgsversprechende Maßnahme würde sich bspw. ein erneutes Gruppencoaching anbieten. Zu einer ähnlichen Erkenntnis kommt auch Krebs et al. (2015): In ihrer betrieblichen Intervention *MoVo-Work* zeigte diejenige Studiengruppe, die neben dem Basisprogramm auch einen Baustein zur Förderung der sozialen Unterstützung erhielt, kurzfristig eine signifikant höhere Sportaktivität ($F_{1,67}=4.06$; $p=.048$; $\eta^2=.06$). In anderen Studien, wie bspw. Taylor et al. (2010) konnten positive Effekte lediglich deskriptiv nachgewiesen werden. Bei der Interpretation ist der geringe Stichprobenumfang von $N=8$ zu berücksichtigen.

Weitere Determinanten der Verhaltensänderung

Die signifikante Verringerung der Schulterschmerzen über die Zeit gibt Hinweis auf den gesundheitsförderlichen Effekt des Bewegungsprogramms. Dass die Wirkung sowohl in IG1 als auch IG2 zu beobachten ist, lässt sich auf die Tatsache zurückführen, dass beide Gruppen eine gesteigerte Anzahl durchgeführter *Aktivpausen* verzeichnen. Für die Wahrnehmung von Kreuz- und Rückenschmerzen ergaben sich keine signifikanten Veränderungen, wenngleich deskriptive Verbesserungen zu beobachten sind. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Probanden auch vor der Studie im Rahmen der regulären *Aktivpause* bereits am Arbeitsplatz aktiv waren.

Eine Untersuchung mit gänzlich neuen Testpersonen, die bisher keine Bewegungspausen im Berufsalltag ausüben, führt vermutlich zu deutlicheren Ergebnissen. Der Forschungsstand liefert empirischen Nachweis über die Wirksamkeit von Bewegungskurzinterventionen zur Beschwerdereduktion (u. a. Galinsky et al., 2007; Jakobsen et al., 2015; Lara et al., 2008; Macedo et al., 2011). Auch die vorliegenden querschnittlichen Untersuchungen aus dem Setting Hochschule stützen die Annahme (z. B. Mess et al., 2015). Laut der vorliegenden Studie sind positive Effekte eher für Schulter- und Nackenschmerzen anzunehmen als für Kreuz- und Rückenschmerzen. Überdies ist, den Korrelationsergebnissen nach zu schließen, ein Einfluss der Beschwerdewahrnehmung auf das Durchführungsverhalten nicht gegeben. Die Effekte sind unter Vorbehalt anzunehmen, da das Konstrukt Gesundheit sowie die Wahrnehmung von Beschwerden jeweils nur anhand eines Items erfasst wurden.

In der sportwissenschaftlichen Forschung wird der Person des Übungsleiters eine hohe Bedeutung für die Aufrechterhaltung einer Sportaktivität zugeschrieben (Markland & Ingledew, 2007; Pahmeier, 2006). Auch im Rahmen der *Aktivpause-Plus* wurden die Übungsleiter von beiden Studiengruppen als sehr gut bewertet. Dies ist vermutlich der Grund dafür, dass sich zwischen der Bewertung des Übungsleiters und dem Durchführungserfolg von *Aktivpausen* lediglich ein geringer Zusammenhang zeigt.

Ein weiteres Ziel der Untersuchung war es, durch die *Aktivpause-Plus* positive Emotionen bei den Teilnehmern hervorzurufen bzw. zu analysieren, inwieweit ein Zusammenhang zwischen beiden Komponenten anzunehmen ist. Der positive Einfluss des emotionalen Befindens auf das Durchführungsverhalten in Studienphase 2 wurde in der Untersuchung durch einen geringen Zusammenhang bestätigt ($r = -.26^{**}$)⁸⁰. Zwischen T2 und T3 ergab sich keine signifikante Veränderung der Emotionen. Hierbei ist zu betonen, dass aufgrund der von Beginn an sehr positiven Ausprägungen ein positiver Einfluss nur in geringem Maße zu erwarten war. Eine Studie mit gänzlich neuen Teilnehmern, die das Programm *Aktivpause* nicht kennen, würde vermutlich eindeutigere Ergebnisse hervorbringen. Auch in anderen, ähnlichen Studien wurde die Veränderung positiver Emotionen bislang vornehmlich deskriptiv nachgewiesen (z. B. Taylor et al., 2010). Nichts desto trotz wird dem Zusammenhang von positiven Emotionen und dem Sportverhalten in der aktuellen Exercise Adherence-Forschung eine hohe Bedeutung beigemessen und kritisiert, dass ebendiese bisher nur als Randthema behandelt wurden (Jekauc, Reimers et al., 2013; Jekauc, 2015). Auf die subjektive körperliche Leistungsfähigkeit hatte die Intervention keinen Einfluss, wobei es aufgrund des allgemein hohen Fitnessniveaus schwierig ist, Aussagen zu Studieneffekten oder etwaigen Abhängigkeiten zu treffen.

⁸⁰ Der negative Zusammenhang ergibt sich daraus, dass niedrige Werte für eine hohe Ausprägung positiver Emotionen stehen.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK⁸¹

11 Zusammenfassung und Diskussion

Ausgangspunkt dieser Arbeit bildete die Erkenntnis, dass ein Großteil der Bevölkerung trotz des Wissens um den gesundheitlichen Nutzen von Bewegung nicht ausreichend körperlich aktiv ist. Darüber hinaus gab das gesellschaftliche Problem langanhaltender sitzender Verhaltensweisen Anlass, über Bewegungskonzepte nachzudenken, die gut in den Alltag integrierbar sind und eine belastungsnahe Ausgleichsform zur körperlichen Inaktivität bieten. Hierfür wurde die Idee der *aufsuchenden Gesundheitsförderung* befürwortet und im Konkreten das Konzept der Bewegungspause am Arbeitsplatz als einen geeigneten Ansatz betrachtet. Als Kritik des bestehenden Bewegungspausenkonzepts *Aktivpause* am KIT wurde geäußert, dass dieses sich zwar einer großen Beliebtheit erfreut, eine regelmäßige körperliche Betätigung u. a. aufgrund von Unterbrechungen des Kurszeitraums in der vorlesungsfreien Zeit jedoch nur bedingt fördert (Schüler et al., 2015). Unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen des Hochschulkontextes bestand die Absicht der Arbeit darin, das bestehende Programm zu optimieren, um eine höhere Durchführungsquote von Bewegungspausen am Arbeitsplatz zu erlangen.

Laut der WHO (1986, S. 1) ist es das zentrale Ziel der Gesundheitsförderung, Menschen dazu zu befähigen, „(...) selbst Kontrolle über ihre Gesundheit auszuüben“. Diese Argumentation bekräftigte das Vorhaben, die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden zu fördern und sie in der eigenständigen Umsetzung von Bewegungsaktivitäten am Arbeitsplatz zu unterstützen, um dem Kontinuitätsproblem der *Aktivpause* zu begegnen. Ein weiterer Aspekt, der für dieses Vorgehen sprach, wurde in den fehlenden finanziellen und personellen Ressourcen gesehen, die einen höheren Umfang extern angeleiteter *Aktivpause* nicht zuließen. Vor diesem Hintergrund stand die Frage im Mittelpunkt, ob es durch die Teilnahme am Interventionsprogramm der *Aktivpause-Plus* gelingen kann, die eigenständige Durchführung von Bewegungspausen am Arbeitsplatz zu steigern. Konkret bestand die Intention darin, die Teilnehmer mit dem Einsatz volitionaler Maßnahme darin zu bekräftigen, dreimal wöchentlich für 15 Minuten Bewegungspausen am Arbeitsplatz auszuüben. Hierbei waren während der Kursphase zwei Einheiten und in der vorlesungsfreien Zeit alle Termine eigenständig, d. h. ohne Hilfe eines Übungsleiters, umzusetzen.

⁸¹ Teile dieses Kapitels entstammen dem Gedankengut der Arbeitsgruppe *Aktivpause-Plus* und werden in den von mir betreuten Qualifikationsarbeiten teilweise identisch bzw. in ähnlicher Form verwendet.

Zur Beantwortung der Fragestellung liegen bislang weder international noch national hinreichende Erkenntnisse vor. Der Forschungsstand zur Wirksamkeit von Bewegungskurzinterventionen am Arbeitsplatz ist bis dato als defizitär zu bezeichnen. Insgesamt mangelt es an randomisierten, kontrollierten Studien und längsschnittlichen Herangehensweisen. Es sind keine Studien bekannt, welche die Befähigung der Beschäftigten zur eigenständigen Umsetzung von Bewegungspausen im beruflichen Alltag intendieren. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, diese Forschungslücke zu schließen und erste Hinweise für die evidenzbasierte Gestaltung eines solchen Ansatzes zu liefern.

Zu diesem Zweck wurde in Anlehnung an den IMA (Bartholomew et al., 1998) das Kurzbewegungsprogramm *Aktivpause-Plus* entwickelt und im Rahmen einer 20-wöchigen Interventionsstudie empirisch überprüft. Die Entwicklung des Programms erfolgte unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse aus der Determinanten- und Verhaltensforschung. Als theoretische Grundlage fungierte das psychologisch orientierte MoVo-Konzept, das sich aus dem MoVo-Modell und der MoVo-Intervention zusammensetzt (Fuchs, 2007a). Das MoVo-Modell spezifiziert motivationale und volitionale Faktoren, die das Verhalten unmittelbar steuern. Mithilfe der MoVo-Intervention ist es zudem möglich, konkrete Techniken zur Verhaltensänderung abzuleiten. Für die konkrete Programmplanung und Erarbeitung der standardisierten Programmbausteine wurde u. a. auf die veröffentlichten Curricula der Interventionsstudie *MoVo-LISA* (Göhner & Fuchs, 2007) und Empfehlungen zur Gestaltung von Gesundheitssportprogrammen (Opper et al., 2006) zurückgegriffen. Der inhaltliche und strukturelle Aufbau wurde an das Kurskonzept der *Aktivpause* angelehnt. Entsprechend blieb die zehnwöchige Kursstruktur als Basis erhalten. In das bestehende Programm wurden außerdem volitionale Bausteine integriert. Dazu gehörten die Durchführung dreier Coaching-Sitzungen zur differenzierten Handlungsplanung und Strategieentwicklung, die Implementation eines Multiplikatoren-Systems, eine Kickstart-Phase sowie die Aushändigung unterstützender Begleitmaterialien (z. B. Materialkiste, Stundenverlaufspläne). Ein weiteres Merkmal bildete das wöchentliche Self-Monitoring.

Die erwarteten Wirkungen der *Aktivpause-Plus* wurden mithilfe von fünf Hypothesen operationalisiert. Diesen Annahmen entsprechend wurde davon ausgegangen, dass die Teilnahme am Interventionsprogramm zu einer höheren Durchführungshäufigkeit von *Aktivpausen* führt. Im Weiteren wurde postuliert, dass die Partizipation eine Steigerung in der Ausprägung motivationaler (z. B. Intention, Selbstwirksamkeit) und volitionaler (z. B. Handlungsplanung, perzipierte Barrieren) sowie weiterer ausgewählter Faktoren (z. B. soziale Unterstützung, programmbezogene Emotionen) bedingt. Eine weitere These bestand darin, dass ebendiese Variablen mit dem Durchführungsverhalten zusammenhängen.

Die Längsschnittstudie wurde im Sommersemester 2017 am KIT mit 23 Gruppen der *Aktivpause* für 20 Wochen durchgeführt und umfasste drei Messzeitpunkte (N=126). Es erfolgte eine randomisierte Zuteilung per Klumpenbildung in die beiden Interventionsgruppen *Multi-Plus* (IG1) und *Classic-Plus* (IG2). Die *Classic-Plus*-Gruppe erhielt neben der Kostenfreiheit und dem Baustein der Selbstbeobachtung keine weitere Unterstützung und wurde als Warte-Kontrollgruppe behandelt. Das Programm der *Multi-Plus*-Gruppe bestand aus den genannten volitionalen Maßnahmen. Abzüglich der Dropouts und Ausschlüsse aufgrund von Nicht-Erfüllen der Einschlusskriterien lagen Datensätze von N=103 Probanden vor, wobei 46.6 % (N=48) der *Multi-Plus*-Gruppe und 53.4 % (N=55) der *Classic-Plus*-Gruppe angehörten. Unter Annahme einer Compliance von 70 % und abzüglich der durchschnittlichen Fehltagelagen ergab sich ein Zielwert von mindestens 36 *Aktivpausen* innerhalb des 20-wöchigen Studienzeitraums als Kriterium einer erfolgreichen Studienteilnahme.

Die deskriptiven Analysen brachten hervor, dass die Randomisierung zu einer homogenen Verteilung der Probanden auf die beiden Untersuchungsgruppen führte. Ferner zeigten die deskriptiven Analysen erste Tendenzen hinsichtlich der Outcomes.

Mit Blick auf die erreichte Zielgruppe ist zunächst zu resümieren, dass sich unter den Teilnehmern überwiegend Vollzeitkräfte befinden, von denen Mitarbeiter aus den Bereichen Verwaltung/Personalprozesse sowie Lehre/Forschung die beiden größten Bereiche abbilden. Darüber hinaus zeigt sich ein deutlicher Überhang weiblicher Teilnehmer, wohingegen keine bestimmte Altersgruppe dominiert. Aus der Analyse biophysischer Merkmale resultiert, dass sich die Stichprobe insbesondere aus sportlich aktiven, fitten und gesunden Beschäftigten zusammensetzt. Allen Probanden ist wiederum eine hohe körperliche Inaktivitätsrate am Arbeitsplatz gemein. Die anvisierte Zielgruppe, nämlich Beschäftigte mit einer hohen Intention, ihr Aktivitätsverhalten am Arbeitsplatz zu steigern, wurde erreicht.

Als zentrales Studienergebnis geht hervor, dass die *Aktivpause-Plus* die Teilnehmer zielführend darin unterstützte, ihr Bewegungsverhalten am Arbeitsplatz zu steigern: Es ist zu beobachten, dass die Probanden im Interventionszeitraum gruppenunabhängig im Schnitt 1.2 *Aktivpausen* mehr pro Woche durchführten als zu Beginn. Auch für den Follow-Up Zeitraum resultiert ein deutlich über dem von T1 liegender Wert. Das bedeutet, dass die Probanden neun Monate nach Studienbeginn noch immer ein erhöhtes Bewegungsverhalten am Arbeitsplatz zeigten.

Aus der Responder bzw. Non-Responder Analyse ergibt sich im Weiteren, dass die Intervention bei 49.5 % aller Teilnehmer Erfolg zeigte. Dabei steht der Studienerfolg signifikant in Zusammenhang mit der Untersuchungsgruppe: Während 81.4 % der IG1 das Zielkriterium von insgesamt 36 *Aktivpausen* erlangten, waren dies bei der IG2 nur 22 %. Als weiteres beeinflussendes Merkmal wurde in diesem Zuge der Arbeitsbereich herausgestellt:

Mitarbeiter aus den Bereichen Verwaltung/Personalprozesse erreichten den Zielwert eher als jene aus der Lehre/Forschung. Die weiteren soziodemografischen respektive biophysischen Stichprobenmerkmale hatten wiederum keinen bedeutsamen Einfluss.

Zur Verifizierung der Untersuchungshypothesen erfolgte eine Überprüfung der Gruppen-, Zeit- und Interaktionseffekte anhand von Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVA). Die Annahme, dass sich IG1 im Studienzeitraum signifikant besser in ihrem Durchführungsverhalten von *Aktivpausen* entwickelt als IG2, wurde durch einen signifikanten Gruppen-, Zeit- als auch Interaktionseffekt bestätigt. IG1 veränderte sich außerdem signifikant positiver in der Ausprägung der Intention, Selbstwirksamkeit und Planungstiefe, wobei ebendiese Faktoren in Zusammenhang mit dem Zielverhalten stehen. Hohe korrelative Werte gingen insbesondere für Studienphase 2 hervor, sodass die genannten Variablen vor allem in der Eigenrealisationsphase einen Einfluss zu haben scheinen. Hinsichtlich der weiteren motivationalen und volitionalen Untersuchungsvariablen, z. B. der Selbstkonkordanz, den Konsequenzerfahrungen oder der Rückfallprävention, sind für Teilskalen positive Zusammenhänge zu verzeichnen. Bezugnehmend auf die inkludierten Determinanten der Verhaltensänderung lässt sich konstatieren, dass die Intervention diese nur in geringem Maße beeinflusste. Ein Interaktionseffekt geht lediglich für die wahrgenommene soziale Unterstützung hervor.

Es wird geschlussfolgert, dass sich durch die Intervention *Aktivpause-Plus* nicht nur das Verhalten substantiell beeinflussen ließ, sondern auch die zugrundeliegenden Kognitionen. Wenngleich der Fokus auf der Steuerung volitionaler Komponenten lag, wurden ebenso Verbesserungen in motivationalen Aspekten erzielt. Dies bestätigt, dass die Variablen unmittelbar miteinander zusammenhängen und Verhaltensänderung als komplexer Prozess aufzufassen ist.

Die Einordnung der Ergebnisse in den Kontext des aktuellen Forschungsstands ist nur begrenzt möglich, da keine vergleichbaren Studien existent sind. Ein Vergleich zu der in Kapitel 5.3.2 vorgestellten Interventionsstudie *MoVo-LISA* liegt nahe, wenngleich diese für ein abweichendes Setting konzipiert wurde und den alltagsintegrierten Aufbau eines körperlich-sportlichen Verhaltens nach einem stationären Reha-Aufenthalt intendierte. Dennoch ist eine Gegenüberstellung sinnvoll, da dem Programm ebenfalls das MoVo-Modell (Fuchs, 2007a) und die Erforschung von motivational-volitionalen Einflussfaktoren zugrunde liegen. Es ist zu deklarieren, dass aus beiden Studien vergleichbare Resultate hervorgehen. Eine Gemeinsamkeit stellt der deskriptive Verlauf des Aktivitätsverhaltens im Studienzeitraum dar. Überdies betonen beide Interventionen die Bedeutsamkeit der Variablen Selbstwirksamkeit, Intention und Planungstiefe. Für die weiteren motivational-volitionalen Faktoren liegen jeweils in den Detailanalysen Signifikanzen vor, außerdem zeigen sich deskriptiv hinsichtlich aller Variablen positive Effekte.

Stärken und Schwächen der Untersuchung

Als Stärke der vorliegenden Studie ist die hohe Akzeptanz und Zufriedenheit der Teilnehmer zu nennen. Die geringe Dropout-Rate und äußerst zufriedenstellende Rücklaufquoten bekräftigen diese Aussage. Es gelang, die Bedürfnisse der Zielgruppe und die Setting-spezifischen Herausforderungen konzeptionell zu berücksichtigen, wodurch eine hohe Passgenauigkeit gewährleistet wurde. Fuchs (2003) stellt die Bedeutsamkeit eines solchen Implementierungswissens für den Erfolg bzw. die Akzeptanz einer Intervention heraus.

Das Untersuchungsdesign der *Aktivpause-Plus* zeichnet sich durch eine hohe Reliabilität aus, was u. a. durch die Messwiederholungen bei der Datenerhebung und die Hinzunahme einer zweiten Interventionsgruppe gewährleistet wird. Die Verwendung einer Pseudonymisierung und die randomisierte Zuteilung der Gruppen zum Schutz vor Auswahlverzerrungen sind als weitere Vorteile zu äußern. Die Power-Analyse zur Berechnung des optimalen Stichprobenumfangs war indes eine wichtige Grundlage zur Festlegung der angestrebten Fallzahl. Neben den Untersuchungen zur Wirksamkeitsüberprüfung wurden umfangreiche Prozessevaluationen initiiert und die Programmkonzeption in detaillierter Weise dokumentiert. Damit gelang es, die in Kapitel 6.7 formulierten Kriterien zur Sicherung der In- und Outcome-Evidenz (Pahmeier & Tiemann, 2013) in allen Punkten zu gewährleisten.

Demgegenüber ist zu kritisieren, dass die Merkmale einer experimentellen Vorgehensweise nicht vollständig erfüllt wurden. Dies bezieht sich zum einen darauf, dass die Bildung einer „echten“ Kontrollgruppe nicht möglich war: Auch *Classic-Plus*-Teilnehmer erhielten die Teilnahme kostenlos und dokumentierten ihr Durchführungsverhalten mittels wöchentlicher Selbstbeobachtung. Diese Aspekte sind als Interventionsbausteine zu betrachten, waren jedoch für die Rekrutierung der Studienteilnehmer und die Datenerfassung unerlässliche Mittel. Darüber hinaus war eine vollständige Randomisierung impraktikabel, da die Beibehaltung der bestehenden Gruppenkonstellationen als unabdingbares Merkmal betrachtet wurde. Entsprechend erfolgte die Einteilung der Studienteilnehmer durch Klumpenbildung.

Ein weiterer Aspekt bezieht sich darauf, dass auf Basis der Studie nur bedingt Aussagen über die Gesundheitseffekte von Bewegungspausen möglich sind. Gerade für die Begründung respektive Rechtfertigung des Konzepts vor Entscheidungsträgern und Führungskräften wären solche Erkenntnisse jedoch von hoher Bedeutung. In der vorliegenden Intervention lag der Fokus auf der Integration volitionaler Bausteine in das bestehende Konzept. Ziel war es, eine Verhaltenswirkung bei denjenigen Personen zu erzeugen, die bereits eine hohe Absicht zur Aktivitätssteigerung aufweisen. Für die Ermittlung von Gesundheitseffekten wäre eine weitere Studie mit gänzlich neuen Teilnehmern und die Hinzunahme einer Kontrollgruppe empfehlenswert.

Hinsichtlich der Datenerhebung bewahrheiteten sich die erwarteten Vorzüge der Online-Erhebung: Die automatische Übertragung der Daten in die Statistiksoftware SPSS sowie die Reduktion des Aufwands für die Dateneingabe wurden als vorteilhaft empfunden. Die Rücklaufquote und Beteiligung an den Befragungen wurde dadurch nicht beeinträchtigt. Die Vorgehensweise ist entsprechend für zukünftige, ähnlich konzipierte Studien zu empfehlen.

Die Validität der Ergebnisse wurde durch die Verwendung statistisch getesteter Itembatterien weitgehend sichergestellt. Dennoch ist die Inhalts- und Konstruktvalidität einiger Merkmalsbereiche eingeschränkt. So ist insbesondere die Auswahl der Messinstrumente zur Erfassung der Sportaktivität, Fitness und des Gesundheitszustands als Limitation zu betrachten. Objektive Verfahren (z. B. Akzelerometer, Functional Movement Screen, Blutwerte) hätten eine genauere Erhebung und Interpretation der physischen Parameter ermöglicht (Gabrys et al., 2015; Müller et al., 2010). Dem Argument ist entgegenzubringen, dass die Studie weniger die Bewirkung gesundheitlicher Effekte, als vielmehr eine Verhaltensänderung intendierte. Aus ökonomischen Gründen wurde deshalb auf die Methode der schriftlichen Befragung zurückgegriffen und auf aufwendigere Erhebungsverfahren verzichtet. Hierbei wurde mit Blick auf die Vielzahl der erfassten Merkmalsbereiche Kurzfassungen der Skalen verwendet, obwohl diese eine geringere Validität aufweisen. Die Abfrage des komplexen Konstrukts Gesundheit anhand eines einzelnen Items ist bspw. als kritisch zu betrachten. Im Hinblick auf den Untersuchungsschwerpunkt sowie die Länge des Fragebogens erwies sich eine differenzierte Abfrage allerdings als zu umfangreich und impraktikabel.

Darüber hinaus ist die Analyse der Sportaktivität angesichts der inhaltlichen Gestaltung der BSA-Skala (Fuchs et al., 2015) begrenzt. Die Messgüte der Skala ist als sehr gut einzuschätzen. Allerdings ist zu bemängeln, dass zwar die Art der sportlichen Betätigung berücksichtigt wird, nicht jedoch die Intensität. Aus diesem Grund wurden die Daten vor der Analyse eigenhändig auf Sportarten mit grenzwertigem Aktivitätsniveau (z. B. Dart und Schach) untersucht.

Für die Auswertung des FFB-Mot von Bös et al. (2002) existiert eine Normwerttabelle, die eine Einstufung der im Fragebogen ermittelten Summenwerte in Prozentränge ermöglicht. Als positiv zu bewerten ist die Berücksichtigung von Alter und Geschlecht bei der Bewertung des Fitnesszustands. Ein Kritikpunkt besteht darin, dass für unter 30-jährige Personen keine zugehörigen Normwerte existieren und diese Altersgruppe somit nicht zuordenbar ist⁸².

Bei einigen Skalen waren Anpassungen für das Setting Arbeitsplatz und den Bereich der körperlichen Aktivität vorzunehmen. So liegen für die Erfassung der sportbezogenen Barrieren und des Barrierenmanagements zwar validierte Skalen vor (Krämer & Fuchs, 2010), allerdings beziehen sich diese auf den Freizeitbereich und den Kontext der Sportaktivität. Entsprechend

⁸² In der vorliegenden Untersuchung wurde die Personengruppe deshalb aus der Untersuchung ausgeschlossen.

wurden die Items auf Passgenauigkeit überprüft und wo nötig, zielgruppenspezifisch modifiziert (vgl. Kapitel 9.2.1).

Eine weitere Kritik ist für die Messung der Adhärenz zu äußern, welche mittels Selbstbeobachtung erfolgte. Da das zentrale Ziel der Studie war, eigenständig *Aktivpausen* auszuführen, war es nicht möglich, eine objektive Dokumentation mittels externer Personen (bspw. durch die Übungsleiter) vorzunehmen. Entsprechend sind Verzerrungen aufgrund von Über- und Unterschätzungen bzw. nicht wahrheitsgetreuen Angaben zu erwarten. Zur Sicherstellung der Reliabilität kam deshalb in den Hauptbefragungen ebenfalls eine Frage zur Bewertung des Durchführungsverhaltens zum Einsatz. Zwischen den beiden Erhebungsformen besteht eine hohe Korrelation, sodass der Fehlerwert als gering einzuschätzen ist.

Das Self-Monitoring diene zum einen als Erhebungsinstrument, zum anderen auch als Interventionsbaustein. Auf Basis des Teilnehmerfeedbacks ist diese Methode im Nachhinein als zu aufwendig anzusehen. Für die Überprüfung der Adhärenz war der Baustein von großer Bedeutung und deshalb notwendig. Gleichwohl ist dessen Einfluss nicht eindeutig nachzuweisen, da die Selbstbeobachtung lediglich ein Teil des Gesamtkonzepts bildete. Für die Wirksamkeit spricht, dass beide Interventionsgruppen ein gesteigertes Bewegungsverhalten zeigten, obwohl *Classic-Plus* mit Ausnahme der Kostenfreiheit keine zusätzlichen Maßnahmen erhielt. Darüber hinaus ist es denkbar, dass die wöchentliche Eingabe des Aktivitätsverhaltens per Web-Survey von den Teilnehmern als aufwendig bzw. lästig erachtet und der Baustein deshalb nicht als unterstützend wahrgenommen wurde. Hinzu kommt, dass die getätigten Eingaben im Nachhinein aus technischen Gründen nicht mehr einsehbar waren. Auf die Schlüsselstellung eines Self-Monitorings für die Verhaltensänderung weisen verschiedene Studienergebnisse hin (z. B. Anderson et al., 2010; Croezen et al., 2012). Bei zukünftigen Programmen ist die Komponente beizubehalten, jedoch durch eine alternative Form der Verhaltenskontrolle zu ersetzen. Eine in das Feature automatisch integrierte Übersicht mit der grafischen Darstellung des Verhaltens über die Zeit ist für zukünftige Projekte anzudenken.

Die Kickstart-Phase wurde als sehr hilfreich eingeschätzt. Allerdings brachte diese Vorgehensweise einen hohen Ressourceneinsatz mit sich und stellte organisatorisch eine Herausforderung dar. Eine große Schwierigkeit bestand darin, die Terminwünsche der Teilnehmer einzuhalten, wodurch für die Übungsleiter zeitliche Lücken und weite Wege entstanden. Es sind Überlegungen anzustellen, wie der Ablauf vereinfacht werden kann.

Mit Blick auf die Unterstützung des Zielverhaltens wurde das Coaching-Modul als vergleichsweise wenig relevant eingestuft. Dies ist vermutlich damit zu begründen, dass der direkte Bezug zum Aktivitätsverhalten unzureichend wahrgenommen wurde. Zur Stärkung der kognitiven Variablen wird der Baustein aus verhaltenstheoretischer Perspektive weiterhin empfohlen.

Wenngleich der große Vorteil der *Aktivpause-Plus* darin besteht, dass die einzelnen Programmbausteine in Kombination ihre Wirkung entfalten, ist als Nachteil die unzureichende Überprüfbarkeit einzelner Elemente zu äußern. Entsprechend ist eine Rangfolge und Bewertung der Maßnahmen zwar aus subjektiver Sicht der Teilnehmer möglich, experimentell jedoch nicht nachweisbar. Es bleibt unklar, in welchem Umfang und warum die einzelnen Bausteine bzw. deren Interaktion die Programmwirkung beeinflusste. Selbst eine Splittung in weitere Interventionsgruppen würde dieses Problem nur bedingt beheben, da in diesem Falle die Wirkung durch die fehlende Kombination der Bausteine eingeschränkt wäre (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 13).

Mit Blick auf die Ergebnisse und unter Berücksichtigung der formulierten Stärken und Schwächen lässt sich insgesamt resümieren, dass das Konzept *Aktivpause-Plus* dafür geeignet ist, Beschäftigte in der Steigerung von Bewegungspausen am Arbeitsplatz gezielt zu unterstützen.

12 Ausblick und Handlungsempfehlungen

In der vorliegenden Untersuchung stellten sich insbesondere die Intention, Selbstwirksamkeit, Handlungsplanung und die soziale Unterstützung als verhaltenswirksame Variablen heraus. Ebendiese Faktoren entwickelten sich bei IG1 positiver als bei IG2. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass das Programm *Aktivpause-Plus* die Ausprägung dieser Parameter beeinflusste. Während die erstgenannten Faktoren in aktuellen Modellen der Verhaltensänderung etabliert sind, besteht für die Variable der sozialen Unterstützung Handlungsbedarf. Pfeffer (2010a, S. 272) rät unter Bezug zum Forschungsstand dazu, die Determinante zukünftig in Erklärungsmodelle des Gesundheitsverhaltens zu integrieren und dadurch einen Bezug zu weiteren Variablen zu ermöglichen. In der *MoVo-Work* Studie (Krebs et al., 2015) wurde die soziale Unterstützung erstmals als spezifische Wirkgröße eines betrieblichen Bewegungsprogramms für die Steigerung der Sportaktivität empirisch nachgewiesen. Die vorliegende Studie schließt sich den obigen Empfehlungen an und bekräftigt die Integration der sozialen Unterstützung in Verhaltensänderungsmodelle. Für die Variable der positiven Emotionen wird diese Befürwortung aufgrund der vorliegenden Ergebnisse nicht geteilt.

Die Kenntnis der beeinflussenden Faktoren führt zu einem tiefgehenden Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen einer Verhaltensänderung. Dies ermöglicht, gezielte Empfehlungen für die Gestaltung bzw. Weiterentwicklung der *Aktivpause-Plus* abzuleiten. Für den komplexen Prozess der Verhaltensänderung ist nicht nur die Identifikation relevanter Parameter ausschlaggebend, sondern auch, wie diese miteinander in Verbindung stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Eine analytische Vorgehensweise, welche dieser Forderung nachkommt, stellt die multiple lineare Regression dar⁸³. Die Entwicklung eines Strukturgleichungsmodells ist auf Basis der erarbeiteten Ergebnisse für zukünftige Untersuchungen zu empfehlen.

Darüber hinaus wird nahegelegt, bei weiteren Analysen die sozial-ökologische Perspektive stärker zu berücksichtigen. Damit ist es möglich, das Gesundheitsverhalten aus einer umfassenderen Sicht zu ergründen und weitere Faktoren der Verhaltensänderung zu einzubeziehen.

Hinsichtlich der Konzeptgestaltung der *Aktivpause-Plus* sind folgende Modifikationen zu begrüßen: Das wöchentliche Self-Monitoring per Online-Tool ist durch eine attraktivere Form der Verhaltenskontrolle zu substituieren. Anbieten würden sich Maßnahmen, die im Alltag einfach umzusetzen sind, z. B. Erinnerungsfunktionen im Kalender, Punktesysteme als Belohnung oder Teilnahmelisten im Büro. Überdies könnte eine manuelle Erfassung, z. B. über Papier oder Whiteboard, auf dem sich die gesamte Gruppe einträgt, für höhere Effekte sorgen. Auch moderne Apps mit Durchführungsstatistiken sind denkbare Möglichkeiten.

⁸³ Dieses Verfahren bezweckt die Erklärung eines beobachteten Zusammenhangs für die abhängige Variable auf der Grundlage der Beziehungen zwischen mehreren unabhängigen Variablen (Storm, 2007).

Ebenso ist für das Setting Hochschule eine einfachere Form der Gewohnheitsbildung in Erwägung zu ziehen, bspw. könnte für jede Gruppe eine Hospitation mit anschließendem Feedbackgespräch initiiert werden. Für die Coaching-Sitzungen ist eine noch stärkere Fokussierung auf die Aspekte Intention, Selbstwirksamkeit, Handlungsplanung und die Entwicklung von Gegenstrategien anzustreben, da ebendiese sich als relevant für die Aktivitätssteigerung erwiesen. Außerdem empfiehlt es sich mit Blick auf die soziale Unterstützung, gruppendynamischen Prozessen mehr Raum zu geben und bspw. anzustreben, 100 *Aktivpausen* in vier Wochen als Gesamtgruppe zu erreichen. Für die weiteren Bausteine wie das Multiplikatoren-System und die Begleitmaterialien wird auf Basis der Untersuchungsergebnisse geraten, diese in der konzipierten Form beizubehalten.

Die wichtige Funktion des Übungsleiters für die Aufrechterhaltung körperlich-sportlicher Aktivität wurde in Kapitel 5.1 diskutiert. Dessen Bedeutung sollte daher auch in künftigen Programmen berücksichtigt werden: Entsprechende Übungsleiter sind mit Bedacht auszuwählen und in etwaigen Ausbildungen umfassend auszubilden.

Es ist zu äußern, dass eine nachhaltige Verhaltensänderung sich nicht durch kurzfristige oder punktuelle Maßnahmen erzielen lässt, sondern eine fortwährende Unterstützung erfordert. Zukünftige Bemühungen sind darauf zu richten, die Gruppen vor allem während der eigenständigen Durchführungsphasen noch effizienter zu begleiten. In diesem Zusammenhang wird die Notwendigkeit von *Booster-Maßnahmen* in der Forschung betont (z. B. Stark & Fuchs, 2012). Um passende Maßnahmen entwickeln zu können, spielt der kontinuierliche Austausch mit den Gruppen respektive Multiplikatoren eine wichtige Rolle.

Mit Blick auf die Komplexität der Verhaltensänderung ist zu äußern, dass keine Interventionsform alle Personen gleichermaßen anspricht. Zur Optimierung des Programms ist deshalb eine noch individuellere Anpassung ratsam. Die Studie von Lara et al. (2008) zeigte mit einem Anteil von 63.8 % körperlich inaktiver Teilnehmer, dass Bewegungskurzinterventionen grundsätzlich dazu geeignet sind, diese Zielgruppe zu erreichen. Die Autoren betonen die Notwendigkeit der Unterstützung durch die Leitungsebene. Für die Motivierung körperlich inaktiver bzw. unfitter Personengruppen sind die Anerkennung der *Aktivpause* als Arbeitszeit sowie die Unterstützung durch die Leitungsebene als bedeutsame Faktoren anzunehmen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, die Führungsetage für die Thematik zu sensibilisieren und deren Rückhalt zu forcieren. Führungskräfte-seminare könnten hierbei unterstützen (Altenhöner, Köhler, Philippi & Alaze, 2014).

Als Zielgruppe für die *Aktivpause-Plus* wurden Beschäftigte definiert, die bereits am regulären Programm der *Aktivpause* partizipieren und eine hohe Motivation aufweisen, ihr Bewegungsverhalten zu steigern. Um einen höheren Anteil bisher inaktiver Personengruppen zu gewinnen, bietet es sich an, in zwei Stufen vorzugehen:

Zunächst sind Bemühungen anzustellen, mithilfe derer inaktive Beschäftigten motiviert und sensibilisiert werden, sich am Arbeitsplatz zu bewegen. Hierbei erweisen sich in Anlehnung an Schmid et al. (2013) individualisierte Bewegungsberatungen als sinnvoll. Ziel eines derartigen Beratungsprozesses könnte es sein, inaktive Beschäftigte zur Teilnahme am regulären Programm der *Aktivpause* zu bestärken. Darauf aufbauend ist mit Blick auf den Prozess der Verhaltensänderung die Unterstützung zur eigenständigen Umsetzung von Bewegungspausen zu forcieren.

Zur gezielten Ansprache von Männern und Beschäftigten des technischen Diensts bieten sich Initiativen zur Informationsaufklärung und Sensibilisierung an. Zur explorativen Wissenserweiterung eignen sich im Rahmen der *Aktivpause-Plus* zunächst qualitative Herangehensweisen. Eine Grundlage schafft außerdem das Review von Wong, Gilson, van Uffelen und Brown (2012), das Studienergebnisse von BGF-Maßnahmen vergleicht, die speziell auf Männer ausgerichtet sind.

Erfreulich ist, dass die Rekrutierung wissenschaftlicher Beschäftigter gelang, obwohl sich der Personenkreis als insgesamt schwer erreichbar für BGF-Maßnahmen erweist (Gerdes, 2007). Zu hinterfragen ist, wie diese Zielgruppe noch spezifischer in der eigenständigen Umsetzung des Programms begleitet werden kann.

Insgesamt bleibt die Frage offen, ob die erzielte Verhaltensänderung auch Auswirkungen auf das allgemeine Bewegungsverhalten am Arbeitsplatz mit sich bringt, bspw., dass mehr Treppen benutzt oder aktive Transportformen gewählt werden. Auch eine Einflussnahme auf weitere Lebensbereiche ist denkbar. Eine weitergehende Untersuchung könnte sich entsprechend mit den Auswirkungen des beruflichen Bewegungsverhaltens auf die Freizeitaktivität beschäftigen. Interessant wäre auch die Frage, ob das allgemeine Gesundheitsbewusstsein der Probanden positiv beeinflusst wurde und ob sich die erfolgreiche Umsetzung von Zielintentionen auch in anderen Verhaltensbereichen (z. B. Ernährung, Raucherentwöhnung) zeigt.

Es wird resümiert, dass die *Aktivpause-Plus* die intendierte Wirkung erreichte. Als Erweiterung zu regulären Bewegungspausenkonzepten zeichnet sich das Programm durch positive Effekte hinsichtlich der Aktivitätssteigerung am Arbeitsplatz aus. Besonderheiten ergeben sich dadurch, dass neben der Verhaltens- auch die Verhältnisebene ein integraler Bestandteil ist. Darüber hinaus findet mithilfe von Gruppencoachings eine Form der Bewegungsberatung statt, welche nach Rütten und Pfeifer (2016) als evidenzbasierte Maßnahme der BGF empfohlen wird. Wichtig ist es, die *Aktivpause-Plus* als Maßnahme in ein Gesamtkonzept zu integrieren, um eine hohe Erfolgsquote und Effektivität der BGF zu erreichen.

Zugunsten einer höheren Nachhaltigkeit für bestehende Bewegungspausenkonzepte bietet es sich an, das Programm auch auf weitere Hochschulen auszuweiten. Über dies gilt es Überlegungen anzustellen, wie die Zielgruppe der Studierenden für ebensolche Angebote zu motivieren ist. Da diese weder Büroarbeitsplätze noch feste Anwesenheitstage aufweisen, ist das entwickelte Konzept nicht ohne weiteres übertragbar. Die Integration von Bewegungspausen als fester Bestandteil von Vorlesungen und Seminaren ist eine Idee, die es zu spezifizieren gilt.

Eine Etablierung auch in weiteren Organisationen wird befürwortet, um bei einem vergleichsweise geringen Ressourceneinsatz einen hohen Erfolg in der Bewegungsförderung zu erreichen. Zur Ausweitung des Konzepts bieten die standardisierten Curricula eine gute Ausgangsbasis, wobei Setting-spezifische Anpassungen vorzunehmen sind. Zukünftige Bemühungen sind unterdessen darauf zu richten, eine Zertifizierung nach §20 des PräVG zu erhalten. Dadurch könnte eine noch höhere Attraktivität für Anbieter und Konsumenten geschaffen werden.

Insgesamt betrachtet gelang es unter Berücksichtigung der erwähnten Kritik, die eingangs formulierten Zielstellungen zu erfüllen. Der Gewinn der vorliegenden Arbeit liegt neben der theorie- und wissensbasierten Konzeption und Implementation des Programms *Aktivpause-Plus* darin, mit den gewonnenen Erkenntnissen einen Beitrag zum vielschichtigen und komplexen Prozess der Verhaltensänderung bzw. der Aktivitätssteigerung am Arbeitsplatz geschaffen zu haben.

13 Literaturverzeichnis

- Abu-Omar, K., Gelius, P. & Rutten, A. (2012). Prävalenz der körperlichen (In-)Aktivität als Basis für eine setting- und zielgruppenspezifische Bewegungsförderung. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 23-26). Bern: Huber.
- Abu-Omar, K. & Rütten, A. (2012). Körperliche Aktivität und Public Health. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55 (1), 66-72.
- Abu-Omar, K. & Rütten, A. (2006). Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Zur Evidenzbasierung von Bewegung in der Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49 (11), 1162-1168.
- Achtziger, A. & Gollwitzer, P. M. (2010). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (S. 309-335). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Adams, J. & White, M. (2003). Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 37 (2), 106-114.
- Ahlers, E. & Trautwein-Kalms, G. (2004). Arbeitsbedingungen: Hohe Leistung braucht Erholzeit. *WSI MITTEILUNGEN*, 57 (8), 458-460.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-209.
- Alkhajah, T. A., Reeves, M. M., Eakin, E. G., Winkler, E. A., Owen, N. & Healy, G. N. (2012). Sit-stand workstations: a pilot intervention to reduce office sitting time. *American journal of preventive medicine*, 43 (3), 298-303.
- Allmer, H. (2004). Erholungsdefizit. In G. Steffgen (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung. Problembezogene psychologische Interventionen* (S. 199-222). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford und Prag: Hogrefe.
- Altenhöner, T., Köhler, M., Philippi, M. & Alaze, F. (2014). Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9 (1), 3-9.
- Anderson, E. S., Winett, R. A., Wojcik, J. R. & Williams, D. M. (2010). Social-cognitive mediators of change in a group randomized nutrition and physical activity intervention: social support, self-efficacy, outcome expectations and selfregulation in the guide-to-health trial. *Journal of health psychology*, 15 (1), 21-32.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass-Publishers.
- Ayotte, B. J., Margrett, J. A. & Hicks-Patrick, J. (2010). Physical activity in middle-aged and young-old adults: the roles of self-efficacy, barriers, outcome expectancies, self-regulatory behaviors and social support. *Journal of health psychology*, 15 (2), 173-185.
- Baaken, A. & Fuchs, R. (2012). Erklärungsmodelle der Sportteilnahme und ihre Implikationen für effektive Interventionsmaßnahmen. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 79-94). Bern: Huber.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (2015). *Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: Bohn.
- Balci, R. & Aghazadeh, F. (2003). The effect of work-rest schedules and type of task on the discomfort and performance of VDT users. *Ergonomics*, 46 (5), 455-465.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Greiner, B. (2004). Betriebliche Gesundheitsförderung: Theorie und Praxis, Anspruch und Realität. In G. Steffgen (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung. Problembezogene psychologische Interventionen* (S. 11-36). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford und Prag: Hogrefe.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13 (4), 623-649.
- Bandura, A. (2000). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. In C. Norman, C. Abraham & M. Conner (Hrsg.), *Understanding and Changing Health Behavior. From Health Beliefs to Self-Regulation* (S. 623-649). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31 (2), 143-164.
- Banscherus, U., Dörre, K., Neis, M. & Wolter, A. (2009). *Arbeitsplatz Hochschule*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Banzer, W. & Füzéki, E. (2012). Körperliche Inaktivität, Alltagsaktivitäten und Gesundheit. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 13-17). Bern: Huber.
- Baranowski, T., Anderson, C. & Carmack, C. (1998). Mediating variable framework in physical activity interventions. *American journal of preventive medicine*, 15 (4), 266-297.
- Barr-Anderson, D. J., AuYoung, M., Whitt-Glover, M. C., Glenn, B. A. & Yancey, A. K. (2011). Integration of short bouts of physical activity into organizational routine: A systematic review of the literature. *American journal of preventive medicine*, 40 (1), 76-93.
- Bartholomew, L. (2006). *Planning health promotion programs. An intervention mapping approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S. & Kok, G. (1998). Intervention Mapping: A Process for Developing Theory- and Evidence-Based Health Education Programs. *Health Education & Behavior*, 25 (5), 545-563.
- BAuA (Hrsg.). (2004). *Ratgeber zur Ermittlung gefährdungsbezogener Arbeitsschutzmaßnahmen im Betrieb*. Dortmund, Berlin.
- BAuA (Hrsg.). (2013). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011 - Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Dortmund, Berlin, Dresden.
- Baumann, R., Garrel, J. & Ulber, M. (2018). Prävention in einer digitalisierten Arbeitswelt. In SRH Fernhochschule (Hrsg.), *Demografischer Wandel. Aufbruch in eine altersgerechte Arbeitswelt* (S. 13-31). Wiesbaden: Springer.

- Baur, N. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health education monographs*, 2 (4), 324-473.
- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 91-107). Köln: GwG Verlag.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (2006). Gesundheit und Gesundheitsmodelle. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (2. Auflage, S. 31-41). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Becker, S. (2011). *Der Einfluss der Gesundheitszufriedenheit auf die Sportaktivität. Eine empirische Längsschnittanalyse mit den Daten des sozio-ökonomischen Panels*. Berlin: German Socio-Economic Panel Study.
- Becker, P., Bös, K. & Woll, A. (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2 (1), 25-48.
- Beier, K., Eckert, K. & Wagner, P. (2010). Qualität durch Qualifikation und Kooperation – Ansätze für die BGF in KMU. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 26 (5), 241-243.
- Belschner, W., Hellmann, A. & Gräser, S. (2002). *Arbeitsplatz Universität: Die Oldenburger Studie zum Gesundheitsmanagement*. Universität Oldenburg: BIS Verlag.
- Berninger-Schäfer, E. (2011). *Orientierung im Coaching*. Stuttgart: Richard Boorberg Verlag.
- BIBB/BAuA-2012. (2014). *Factsheet 04 Arbeiten ohne Unterlass? Ein Plädoyer für die Pause*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Biddle, S. J. & Stuart, J. H. (2011). Fit or sit? Is there a psychology of sedentary behaviour? *Sport & Exercise Psychology Review*, 7 (2), 5-10.
- Biddle, S. J. & Mutrie, N. (2007). *Psychology of physical activity. Determinants, well-being and interventions*. London: Routledge.
- Biddle, S. J. & Nigg, C. R. (2000). Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*, 31 (2), 290-304.
- BildschArbV. *Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit an Bildschirmgeräten. Bildschirmarbeitsverordnung - BildscharbV*, BildschArbV. Letzter Zugriff am 15.07.2018 unter <https://www.juris.de>.
- Bittmann, F. & Badtke, G. (2006). Rückenprobleme, Haltung und Aktivität. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (2. Auflage, S. 392-415). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Blasius, J. (Hrsg.). (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer.
- Bödeker, W. (2017). Lohnt sich Betriebliche Gesundheitsförderung? Ökonomische Indikatoren und Effizienzanalysen. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Auflage, S. 263-270). Bern: Hogrefe-Verlag.

- Bös, K., Brehm, W. & Gröben, F. (2004). Sportliche Aktivierung. In G. Steffgen (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung. Problembezogene psychologische Interventionen* (S. 171-198). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford und Prag: Hogrefe.
- Bös, K., Abel, T., Woll, A., Niemann, S., Tittlbach, S. & Schott, N. (2002). Der Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus (FFB-Mot). *Diagnostica, 48* (2), 101-111.
- Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Gesundheitssport* (2. Auflage). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Bouchard, C., Blair, S. N. & Haskell, W. L. (Hrsg.). (2007). *Physical Activity and Health: Human Kinetics Publishers*.
- Brandes, M. (2012). Körperliche Aktivität oder Fitness. Was ist wichtiger für die Gesundheit? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 55* (1), 96-101.
- Bräunig, D., Haupt, J., Kohstall, T., Kramer, I., Pieper, C. & Schröer, S. *iga.Report 28. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention*. Letzter Zugriff am 15.07.2018 unter http://www.igainfo.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf.
- Brecht, S. & Schmucker, H. (2013). Employer Branding im Mittelstand. In H. Künzel (Hrsg.), *Erfolgsfaktor Employer Branding* (S. 201-215). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Brehm, W. (2006). Stimmungs- und Stimmungsmanagement. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (2. Auflage, S. 321-333). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Brehm, W. & Bös, K. (2006). Gesundheitssport: Ein zentrales Element der Prävention und der Gesundheitsförderung. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (2. Auflage, S. 9-28). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Brehm, W., Bös, K., Graf, C. H., Hartmann, H., Pahmeier, I., Pfeifer, K., Rutten, A., Sygusch, R., Tiemann, M. et al. (2013). Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung. Eine Expertise. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56* (10), 1385-1389.
- Brehm, W. & Rütten, A. (2004). Chancen, Wirksamkeit und Qualität im Gesundheitssport - Wo steht die Wissenschaft. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 20* (3), 90-96.
- Brehm, W. & Bös, K. (2003). Kernziele als Qualitätskriterien von Gesundheitssport. *Public Health Forum, 11* (4), 11-12.
- Breuer, C., Hallmann, K. & Wicker, P. (2011). Determinants of sport participation in different sports. *Managing Leisure, 16* (4), 269-286.
- Buckley, J. P., Hedge, A., Yates, T., Copeland, R. J., Loosemore, M., Hamer, M., Bradley, G. & Dunstan, D. W. (2015). The sedentary office. An expert statement on the growing case for change towards better health and productivity. *British Journal of Sports Medicine, 49* (21), 1357-1362.
- Bucksch, J. & Schlicht, W. (2014). Sitzende Lebensweise als ein gesundheitlich riskantes Verhalten. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 65* (1), 15-21.
- Bucksch, J. & Wallmann-Sperlich, B. (2016). Aufstehen, Hingehen, Treppensteigen – die gesundheitliche Relevanz von Alltagsaktivitäten. *Public Health Forum, 24* (2), 73-75.
- Buckworth, J. & Dishman, R. K. (2002). *Exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.

- Bühner, M. & Ziegler, M. (2012). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson.
- Busch, C., Lück, P. & Ducki, A. (2010). ReSuM: Stress- und Ressourcenmanagement für Geringqualifizierte. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 205-214). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, *100* (2), 126.
- Chapman, L. S. (2012). Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2012 Update. *American Journal of Health Promotion*, *26* (4), 1-12.
- Chau, J. Y., Daley, M., Dunn, S., Srinivasan, A., Do, A., Bauman, A. E. & van der Ploeg, H. P. (2014). The effectiveness of sit-stand workstations for changing office workers' sitting time: results from the Stand@Work randomized controlled trial pilot. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, *11*, 127.
- Cho, A. & Leonhart, R. (2013). Lösungsansätze für das Problem fehlender Werte: Mechanismen erkennen und adäquat behandeln. *Die Rehabilitation*, *52* (4), 273-279.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Auflage). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Commissaris, D. A., Huysmans, M. A., Mathiassen, S. E., Srinivasan, D., Koppes, L. L. & Hendriksen, I. J. (2016). Interventions to reduce sedentary behavior and increase physical activity during productive work: a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *42* (3), 181-191.
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S., Brown, L. M. & Lusk, S. L. (2009). Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *American journal of preventive medicine*, *37* (4), 330-339.
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R. & Mehr, D. R. (2011). Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes. *American Journal of Public Health*, *101* (4), 751-758.
- Crawford, P. B., Gosliner, W., Strode, P. & Samuels, S. E. (2004). Walking the Talk: Fit WIC Wellness programs Improve Self-Efficacy in Pediatric Obesity Prevention Counseling. *American Journal of Public Health*, *94* (9), 1480-1485.
- Croezen, S., Picavet, H. S., Haveman-Nies, A., Verschuren, W. M., Groot, Lisette C. P. G. M. & van't Veer, P. (2012). Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study. *BMC public health*, *12* (1), 65.
- Cusumano, V. & Mockenhaupt, J. (2016). Gesunde Hochschule: Neue Impulse durch forschendes Lernen. In A. Ghadiri, A. Ternès & T. Peters (Hrsg.), *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Ansätze aus Forschung und Praxis* (1. Auflage, S. 94-104). Wiesbaden: Springer.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, *39* (2), 223-238.

- Deurer, Y. (2018). *Bewegungsförderung am Arbeitsplatz am Beispiel der Aktivpause-Plus. Eine empirische Untersuchung zu ausgewählten Determinanten der Verhaltensänderung*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Karlsruher Institut für Technologie.
- Dishman, R. K., Motl, R. W., Saunders, R., Felton, G., Ward, D. S., Dowda, M. & Pate, R. R. (2004). Self-efficacy partially mediates the effect of a school-based physical-activity intervention among adolescent girls. *Preventive medicine, 38* (5), 628-636.
- Dishman, R. K. & Sallis, J. F. (1994). Determinants and interventions for physical activity and exercise. In C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Hrsg.), *Physical activity Fitness, and health* (S. 214-238). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Dömling, P., Heinze, R. & Daumann, F. (2016). Wirkungen des Betriebssports - ein systematischer Review. *Sport und Management, 3*, 1-22.
- Donabedian, A. (1996). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly, 44* (3), 166-206.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dugdill, L., Brettell, A., Hulme, C., McCluskey, S. & Long, A. F. (2008). Workplace physical activity interventions. A systematic review. *International Journal of Workplace Health Management, 1* (1), 20-40.
- Dunstan, D. W., Kingwell, B. A., Larsen, R., Healy, G. N., Cerin, E., Hamilton, M. T., Shaw, J. E., Bertovic, D. A., Zimmet, P. Z. et al. (2012). Breaking up prolonged sitting reduces postprandial glucose and insulin responses. *Diabetes Care, 35* (5), 976-983.
- Duttler, G. (2014). Zur Bedeutung der (Sport)Freude im Kontext gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität. In S. Becker (Hrsg.), *Aktiv und Gesund?* (S. 127-152). Wiesbaden: Springer.
- Eder, B.-C. & Wendsche, J. (2014). Evaluierung der psychischen und physischen Ent-Lastung. *Sichere Arbeit, 6*, 22-28.
- Edmondson, A. C., Bohmer, R. M. & Pisano, G. P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly, 46* (4), 685-716.
- EFQM. *Das EFQM Excellence Modell*. Letzter Zugriff am 17.10.2018 unter <http://www.efqm.de/>.
- Ehreiser, E. (2017). *Aufsuchende Gesundheitsförderung am Beispiel der Intervention Aktivpause-Plus. Konzeption und empirische Untersuchung eines Gruppencoachings als Baustein zur nachhaltigen Bewegungssteigerung am Arbeitsplatz*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Karlsruher Institut für Technologie.
- Eifler, S. (2014). Experiment. In J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 195-209). Wiesbaden: Springer.
- Elke, G., Gurt, J., Möltner, H. & Externbrink, K. (2015). *Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung - vergleichende Analyse der Prädiktoren und Moderatoren guter Praxis*. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Engelmann, F. & Halkow, A. (2008). *Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung*. WZB Discussion Paper.

- Estabrooks, P. A., Munroe, K. J., Fox, E. H., Gyurscisk, N. C., Hill, J. L., Lyon, R., Rosenkranz, S. & Shannon, V. R. (2004). Leadership in physical activity groups for older adults: A qualitative analysis. *Journal of Aging & Physical Activity*, 3 (12), 232-245.
- Europäische Kommission. (2006). *Health and food. Special Eurobarometer 246*. Brüssel: TNS Opinion and Social.
- Faller, G. (2006a). Gesundheit und Arbeit aus Sicht der verschiedenen Statusgruppen an Hochschulen. In P. Faller & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis* (S. 34-57). Berlin: Edition sigma.
- Faller, G. (2006b). Hochschulgesundheit als Projekt: Strategien der Kompetenzbildung und Organisationsentwicklung. In P. Faller & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis* (S. 57-80). Berlin: Edition sigma.
- Faller, G. (2007). Qualitätskriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule. In A. Krämer, U. Sonntag, B. Steinke, S. Meier & C. Hildebrand (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule* (S. 123-141). Weinheim und München: Juventa-Verlag.
- Faller, G. (2017a). Gesund lernen, lehren und forschen: Gesundheitsförderung an Hochschulen. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Auflage, S. 391-402). Bern: Hogrefe-Verlag.
- Faller, G. (Hrsg.). (2017b). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Auflage). Bern: Hogrefe-Verlag.
- Faller, G. (2017c). Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Auflage, S. 25-38). Bern: Hogrefe-Verlag.
- Faller, G. & Schnabel, P.-E. (Hrsg.). (2006). *Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: Sigma.
- Finger, J. D., Mensink, G. B., Lange, C. & Manz, K. (2017). Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (2), 37-44.
- Fishbein, M. (2008). A reasoned action approach to health promotion. *Medical Decision Making*, 28 (6), 834-844.
- Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S. & Rogers, R. W. (2000). A Meta-Analysis of Research on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30 (2), 407-429.
- Foster, C. & Baker, P. (2012). Bewegungsförderung – Evidenzen und Perspektiven. In G. Geuter & A. Holleederer (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 31-33). Bern: Huber.
- Franzen, A. (2014). Antwortskalen in standardisierten Befragungen. In J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 701-712). Wiesbaden: Springer.
- Frasch, J. (2015). Allgemeiner Deutscher Hochschulsport. Jahresbericht. *Magazin Hochschulsport*.
- Freak-Poli, R., Wolfe, R., Brand, M., Courten, M. & Peeters, A. (2013). Eight-month postprogram completion: change in risk factors for chronic disease amongst participants in a 4-month pedometer-based workplace health program. *Obesity*, 21 (9), E360-E368.

- Fuchs, R. (1994). Konsequenzerwartungen als Determinante des Sport- und Bewegungsverhaltens. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2 (4), 269-291.
- Fuchs, R. (1997). *Psychologie und körperliche Bewegung. Grundlagen für theoriegeleitete Interventionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2001). Entwicklungsstadien zum Sporttreiben. *Sportwissenschaft*, 31 (3), 255-281.
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2006). Verhaltensänderungsmodelle und Konsequenzen für Interventionen zur sportlichen Aktivierung. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (2. Auflage, S. 211-221). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Fuchs, R. (2007a). Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 317-325). Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2007b). Körperliche Aktivität und die Macht der Gewohnheit. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 3-22). Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2008). *Endbericht zum Forschungsvorhaben - Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils im Kontext der medizinischen Rehabilitation: ein motivational-volitionales Interventionskonzept. MoVo-LISA-Projekt*. Freiburg: Universität Freiburg.
- Fuchs, R. (2013a). *Sportbezogene Konsequenzerfahrungen: Das Konstrukt und seine Messung*. Freiburg: Universität Freiburg.
- Fuchs, R. (2013b). Das Motivations-Volitions-Konzept. *Public Health Forum*, 21 (2), 32-34.
- Fuchs, R., Göhner, W., Mahler, C., Fleitz, A. & Seelig, H. (2009). Theoriegeleitete Lebensstiländerung. In J. Nicolai (Hrsg.), *Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht* (1. Auflage, S. 105-116). Kenzingen: Centaurus-Verlag.
- Fuchs, R., Göhner, W. & Seelig, H. (2011). Long-term effects of a psychological group intervention on physical exercise and health: The MoVo concept. *Journal of Physical Activity and Health*, 8 (6), 794-803.
- Fuchs, R., Göhner, W., Seelig, H., Fleitz, A., Mahler, C. & Schittich, I. (2010). Lebensstil-integrierte sportliche Aktivität: Ergebnisse der MoVo-LISA Interventionsstudie. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 26 (6), 270-276.
- Fuchs, R., Lippke, S. & Knäuper, B. (2000). Motivierungsstrategien bei Übungsleitern im Freizeit- und Gesundheitssport: Eine clusteranalytische Typologisierung. *Psychologie und Sport*, 7 (2), 67-81.
- Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M. & Seelig, H. (2015). Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23 (2), 60-76.
- Fuchs, R., Seelig, H., Göhner, W., Burton, N. W. & Brown, W. J. (2012). Cognitive mediation of intervention effects on physical exercise: causal models for the adoption and maintenance stage. *Psychology & Health*, 27 (12), 1480-1499.
- Fuchs, R., Seelig, H. & Kilian, D. (2005). Selbstkonkordanz und Sportteilnahme. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (3), 126-138.

- Fuchs, J. & Zika, G. (2010). *Arbeitsmarktbilanz bis 2025: Demografie gibt die Richtung vor*. (IAB-Kurzbericht Nr. 12). Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Fuchshuber, A. (2009). *Der Einfluss von Coaching auf die Sportaktivität. Konzeption, Vermittlung und Evaluation eines Coachings zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation*. Bamberg: University of Bamberg Press.
- Gabrys, L., Thiel, C., Tallner, A., Wilms, B., Müller, C., Kahlert, D., Jekauc, D., Frick, F., Schulz, H. et al. (2015). Akzelerometrie zur Erfassung körperlicher Aktivität. *Sportwissenschaft*, 45 (1), 1-9.
- Galinsky, T., Swanson, N., Sauter, S., Dunkin, R., Hurrell, J. & Schleifer, L. (2007). Supplementary breaks and stretching exercises for data entry operators: a follow-up field study. *American journal of industrial medicine*, 50 (7), 519-527.
- Garlichs, D. (2013). Das neue Präventionsgesetz der Bundesregierung. „Quantensprung“ oder Wahlkampfretorik? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8 (3), 200-203.
- Gerber, M., Fuchs, R. & Pühse, U. (2013). Selbstkontrollstrategien bei hohem wahrgenommenem Stress und hohen Bewegungsbarrieren. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 20 (3), 107-116.
- Gerdes, M. (2007). *Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung an Hochschulen*. München und Ravensburg: GRIN Verlag.
- Gerdes, M. (2015). Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung an Hochschulen. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen* (S. 195-207). Göttingen: Universitätsdrucke.
- Geuter, G. (2011). *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis* (Bd. 12). Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Gilson, N. D., Burton, N. W., van Uffelen, J. G. Z. & Brown, W. J. (2011). Occupational sitting time: employees' perceptions of health risks and intervention strategies. *Health promotion journal of Australia*, 22 (1), 38-43.
- GKV-Spitzenverband. (2014). *Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB*. Berlin.
- Göhner, W. & Eid, M. (2001). Selbstständiges Training in der Physiotherapie: Anwendung eines sportpsychologischen Motivationsmodells zur Vorhersage physiotherapeutischen Eigentrainings. *Psychologie und Sport*, 8 (1), 3-18.
- Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). *Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung*. Göttingen: Hogrefe.
- Göhner, W., Mahler, C. & Fuchs, R. (2007). MoVo-LISA: Ein Kleingruppenprogramm zum Aufbau des Bewegungsverhaltens. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 340-353). Göttingen: Hogrefe.
- Göhner, W., Schlatterer, M., Seelig, H., Frey, I., Berg, A. & Fuchs, R. (2012). Two-year follow-up of an interdisciplinary cognitive-behavioral intervention program for obese adults. *The Journal of psychology*, 146 (4), 371-391.
- Gohres, H. & Kolip, P. (2017). Strukturen der Bewegungsförderung in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12 (3), 203-210.

- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions. Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54 (7), 493-503.
- Gollwitzer, P. M. & Bargh, J. A. (2005). Automaticity in goal pursuit. In A. Elliot & C. Dweck (Hrsg.), *Handbook of competence and motivation* (S. 624-646). New York: Guilford Publications.
- Gollwitzer, P. M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in experimental social psychology*, 38, 69-119.
- Göring, A. & Möllenbeck, D. (2015). Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen - ein einführendes Vorwort. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen* (S. 5-8). Göttingen: Universitätsdrucke.
- Graf, O., Rutenfranz, J. & Ulich, E. (1970). Arbeitszeit und Arbeitspausen. In A. Mayer & B. Herwig (Hrsg.), *Betriebspsychologie* (2. Auflage, S. 244-277). Göttingen: Hogrefe.
- Gräser, S. (2010). Zur internationalen Entwicklung der gesundheitsfördernden Hochschulen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5 (3), 179-184.
- Green, L. W. (1974). Toward cost-benefit evaluations of health education: some concepts, methods, and examples. *Health education monographs*, 2 (1), 34-64.
- Greif, S. (2008). *Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion*. Göttingen: Hogrefe.
- Grier, S. & Bryant, C. A. (2005). Social marketing in public health. *Annual review of public health*, 26, 319-339.
- Groll, C., Stark, A. & Zalpour, C. (2010). Wozu betriebliche Gesundheitsförderung? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5 (2), 82-88.
- Häder, M. (2010). *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung* (2. Auflage). Wiesbaden: Springer.
- Hafen, M. (2012). Mediatoren, Multiplikatorinnen, Mentoren, Drehpunkt und Schlüsselpersonen in Prävention und Gesundheitsförderung. *Fachzeitschrift Prävention*, 3, 66-70.
- Hallam, J. S. & Petosa, R. (2004). The long-term impact of a four-session work-site intervention on selected social cognitive theory variables linked to adult exercise adherence. *Health Education & Behavior*, 31 (1), 88-100.
- Hamer, M., Lavoie, K. L. & Bacon, S. L. (2014). Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. *British Journal of Sports Medicine*, 48 (3), 239-243.
- Hartmann, T. & Siebert, D. (2005) Gesundheitsförderung in Hochschulen. In Hochschul-Informations-System (Hrsg.), *Kurzinformation Bau und Technik – Gesundheitsförderung in Hochschulen* (S. 1-10).
- Hartmann, T., Baumgarten, K. & Dadaczynski, K. (2016). Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11 (4), 203-205.
- Hartmann, T., Baumgarten, K., Hildebrand, C. & Sonntag, U. (2016). Gesundheitsfördernde Hochschulen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11 (4), 243-250.
- Hartmann, T. & Lehner, B. S. (2018). Von der Gesundheitsförderung an Hochschulen zu gesundheitsfördernden Hochschulen. *Public Health Forum*, 26 (2), 106-108.

- Hastings, G. & Saren, M. (2016). The Critical Contribution of Social Marketing. *Marketing Theory*, 3 (3), 305-322.
- Hawley-Hague, H., Horne, M., Skelton, D. A., & Todd, C. (2016). Older adults' uptake and adherence to exercise classes: instructors' perspectives. *Journal of aging and physical activity*, 24 (1), 119-128.
- Healy, G. N., Eakin, E. G., LaMontagne, A. D., Owen, N., Winkler, E. A., Wiesner, G. & Dunstan, D. W. (2013). Reducing sitting time in office workers: short-term efficacy of a multicomponent intervention. *Preventive medicine*, 57 (1), 43-38.
- Heckhausen, H. & Gollwitzer, P. M. (1987). Thought Contents and Cognitive Functioning in Motivational versus Volitional States of Mind. *Motivation and Emotion*, 11 (2), 101-120.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.). (2010). *Motivation und Handeln*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Helen, E., Brown, N., Gilson, D. & Burton, N. W. (2011). Does Physical Activity Impact on Presenteeism and Other Indicators of Workplace Well-Being? *Sports Medicine*, 41 (3), 249-262.
- Hey, S., Löffler, S. N., Walter, K., Grund, A., König, N. & Bös, K. (2012). Kurzzeitige aktive und passive Regenerationspausen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7 (2), 120-126.
- Hientzsch, A. (2016). *Nachhaltigkeit von Bewegungskurzinterventionen im Setting Hochschule – eine explorative Untersuchung*. Unveröffentlichtes Forschungsmodul, Karlsruher Institut für Technologie.
- Hildebrand, C. (2013). *Betriebliche Gesundheitsförderung in öffentlichen Einrichtungen. Untersuchungen zu Ressourcen und Belastungen am Beispiel des Verwaltungs- und technischen Personals im Karlsruher Institut für Technologie*. Dissertation, Karlsruher Institut für Technologie.
- Hildebrand, C. & Gröben, F. (2004). *1. Gesundheitsbericht der Universität Karlsruhe (TH)*. Karlsruhe: TK.
- Hildebrand, C. & Gröben, F. (2006). Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen. Das Modell der Universität Karlsruhe (TH). *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 22 (4), 138-141.
- Hillsdon, M., Foster, C. & Thorogood, M. (2005). Interventions for promoting physical activity. *The Cochrane database of systematic reviews*.
- Hoffmann, A., Hildebrand, C. & Bös, K. (2015). Betriebliches Gesundheitsmanagement an Hochschulen in Baden-Württemberg. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 31 (1), 21-25.
- Hois, G., Schmidt, M. & Flatau, B. (2012). Individuelle Trainingsbetreuung und Bindung an Bewegungsaktivitäten mit MotionNet e-Training. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 28 (4), 168-174.
- Homburg, C. & Krohmer, H. (2009). *Marketingmanagement*. Wiesbaden: Gabler.
- Höner, O. (2007). Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 45-67). Göttingen: Hogrefe.
- Höner, O. (2008). Basiert die Sportwissenschaft auf unterschiedlichen „Sorten“ von Theorien? *Sportwissenschaft*, 38 (1), 3-23.

- Höner, O., Sudeck, G., Keck, M. & Kosmützky, G. (2011). Verhaltensbezogene Interventionen in der Sport- und Bewegungstherapie. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 27 (3), 111-120.
- Höss-Jelten, C., Maier, S. & Dolp, T. (2015). Aktive Pause - Ein Angebot von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als ein Beispiel für eine nachhaltige Maßnahme im Rahmen der Gesundheitsförderung an Hochschulen. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen* (S. 401-417). Göttingen: Universitätsdrucke.
- HRK. *Mitgliedshochschulen der HRK*. Letzter Zugriff am 15.07.2018 unter <https://www.hrk.de/mitglieder/mitgliedshochschulen/>.
- Huber, G. (2006). Bindung und Barrieren im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 22 (4), 134-137.
- Huber, G. & Weiß, K. (2015). Betriebliche Gesundheitsförderung - Trends und Forschungsupdate 2014. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 31, 6-9.
- Isserstedt, W., Middendorff, E., Kandulla, M., Borchert, L. & Leszczensky, M. (2010). *Die wirtschaftliche und soziale Lage von Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2009. 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom HIS Hochschul-Informationssystem*. Hannover: HIS.
- Jakobsen, M. D., Sundstrup, E., Brandt, M., Jay, K., Aagaard, P. & Andersen, L. L. (2015). Effect of workplace- versus home-based physical exercise on musculoskeletal pain among healthcare workers: a cluster randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41 (2), 153-163.
- Jansen, A., Mäthner, E. & Bachmann, T. (2004). Wirksamkeit von Coaching. Eine empirische Studie mit Coachs und Klienten. In W. Bungard, B. Koop & C. Liebig (Hrsg.), *Psychologie und Wirtschaft leben. Aktuelle Themen der Wirtschaftspsychologie in Forschung und Praxis* (S. 226-231). München: Rainer Hampp Verlag.
- Jekauc, D. (2015). Enjoyment during Exercise Mediates the Effects of an Intervention on Exercise Adherence. *Psychology*, 6 (1), 48-54.
- Jekauc, D. (2018). Emotionen im Sport. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 25 (2), 51-52.
- Jekauc, D., Reimers, A. K., Wagner, M. O. & Woll, A. (2012). Prevalence and socio-demographic correlates of the compliance with the physical activity guidelines in children and adolescents in Germany. *BMC public health*, 12, 714.
- Jekauc, D., Reimers, A. K., Wagner, M. O. & Woll, A. (2013). Physical activity in sports clubs of children and adolescents in Germany. Results from a nationwide representative survey. *Journal of Public Health*, 21 (6), 505-513.
- Jekauc, D., Reiner, M. & Woll, A. (2014). Zum Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und habitueller Gesundheit und ihrer Wirkungsrichtung. In S. Becker (Hrsg.), *Aktiv und Gesund?* (S. 13-30). Wiesbaden: Springer.
- Jekauc, D., Völkle, M., Lämmle, L. & Woll, A. (2012). Fehlende Werte in sportwissenschaftlichen Untersuchungen. *Sportwissenschaft*, 42 (2), 126-136.

- Jekauc, D., Völkle, M., Wagner, M. O., Mewes, N. & Woll, A. (2013). Reliability, validity, and measurement invariance of the German version of the physical activity enjoyment scale. *Journal of pediatric psychology, 38*(1), 104-115.
- Jekauc, D., Wäsche, H., Mess, F., Bös, K. & Woll, A. (2017). Soziale Determinanten der Aufnahme und Aufrechterhaltung der Sportteilnahme im mittleren und späten Erwachsenenalter. *Sport und Gesellschaft (in Druck)*.
- Jekauc, D., Woll, A., Tittlbach, S. & Bös, K. (2006). Sport und Gesundheit in einem systemischen Anforderungs-Ressourcen Modell - eine empirische Längsschnittsstudie. In G. Wydra (Hrsg.), *Assessmentverfahren in Gesundheitssport und Bewegungstherapie. Messen, Testen, Beurteilen, Bewerten: Jahrestagung der dvs-Kommission Gesundheit vom 23. - 24. September 2004 in Saarbrücken* (Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, Bd. 158). Hamburg: Czwalina.
- Jordan, S. & Lippe, E. (2012). Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Angebote der Prävention - Wer nimmt teil? *GBE Kompakt, 5*(12), 1-9.
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1991). *Helping people change: A textbook of methods*. Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- Kanning, M. (2006). *Körperlich aktive Herzerkrankte: Änderungsprozesse und Strategien zur Aufrechterhaltung von körperlich-sportlicher Aktivität*. Dissertation, Universität Stuttgart.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Katzmarzyk, P. T. & Lee, I.-M. (2012). Sedentary behaviour and life expectancy in the USA: a cause-deleted life table analysis. *BMJ open, 2*(4), 1-8.
- Kim, J., Tanabe, K., Yoshizawa, Y., Yokoyama, N., Suga, Y. & Kuno, S. (2013). Lifestyle-Based Physical Activity Intervention for One Year Improves Metabolic Syndrome in Overweight Male Employees. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 229*(1), 11-17.
- Kinkel, S., Wurst, R. & Fuchs, R. (2018). Effekte des MoVo-LISA-Programms auf die postrehabilitative Sportaktivität bei KHK-PatientInnen: Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie. In R. Buschmann-Steinhage, H.-G. Haaf & U. Koch (Hrsg.), *Rehabilitation bewegt! 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 26. bis 28. Februar 2018 in München* (DRV-Schriften, Band 113, S. 310-312). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- KIT. (2017). *Die Forschungsuniversität in der Helmholtz-Gemeinschaft. Jahresbericht 2017 des Karlsruher Instituts für Technologie* (Systemedia GmbH, Hrsg.). Wurmberg. Letzter Zugriff am 06.10.2018 unter https://www.kit.edu/downloads/jahresbericht_2017_de.pdf
- Klaus, J. & Brömer, P. (2002). Die sozial-kognitive Theorie von Bandura. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie* (2. Auflage, S. 277-299). Bern: Huber.
- Klößner, J. & Friedrichs, J. (2014). Gesamtgestaltung des Fragebogens. In J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 675-686). Wiesbaden: Springer.
- Knieps, F. & Pfaff, H. (2014). *Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten – mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. BKK Gesundheitsreport 2014*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Koeneman, M. A., Verheijden, M. W., Chinapaw, M. J., & Hopman-Rock, M. (2011). Determinants of physical activity and exercise in healthy older adults: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 142.
- Kolip, P. (2011). Qualität und Evaluation in der Bewegungsförderung. In Geuter, G. & Holleder, A. (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA. Fokus12*. Düsseldorf: LIGA.
- Kolip, P. (2012). Qualität und Evaluation in der Bewegungsförderung. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 34-38). Bern: Huber.
- König, G., Kroke, A., Reichelt, A. & Stegmüller, K. (2012). Bewegung im Setting Hochschule. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(1), 73-79.
- König, E. & Volmer, G. (2012). *Handbuch Systemisches Coaching. Für Coaches und Führungskräfte, Berater und Trainer*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Krämer, L. & Fuchs, R. (2010). Barrieren und Barrierenmanagement im Prozess der Sportteilnahme. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 18(4), 170-182.
- Krebs, S., Baaken, A., Hofmeier, A., Göhner, W. & Fuchs, R. (2015). Soziale Unterstützung als Baustein eines betrieblichen Programms zur Sport- und Bewegungsförderung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(4), 177-190.
- Kroll, L. E., Müters, S. & Dragano, N. (2011). Arbeitsbelastungen und Gesundheit. *GBE Kompakt*, 2(5), 1-7.
- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G. B., Muters, S., Finger, J. & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 765-771.
- Kuehl, K. S., Elliot, D. L., Goldberg, L., Moe, E. L., Perrier, E. & Smith, J. (2013). Economic benefit of the PHLAME wellness programme on firefighter injury. *Occupational medicine*, 63(3), 203-209.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhn, K. (2017). Der Betrieb als gesundheitsförderliches Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Auflage, S. 39-56). Bern: Hogrefe-Verlag.
- Laaser, U. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2003). *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (3. Auflage). Weinheim: Juventa.
- Laaser, U., Hurrelmann, K. & Wolters, P. (2003). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In U. Laaser & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (3. Auflage, S. 395-424). Weinheim: Juventa.
- Landfried, K. (2000). Ein Grußwort. In U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock & A. Krämer (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 11-15). Weinheim und München: Juventa.
- Lara, A., Yancey, A., Tapia-Conyer, R., Flores, Y., Kuri-Morales, P., Mistry, R., Subirats, E. & McCarthy, W. (2008). Pausa para tu Salud: Reduction of Weight and Waistlines by Integrating Exercise Breaks into Workplace Organizational Routine. *Public Health Research, Practice, and Policy*, 5(1), 1-9.

- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Hrsg.), *Perspectives in interactional psychology* (S. 287-323). New York: Springer.
- Lengfelder, W. (2001). Körperliche Inaktivität. Zu beeinflussender Risikofaktor in der primären Prävention? *Medizinische Klinik*, *96* (11), 661-669.
- Lenhardt, U. & Priester, K. (2005). Flexibilisierung-Intensivierung-Entgrenzung: Wandel der Arbeitsbedingungen und Gesundheit. *WSI MITTEILUNGEN*, *58* (9), 491-497.
- Leppin, A. (2009). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 31-40). Bern: Huber.
- Lin, J. S., O'Connor, E., Whitlock, E. P. & Beil, T. L. (2010). Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, *153* (11), 736-750.
- Ling, J., Robbins, L. B., Wen, F. & Peng, W. (2015). Interventions to Increase Physical Activity in Children Aged 2-5 Years: A Systematic Review. *Pediatric exercise science*, *27* (3), 314-333.
- Lippke, S. & Kalusche, A. (2007). Stadienmodelle der körperlichen Aktivität. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 170-191). Göttingen: Hogrefe.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 35-60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lippke, S. & Wiedemann, A. U. (2007). Sozial-kognitive Theorien und Modelle zur Beschreibung und Veränderung von Sport und körperlicher Bewegung - ein Überblick. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, *14* (4), 139-148.
- Lippke, S., Ziegelmann, J. P., Schwarzer, R. & Velicer, W. F. (2009). Validity of stage assessment in the adoption and maintenance of physical activity and fruit and vegetable consumption. *Health Psychology*, *28* (2), 183-193.
- Macedo, A. C., Trindade, C. S., Brito, A. P. & Socorro Dantas, M. (2011). On the effects of a workplace fitness program upon pain perception: a case study encompassing office workers in a Portuguese context. *Journal of occupational rehabilitation*, *21* (2), 228-233.
- Malik, S. H., Blake, H. & Suggs, L. S. (2014). A systematic review of workplace health promotion interventions for increasing physical activity. *British journal of health psychology*, *19* (1), 149-180.
- Mandalka, G. J., Khalil, R. & Karim, A. A. (2018). Fit in 5 Minuten. Zum Einfluss von aktiven Arbeitspausen auf psychosomatische Beschwerden. In SRH Fernhochschule (Hrsg.), *Demografischer Wandel. Aufbruch in eine altersgerechte Arbeitswelt* (S. 33-48). Wiesbaden: Springer.
- Mansoubi, M., Pearson, N., Biddle, S. J. & Clemes, S. A. (2016). Using sit-to-stand workstations in offices: is there a compensation effect? *The Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 1-25.
- Manz, K. & Krug, S. (2013). Körperliche Aktivität und Gesundheit. *Public Health Forum*, *21* (2), 1-2.

- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Markland, D. & Ingledew, D. K. (2007). Exercise participation motives. In M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Hrsg.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (S. 302-305). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Marshall, A. L., Owen, N. & Bauman, A. E. (2004). Mediated approaches for influencing physical activity. Update of the evidence on mass media, print, telephone and website delivery of interventions. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(1), 74-80.
- Marschall, J., Nolting, H. D., Hildebrandt-Heene, S. & Sydow, H. (2017). *Gesundheitsreport 2017 Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Schlafstörungen*. Hamburg: DAK-Gesundheit.
- Marshall, S. J. & Biddle, S. J. (2001). The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals of behavioral medicine*, 23(4), 229-246.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4), 351-377.
- McLeroy, K. R., Steckler, A. B., Simons-Morton, B., Goodman, R. M., Gottlieb, N. & Burdine, J. N. (1993). Social science theory in health education: time for a new model? *Health education research*, 8(3), 305-312.
- Mess, F. (2008). *Sport und Sozialisation. Wege zur Integration neuer Beschäftigter in Betrieben*. Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Mess, F., Gerth, D., Hanke, J., Rabel, M. & Walter, U. N. (2015). Gesundheitsverhalten und Gesundheit bei wissenschaftlichen Beschäftigten - ein Vergleich an der Universität Konstanz. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen* (S. 115-129). Göttingen: Universitätsdrucke.
- Mess, F., Theune, J. & Schüler, S. (2015). Evaluation und Weiterentwicklung des Pausenexpresses als Maßnahme der aufsuchenden Gesundheitsförderung im Setting Universität. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen* (S. 221-234). Göttingen: Universitätsdrucke.
- Mess, F. & Woll, A. (2009). Aging Workforce und bewegungsbezogene Gesundheitsförderung. *Die BG*, 121(6), 240-244.
- Milne, S., Sheran, P. & Orbell, S. (2000). Prediction and Intervention in Health-Related Behavior. A Meta-Analytic Review of Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(1), 106-143.
- Milz, S., Meier, S. & Stock, C. (2010). Evaluation von Netzwerken. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(2), 75-81.
- Mohiyeddini, C. & Bauer, S. (2007). Intentions-Verhaltens-Lücke bei sportlichen Aktivitäten. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 14(1), 3-13.
- Möllenbeck, D. (2011). *Gesundheitsförderung im Setting Universität. Verbreitung und Effekte sportlicher Aktivität bei Studierenden*. Schorndorf: Hofmann.
- Möller, K., Köper, B., Braun, M. & Kastner, M. (2008). Strategische Steuerung der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Strategy Maps. *Zeitschrift für Management*, 3(3), 247-280.

- Morgan, P. J., Collins, C. E., Plotnikoff, R. C., Cook, A. T., Berthon, B., Mitchell, S. & Callister, R. (2011). Efficacy of a workplace-based weight loss program for overweight male shift workers: the Workplace POWER (Preventing Obesity Without Eating like a Rabbit) randomized controlled trial. *Preventive medicine*, 52 (5), 317-325.
- Moritz, S. E., Feltz, D. L., Fahrback, K. R. & Mack, D. E. (2000). The relation of self-efficacy measures to sport performance: a meta-analytic review. *Research quarterly for exercise and sport*, 71 (3), 280-294.
- Müller, C., Winter, C. & Rosenbaum, D. (2010). Aktuelle objektive Messverfahren zur Erfassung körperlicher Aktivität im Vergleich zu subjektiven Erhebungsmethoden. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 61 (1), 11-17.
- Naidoo, J. & Willis, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Niermann, C. (2010). *Vom Wollen und Handeln. Selbststeuerung, gesundheitsrelevantes Verhalten und sportliche Aktivität*. Dissertation, Universität Kiel.
- Nigg, C. R., Geller, K. S., Motl, R. W., Horwath, C. C., Wertin, K. K. & Dishman, R. K. (2011). A Research Agenda to Examine the Efficacy and Relevance of the Transtheoretical Model for Physical Activity Behavior. *Psychology of Sport and Exercise*, 12 (1), 7-12.
- Nöhammer, E., Eitzinger, C., Schaffenrath-Resi, M. & Stummer, H. (2009). Zielgruppenorientierung und betriebliche Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4 (1), 77-82.
- Norman, C., Abraham, C. & Conner, M. (Hrsg.). (2000). *Understanding and Changing Health Behavior. From Health Beliefs to Self-Regulation*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Opper, E., Brehm, W., Bös, K. & Saam, J. (2006). Zielgruppenspezifische Interventionen: Gesundheitssportprogramme. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (2. Auflage, S. 154-166). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Oppolzer, A. (2006). Menschengerechte Gestaltung der Arbeit durch Erholzeiten. *WSI MITTEILUNGEN*, 59 (6), 321.
- Owen, N., Bauman, A. & Brown, W. (2009). Too much sitting: a novel and important predictor of chronic disease risk? *British Journal of Sports Medicine*, 43 (2), 81-83.
- Paffenbarger, R. S., Hyde, R. T. & Wing, A. L. (1990). Physical activity and physical fitness as determinants of health and longevity. In C. Bouchard (Hrsg.), *Exercise, fitness, and health: a consensus of current knowledge: proceedings of the International Conference on Exercise, fitness and health* (S. 33-48). Toronto, Canada: Human Kinetics Publishers.
- Pahmeier, I. (1994). Drop-out und Bindung im Breiten- und Gesundheitssport. Günstige und ungünstige Bedingungen für eine Sportpartizipation. *Sportwissenschaft*, 2 (24), 117-150.
- Pahmeier, I. (2006). Barrieren vor und Bindung an gesundheitssportliche Aktivität. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (2. Auflage, S. 222-235). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Pahmeier, I. & Tiemann, M. (2013). Sport und Gesundheit. In A. Güllich & M. Krüger (Hrsg.), *Sport* (S. 655-696). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Pahmeier, I., Tiemann, M. & Maatmann, H. (2012). Nutzung, Bewertung und Qualitätssicherung primärpräventiver Gesundheitssportprogramme. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 28 (1), 22-29.
- Palumbo, M. V., Wu, G., Shaner-McRae, H., Rambur, B. & McIntosh, B. (2012). Tai Chi for older nurses: a workplace wellness pilot study. *Applied nursing research*, 25 (1), 54-59.
- Paridon, H. & Lazar, N. *Regeneration, Erholung, Pausengestaltung – alte Rezepte für moderne Arbeitswelten?* iga.report34. Letzter Zugriff am 06.10.2018 unter https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_34_Regeneration_Erholung_Pausengestaltung.pdf.
- Paridon, H. (2015). Arbeitszeit und Gesundheit: Befunde zu Dauer, Lage und Variabilität. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 69 (1), 3-11.
- Parry, S., Straker, L., Gilson, N. D. & Smith, A. J. (2013). Participatory workplace interventions can reduce sedentary time for office workers - a randomised controlled trial. *PloS one*, 8 (11), 1-10.
- Passon, A. M., Gerber, A. & Schröer-Günther, M. A. (2011). Evaluation in prevention and health promotion - workplace physical activity interventions. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 61 (3), 100-104.
- Peters, S. & Köppel, M. (2016). Themata: Expertise bewegungsarmes Büro. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 32 (3), 101-104.
- Peters, S., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2013). Trainieren, Lernen, Erleben: Kompetenzförderung in Bewegungstherapie und Gesundheitssport. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 29, 210-215.
- Peterson, T. (2000). *Handbuch der betrieblichen Weiterbildung. Leitfaden für das Weiterbildungsmanagement im Betrieb*. Frankfurt am Main: Lang.
- Pfannstiel, M. & Mehlich, H. (Hrsg.). (2016). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Maßnahmen, Evaluation*. Wiebaden: Springer Gabler.
- Pfeffer, I. (2010a). Bindung und Dropout im Gesundheitssport: Förderliche und hemmende Bedingungen/Determinanten. In O. Stoll, D. Alfermann & I. Pfeffer (Hrsg.), *Lehrbuch Sportpsychologie* (S. 253-276). Bern: Huber.
- Pfeffer, I. (2010b). Einstiegs- und Bleibemotivation im Gesundheitssport: Modelle und Befunde. In O. Stoll, D. Alfermann & I. Pfeffer (Hrsg.), *Lehrbuch Sportpsychologie* (S. 223-252). Bern: Huber.
- Pfeffer, I. & Alfermann, D. (2010). Psychologische Interventionsverfahren zur Motivationsförderung und Verhaltensänderung im Gesundheitssport. In O. Stoll, D. Alfermann & I. Pfeffer (Hrsg.), *Lehrbuch Sportpsychologie* (S. 277-296). Bern: Huber.
- Pfeifer, K. (2007). *Rückengesundheit. Grundlagen und Module zur Planung von Kursen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Pfeifer, K., Hofmann, J., & Geidl, W. (2011). Verhaltensorientierung in der Bewegungstherapie: Bausteine zur Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 27(6), 252-255.

- Pfeifer, K., Sudeck, G., Geidl, W. & Tallner, A. (2013). Bewegungsförderung und Sport in der Neurologie – Kompetenzorientierung und Nachhaltigkeit. *Neurologie und Rehabilitation*, 19(1), 7-19.
- Pieck, N. (2017). Betriebliche Gesundheitsförderung umsetzen - ein Überblick. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Auflage, S. 179-213). Bern: Hogrefe-Verlag.
- Pieck, N., Polenz, W. & Sochert, R. (2016). Neues zur Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11 (4), 271-281.
- Pieter, A. & Wolf, G. (2014). Effekte betrieblicher Interventionen zur Stressreduktion auf das Wohlbefinden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9 (2), 144-150.
- Plotnikoff, R. C., Costigan, S. A., Karunamuni, N. & Lubans, D. R. (2013). Social cognitive theories used to explain physical activity behavior in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*, 56 (5), 245-253.
- PrävG. (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. *Bundesgesetzblatt*, 31 (Teil I), 1368-1379.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390-395.
- Pronk, N. P. (2009). Physical activity promotion in business and industry: evidence, context, and recommendations for a national plan. *Journal of Physical Activity and Health*, 6 (2), 220-235.
- Pronk, N. P. (2011). The problem with too much sitting: a workplace conundrum. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 15 (1), 41-43.
- Pronk, S. J., Pronk, N. P., Sisco, A., Ingalls, D. S. & Ochoa, C. (1995). Impact of a daily 10-minute strength and flexibility program in a manufacturing plant. *American Journal of Health Promotion*, 9 (3), 175-178.
- Proper, K. I., Koning, M., Van der Beek, A. J., Hildebrandt, V. H., Bosscher, R. J. & van Mechelen, W. (2003). The Effectiveness of Worksite Physical Activity Programs on Physical Activity, Physical Fitness, and Health. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 13 (2), 106-117.
- Proper, K. I., Singh, A. S., van Mechelen, W. & Chinapaw, M. J. (2011). Sedentary behaviors and health outcomes among adults: a systematic review of prospective studies. *American journal of preventive medicine*, 40 (2), 174-182.
- Radtke, P. & Wilmes, D. (2000). *Praktische Tipps zur Anwendung des EFQM-Modells*. München, Wien: Carl Hanser.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: introduction to the issue. *Prevention in Human Services* (3), 1-7.
- Reicherz, A. & Schlicht, W. (2012). Bewegungsförderung im Erwachsenenalter. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 44-46). Bern: Huber.
- Reinecke, J. (2014). Grundlagen der standardisierten Befragung. In J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 601-616). Wiesbaden: Springer.

- Reiner, M., Niermann, C., Krapf, F. & Woll, A. (2013). Stress, Sport und Beschwerdewahrnehmung. *Sportwissenschaft*, 43 (4), 264-275.
- Rezende, L. F., Rodrigues Lopes, M., Rey-López, J. P., Matsudo, V. K. & Luiz, O. (2014). Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PloS one*, 9 (8), e105620.
- Rheinberg, F. (2006). *Motivation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Richter, P. (2002). *Belastung und Belastungsbewältigung in der modernen Arbeitswelt. Flexibilisierung und Intensivierung der Arbeit – Konsequenzen für einen Wandel der psychischen Belastungen. Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung*. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften.
- Robroek, S. J., van Lenthe, F., van Empelen, P. & Burdorf, A. (2009). Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 6, 26-38.
- Rogers, R. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological reports*, 56 (1), 179-182.
- Rohrer, T. & Haller, M. (2015). Sport und soziale Ungleichheit – Neue Befunde aus dem internationalen Vergleich. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 67 (1), 57-82.
- Rojatz, D., Merchant, A. & Nitsch, M. (2015). Zentrale Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10 (2), 134-146.
- Romain, A. J., Bortolon, C., Gourlan, M., Carayol, M., Decker, E., Lareyre, O., Ninot, G., Boiché, J. & Bernard, P. (2018). Matched or nonmatched interventions based on the transtheoretical model to promote physical activity. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Sport and Health Science*, 7 (1), 50-57.
- Rongen, A., Robroek, S. J., van Ginkel, W., Lindeboom, D., Altink, B. & Burdorf, A. (2014). Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: a six-month follow-up study. *BMC public health*, 14 (1), 573-583.
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*, 19 (6), 593-604.
- Rudolph, S., Göring, A. & Kappmeier, P. (2016). Effekte sport- und bewegungsbezogener Interventionen im Setting Betrieb. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11 (2), 86-94.
- Rutten, G. M., Savelberg, H. H., Biddle, S. J. & Kremers, S. P. (2013). Interrupting long periods of sitting: good STUFF. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 10 (1), 1-3.
- Rütten, A. (2017). Sportwissenschaft, Bewegungsförderung und Public Health. Eine Bilanz mit Zukunftsperspektiven. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 47 (1), 71-81.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Meierjürgen, R., Lutz, A. & Adlwarth, W. (2009). Was bewegt die Nicht-Beweger? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4 (4), 245-250.
- Rütten, A. & Pfeifer, K. (Hrsg.). (2016). *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung*. Erlangen-Nürnberg: FAU.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55 (1), 68.

- Sallis, J. F. & Owen, N. (1998). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, CA: SAGE publications.
- Sayed, M. & Kubalski, K. (2016). Überwindung betrieblicher Barrieren für ein betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen. In M. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Maßnahmen, Evaluation* (S. 1-20). Wiebaden: Springer Gabler.
- Schäfer, S. K. (2010). *Aufrechterhaltung des Sporttreibens: eine längsschnittliche Online-Befragung bei Erwerbstätigen*. Dissertation, Karlsruher Institut für Technologie.
- Schenk, B. & Mocnik, P.-J. (2016). Der Pausenexpress: Eine Erfolgsgeschichte. *Magazin Hochschulsport* (3), 16-17.
- Schlicht, W. & Brand, R. (2007). *Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit. Eine interdisziplinäre Einführung*. Weinheim und München: Juventa.
- Schlicht, W., Kanning, M. & Bös, K. (2003). *Psychosoziale Interventionen zur Beeinflussung des Risikofaktors Bewegungsmangel: theoretische Modelle und praktische Evidenzen*: VAS-Verlag für Akademische Schriften.
- Schlicht, W. & Zinsmeister, M. (2015). *Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schmid, J., Conzelmann, A. & Sudeck, G. (2013). Effekte einer individualisierten Sportberatung im Betrieb. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8 (2), 99-105.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (8. Auflage). München: Oldenburg.
- Scholz, A. (2016). Förderung der Gesundheit durch mehr Bewegung im Arbeitsalltag. In A. Ghadiri, A. Ternès & T. Peters (Hrsg.), *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Ansätze aus Forschung und Praxis* (1. Auflage, S. 216-223). Wiesbaden: Springer.
- Scholz, U., Schüz, B. & Ziegelmann, J. (2007). Motivation zu körperlicher Aktivität. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 131-149). Göttingen: Hogrefe.
- Schröer, S., Haupt, J. & Pieper, C. (2013). Evidence-based lifestyle interventions in the workplace - an overview. *Occupational medicine*, 64 (1), 8-12.
- Schüler, S., Hildebrand, C., Barthel, J. & Woll, A. (2015). Vergleich der Effekte einer Bewegungs-Kurzintervention am Arbeitsplatz (BKaA) an der Universität Konstanz und dem Karlsruher Institut für Technologie. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen* (S. 235-255). Göttingen: Universitätsdrucke.
- Schüler-Hammer, S., Hientzsch, A., Woll, A. & Mess, F. (2016). Aufsuchende Gesundheitsförderung im Setting Universität. Weiterentwicklung und Förderung der Nachhaltigkeit von Bewegungspausen. *Magazin Hochschulsport* (3), 30-32.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy: Thought control of action* (S. 217-243). Bristol: Taylor & Francis.

- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive Factors in changing health-related behaviors. *Current directions in psychological science*, 10 (2), 47-51.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Social-Cognitive Predictors of Health Behavior: Action Self-Efficacy and Coping Self-Efficacy. *Health Psychology*, 19 (5), 487-495.
- Schwarzer, R., Sniehotta, F., Lippke, S., Luszczynska, A., Scholz, U., Schüz, B., Wegner, M. & Ziegelmann, J. P. (2003). *On the assessment and analysis of variables in the health action process approach: Conducting an investigation*. Berlin: Universität Berlin.
- Seelig, H. & Fuchs, R. (2006). Messung der sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 13 (4), 121-139.
- Seibold, C. (2011). *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im Setting Hochschule. Identifikation von Erfolgsfaktoren mittels Fallstudien*. Bayreuth: P.C.O.
- Sheeran, P. (2002). Intention-Behavior Relations. A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*, 12 (1), 1-36.
- Shrestha, N., Kukkonen-Harjula, K. T., Verbeek, J. H., Ijaz, S., Hermans, V. & Bhaumik, S. (2015). Workplace interventions for reducing sitting at work. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1, 1-86.
- Sigrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Simek, M., Nitsch, M. & Ropin, K. (2014). Praxisprojekte betrieblicher Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9 (2), 138-143.
- Slesina, W. (2008). Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51 (3), 296-304.
- Sniehotta, F. F., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap. Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health*, 20 (2), 143-160.
- Sniehotta, F. F., Schwarzer, R., Scholz, U. & Schüz, B. (2006). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change. Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35 (4), 565-576.
- Sniehotta, F., Winter, J., Dombrowski, S. & Johnston, M. (2007). Volitionale Verhaltenskontrolle. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 150-169). Göttingen: Hogrefe.
- Sonntag, U. & Steinke, B. (2013a). Alle Hochschulakteure in den Prozess einbeziehen. In B. Steinke & U. Sonntag (Hrsg.), *Gesundheitsförderung an Hochschulen. Modelle aus der Praxis* (S. 4-7). Berlin: Raabe Verlags-GmbH.
- Sonntag, U. & Steinke, B. (2013b). Den Mensch in den Mittelpunkt stellen. In B. Steinke & U. Sonntag (Hrsg.), *Gesundheitsförderung an Hochschulen. Modelle aus der Praxis* (S. 8-9). Berlin: Raabe Verlags-GmbH.
- Spencer, L., Adams, T. B., Malone, S., Roy, L. & Yost, E. (2006). Applying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. *Health promotion practice*, 7(74), 428-443.

- Stark, A. & Fuchs, R. (2012). Verhaltensänderungsmodelle und ihre Implikationen für die Bewegungsförderung. In G. Geuter & A. Holleederer (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 27-30). Bern: Huber.
- Statistisches Bundesamt. *Finanzen und Steuern. Personal des öffentlichen Dienstes*, Statistisches Bundesamt. Letzter Zugriff am 02.07.2018 unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/FinanzenSteuern/OeffentlicherDienst/Personaloeffentlicher-Dienst2140600167004.pdf?__blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt. *Bildung und Kultur - Personal an Hochschulen*, Statistisches Bundesamt. Letzter Zugriff am 10.04.2018 unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Hochschulen/Hochschulen.html>.
- Stock, C. & Krämer, A. (2001). Wie gesund leben Studierende. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report - Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor* (S. 180-194). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Stoffel, S. D., Gröben, F., Pronk, N. P. & Bös, K. (2012). Bewegungsförderung im Betrieb - ein wichtiger Baustein der multifaktoriell konzipierten betrieblichen Gesundheitsförderung. In G. Geuter (Hrsg.), *Bewegungsförderung und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Storm, R. (2007). *Wahrscheinlichkeitsrechnung, mathematische Statistik und statistische Qualitätskontrolle. Mit 20 Tafeln und 120 Beispielen* (12. Auflage). Leipzig: Fachbuchverlag Leipzig im Carl-Hanser-Verlag.
- Ströbl, V. (2007). *Überprüfung des Stufenkonzeptes im Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung am Beispiel sportlicher Aktivität*. Dissertation, Universität Würzburg.
- Taylor, W. C., Shegog, R., Chen, V., Rempel, D. M., Baun, M. P., Bush, C. L., Green, T. & Hare-Everline, N. (2010). The Booster Break program: description and feasibility test of a worksite physical activity daily practice. *Work*, 37 (4), 433-443.
- Techniker Krankenkasse. (2016). *Beweg Dich, Deutschland: TK-Bewegungsstudie 2016*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Thompson, W. G., Koepp, G. A. & Levine, J. A. (2014). Increasing physician activity with treadmill desks. *Work*, 48 (1), 47-51.
- Thorp, A. A., Owen, N., Neuhaus, M. & Dunstan, D. W. (2011). Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults a systematic review of longitudinal studies, 1996-2011. *American journal of preventive medicine*, 41 (2), 207-215.
- Tiemann, M. (1997). *Fitnessstraining als Gesundheitstraining*. Hofmann Verlag: Schorndorf.
- Tiemann, M. (2006). Handlungs- und Effektwissen. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (2. Auflage, S. 357-368). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Tiemann, M. & Brehm, W. (2006). Qualitätsmanagement im Gesundheitssport. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1 (4), 262-268.
- Tigges, C., Wennehorst, K., Saliger, B. & Englert, H. (2015). CHIP Deutschland. Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA) und die Verbesserung des Bewegungsverhaltens durch ein Lebensstilcoaching-Programm zur Primär- und Sekundärprävention des Diabetes mellitus Typ 2. *Verhaltenstherapie*, 25 (1), 23-30.
- Titze, S. & Oja, P. (2012). Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. In G. Geuter & A. Holleederer (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 49-63). Bern: Huber.

- Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N. & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, 35(6), 725-740.
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F. & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine and science in sports and exercise*, 34(12), 1996-2001.
- Uhle, T. & Treier, M. (2011). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ulich, E. (2001). *Beschäftigungswirksame Arbeitszeitenmodelle. Schriftenreihe Mensch, Technik und Organisation*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Ulich, E. (2002). Betriebliche Gesundheitsförderung lohnt sich - Netzwerken und Handeln lautet die Devise. *BKK*, 2, 39-44.
- Ulich, E. & Strasser, P. (2010). Präsentismus. Journal Psychologie des Alltagshandelns. *Journal Psychologie des Alltagshandelns*, 3(1), 51-56.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2012). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven* (5., überarb. u. erw. Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Ungerer-Röhrich, U., Sygusch, R. & Bachmann, M. (2006). Soziale Unterstützung und Integration. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (2. Auflage, S. 369-378). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Völker, K. (2012). Zusammenhang von körperlicher Aktivität mit physischer und psychischer Gesundheit - eine Einführung. In G. Geuter & A. Hollederer (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 24-29). Bern: Huber.
- Wagner, P. (2000). *Aussteigen oder Dabeibleiben? Determinanten der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität in gesundheitsorientierten Sportprogrammen*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Wagner, P. & Alfermann, D. (2000). Aussteigen oder dabeibleiben? Determinanten der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität in gesundheitsorientierten Sportprogrammen. *Sportwissenschaft*, 30(3), 354-356.
- Wagner, P. & Hering, L. (2014). Online-Befragung. In J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 661-670). Wiesbaden: Springer.
- Wagner, P., Woll, A., Singer, R. & Bös, K. (2006). Körperlich-sportliche Aktivität: Definitionen, Klassifikationen und Methoden. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (2. Auflage, S. 58-68). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Walter, U. N. (2011). *Bewegungsbezogene Gesundheitsförderung bei der Polizei. Eine empirische Untersuchung zur Wirksamkeit eines physischen Aktivitätsprogramms bei Polizeibeamten des 5. und 6. Lebensjahrzehnts in Deutschland*. Dissertation, Universität Konstanz.
- Wankel, L. M. (1993). The importance of enjoyment to adherence and psychological benefits from physical activity. *International Journal of Sport Psychology*, 24(2), 151-169.
- Wartha, O., Kobel, S., Lämmle, O., Mosler, S. & Steinacker, J. M. (2016). Entwicklung eines settingspezifischen Gesundheitsförderprogramms durch die Verwendung des Intervention-

- Mapping-Ansatzes. „Komm mit in das gesunde Boot – Kindergarten“. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11 (2), 65-72.
- Wastian, M. & Poetschki, J. (2016). Zielklärung und Zielerreichung im Coaching. *Coaching Theorie und Praxis*, 2 (1), 21-31.
- Weed, M. (2016). Should we privilege sport for health? The comparative effectiveness of UK Government investment in sport as a public health intervention. *International Journal of Sport Policy and Politics*, 8 (4), 559-576.
- Weinstein, N. & Sandmann, P. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home random testing. *Health Psychology*, 11 (3), 170-180.
- Wendsche, J. (2015). Optimale Erholung während der Arbeit: Wie man Pausensysteme bewerten kann. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 22 (1), 9-12.
- Wendsche, J. & Wege, J. (2014). Ein Rahmenmodell zur Anwendung von Kurzpausensystemen im Arbeitskontext. In M. Eigenstetter, T. Kunz, R. Portune & R. Trimpop (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit - Psychologie der Gesunden Arbeit* (S. 439-442). Kröning: Asanger.
- Werle, J., Woll, A. & Tittlbach, S. (2006). *Gesundheitsförderung: Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wetzstein, A. (2016). Evaluation von Betrieblichem Gesundheitsmanagement. In M. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Maßnahmen, Evaluation* (S. 371-380). Wiesbaden: Springer Gabler.
- WHO. (1986). *The Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion*. Geneva: WHO.
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva.
- WHO. *Fact sheet on physical activity*. Letzter Zugriff am 01.07.2018 unter <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
- WHO. *The workplace: a priority setting for health promotion*. Letzter Zugriff am 25.05.2018 unter http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/.
- Whyte, J. (2014). Contributions of treatment theory and enablement theory to rehabilitation research and practice. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95 (1), 17-23.
- Williams, D. M., Papandonatos, G. D., Napolitano, M. A., Lewis, B. A., Whiteley, J. A. & Marcus, B. H. (2006). Perceived enjoyment moderates the efficacy of an individually tailored physical activity intervention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 28 (3), 300-309.
- Wilmann, N. (2018). Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. In E.-M. Hohnerlein, S. Hennion & O. Kaufmann (Hrsg.), *Erwerbsverlauf und sozialer Schutz in Europa* (251-257). Berlin: Springer.
- Witte, K. (1995). Fishing for Success: Using the Persuasive Health Message Framework to Generate Effective Campaign Messages. In E. Maibach & R. L. Parrott (Hrsg.), *Designing Health Messages: Approaches from Communication Theory and Public Health Practice* (S. 145-166). Thousand Oaks, CA, US: SAGE publications.
- Wöhe, G. (2016). *Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre* (26. Auflage). München: Vahlen.

- Wölfl, I. (2014). Coaching von Führungskräften. In S. Hahnzog (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 151-164). Wiesbaden: Springer.
- Woll, A. (1996a). *Fragebogen zur subjektiven Gesundheitseinschätzung*. Institut für Sport- und Sportwissenschaft: Eigenverlag.
- Woll, A. (1996b). *Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, Fitneß und Gesundheit bei Personen im mittleren und späteren Erwachsenenalter*. Neu-Isenburg: Lingua-Med-Verlags-GmbH.
- Woll, A. (2006). *Sportliche Aktivität im Lebenslauf und deren Wirkungen auf die Entwicklung von Fitness und Gesundheit - eine internationale Längsschnittstudie. Grundlagen, Methoden und Programme*. Habilitationsschrift, Universität Karlsruhe.
- Woll, A. (2007). Kommunale Programme zur Sport- und Bewegungsförderung. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 213-234). Göttingen: Hogrefe.
- Woll, A., Bös, K., Gerhardt, M. & Schulze, A. (1998). Konzeptualisierung und Erfassung von körperlich-sportlicher Aktivität. In D. Alfermann (Hrsg.), *Gesundheitssport: Ein Handbuch* (S. 85-94). Schorndorf: Hofmann.
- Wong, J. Y., Gilson, N. D., van Uffelen, J. G. & Brown, W. J. (2012). The effects of workplace physical activity interventions in men: a systematic review. *American journal of men's health*, 6(4), 303-313.
- Wood, W., Quinn, J. M. & Kashy, D. A. (2002). Habits in everyday life. Thought, emotion, and action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(6), 1281-1297.
- Woodcock, J., Franco, O. H., Orsini, N. & Roberts, I. (2011). Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International journal of epidemiology*, 40(1), 121-138.
- Wydra, G. (1996). *Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln*. Schorndorf: Hofmann.
- Yancey, A. K., McCarthy, W. J., Taylor, W. C., Merlo, A., Gewa, C., Weber, M. D. & Fielding, J. E. (2004). The Los Angeles Lift Off: a sociocultural environmental change intervention to integrate physical activity into the workplace. *Preventive medicine*, 38(6), 848-856.
- Yancey, A. K., Lewis, L. B., Guinyard, J. J., Sloane, D. C., Nascimento, L. M., Galloway-Gilliam, L., Diamant, A. L. & McCarthy, W. J. (2006). Putting promotion into practice: the African Americans building a legacy of health organizational wellness program. *Health promotion practice*, 7(3), 23-46.
- Zerssen, D. V. (1976). *Die Beschwerden-Liste. Manual*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Ziesche, S. (2015). Nutzenpotentiale von betrieblicher Gesundheitsförderung. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 31(1), 15-20.
- Zinsmeister, M. (2011). *Wie wirksam sind Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität im betrieblichen Setting? Eine Metaanalyse*. Dissertation, Universität Stuttgart.

14 Anhang

ANHANG 1: Teilnehmer-Informationen	287
1-1 Studienaufruf	287
1-2 Einwilligungserklärung	288
1-3 Teilnehmerinformation IG1	289
1-4 Teilnehmerinformation IG2	291
ANHANG 2: Fragebögen.....	293
2-1 Fragebogen MZP 1	293
2-2 Auszug Fragebogen MZP 2	301
2-3 Auszug Fragebogen MZP 3	304
2-4 Fragebogen Follow-Up Untersuchung.....	307
2-5 Fragebogen Coaching-Sitzung 1.....	310
2-6 Fragebogen Coaching-Sitzung 2.....	312
2-7 Fragebogen Multiplikatoren-Schulung.....	314
ANHANG 3: Curricula der Programmschulungen.....	316
3-1 Curriculum der Coaching-Sitzung 1 in Kurzform (90 Minuten).....	316
3-2 Curriculum der Coaching-Sitzung 1 in Langform (90 Minuten).....	317
3-3 Curriculum der Coaching-Sitzung 2 in Kurzform (30 Minuten).....	324
3-4 Curriculum der Coaching-Sitzung 2 in Langform (30 Minuten).....	325
3-5 Curriculum des Kurz-Coachings	327
3-6 Curriculum der Multiplikatoren-Schulung 1 (90 Minuten)	328
ANHANG 4: Begleitmaterialien der <i>Aktivpause-Plus</i>.....	329
4-1 Auszug des Kursmanuals für Multiplikatoren.....	329
4-2 Auszug der Übungskarten	332
4-3 Coaching-Begleiter.....	334
4-4 Strategieplan der Coaching-Sitzung.....	343

ANHANG 1: Teilnehmer-Informationen

1-1 Studienaufruf



Karlsruher Institut für Technologie (KIT)
Institut für Sport und Sportwissenschaft
Leitung: Prof. Dr. Alexander Woll
Engler-Bunte-Ring 15, Gebäude 40.40
76131 Karlsruhe

Teilnahmeaufruf

„Aktivpause-Plus – Förderung der eigenständigen Durchführung
von Bewegungspausen am Arbeitsplatz“

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Aktivpause,

in unserer Teilnehmerbefragung 2016 wurde vielfach der Wunsch geäußert, die Aktivpause häufiger pro Woche bzw. auch während der vorlesungsfreien Zeit durchzuführen, sowie Unterstützung für die eigenständige Durchführung von Bewegungspausen anzubieten. Mit dem Versand der Evaluationsergebnisse im Juli 2016 hatten wir bereits angekündigt, dass wir an einem Konzept zur Weiterentwicklung der Aktivpause arbeiten. Diesem Anliegen möchten wir nun nachkommen, damit Sie auch an kursfreien Tagen in Bewegung bleiben können.

Hierfür möchten wir ab Mai 2017 mit Beginn der neuen Aktivpause-Kurse ein Konzept anbieten, welches Sie bei der eigenständigen Durchführung der Aktivpause an kursfreien Tagen gezielt unterstützt. Im Rahmen des Programms sehen wir eine dreimalige Durchführung der Aktivpause pro Woche vor.

Schlagen Sie zwei Fliegen mit einer Klappe – steigern Sie ihr Aktivitätsverhalten am Arbeitsplatz und unterstützen Sie uns in der Weiterentwicklung der Aktivpause!

Ihr Benefit?

- Kostenfreie Teilnahme an der Aktivpause im SS 2017
- Verschiedene kostenfreie Maßnahmen zur Unterstützung Ihres Vorhabens

Was erwarten wir von Ihnen?

- Anmeldung als Gruppe von mindestens drei Personen
- Die Absicht und Möglichkeit, die Aktivpause dreimal wöchentlich im Studienzeitraum von sechs Monaten durchzuführen
- Die Bereitschaft, im Rahmen der Studie an schriftlichen Befragungen teilzunehmen

Dieses Angebot ist vorläufig eine einmalige Aktion. Um die Wirksamkeit unseres Konzepts zu testen, werden wir Sie nach dem Zufallsprinzip in zwei verschiedene Studiengruppen einteilen und Sie zu ihrem Verhalten sowie der Umsetzung unserer Idee schriftlich befragen. Aus diesen Befragungen werden wir Informationen für zukünftige Maßnahmen gewinnen und entscheiden, ob das Programm „Aktivpause-Plus“ langfristig weitergeführt wird. Die gesammelten Daten werden im Zuge einer wissenschaftlichen Studie mit dem Ziel einer Promotion pseudonymisiert ausgewertet.

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns sehr, wenn Sie mit ihrer Gruppe an der „Aktivpause-Plus“ teilnehmen. Bei Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf das neue Programm mit Ihnen!

Stefanie Schüler-Hammer (Studienleitung)
Dr. Claudia Hildebrand (Leitung Netzwerk Gesundheit)

Kontakt und Rückfragen: Mail: aktivpause@kitsc.de

1-2 Einwilligungserklärung



Karlsruher Institut für Technologie (KIT)
 Institut für Sport und Sportwissenschaft
Institutsleitung: Prof. Dr. Alexander Woll
Netzwerk Gesundheit: Dr. Claudia Hildebrand
 Engler-Bunte-Ring 15, Gebäude 40.40
 76131 Karlsruhe

Einwilligungserklärung

Teilnahme „Aktivpause-Plus – Förderung der eigenständigen Durchführung von Bewegungspausen am Arbeitsplatz“

Name:

E-Mail-Adresse:

Ich bin einverstanden, als Untersuchungsteilnehmer/-in an der Studie „Aktivpause-Plus – Förderung der eigenständigen Durchführung von Bewegungspausen am Arbeitsplatz“ teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass diese Studie in erster Linie der Wissenserweiterung dient. Ich wurde über Art, Umfang und Bedeutung dieser Studie ausführlich informiert. Die Teilnehmerinformation sowie ein Exemplar der Einwilligungserklärung habe ich erhalten, gelesen und verstanden. In diesem Zusammenhang bestehende Fragen wurden besprochen und beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen eine Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden.

Ich wurde darüber unterrichtet, dass meine Teilnahme vollkommen freiwillig erfolgt und ich meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil widerrufen kann. Ich habe die Teilnehmerinformationen und insbesondere den Teil zum Datenschutz gelesen und meine Fragen wurden ausreichend beantwortet. Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie auch personenbezogene Daten, unter Umständen auch Angaben zum individuellen Bewegungs- und Gesundheitsverhalten erfasst, gespeichert und ausgewertet werden. Ich bin damit einverstanden, dass im

Rahmen der Studie die beschriebenen Daten erhoben, in pseudonymisierter Form gespeichert und für die in der Teilnehmerinformation dargestellten Zwecke verarbeitet werden. Ich weiß, dass diese Einverständniserklärung nur in Papierform aufbewahrt wird.

Eine Weitergabe der erhobenen Daten an Personen außerhalb des Projekt-Teams erfolgt nicht. Ich habe verstanden, dass alle mich betreffenden Informationen mit einem zufällig ausgewählten Zahlencode versehen werden, der als solcher keine Rückschlüsse auf meine Person ermöglicht. Nur mit diesem Code werden die Ergebnisse in den genannten Dateien gespeichert.

Unter den genannten Voraussetzungen erkläre ich die Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Studie „Aktivpause-Plus“. Ich weiß, dass ich meine Einwilligung ohne Folgen verweigern kann und jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – gegenüber dem Karlsruher Institut für Technologie, Institut für Sport und Sportwissenschaft, 76131 Karlsruhe, 0721-608 46675, aktivpause@kitsc.de widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift

Stefanie Schüler-Hammer
 Studienleitung

1-3 Teilnehmerinformation IG1



Karlsruher Institut für Technologie (KIT)
Institut für Sport und Sportwissenschaft
Institutsleitung: Prof. Dr. Alexander Woll
Netzwerk Gesundheit: Dr. Claudia Hildebrand
Engler-Bunte-Ring 15, Gebäude 40.40
76131 Karlsruhe

Teilnehmerinformation

Zur Intervention „Aktivpause-Plus – Förderung der eigenständigen Durchführung von Bewegungspausen am Arbeitsplatz“

Sehr geehrte Studienteilnehmerin / sehr geehrter Studienteilnehmer,

Das Programm „Aktivpause-Plus“ wird im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements des KIT durchgeführt und wurde vom Institut für Sport und Sportwissenschaft konzipiert. Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung der Aktivpause, welche wir mit Ihrer Unterstützung implementieren und evaluieren möchten. Mit dem neuen Konzept unterstützen wir Sie darin, sich während des Berufsalltags Ihrer eigenen Gesundheit zu widmen und Ihr Aktivitätsverhalten am Arbeitsplatz zu steigern.

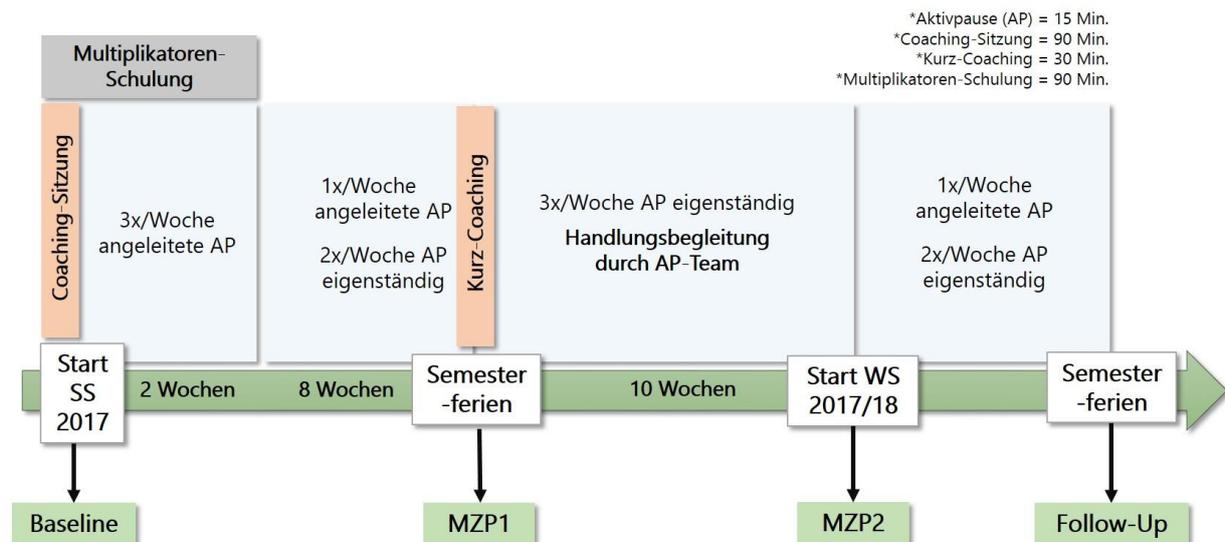
Wir haben die Zufallseinteilung vorgenommen und möchten Ihnen mitteilen, dass Sie der Gruppe „**Multi-Plus**“ zugeordnet wurden. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihrer Gruppe und den Studienbeginn ab Ende April 2017.

Wie Sie bereits wissen, ist es unser Ziel, dass Sie die Aktivpause 3x wöchentlich am Arbeitsplatz durchführen. Hierzu möchten wir Sie wie folgt unterstützen:

Sie erhalten die Aktivpause in diesem Semester kostenfrei. In einer **Kickstart-Phase** von 2 Wochen führt ihr Übungsleiter/ihre Übungsleiterin die Aktivpause 3x wöchentlich mit Ihnen durch. In einer vertraulichen **Coaching-Sitzung** werden wir gemeinsam mit Ihnen Strategien zur eigenständigen Durchführung der Aktivpause erarbeiten und Ihnen Anregungen für einen bewegten Berufsalltag mitgeben. In diesem Zusammenhang bilden wir **1-2 Multiplikatoren** pro Gruppe aus, welche an kursfreien Tagen mithilfe unterstützender Unterlagen die Aktivpause für die Gruppe anleiten werden. Ergänzend übermitteln wir Ihnen wöchentliche Erinnerungen zur Dokumentation ihrer körperlichen Aktivität im Rahmen der Aktivpause.

Um unsere Idee zu realisieren, erwartet Sie ab Ende April folgender Ablauf, wobei die Termine jeweils individuell mit ihrer Gruppe vereinbart werden:

- ✓ Wir beginnen mit einer Coaching-Sitzung, bei dem Sie in der konkreten Planung und Konkretisierung des Vorhabens unterstützt werden.
- ✓ Im Anschluss erhalten 1-2 freiwillige Teilnehmer/-innen jeder Gruppe eine 90-minütige Multiplikatoren-Schulung inkl. umfangreicher Übungsunterlagen.
- ✓ Die Aktivpause wird anschließend 2 Wochen lang 3x pro Woche von unseren ausgebildeten Übungsleitern für Ihre Gruppe angeleitet.
- ✓ Weitere 8 Wochen wird die Aktivpause 1x pro Woche von unseren Übungsleitern und 2x pro Woche durch den jeweiligen Multiplikator angeleitet, bevor in den Semesterferien die Aktivpause eigenständig 3x wöchentlich organisiert und durchgeführt wird.



Neben der Ausbildung von Multiplikatoren und der gemeinsamen Coaching-Sitzung unterstützen wir Sie mit einer **Materialkiste** (z.B. Therabänder, Bohnensäckchen, Igelbälle), **umfassenden Unterlagen** für alle Teilnehmenden (inkl. ausgearbeiteter Stundenverlaufspläne, Übungskärtchen etc.) sowie regelmäßigen **Austauschkontakten**.

Während der Studie finden drei schriftliche Befragungen statt (Ende April, Ende Juli, Anfang Oktober), bei denen persönliche Daten erhoben werden. Mit dem Ausfüllen dieser Fragebögen helfen Sie uns, wertvolle wissenschaftliche Erkenntnisse für den Forschungsbereich der Verhaltenspsychologie zu erlangen. Auf dieser Basis ist es uns möglich, objektive Rückmeldungen zu unserem entwickelten Konzept zu gewinnen und den Erfolg Ihrer Verhaltensänderung nachzuvollziehen.

Die Teilnahme an der Studie „Aktivpause-Plus“ ist freiwillig und kostenlos. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihr Einverständnis zur Teilnahme zurücknehmen, ohne dass Ihnen hieraus Nachteile entstehen.

Die Daten werden ausschließlich in anonymisierter Form oder entsprechend aggregierter Form veröffentlicht, sodass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich sein werden. Die Zuweisung der zufällig ausgewählten Zahlencodes (Pseudonymisierung) dient nur zur Verwaltung der Umfrageergebnisse. Bei der Auswertung der Umfrage werden nur diese Codes und keine anderen personenbezogenen Daten verwendet. Eine nachträgliche Zuordnung der Umfragedaten zu Personen wird nicht vorgenommen und wird für Dritte verhindert.

Wenn Sie noch weitere Fragen über den Studienablauf haben oder Ihnen noch etwas unklar ist, wenden Sie sich jederzeit gerne an das Aktivpause-Team.

Ihr Aktivpause-Team

Stefanie Schüler-Hammer, Yvonne Deurer & Elena Ehreiser

Kontakt: E-Mail: aktivpause@kitsc.de // Telefon: 0721 608 46675 (mittwochs und donnerstags)

1-4 Teilnehmerinformation IG2



Karlsruher Institut für Technologie (KIT)
 Institut für Sport und Sportwissenschaft
 Institutsleitung: Prof. Dr. Alexander Woll
 Netzwerk Gesundheit: Dr. Claudia Hildebrand
 Engler-Bunte-Ring 15, Gebäude 40.40
 76131 Karlsruhe

Teilnehmerinformation

Zur Intervention „Aktivpause-Plus – Förderung der eigenständigen Durchführung von Bewegungspausen am Arbeitsplatz“

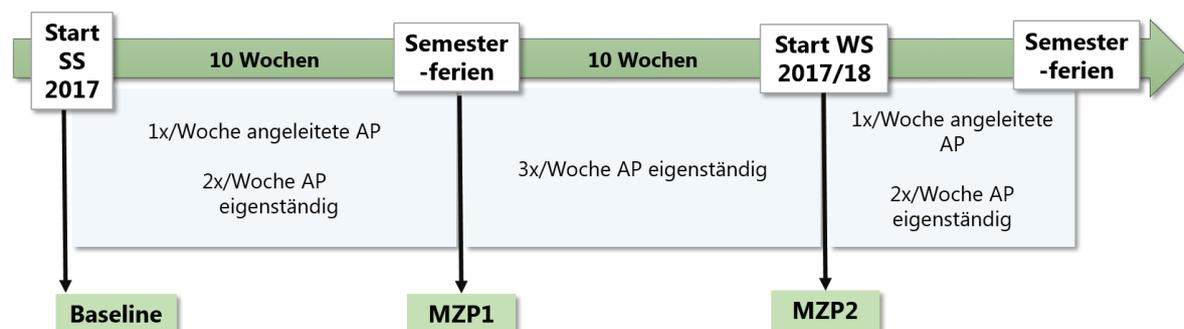
Sehr geehrte Studienteilnehmerin / sehr geehrter Studienteilnehmer,

das Programm „Aktivpause-Plus“ wird im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements des KIT durchgeführt und wurde vom Institut für Sport und Sportwissenschaft konzipiert. Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung der Aktivpause, welche wir mit Ihrer Unterstützung implementieren und evaluieren möchten. Mit dem neuen Konzept unterstützen wir Sie darin, sich während des Berufsalltags Ihrer eigenen Gesundheit zu widmen und Ihr Aktivitätsverhalten am Arbeitsplatz zu steigern.

Wir haben die Zufallseinteilung vorgenommen und möchten Ihnen mitteilen, dass Sie der Gruppe „**Classic-Plus**“ zugeordnet wurden. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihrer Gruppe und den Studienbeginn ab Ende April 2017.

Wie Sie bereits wissen, ist es unser Ziel, dass Sie die Aktivpause 3x wöchentlich am Arbeitsplatz durchführen. Hierzu möchten wir Sie wie folgt unterstützen:

Sie erhalten die Aktivpause in diesem Semester kostenfrei. Ergänzend übermitteln wir Ihnen wöchentliche Erinnerungen zur Dokumentation ihrer körperlichen Aktivität im Rahmen der Aktivpause.



Während der Studie finden drei schriftliche Befragungen statt (Ende April, Ende Juli, Anfang Oktober), bei denen persönliche Daten erhoben werden. Mit dem Ausfüllen dieser Fragebögen helfen Sie uns, wertvolle wissenschaftliche Erkenntnisse für den Forschungsbereich der Verhaltenspsychologie zu erlangen. Auf dieser Basis ist es uns möglich, objektive Rückmeldungen zu unserem entwickelten Konzept zu gewinnen und den Erfolg Ihrer Verhaltensänderung nachzuvollziehen.

Die Teilnahme an der Studie „Aktivpause-Plus“ ist freiwillig und kostenlos. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihr Einverständnis zur Teilnahme zurücknehmen, ohne dass Ihnen hieraus Nachteile entstehen.

Die Daten werden ausschließlich in anonymisierter Form oder entsprechend aggregierter Form veröffentlicht, sodass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich sein werden. Die Zuweisung der zufällig ausgewählten Zahlencodes (Pseudonymisierung) dient nur zur Verwaltung der Umfrageergebnisse. Bei der Auswertung der Umfrage werden nur diese Codes und keine anderen personenbezogenen Daten verwendet. Eine nachträgliche Zuordnung der Umfragedaten zu Personen wird nicht vorgenommen und wird für Dritte verhindert.

Wenn Sie noch weitere Fragen über den Studienablauf haben oder Ihnen noch etwas unklar ist, wenden Sie sich jederzeit gerne an das Aktivpause-Team.

Ihr Aktivpause-Team

Stefanie Schüler-Hammer, Yvonne Deurer & Elena Ehreiser

Kontakt: E-Mail: aktivpause@kitsc.de // Telefon: 0721 608 46675 (mittwochs und donnerstags)

ANHANG 2: Fragebögen

2-1 Fragebogen MZP 1



Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen zu Ihrem Durchführungsverhalten der Aktivpause.

Gehen Sie bei der Beantwortung der Frage bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Neben den meisten Aussagen finden Sie mehrere Kästchen. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen, dass es keine "richtigen" oder "falschen" Antworten gibt, sondern uns Ihre wahrheitsgemäße, persönliche Meinung wichtig ist.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert **ca. 15-20 Minuten**.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Auswertungsergebnisse werden ausschließlich in aggregierter Form (in Tabellen und/oder Grafiken) veröffentlicht, sodass Rückschlüsse auf Einzelpersonen nicht möglich sind. Es gilt das Landesdatenschutzgesetz-BW (LDSG).

Bitte tragen Sie hier Ihren persönlichen Code ein, den Sie erhalten haben.

Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns recht herzlich!

Los geht's ...



Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Umgang mit der Aktivpause und das Vorhaben, Ihr Bewegungsverhalten (am Arbeitsplatz) zu steigern. Wenn wir im Folgenden den Begriff „Aktivpause“ verwenden, beziehen wir uns dabei jeweils auf Gymnastikübungen am Arbeitsplatz mit einer Durchführungsdauer von 15 Minuten.

1. Die Aktivpause wurde im Sommersemester 2012 eingeführt und wird aktuell zum 11. Mal angeboten. Das wievielte Mal nutzen Sie das Programm (inkl. diesem Semester)? (Wenn Sie sich nicht sicher sind, kreuzen Sie die Zahl an, die Ihnen zuerst in den Sinn kommt.)

<input type="radio"/>										
1. Mal	2. Mal	3. Mal	4. Mal	5. Mal	6. Mal	7. Mal	8. Mal	9. Mal	10. Mal	11. Mal

2. Wie häufig haben Sie in den vergangenen Semesterferien durchschnittlich Aktivpausen (oder Gymnastik-Übungen) an Ihrem Arbeitsplatz durchgeführt?

<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>	2 Mal pro Woche
<input type="radio"/>	Weniger als 1 Mal pro Woche	<input type="radio"/>	3 Mal pro Woche
<input type="radio"/>	1 Mal pro Woche	<input type="radio"/>	Mehr als 3 Mal pro Woche

3. Wie stark ist Ihre Absicht, in den nächsten Wochen und Monaten 3x wöchentlich Aktivpausen am Arbeitsplatz durchzuführen?

Diese Absicht habe ich gar nicht	<input type="radio"/>	Diese Absicht habe ich sehr stark					
	0	1	2	3	4	5	

4. Denken Sie bitte darüber nach, welche Gründe dafürsprechen, die Aktivpause zukünftig 3x wöchentlich am Arbeitsplatz durchzuführen.

Ich beabsichtige, in den nächsten Wochen und Monaten die Aktivpause regelmäßig durchzuführen, ...	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu
... weil es mir einfach Spaß macht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil es gut für mich ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil ich sonst ein schlechtes Gewissen hätte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil die positiven Folgen einfach die Mühe wert sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil Personen, die mir wichtig sind, mich dazu drängen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil ich dabei Erfahrungen mache, die ich nicht missen möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil ich denke, dass man sich manchmal auch zu etwas zwingen muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil sportliche Aktivität einfach zu meinem Leben dazu gehört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil ich mir sonst Vorwürfe machen müsste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil andere sagen, ich soll sportlich aktiv sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil ich gute Gründe dafür habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil ich sonst mit anderen Personen Schwierigkeiten bekomme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Nachfolgend geht es um eine Einschätzung, wie sehr Sie sich zutrauen, die Aktivpause 3x wöchentlich am Arbeitsplatz durchzuführen.

Ich traue mir zu, die Aktivpause <u>ab sofort</u> 3x wöchentlich durchzuführen.							
Traue ich mir gar nicht zu	<input type="radio"/>	Traue ich mir zu <u>100%</u> zu					
	0	1	2	3	4	5	
Ich traue mir zu, die Aktivpause <u>über ein paar Monate hinweg</u> 3x wöchentlich durchzuführen.							
Traue ich mir gar nicht zu	<input type="radio"/>	Traue ich mir zu <u>100%</u> zu					
	0	1	2	3	4	5	
Ich traue mir zu, <u>nach einer längeren Pause</u> wieder 3x wöchentlich mit der Durchführung der Aktivpause anzufangen.							
Traue ich mir gar nicht zu	<input type="radio"/>	Traue ich mir zu <u>100%</u> zu					
	0	1	2	3	4	5	

6. Im Folgenden geht es darum, ob Sie bereits konkrete Pläne haben, wie Sie das Ziel umsetzen, die Aktivpause in den nächsten Wochen und Monaten 3x wöchentlich durchzuführen.

Ich habe bereits konkret geplant...	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
... wann ich Aktivpausen durchführen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wo ich Aktivpausen durchführen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wie ich Aktivpausen durchführen werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wie oft ich Aktivpausen durchführen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit wem ich Aktivpausen durchführen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... was ich tun werde, wenn einmal etwas dazwischen kommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wie ich damit umgehen kann, wenn ich mal ausgesetzt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... was ich in schwierigen Situationen tun kann, um meinen Vorsätzen treu zu bleiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wann ich besonders aufpassen muss, um nicht auszusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Denken Sie nun bitte an die Auswirkungen, die sich durch die regelmäßige Durchführung von Aktivpausen am Arbeitsplatz ergeben können.

Wenn ich die Aktivpause 3x wöchentlich durchführe, dann ...	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
... kann ich meine Kollegen besser kennen lernen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fühlen sich dadurch Personen in meiner Umgebung stark beeinträchtigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich nicht mehr genug Zeit für andere Dinge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich Angst, mich zu verletzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... werde ich belastbarer für den Alltag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... tue ich etwas Gutes für meine Gesundheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... kostet mich das jedes Mal große Selbstüberwindung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... muss ich dafür jedes Mal einen großen (organisatorischen) Aufwand betreiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fürchte ich mich vor Misserfolgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bin ich mit netten Leuten zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fühle ich mich anschließend einfach wohler.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Trotz der festen Absicht kann es immer mal wieder vorkommen, dass Barrieren auftreten, die Sie vom Durchführen der Aktivpause abhalten.

Wie stark halten die folgenden Hindernisse Sie vom eigenständigen Durchführen der Aktivpause ab?	Gar nicht	Etwas	Stark	Sehr stark
Ich habe keine passende Kleidung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin müde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Arbeitskolleg/innen beanspruchen mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin krank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe keine Lust.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist noch viel Arbeit zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vergesse die Aktivpause.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe keine Arbeitskolleg/innen, die die Aktivpause mit mir durchführen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muss großen organisatorischen Aufwand betreiben (z.B. Termin planen, Arbeitsalltag danach ausrichten).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Schmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mich nicht aufraffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe keine passenden Übungsmaterialien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe schlechte Laune.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin verletzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir kommt ein Termin dazwischen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt räumliche Probleme/Platzmangel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin niedergeschlagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich in Anwesenheit unbeteiligter Personen unwohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin im Stress.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Denken Sie bitte an Ihr Vorhaben, die Aktivpause 3x wöchentlich durchzuführen. Nun treten verschiedene Hindernisse auf. (Bitte für "Finde ich sinnvoll" und "Finde ich nicht sinnvoll" sowie für "Mache ich" und "Mache ich nicht" jeweils 1 Haken setzen.)

Um die Durchführung der Aktivpause dennoch sicherzustellen...	Finde ich sinnvoll	Finde ich nicht sinnvoll	Mache ich nicht	Mache ich
... verabrede ich mich mit Arbeitskolleg/innen zu regelmäßigen Aktivpausen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wähle ich eine passende Kleidung für die Aktivpause.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... schreibe ich den Termin auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... nehme ich mir vor, mir danach etwas Schönes zu gönnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vermeide ich Situationen, die mich von der Aktivpause abhalten könnten (z.B. Gespräche mit Kolleg/innen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... betrachte ich die Aktivpause als genauso wichtig wie andere Termine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wähle ich Übungen, die ich in meiner Verfassung durchführen kann (z.B. bei körperlichen Beschwerden).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... halte ich mir noch einmal die Vorteile der Aktivpause vor Augen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... versuche ich, mich in eine Stimmung zu versetzen, in der ich Lust auf körperliche Aktivität habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... lege ich mir alle Materialien griffbereit zur Seite (z.B. Übungskärtchen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fange ich gar nicht erst an, darüber nachzudenken, was ich anstatt der Aktivpause tun könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... teile ich Arbeitskolleg/innen mein Vorhaben mit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... suche ich bei räumlichen Problemen eine Alternative (z.B. anderen Raum suchen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... denke ich an das schlechte Gewissen, das ich hätte, wenn ich nicht zur Aktivpause ginge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... versuche ich unangenehme Situationen als Herausforderung zu sehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Nun kann es trotz allem manchmal vorkommen, dass Sie einen oder mehrere Aktivpause-Termine ausfallen lassen müssen.

Wie reagieren Sie?	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu
Ich betrachte den/die ausgefallene/n Termin(e) als Ausnahme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich resigniere und gebe mein Sportvorhaben gänzlich auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir weiter keine Gedanken und gehe wie gewohnt zum nächsten Termin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Eine berufliche Tätigkeit ist durch regelmäßigen Kontakt zu Arbeitskolleg/innen gekennzeichnet. Wie gehen diese damit um, dass Sie Aktivpausen durchführen?

Meine Arbeitskolleg/innen...	(Fast) nie	Manchmal	Oft	(Fast) immer
... führen die Aktivpause zusammen mit mir durch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... nehmen Rücksicht darauf, dass ich Aktivpausen durchführe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fordern mich auf, bei der Aktivpause mitzumachen oder weiterzumachen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... machen mir das Angebot, gemeinsam Aktivpausen durchzuführen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... unterstützen mich praktisch (z.B. bei Terminkonflikten), damit ich Aktivpausen durchführen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ermutigen mich dazu, an der Durchführung der Aktivpause festzuhalten und nicht aufzugeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... erinnern mich daran, die Aktivpause regelmäßig durchzuführen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihr allgemeines Bewegungs- und Gesundheitsverhalten. Diese Daten erheben wir, um die Zielgruppe der Aktivpause-Plus näher

12. Ihre Berufstätigkeit bzw. Ausbildung umfasst...

	Keine	Eher wenig	Eher mehr	Viel
Sitzende Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mäßige Bewegung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intensive Bewegung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. An wie vielen Tagen und wie lange haben Sie die folgenden Aktivitäten in den letzten 4 Wochen ausgeübt?

Zu Fuß zur Arbeit gehen (auch längere Teilstrecken)	An Tagen während der letzten 4 Wochen.	ca. Minuten pro Tag	<input type="radio"/> Nicht gemacht
Zu Fuß zum Einkaufen gehen	An Tagen während der letzten 4 Wochen.	ca. Minuten pro Tag	<input type="radio"/> Nicht gemacht
Radfahren zur Arbeit	An Tagen während der letzten 4 Wochen.	ca. Minuten pro Tag	<input type="radio"/> Nicht gemacht
Radfahren zu sonstigen Fortbewegungszwecken	An Tagen während der letzten 4 Wochen.	ca. Minuten pro Tag	<input type="radio"/> Nicht gemacht
Spazierengehen	An Tagen während der letzten 4 Wochen.	ca. Minuten pro Tag	<input type="radio"/> Nicht gemacht
Gartenarbeit (z.B. Rasen mähen, Hecke schneiden)	An Tagen während der letzten 4 Wochen.	ca. Minuten pro Tag	<input type="radio"/> Nicht gemacht
Körperlich anstrengende Hausarbeit (z.B. Putzen, Aufräumen)	An Tagen während der letzten 4 Wochen.	ca. Minuten pro Tag	<input type="radio"/> Nicht gemacht

14. An wie vielen Tagen und wie lange haben Sie die folgenden Aktivitäten in den letzten 4 Wochen ausgeübt?

Treppensteigen	An Tagen während der letzten 4 Wochen.	ca. Minuten pro Tag	<input type="radio"/> Nicht gemacht
----------------	--	--------------------------	-------------------------------------

15. Haben Sie in den letzten 4 Wochen regelmäßige sportliche Aktivität betrieben?

Ja	➔ weiter mit Frage 16	Nein	➔ Weiter mit Frage 17
----	-----------------------	------	-----------------------

16. Um welche sportliche(n) Aktivität(en) handelt es sich dabei?

A (bitte hier eintragen)	B (bitte hier eintragen)	C (bitte hier eintragen)
Aktivität A habe ich in den letzten 4 Wochen ca. Mal ausgeübt und zwar bei jedem Mal für ca. Minuten	Aktivität B habe ich in den letzten 4 Wochen ca. Mal ausgeübt und zwar bei jedem Mal für ca. Minuten	Aktivität C habe ich in den letzten 4 Wochen ca. Mal ausgeübt und zwar bei jedem Mal für ca. Minuten

17. Wir bitten Sie, Ihren Gesundheitszustand anhand der folgenden Frage einzuschätzen. Kreuzen Sie eines der fünf Kästchen entsprechend Ihrer Einschätzung an.

Wie beschreiben Sie selbst Ihren Gesundheitszustand?				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr schlecht	Schlecht	Weder noch	Gut	Sehr gut

18. Wie stark leiden Sie unter folgenden Beschwerden?

	Stark	Mäßig	Kaum	Gar nicht
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Wie gut können Sie folgende Tätigkeiten bewältigen? Es kommt nicht darauf an, die Tätigkeit oft durchgeführt zu haben. Entscheidend ist, was Sie sich wirklich zutrauen.

Können Sie...	Ich habe keine Probleme				Ich kann diese Tätigkeit nicht
... einen schweren Einkaufskorb (8Kg) über mehrere Etagen tragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aus der Rückenlage ohne Hilfe der Arme den Oberkörper aufrichten (Sit up)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... 2 schwere Koffer über mehrere Etagen tragen?	<input type="radio"/>				
... zwei Kilometer schnell gehen („walken“) ohne auszuruhen?	<input type="radio"/>				
... einen Kilometer ohne Pause joggen?	<input type="radio"/>				
... 30 Minuten ohne Pause joggen (ca. 5km)?	<input type="radio"/>				
... auf einem Stuhl sitzend mit den Händen den Boden erreichen?	<input type="radio"/>				
... aus dem Stand (Knie gestreckt) mit den Händen den Boden erreichen?	<input type="radio"/>				
... im Stehen mit dem Kopf die gestreckten Knie berühren?	<input type="radio"/>				
... auf einem Bein stehen, ohne sich festzuhalten (mind. 15 sek.)	<input type="radio"/>				
... einen Purzelbaum?	<input type="radio"/>				
... mit Abstützen über einen 1m hohen Zaun springen?	<input type="radio"/>				

Zum Schluss bitten wir Sie um einige persönliche Angaben.

20. In welchem Arbeitsbereich des KIT arbeiten Sie?

- Berufliche Ausbildung
 Technischer Dienst
 Verwaltung/Personalprozesse
 Lehre und/oder Forschung
 Sonstiges:

21. Wie viele Arbeitstage verbringen Sie in einer normalen Arbeitswoche am KIT?

(Bitte kreuzen Sie die Anzahl der Tage an, die Sie am Arbeitsplatz verbringen, auch wenn es sich z.B. nicht um volle Tage handelt)

- 1
 2
 3
 4
 5

22. Bitte geben Sie Ihr Alter an.

- ≤ 20
 21-30
 31-40
 41-50
 51-60
 >60

23. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- Weiblich
 Männlich

24. Hier haben Sie Platz für Anregungen und/oder Verbesserungsvorschläge.

Vielen Dank für Ihre Geduld und Ihre Unterstützung!

2-2 Auszug Fragebogen MZP 2

1. Wie viele Abwesenheitstage (z.B. Urlaub, Krankheit) hatten Sie zwischen dem 15.05. und dem 21.07.2017 (entspricht 10 Wochen)?

(Nicht anzugeben sind externe Arbeitstage, z.B. Fortbildungen, Home-Office. Falls Sie sich nicht mehr an eine genaue Zahl erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung ab.)

Tage

2. Denken Sie nun bitte an die Erfahrungen, die Sie durch die regelmäßige Durchführung von Aktivpausen am Arbeitsplatz in den vergangenen 10 Wochen gemacht haben.

Wenn ich die Aktivpause 3x wöchentlich durchgeführt habe, dann habe ich die Erfahrung gemacht, dass ...	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
... ich meine Kollegen besser kennen lernen konnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sich dadurch Personen in meiner Umgebung stark beeinträchtigt gefühlt haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich nicht mehr genug Zeit für andere Dinge hatte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich Angst hatte mich zu verletzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich belastbarer für den Alltag wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich etwas Gutes für meine Gesundheit getan habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mich das jedes Mal große Selbstüberwindung gekostet hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sich das positiv auf meine Figur ausgewirkt hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich dafür jedes Mal einen großen (organisatorischen) Aufwand betreiben musste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich mich vor Misserfolgen gefürchtet habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich mit netten Leuten zusammen war.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich mich anschließend einfach wohler gefühlt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie die folgend genannten Emotionen während der vergangenen 10 Wochen bei den Aktivpause-Einheiten erlebt haben.

	Immer	Häufig	Manchmal	Nie
Freude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stolz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zufriedenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glück	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überraschung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langeweile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbstbestätigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ärger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enttäuschung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mutlosigkeit/Resignation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unzufriedenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die Programmbausteine der Aktivpause-Plus.

4. Nachfolgend interessiert uns, wie hilfreich folgende Faktoren für die eigenständige Durchführung der Aktivpause-Plus in den vergangenen 10 Wochen für Sie waren.

(Nur von der Gruppe Multi-Plus auszufüllen)

	Gar nicht hilfreich	Eher nicht hilfreich	Eher hilfreich	Sehr hilfreich
Coaching-Sitzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zweiwöchige „Kickstart-Phase“ (3x wöchentliche Anleitung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material-Kiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übungsunterlagen (z.B. Übungskärtchen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wöchentliche Dokumentation der Aktivpause-Durchführung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multiplikator/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitskolleg/innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übungsleiter/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktivpause Orga-Team	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorgesetzte/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kostenfreiheit des Angebots	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Nachfolgend interessiert uns, wie hilfreich folgende Faktoren für die eigenständige Durchführung der Aktivpause-Plus in den vergangenen 10 Wochen für Sie waren.

(Nur von der Gruppe Classic-Plus auszufüllen)

	Gar nicht hilfreich	Eher nicht hilfreich	Eher hilfreich	Sehr hilfreich
Übungsunterlagen (z.B. Übungskärtchen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wöchentliche Dokumentation der Aktivpause-Durchführung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitskolleg/innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übungsleiter/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktivpause Orga-Team	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorgesetzte/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kostenfreiheit des Angebots	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Nachfolgend interessiert uns, wie zufrieden Sie mit Ihrem Übungsleiter/ Ihrer Übungsleiterin in den vergangenen 10 Kurswochen waren.

Der Übungsleiter/die Übungsleiterin meiner Kursgruppe ...	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft völlig zu
... motiviert mich zum regelmäßigen Sporttreiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist gegenüber der Gruppe hilfsbereit und freundlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist um die Integration der einzelnen Gruppenmitglieder bemüht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bringt durch neue Ideen Abwechslung in die Trainingsstunde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... spornt die Gruppenmitglieder in schwierigen Situationen an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bemüht sich um jedes einzelne Gruppenmitglied.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... kann einfach, anschaulich erklären und die Übungen gut aufbauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist gegenüber Kritik und neuen Anregungen aufgeschlossen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... gibt persönliche Rückmeldungen oder lobt, wenn eine schwierige Aufgabe erreicht ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Gibt es weitere Maßnahmen, die Sie sich zur Unterstützung der eigenständigen Durchführung von Aktivpausen wünschen?

Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>

Hier haben Sie Platz für Ihre Ideen.

8. Haben Sie sonstige Anregungen und/oder Verbesserungsvorschläge zur Aktivpause-Plus?

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme und Unterstützung!
Ihr Aktivpause-Team**

2-3 Auszug Fragebogen MZP 3

1. Wie viele Abwesenheitstage (z.B. Urlaub, Krankheit) hatten Sie zwischen dem 24.07. und dem 29.09.2017 (entspricht 10 Wochen)?

(Nicht anzugeben sind externe Arbeitstage, z.B. Fortbildungen, Home-Office. Falls Sie sich nicht mehr an eine genaue Zahl erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung ab.)

Tage

2. Denken Sie nun bitte an die Erfahrungen, die Sie durch die regelmäßige Durchführung von Aktivpausen am Arbeitsplatz in den vergangenen 10 Wochen gemacht haben.

Wenn ich die Aktivpause 3x wöchentlich durchgeführt habe, dann habe ich die Erfahrung gemacht, dass ...	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
... ich meine Kollegen besser kennen lernen konnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sich dadurch Personen in meiner Umgebung stark beeinträchtigt gefühlt haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich nicht mehr genug Zeit für andere Dinge hatte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich Angst hatte mich zu verletzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich belastbarer für den Alltag wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich etwas Gutes für meine Gesundheit getan habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mich das jedes Mal große Selbstüberwindung gekostet hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sich das positiv auf meine Figur ausgewirkt hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich dafür jedes Mal einen großen (organisatorischen) Aufwand betreiben musste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich mich vor Misserfolgen gefürchtet habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich mit netten Leuten zusammen war.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich mich anschließend einfach wohler gefühlt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abschließend haben Sie die Möglichkeit, uns zum 20-wöchigen Studienzeitraum Feedback zu geben und Ihre Wünsche für die weitere Unterstützung der Aktivpause-Plus zu äußern.

3. Nachfolgend interessiert uns, wie sich das Multiplikatoren-Konzept während der vergangenen 10 Wochen in ihren Gruppen bewährt hat.

(Nur von der Gruppe Multi-Plus auszufüllen)

Der Multiplikator/ die Multiplikatorin meiner Kursgruppe ...	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft völlig zu
... motiviert mich zum regelmäßigen Sporttreiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist gegenüber der Gruppe hilfsbereit und freundlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist um die Integration der einzelnen Gruppenmitglieder bemüht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... bringt durch neue Ideen Abwechslung in die Trainingsstunde.	<input type="radio"/>				
... spornt die Gruppenmitglieder in schwierigen Situationen an.	<input type="radio"/>				
... bemüht sich um jedes einzelne Gruppenmitglied.	<input type="radio"/>				
... kann einfach, anschaulich erklären und die Übungen gut aufbauen.	<input type="radio"/>				
... ist gegenüber Kritik und neuen Anregungen aufgeschlossen.	<input type="radio"/>				
... gibt persönliche Rückmeldungen oder lobt, wenn eine schwierige Aufgabe erreicht ist.	<input type="radio"/>				

4. Nachfolgend interessiert uns, wie Sie sich in der Rolle als Multiplikator/-in gefühlt haben. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen für Sie zutreffen. (Nur von Multiplikatoren auszufüllen)

Der Multiplikator/ die Multiplikatorin meiner Kursgruppe ...	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft völlig zu
In der Rolle als Multiplikator/-in habe ich mich insgesamt wohl gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Rolle als Multiplikator/-in hat mir Spaß gemacht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Multiplikatoren-Schulung wurde mir ausreichend Wissen zur Anleitung von Aktivpausen vermittelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Multiplikatoren-Schulung war von großem Nutzen für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei der Anleitung von Aktivpausen habe ich mich sicher gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe ausreichend Unterstützung zur Durchführung von Aktivpausen erhalten (Stundenverlaufspläne etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mir vorstellen, auch in Zukunft als Multiplikator/-in zu agieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mir vorstellen, weitere Multiplikatoren-Schulungen zu besuchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Mit folgenden Aussagen bitten wir Sie, die Aktivpause-Plus zu bewerten. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen für Sie zutreffen. (Von allen Teilnehmern auszufüllen)

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
Durch das Aktivpause-Plus Programm habe ich neue Erkenntnisse gewonnen, wie ich meine Gesundheit fördern kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Übungen der Aktivpause-Plus waren gut gewählt (z.B. Aufbau der Einheiten, Übungsauswahl, Intensität der Übungen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich versuche, möglichst viele in dem Aktivpause-Plus Programm gewonnenen Erfahrungen im Alltag umzusetzen.	<input type="radio"/>				
Mit der Organisation durch das Aktivpause-Team bin ich zufrieden.	<input type="radio"/>				
Der zeitliche Aufwand für die Teilnahme am Aktivpause-Plus Programm hat sich gelohnt.	<input type="radio"/>				
Ich würde das Aktivpause-Plus Programm weiterempfehlen.	<input type="radio"/>				
Alles in Allem finde ich das Aktivpause-Plus Programm gelungen.	<input type="radio"/>				

6. Gibt es Maßnahmen, die Sie sich zur Unterstützung der eigenständigen Durchführung von Aktivpausen wünschen?

Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>

Hier haben Sie Platz für Ihre Ideen.

Haben Sie sonstige Anregungen und/oder Verbesserungsvorschläge zur Aktivpause-Plus?

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme und Unterstützung!
Ihr Aktivpause-Team**

2-4 Fragebogen Follow-Up Untersuchung



Institut für Sport und Sportwissenschaft
Geb. 40.40
E-Mail: Aktivpause@kitsc.de

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen zu Ihrem Durchführungsverhalten der Aktivpause.

Gehen Sie bei der Beantwortung der Frage bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Neben den meisten Aussagen finden Sie mehrere Kästchen. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen, dass es keine "richtigen" oder "falschen" Antworten gibt, sondern uns Ihre wahrheitsgemäße, persönliche Meinung wichtig ist.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert **ca. 5 Minuten**.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Auswertungsergebnisse werden ausschließlich in aggregierter Form (in Tabellen und/oder Grafiken) veröffentlicht, sodass Rückschlüsse auf Einzelpersonen nicht möglich sind. Es gilt das Landesdatenschutzgesetz-BW (LDSG).

Bitte tragen Sie hier Ihren persönlichen Code ein, den Sie erhalten haben.

Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns recht herzlich!

Los geht's ...



Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Umgang mit der Aktivpause und das Vorhaben, Ihr Bewegungsverhalten (am Arbeitsplatz) zu steigern. Wenn wir im Folgenden den Begriff „Aktivpause“ verwenden, beziehen wir uns dabei jeweils auf Gymnastikübungen am Arbeitsplatz mit einer Durchführungsdauer von 15 Minuten.

1. Wie häufig haben Sie in den vergangenen 10 Wochen durchschnittlich Aktivpausen (oder Gymnastik-Übungen) an Ihrem Arbeitsplatz durchgeführt?

<input type="radio"/> Gar nicht	<input type="radio"/> 2 Mal pro Woche
<input type="radio"/> Weniger als 1 Mal pro Woche	<input type="radio"/> 3 Mal pro Woche
<input type="radio"/> 1 Mal pro Woche	<input type="radio"/> Mehr als 3 Mal pro Woche

2. Wie viele Abwesenheitstage (z.B. Urlaub, Krankheit) hatten Sie zwischen dem 02.10. und dem 26.01.2018?

(Nicht anzugeben sind externe Arbeitstage, z.B. Fortbildungen, Home-Office. Falls Sie sich nicht mehr an eine genaue Zahl erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung ab.)

Tage

3. Wie stark ist Ihre Absicht, in den nächsten Wochen und Monaten 3x wöchentlich Aktivpausen am Arbeitsplatz durchzuführen?

Diese Absicht habe ich gar nicht	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	Diese Absicht habe ich sehr stark
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	--

4. Nachfolgend geht es um eine Einschätzung, wie sehr Sie sich zutrauen, die Aktivpause 3x wöchentlich am Arbeitsplatz durchzuführen.

Ich traue mir zu, die Aktivpause <u>ab sofort</u> 3x wöchentlich durchzuführen.							
Traue ich mir gar nicht zu	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	Traue ich mir zu 100% zu
Ich traue mir zu, die Aktivpause <u>über ein paar Monate</u> hinweg 3x wöchentlich durchzuführen.							
Traue ich mir gar nicht zu	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	Traue ich mir zu 100% zu
Ich traue mir zu, <u>nach einer längeren Pause</u> wieder 3x wöchentlich mit der Durchführung der Aktivpause anzufangen.							
Traue ich mir gar nicht zu	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	Traue ich mir zu 100% zu

5. Im Folgenden geht es darum, ob Sie bereits konkrete Pläne haben, wie Sie das Ziel umsetzen, die Aktivpause in den nächsten Wochen 3x wöchentlich durchzuführen.

Ich habe bereits konkret geplant...	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
... wann ich Aktivpausen durchführen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wo ich Aktivpausen durchführen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wie ich Aktivpausen durchführen werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wie oft ich Aktivpausen durchführen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... mit wem ich Aktivpausen durchführen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... was ich tun werde, wenn einmal etwas dazwischen kommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wie ich damit umgehen kann, wenn ich mal ausgesetzt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... was ich in schwierigen Situationen tun kann, um meinen Vorsätzen treu zu bleiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wann ich besonders aufpassen muss, um nicht auszusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Nun kann es trotz allem manchmal vorkommen, dass Sie einen oder mehrere Aktivpause-Termine ausfallen lassen müssen.

Wie reagieren Sie?	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu
Ich betrachte den/die ausgefallene/n Termin(e) als Ausnahme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich resigniere und gebe mein Sportvorhaben gänzlich auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir weiter keine Gedanken und gehe wie gewohnt zum nächsten Termin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Eine berufliche Tätigkeit ist durch regelmäßigen Kontakt zu Arbeitskolleg/innen gekennzeichnet. Wie gehen diese damit um, dass Sie Aktivpausen durchführen?

Meine Arbeitskolleg/innen...	(Fast) nie	Manchmal	Oft	(Fast) immer
... führen die Aktivpause zusammen mit mir durch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... nehmen Rücksicht darauf, dass ich Aktivpausen durchführe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fordern mich auf, bei der Aktivpause mitzumachen oder weiterzumachen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... machen mir das Angebot, gemeinsam Aktivpausen durchzuführen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... unterstützen mich praktisch (z.B. bei Terminkonflikten), damit ich Aktivpausen durchführen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ermutigen mich dazu, an der Durchführung der Aktivpause festzuhalten und nicht aufzugeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... erinnern mich daran, die Aktivpause regelmäßig durchzuführen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Hier haben Sie Platz für Anregungen und/oder Verbesserungsvorschläge.

Vielen Dank für Ihre Geduld und Ihre Unterstützung!

Ihr Aktivpause-Team

2. Bitte schätzen Sie ein, wie hilfreich die einzelnen Inhalte der Coaching-Sitzung für Ihr Vorhaben waren, die Aktivpause 3x wöchentlich durchzuführen.

	Sehr hilfreich					Gar nicht hilfreich
	6	5	4	3	2	1
Besprechung Ablauf Aktivpause-Plus	<input type="radio"/>					
Theoretischer Input	<input type="radio"/>					
Brainstorming Gesundheitsziele	<input type="radio"/>					
Brainstorming Barrieren	<input type="radio"/>					
Entwicklung Gegenstrategien	<input type="radio"/>					
Ausfüllen des Strategieplans	<input type="radio"/>					
Aktivpause-Regeln	<input type="radio"/>					
Besprechung Organisatorisches	<input type="radio"/>					

3. Bitte geben Sie Ihre Einschätzung ab.

	Trifft genau zu					Trifft gar nicht zu
	6	5	4	3	2	1
Für die Planung und Durchführung der Aktivpause-Plus war das Coaching hilfreich.	<input type="radio"/>					
Würden Sie die Coaching-Sitzung zur Unterstützung der eigenständigen Durchführung von Aktivpausen weiterempfehlen?	<input type="radio"/>					

4. Haben Sie sonstige Anmerkungen?

Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns recht herzlich!

2. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen. Diese beziehen sich auf beide Coaching-Sitzungen.

Durch die Coaching-Sitzungen...	Trifft genau zu					Trifft gar nicht zu
	6	5	4	3	2	1
... habe ich mehr Klarheit über meine Gesundheitsziele entwickelt.	<input type="radio"/>					
... hat sich mein Handlungsspektrum in Bezug auf die Umsetzung der Aktivpause erweitert.	<input type="radio"/>					
... habe ich neue Verhaltensweisen erlernt.	<input type="radio"/>					
... bin ich mir meiner Ressourcen (Fähigkeiten und Fertigkeiten) für die regelmäßige Durchführung bewusstgeworden.	<input type="radio"/>					

3. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen. Diese beziehen sich auf beide Coaching-Sitzungen.

	Trifft genau zu					Trifft gar nicht zu
	6	5	4	3	2	1
Das Coaching wird von langfristigem Nutzen sein.	<input type="radio"/>					
Die Coaching-Sitzungen haben meine Entwicklung positiv unterstützt.	<input type="radio"/>					
Ich würde grundsätzlich noch einmal Coaching in Anspruch nehmen.	<input type="radio"/>					
Für die Planung und Durchführung der Aktivpause-Plus waren die Coaching-Sitzungen hilfreich.	<input type="radio"/>					
Mit dem Coaching-Prozess bin ich zufrieden.	<input type="radio"/>					
Ich würde die Coaching-Sitzungen zur Unterstützung der eigenständigen Durchführung von Aktivpausen weiterempfehlen.	<input type="radio"/>					

4. Haben Sie sonstige Anmerkungen?

Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns recht herzlich!

3. Bitte schätzen Sie ein, wie hilfreich die einzelnen Inhalte der Schulung waren, um Sie auf die Multiplikatoren-Tätigkeit vorzubereiten.

	Sehr hilfreich 6	5	4	3	2	Gar nicht hilfreich 1
Rolle des Multiplikators/ der Multiplikatorin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorstellung des Kursmanuals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorstellung der Materialien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhalte und Ziele einer Bewegungspause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praxis-Input	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gruppenarbeit-Phase & Feedback	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Nach der Durchführung der Schulung fühle ich mich in der Lage, als Multiplikator/-in in meiner Gruppe zu agieren.

Trifft genau zu 6	5	4	3	2	Trifft gar nicht zu 1
<input type="radio"/>					

5. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Multiplikatoren-Schulung?

Sehr zufrieden 6	5	4	3	2	Gar nicht zu zufrieden 1
<input type="radio"/>					

6. Wünschen Sie sich weitere Maßnahmen, mit denen wir Sie als Multiplikator/-in unterstützen können?

- Nein Ja und zwar ...

7. Was sind Ihre Beweggründe, als Multiplikator/-in zu fungieren?

Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns recht herzlich!

ANHANG 3: Curricula der Programmschulungen

3-1 Curriculum der Coaching-Sitzung 1 in Kurzform (90 Minuten)

Thema	Inhalt	Material	Zeit
Begrüßung und Einführung – 10 Min.			
Begrüßung	<ul style="list-style-type: none"> – Begrüßung Teilnehmer/-innen – Vorstellung Moderator/-in und AP-Team – Anwesenheitsliste – Hinweis auf Unterlagen 	Flipchart	3 Min.
Vorstellung der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Warum sind Sie heute hier? – Das Coaching ist ein Modul der Intervention Aktivpause-Plus – Vorstellung Aktivpause-Plus – Ausgabe der Materialkiste 	Flipchart Coaching-Begleiter	4 Min.
Ablauf des Coachings	<ul style="list-style-type: none"> – Vorstellung der Inhalte des Coachings <ul style="list-style-type: none"> • Theorie-Input • Barrierenmanagement • Handlungsplanung • Strategie-Plan 	Flipchart	3 Min.
Theoretischer Input – 10 Min.			
Gesundheitsziele	<ul style="list-style-type: none"> – Hinführung zum Thema Gesundheitsziele: Brainstorming: Warum nehmen Sie an der AP-Plus teil? – Theoretischer Input – Ziele als Motor der Motivation – Kosten-Nutzen-Analyse erwähnen (kann später eigenständig durchgeführt werden) 	Coaching-Begleiter	5 Min.
Verhältnisprävention und Verhaltensprävention	<ul style="list-style-type: none"> – Unterscheidung Verhältnisprävention und Verhaltensprävention → Praxis-Beispiel: „Arme verschränken“ 	Coaching-Begleiter	5 Min.
Barrierenmanagement – 55 Min.			
Strategieentwicklung: Identifikation von Barrieren	<ul style="list-style-type: none"> – Hinführung & Brainstorming zum Thema Barrierenmanagement – Zusammenstellung der Barrieren – Ergänzung fehlender Barrieren 	Flipchart Moderationkarten Edding	15 Min.
Strategieentwicklung: Identifikation von Barrieren	<ul style="list-style-type: none"> – Clustern der Barrieren in die vier Bereiche: <ol style="list-style-type: none"> 1. Terminkonflikte 2. Physische Einschränkungen 3. Psychische Einschränkungen 4. Ungünstige Rahmenbedingungen 	Flipchart 4 DIN A4 Blätter mit Aufschrift	10 Min.
Strategieentwicklung: Entwicklung von Gegenstrategien	<ul style="list-style-type: none"> – Erarbeitung von Gegenstrategien (SORK) – Teilnehmer/-innen entscheiden sich für ihre persönlichen drei Hauptbarrieren – Diskussion der gruppenbezogenen Barrieren und Aktivpause-Plus Regeln – Niederschrift in den Strategie-Plan 	Flipchart Coaching-Begleiter	25 Min.
Strategieentwicklung: Weiterentwicklung Gegenstrategien	<ul style="list-style-type: none"> – Besprechung der Selbstbeobachtungsaufgabe 	Coaching-Begleiter	5 Min.
Organisatorisches und Handlungsplanung – 15 Min.			
Handlungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> – Bestimmung Multiplikator – Terminfindung (Tag & Zeit) – Festlegung der Räumlichkeit – Informationen zum weiteren Ablauf – Klärung offener Fragen 	Flipchart Coaching-Begleiter	10 Min.
Ausgabe Fragebögen	<ul style="list-style-type: none"> – Ausgabe Feedback-Fragebogen 	Ausdrucke	4 Min.
Verabschiedung	<ul style="list-style-type: none"> – Verabschiedung Teilnehmer/-innen – Gruppenritual: „Schulterklopfen“ 		1 Min.

3-2 Curriculum der Coaching-Sitzung 1 in Langform (90 Minuten)

Inhalte Coaching-Sitzung 1 – Langform (90 Minuten)		
Thema	Beschreibung & Methodik	Ziel
Begrüßung		
Begrüßung Teilnehmer/-innen und Vorstellung Moderator/-in	→ Flipchart mit Herzlich Willkommen zur Coaching-Sitzung <i>„Wir freuen uns, dass Sie an der Aktivpause-Plus teilnehmen und begrüßen Sie herzlich zum heutigen Coaching. Mein Name ist (...), ich werde heute das Coaching moderieren. Die Aktivpause-Plus wird von Frau Schüler-Hammer, Yvonne Deurer und mir begleitet. Frau Schüler-Hammer begleitet das Projekt auch innerhalb ihrer Promotion, Yvonne Deurer ist hilfswissenschaftliche Mitarbeiterin und wird ihre Bachelorarbeit innerhalb des Projektes schreiben und ich meine Masterarbeit.“</i>	Ankommen/ Abholen
Teilnehmer/-innen stehen auf und führen gemeinsam mit Moderator/-in „Daumen hoch Übung aus	→ Alle Teilnehmer/-innen stehen auf und machen gemeinsam mit Moderator/-in Daumen hoch Übung <i>„Zu Beginn möchte ich Sie gleich einladen mit mir eine kurze Aktivpause zu machen. Bitte stehen Sie alle auf und strecken Sie Ihre Arme auf Schulterhöhe zur Seite aus. Eine Hand zeigt „Daumen hoch“ an, die andere Hand zeigt „Daumen runter“ an. Der Blick wandert langsam zu „Daumen hoch“. Daumenrichtung wechseln, indem Sie die Schultern ein- bzw. aufdrehen. Der Blick wandert stets Richtung „positiven Daumen“.“</i>	
Vorstellung der Inhalte des Coachings	→ Ablauf des Coachings erklären (→auf Flipchart Plakat) <i>„Was erwartet Sie heute?“ Zunächst werde ich Ihnen den Ablauf der gesamten Intervention vorstellen. Daraufhin möchte ich Ihnen mit einem kurzen Impulsvortrag das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz näherbringen. Im Anschluss werden wir auf das Thema Barrierenmanagement eingehen, das wir gemeinsam interaktiv erarbeiten. Abschließend besprechen wir die konkrete Planung der Aktivpause-Plus sowie offene Fragen Ihrer Gruppe.“</i>	Struktur- Vorgabe
Vorstellung der Intervention		
Begründung Aktivpause-Plus	→ Teilnehmer/-innen erhalten Teilnehmerunterlagen <i>„Sie erhalten nun für die heutige Sitzung Ihre Teilnehmerunterlagen, die Sie auch im Verlauf der kommenden Monate immer wieder nutzen können.“</i> <i>„Warum machen wir das Programm Aktivpause-Plus überhaupt? Bei der Aktivpause-Evaluation 2016 wurde vielfach der Wunsch geäußert, die Aktivpause häufiger pro Woche bzw. auch während der vorlesungsfreien Zeit anzubieten sowie Unterstützung für die eigenständige Durchführung von Bewegungspausen zu erhalten. Diesem Anliegen möchten wir nun nachkommen. Unser Ziel ist es, Sie dabei zu unterstützen, einen körperlich aktiven Lebensstil am Arbeitsplatz aufzubauen und die Nachhaltigkeit und Kontinuität der bestehenden Aktivpause zu fördern. Denn nur wenn die Aktivpause regelmäßig durchgeführt wird, können die zu erwartenden gesundheitsförderlichen Effekte ausgeschöpft werden, diese Effekte sind bereits zahlreich nachgewiesen. Die Aktivpause-Plus wird wissenschaftlich im Rahmen einer</i>	Einführung

Vorstellung Interventionsplan,-struktur,-ziel,-ablauf	<p><i>Promotion begleitet, um den Erfolg Ihrer Verhaltensänderung zu untersuchen und ein objektives Feedback über das neue Konzept zu erhalten.</i></p> <p>→ Ablauf der Intervention an Flipchart erklären <i>„Die Aktivpause-Plus ist wie folgt aufgebaut:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Messzeitpunkt 1 (April)</i> 2. <i>Coaching-Sitzung (Mai)</i> 3. <i>Start der Aktivpause-Plus 15.05.2017</i> <i>Eigenständige Durchführung der Aktivpause</i> 4. <i>Kick-Start-Phase (2 Wochen)</i> 5. <i>Multiplikatoren-Schulung (Mai)</i> 6. <i>Messzeitpunkt 2 (Juli)</i> 7. <i>Auffrischung Coaching-Sitzung (Juli)</i> 8. <i>Eigenständige Durchführung der Aktivpause (Aug./Sept.)</i> 9. <i>Messzeitpunkt 3 (Oktober)“</i> <p>→ Teilnehmer/-innen auf Teilnehmerunterlagen verweisen: Thema gesundheitstheoretischer Hintergrund <i>„In Ihren Unterlagen finden Sie ausführliche Information zum Thema Risiken körperlicher Inaktivität und sitzender Verhaltensweise. Das können Sie sich gerne nach der heutigen Coaching-Sitzung durchlesen.“</i></p>	
Theoretischer Input		
Gesundheitstheoretischer Hintergrund		
Risiken körperlicher Inaktivität und sitzender Verhaltensweisen	<p>→ Hintergrund Information für Moderator/in: → Negative Effekte körperlicher Inaktivität: <i>„Personen, die einen Großteil des Tages sitzen, gefährden ihre Gesundheit. Das Risiko, z.B. an Diabetes oder Herzkrankheiten zu erkranken oder einen Schlaganfall zu erleiden, erhöht sich. Die Folgen von zu langem und zu vielem Sitzen sind bspw. Rückenbeschwerden, Augenbelastungen oder einseitige Beanspruchungen des Schulter-Nacken-Armsystems.</i></p> <p><i>Die Weltgesundheitsorganisation bezeichnet langanhaltende Sitzzeiten mittlerweile sogar als einen unabhängigen Risikofaktor für unsere Gesundheit. Das bedeutet, dass die Inaktivität des Berufsalltags nicht durch eine einmalige Ausgleichaktivität, wie z.B. Joggen oder walken, am Abend nachgeholt werden kann. Wichtig ist daher, dass Ausgleichaktivitäten belastungsnah stattfinden. Laut verschiedener Experten soll die Sitzzeit optimaler Weise sogar stündlich durch kurze Bewegungsaktivitäten unterbrochen werden.“</i></p>	Sensibilisierung und Bewusstsein schaffen Teilnehmer/-innen informieren und aufklären
Gesundheitswirkungen von Bewegungspausen/ Nutzen von Arbeitspausen	<p>→ Positive Effekte körperlicher Aktivität <i>„Es gibt zahlreiche Studien, die den positiven Effekt ausreichender Bewegung am Arbeitsplatz nachweisen. Hier kommt die Bedeutung der Aktivpause ins Spiel: Bewegungspausen haben nachweislich positive Wirkungen auf unsere Gesundheit und Arbeitsleistung.</i> <i>Allgemein kann regelmäßige körperliche Aktivität sogar Krankheiten vermindern und verbessert nachweislich die körperliche und geistige Gesundheit. Mit Bewegungsaktivitäten stärken wir unsere Gesundheitsressourcen und sind damit belastbarer für den Alltag.</i></p>	

Gesundheitsziele		
<p>Hinführung zum Thema & Brainstorming Gesundheitsziele</p> <p>Ziele als Motor der Motivation</p>	<p>→ Sammlung von Teilnahmegründen <i>„Nun habe ich Ihnen den Ablauf der kommenden Wochen und Monaten vorgestellt und würde gerne von Ihnen erfahren, aus welchen Gründen Sie an der Aktivpause-Plus teilnehmen? Wir gehen einfach mal der Reihe nach durch und jeder von Ihnen sagt in einem Satz seine Beweggründe für die Teilnahme.“</i></p> <p><i>„Bei vielen von Ihnen steckt hinter der Intention an der Aktivpause-Plus teilzunehmen gesundheitliche Gründe, womit wir direkt beim Thema Gesundheitsziele sind: Was sind Gesundheitsziele? Gesundheitsziele sind körperliche oder seelische Zustände, die von der Person erwünscht sind und von ihr angestrebt werden. Zum Beispiel: Schmerzfreiheit, gute Beweglichkeit oder seelische Ausgeglichenheit. Die Gesundheitsziele sind sozusagen der Motor für unsere Motivation, regelmäßig eine Bewegungspause durchzuführen.“</i></p> <p><i>„Damit auch Sie einen Anreiz haben, die Aktivpause in den kommenden Wochen regelmäßig durchzuführen, bitte ich Sie nach der heutigen Sitzung die Kosten-Nutzen-Analyse auf Seite 8 durchzuführen und Ihre persönlichen Gesundheitsziele aufzuschreiben“</i></p> <p>→ Kosten-Nutzen-Analyse wird als Hausaufgabe ausgefüllt/durchgeführt. Teilnehmer/-innen notieren ihre persönlichen Kosten-Nutzen einer regelmäßigen Aktivpause-Durchführung in ihren Unterlagen.</p>	<p>Teilnehmer/-innen für Gesundheitsziele sensibilisieren</p>
Verhaltensprävention und Verhältnisprävention		
<p>Unterschied Verhältnis- und Verhaltensprävention</p> <p>Sensibilisierung Motivation und Volition</p>	<p>→ Darstellung Verhaltensprävention und Verhältnisprävention <i>„Damit Sie Ihre gesteckten (Gesundheits-)Ziele erreichen können, ist es von grundlegender Bedeutung, dass die Rahmenbedingungen, d.h. die Verhältnisse gegeben sind.“</i></p> <p><i>DENN: Nur in günstigen Verhältnissen kann auch ein gesundes Verhalten stattfinden.“</i></p> <p><i>„Verhältnisprävention ist z.B., wenn der Arbeitsplatz bewegungsfreundlich gestaltet wird, entsprechende Maßnahmen wie die Aktivpause angeboten werden, gesundes Essen angeboten wird usw. Wir wollen Ihnen bestmögliche Verhältnisse bieten, indem wir Ihnen z.B. das Material zur Verfügung stellen, aber auch mit der heutigen Coaching-Sitzung und der Multiplikatoren-Schulung. Hiermit schaffen wir für Sie optimale Bedingungen für die Durchführung der Aktivpause-Plus.“</i></p> <p><i>„Verhaltensprävention. Mit den genannten Rahmenbedingungen möchten wir Sie bestmöglich unterstützen, Ihr Vorhaben zur eigenständigen Durchführung der Aktivpause zu erreichen. Wir alle kennen jedoch den inneren Schweinehund und wissen, wie schwierig es manchmal sein kann, ein geplantes Verhalten tatsächlich umzusetzen, z.B. nimmt man sich vor, regelmäßig joggen zu gehen, bricht dies jedoch nach einer kurzen Zeit wieder ab.“</i></p> <p><i>„Nun liegt es an Ihnen, die gesundheitsfördernden Maßnahmen im Betrieb anzunehmen und regelmäßig umzusetzen, z.B. die drei Mal wöchentliche Durchführung der Aktivpause.“</i></p> <p>→ Überleitung zu Strategieentwicklung/Motivation-Volition.</p>	<p>Teilnehmer/-innen informieren und aufklären</p> <p>Hinführung an das Barrierenmanagement</p>

Barrierenmanagement		
Hinführung zum Thema Barrierenmanagement Was sind Barrieren?	<p>→ Praxis-Input: Arme verschränken „Verhaltensänderung ist ein langer Prozess, der unsere Aufmerksamkeit verlangt und bei dem immer wieder Barrieren auftreten können.“</p> <p>„Barrieren sind Hindernisse, die Personen davon abhalten, ein geplantes Verhalten durchzuführen. Um Barrieren überwinden zu können, müssen sie zunächst bewusstgemacht werden.“</p> <p>„Aus der Forschung ist bekannt, dass eine Verhaltensänderung eher erfolgreich ist, wenn das angestrebte Verhalten konkret geplant und Barrieren vorab identifiziert und verhindert werden. Deshalb möchten wir nun mögliche Barrieren, die Sie von der Aktivpause abhalten können, sammeln.“</p>	Bewusstsein für Verhaltensänderung schaffen
Strategieentwicklung: Identifikation von Barrieren		
Brainstorming möglicher Barrieren	<p>→ Moderationskärtchen werden ausgeteilt „Bitte schreiben Sie nun pro Moderationskärtchen eine Barriere auf, die Ihnen einfällt. Schreiben Sie groß und in Druckbuchstaben, sodass es jeder lesen kann. Hängen Sie die Kärtchen an die Pinnwand. Wenn die Barriere bereits vorne hängt, schreiben Sie diese bitte nicht ein zweites Mal auf. Wenn trotzdem Barrieren doppelt vorkommen, ist das nicht schlimm.“</p>	Identifikation der Barrieren
Zusammenstellung der Barrieren Ergänzung fehlender Barrieren	<p>→ Moderator/-in sortiert Kärtchen gemeinsam mit der Gruppe</p> <p>→ Fehlen wichtige Barrieren, werden diese von Moderator/in angesprochen und in der Gruppe kurz diskutiert</p> <p>→ Barrieren, welche den/die Multiplikator/en betreffen, werden getrennt sortiert.</p> <p>→ Barrieren, welche die ganze Gruppe betreffen, werden ebenfalls auf einem extra Flipchart sortiert.</p> <p>→ Moderator/-in bespricht die Barrieren die den Einzelnen betreffen, und sortiert sie den nachfolgend genannten Bereichen zugeordnet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terminkonflikt (personenbezogen) 2. Physische Einschränkungen 3. Psychische Einschränkungen 4. Ungünstige Bedingungen 5. (Sonstiges) <p>„Wir teilen die Barrieren nun in drei Bereiche auf: Barrieren, welche den Einzelnen betreffen, Barrieren, welche den/die Multiplikator/in betreffen und Barrieren, welche einen Gruppenbezug haben. Die Barrieren die den Multiplikator betreffen werden in der Multiplikatoren-Schulung besprochen. Die gruppenbezogenen Barrieren werden wir nachdem wir die Barrieren die den Einzelnen betreffen besprochen haben, separat besprechen.“</p>	Eingrenzung der Barrieren
Clustern der Barrieren in die vier Bereiche	<p>„Schauen wir uns nun gemeinsam die Barrieren, die den Einzelnen betreffen, an und versuchen diese etwas zu ordnen. Barriere „1“ und Barriere „2“ sind sich sehr ähnlich, sind Sie damit einverstanden, wenn ich diese mal zusammenhänge usw.“ „Nun haben wir vier Bereiche/Kategorien in die Sie Ihre Barrieren geordnet haben. Haben Sie eine Idee wie wir die Bereiche übergeordnet benennen können?“</p> <p>→ Falls keine Idee kommt macht, Moderator/-in einen Vorschlag Wir haben uns vorab auch schon Gedanken gemacht und ich hätte folgenden Vorschlag für den ersten Bereich. Könnten wir diese Barrieren dem übergeordneten Thema „Terminkonflikt“ zuordnen? usw.“</p>	Übersichtliche Darstellung der Barrieren schaffen

Strategieentwicklung: Gegenstrategien entwickeln		
Erarbeitung von Gegenstrategien mit Hilfe des SORK-Schemas	<p>→ Gegenstrategien für identifizierte, personenbezogene Barrieren entwickeln <i>„Barrierenmanagement bedeutet, Strategien anzuwenden, um die Hindernisse zu überwinden. Bei diesen Strategien geht es darum, sowohl die materielle und soziale Umwelt als auch die eigenen Gefühle und Gedanken so zu steuern, dass sie der Verwirklichung der eigenen Vorsätze dienlich sind.“</i></p> <p>→ SORK-Schema als Hilfe nutzen <i>„In Ihren Unterlagen finden Sie auf Seite 14 ein Modell, das Sie nutzen können, um Gegenstrategien für ihre gesammelten Barrieren zu entwickeln. Bitte lesen Sie sich dieses kurz durch.“</i></p> <p>→ Während Teilnehmer/-innen das SORK-Schema lesen, hängt Moderator/-in vier Flipchart Plakate zu den vier Strategiebereichen auf</p> <p>→ Poster-Rundgang: Teilnehmer/-innen schreiben ihre Ideen zu den Gegenstrategien auf den jeweiligen Flipchart <i>„Nun möchte ich Sie bitten, dass Sie sich Gegenstrategien zu den vier Barriere-Bereichen (personenbezogen) überlegen. Was werden Sie tun, damit Sie sich bei der regelmäßigen Durchführung der Aktivpause unterstützen können? Oder welche Strategie können Sie einsetzen, um mit den Barrieren umzugehen?“</i></p> <p><i>Verteilen Sie sich nun aktiv im Raum und schreiben Sie Ihre Ideen auf die jeweiligen Poster. Wenn Ihre Strategie bereits aufgeschrieben wurde oder Sie eine Idee gut finden, machen Sie dahinter einen Strich.“</i></p> <p>→ Moderator/-in kommentiert die gesammelten Strategien und ergänzt fehlende</p> <p>→ Teilnehmer/-innen schreiben ihre drei persönlichen Hauptbarrieren mit den jeweiligen Strategien in ihre Teilnehmerunterlagen <i>„Wählen Sie für sich drei Hauptbarrieren und Strategien aus, die für Sie persönlich am wahrscheinlichsten eintreten werden und schreiben diese auf Seite 18 in Ihre Unterlagen“</i></p>	Sensibilisierung Auseinandersetzung mit dem Thema fördern Strategien dokumentieren
Teilnehmer/-innen entscheiden sich für ihre persönlichen drei Hauptbarrieren und -strategien	<p>→ Gruppenbezogene Barrieren und die dazugehörigen Gegenstrategien sowie allgemeine Aktivpause-Regeln werden in der Gruppe besprochen <i>„Nun gibt es noch gruppenbezogene Barrieren sowie allgemeine Regeln, die ich gerne mit Ihnen in der Gruppe besprechen möchte.“</i></p>	
Besprechung und Diskussion der gruppenbezogenen Barrieren und Aktivpause-Plus Regeln	<p>→ Flipchart: REGELN mit der Gruppe sammeln. Mögliche Regeln sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pünktlicher Beginn <i>„Wir beginnen immer pünktlich mit der Aktivpause“</i> 2. Fokus auf die Aktivpause <i>„Es findet kein „Kaffeeklatsch“ während der Aktivpause statt. Dabei sein und aktiv mitmachen.“</i> 3. Unterstützung des Multiplikators <i>„Wir unterstützen den Multiplikator, indem wir uns auch mitverantwortlich fühlen, dass die Aktivpause durchgeführt wird“</i> <p>BARRIEREN IN DER GRUPPE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausfall Multiplikator → Gegenstrategie 2. Terminkonflikt gruppenbezogen → Gegenstrategie 	

Niederschrift in den Strategie-Plan	→ Strategie-Plan besprechen <i>„Im Strategie-Plan, in dem Sie bereits ihre drei Hauptbarrieren sowie die Gegenstrategien notiert haben, können Sie im Nachgang noch Ihre persönlichen Gesundheitsziele eintragen. Sie erhalten eine Foto-Dokumentation der heutigen Coaching-Sitzung und können somit auch noch Notizen nachtragen.“</i>	
Besprechung der Selbstbeobachtungsaufgabe	→ Strategienutzung mithilfe des Strategie-Plans beobachten und dokumentieren <i>„Als kleine Hausaufgabe, bitte ich Sie, dass Sie in den kommenden Wochen/Monaten folgendes beobachten:</i> 1. <i>Welche Strategien waren hilfreich?</i> 2. <i>Welche Strategien waren weniger hilfreich?</i> 3. <i>Gibt es Strategien, die Sie verändern wollen?</i> 4. <i>Welche neuen Strategien wollen Sie durchführen?“</i> <i>„Notieren Sie Ihre Beobachtungen oder Dinge, die Sie evtl. verändern wollen auf Seite 16 in Ihren Unterlagen. Auch Fragen können Sie sich dort notieren, die wir dann bei einer Auffrischungs-Sitzung im Juli besprechen. Sie können aber auch jederzeit Ihren Übungsleiter ansprechen oder uns kontaktieren, wenn es Probleme oder Fragen gibt.“</i>	Reflektion der erarbeiteten Strategien sowie der Coaching-Sitzung
Organisatorisches und Handlungsplanung		
Umsetzungsplanung		
Bestimmung Multiplikator	→ Umsetzungsplanung in Strategie-Plan notieren <i>„Wir haben Sie bereits per E-Mail gebeten folgendes in Ihrer Gruppe zu klären:</i>	Struktur schaffen & Handlungsunterstützung
Terminfindung (Tag & Zeit)	<i>Wann führen Sie die Aktivpause durch? Wo führen Sie die Aktivpause durch? Wer ist/sind der/die Multiplikator/en in Ihrer Gruppe?“</i>	
Festlegung der Räumlichkeit	→ Falls ja, werden Daten/Personen in Strategie-Plan eingetragen	
Information zum weiteren Ablauf	→ Falls nein, werden die Fragen kurz besprochen <i>„Der weitere Verlauf der Aktivpause-Plus ist, dass Sie in den kommenden zwei Wochen eine Kickstart-Phase erhalten, in denen unsere Übungsleiter drei Mal pro Woche Aktivpause mit Ihnen durchführen. Im Anschluss beginnt die eigenständige Durchführung der Aktivpause. Für jede Woche haben wir</i>	
Klärung offener Fragen	<i>Aktivpause-Einheiten vorbereitet und verschriftlicht. Diese werden einmal vom Übungsleiter beispielhaft angeleitet und zwei Mal von Ihnen als Gruppe eigenständig durchgeführt. Alternativ haben wir Übungskärtchen für Sie vorbereitet, mithilfe derer Sie Aktivpausen durchführen können.“</i>	
	→ Materialkiste wird bei Multiplikatoren-Schulung ausgegeben <i>„Die Materialkiste erhält der Multiplikator bei der Multiplikatoren-Schulung am 17.05. bzw. 23.05.17. Heute erhalten Sie bereits jeder eine Wasserflasche und einen Antistressball. Bitte bringen Sie sich jeder noch eine weitere 0,5 L Flasche mit. Die Wasserflaschen und der Antistressball werden für die Durchführung der Aktivpause-Plus benötigt.“</i>	
Fragebogen		
Ausgabe des Feedback-Fragebogens	→ Feedback-Fragebogen wird ausgeteilt und per Hauspost zurückgeschickt, z.Hd. Aktivpause, Stefanie Schüler-Hammer, IfSS, 40.40 → Alternativ kann der Fragebogen im Anschluss an die Coaching-Sitzung ausgefüllt und abgegeben werden <i>„Um Feedback über die Coaching-Sitzung zu erhalten, teile ich Ihnen nun einen Kurz-Fragebogen aus. Wir freuen uns</i>	

	<i>sehr, wenn Sie diesen im Anschluss ausfüllen und mir abgeben oder per Hauspost an uns zurücksenden.“</i>	
Ende des Gruppengesprächs		
Gruppenritual: „Schulterklopfen“	→ Abschluss Coaching-Sitzung <i>„Nun bitte ich Sie noch mal alle aufzustehen und einen Kreis zu machen. Jetzt legen wir unseren rechten Arm auf die Schulter des rechten Nachbarn und sagen „gut gemacht“.</i>	
Verabschiedung Teilnehmer/-innen	<i>Hiermit möchte ich das heutige Coaching abschließen. Wir bedanken uns für Ihr Engagement und wünschen Ihnen ganz viel Spaß und Erfolg bei der Aktivpause-Plus und stehen Ihnen für Fragen jederzeit zur Verfügung.“</i>	

3-3 Curriculum der Coaching-Sitzung 2 in Kurzform (30 Minuten)

Thema	Inhalt	Material	Zeit
Begrüßung und Einführung – 4 Min.			
Begrüßung	<ul style="list-style-type: none"> – Begrüßung Teilnehmer/-innen und Vorstellung Moderator/-in – Anwesenheitsliste – Warum Kurz-Coaching heute? 		4 Min.
Anknüpfung an Coaching 1			
Barrierenmanagement und Handlungsplanung – 25 Min.			
Reflexion und Klärungsphase: Abholen der Teilnehmer/-innen	<ul style="list-style-type: none"> – Wie geht es den Teilnehmer/-innen mit Ihrem Vorhaben? 	Auf Flipchart sammeln	25 Min.
Strategie-Plan: Selbstbeobachtung	<ul style="list-style-type: none"> – Welche konkreten Strategien waren hilfreich? – Gibt es Strategien und/oder Regeln die die Teilnehmer/-innen verändern wollen? – Wo sind Probleme aufgetreten? 	Punkte kleben auf Strategie-Poster Auf Flipchart sammeln	
	<ul style="list-style-type: none"> – Gibt es weitere Barrieren? – Strategien entwickeln und dokumentieren – Niederschrift in den Strategie-Plan – Klärung offener Fragen 	Moderationskärtchen Dokumentation der Barrieren und Strategien in den Strategie-Plan	
Ende des Gruppengesprächs – 1 Min.			
Verabschiedung	<ul style="list-style-type: none"> – Verabschiedung Teilnehmer/-innen – Gruppenritual: „Schulterklopfen“ 		1 Min.

3-4 Curriculum der Coaching-Sitzung 2 in Langform (30 Minuten)

Inhalte Coaching-Sitzung 2 – Langform (30 Minuten)		
Thema	Beschreibung & Methodik	Ziel
Begrüßung		
Begrüßung Teilnehmer/-innen und Vorstellung Moderator/-in	<ul style="list-style-type: none"> → Flipchart mit Herzlich Willkommen zur Coaching-Sitzung → <i>„Herzlich willkommen zum heutigen Coaching. Mein Name ist (...), ich werde heute das Coaching moderieren.“</i> → Anwesenheitsliste <i>„Zunächst gebe ich eine Anwesenheitsliste herum, auf der Sie bitte unterschreiben.“</i> 	Ankommen/ Abholen
Warum Kurz-Coaching heute?	<ul style="list-style-type: none"> → Moderator/-in erklärt Ablauf des Coachings <i>„Wir haben in der Coaching-Sitzung im Mai über Ihr Vorhaben, die Aktivpause-Plus drei Mal wöchentlich durchzuführen, gesprochen und gemeinsam einen Strategie-Plan entwickelt. Ich möchte mit Ihnen heute besprechen wie Ihr Vorhaben bisher klappt und Ihnen bei Bedarf noch mal Unterstützung anbieten.“</i> 	Anknüpfen an vergangenes Coaching
Barrierenmanagement und Handlungsplanung		
Wie geht es den Teilnehmer/-innen mit Ihrem Vorhaben?	<ul style="list-style-type: none"> → Moderator/-in baut Kontakt zu den Teilnehmer/-innen auf und bittet jeden Teilnehmer/-in um ein kurzes Feedback, wie die Umsetzung der Aktivpause-Plus bisher geklappt hat <i>„Zunächst interessiert mich, wie es Ihnen mit Ihrem Vorhaben geht? Was hat nach dem letzten Coaching bis heute gut geklappt? Hatten Sie vielleicht ein positives Erlebnis oder haben Sie einen Erfolg bewusst erlebt? Was hat Ihnen geholfen? Hat es Ihnen geholfen, dass wir über die Strategien gesprochen haben?“</i> <p>Moderator/-in sammelt auf Flipchart positive Erlebnisse/was gut geklappt hat</p> <p>Moderator/-in geht in die Klärungsphase mit den Teilnehmer/-innen. Strategie-Poster werden ausgelegt</p>	Kontaktaufbau und Reflexion
Welche konkreten Strategien waren hilfreich?	<ul style="list-style-type: none"> <i>„Welche konkreten Strategien waren für Sie bisher hilfreich? Bitte kleben Sie ihre 3 bzw. 4 Punkte zu den Strategien, die für Sie besonders hilfreich waren.“</i> 	
Gibt es Strategien und/oder Regeln die die Teilnehmer/-innen verändern wollen?	<ul style="list-style-type: none"> → Auf Flipchart sammelt Moderator/-in mögliche Strategien und/oder Regeln, die verändert werden sollen, und/oder Strategien, die nicht geklappt haben <i>„Nun möchte ich mit Ihnen besprechen, ob es Strategien und/oder Regeln gibt, die Sie verändern wollen? Bitte schlagen Sie dafür Seite 16 in dem Coaching-Begleiter auf und nehmen Sie ihren Strategie-Plan zur Hand.“</i> <i>„Gibt es Strategien, die nicht geklappt haben oder gibt es etwas, was Sie an den Regeln verändern wollen?“</i> 	

Wo sind Probleme aufgetreten?	Mögliche Veränderungen werden in der Gruppe gemeinsam mit der/die Moderator/-in entwickelt <i>„Gab es in den vergangenen 8-10 Wochen etwas, was nicht geklappt hat? Sind Probleme aufgetreten, die Sie gerne besprechen möchten?“</i>	
Gibt es weitere Barrieren?	→ Moderator/-in bespricht Probleme und unterstützt → Moderator/-in spricht das Thema Barrierenmanagement an <i>„Bitte denken Sie nun an die kommenden 8-10 Wochen, in denen Sie die Aktivpause komplett eigenständig durchführen werden. Erwarten Sie dann weitere oder neue Barrieren, die wir noch nicht festgehalten haben?“</i> → Neue Barrieren werden auf Moderationskärtchen festgehalten	Identifikation neuer Barrieren
Strategien entwickeln	→ In der Gruppe werden gemeinsam mit dem/der Moderator/-in Gegenstrategien für neue/fehlende Barrieren entwickelt <i>„Vielleicht erinnern Sie sich noch daran, an die Definition von Barrierenmanagement. Barrierenmanagement bedeutet, Strategien anzuwenden, um Hindernisse zu überwinden. Bei diesen Strategien geht es darum sowohl die materielle und soziale Umwelt als auch die eigenen Gefühle und Gedanken so zu steuern, dass sie der Verwirklichung der eigenen Vorsätze dienlich sind.“</i> <i>„Nun möchte ich Sie bitten, dass Sie sich Gegenstrategien zu den neuen Barrieren überlegen. Was werden Sie tun, damit Sie sich bei der regelmäßigen Durchführung der Aktivpause unterstützen können? Oder welche Strategien können Sie einsetzen, um mit den Barrieren umzugehen?“</i>	
Niederschrift in den Strategie-Plan	→ Teilnehmer/-innen schreiben neue Barrieren mit Strategie/n auf ihren Strategie-Plan. <i>„Bitte notieren Sie sich nun die Barrieren sowie die Ergänzung zu den Regeln in Ihren Strategie-Plan.“</i>	Strategien dokumentieren
Klärung offener Fragen	→ Moderator/-in geht noch einmal auf Gruppe ein <i>„Gibt es von Ihrer Seite noch offene Fragen oder etwas, das Sie noch besprechen möchten?“</i>	
Ende des Gruppengesprächs		
Verabschiedung Teilnehmer/-innen Gruppenritual: „Schulterklopfen“	→ Abschluss Coaching-Sitzung <i>„Nun bitte ich Sie noch einmal alle aufzustehen und einen Kreis zu machen. Wir nehmen nun unseren rechten Arm in die Luft und legen ihn auf die Schulter des rechten Nachbarn und sagen: „Das hast du gut gemacht. Hiermit möchte ich das heutige Coaching abschließen. Ich bedanke mich für Ihr Engagement und wünsche Ihnen weiterhin ganz viel Spaß und Erfolg bei der Durchführung der Aktivpause-Plus. Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.“</i>	

3-5 Curriculum des Kurz-Coachings

Kurztelefonat Aktivpause-Plus – Kurzform (ca. 10 Min.)		
Thema	Inhalt	Zeit
Begrüßung und Einführung – 1 Min.		
Begrüßung/ Kontaktaufbau	– Begrüßung Multiplikator	1 Min.
Anknüpfung an vorheriges Coaching	– 7 Wochen sind vergangen seit dem Coaching im Juli – Interesse und Wertschätzung zeigen	
Barrierenmanagement und Handlungsplanung– 5-8 Min.		
Reflexion und Klärungs- phase: Abholen des Multiplikators	– Wie geht es den Teilnehmern/-innen mit Ihrem Vorhaben? – Was klappt gut? – Gibt es weitere Barrieren?	8 Min.
Strategie-Plan	– Ideen für Strategieanpassungen – Klärung offener Fragen – Ermutigung/Anerkennung für das bisher Erreichte	
Ausblick – 3 Min.		
Aktivpause ab Oktober 2017	– Welche Möglichkeiten bestehen? – Aktivpause komplett eigenständig weiter durchführen oder „normale“ Aktivpause kann ab 15.09. gebucht wer- den. D.h. ÜL kommt 1x pro Woche und leitet die Aktiv- pause an ohne Stundenverlaufsplan. Wenn nur Übungen mit Geräten durchgeführt werden sollen, die vorhanden sind, muss die Gruppe dies mit dem ÜL individuell absprechen – Die Materialkisten dürfen die Gruppen behalten – Wir empfehlen die „normale“ Aktivpause zu buchen – In der Woche vom 23.10. – 27.10.17 bieten wir noch mal eine Multiplikatoren-Schulung am CS und CN an – Sind die Gruppen daran interessiert eine online Dokumentation auszufüllen oder z.B. lieber in Papierform oder nicht so sehr daran interessiert?	
Ende des Gruppengesprächs – 1 Min.		
Verabschiedung	– Verabschiedung/positive Konnotation des Multiplikators	1 Min.

Mögliche Antworten/Unterstützung:Thema Durchführung der Aktivpause evtl. neue Barrieren:

- Haben Sie eine Idee, was Sie entwickeln könnten, um dies zu lösen/ändern?
- Hat jemand aus der Gruppe evtl. eine Idee?
- Kann ich Ihnen von außen noch mal einen Anstoß geben?
- Was könnten Sie tun, um für die kommenden drei Wochen sich und die Gruppe nochmals zu motivieren?
- Wie könnten Sie die Zeiten so anpassen, dass möglichst viele an der Aktivpause teilnehmen?

Thema Material:

- Gerne schicken wir Ihnen einen Link, dort können sie Therabänder/Sandsäckchen etc. bestellen.
- Gerne schicken wir Ihnen per E-Mail nochmals die Übungskärtchen.
- (Wir haben leider nicht die Möglichkeit Ihnen neue Stundenverlaufspläne zur Verfügung zu stellen) wie könnten Sie es schaffen neue Übungen zu kreieren?

3-6 Curriculum der Multiplikatoren-Schulung 1 (90 Minuten)

Thema	Inhalt	Material	Zeit
Begrüßung und Einführung – 5 Min.			
Begrüßung	– Begrüßung Teilnehmer/-innen	PPT	5 Min.
Ablauf der Schulung	– Vorstellung der Inhalte der MP-Schulung		
Rolle des Multiplikators	– Aufgaben als Multiplikator/in		
Allgemeine Informationen und Organisatorisches – 15 Min.			
Multiplikatoren-Konzept	– Unterstützende Materialien (Materialkiste, Kursmanual, Übungskärtchen) – Aufbau des Kursmanuals (Einstieg, Hauptteil, Ausklang)	PPT Materialkiste Kursmanual	15 Min.
Praxis – 40 Min.			
Grundausgangsstellungen	Praktische Ausführung und Erläuterung von: – Hüftbreiter Stand – Überhüftbreiter Stand – Schrittstellung – Einbeinstand	PPT	10 Min.
Inhalte & Ziele einer Aktivpause-Einheit	Praktische Ausführung und Erläuterung von: – Einstieg – Hauptteil – Ausklang	PPT	10 Min.
Go's & No-Go's	Praktische Ausführung und Erläuterung von Go's & No-Go's: – Übungsausführung – Übungsinhalte – Übungsleiterverhalten	PPT	20 min
Gruppenarbeit-Phase – 25 Min.			
Erarbeitungs- und Präsentationsphase	– Zu zweit wird jeweils eine Übung beispielhaft vorbereitet und im Anschluss für die Gruppe von einer Person angeleitet – Feedback und Tipps fürs Anleiten	PPT SVP's	25 min
Ausklang und Verabschiedung – 5 min			
Offene Fragen	– Besprechen offener Fragen	Fragebögen	5 min
Ausgabe Fragebogen	– Ausfüllen Feedback-Fragebogen		

ANHANG 4: Begleitmaterialien der *Aktivpause-Plus*

4-1 Auszug des Kursmanuals für Multiplikatoren



Basiswissen

Grundlegendes zum Stand:

- Becken aufrichten, Rumpfspannung (Hohlkreuz vermeiden)
- Oberkörper aufgerichtet, Brustbein angehoben
- Schultern nach hinten und unten ziehen
- Arme locker seitlich hängen lassen
- Kopf aufrecht, Kinn Richtung Brust
- Knie leicht gebeugt

Wichtig bei der Ausführung:

- Langsames und kontrolliertes Ausführen der Bewegungen
- Ruckartige Bewegungen vermeiden
- Regelmäßig und ruhig atmen

Hüftbreiter Stand:

- Beine sind hüftbreit aufgestellt
- Fußspitzen zeigen leicht nach außen



Überhüftbreiter Stand:

- Beine sind überhüftbreit aufgestellt
- Fußspitzen zeigen leicht nach außen



Schrittstellung:

- Beine sind im Schrittweitenabstand aufgestellt
- Vorderes Knie ist leicht gebeugt und bleibt hinter Fußspitze
- Beide Fußspitzen zeigen nach vorne



Übungsübersicht

Abkürzungsverzeichnis:

AGST	Ausgangsstellung
BWS	Brustwirbelsäule
HWS	Halswirbelsäule
LWS	Lendenwirbelsäule
WS	Wirbelsäule
OA	Oberarm/e
OK	Oberkörper
OS	Oberschenkel
Dg.	Durchgang/Durchgänge
Min.	Minute/n
Sek.	Sekunde/n
Wdh.	Wiederholungen



Inhalt

Einstieg

Ausklang

Aktivpause 1:	Übungen ohne Gerät
Aktivpause 2:	Übungen mit der Wasserflasche
Aktivpause 3:	Übungen mit dem Antistressball
Aktivpause 4:	Übungen mit dem Bohnensäckchen
Aktivpause 5:	Übungen mit dem Theraband
Aktivpause 6:	Übungen mit dem Igelball
Aktivpause 7:	Übungen ohne Gerät
Aktivpause 8:	Übungen mit der Wasserflasche
Aktivpause 9:	Übungen mit dem Antistressball
Aktivpause 10:	Übungen mit dem Bohnensäckchen
Aktivpause 11:	Übungen mit dem Theraband
Aktivpause 12:	Übungen mit dem Igelball

Handhabung des Kursmanuals:

Eine Aktivpause-Plus-Einheit besteht aus einem **Einstieg** (immer gleich), einer **speziellen Übungseinheit** sowie einem **Ausklang** (immer gleich). Da sich der Einstieg und der Ausklang einzelnen Aktivpause-Einheiten fortlaufend wiederholen, werden diese zur einfacheren Handhabung zu Beginn des Kursmanuals direkt nacheinander abgebildet.

Die Übungen der einzelnen Einheiten bauen aufeinander auf und sollten optimaler Weise der Reihe nach durchgeführt werden.



Einstieg

Zeit	Übungsbeschreibung	Wdh.	Ziel	Übungsdarstellung
Einstieg				
2 Min.	<p>Ausstrecken: AGST: Hüftbreiter Stand. Beide Arme nach oben ausstrecken und Körper langmachen. Blick Richtung Decke. Beide Arme weiter zur Seite führen und „auseinanderziehen“, Brustkorb dabei öffnen.</p> <p>Wichtig: Kopf aktiv mit nach oben strecken. Schultern bleiben unten.</p>	30 Sek. 2-3 Dg.	Mobilisation WS und Schulter, Dehnung Brust	
1 Min.	<p>Daumen hoch: AGST: Hüftbreiter Stand. Arme auf Schulterhöhe zur Seite ausstrecken. Eine Hand zeigt „Daumen hoch“ an, die andere Hand zeigt „Daumen runter“ an. Der Blick wandert langsam zu „Daumen hoch“. Daumenrichtung wechseln, indem sich die Schultern ein- bzw. aufdrehen. Der Blick wandert stets Richtung „positiven Daumen“.</p> <p>Wichtig: Schultern bleiben unten. Knie leicht gebeugt.</p>	8-12 Wdh. 1 Dg.	Mobilisation Nacken, Kräftigung Schulter und Arme	



Ausklang

Zeit	Übungsbeschreibung	Wdh.	Ziel	Übungsdarstellung
Ausklang				
1 Min.	<p>Nackentension: AGST: Hüftbreiter Stand. Arme locker hängen lassen. Kopf Richtung Schulter neigen. Arm der Gegenseite drückt Richtung Boden (Schulter wird aktiv nach unten gezogen). Seitenwechsel.</p> <p>Alternativübungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kinn Richtung Brust führen. Danach Kinn so weit wie möglich nach vorne, oben führen, ohne Kopf in den Nacken zu legen. HWS dabei aktiv verlängern. Blick zur Decke. 2. „Kopfpfenndel“ vor der Brust – Kopf im Halbkreis langsam nach rechts und links pendeln. Kinn ist immer Richtung Brust geneigt. <p>Wichtig: Schultern unten lassen. Knie leicht gebeugt. Kopf nicht in den Nacken legen.</p>	15 Sek. je Seite 2 Dg.	Dehnung Halsmuskulatur und Mobilisation Nacken	
1 Min.	<p>WS-auf und abrollen: AGST: Hüftbreiter Stand. Kinn auf Brust. Vom Kopf beginnend die WS langsam nach unten abrollen. Arme hängen locker nach vorne/unten. Hände auf LWS legen und 3x tief ein- und ausatmen. Langsam Wirbel für Wirbel wieder nach oben aufrollen.</p> <p>Wichtig: Knie leicht gebeugt. Langsame Übungsausführung.</p> <p>Variation: Kopf hängen lassen und OK langsam nach rechts und links pendeln.</p> <p>Alternativübung: Atemschöpfen: Fingerspitzen in Unterbauchhöhe aneinanderlegen. Beim Einatmen Handinnenflächen auf Brusthöhe ziehen. Mit Ausatmung Handinnenflächen nach unten drücken.</p>	1 Min. 2 Dg.	Entspannung und Mobilisation WS	



Übungen ohne Gerät | 1

Zeit	Übungsbeschreibung	Wdh.	Ziel	Übungsdarstellung
3 Min.	Einstieg: siehe extra Beschreibung			
Hauptteil				
2 Min.	<p>Knie und Schulter tippen: AGST: Hüftbreiter Stand.</p> <ol style="list-style-type: none"> Arme gegengleich locker schwingen und am Platz marschieren. Linkes Knie anziehen und rechte Hand zum linken Knie führen. Im Wechsel, flüssiger Übergang. Nach 3 Seitenwechseln Position kurz halten und Spannung erzeugen. Rechte Hand zum linken Knie, linke Hand zur rechten Schulter führen. Im Wechsel, flüssiger Übergang. Nach 3 Seitenwechseln Position kurz halten und Spannung erzeugen. <p>Variation: Ellbogen zum Knie führen.</p>	1 Min. 1 Dg.	Herz-Kreislauf-Aktivierung, Koordinationsschulung	
2 Min.	<p>V-W-T-U Übung: AGST: Überhüftbreiter Stand. Knie sind leicht gebeugt, OK nach vorne geneigt. Arme nach vorne/oben ausstrecken, in Verlängerung der WS. Handflächen zeigen zueinander. Die Arme bilden nacheinander folgende Buchstaben: „V“ (Schultern bleiben tief), „W“ (Schulterblätter zusammenziehen), „T“ (Arme parallel zum Boden, Handflächen zeigen nach unten), „U“ (Ellbogen sind 90 Grad gebeugt).</p> <p>Wichtig: Rumpfspannung.</p>	6-8 Wdh. 1-2 Dg.	Koordinations-schulung, Mobilisation Schultern, Kräftigung oberer Rücken	
1 Min.	<p>Krone: AGST: Hüftbreiter Stand.</p> <p>Arme locker hängen lassen. Hinterkopf so weit wie möglich nach oben strecken, damit sich die WS „auseinanderzieht“, Schultern bewusst nach unten ziehen und Position 3-5 Sek. halten.</p>	3-5 Wdh. 1 Dg.	Dehnung Nacken	



Übungen ohne Gerät | 1

2 Min.	<p>Palme: AGST: Überhüftbreiter Stand.</p> <p>Becken zur linken Seite bewegen und OK zur rechten Seite absinken lassen. Linken Arm dabei diagonal nach oben ziehen und halten. Rechte Hand stützt an Hüfte oder in Höhe Knie. Seitenwechsel.</p>	15 Sek. je Seite 2 Dg.	Dehnung Körperseite	
2 Min.	<p>Venenpumpe: AGST: Hüftbreiter Stand.</p> <p>Arme im Seitstütz. Auf Zehenspitzen stehen und Fuß wieder absetzen.</p> <p>Variation:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nach dem Zehenstand auf die Ferse stehen und Zehen dabei kurz anheben. Im Zehenstand nach je 3 Wdh. kurz halten (2-3 Sek.). 	8-12 Wdh. 2-3 Dg.	Kräftigung Waden- und Schienbein, Durchblutungsförderung	
1 Min.	<p>Schulter-Dehnung: AGST: Hüftbreiter Stand.</p> <p>Einen Arm gestreckt vor die Brust nehmen, mit Hilfe des anderen Armes weiter gegen die Brust drücken und halten. Seitenwechsel.</p> <p>Wichtig: Schultern unten lassen. Knie leicht gebeugt.</p>	15 Sek. je Seite 2 Dg.	Dehnung Schultern	
2 Min.	Ausklang: siehe extra Beschreibung			

4-2 Auszug der Übungskarten



Übungen mit Wasserflaschen



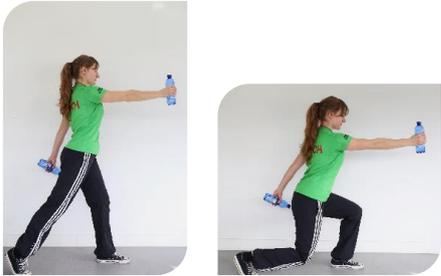
STANDWAAGE
AGST: Einbeinstand

Umfang: 1-2 Dg.
Dauer: je Seite 30 Sek.

Stand auf linkem Bein. In jeder Hand eine Wasserflasche. Brustbein nach vorne oben. Kopf in Verlängerung der WS. Rechtes Bein kontrolliert anheben und halten. OK und angehobenes Bein bilden eine Linie. Seitenwechsel.

Wichtig: Becken bleibt gerade.





GROBER KRIEGER
AGST: Schrittstellung

Umfang: 1-2 Dg.
Dauer: je Seite 6-8 Wdh.

In jeder Hand eine Wasserflasche. Fußspitzen zeigen nach vorne. Ferse vom hinteren rechten Fuß vom Boden abheben. Rechten Arm vorne halten. Beide Knie beugen und wieder strecken. Gewicht bleibt mittig. Seitenwechsel.

Wichtig: Vorderes Knie bleibt hinter Fußspitze.



KIT – Universität des Landes Baden-Württemberg und
nationales Forschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft

www.kit.edu



Übungen mit Wasserflaschen



MINI-MOVES
AGST: Hüftbreiter Stand

Umfang: 2-3 Dg.
Dauer: 30 Sek.

Beide Arme auf Schulterhöhe nach vorne ausgestreckt. In jeder Hand eine Wasserflasche. Schnelle kurze Bewegungen hoch/tief ausführen (ca. 20 cm).

Wichtig: Arme sind gestreckt. Bauchspannung. Schultern bleiben unten.





BIZEPS-CURLS
AGST: Überhüftbreiter Stand

Umfang: 2-3 Dg.
Dauer: 8-12 Wdh.

In jeder Hand eine Wasserflasche. OA liegen am OK seitlich an. Unterarme werden nach oben bis zur Schulter gebeugt und wieder langsam nach unten geführt.

Wichtig: Kontrollierte Ausführung. Knie leicht gebeugt.



KIT – Universität des Landes Baden-Württemberg und
nationales Forschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft

www.kit.edu



Übungen mit Antistressball



Umfang: 1-2 Dg.
Dauer: je Seite 30 Sek.

FUß – TIPPEN

AGST: Hüftbreiter Stand

Ball liegt vor Fußspitzen. Übungsbein tippt mit Ferse oder Fußspitze vor den Ball und wieder zurück.

Variation: 1. Tempowechsel.
2. Mit geschlossenen Augen.



Umfang:
1-2 Dg.
Dauer:
je Seite 30 Sek.

KNIEKLEMMME

AGST: Einbeinstand

Ball in Kniebeuge des Übungsbeins einklemmen. Übungsbein dynamisch vor/rück schwingen. Kräftiger Armschwung gegengleich ausführen.



Wichtig: OK aufrecht. Standbein leicht gebeugt.

Variation: Bein in Endposition halten und kleine Züge ausführen.



Übungen mit Antistressball

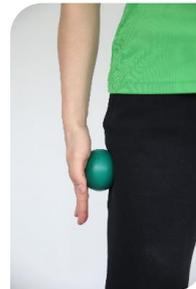


Umfang:
2-3 Dg.
Dauer:
30 Sek.

ANTI-STRESS-PRESSE

AGST: Hüftbreiter Stand

Antistressball körpernah vor der Brust zusammenpressen. Fingerspitzen zeigen Richtung Decke. Schultern aktiv nach hinten/unten ziehen.



Umfang:
2-3 Dg.
Dauer:
30 Sek.

SOLDAT

AGST: Hüftbreiter Stand

In einer Hand befindet sich der Antistressball. Handinnenfläche zeigt zum OS. Ball wird mit der Handfläche gegen den OS gedrückt.

Variation: Ball am OS entlang auf- und abrollen.

4-3 Coaching-Begleiter



Veränderung beginnt im Kopf



Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,
 wir freuen uns, dass Sie an der **Aktivpause-Plus** teilnehmen und Ihr Bewegungsverhalten am Arbeitsplatz steigern möchten.
 Dieser Coaching-Begleiter dient dem besseren Verständnis des Bewegungsprogramms und erklärt die Hintergründe für eine erfolgreiche Verhaltensänderung.
 Sie würden am liebsten gleich mit der **Aktivpause-Plus** loslegen?!
 Um ihr Vorhaben erfolgreich umzusetzen, bedarf es einer konkreten Handlungsplanung – hierbei möchten wir Sie Schritt für Schritt unterstützen und Sie auf dem Weg zu mehr Bewegung am Arbeitsplatz begleiten.
 Wir wünschen Ihnen viel Spaß und Freude mit dem Coaching-Begleiter!
 Ihr Aktivpause-Team

Anmerkung: In dem vorliegenden Coaching-Begleiter wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die Aufzählung beider Geschlechter (z.B. Teilnehmer und Teilnehmerin) verzichtet. An dieser Stelle soll betont werden, dass bei allgemeinen Personenbezügen stets beide Geschlechter gemeint sind und Frauen nicht benachteiligt werden.

Inhalt



Inhalt

Informationen zur Studie

Warum Aktivpause-Plus? 5

Ablauf der Aktivpause-Plus 6

Gesundheit am Arbeitsplatz

Gesundheitstheoretischer Hintergrund 7

Gesundheitsziele 7

Kosten-Nutzen-Analyse 8

Verhältnis- und Verhaltensprävention 9

Tipps für einen bewegten Berufsalltag 10

Verhaltensänderung

Wie überzeugt bin ich, dass ich es schaffen werde? 11

Der „innere Schweinehund“ 11

Konsequenz dabei bleiben 12

Barrieren erkennen 12

Barrierenmanagement und Strategieentwicklung 13

SORK-Strategie zum Barrierenmanagement 14

Sie brauchen einen Plan 15

Selbstbeobachtung

Selbstbeobachtungsaufgabe 15

Literatur 17

Strategieplan 18

Informationen zur Studie



Warum Aktivpause-Plus?

„Regelmäßige körperliche Aktivität kann in jedem Alter einen positiven Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden haben.“ (Bundesgesundheitsblatt 2013)

Unser Aktivitätsverhalten wird im Alltag jedoch zunehmend verhindert und durch bequeme Lebensweisen (z.B. Aufzug, Auto, Rolltreppen) ersetzt. Um Bewegungsmangel sowie die dazugehörigen gesundheitlichen Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass wir die reduzierte Alltagsaktivität bewusst durch körperliche Bewegung ausgleichen (Krug et al., 2013).

Mittlerweile ist bekannt, dass selbst kurze Unterbrechungen des Sitzverhaltens positive Effekte auf die Gesundheit haben. Daher kommen Bewegungspausen am Arbeitsplatz im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eine bedeutsame Rolle zu (Hamilton & Owen, 2012). Um trainingswirksame Reize zu setzen und gesundheitliche Risiken zu verringern, ist es bedeutsam, dass Bewegungspausen regelmäßig durchgeführt werden (vgl. Brehm & Bös, 2006).

Hieraus ergibt sich ein Verbesserungspotential für die bisherige Aktivpause, da diese, angelehnt an die Semesterphasen, jährlich lediglich über zwei zehnwöchige Perioden stattfindet. Um ihren eigenen Ansprüchen als Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung gerecht zu werden, sollte sie jedoch Kontinuität gewährleisten.

Rückmeldungen unserer Kursteilnehmer ergaben, dass diese häufig beabsichtigen, die Aktivpause auch an kursfreien Tagen auszuüben (Evaluation, 2016). Trotz der festen Absicht wird das gewünschte Verhalten jedoch nicht umgesetzt. Dieses Phänomen ist in der Verhaltensforschung als „Intentions-Verhaltens-Lücke“ (Gollwitzer, 2006) bekannt.

Fälschlicherweise wird meist davon ausgegangen, die Änderung von Lebensstilen sei allein eine Frage der richtigen Motivierung. In der vorliegenden Intervention wird die Perspektive weiter gefasst. Das Konzept umfasst auch volitionale Komponenten, mit denen es einer Person möglich wird, aus einer bloßen Bereitschaft konkretes Handeln hervorgehen zu lassen.

Im Hochschulsetting liegt bisher kein theoretisch fundiertes Konzept vor, welches die spezifischen Bedingungen universitärer Einrichtungen berücksichtigt und in die Interventionsplanung integriert. Diese Lücke soll das vorliegende Forschungsvorhaben schließen.

Konkret werden mit der Aktivpause-Plus drei Ziele verfolgt:

1. Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils am Arbeitsplatz
2. Förderung der Nachhaltigkeit und Kontinuität der bestehenden Maßnahme Aktivpause
3. Praktische Erprobung und empirische Überprüfung der Verhaltenswirkung des entwickelten Programms Aktivpause-Plus

Informationen zur Studie



Ablauf der Aktivpause-Plus

Fragebogen 1

Materialkisten und umfangreiche Übungsunterlagen

- ✓ **Coaching-Sitzung**
 - Planung und Konkretisierung des Vorhabens
 - Erarbeitung von Strategien zur eigenständigen Aktivpause-Durchführung

Kickstart-Phase

- Zwei Wochen 3x pro Woche angeleitete Aktivpause durch den Übungsleiter

Multiplikatoren-Schulung

- Ausbildung 1-2 freiwilliger Teilnehmer: jeder Gruppe als Multiplikator

Testphase 1

- Mischung aus eigenständiger Durchführung der Aktivpause mithilfe des Multiplikators und Anleitung durch den Übungsleiter

Fragebogen 2

Kurz-Coaching

- Feedback-Gespräch zu Testphase 1
- Ausblick auf Testphase 2

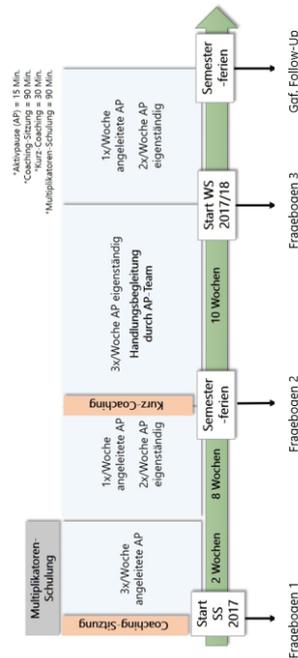
Testphase 2

- Eigenständige Durchführung der Aktivpause mithilfe des Multiplikators

Fragebogen 3

Wöchentliche Dokumentation der Aktivpausedurchführung

Der Ablauf im Überblick





Gesundheitstheoretischer Hintergrund

Es geschieht fast unbemerkt und hat doch massive Auswirkungen. Das allmähliche „Verschwinden von Bewegung“, besser noch das „Verschwinden der körperlichen Aktivität“, ist eine der bedeutsamsten Veränderungen, die die zunehmende Technisierung und Automatisierung für die Menschen in den Industriestaaten mit sich gebracht hat. Dies wird zwar wenig wahrgenommen, hat aber einen großen Einfluss auf die Entstehung zahlreicher Krankheiten.

In allen Altersklassen werden die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen 30 Minuten Bewegung pro Tag weit verfehlt. Diese Daten belegen deutlich, dass die schon bestehenden Anforderungen im Durchschnitt von nur wenigen Bundesbürgern erfüllt werden.

Die positiven Effekte körperlicher Aktivität auf eine Vielzahl von Erkrankungen sind vielfältig untersucht und bestätigt. Wir wissen heute, dass schon **15 Minuten körperliche Aktivität pro Tag** genügen, um das Sterberisiko um 14% zu verringern.

Wir müssen davon ausgehen, dass das Problem der mangelnden körperlichen Bewegung nicht allein durch ein verstärktes Sportengagement gelöst wird.

Lösungen sind dort zu finden, wo Probleme entstehen – wir müssen verstärkt für alltagsnahe Bewegung sorgen!

(Huber, 2015)



Gesundheitsziele

Was möchte ich erreichen?

„Gesundheitsziele sind körperliche oder seelische Zustände, die von der Person erwünscht sind und von ihr angestrebt werden“ (Fuchs, 2007).

Gesundheitsziele ergeben sich aus Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand. Was wollen Sie in Zukunft erreichen? Wie wollen Sie sich am Ende Ihres Weges fühlen? Durch das Bewusst machen Ihrer Gesundheitsziele können Sie sich nachhaltig motivieren.

Beispiele für Gesundheitsziele:

- Schmerzfreiheit
- Gute Beweglichkeit
- Seelische Ausgeglichenheit

Gesundheitsziele sind der Motor für unsere Motivation, regelmäßig Bewegungspausen durchzuführen und uns am Arbeitsplatz zu bewegen. Wichtig ist, dass das Erreichen unserer Gesundheitsziele realistisch ist und wir uns nicht zu hohe Ziele stecken - sonst lässt die Motivation möglicherweise schnell wieder nach. Wenn wir die Ziele so formulieren, dass wir sie auch umsetzen können, fällt es uns leichter, am Ball zu bleiben (vgl. TK, 2009).



Kosten-Nutzen-Analyse

In die Kosten-Nutzen-Analyse schreiben Sie alle Bedenken auf, die gegen eine Durchführung der Aktivpause sprechen und vergleichen Sie diese mit den positiven Konsequenzen, die Sie durch die Durchführung der Aktivpause erwarten.

Denken Sie bitte an den „Nutzen“, d.h. die positiven Auswirkungen (z.B. bessere Stimmung, mehr Energie im Berufsalltag), aber auch an die „Kosten“, die dadurch für Sie entstehen (z.B. viel Aufwand, Zeitverlust).

Nutzen	Kosten



Gesundheit am Arbeitsplatz



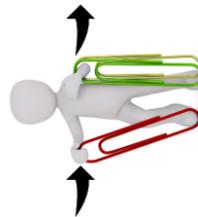
Verhältnis- und Verhaltensprävention

Die **Verhaltensprävention** nimmt direkt Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das individuelle Gesundheitsverhalten. Die **Verhältnisprävention** will dieses Ziel durch eine Veränderung der Lebensbedingungen und der Umwelt der Zielpersonen erreichen (Rosenbrock & Kümpers, 2009).

Damit Sie Ihre gesteckten (Gesundheits-)Ziele erreichen können, wollen wir Ihnen bestmögliche Verhältnisse bieten, indem wir Ihnen bspw. hilfreiche Materialien zur Verfügung stellen oder Ihnen eine Coaching-Sitzung und Multiplikatoren-Schulung anbieten.

Die **Verhältnisprävention** umfasst sämtliche Maßnahmen, die den Arbeitsplatz als solches und die Arbeitsplatzumgebung betreffen. Hierzu zählt die Ausstattung der Arbeitsplätze, die Organisation der Arbeit, die Gestaltung der Arbeitszeit sowie die Schaffung einer optimalen Arbeitsumgebung (Kirchner, 2014).

- Beispiele:**
- Ergonomische Bürostühle
 - Gesundheitstage
 - Aktivpausen
 - Impfberatung und Gripeschutzimpfung



Die **Verhaltensprävention** bezieht sich auf die Kompetenz und die Eigenverantwortung der Mitarbeiter, auf die eigene Gesundheit zu achten (Kirchner, 2014).

- Beispiele:**
- Mitarbeiter fahren mit dem Rad zur Arbeit
 - Mitarbeiter nutzen die Aktivpausen regelmäßig
 - Mitarbeiter nehmen teil an Gesundheitstagen
 - Mitarbeiter sitzen dynamisch und ergonomisch korrekt

In optimalen Verhältnissen kann auch gesundes Verhalten stattfinden. Sie haben die besten Voraussetzungen!

Gesundheit am Arbeitsplatz



Tipps für einen bewegten Berufsalltag

Wenn wir uns im (Berufs-)alltag mehr bewegen, ist das der erste Schritt, von dem unsere Gesundheit profitiert. Bewegung hält uns gesund und bringt uns auch beruflich in Top-Form. Sport und Bewegung in der „richtigen Dosis“ stärkt unter anderem die Muskulatur und den Stoffwechsel. Außerdem reduziert sich der Ruhepuls und das Herz muss weniger Arbeit leisten - ein Aspekt, der gerade auch im Alter wichtig ist, um das Herz gesund zu erhalten. Außerdem kann regelmäßige Bewegung uns dabei helfen, stressresistenter und gelassener für den Berufsalltag zu werden (TK, 2009).

Beispiele für mehr Bewegung im Berufsalltag:

- Machen Sie regelmäßig Aktivpausen
- Nutzen Sie die Treppe statt den Aufzug
- Fahren Sie mit dem Fahrrad zur Arbeit
- Steigen Sie eine Haltestelle früher aus dem Bus oder der Bahn und laufen Sie den Rest
- Laufen Sie zur Mensa
- Gestalten Sie Ihre Mittagspause aktiv, z.B. mit einem Spaziergang
- Stellen Sie den Drucker oder Kopierer möglichst weit weg vom Schreibtisch
- Verzichten Sie auf einen Anruf oder eine E-Mail und überbringen Sie Ihren Arbeitskollegen/-innen die Nachricht persönlich
- Sitzen Sie dynamisch
- Nutzen Sie möglichst viele Gelegenheiten, um zu stehen: Telefonieren Sie bspw. im Stehen, halten Sie Meetings im Stehen ab



Verhaltensänderung



Wie überzeugt bin ich davon, dass ich es schaffen werde?

Ihre gesteckten Gesundheitsziele sind der Motor für Ihre Motivation. Motivation hängt aber auch davon ab, wie viel Vertrauen Sie in Ihre eigenen Fähigkeiten haben. Um sich selbst zu motivieren, sagen Sie sich: „JA, ich kann das. JA, ich schaffe es, diese Herausforderung zu bewältigen.“

Je überzeugter Sie davon sind, dass Sie Ihr Vorhaben schaffen können, umso stärker ist Ihre Motivation und umso eher wird es Ihnen gelingen, dieses Vorhaben in die Tat umzusetzen (TK, 2009).

Selbstwirksamkeit zum Anfangen

Sie haben sich das Ziel gesetzt, die Aktivpause drei Mal wöchentlich durchzuführen. Der Anfang ist geschafft!

Selbstwirksamkeit zum Dabeibleiben

Viele Menschen schaffen es ganz gut, mit einem Bewegungsvorhaben zu beginnen. Doch dann locken andere Aktivitäten, die weniger Mühe machen als bspw. das regelmäßige Durchführen von Aktivpausen. Vielleicht kennen Sie solche Gedanken bereits von anderen Vorhaben? Es wird von Woche zu Woche immer beschwerlicher, einen Vorsatz einzuhalten. Wie ist das bei Ihnen?

Der „innere Schweinehund“

Wie können Sie Ihren „inneren Schweinehund“ an die Leine legen?

Unser „innerer Schweinehund“ – das sind wir selbst. Es ist unsere Stimme, die uns kurzfristig Bequemlichkeit verspricht, aber langfristig schadet. Nehmen wir uns bspw. vor, bei der Arbeit Treppen zu steigen, anstatt den Aufzug zu nutzen, hält uns der „innere Schweinehund“ davon ab und sagt: „Nimm lieber den Aufzug, dann kommst du oben ausgeruht an“, und wir können nicht widerstehen. Dann ist uns der kurzfristige Vorteil wichtiger, als der langfristige.

Wenn wir unseren Blick aber auf die Zukunft richten, dann wird der „innere Schweinehund“ ruhiger. Bei jeder Bewegungsaktivität sollten wir also auch an unsere Ziele denken:

Bewegung tut uns gut und bringt uns unseren Gesundheitszielen näher!



Wichtig: Unser „innerer Schweinehund“ wird umso lauter, je mehr wir von uns fordern. Je realistischer aber unserer Ziele und Pläne sind, desto weniger Chance bieten wir, dass unsere Pläne durchkreuzt werden.

Deshalb sind *realistische* Zielvorstellungen wichtig!

11

Verhaltensänderung



Konsequent dabeibleiben

Was sind Barrieren?

„Barrieren sind Hindernisse, die Personen davon abhalten, ein geplantes Verhalten durchzuführen. Um Barrieren überwinden zu können, müssen sie zunächst identifiziert und bewusstgemacht werden“ (Fuchs, 2007).

Denken Sie an all die Dinge, die Sie vom Durchführen der Aktivpause abhalten könnten:

- Bequemlichkeit
- Stress bei der Arbeit
- Terminkonflikte
- etc.

Barrieren erkennen



Äußere Barrieren betreffen alle Dinge, die außerhalb unserer Person liegen. **Innere Barrieren** sind Stimmungen, Gefühle und Gedanken, die uns daran hindern, das umzusetzen, was wir uns vorgenommen haben.

Bei den inneren Barrieren geht es also um Hindernisse, die in unserem Kopf sind und von dort aus dafür sorgen, dass unsere Bewegungspläne durchkreuzt werden. Wir stehen uns dann selbst im Weg.

Die meisten äußeren Barrieren sind im Grunde innere Barrieren. Denn zumeist ist es ja nicht der äußere Sachverhalt selbst (z.B. die berufliche Inanspruchnahme), sondern unsere subjektive Wahrnehmung und Bewertung, die einen Sachverhalt zum Hindernis macht. Die Unterscheidung zwischen inneren und äußeren Barrieren dient vor allem als Hinweis darauf, bei der Suche nach den eigenen **Hinder-**nissen in beide Richtungen (nach innen und nach außen) zu schauen.

(TK, 2009)

12



Barrierenmanagement & Strategieentwicklung

Barrierenmanagement bedeutet, Strategien anzuwenden, um vorhandene Hindernisse zu überwinden. Bei diesen Strategien geht es darum, sowohl die materielle und soziale Umwelt als auch die eigenen Gefühle und Gedanken so zu steuern, dass sie der Verwirklichung der eigenen Pläne und Gesundheitsziele dienlich sind.

Mit welcher Strategie können Sie Ihre inneren und äußeren Barrieren bewältigen?

Wie sehen Ihre Gegenstrategien aus?
Wir empfehlen Ihnen, die sogenannte SORK-Strategie zu nutzen, um Ihre persönlichen Gegenstrategien zu entwickeln. Vielleicht haben Sie auch eine ganz andere Idee?
Entscheidend ist, dass Sie überhaupt eine Strategie verfolgen, um Ihren Barrieren etwas Wirkungsvolles entgegenzusetzen zu können – durchbrechen Sie die Mauer! (TK, 2009)

Beispiel:

Meine Barriere 1:
„Ich habe häufig Terminkonflikte.“

Meine Gegenstrategie 1:

„Ich blocke den Zeitraum der Aktivpause als Termin im Kalender.“

Meine Barriere 2:

„Ich bin häufig zu müde, um die Aktivpause durchzuführen.“

Meine Gegenstrategie 2:

„Ich öffne kurz das Fenster oder trinke eine Tasse Kaffee, bevor ich die Aktivpause durchführe.“



SORK-Strategie zum Barrierenmanagement

Die SORK-Strategie ist ein Verhaltensmodell, welches Lernvorgänge erklärt bzw. den Ablauf eines Verhaltens in einer konkreten Situation beschreiben kann.

1. Förderliche Bedingungen

Überlegen Sie sich, wie Sie Ihre Umwelt am Arbeitsplatz gestalten können, damit Sie an die Aktivpause erinnert werden. Beginnen Sie, mögliche Barrieren in Ihrer Umwelt so zu verändern, dass es Ihnen leichter gelingt, Ihre Aktivpause-Termine wahrzunehmen.
Was sind günstige Bedingungen, damit es leichter fällt die Aktivpause drei Mal wöchentlich durchzuführen?

2. Förderliche Gedanken

Wenn Sie keine Lust auf die Aktivpause haben oder sich müde fühlen, können Sie sich mit positiven Gedanken unterstützen. Stellen Sie sich dabei vor, Sie sind Ihr eigener Coach und führen Sie gedanklich ein kleines Selbstgespräch.
Welche Gedanken sind förderlich, damit es leichter fällt die Aktivpause drei Mal wöchentlich durchzuführen?

3. Förderliches Tun

Manchmal ist es wichtig, dass Sie Verhaltensweisen, die Sie von der Durchführung der Aktivpause abhalten können, aktiv verändern. Überlegen Sie sich, wie Sie sich gegenüber konkurrierenden Handlungsmöglichkeiten, wie z.B. Überstunden, Termine etc. abschirmen können. Mit welchen Maßnahmen können Sie sich auf die Aktivpause vorbereiten?
Was kann getan werden, damit es leichter fällt die Aktivpause drei Mal wöchentlich durchzuführen?

4. Förderliche Konsequenzen

Loben Sie sich immer wieder selbst für jede absolvierte Aktivpause-Einheit. Wenn Sie möchten, können Sie sich für Ihr Training belohnen. Freuen Sie sich auch über die Anerkennung durch andere Personen, wie z.B. Ihre Kollegen.
Was kann verstärkt werden, damit es leichter fällt, die Aktivpause drei Mal wöchentlich durchzuführen?

Beispiele für Strategien	
Förderliche Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Erinnerung in den Kalender eintragen. • Anderen Dingen keinen Vorrang einräumen.
Förderliche Gedanken	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusstmachen, dass die Aktivpause guttut.
Förderliches Tun	<ul style="list-style-type: none"> • Raum reservieren und Uhrzeit festlegen. • Kollegen in der Gruppe motivieren sich gegenseitig. • Keine Termine in die Zeit der Aktivpause legen.
Förderliche Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Sich für die Durchführung der Aktivpause belohnen.

(vgl. Fuchs/Buber, 2009)

Selbstbeobachtung

Sie brauchen einen Plan

Sie haben den festen Vorsatz, die Aktivpause in den kommenden Wochen und Monaten drei Mal wöchentliche durchzuführen. Tragen Sie nun in den Strategieplan ein: **Wann** und **wo** Sie die Aktivpause durchführen werden und **wer** sich in Ihrer Gruppe als **Multiplikator** zur Verfügung stellt. Je konkreter Ihr Plan ist, desto besser hilft er Ihnen, aktiv zu werden.

Selbstbeobachtungsaufgabe

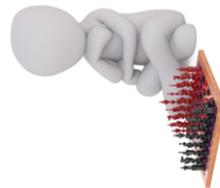
Sie sind auf dem besten Weg, Ihr Vorhaben erfolgreich umzusetzen. Sie haben mögliche Barrieren gesammelt, Gegenstrategien entwickelt und schließlich einen Strategieplan erarbeitet. Nun sind Sie dabei, diese Pläne in die Tat umzusetzen. Dadurch können Sie Ihren Arbeitsalltag dauerhaft verändern und gesünder leben. Umso wichtiger ist es jetzt, dass Sie Ihre ersten Erfahrungen genau beobachten. Denn noch sind Ihre Bewegungsaktivitäten nicht selbstverständlich für Sie geworden.



Der „innere Schweinehund“ wartet nur darauf, dass Sie einen Moment lang nicht wachsam sind. Dann nutzt er diese Schwäche aus und versucht, Sie von Ihrem Vorsätzen und Plänen abzubringen. Deswegen sollten Sie immer wieder reflektieren, ob Ihre gewählten Strategien noch hilfreich sind, um Ihre gesetzten Gesundheitsziele zu erreichen (TK, 2009).

Bleiben Sie flexibel!

Wenn Ihre gewählte Strategie gut funktioniert, behalten Sie diese bei!
Stellen Sie sich dennoch innerlich darauf ein, dass Ihre Pläne nicht endgültig sind! Passen Sie Ihre Strategien an, wenn Sie merken, dass Sie Strategien verändern wollen.



Auf der nächsten Seite finden Sie eine Tabelle, in der Sie in den kommenden Wochen und Monaten notieren können, welche Strategien hilfreich waren, welche Strategien weniger hilfreich waren, was Sie bei Ihren Strategien verändern wollen und welche neuen Strategien Sie durchführen möchten.

Selbstbeobachtung

1. Bewertung der Strategien

Welche Strategien waren für die Durchführung der Aktivpause-Plus hilfreich?

Welche Strategien waren weniger hilfreich?

2. Neue/modifizierte Strategien

Sind es Strategien, die Sie verändern wollen? Wenn ja welche?

Welche neuen Strategien wollen Sie durchführen? Schreiben Sie die neuen Strategien auf.



Literatur

- Brehm, W. & Bös, K. (2006): Gesundheitssport: Ein zentrales Element der Prävention und der Gesundheitsförderung. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 9-28). Schorndorf: Hofmann.
- Fuchs, R. (2007). Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung. In R. Fuchs, W. Göhner & R. Fuchs, *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis* (S. 317 - 325). Göttingen: Hogrefe.
- Fuchshuber, A. (2009). *Der Einfluss von Sportaktivität auf die Sportaktivität. Konzeption, Vermittlung und Evaluation eines Coachings zur sportbezogener Ziel- und Handlungsregulation*. University of Bamberg press.
- Fuchs, R. & Göhner, W. (2009). *Hoch motiviert! Für mehr Sport und Bewegung – das Trainingsbuch zur Broschüre. Techniker Krankenkasse (TK)*.
- Gollwitzer, P.M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in experimental social psychology*, 38, 69-119.
- Hamilton, M.T. & Owen, N. (2012). Sedentary behavior and inactivity physiology. In C. Bouchard, S.N. Blair & W. Haskell (Hrsg.), *Physical activity and health* (S. 53-68). Champaign: Human Kinetics.
- Huber, G. (2015). Warum 30 Minuten täglich das bessere Konzept ist. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 31, 194-198.
- Kirchner, W. (2014). Betriebliche Gesundheitsförderung und Sozialberatung am Beispiel der LVM Versicherung. In Stiene, J. & Antonio, V. (Hrsg.), *Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 448-449). Stuttgart: Schäffer-Poeschle Verlag
- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G. B. M., Müters, S., Finger, J., & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 765-771.
- Rosenbrock, R. & Kümpers, S. (2009). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 385-403) (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.

4-4 Strategieplan der Coaching-Sitzung



Strategie-Plan

Mein Vorsatz für die Aktivpause-Plus

3 x pro Woche Aktivpause durchführen

Umsetzung Aktivpause-Plus

Wann:

Wo:

Multiplikator:

Meine Gesundheitsziele

1.

2.

Aktivpause-Plus-Regeln

Umsetzung Aktivpause-Plus

Wann:

Wo:

Multiplikator:

Meine Gegenstrategien

1.

2.

3.

Meine Hauptbarrieren

1.

2.

3.

Umsetzung Aktivpause-Plus

Wann:

Wo:

Multiplikator:

Meine Gegenstrategien

1.

2.

3.

Karlsruhe
© KIT 2017

15 Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorgelegte Dissertation mit dem Thema

*Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Hochschule
Konzeption, Implementation und Evaluation der Bewegungskurzintervention
Aktivpause-Plus als Maßnahme zur Steigerung des
Aktivitätsverhaltens am Arbeitsplatz*

von mir selbst und ohne jede unerlaubte Hilfe angefertigt wurde und dass sie noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorliegt. Sie ist weder ganz, noch im Auszug veröffentlicht worden. Die Stellen der Arbeit, einschließlich Tabellen, Abbildungen usw., die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall als Entlehnung kenntlich gemacht und die Herkunft nachgewiesen.

Freiburg, den 08. November 2018