

# Der Einfluss von Coaching auf die Sportaktivität

Konzeption, Vermittlung und Evaluation eines Coachings  
zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation

Andrea Fuchshuber



UNIVERSITY OF  
BAMBERG  
PRESS

Schriften aus der Fakultät Humanwissenschaften  
der Otto-Friedrich Universität Bamberg 4

Schriften aus der Fakultät Humanwissenschaften  
Der Otto-Friedrich Universität Bamberg

Band 4



University of Bamberg Press 2009

# Der Einfluss von Coaching auf die Sportaktivität

Konzeption, Vermittlung und Evaluation eines Coachings zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation

von Andrea Fuchshuber



University of Bamberg Press 2009

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische  
Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de/> abrufbar

Diese Arbeit hat der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität als  
Dissertation vorgelegen

1. Gutachter: Prof. Dr. Hans Reinecker

2. Gutachter: Dr. habil. Renate Mathesius

Weiteres Mitglied der Prüfungskommission: Prof. Dr. phil. Dr. med. Jürgen Weineck

Tag der mündlichen Prüfung: 25. Mai 2009

Dieses Werk ist als freie Onlineversion über den Hochschulschriften-  
Server (OPUS; <http://www.opus-bayern.de/uni-bamberg/>) der  
Universitätsbibliothek Bamberg erreichbar. Kopien und Ausdrücke  
dürfen nur zum privaten und sonstigen eigenen Gebrauch  
angefertigt werden.

Herstellung und Druck: Digital Print Group, Erlangen

Umschlaggestaltung: Dezernat Kommunikation und Alumni

© University of Bamberg Press Bamberg 2009

<http://www.uni-bamberg.de/ubp/>

ISSN: 1866-8674

ISBN: 978-3-923507-50-4 (Druckausgabe)

URN: urn:nbn:de:bvb:473-opus-2011

## **Vorwort**

*Alles wirkliche Leben ist Begegnung.*

(Martin Buber)

Das Verhalten oder die Lebensweise der Menschen werden heute als Ursache vieler Krankheiten gesehen. Deshalb liegt ein Schwerpunkt der Gesundheitsförderung auf der Veränderung jener Verhaltensweisen, von denen bekannt ist, dass sie sich auf die Gesundheit der Menschen negativ auswirken.

Kompetente Ratschläge und Orientierungshilfen sind in Zeiten der Veränderung für viele Menschen eine wichtige Hilfe. Allerdings wirken viele Selbstverbesserungstipps nur oberflächlich: Kurzfristig ist man zuversichtlich, dass Gehörtes und Gelesenes im eigenen Leben umsetzbar sind. Spätestens dann, wenn es „ans Eingemachte“ geht, erweisen sich die „fit for fun“ Ratschläge oder „der erhobene Zeigefinger“ als Irrweg. Das hat drei Gründe.

Erstens untergräbt die übergroße Expertenhörigkeit den Glauben an die eigenen Fähigkeiten. Weil so viel Expertenwissen im Umlauf ist, kommt man gar nicht auf die Idee, dass jeder Mensch für das eigene Leben der beste Experte ist.

Zweitens verschweigen die meisten Gesundheitsförderer etwas Wesentliches: Veränderung erfordert Mut, Ausdauer und eine hohe Frustrationstoleranz.

Drittens müssen die Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung aus einem realistischen Blickwinkel betrachtet werden. Es muss berücksichtigt werden, dass das Verhalten der Menschen nicht immer frei gewählt und selbstbestimmt ist, sondern auch eine Reaktion auf ihre Umwelt darstellt und von dieser mitbestimmt und aufrechterhalten wird. So haben z.B. berufliche Verpflichtungen, die familiäre Erziehung oder die „peer-group“ eine wesentliche Auswirkung auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen.

Trotz dieser Einflüsse von außen kann sich jeder Mensch immer wieder neu entscheiden und festlegen, wie wichtig seine Gesundheit für ihn ist und wie er sein Leben gestalten will.

Es stellt sich nun die Frage, welche Menschen es schaffen, sich selbständig Gesundheitsziele zu setzen und ihr Verhalten danach auszurichten, und welche Menschen professionelle Unterstützung brauchen, um ein konstruktives Gesundheitsverhalten aufzubauen.

In den Ausbildungskursen zum Mental Coach bei der BSA-Akademie, Saarbrücken, die ich seit zehn Jahren leite, konnte ich an mehr als 100 Teilnehmern systematisch Erfahrungen sammeln, wie Coaches ihre Klienten dabei unterstützten, sich neue Ziele zu setzen und alte Gewohnheiten zu verändern. Die dokumentierten Fallstudien der Coaches machten mich neugierig, herauszufinden, worin sich der Erfolg dieser Coachings tatsächlich begründet. Erste Vermutungen entwickelten sich schließlich zu Hypothesen. Erfolgskriterien wurden operationalisiert – und somit war der Grundstein für diese Forschungsarbeit gelegt.

Auf der Suche nach Coaches und Klienten bot sich die Deutsche Hochschule für Gesundheitsförderung und Prävention in Saarbrücken als Kooperationspartner an. Es ist sicher etwas ganz Besonderes, dass ich 13 motivierte und sehr zuverlässige Studenten und Studentinnen gefunden habe, die nach einer zweitägigen Ausbildung je zwei standardisierte Coachings zur Unterstützung eines körperlich aktiven Lebensstils durchführten und diese zehn Wochen lang detailliert dokumentierten. In einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Klient und Coach war es den Klienten möglich, eigene Entwicklungsräume zu erkennen und sie mit ganz persönlichen Ideen und Ressourcen auszugestalten. Dadurch wuchsen die Klienten immer mehr zu Experten in eigener Sache heran, steckten sich selbst Ziele, die ihnen Orientierung und Motivation verliehen und entwarfen Strategien, um mit schwierigen Situationen umgehen zu können. So gelang es den Klienten, Verantwortung für ihr Bewegungsverhalten zu übernehmen und – was ich persönlich als am wichtigsten erachte – Freude daran zu haben und die Sinnhaftigkeit ihres Handelns zu erkennen.

Ich selbst habe auf dem langen Weg dieser Arbeit immer wieder erlebt, dass weniger der Glaube an das Endziel, nämlich die fertige Arbeit, mir Ausdauer und Kraft verlieh. Es waren vielmehr die zahlreichen kleinen Erkenntnisse und menschlichen Begegnungen am Wegesrand, die mich staunen ließen und über die ich mich freuen konnte.

Ich möchte an dieser Stelle all den Menschen danken, die mich in den letzten drei Jahren unterstützt haben.

Dr. Renate Mathesius für die beschwingten „Seegänge“ zur Ideenentwicklung und ihre Ermutigung, diese Arbeit zu erstellen,  
Prof. Reinecker für die Themenannahme und den lehrreichen Sprechstunden,  
Irina Kravets für das einmalige Coaching in statistischen Verfahren,  
Karlheinz Fuchshuber für die Einführung in die Textformatierung,  
meinem Ehemann Jojo Fuchshuber für seine Unmenge an Geduld.

Außerdem gilt mein Dank allen Studenten für die Durchführung und Dokumentation der Coachings, namentlich:

Marion Rippel

Steffi Kiedaisch

Roman Riese

Jana Zeuch

Julia Schumacher

Jennifer Filz

Aline Schulze

Manuel Fuchs

Jens Staudenmaier

Jürgen Kirchberger

Sven Klee

Tina Buteweg

und

Dana Pyritz für die Durchführung der Pilotstudie und ihre konstruktiven Anregungen.

Andrea Fuchshuber



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>BEGRÜNDUNG DES THEMAS AUS GESUNDHEITSPOLITISCHER SICHT .....</b>	<b>15</b>
1.1	Sportliche Aktivität in der Bevölkerung – gute Vorsätze reichen oft nicht aus.....	15
1.2	Bewegung als prioritäres Handlungsfeld in der Primärprävention und Gesundheitsförderung.....	17
1.3	Die Rolle der Gesundheitspsychologie in der Gesundheitsförderung.....	18
1.4	Kritik an der bisherigen gesundheitspsychologischen Forschung .....	20
1.5	Gesellschaftliche Relevanz des Themas.....	21
<b>2</b>	<b>ZIELSETZUNG DER ARBEIT .....</b>	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>DIE GESUNDHEITLICHE BEDEUTUNG SPORTLICHER AKTIVITÄT.....</b>	<b>30</b>
3.1	Begriffsbestimmungen .....	30
3.2	Mehrdimensionale Ansätze zur Förderung des Gesundheitsverhaltens.....	32
3.2.1	Der biopsychosoziale Ansatz zur Gesundheitsförderung.....	32
3.2.2	Alpha-, Beta, und Gamma-Variablen .....	33
3.2.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die eigene Arbeit .....	35
3.3	Auswirkung regelmäßiger sportlicher Aktivität auf die Gesundheit .....	36
3.3.1	Psychische Wirkungen.....	37
3.3.2	Körperliche Auswirkungen .....	41
3.3.3	Soziales Wohlbefinden.....	43
3.3.4	Negative Konsequenzen sportlicher Tätigkeit .....	44
3.3.5	Erklärungsansätze.....	44
3.3.6	Kritische Betrachtung der Konsequenzen des Sporttreibens.....	45
3.3.7	Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die eigene Arbeit .....	47

<b>4</b>	<b>PROZESSMODELLE DER VERHALTENSÄNDERUNG .....</b>	<b>48</b>
4.1	Einführung und Überblick.....	48
4.2	Das transtheoretische Modell .....	49
4.2.1	Entwicklungsstadien im transtheoretischen Modell.....	49
4.2.2	Strategien im transtheoretischen Modell.....	55
4.3	Das handlungstheoretische Modell.....	59
4.3.1	Die Intentions-Verhaltenslücken und das volitionale Problem .....	59
4.3.2	Das Rubikon-Modell .....	60
4.3.3	Volitionale Strategien der Handlungskontrolle nach Kuhl.....	64
4.4	Das Berliner Sportstadienmodell .....	67
4.4.1	Stadien im Berliner Sportstadienmodell .....	67
4.5	Motivations-Volitions-Modell .....	71
4.5.1	Motivations-Volitions Prozess .....	71
4.5.2	MoVo-Strategien der Verhaltensänderung.....	73
4.6	Der Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer .....	74
4.6.1	Humanistisches Menschenbild .....	74
4.6.2	Vom Reiz-Reaktions-Modell zum Modell der Selbstregulation.....	75
4.6.3	Selbstmanagement-Strategien .....	80
4.7	Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die eigene Arbeit.....	83
<b>5</b>	<b>PSYCHOLOGISCHE MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG DER SPORTAKTIVITÄT.....</b>	<b>90</b>
5.1	Die Klärung von Zielen und Werten des Klienten .....	90
5.2	Die Ausführungsplanung .....	93
5.3	Die Planung von Bewältigungsstrategien .....	94
5.4	Barrieremanagement nach dem SORK-Modell.....	97
5.5	Das Einbeziehen sozialer Unterstützung .....	100
5.6	Die Bewertung der individuellen Zielerreichung .....	102
5.7	Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die eigene Arbeit.....	104

<b>6</b>	<b>DIE ENTWICKLUNG DES COACHINGS ZUR SPORT- BEZOGENEN ZIEL- UND HANDLUNGSREGULATION.....</b>	<b>106</b>
6.1	Definition von Coaching.....	106
6.2	Evaluation und Wirksamkeitsfaktoren von Coaching .....	107
6.3	Coaching als innovative Maßnahme zur Förderung des Gesundheitsverhaltens.....	110
6.4	Das Modell zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation als theoretische Grundlage für das Coaching.....	112
6.5	Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die eigene Arbeit.....	118
<b>7</b>	<b>DIE VERMITTLUNG DES COACHING KONZEPTS AN MULTIPLIKATOREN.....</b>	<b>120</b>
7.1	Rekrutierung und Beschreibung der Multiplikatoren.....	120
7.2	Ziele der Schulung .....	120
7.3	Inhalte und Methodik der Schulung .....	121
7.4	Trainingsunterlagen.....	126
7.5	Trainingsmanual .....	126
7.5.1	Coaching-Begleiter für den Klienten .....	127
7.5.2	Leitfaden für den Coach .....	127
7.5.3	Curriculum für das Coaching zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation .....	128
<b>8</b>	<b>FRAGESTELLUNG DER EMPIRISCHEN ARBEIT .....</b>	<b>132</b>
8.1	Innovative Forschungsinhalte der Arbeit .....	132
8.2	Ableitung der Fragestellung.....	135
<b>9</b>	<b>UNTERSUCHUNGSDESIGN .....</b>	<b>139</b>
9.1	Unabhängige und abhängige Variablen .....	139
9.2	Operationalisierung der Variablen im Überblick .....	143
9.3	Operationalisierung der Variablen auf der Verhaltensebene .....	145
9.3.1	Trainingshäufigkeit .....	145
9.3.2	Trainingsregelmäßigkeit .....	145

9.3.3	Sportstadien .....	146
9.3.4	SORK-Strategien .....	148
9.3.5	Zeitlicher Anspruch in den Handlungsfeldern .....	148
<b>9.4</b>	<b>Operationalisierung der Variablen auf der kognitiven Ebene .....</b>	<b>149</b>
9.4.1	Sportbezogene Selbstwirksamkeit .....	149
9.4.2	Sportbezogene Selbstkonkordanz .....	151
9.4.3	Subjektiver Zielerreichungsgrad.....	152
9.4.4	Kosten-Nutzen Analyse .....	154
9.4.5	Wahrgenommene Konsequenzen.....	155
<b>9.5</b>	<b>Operationalisierung der Variablen auf biometrischer Ebene .....</b>	<b>156</b>
<b>10</b>	<b>ABLEITUNG DER HYPOTHESEN .....</b>	<b>157</b>
10.1	Hypothesen auf der Verhaltensebene.....	157
10.2	Hypothesen auf der kognitiven Ebene.....	158
10.3	Hypothesen auf der biometrischen Ebene.....	160
<b>11</b>	<b>CHARAKTERISIERUNG DER STICHPROBE .....</b>	<b>161</b>
11.1	Neueinsteiger und Wiedereinsteiger .....	161
11.2	Alter... ..	161
11.3	Geschlecht .....	162
11.4	Schulabschluss.....	162
11.5	Erwerbstätigkeit.....	163
11.6	Entfernung des Wohnorts von der Sportstätte .....	163
11.7	Sportliche Aktivität.....	163
11.8	Körperlicher Zustand .....	164
11.9	Seelisches Befinden .....	164
11.10	Absichtsstärke .....	165
<b>12</b>	<b>VORUNTERSUCHUNG.....</b>	<b>166</b>
12.1	Zielsetzung .....	166
12.2	Ablauf der Voruntersuchung.....	166

12.3	Untersuchungsdesign .....	167
12.4	Klienten .....	168
12.5	Schlussfolgerungen aus der Voruntersuchung und Modifikationen für die Hauptuntersuchung .....	168
<b>13</b>	<b>AUSWERTUNGSPLAN FÜR DIE HAUPTUNTERSUCHUNG..</b>	<b>171</b>
<b>14</b>	<b>DESKRIPTIVE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE ZU DEN HYPOTHESEN.....</b>	<b>173</b>
14.1	Ergebnisse zu den Hypothesen auf der Verhaltensebene .....	173
14.1.1	Sportstadien .....	173
14.1.2	Trainingshäufigkeit .....	174
14.1.3	Trainingsregelmäßigkeit .....	180
14.2	Ergebnisse zu den Hypothesen auf der kognitiven Ebene .....	189
14.2.1	Subjektiver Zielerreichungsgrad.....	189
14.2.2	Sportbezogene Selbstwirksamkeit .....	192
14.2.3	Selbstkonkordanz .....	199
14.3	Ergebnisse zu den Hypothesen auf der biometrischen Ebene.....	203
<b>15</b>	<b>INFERENZSTATISTISCHE ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESEN.....</b>	<b>206</b>
15.1	Hypothesen auf der Verhaltensebene.....	206
15.1.1	Trainingshäufigkeit während und nach dem Coaching in der Gesamtgruppe .....	206
15.1.2	Trainingshäufigkeit während und nach dem Coaching pro Gruppe.....	207
15.2	Hypothesen auf der kognitiven Ebene.....	209
15.2.1	Erreichung der Do-Ziele und Be-Ziele .....	209
15.2.2	Ausprägung der Selbstwirksamkeit vor und nach dem Coaching.....	210
15.2.3	Ausprägung der sportbezogenen Selbstkonkordanz vor und nach dem Coaching .....	213
<b>16</b>	<b>QUALITATIVE AUSWERTUNG.....</b>	<b>216</b>
16.1	Erwartete Konsequenzen (Kosten-Nutzen-Analyse).....	216
16.1.1	Erwartete positive Konsequenzen (Pro-Argumente).....	216

16.1.2	Erwartete negative Konsequenzen (contra-Argumente) .....	218
16.1.3	Vergleich der erwarteten und wahrgenommenen positiven Konsequenzen .....	219
<b>16.2</b>	<b>Angewandte SORK-Strategien .....</b>	<b>220</b>
16.2.1	S-Strategien .....	220
16.2.2	R-Strategien .....	222
16.2.3	K-Strategien .....	222
<b>16.3</b>	<b>Die besten SORK-Strategien .....</b>	<b>223</b>
<b>16.4</b>	<b>Analyse der Handlungsfelder.....</b>	<b>224</b>
<b>17</b>	<b>BEWERTUNG DES COACHINGS DURCH COACH UND KLIENT .....</b>	<b>228</b>
17.1	Beziehung zwischen Coach und Klient.....	228
17.2	Erfolg des Coachings .....	229
17.3	Bewertung der erfahrenen Unterstützung aus Sicht des Coaches.....	231
17.4	Bewertung der erfahrenen Unterstützung aus Sicht des Klienten .....	233
17.5	Bewertung der Arbeitsmittel aus Sicht des Coaches .....	234
17.6	Bewertung der Arbeitsmittel aus der Sicht des Klienten .....	235
17.7	Vergleich der Bewertung der Arbeitsmittel aus der Sicht des Klienten und aus der Sicht des Coaches .....	236
<b>18</b>	<b>DISKUSSION UND BEWERTUNG DER ERGEBNISSE .....</b>	<b>238</b>
18.1	Diskussion zu den Hypothesen auf der Verhaltensebene.....	238
18.2	Diskussion zu den Hypothesen auf der kognitiven Ebene.....	242
18.3	Diskussion zu den Hypothesen auf der biometrischen Ebene .....	246
18.4	Diskussion der qualitativen Ergebnisse .....	247
18.5	Diskussion der Bewertung des Coachings.....	251
18.6	Diskussion zum methodischen Vorgehen .....	254
<b>19</b>	<b>FALLSTUDIEN .....</b>	<b>260</b>
19.1	Warum Fallstudien? .....	260

19.2	Auswahl und Gliederung der Fallstudien .....	262
19.3	Fallgeschichte 1: Positivbeispiel.....	263
19.4	Fallgeschichte 2: Adipöse Klientin .....	267
19.5	Fallgeschichte 3: Rentnerin.....	272
19.6	Fallgeschichte 4: Abbrecherin.....	276
19.7	Fallgeschichte 5: Selbstmanagerin.....	283
19.8	Diskussion der Fallstudien.....	288
19.9	Ableitungen eines Coach- und Klientenprofils .....	291
20	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK .....	293
21	LITERATURVERZEICHNIS .....	299
22	ANHANG .....	315
22.1	Fragebögen .....	315
22.2	Coaching-Leitfaden für den Coach.....	327
22.3	Coaching-Begleiter für den Klienten .....	341
22.4	Rohwerttabelle der Trainingshäufigkeiten.....	359

# 1 Begründung des Themas aus gesundheitspolitischer Sicht

## 1.1 Sportliche Aktivität in der Bevölkerung – gute Vorsätze reichen oft nicht aus.

Dass körperliche Aktivität der Gesundheit zuträglich ist, wird schon seit über 2000 Jahren angenommen. So hat beispielsweise Hippokrates (ca. 460-375 v. Chr.) vor körperlicher Untätigkeit gewarnt und moderate körperliche Betätigung als förderlich für die Gesundheit betrachtet.

Bewegungsmangel stellt eines der größten Gesundheitsrisiken dar. Nach Schätzung des World Health Reports der World Health Organization (2002) sollen weltweit jährlich 1,9 Millionen Menschen aufgrund körperlicher Inaktivität frühzeitig versterben. Mit 5 % bis 10 % aller Todesfälle in den Industrienationen steht die Bewegungsarmut an siebter Stelle in der Reihenfolge sämtlicher Risikofaktoren.

Die Folgen eines bewegungsarmen Lebensstils und einer schlechten Ernährung für die Gesundheit lassen sich nicht mehr verleugnen. Durch zahlreiche Studien der unterschiedlichsten Wissenschaftsdisziplinen, wie z. B. der Sportmedizin, der Trainings- und Ernährungswissenschaft, ist hinreichend belegt, dass Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung mit einem gesteigerten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko einhergehen. Körperliche Inaktivität zählt zu den Hauptrisikofaktoren für eine ganze Reihe chronischer Erkrankungen, insbesondere für Koronarerkrankungen, Hypertonie und Fettleibigkeit (Blair, 1996) sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates. In Kapitel 4.2 wird davon noch ausführlicher die Rede sein. Was aber den Bewegungsmangel aus Public Health Perspektive zu einem Risikofaktor ersten Ranges macht, ist, dass er so häufig vorkommt wie kein anderer Risikofaktor.

Umso erstaunlicher ist die Tatsache, dass der Bevölkerung westlicher Industrienationen der Gesundheitswert einer ausgewogenen Ernährung und regelmäßiger Bewegung in Form von Sport bewusst ist. So bejahen bei Befragungen ca. 90 % der Erwachsenen die Frage, ob Sporttreiben gesund sei (Pahmeier, 1998 a). Legt man eine Minimalbeanspruchung durch körperlich-sportliche Aktivität von 800-100 kcal pro Woche zusätzlich zur normalen Alltagsaktivität zugrunde, so wird diese in den industrialisierten Ländern derzeit nur von maximal 10-20% der erwachsenen Bevölkerung erreicht (Robert Koch Institut, 2006). Dagegen sind erstaunlich viele Deutsche, nämlich 57 %, der Überzeugung ausreichend aktiv zu sein (Mensink, 2002). Das Aktivitätsniveau unterscheidet sich stark, innerhalb der Altersgruppen und nach Geschlecht: Mit zunehmenden Alter nimmt die körperliche Aktivität deutlich ab, und Männer sind sportlich aktiver als Frauen.



Offenbar besteht hier eine Lücke zwischen dem Wissen um eine gesunde Verhaltensweise bzw. der Verhaltensabsicht und dem tatsächlichen Tun. Dieses Phänomen wird in der Gesundheitspsychologie auch als „**Intentions-Verhaltens-Lücke**“ (Orbell & Sheeran 1998; Sheeran, 2002) bezeichnet. Immer wieder kann beobachtet werden, dass sich Menschen wieder besseren Wissens „ungesund“ verhalten. Statt das Fahrrad zu benutzen oder zu Fuß zu gehen, fahren sie zum Bäcker an der nächsten Ecke mit dem Auto. Ein bequemes Hindösen vor dem Fernseher wird allzu oft einem Besuch im Fitness-Studio oder einer kleinen Jogging-Runde vorgezogen.

Es fällt Menschen sehr schwer, ihren Lebensstil zu verändern. Personen, die angefangen haben Sport zu treiben, geben nach kurzer Zeit oft auf.

Sogar Patienten, die einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleiden, schaffen es selten, ihre Lebensgewohnheiten zu ändern und die Empfehlungen aus ihren Rehabilitationsprogrammen im täglichen Leben umzusetzen (Daly et al., 2002; Willich et al., 2001).

Dieses Phänomen des so genannten „Drop-out“ oder „non compliance“ ist auch im Bereich von gesundheitsorientierten Bewegungsangeboten im Fitness-Studio weit verbreitet. Etwa 50 Prozent derjenigen, die in Eigeninitiative ein Sportprogramm beginnen, brechen innerhalb der ersten sechs Monate wieder ab (Dishman, 1982, 1991). Gerade bei denjenigen Zielgruppen, die besonders von einem erhöhten Aktivitätsniveau profitieren würden (z.B. Herzkreislauf-Kranke, übergewichtige Personen), liegen die Abbruchquoten sogar noch höher (Renneberg, 2006, S.212). Selbst Patienten, die nach einem Herzinfarkt in einer Koronargruppe betreuten Ausdauersport betreiben, steigen frühzeitig aus dem Bewegungsprogramm aus. Die niedrige Quote von körperlich Aktiven spiegelt also weniger einen Motivationsmangel wider als vielmehr die Schwierigkeiten, ein begonnenes Aktivitätsverhalten aufrechtzuerhalten.

Die Herausforderung und Zielsetzung dieser Arbeit ist es daher weniger, den Menschen die Tatsache vermitteln zu wollen, dass regelmäßige Bewegung sich positiv auf die Gesundheit auswirkt, sondern vielmehr der Frage nachzugehen, wie es gelingt, die Menschen zur Aufnahme einer solchen gesundheitsbezogenen Verhaltensweise zu motivieren und das einmal initiierte Verhalten auch dauerhaft beizubehalten.

Es besteht eine zentrale Aufgabe der psychologischen Forschung darin, der Praxis psychologisch fundierte und empirisch überprüfte Interventionsmaßnahmen zur Implementierung und Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität von Personen bereitzustellen.

## 1.2 Bewegung als prioritäres Handlungsfeld in der Primärprävention und Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen haben seit dem Jahr 2000 mit dem §20 Abs. 1 und 2 SGBV wieder einen erweiterten Handlungsrahmen in der Primärprävention erhalten. Im „Leitfaden für Prävention“ (2006) haben die Spitzenverbände der Krankenkassen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien festgelegt, die für Maßnahmen der Primärprävention durch die Krankenkassen verbindlich gelten.

Der Leitfaden beschreibt Präventionsprinzipien, die sowohl für den **Setting-Ansatz** als auch für den **individuumzentrierten Ansatz** gelten. Unter Settings werden dabei soziale Systeme verstanden, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit gestaltet und beeinflusst werden können, z.B. Betriebe, Kommunen, Vereine. Ziel ist hierbei, die Risiken für Erkrankungen zu senken, gesundheitliche Ressourcen zu fördern, aber auch Gesundheitswissen zu vermitteln.

Maßnahmen nach dem individuellen Ansatz richten sich an den einzelnen Versicherten. Der Einzelne soll innerhalb von gezielten Gesundheitsförderprogrammen unterstützt werden, einen körperlich aktiven Lebensstil aufzubauen, sich gesund zu ernähren und mit Stress und Drogen angemessen umgehen zu können.

Der Aufbau regelmäßiger sportlicher Aktivität wird dem Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“ zugeordnet. Kernziele dabei sind die Stärkung physischer und psychosozialer Ressourcen, die Verminderung von Risikofaktoren und die Bewältigung von psychosomatischen Beschwerden. Der Aufbau von Bindung an sportliche Aktivität wird noch vor dem Kernziel „Verbesserung der Bewegungsverhältnisse“ genannt.

Es wird im Präventionsleitfaden hervorgehoben, dass der Bindung an gesundheitssportliche Aktivität eine zentrale Bedeutung zukommt, denn „...wenn es nicht gelingt eine Bindung an gesundheitssportliche Aktivität aufzubauen, so sind langfristig wirksame Gesundheitseffekte dieser Aktivitäten nicht möglich“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, S.27).

Neben inhaltlichen Modulen zur Verbesserung der Kraft, Ausdauer und Koordinationsfähigkeit fordern die Spitzenverbände der Krankenkassen auch „Maßnahmen zur Unterstützung der Integration des Gelernten in das Alltagsleben nach Interventionsende.“ (ebd. S.29). Um dieses Ziel zu erreichen, werden verhaltensorientierte Gruppenprogramme empfohlen, die auf den zielgruppenspezifischen Umgang mit Barrieren bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung von sportlicher Aktivität eingehen sollen.

Die Anforderungen der Krankenkassen an inhaltliche und methodische Aspekte von Bewegungsprogrammen sind hoch – wenngleich auch berechtigt und notwendig. Für die Gestalter von Bewegungsprogrammen ist es eine Herausforderung, neben ihrer fachlichen Kompetenz auch psychologisches und pädagogisches Geschick mitzubringen, um die Teilnehmer auf ein langfristiges, vielleicht sogar lebenslanges Ausüben sportlicher Aktivität vorzubereiten.

Es besteht sowohl Bedarf an der Vermittlung von psychologischen Kompetenzen von Kursleitern als auch an Interventionen, die darauf abzielen, insbesondere die Aufrechterhaltung von sportlicher Aktivität der Teilnehmer zu unterstützen. Welche Faktoren die Aufnahme und das Beibehalten von präventivem Gesundheitsverhalten begünstigen, sind Fragen der Gesundheitspsychologie, deren Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention im folgenden Kapitel kurz dargestellt werden soll.

### **1.3 Die Rolle der Gesundheitspsychologie in der Gesundheitsförderung**

Die Gesundheitspsychologie befasst sich mit dem menschlichen Erleben und Verhalten angesichts gesundheitlicher Risiken und Beeinträchtigungen sowie der Optimierung von Gesundheit. Die Forschung fragt danach, wer krank wird, wer sich von einer Krankheit wieder erholt und wie man Erkrankungen von vornherein verhütet. (Schwarzer, 2006). Die Gesundheitspsychologie ist eine empirisch-orientierte Disziplin und wird von einer biopsychosozialen Modellvorstellung geleitet. Das bedeutet, dass psychischen und sozialen Faktoren sowie deren Wechselwirkungen auf Gesundheit und Krankheit besondere Beachtung geschenkt wird.

Für die Förderung des langfristig präventiven Bewegungsverhaltens in der Bevölkerung können folgende Beiträge der gesundheitspsychologischen Forschung herangezogen werden:

## **1. Gesundheitsverhalten verändert sich über mehrere Phasen**

Menschen verändern ihr Gesundheitsverhalten in einem Prozess, der verschiedene Stufen umfasst, auf den unterschiedliche Einflüsse wirken und für den spezifische Faktoren wichtig sind. Sog. Stadienmodelle nehmen an, dass Personen nur auf die für sie „passenden“ Reize reagieren. Will man effektiv und ökonomisch Veränderungsprozesse unterstützen, so muss man feststellen, in welcher psychischen Phase der Änderungsmotivation sich die Adressaten befinden. Wer sich noch nie darüber Gedanken gemacht hat, Sport zu treiben, muss ganz anders angesprochen werden als jemand, der es schon mehrfach vergeblich versucht hat. Das Durchlaufen mehrerer Stadien ergibt die Entwicklung hin zum Zielverhalten, z.B. das empfohlene Trainingsprogramm pro Woche einzuhalten.

## **2. Psychische Komponenten sind wichtige Steuerungsgrößen der Verhaltensveränderung**

Das Einführen von gesundem Verhalten, wie etwa das Ausführen täglicher Dehnübungen nach dem Aufstehen oder das frische Zubereiten von Mahlzeiten, erfordert zunächst ein hohes Maß an Selbstkontrolle. Bequeme Gewohnheiten müssen reduziert oder aufgegeben werden, um neues Verhalten, das kurzfristig weniger attraktiv erscheint, auszuüben.

Die Gesundheitspsychologie hat eine Reihe von Modellen und Theorien entwickelt, in denen psychologische Determinanten identifiziert wurden, welche auf das Implementieren und Aufrechterhalten von Gesundheitsverhalten förderlich wirken. Sog. Prädiktorenmodelle des Gesundheitsverhaltens machen die Zusammenhänge zwischen psychischen Determinanten (z.B. Vulnerabilität, Selbstwirksamkeit, Konsequenzerwartungen, Selbstregulationsfähigkeit) und sozialen Wirkgrößen (z.B. Geschlecht, soziale Schicht) auf das Gesundheitsverhalten sichtbar.

## **3. Gesundheitsverhalten gestaltet sich durch innere und äußere Bedingungen**

Eine einzelne Verhaltensweise (z.B. zu wenig körperliche Bewegung) als Ursache einer Erkrankung oder als Ursache von Wohlbefinden kann nicht isoliert betrachtet werden, sondern muss im Zusammenhang mit anderen Verhaltensweisen (z.B. gesunde Ernährung, Rauchen, Stressbewältigung, soziale Kontakte) gesehen werden. Dazu kommen psychologische Faktoren der Person, die in komplexer Weise mit dem Verhalten interagieren.

Neben der Betrachtung des Individuums werden auch die situativen Barrieren und Ressourcen sowie die Umwelt des Individuums berücksichtigt. So ist die Einstellung zur sportlichen Aktivität nicht allein von individuellen Bewertungen abhängig, sondern auch von gesellschaftlichen Leitbildern und Normen. Das heißt, es geht nicht nur darum, beim Einzelnen eine Entscheidung für einen bewegungsaktiven Lebensstil zu unterstützen, sondern auch die Umwelt so zu gestalten, dass es einfacher wird, Bewegung in den Alltag zu integrieren (z.B. durch preisgünstige Sportangebote, soziale Unterstützung).

Die theoriengeleiteten gesundheitspsychologische Erkenntnisse können sowohl bei der Konzeption als auch bei der Überprüfung von Interventionsstrategien zur Förderung des Gesundheitsverhaltens herangezogen werden.

#### **1.4 Kritik an der bisherigen gesundheitspsychologischen Forschung**

Der bisherige Schwerpunkt in der gesundheitspsychologischen Forschung liegt in der Identifikation von inneren und äußeren Determinanten der Person, die das Gesundheitsverhalten vorhersagen. So konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass die Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartungen oder die wahrgenommene Vulnerabilität für bestimmte Erkrankungen zum Zeitpunkt A die Wahrscheinlichkeit erhöhen, ein bestimmtes Gesundheitsverhalten zum Zeitpunkt B auszuführen. Diese prädiktiven Erkenntnisse sind für die epidemiologische Beschreibung von Bevölkerungsgruppen durchaus wertvoll. Ansatzpunkte für aktive Gestaltungsmöglichkeiten, um das Gesundheitsverhalten von Personen positiv zu beeinflussen und zu unterstützen, werden jedoch aus den Modellen nicht systematisch abgeleitet.

In der prozessorientierten gesundheitspsychologischen Forschung werden in Längsschnittuntersuchungen einzelne Strategien evaluiert, die den Übergang von einer Entwicklungsstufe zur nächsten unterstützen sollen. Gleichwohl setzt auch hier die Forschung ihren Schwerpunkt auf einen definierten Ausschnitt im Veränderungsprozess, welcher nicht die Dynamik und die Rückkoppelungsvorgänge im Prozess einer Verhaltensänderung berücksichtigt. So werden beispielsweise die kognitiven und verhaltensbezogenen Kennzeichen bestimmter Veränderungsstufen detailliert beschrieben. Dagegen gibt es über den Einsatz und die Evaluation von stadienspezifischen Interventionsmethoden noch wenige Erkenntnisse.

Zudem werden psychologische Determinanten der Verhaltensänderung zwar über standardisierte diagnostische Verfahren gemessen, wie etwa mit Fragebögen zur Selbstwirksamkeit, zu Konsequenzerwartungen oder zur Selbstkonkordanz, aber eine inhaltlich qualitative Auswertung dieser psychologischen Parameter fehlt in der gesundheitspsychologischen Forschung vollständig.

Dies ist umso bedauerlicher, als gerade mit der salutogenetischen Fragestellung „Was erhält die Menschen gesund?“ zwar ein methodischer Paradigmenwechsel in der Forschung gefordert wurde, jedoch auf der inhaltlichen Ebene kaum Ansätze diskutiert werden, die Antworten auf diese positive Fragestellung liefern können. Mit anderen Worten: Wir können zwar psychologische Variablen der Verhaltensänderung quantitativ messen, Gesundheitsverhalten von Personen erklären und vorhersagen. Es fehlt jedoch noch immer an evaluierten Interventionen, die aus den gesundheitspsychologischen Erkenntnissen abgeleitet werden und den Aufbau von psychologischen Ressourcen zur Verhaltensänderung unterstützen.

## **1.5 Gesellschaftliche Relevanz des Themas**

### **Der Wert Gesundheit**

Dem Leitwert „Gesundheit“ wird sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene eine immer größere Bedeutung beigemessen. Standen für unsere Vorfahren Probleme der materiellen Existenzsicherung (Arbeit, Wohnen, Essen) im Vordergrund, so geht es heute in den postindustriellen Gesellschaften auf der Grundlage eines relativen Wohlstands eher um die Sicherung von Lebensqualitäten und – darin eingeschlossen – um persönliche Gesundheit (vgl. Fuchs 2003, S.58). Für Frauen ist Gesundheit dabei noch wichtiger als für Männer, und mit zunehmendem Alter bekommen die positiven Wirkungen des Sport auf die Gesundheit eine immer größere Bedeutung (Brehm & Pahmeier, 1998).

### **Kosten im Gesundheitswesen durch Primärprävention senken**

Zum anderen steht der Bedeutungszuwachs des Leitwertes „Gesundheit“ auch mit den aktuellen Strukturproblemen unserer medizinischen Versorgung in Zusammenhang. Der Primärprävention von Erkrankungen kommt eine hohe Bedeutung zu. Dies gilt im Hinblick auf das Ziel der Vermeidung von individuellem Leid, sondern auch auf die volkswirtschaftliche Kostenexplosion. Die Gesellschaft kann sich auf Dauer keine technisch und personell aufwändige kurative und palliative Medizin für alle Bürger leisten (Schwarzer, 2006). Nur durch Vorbeugung lässt sich dem Problem einer immer älter werdenden Bevölkerung, die von Multimorbidität gekennzeichnet ist, entgegenzutreten.

## **Sport in der Gesundheitsförderung**

Neben der strukturellen Verbreiterung und Kommerzialisierung des Sportangebots gewann der Sport auch innerhalb der Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen mit der Neufassung des §20 im SGBV einen Stellenwert, der durch eine Vielzahl von Projekten, Kampagnen und Aktionen in den Alltag von Menschen getragen wird. Heute gehören Bewegungsprogramme zu einem fest etablierten Ansatz in der Förderung eines gesundheitsorientierten Lebensstils.

Sport als Maßnahme in der Gesundheitsförderung besitzt zudem eine hohe Akzeptanz in der Alltagskultur der Menschen (vgl. Schulke, 1998, S. 136) im Vergleich zu anderen Maßnahmen. Im „sportiven“ Lebensstil einer Person kommen Tugenden wie Tatkraft, Erfolg und soziale Offenheit zum Ausdruck, die in unserer Zeit hoch bewertet werden (vgl. Fuchs, 2002, S. 62).

## **Stärken von Vertrauen und Beziehung in der Gesundheitsförderung**

Während bisheriger Schwerpunkt in der Gesundheitsförderung Maßnahmen sind, die in einem möglichst kurzen Zeitraum möglichst viele Menschen erreichen sollen, steht die individuelle Einzelberatung eher als „Stiefkind“ im Schatten zahlreicher gruppenorientierter Gesundheitsprogramme. Dies kann damit begründet werden, dass eine personenbezogene Intervention nicht als ausreichend ökonomisch für die Förderung durch Krankenkassen angesehen wird. Doch wo ist die Evidenz für eine solche Annahme? Zum einen kann der Erfolg einer einzelnen personenzentrierten Maßnahme sehr „ansteckend“ sein, so dass die Intervention auch von anderen Personen gerne in Anspruch genommen wird, zum anderen reichen Gruppenprogramme nicht in die Tiefe, so dass eine individuelle Analyse und Förderung des erwünschten Verhaltens in der individuellen Lebenswelt der Person erfolgen kann. Auch eine breite Wirkrichtung, die den Menschen als ganzes System berücksichtigt, kann systematisch ausgebaut werden, so dass wahrgenommene Ressourcen z.B. der Selbstregulationsfähigkeit sich in weitere Bereiche des Lebens (z.B. in den beruflichen Alltag) transferieren lassen.

In der Therapieforchung ist seit langem bekannt, dass der Erfolg einer Therapie von der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient entscheidend beeinflusst wird (Grawe, 2005). Eine vertrauensvolle Beziehung ist das Fundament und die notwendige Voraussetzung, um schrittweise eine Verhaltensänderung zu bewirken. Deshalb sollte die aktuelle Gesundheitsförderung, insbesondere die compliance-Forschung, einen Blick auf die Beziehungsgestaltung zwischen Anbietern und Nutzern von Interventionsmaßnahmen werfen. Dazu könnten folgende Fragen hilfreich sein:

- Wie sieht die Beziehung zwischen den Gesundheitsförderern einerseits und den Klienten und Teilnehmern andererseits aus?
- Welche Maßnahmen werden ergriffen und welcher Kommunikationsstil wird von Gesundheitspolitikern, Krankenkassen und Gesundheitsberatern gewählt, um eine gleichwertige, respektvolle Beziehung zwischen beiden Seiten herzustellen, Wie kann eine Intervention die individuellen Bedürfnisse von Personen berücksichtigen und deren persönliche Ressourcen fördern?
- Inwieweit wird den Patienten/Teilnehmern überhaupt zugetraut, sich eigenverantwortlich für ihre Gesundheit einzusetzen?
- Widerspricht eine Forderung nach selbständiger aktiver Gesundheitsvorsorge nicht der Fremdbestimmung eines Regelwerks aus medizinischen Normen und standardisierten Empfehlungen (z.B. Fünfmal am Tag Obst und Gemüse essen, BMI-Index)?

Sehr häufig sind Kursprogramme hoch standardisiert, so dass Inhalte wenig zielgruppenspezifisch werden. Insbesondere für Sporteinsteiger sind Vorgaben wie: „Man sollte wenigstens dreimal pro Woche für 30 Minuten bei 70-80% der maximalen Leistungsfähigkeit körperlich aktiv sein.“ eher Abschreckung denn Anreiz, sportlich aktiv zu werden. Das Vertrauen in die Selbstbestimmung und die Selbstregulationsfähigkeiten des Menschen, welches die Vertreter eines humanistischen Ansatzes (z.B. Kanfer F., Rogers C., Frankl. V.E.) in der Psychologie fordern, wurde in unserer Gesellschaft abgelöst durch kurzweilige Vorgaben, die Inhalte und Ausprägung von Gesundheitszielen und Interventionsmaßnahmen bestimmen. Der Mensch wird nicht mündiger durch eine unspezifische und belehrende Informationsvermittlung zum Gesundheitsverhalten, sondern nur wenn seine persönlichen Werte und Ziele gefragt und respektiert werden, wenn er aktiv seine Ressourcen und seine Ideen in sein Leben einbringen kann und wenn er genügend Wertschätzung und Anerkennung auf diesem Weg erfährt.

In dieser Arbeit wurde als Interventionsmaßnahme zur Förderung der sportlichen Aktivität eine Einzelberatung (Coaching) gewählt mit dem Ziel, dabei sowohl ein humanistisches Menschenbild in ausreichender Form zu berücksichtigen als auch systematische und effektive Unterstützung für ein regelmäßiges Sporttreiben zu leisten.



## 2 Zielsetzung der Arbeit

In zahlreichen empirischen Untersuchungen zu Prävention und Gesundheitsförderung wird bei Patienten oder Klienten eine passiv-abwartende Einstellung zur eigenen Gesundheit und Krankheit gefunden (Haisch, 2002, S. 1). Vom Arzt oder Gesundheitsförderer (z.B. Rückenschulleiter, Ernährungsberater, Physiotherapeut, Fitnesstrainer) erwartet der Klient, dass er mit Ratschlägen und Behandlungen sein Wohlbefinden unterstützt. Selbst regelmäßig und dauerhaft für seine Gesundheit zu sorgen, wollen allerdings nur wenige. Diese Situation wird bekanntlich mit der noncompliance des Patienten umschrieben. Ein systematisches Vorgehen der Gesundheitsförderer ist deshalb gefragt, welches die Klienten zu mehr Eigenverantwortung motiviert.

Trotz der Vielzahl von Interventionsmaßnahmen zur sportlichen Aktivität fehlt es in der Forschung jedoch an prozessorientierten Interventionsmaßnahmen, die die Bindung an das sportliche Training effektiv unterstützen. Den bislang durchgeführten Interventionsstudien mangelt es an einer konzeptionellen Durchdringung der unterschiedlichen Interventionsmaßnahmen (Fuchs, 2002). Um die Entwicklung einer theoriengeleiteten Sportförderung voranzutreiben, sind Interventionsstudien notwendig, die den Nutzer darüber informieren, mit welcher Maßnahme oder Strategie sich in welchem Setting welche Effekte erzielen lassen.

Ziel dieser Arbeit ist es, Coaching als eine Interventionsmaßnahme zu entwickeln, welche das Durchführen einer regelmäßigen sportlichen Aktivität der Klienten unterstützt. Unter Coaching wird in dieser Arbeit eine psychologisch fundierte und handlungsorientierte Prozessberatung verstanden.

Es ergeben sich vier Aufgabenstellungen der Arbeit, die im folgenden kurz erläutert werden.

### 1. Die Entwicklung eines Coaching- Konzeptes zur Verbesserung der Sportaktivität im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung

Der Evaluation von Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität der CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Rütten et al., 2003) ist zu entnehmen, dass die individuelle Beratung zur Verhaltensänderung als sehr empfehlenswert eingestuft wird. Doch eine einmalige Beratung verkennt, dass die Aufnahme und die Aufrechterhaltung von sportlicher Aktivität ein dynamischer Prozess ist, der Lern- und Anpassungsphasen durchläuft und sich mit möglichen Rückfällen auseinandersetzen muss.

Immer wieder wird in der gesundheitspsychologischen Forschung betont, dass die Motivation und die Eigenverantwortung des Patienten oft nicht ausreichen,

um die Intentions-Verhaltenslücke zu schließen,. Dies kann – bezogen auf das systematische Bewegungstraining - verschiedene Gründe haben:

- Die Person traut sich selbst ein Bewegungstraining nicht zu.
- Die Person weiß nicht, wie sie soziale und organisatorische Barrieren bewältigen soll.
- Die Person sieht keinen ausreichenden Nutzen im Bewegungstraining.
- Die Person hat keine klaren Zielvorstellungen.
- Die Person ist sich unsicher darüber, wie und wann sie mit dem Bewegungstraining beginnen soll.
- Die Person findet keine adäquaten Strategien, wie sie das Bewegungstraining in ihren Alltag integrieren kann.
- Die Person findet keine ausreichende emotionale und instrumentelle Unterstützung durch andere.

Die genannten Gründe zeigen auf, dass das Schließen der Intentions-Verhaltenslücke ein äußerst individueller Vorgang ist und ein hinreichendes Maß an Selbstregulationsfähigkeiten voraussetzt. Coaching bietet die Möglichkeit, den Menschen in seiner Lebenswelt wahrzunehmen mit all seinen ganz persönlichen Ressourcen und Belastungen, die auf sein Wohlbefinden einwirken. Die Planung und die Sicherung der Umsetzung von Gesundheitsverhalten kann durch eine persönliche Beratung individuell vorbereitet werden. Erst die sorgfältige und lebenskontextbezogene Planung der sportlichen Aktivität verbunden mit einer selbstwirksame Einstellung zur Einhaltung des Trainingsplans ermöglicht ein dauerhaftes Sporttreiben.

Dabei entwickeln sich die selbstregulativen Fähigkeiten, welche das eigenständige Sporttreiben unterstützen, nicht von heute auf morgen, sondern müssen zunächst bewusst gemacht, kontrolliert und bewertet werden. Eine solche differenzierte Auseinandersetzung mit sich selbst kann durch die vertrauensvolle Beziehung zu einem Coach gefördert werden.

Die Qualität eines Verhaltensänderungsprogramms ist vor allen an drei Kriterien zu messen: am Grad seiner Theoriegeleitetheit, seiner Standardisierung und seiner Evidenzbasierung (Fuchs, 2007, S.1).

Beim Kriterium der Theoriegeleitetheit geht es darum, ob die Inhalte und Vorgehensweisen eines Programms aus einer wissenschaftlichen Theorie heraus entwickelt wurden. Die Kriterien Standardisierung und Evidenzbasierung werden in Punkt 2 und 3 berücksichtigt. Ziel dieser Arbeit ist es, sowohl die gesundheitspsychologischen Forschungsbestände als auch die Erkenntnisse der Klinischen Psychologie für den Aufbau und Ablauf eines Coachings zur Förderung der sportlichen Aktivität zu nutzen und im Modell der sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation zu integrieren.

Mit dem Coaching-Konzept soll eine zielorientierte psychologische Unterstützung in der Vorbereitung und Durchführung von gesundheitsfördernden Handlungen verwirklicht werden. Der strukturierte Ablauf des Coachings kann sowohl für den Aufbau eines bewegungsaktiven Lebensstils eingesetzt werden als auch für die Umsetzung von Gesundheitszielen aus den Handlungsfeldern Ernährung, Entspannung und Stressbewältigung inhaltlich modifiziert werden.

Schließlich kann das Coaching für Personen hilfreich sein, die mit regelmäßigem Sporttreiben ihr Wohlbefinden fördern wollen oder sich vor Erkrankungen schützen möchten, jedoch entweder noch die Intentions-Verhaltenslücke überqueren müssen oder durch Misserfolg und Rückfälle keine ausreichende Motivation für die sportliche Aktivität aufweisen. Neben dem präventiven Einsatz von Coaching für bestimmte Zielgruppen kann diese intensive Beratung auch Patienten in der Rehabilitation zu Gute kommen, die eine Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens im Alltag nach ihrem Klinikaufenthalt planen.

## **2. Die Vermittlung des Coaching-Konzeptes an sportpädagogisch ausgebildete Multiplikatoren zur Umsetzung**

Beim o.g. Kriterium der Standardisierung geht es darum, die zentralen Inhalte und didaktischen Vorgehensweisen der Intervention zu definieren und schriftlich in einem Ausbildungscurriculum und einem Trainingsmanual festzuhalten.

Ziel der Ausbildung von Multiplikatoren für das Coaching ist es, die „Trainierbarkeit“ des Coaching-Konzeptes festzustellen und die Realisierung des Coachings durch ausgebildete Fachkräfte nachzuweisen. Als Fachkräfte kommen sportpädagogisch ausgebildete Multiplikatoren in Betracht, die neben gesundheitspsychologischem Grundwissen auch Fachkompetenzen in mindestens einem Handlungsfeld der Prävention aufweisen. In dieser Arbeit wurden angehende Diplom-Gesundheitsmanager und Diplom-Fitnessökonomen ausgewählt, die als Fitnesstrainer im Fitness-Studio eine studienbegleitende Ausbildung absolvieren. Im Unterschied zum Arzt oder Physiotherapeuten befinden sich diese Fachkräfte bereits im Lebensumfeld des Klienten und müssen nicht separat aufgesucht werden, wenn Klienten Unterstützung beim Aufbau eines gesunden Lebensstils benötigen. Eine bereits vorhandene vertrauensvolle Beziehung zwischen Klient und Fachkraft kann die Akzeptanz der Intervention „Coaching“ fördern und die compliance des Klienten erhöhen.

### 3. Die Evaluierung des Coachings

Wissenschaftliche Evaluation und Qualitätsentwicklung sorgen für Transparenz im Gesundheitswesen und bilden die notwendige Bedingung für den bedarfsge- rechten und effizienten Einsatz von Interventionen zur Förderung der Gesund- heit. Eine rein output-orientierte Evaluation, die sich ausschließlich an post hoc- Ergebnissen (z.B. Dauer und Häufigkeit der sportlichen Aktivität, psychometri- sche Fragebögen) orientiert, genügt nicht, begreift man menschliches Leben als einen dynamischen und kontextabhängigen Prozess. Dazu kommt, dass die heu- te üblichen Qualitätskriterien gesundheitlicher Interventionen weiterhin Indika- toren von Misserfolgen wie z.B. Mortalität, Morbität oder die Zahl der Abbre- cher einer Intervention sind.

Die Qualität der Evaluation des Coaching-Konzepts als Maßnahme zur Förde- rung der sportlichen Aktivität soll deshalb umfassender gestaltet werden. Hier bietet sich das in der Psychotherapieforschung verbreitete Modell von Donabedi- an (1966) an, welches drei Ebenen der Qualität unterscheidet, die jede für sich sowie als Ganzes betrachtet werden können.

**die Struktur:** Wer trifft wo und wie aufeinander?

**der Prozess:** Wie wird diese Interaktion bearbeitet?

**die Ergebnisse:** Was soll beim Coaching herauskommen?

Unter **Struktur** wird in dieser Arbeit der theoriegeleitete Aufbau des Coachings verstanden, welches an die auszubildenden Fachkräfte vermittelt wird. Neben der konzeptionellen Ausstattung sind auch persönliche und fachliche Anforderun- gen an den Coach und den Klienten zu berücksichtigen, die zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung beitragen.

Die **Prozessqualität** bezieht sich auf die Frage, wie das Coaching ablaufen soll. Dazu gehören alle standardisierten Schritte und Arbeitsmittel, die im **Prozess** des Coachings eingesetzt werden.

Welche Ziele mit dem Coaching erreicht wurden, kann anhand der quantitativen und qualitativen **Ergebnisse** festgestellt werden, die auf der körperlichen, psychi- schen und sozialen Ebene in Bezug auf die zu Beginn festgelegten Ziele erfasst werden.

Es handelt sich hier um eine Akzentuierung einzelner Aspekte der Evaluation. Gleichzeitig sind natürlich Überschneidungen und Zusammenhänge zwischen den genannten Ebenen der Evaluation festzustellen. So haben die Inhalte und die Qualität der Ausbildung (Struktur) einen direkten Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität der durchgeführten Coachings, deren Ergebnisse wieder- um Anhaltspunkte für notwendige Strukturverbesserungen im Sinne z.B. zu- sätzlicher Ausbildungsmodule oder der Weiterentwicklung des theoretischen Coaching-Ansatzes geben.

Das generelle Anliegen dieser breit angelegten Qualitätskontrolle ist, die einzelnen Schritte und Maßnahmen im Coaching transparent zu machen und damit eine möglichst objektive Bewertung der Intervention in Hinblick auf die Förderung der sportlichen Aktivität zu ermöglichen. Tab. 1 verdeutlicht die Inhalte der dreistufigen Evaluation anhand von Beispielen.

Tab. 1 Inhalte und Beispiele auf den drei Evaluationsebenen

Evaluationsebene	Inhalte	Beispiele
<b>Struktur</b>	Konzept und Vermittlung des Coachings	Ausbildungsmodule Supervision Beziehung zwischen Klient und Coach
<b>Prozess</b>	Umsetzung des Coachings Zeitlicher Ablauf Einsatz von Arbeitsmitteln	Arbeitsmittel Leitfaden
<b>Ergebnisse</b>	Verhalten der Klienten auf den drei Ebenen (kognitiv, biologisch, verhaltensbezogen) Allgemeine und spezifische Bewertungskriterien	Selbstwirksamkeit Selbstkonkordanz Regelmäßige Sportaktivität subjektiver Zielerreichungsgrad

#### 4. Die Bestimmung individueller Wirkfaktoren im Coaching durch Einzelfallanalysen

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit ist es, zu erkennen, unter welchen Bedingungen welche Interventionen und Maßnahmen bei welchen Klienten sinnvoll sind. Die Beantwortung dieser Frage trägt der Forderung nach einem bedarfsgerechten Einsatz von Interventionen zur Gesundheitsförderung Rechnung. Hier eignet sich besonders die Methode der Einzelfallanalyse für eine systematisierte Form der Evaluation. Dabei liegt der Fokus auf einem induktiv-explorativen Vorgehen, um während des Verlaufs der Evaluation

- entscheidende Wirkfaktoren im Coachingprozess zu generieren, die zu einer Verbesserung der Indikation für die Gestaltung des Coachings führen,
- zu überprüfen, ob die vermittelten Coaching-Inhalte durch die Multiplikatoren richtig angewandt wurden,
- festzustellen, welche Ziele der Klient im Einzelfall erreicht hat.
- Ansatzpunkte für die weitere Forschung zu finden, um sowohl die Ausbildung der Fachkräfte als auch die Struktur im Coachingprozess zu optimieren,
- zu erfahren, für welche Personen das Coaching besonders hilfreich ist.

Die Befürwortung alternativer Evaluationsmethoden in der Wirksamkeitsforschung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung betont die Notwendigkeit, gesellschaftliche und menschliche Phänomene im natürlichen Umfeld ohne Reduktion von Kontextvariablen zu beschreiben (Renneberg 2006, S. 280).

### **Zusammenfassung:**

In dieser Arbeit soll eine Interventionsmaßnahme für den Anwendungsbereich der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Rehabilitation vorgestellt werden, welche eine Verhaltensänderung bei der Aufnahme und Stabilisierung von sportlicher Aktivität begleitet. Aus gesundheitspsychologischer Sicht ist das Ziel dieser Intervention, die Intention-Verhaltenslücke zu schließen und Klienten zum Aufbau eines eigenverantwortlichen körperlich-aktiven Lebensstils anzuleiten.

Aus dieser Zielsetzung ergeben sich folgende Aufgabenstellungen, die in dieser Arbeit verwirklicht werden sollen:

- **Die Entwicklung** eines Coaching-Konzeptes zur Verbesserung der Sportaktivität im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung.
- **Die Vermittlung** des Coaching-Konzeptes an sportpädagogisch ausgebildete Multiplikatoren zur Umsetzung.
- **Die Evaluierung** des Coaching-Konzeptes auf der inhaltlichen, methodischen und ergebnisorientierten Ebene.
- **Die Bestimmung individueller Wirkfaktoren** im Coaching durch Einzelfallanalysen.

## 3 Die gesundheitliche Bedeutung sportlicher Aktivität

### 3.1 Begriffsbestimmungen

In den folgenden Kapiteln ist die Rede von körperlicher Aktivität, sportlicher Aktivität oder Bewegung. Mit diesen Begriffen werden in der engeren Definition unterschiedliche Sachverhalte gemeint, die hier einer kurzen Erläuterung bedürfen.

Außerdem sollen die Begriffe Gesundheitsverhalten, Gesundheitsförderung und Coaching definiert werden.

Der Begriff **körperliche Aktivität** umfasst im weiteren Sinne jede Bewegung durch die Skelettmuskulatur, die mit Energieverbrauch verbunden ist (vgl. USDHHS, 1996, S.16). So verstandene körperliche Aktivität umschließt neben allen sportlichen Tätigkeiten auch ein weites Spektrum beruflicher, freizeittlicher und routinemäßiger Alltagstätigkeiten, z.B. Gartenarbeit, Treppensteigen oder Einkaufen.

Die Definition von **Bewegung** findet ihre einzige Spezifizierung darin, dass sie von bestimmten Muskelgruppen ausgeführt wird.

Der Begriff **sportliche Aktivität** ist enger gefasst, als das Globalkonzept der körperlichen Aktivität. In der Literatur finden sich zur Begriffsbestimmung der Sportaktivität unterschiedliche Definitionen. Sportliche Aktivität eignet sich als Überbegriff für unterschiedliche motivationale Orientierungen wie z.B. Gesundheits-, Leistungs-, Ausgleichs- oder Erlebnissport. Hierunter fällt auch die Form, also der Kontext, in dem die Sportaktivität ausgeübt wird: organisiert versus selbstorganisiert (vgl. Fuchs, 2003, S.9). Der Begriff sportliche Aktivität hat den Vorteil, dass mit ihm nicht von vornherein eine bestimmte motivationale Ausrichtung verbunden ist, wie etwa beim Leistungssport oder Gesundheitssport.

Der Begriff **Sport** wird je nach Kontext (z.B. Verein, Wissenschaft, Ausbildung, Wettkampf) ganz unterschiedlich verwendet, so dass eine allgemein gültige Definition kaum möglich ist. Im deutschen Sprachgebrauch wird Sport meist mit gezieltem Training und Übungen der körperlichen Aktivität gleichgesetzt. Bis in die 80er Jahre hinein galt der Leistungsvergleich im Wettkampf relativ unumstritten als entscheidendes konstituierendes Merkmal des Sports. Im Mittelpunkt eines solchen Sportverständnisses stehen Sportarten, für die sich eindeutige Leistungsziele definieren lassen und die nach einem kodifizierten Regelwerk im Wettstreit ausgeübt werden. Dieses „enge Verständnis“ von Sport ist in den letzten Jahren von einem „weiteren Sportverständnis“ abgelöst worden (vgl. Wopp, 1995, S. 13). Der Leistungsgedanke hat seine uneingeschränkte Definitionsmacht verloren. Unter dem Begriff Sport werden jetzt

auch körperliche Aktivitäten mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Freizeitgestaltung verstanden. Im englischen Sprachgebrauch werden dafür typischerweise Begriffe wie „physical exercise“ oder „physical activity“ verwendet.

Der Begriff **Bewegungsverhalten** wird in der Literatur in den verschiedensten Zusammenhängen eingesetzt. Die Verwendung des Begriffs wird jeweils von der wissenschaftlichen Ausrichtung und den historischen bzw. methodischen Zugängen bestimmt. Eine klare Definition des Begriffs gibt es nicht. Daher scheint es sinnvoll, die Stammbegriffe des Bewegungsverhaltens näher zu betrachten. Bewegung wird als zielgerichtete, organisierte und koordinierte Ortsveränderung des Körpers bzw. seiner Bestandteile gekennzeichnet, wobei die Motorik die Grundlage für die Bewegung ist (vgl. Froböse et al., 2002, S.3). Verhalten umfasst im weiten Sinn alle inneren und äußerlich wahrnehmbaren Reaktionen eines Individuums auf Bedingungen der Umwelt. Im engeren Sinn ist die Gesamtheit aller Körperbewegungen, Körperhaltungen und Ausdrucksformen gemeint. Wenn davon ausgegangen wird, dass fast jede Lebensäußerung zwingend mit Bewegung verbunden ist, wird deutlich, dass Bewegung und Verhalten nicht voneinander zu trennen sind.

In dieser Arbeit werden die Begriffe sportliche Aktivität, körperliche Aktivität, Sporttreiben und Bewegungsverhalten als Synonyme verwendet. Gemeinsamer Konsens dieser Begriffe ist die wahrnehmbare, körperliche Aktivität eines Menschen mit dem Ziel, sein Wohlbefinden zu fördern.

„Unter **Gesundheitsverhalten** versteht man eine präventive Lebensweise, die Schäden fernhält und somit die Lebenserwartung verlängern kann.“ (Schwarzer, 2006, S.5) Körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Entspannung und Stressbewältigung sind Beispiele dafür. Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Drogenkonsum oder ein bewegungsarmer Lebensstil sind gesundheitsschädigend, werden aber auch unter dem Oberbegriff Gesundheitsverhalten zusammengefasst.

Die Förderung von Gesundheitsverhalten ist ein Ziel der **Gesundheitsförderung**, welche als ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz verstanden wird. Er umfasst die Verbesserung von Gesundheitsverhalten als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Sie zielt darüber hinaus auf ökologische, soziale, ökonomische und kulturelle Faktoren und auf die politische Intervention zur Beeinflussung dieser Faktoren.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung können auf der personenbezogenen Ebene und der organisations- und bevölkerungsbezogenen Ebene stattfinden. Wenn im Folgenden von **Coaching** die Rede ist, so ist hiermit eine individuelle und handlungsorientierte Beratung gemeint, die das Gesundheitsverhalten des Einzelnen in seinem spezifischen Lebenskontext unterstützen soll. Ziel



dieser Einzelberatung ist die Optimierung der Selbstregulationsfähigkeit eines Klienten, so dass die Implementierung und Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens (hier der sportlichen Aktivität) prozessorientiert und „ichnah“ unterstützt werden kann.

## **3.2 Mehrdimensionale Ansätze zur Förderung des Gesundheitsverhaltens**

### **3.2.1 Der biopsychosoziale Ansatz zur Gesundheitsförderung**

Im pathogenetisch orientierten Krankheitsmodell vergleicht man den menschlichen Körper häufig mit einer Maschine. Dabei werden Kausalzusammenhänge sowohl von Gesunderhaltung als auch von Krankheit untersucht. Krankheits-symptome wie körperliche Beschwerden, körperliche Veränderungen, aber auch psychische Auffälligkeiten werden durch organisch bedingte Defekte erklärt. Als Ursachen der Fehler sieht dieses Modell eine begrenzte Anzahl von Faktoren, z.B. Genetik. Entscheidend sind aus dieser Sicht das Erkennen des Defektes und die Suche nach Möglichkeiten, ihn zu beheben.

Dem steht das heute auch in der Schulmedizin anerkannte, biopsychosoziale Krankheitsmodell (vgl. auch Bengel et al. 2001) gegenüber. Danach werden sowohl körperliche als auch psychosoziale Faktoren zur Erklärung von Erkrankungen herangezogen. Sozialwissenschaftliche, psychologische und psychosoziale Forschungsbefunde geben klare Hinweise darauf, dass psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf von körperlichen Krankheiten von Bedeutung sind. Unter diesem Blickwinkel erfahren psychische Faktoren, aber auch der Einfluss sozialer und – ergänzend einzubeziehender – ökologischer Umstände in der Forschung und in der praktischen Umsetzung von Gesundheitskonzepten heute eine stärkere Betonung. Allerdings orientieren sich die Formulierungen biopsychosozialer Modelle an einem Defizitmodell des Menschen.

Der Blick auf die Symptome einer Erkrankung oder die Defizite in den drei Ebenen wird berücksichtigt ohne dass die kompensierenden und ressourcenstarken Bereiche als integrierende Bestandteile im System erwähnt werden.

Für die Gestaltung von Maßnahmen zur Förderung der sportlichen Aktivität ergeben sich unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Ansatzes folgende Leitlinien:

Die **Ursachen** für Bewegungsmangel können auf unterschiedlichen Ebenen identifiziert werden, z.B. geringe körperliche Belastbarkeit, geringes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, ungünstige soziale Normen.

**Ansatzpunkte und Maßnahmen** zur Förderung von Bewegung können auf unterschiedlichen Ebenen angesetzt werden, z.B. bedarfsgerechte und individuelle Trainingsplanerstellung durch eine sportpädagogische Fachkraft, Stärkung der

Selbstwirksamkeit durch psychologisches Coaching, Gestaltung von peer groups bei der Trainingsdurchführung.

**Erfolgsresultate** können auf unterschiedlichen Ebenen vermittelt werden, z.B. Lob durch den Trainer, Stärkung der positiven Körperwahrnehmung, positive Stimmung, körperliche Leistungssteigerung.

Auf der Grundlage der biopsychosozialen Sichtweise kommt der Handlungskompetenz des Einzelnen und der von Gruppen eine Schlüsselposition zu. Eigenverantwortliches, aktives Handeln ist die wichtigste Bedingung einer Person für die Realisierung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Programme und Konzepte sowie für das Wiedererlangen und Sichern der eigenen Gesundheit.

### 3.2.2 Alpha-, Beta, und Gamma-Variablen

Eng verwandt mit dem biopsychosozialen Modell ist das Modell menschlichen Verhaltens (Kanfer & Philips, 1970) in der verhaltenstherapeutischen Forschung und Praxis. Menschliches Leben zeichnet sich durch Komplexität und kontinuierliche Dynamik, Veränderungen in Zielen und Problemen sowie die Interaktionen einzelner Komponenten aus. Einzelne Ursachen für ein Verhalten - auch für Problemverhalten - kann es nach dieser Sichtweise nicht geben. Menschliches Verhalten ist immer durch mehrere Variablen mit determiniert, und diese Variablen stehen miteinander in komplexer und dynamischer Verknüpfung. (vgl. Reinecker, 2006, S.11). Deshalb sprechen Kanfer et al. (2006, S.24) hier von einem System-Modell menschlichen Verhaltens, denn jedes Verhalten steht in einem Gefüge oder Netz von Einflussgrößen, die sich wechselseitig beeinflussen“ ( ebd.).

Nach Kanfer (1971) lässt sich menschliches Verhalten als das Resultat des Zusammenwirkens dreier Variablenbereiche verstehen. Die drei Determinanten innerhalb seines System-Modells menschlichen Verhaltens nennt er Alpha-, Beta und Gammavariablen.

Als **Alpha-Variablen** werden Einflüsse außerhalb der Person, also Einwirkungen der externen Umgebung verstanden. Das können Hinweisreize sein (z.B. die gepackte Sporttasche, der Trainingspartner) oder auch Situationen, die als Folge des eigenen oder fremden Verhaltens zu Stande gekommen sind (z.B. freigehaltene Sportzeit).

Unter **Beta-Variablen** werden Verhaltensweisen zusammengefasst, die von der Person selbst in Gang gesetzt oder aufrechterhalten werden. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um internale Prozesse (denken, planen, entscheiden) und kognitive Inhalte (Ziele, Pläne), Selbstbeobachtungen und kognitive Reaktionen auf selbsterzeugte Situationen. Zu den Beta-Variablen gehört u.a. die Fähigkeit zur Selbststeuerung. Diese Variablen sind damit für Selbstregulation und Selbstmanagement von zentraler Bedeutung. Auf die Sportteilnahme übertragen

äußert sich die Selbststeuerung beispielsweise darin, sich Trainingsziele zu setzen, Handlungsabschirmungen vorzubereiten und durchzuführen.

Zu den **Gamma-Variablen** zählen alle komplexen Einflüsse des genetischen und biologischen Systems. Dazu gehören überdauernde Determinanten (z.B. Geschlecht) ebenso wie aktuelle Bedingungen (z.B. Körpergewicht, Ermüdung), die das Denken und Verhalten in dynamischer Weise beeinflussen. Für die Ausführung der körperlichen Aktivität ist es u.U. nicht unerheblich, in welchem körperlichen Zustand sich eine Person befindet. Eine Person, die verletzt ist und Schmerzen hat, wird eher weniger geneigt sein, sich sportlich aktiv zu betätigen. Tab. 2 soll die enge Beziehung des Systemmodells menschlichen Verhaltens zum biopsychosozialen Modell verdeutlichen.

Tab. 2 Überblick über die einzelnen Ebenen menschlichen Verhaltens

<b>Ebenen menschlichen Verhaltens</b> (Kanfer et al., 2006)	<b>Beschreibung</b>	<b>Biopsychosozialer Ansatz</b> (Engel, 1979; Schwartz, 1982)
<b>Alpha-Variablen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externe physikalische und soziokulturelle Situation</li> <li>• Einflüsse außerhalb der Person</li> </ul>	Soziale und Umgebungsvariablen
<b>Beta-Variablen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Inhalte und Prozesse (z.B. denken, planen, bewerten)</li> <li>• Prozesse in der Person selbst</li> </ul>	Psychologische Variablen
<b>Gamma- Variablen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliche Ebene</li> <li>• Einflüsse des genetischen und biologischen Systems</li> </ul>	Körperliche, biologische Variablen

Der Einfluss der Variablen kann großen Schwankungen unterliegen. Sie sind außerdem in ständiger Fluktuation und beeinflussen sich gegenseitig. So können Alpha-Variablen wie z.B. ein Gutschein für den Besuch eines Fitness-Studios oder arbeitsfreie Zeit die sportliche Aktivität günstig beeinflussen. Auch eine Verletzung (Gamma-Variable) heilt wieder, und neue Trainingsziele (Beta-Variable) können sich motivierend auf die sportliche Tätigkeit auswirken.

Wichtig ist, dass sich keine Variable im Verlauf des menschlichen Lebens jemals auf dem Wert „0“ befindet (vgl. Kanfer et al, 2006, S.30). Hier wird die salutogene und ressourcenorientierte Haltung Kanfers deutlich.

Ähnlich wie beim biopsychosozialen Modell können die Variablen im Gesamtgefüge kompensatorisch wirken. Auch wenn es einer Person schwer fällt aufgrund ihres Übergewichts (Gamma-Variable) mit einer leichten sportlichen Aktivität (z.B. Walking) zu beginnen, so kann doch eine angemessene Selbststeuerung im Sinne der Selbstverpflichtung und Zielsetzung (Beta-Variable), die eher ungünstigen körperlichen Voraussetzungen kompensieren. Freilich sollte das Ziel nicht eine dauernde Kompensation der defizitären Variablen sein, sondern das ausge-

glichene Zusammenwirken der Variablen. Im letztgenannten Beispiel entsteht durch Gewichtsreduktion eine günstigere Gamma-Variable.

Beim Aufbau von Gesundheitsverhalten muss darauf geachtet werden, welche Variablen besonders „förderungsbedürftig“ sind und welche Variablen hinderlich auf die sportliche Aktivität wirken. Das können in einem Fall ungünstige Überzeugungen sein („Ich darf mir keine Zeit für mich nehmen.“ oder „Das schaffe ich eh nicht!“), in einem anderen Fall situative Bedingungen (z.B. berufliche und familiäre Verpflichtungen) und in einem weiteren Fall ungünstige körperliche Voraussetzung (z.B. Müdigkeit, schlechter Gesundheitszustand).

Obwohl das Verhaltensmodell nach Kanfer (1971) das Zusammenwirken aller drei Ebenen, nämlich der Alpha-, Beta- und Gammaebene, gleichermaßen berücksichtigt, stehen die Beta- Variablen im Mittelpunkt seines Ansatzes. „Diese Variablen schließen kognitive und Selbstregulationsmechanismen ein und spielen eine zentrale Rolle bei der Interaktion aller drei Variablenbereiche“ (Kanfer et al. 2006, S.29). Beta-Variablen bilden deshalb die entscheidende Voraussetzung für Selbstkontrollverhalten. Darunter versteht man „Möglichkeiten, durch die Menschen ihr eigenes Verhalten steuern können....eingeschlossen sind dabei die Reaktionen einer Person auf äußere Reize, selbstkorrigierende Verhaltensweisen wie das Erstellen von Plänen, Vorstellungen und Entscheiden sowie die Wahrnehmung internaler biologischer Ereignisse und die Reaktion des Individuums darauf“ (ebd., S.29).Außerdem sind Beta-Variablen dadurch charakterisiert, dass sie Verhaltensweisen in Gang setzen und über längere Zeit steuern, ohne dass dazu weitere situationsspezifische Auslöser oder Rückmeldungen von Seiten der Umgebung notwendig wären.

Im Unterschied zum biopsychosozialen Modell setzt Kanfer vornehmlich sein Vertrauen in die selbstregulatorischen Fähigkeiten einer Person, die es zu stärken und zu unterstützen gilt. Es sind also weniger allein die Einflüsse außerhalb einer Person, die Menschen antreiben, bestimmte Ziele zu verfolgen, sondern kognitive Prozesse und Inhalte, die ihren Ursprung in der Person haben.

### **3.2.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die eigene Arbeit**

Der biopsychosoziale Ansatz berücksichtigt neben physischen Dimensionen auch psychische und soziale Bereiche der Gesundheit. Strategien und Ansätze zur Gesundheitsförderung sollten bei der Festlegung ihrer Ziel- und Aufgabenstellungen die Eigenständigkeit und Wechselwirkung dieser drei Komplexe berücksichtigen.

Der Ansatz betont, dass ein großer Teil der Verantwortung für die eigene Gesundheit beim Individuum liegt und dass dieser Verantwortlichkeit durch die Aufnahme von gesundem und der Aufgabe von gesundheitsschädigendem Verhalten nachgekommen werden kann.

Für die Entwickler von Gesundheitsfördermaßnahmen stellt sich nun die Frage, wie eigenverantwortliches Handeln bestimmter Zielgruppen gefördert werden kann. Eine Antwort auf diese Frage liefern Kanfer et al. (2006), die die besondere Bedeutung selbstregulativer Fähigkeiten im Systemmodell menschlichen Verhaltens betonen.

Ähnlich wie im biopsychosozialen Ansatz gehen die Autoren von drei Variablenbereichen menschlichen Verhaltens aus: die Alpha-Variablen gelten als externen Einflüsse auf das Verhalten einer Person. Zu den Beta-Variablen gehören psychische Inhalte und Prozesse, die vorwiegend von der Person in Gang gesetzt und aufrecht erhalten werden. Die Beta-Variablen betonen die Einzigartigkeit einer Person und sind die entscheidende Voraussetzung für die Planung und Steuerung von Verhalten. Auf der biologischen Ebene beinhalten sog. Gamma-Variablen die Einflüsse des genetischen und biologischen Systems. Zwischen den drei Ebenen finden ständig Wechselwirkungen und Rückkoppelung statt, so dass das menschliche (Gesundheits-) Verhalten als ein dynamisches Gleichgewicht betrachtet werden kann.

Für die Entwicklung, Durchführung und Evaluation der hier vorgestellten Intervention zur Förderung der sportlichen Aktivität ist zu berücksichtigen:

Menschliches Verhalten findet in einem komplexen und dynamischen System statt, in dem sich ständig größere und kleinere Veränderungen vollziehen. Dieser komplexen Sicht wird am ehesten eine prozessorientierte Herangehensweise gerecht, die die Einzigartigkeit des Individuums in seinem persönlichen Gesamtkontext hinreichend berücksichtigt.

Bedingungen, die ein Verhalten fördern oder hemmen, existieren auf der Alpha-, Beta- und Gamma-Ebene und sollen zu Beginn der Intervention identifiziert werden.

Kriteriumsvariablen, die den Erfolg der Intervention messen, sollen auf allen drei Ebenen erhoben werden.

Um die Einflüsse auf das Verhalten innerhalb der Person – und somit die Beta-Variablen - zu stärken, steht im Mittelpunkt der Intervention die Entwicklung selbstregulatorischer Fähigkeiten zur Umsetzung des Zielverhaltens.

### **3.3 Auswirkung regelmäßiger sportlicher Aktivität auf die Gesundheit**

Lohnt es sich, sportlich aktiv zu sein? Was bringt es einem Menschen, sich mehrmals pro Woche aufzuraffen, seine Sportschuhe zu packen und sich ins Sportstudio zu begeben oder im Wald zu joggen? Menschen, die mit dem Sporttreiben beginnen oder bereits sportlich aktiv sind, erwarten positive Konsequenzen, die sich aus dem sportlichen „Einsatz“ ergeben (sog. Konsequenzerwartungen, Bandura, 1997). In einem aktuellen Übersichtsartikel konnten Williams et

al. (2005) beispielsweise zeigen, dass positive Konsequenzerwartungen insbesondere bei älteren Personen eine wichtige Funktion bei der Vorhersage der körperlichen Aktivität spielen. Ist eine Person sportlich aktiv, so vergleicht sie die eingetretenen Konsequenzen mit den erwarteten Konsequenzen. Die Bewertung der Soll-Ist Diskrepanz bestimmt nun, ob die Motivation zum Sporttreiben aufrechterhalten wird. Die erwarteten und eingetretenen Konsequenzen der Sportaktivität spielen sowohl beim Beginnen als auch beim Aufrechterhalten des Sporttreibens eine wichtige Rolle. Deshalb sollen die Konsequenzen eines regelmäßigen Sporttreibens auf das Wohlbefinden des Menschen dargestellt werden. Die Frage nach den gesundheitlichen Wirkungen der körperlichen Aktivität ist in den letzten 30 Jahren systematisch in einer großen Zahl medizinischer und psychologischer Studien untersucht worden (im Überblick: Fuchs, 2003). Bei der Darstellung der Forschungslage ist es zunächst sinnvoll, zwischen physischen und psychischen Auswirkungen der körperlichen Aktivität zu unterscheiden.

### 3.3.1 Psychische Wirkungen

Fragt man Personen danach, was sie nach dem sportlichen Training empfinden, so erfährt man meist, dass das unmittelbare Wohlbefinden gesteigert wird. Man fühlt sich kräftiger, besser gelaunt, selbstbewusster oder einfach „fit“. Dieses Gefühl hält etwa zwei bis fünf Stunden an (Brown, 1991).

In zahlreichen Reviews und Metaanalysen werden die Ergebnisse der Originalarbeiten zu den psychischen Effekten der sportlichen Aktivität zusammenfassend dargestellt (Fuchs, 2002, 2007; Sallis & Owen, 1999).

Dabei muss zugestanden werden, dass zwar die Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und psychischem Wohlbefinden evident sind, aber wenig über die Ursachen der psychischen Effekte bekannt ist. Aus psychologischer Sicht stehen heute als mögliche Ursachen im Mittelpunkt der Diskussion:

- ein Bewusstsein von Kontrolle und Beherrschung eines Lebensausschnitts,
- eine Ablenkung von unerfreulichen Alltagserlebnissen,
- eine Gelegenheit für Verhaltensverstärkung und Selbstbekräftigung (Brown, 1991; Fuchs, Hahn und Schwarzer, 1994).

Als physiologische Vermittler zwischen körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit werden vor allem hormonale und metabolische Prozesse, Veränderung von Neurotransmittersubstanzen, Endorphinbildung sowie die gesteigerte Körpertemperatur, die beruhigend wirkt und z.B. in geringer Muskelspannung zum Ausdruck kommt, diskutiert.

- Stimmungen

„Wenn ich schlecht gelaunt bin, dann gehe ich einfach ins Studio und trainiere“ - mit dieser Aussage beabsichtigen Personen, ihre Stimmung positiv zu beeinflussen. Mit Stimmungen sind unspezifische, oft gar nicht bewusst erlebte Erlebniszustände gemeint. Fuchs (vgl. 2003, S. 87) bezeichnet Stimmungen als alltägliche, zumeist wenig Aufmerksamkeit auf sich ziehende „kleine Gefühlszustände“, wie z.B. Entspanntheit, Deprimiertheit, Ruhe, Gelassenheit, gute Laune oder Ärger. Im Unterschied dazu stehen die prägnant hervortretenden „großen Gefühle“ (bzw. Emotionen) wie z.B. Wut, Liebe, Hass, Scham oder Angst. Solche Gefühle sind eher zeitlich überdauernd, weniger situationsgebunden und hinsichtlich ihrer Erlebnisqualität spezifischer (vgl. Biddle, 2000, S.66). Durch sportliche Aktivität hervorgerufene Stimmungsänderungen sind in einer Vielzahl von Studien untersucht worden. Einen aktuellen Gesamtüberblick findet man bei Biddle (ebd.) und Brehm (1998).

- Depression

Zum Zusammenhang zwischen Depression und sportlicher Aktivität gibt es mehrere Übersichtsartikel ( z.B. Landers & Arent, 2001). Allerdings wird oft keine Trennung zwischen klinischer und nicht klinischer Ausprägungsform der Depression bzw. depressiven Stimmung vorgenommen. Eine Zusammenfassung des Forschungsstands, bei dem es konsequent nur um klinisch definierte Depressionen geht, stammt von Mutrie (2000). Auf der Grundlage von zehn Experimentalstudien kommt Mutrie (vgl. 2000, S.56) zu der Schlussfolgerung, dass aerobe und anaerobe Sportprogramme zur Verringerung der klinischen Depression beitragen können. Die antidepressive Sportwirkung trete schon nach einer relativ kurzen Zeit von vier bis acht Wochen auf und halte dann zwischen zwei und zwölf Monaten an.

Insgesamt zeigen Mutries Ergebnisse, dass Sport und Bewegung eine wichtige Rolle bei der Prävention und Behandlung depressiver Störungen spielen können – zumindest als unterstützende Maßnahme.

Differenzierte Ergebnisse berichten Arent, Rogers und Landers (2001) in ihren Meta-Analysen für den Schweregrad der Depression, den Trainingszustand und die Dauer des Trainingsprogramms: So ist die Wirkung körperlicher Aktivität bei höher ausgeprägter Depression besser; wenig trainierte Personen profitieren von körperlicher Aktivität mehr. Außerdem konnten die Forscher feststellen, dass längerfristige Trainingsprogramme mit einem Mindestumfang von zehn Wochen besser geeignet sind, eine Depression zu beeinflussen.

Kritisch anzumerken ist, dass in den Studien ein selektiver Drop-out vorliegen kann: Menschen, die sich niedergeschlagen und antriebslos fühlen, können sich auch nicht überwinden, sich zu bewegen.

- Angst

Ein anderer Indikator für die psychische Wirkung körperlicher Aktivität ist Angst. Ähnlich wie bei der Depression besteht auch hier das Problem, normale Angstreaktionen von solchen zu unterscheiden, die als krankhaft bezeichnet werden. In der Angstforschung wird darüber hinaus zwischen Zustandsangst und Eigenschaftsangst unterschieden. Bei Ersterer handelt es sich um eine kurzfristige, an eine bestimmte Situation gebundene Angstreaktion. Eigenschaftsangst oder Ängstlichkeit bezeichnet eine überdauernde, dispositionelle Neigung einer Person, häufig Situationen als bedrohlich einzuschätzen (vgl. Schwarzer, 1993, S.89 f.).

Bei der Untersuchung der angstreduzierenden Wirkung von Sportaktivität ist es sinnvoll, nicht nur zwischen den verschiedenen Dimensionen (Zustand vs. Eigenschaft) und Ausprägungsformen der Angst (normal vs. klinisch) zu unterscheiden. Wichtig ist nach Fuchs (vgl. 2003, S.91) auch eine Differenzierung zwischen den Effekten der akuten und chronischen körperlichen Aktivität.

Einschlägige Reviews (Landers & Arent, 2001; Taylor, 2000) kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass intensiv ausgeübte, akute aerobe Aktivität mit einer signifikanten Reduzierung der Zustandsangst innerhalb der ersten 20 Minuten nach Ausführung einhergeht. Angstreduktion nach anaerobem Kraftsport tritt dagegen erst mit einer Verzögerung von mehr als 60 Minuten nach dem Training ein.

In der Meta-Analyse von Landers und Petruzzello (1994) kommen die Autoren zu dem Schluss, dass über einen längeren Zeitraum hinweg regelmäßig ausgeübte sportliche Aktivität einen generellen, günstigen Effekt auf die dispositionelle Angst ausübt. Ferner zeigte sich, dass die stärkere angstlösende Wirkung eher von den aeroben als von den anaeroben Sportaktivitäten ausgeht. Weniger optimistisch in dieser Hinsicht ist Schlicht (1994). Aufgrund seiner Meta-Analyse gelangt er zu der Feststellung, dass die angstlösende Wirkung der körperlichen Aktivität nicht generell über verschiedene Alters- und Personengruppen auftritt. Wenn überhaupt, dann lässt sich nach Schlicht ein solcher Effekt noch am ehesten bei Personen im mittleren Erwachsenenalter nachweisen.

Auch Patienten mit klinischer Angststörung können von sportlicher Aktivität profitieren. Es gibt Hinweise darauf, dass akute körperliche Aktivität auch bei Angstpatienten zu einer Reduktion der Zustandsangst unmittelbar nach Beendigung der Aktivität führt (vgl. O´Connor et al., 2000, S. 148). In der randomisierten, klinischen Studie von Brooks et al. (1998) wurde zum ersten Mal der Effekt eines Bewegungsprogramms auf die Angstsymptomatik bei Patienten mit Paniksyndrom untersucht. Das zehnwöchige aerobe Bewegungsprogramm wurde mit einer Psychopharmaka-Therapie und der Vergabe von Placebos verglichen. Im Vergleich zur Placebobedingung führten sowohl die pharmakologische The-



rapie als auch das Bewegungsprogramm zu einer signifikanten Reduktion der Angstsymptomatik.

- Stress und Stressbewältigung

Wagner-Link (2004) ordnet die sportliche Aktivität in ihrem Stressbewältigungsansatz als eine palliative, langfristige Maßnahme zur Stressbewältigung ein, die dazu dient, das Erregungsniveau zu senken, die Belastbarkeit des gesamten Organismus zu erhöhen und langfristig Ressourcen durch achtsame Körperwahrnehmung und positive Körpererfahrung aufzubauen.

Fuchs, Hahn und Schwarzer (1994) differenzieren die „stressregulierende“ Wirkungen der körperlichen Aktivität in der Stress-Gesundheitsbeziehung weiter und unterscheiden folgende Wirkrichtungen der körperlichen Aktivität:

1. Der direkte Effekt bezieht sich auf die Beeinflussung der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit, unabhängig davon, ob die Person unter Stress steht oder nicht. Dazu gehört z.B. die stabilisierende Wirkung von sportlicher Aktivität auf das Herzkreislaufsystem oder die positive Stimmungsregulation.
2. Von einer protektiven Wirkung wird gesprochen, wenn Sport die schädlichen Auswirkungen von chronischen Stressereignissen auf die Gesundheit abmildert. So dienen etwa alle sportliche Aktivitäten dem Abbau unverbrauchter bzw. unbenötigter Stresshormone und schützen so vor Erkrankungen durch chronischen Stress.
3. Die sportliche Aktivität kann die Stressentstehung auch präventiv beeinflussen. Regelmäßiges Sporttreiben verringert die Auftretenswahrscheinlichkeit von potenziell stressauslösenden Ereignissen (z.B. Überstunden, Alleinsein). Dabei stärkt die sportliche Aktivität personale Ressourcen wie z.B. das Selbstwertgefühl (Alfermann & Stoll, 2000). Auch die Fähigkeiten seine Zeit einzuteilen und sich optimal zu organisieren, sind Ressourcen, die durch die regelmäßigen Trainingstermine entwickelt werden.
4. Schließlich wird die Existenz ressourcenschützender Wirkung des Sports postuliert. Sportaktivität wäre in diesem Fall eine Art Stresspuffer, der personale Ressourcen wie Selbstwirksamkeit, Optimismus oder Zielverfolgung vor Beschädigung insbesondere durch chronische Stressereignisse ( z.B. Arbeitslosigkeit, Krankheit) zu schützen vermag.

### 3.3.2 Körperliche Auswirkungen

Während die Befundlage hinsichtlich der psychischen Auswirkungen des Sports noch wenig zufriedenstellend erforscht ist, gibt es zum körperlichen Gesundheitseffekt des Sports eine Vielzahl zusammenfassender Darstellungen, Reviews und Meta-Analysen (Banzer, Knoll & Bös, 1998; Fuchs, 2001, 2002; Schlicht, Kanning & Bös, 2003).

Menschen, die ein körperlich aktives Leben führen, leben länger. Diese Feststellung ist das Ergebnis einer Reihe epidemiologischer Studien zum Vergleich der Gesamtmortalität bei körperlich aktiven vs. inaktiven Personen (z.B. Sherman et al., 1999). Aufschlussreich sind insbesondere die Daten aus der Längsschnittstudie von Paffenberg et al. (1986). Sie konnten zeigen, dass die Gesamtmortalität bei Männern, die wenigsten drei Stunden pro Woche sportlich aktiv sind, um 53% niedriger ist als bei solchen, die weniger als eine Stunde pro Woche aktiv sind. Außerdem ergab diese Studie, dass die aktiven Männer um etwa zwei Jahre länger lebten als die inaktiven. Auch bei Frauen scheint sich die körperliche Aktivität positiv auf die Lebensdauer auszuwirken. So fanden Blair et al. (1989), dass Frauen mit der besten körperlichen Fitness eine um 79% niedrigere Sterblichkeitsrate hatten als diejenigen mit der schlechtesten körperlichen Fitness.

Zusammengefasst sind die Befunde hinsichtlich Dauer, Frequenz, Intensität und Art der körperlichen Aktivität bisher nicht eindeutig interpretierbar oder nicht in ausreichender Zahl vorhanden (Hänsel, 2007).

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Das Risiko, eine koronare Herzkrankheit zu entwickeln, wenn man nicht ausreichend sportlich aktiv ist, wird meist als erstes genannt, wenn es um den gesundheitlichen Nutzen von körperlicher Aktivität geht.

Die Ergebnisse einer Meta-Analyse von Berlin & Coldnitz (1990) weisen darauf hin, dass körperlich inaktive Menschen ein mehr als doppelt so hohes Risiko tragen, an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken, als körperlich Aktive.

Bei übergewichtigen Bluthochdruckpatientinnen konnte gezeigt werden, dass regelmäßige körperliche Aktivität auch ohne Gewichtsabnahme zu einer ausreichenden Blutdrucksenkung führen kann (Vögele, 2003).

Alle Reviews der einschlägigen Studien kommen zu dem Ergebnis, dass zwischen dem Niveau der körperlichen Aktivität und dem Herzinfarktisiko eine enge Beziehung besteht (Fuchs, 2003). Unstrittig ist auch, dass diese Beziehung sowohl bei Männern als auch bei Frauen besteht (Manson et al., 1999).

- Schlaganfall

Der Schlaganfall ist in Deutschland und weltweit nach den Herzerkrankungen und dem Karzinom die dritthäufigste Todesursache. In einer Meta-Analyse von

Lee et al. (2003) wird eine relative Risikoreduktion von 20% für moderate und 27 % für hohe körperliche Aktivität gegenüber geringer körperlicher Aktivität berichtet. Allerdings gibt es eine Reihe von Studien, in denen sich keine lineare Beziehung zwischen dem Niveau körperlicher Aktivität und dem Risiko eines Schlaganfalls nachweisen ließ. Manchmal wurde sogar ein U-förmiger Zusammenhang zwischen Aktivitätslevel und Schlaganfallsrisiko ermittelt (USDHHS, 1996, S. 102).

Der positive Effekt der körperlichen Aktivität auf die kardiovaskuläre Gesundheit wird mit verschiedenen biologischen Mechanismen erklärt, die hier nur kurz angedeutet werden können. Im Wesentlichen geht es dabei um eine verbesserte Funktionsökonomie des Herz-Kreislauf-Systems, die den arteriosklerotischen Degenerationsprozessen entgegenwirken. Biologische Schutzmechanismen, die durch die körperliche Aktivität besonders gefördert werden, sind z.B. der Blutdruck, der Ruhe- und Belastungspuls, die Sauerstoffversorgung der Herzmuskulatur oder das Plasma-Lipoprotein-Profil (HDL-LDL-Verhältnis).

- Stütz- und Bewegungsapparat

Körperliche Aktivität hat einen Einfluss auf die Knochenentwicklung und die Knochendichte (Melzer, 2004). Deshalb wird körperliche Aktivität zu Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates in Beziehung gesetzt, insbesondere zu Osteoporose, Arthritis und das lumbale Schmerzsyndrom (Pfeifer, 2004). Für die Osteoporose besteht eine starke Evidenz aus epidemiologischen Studien, dass körperliche Aktivität die Knochendichte und -masse, das Sturzrisiko und Frakturen beeinflusst (Baumann, 2004). Unter dem Aspekt der Dosis-Wirkungs-Beziehung ist eine leichte oder moderat intensive körperliche Aktivität weniger effektiv; intensives Krafttraining scheint den größten Effekt auf die Knochendichte zu haben (Warburton, Gledhill & Quinney, 2001). Für das lumbale Schmerzsyndrom in seiner chronifizierten Form wiederum ist die Evidenz hoch, dass körperliche Aktivität eine relative Risikominderung der Inzidenz von bis zu 50% zur Folge hat (Vuori, 2004).

- Krebs

Körperliche Aktivität kann einen protektiven Faktor für die Tumorentwicklung darstellen. Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen körperlicher Aktivität und Krebserkrankungen müssen die verschiedenen Tumorarten getrennt betrachtet werden. Als gut bestätigt erweist sich der negative Zusammenhang zwischen Dickdarmkrebs und sportlicher Aktivität (USDHHS, 1996). Eine Schutzwirkung der sportlichen Aktivität bei anderen Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs, Gebärmutterkrebs) konnte in epidemiologischen Studien bisher nicht bestätigt werden.

- Funktioneller Abbau im Alter

Der funktionelle Abbau der Organe sowie des Halte- und Bewegungsapparates im Alter kann durch Sport und Bewegung erheblich gebremst werden (Di-Pietro, 1996). Selbst bei Hochbetagten, die noch nie oder schon lange nicht mehr sportlich aktiv waren, lassen sich durch gute angepasste Bewegungsprogramme deutliche Verbesserungen auf der Ebene des Herzkreislaufsystems sowie des Bewegungs- und Stützapparates erzielen (Baumann, 2004). So zeigte Möller (1999) in einer Metaanalyse von 28 Originalstudien, dass sportliches Training bei älteren Menschen eine ganze Reihe nachweisbarer Effekte insbesondere auf die körperlichen Parameter der Gesundheit, etwa Herzfrequenz, Blutdruck, Kraft, Kraftausdauer usw. besitzt.

- Andere Krankheiten

Das Niveau der körperlichen Aktivität ist auch zu anderen chronischen Erkrankungen in Beziehung gesetzt worden.

Die Resultate verschiedener Kohortenstudien bestätigen übereinstimmend die Annahme, dass regelmäßige Bewegung einen Schutz vor der Entstehung des nicht-insulin-abhängigen **Diabetes mellitus II** bietet (Helmrich et al., 1991). Gleichzeitig konnte nachgewiesen werden, dass körperliche Aktivität die Insulinempfindlichkeit von übergewichtigen Diabetikern erhöht und somit eine wichtige Behandlungskomponente bei Diabetes II darstellt.

Für **Adipositas** zeigt sich eine gut belegte, hohe Wirksamkeit körperlicher Aktivität (Baumann, 2004). Das gilt für Erwachsene vor allem bei Kurzzeitprogrammen mit bis zu 16 Wochen Dauer und einem wöchentlichen Kalorienverbrauch von mehr als 2200 kcal (Ross & Janssen, 2001). Die Verringerung des Übergewichts allein durch vermehrte körperliche Aktivität ist ein langsamer Prozess, weshalb Gewichtreduktionsprogramme in den meisten Fällen auf multimodale Programme setzen, in denen psychologische sowie ernährungs- und bewegungsbezogene Strategien zusammenwirken.

### 3.3.3 Soziales Wohlbefinden

Sport findet zumeist in Kontakt mit anderen Menschen statt. Diese Kontaktmöglichkeit kann für das soziale Wohlbefinden einer Person von erheblicher Bedeutung sein. Schlicht (1998, S. 49) betont das soziale Potenzial des Sports: „Durch seine typischen Charakteristika (Duz-Kultur, Überwindung körperlicher Distanz bei der Sportausübung, Gruppenerleben, Vereinskultur) leiste das Sporttreiben oft einen wichtigen Beitrag zur sozialen Einbindung des Einzelnen“ (ebd.). Schlicht sieht im Sport deshalb auch ein Musterbeispiel für die heute im Public Health-Kontext viel diskutierte Netzwerkförderung. Allerdings sind die postulierten Effekte des Sports auf das soziale Wohlbefinden bislang kaum empirisch belegt.

Es wird angenommen, dass Sport zur **sozialen Integration** beiträgt, indem es gesellschaftlich relevante Wertorientierungen vermittelt und Fertigkeiten ausbildet, die zum Aufbau sozialer Netzwerke hilfreich sind (vgl. Danish, Nellen & Owen, 1996; Silbereisen, 2001).

### 3.3.4 Negative Konsequenzen sportlicher Tätigkeit

Bisher wurden v.a. die positiven Auswirkungen des Sports aufgeführt. Selbstverständlich birgt das Sporttreiben auch eine Reihe gesundheitlicher Risiken. Prinzipiell gilt, Sport ist nicht an sich gesund, sondern immer nur so gesund, wie man ihn betreibt. Jede auch noch so gesunde Sportart kann - auf exzessive Art und Weise betrieben - in ihrer gesundheitlichen Wirkung ins Gegenteil umschlagen und zu einer Gesundheitsschädigung führen. Sportbezogene Gesundheitsrisiken betreffen Sportverletzungen und Knochenbrüche, aber auch Herzfunktionsstörungen, Allergien und Entzündungen können bei inadäquat betriebener sportlicher Aktivität die Folgen sein (USDHHS, 1996, S. 143). Aus psychologischer Sicht muss bedacht werden, dass die Habituation einer Verhaltensweise, welche die erwünschten positiven Konsequenzen erzielt, zur Sucht führen kann. Insbesondere dann, wenn diese Konsequenzen, wie etwa eine schlanke Figur, sozial erwünscht sind. **Sportsucht** gehört zu den nicht stoffgebundenen Süchten wie Spiel-, Kauf-, Sex- oder Arbeitssucht. Nicht eine Substanz steht im Mittelpunkt der Abhängigkeit, sondern ein ganz alltägliches Verhalten. Deshalb ist die Gefahr auch bei Sportsüchtigen besonders groß, dass das Suchtverhalten nicht als solches wahrgenommen wird, sondern lediglich als leidenschaftlich betriebenes Hobby abgetan wird.

### 3.3.5 Erklärungsansätze

Während die körperlichen Effekte der sportlichen Aktivität bisher umfangreich untersucht wurden und einschlägige Erklärungsansätze in der Sportwissenschaft über physiologische Anpassungsprozesse des Sporttreibens bestehen, wurden die kausalen Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und psychischem Wohlbefinden bisher nicht systematisch untersucht.

Plante und Rodin (1990) schlagen mehrere physiologische und psychologische Prozesse vor, welche die positiven Effekte von Sport auf das Selbstbild, die Selbstachtung und Selbstsicherheit erklären könnten (vgl. Tab. 3).

Tab. 3 Physiologische und psychologische Prozesse zur Erklärung der Steigerung des psychischen Wohlbefindens durch körperliche Aktivität (nach Plante und Rodin, 1990)

Physiologische Prozesse	Psychologische Prozesse
Bewegungsbedingter Anstieg der Körpertemperatur hat einen beruhigenden Effekt.	Körperliche Leistungsfähigkeit erhöht das Selbstvertrauen und die Selbstregulationsfähigkeit.
Regelmäßige Bewegungsaktivität erleichtert die Anpassungsfähigkeit auf Belastungen durch sportbedingten Anstieg der Nebennierenrindenaktivität und dadurch erhöhte Bereitstellung von Steroidhormonen.	Körperliche Aktivität ist eine Meditationsform, die einen entspannten Bewusstseinszustand fördert. Dies gilt für zyklisch, anaerob getriebene Sportarten.
Reduktion der Muskelanspannung nach körperlicher Aktivität erleichtert die Entspannung.	Körperliche Aktivität ist eine Form des Biofeedbacks, das die Regulation vegetativer Erregung ermöglicht.
Bewegungsaktivität erhöht die Bereitstellung von Noradrenalin, Serotonin und Dopamin.	Körperliche Aktivität erlaubt die Ablenkung von unangenehmen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen.
Körperliche Aktivität führt zur erhöhten Produktion von Endorphinen.	Körperliche Aktivität ruft dieselben körperlichen Symptome hervor wie Angst und Stress (Schwitzen, Herzklopfen). Durch die häufige Erfahrung dieser Symptome, ohne dass diese Gefühle auftreten, wird eine Reattribution erleichtert.
	Körperliche Aktivität wirkt als Belastungspuffer.
	Körperliche Aktivität konkurriert mit negativen Gefühlszuständen auf somatischer und kognitiver Ebene.

Nicht nur die verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit steigert das psychische Wohlbefinden, sondern vermutlich auch die Ausführung und Bewertung von Strategien, die ein regelmäßiges körperliches Training erst ermöglichen.

### 3.3.6 Kritische Betrachtung der Konsequenzen des Sporttreibens

Sportliche Aktivität als **unabhängige Variable** umfasst eine Vielzahl von bewegungsbezogenen Tätigkeiten, die bei der Messung der sportlichen Aktivität und der Darlegung von Befunden spezifiziert werden müssen. Es muss zwischen Art, Dauer, Regelmäßigkeit, Häufigkeit und Intensität sowie dem Motiv für das Sporttreiben differenziert werden.

Schwenkmetzger und Schlicht (1999) weisen dazu auf weitere kritische Aspekte der Forschung hin:

Es mangelt an echten experimentellen Arbeiten, die kausale Schlussfolgerungen gestatten.

Es sind keine Arbeiten bekannt, die dem Sport- und Bewegungsverhalten mehrdimensionale Gesundheitsmodelle zugrunde gelegt hätten.

Es existieren nur wenige Längsschnittstudien (z.B. Brehm & Sygusch, 2001).

Eine Schwäche vieler Studien liegt darin, dass sie über keine Kontrollgruppe verfügen. Es wäre denkbar, dass die psychischen Gewinne auf ganz andere Faktoren als auf das Sporttreiben zurückzuführen sind. Die in der Gruppe gewährte soziale Unterstützung zum Beispiel, das Erleben der Natur beim Sport oder die strukturierte Tätigkeit beim Training an Kraftgeräten können psychische Vorteile bringen, die sich gerade im Sinken von Depressionswerten niederschlagen.

Bedenkt man, wie stark die positiven Wirkungen des Sports auf die Gesundheit durch die Medien und Krankenkasse verbreitet werden, müsste man annehmen, dass jeder Mensch ausreichend motiviert ist, diese Vorteile für seine Lebensgestaltung nutzen zu wollen und dauerhaft sportlich aktiv zu sein. Doch offensichtlich sind diese Appelle an die Vernunft nicht ausreichend, Menschen zu einem bewegungsreichen Lebensstil dauerhaft zu aktivieren.

Dies kann daran liegen, dass die positiven, zeitnahen Gesundheitswirkungen nicht erfahren, bewusst wahrgenommen und dem Sport zugeschrieben werden. Fuchs (2003) spricht hier von einer unzureichenden kognitiven Repräsentation der Wirkungen von Sport auf den Organismus. So muss von einer Person die verbesserte Haltung, das Nachlassen von Rückenschmerzen oder ein langsamer Ruhepuls durch das systematische Fitnesstraining erst bewusst festgestellt werden, damit sich daraus - vermittelt über entsprechende Konsequenzerwartungen - ein motivationaler Impuls für die weitere Aufrechterhaltung des Fitnesstrainings ergeben kann.

### 3.3.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die eigenen Arbeit

Gesundheitsförderliche Effekte körperlicher Aktivität zeigen sich in einer verbesserten Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit und Lungenfunktion, einer Verbesserung der Stoffwechselprozesse, einer Stärkung der Immunabwehr und einem belastungsfähigen Stütz- und Bewegungsapparat.

Für die psychische Gesundheit ist die Befundlage weniger eindeutig. Insbesondere sind einige forschungsmethodische, aber auch inhaltliche Aspekte der Ausgestaltung körperlicher Aktivität zur Erreichung psychischen Wohlbefinden bzw. Stärkung psychischer Ressourcen nicht geklärt. Möglicherweise sind die psychischen Effekte der Bewegung stärker von der sportbezogenen sozialen Interaktion und dem emotionalen Erleben (z.B. Freude, Stolz) abhängig als von der sportlichen Betätigung selbst.

Im Coaching zur Förderung der sportlichen Aktivität sind die Wahrnehmung und Bewertung positiver Erfahrungen, die der Klient durch das Sporttreiben kurzfristig erlebt, von zentraler Bedeutung, um das sportliche Verhalten zu verstärken. Der Klient schildert seine erwarteten Konsequenzen und die tatsächlich wahrgenommenen Konsequenzen im Verlauf des Sportprogramms. Dadurch werden dem Klienten auch kleine Erfolge bewusst, welche ihrerseits als zukünftige Verstärker wirken können. Neben den körperlichen Konsequenzen soll der Klient lernen, auch bewusst die positive psychische Wirkung der körperlichen Aktivität wahrzunehmen und diese der sportlichen Tätigkeit zuzuschreiben.

Wie sich ein Weg von der Motivation bis hin zur dauerhaften sportlichen Aktivität gestaltet und welche kognitiven Prozesse Personen dabei durchlaufen, soll im nächsten Kapitel beschrieben werden.



## 4 Prozessmodelle der Verhaltensänderung

### 4.1 Einführung und Überblick

Grundlegend für den Erfolg von Maßnahmen zur Sportförderung ist ein möglichst klares Verständnis der Bedingungen des zu verändernden Verhaltens. Es liegen sowohl in der anglo-amerikanischen Literatur als auch im deutschsprachigen Raum eine Vielzahl von Prädiktorenmodellen vor, die das Sport- und Bewegungsverhalten auf der Grundlage von Prädiktorenvariablen und deren Beziehungen untereinander in Form einer Kausalstruktur vorhersagen. (Bandura, 2000; Ajzen, 1991; Schwarzer, 2004; Fuchs, 2005). Die Variablen solcher Prädiktorenmodelle repräsentieren zeitlich überdauernde psychische oder soziale Zustände, von denen angenommen wird, dass sie direkt oder indirekt Einfluss auf das Verhalten haben.

Das in empirischen Studien gegenwärtig am häufigsten benutzte Prädiktorenmodell zur Erklärung der Sportteilnahme ist das HAPA-Modell von Ralf Schwarzer. Der Health Action Process Approach (Schwarzer, 1992) integriert Bestandteile der Motivationstheorie und Volitionstheorie mit dem Ziel, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen vorherzusagen. Obwohl dieses Modell sich „Process Approach“ nennt, werden doch nur die Phasen Motivation und Volition als linearer Ablauf dargestellt, der keine dynamische Entwicklung oder Rückkopplungsschleifen vorsieht. Eine Beschreibung der prozesshaften Veränderung der verschiedenen Parameter ist nicht Gegenstand des Modells.

Von einer theoretischen Darstellung des HAPA-Modells und der gängigen Prädiktorenmodelle der Sportteilnahme wird in dieser Arbeit abgesehen, da nicht die statische Abbildung einzelner Variablen wie etwa der Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit, der Risikowahrnehmung oder der sozialen Norm und dem Sporttreiben Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist, sondern die prozesshafte Beschreibung und interventionsbezogene Förderung der sportlichen Aktivität. Eine solche Prozessperspektive ist charakteristisch für die so genannten Stadienmodelle. In ihnen wird das Sporttreiben als ein Entwicklungsphänomen begriffen, bei dessen Beschreibung nicht nur auf das beobachtbare Verhalten, sondern auch auf die dahinter liegenden motivationalen und volitionalen Steuerungsgrößen Bezug genommen wird. Stadienmodelle postulieren die Existenz diskreter Entwicklungsphasen des Verhaltens, die aufeinander aufbauend in einer bestimmten Reihenfolge durchlaufen werden.

In diesem Kapitel wird zunächst das **Transtheoretische Modell (TTM)** von Prochaska und DiClemente (1984, 1994) vorgestellt, welches das zur Zeit am meisten verwendete Stadienmodell ist. Defizite in der theoretischen Fundierung des TTM sollen durch die nachfolgende Darstellung der **Handlungstheorie** (Kuhl, 1994) und des **Rubikon-Modells** (Heckhausen, 1989; Heckhausen & Heckhau-

sen, 2006; Gollwitzer, 1999a) ergänzt werden. Im **Berliner-Sportstadien-Modell** von Fuchs (2001) erfolgt eine weitere Differenzierung der Stadien und die Unterscheidung kognitiver Inhalte in den einzelnen Entwicklungsphasen. Das **MOVO-Modell** von Fuchs et al. (2007) berücksichtigt die Selbstkonkordanz zusätzlich als motivationalen Modus. Abschließend wird der Versuch unternommen, mit dem Selbstmanagement Ansatz von Kanfer (1991) einen integrativen Rahmen der Veränderungsstadien und der Interventionen zur Förderung der sportlichen Aktivität zu bilden. Die Tab. 4 zeigt die im Folgenden beschriebenen Prozessmodelle mit ihren inhaltlichen Schwerpunkten.

Tab. 4 Prozessmodelle der Verhaltensveränderung

Modelle der Verhaltensänderung	Berücksichtigte Schwerpunkte
Selbstmanagement-Ansatz (Kanfer, 1991)	Metamodell der Verhaltensänderung und humanistische Leitlinien
MoVo-Modell (Fuchs, 2005)	Motivationale und volitionale Steuerung des Verhaltens
Berliner Sportstadienmodell (Fuchs, 2001)	Differenzierung der Stadien und Integration der handlungstheoretischen Erkenntnisse
Handlungstheorien (Heckhausen, 1989, Kuhl, 1994; Gollwitzer, 1999)	Differenzierung psychischer Prozesse: Intention und Volition
Transtheoretisches Modell (Prochaska & DiClemente, 1984)	Veränderungsstadien, Ansätze zur stadienspezifischen Interventionen

## 4.2 Das transtheoretische Modell

### 4.2.1 Entwicklungsstadien im transtheoretischen Modell

Das von Prochaska & DiClemente (1984) entwickelte Transtheoretische Modell (TTM) ist ein in der Gesundheitspsychologie und Psychotherapie weit verbreitetes und anerkanntes Modell zur Beschreibung gesundheitsrelevanter Verhaltensänderung. Die beiden Forscher erkannten, dass die Änderung eines Problemverhaltens als dynamischer Prozess zu verstehen ist und dass dieser über qualitativ unterschiedliche Stufen verläuft. Diese zeitliche Dimension des Veränderungsprozesses nannten die Autoren „Stages of Change“ bzw. „Stufen der Verhaltensänderung“.

Absichtslosigkeit	Absichtsbildung	Vorbereitung	Handlung	Stabilisierung
Person ist nicht sportlich aktiv und hat nicht vor, in den nächsten 6 Monaten sportlich aktiv zu werden.	Person ist nicht sportlich aktiv, aber beabsichtigt, in den nächsten 6 Monaten sportlich aktiv zu werden.	Person ist nicht sportlich aktiv, bereitet sich auf ihr Ziel vor (z.B. Fitness-Studio gesucht).	Person ist sportlich aktiv seit weniger als 6 Monaten.	Person ist sportlich aktiv seit mehr als 6 Monaten.

Abb. 1 Stages of Change im Rahmen des TTM (modifiziert nach Velicer et al. 1998; Prochaska et al., 1992)

Nach dem TTM verlaufen Verhaltensänderungen in fünf voneinander abgrenzbaren Stufen bzw. Phasen, den „Stages of Change“ (vgl. Abb.1).

Im Prozess der Verhaltensänderung kann keine Stufe übersprungen werden, d.h. wenn die eine nicht abgeschlossen ist, kann die nächste nicht erfolgreich realisiert werden. Es ist jedoch möglich, v.a. bei Veränderung sehr gefestigter Gewohnheiten, dass die einzelnen Stufen mehrmals durchlaufen werden.

Im Folgenden werden die Kognitionen und Verhaltensweisen der fünf Stufen differenzierter beschrieben und in Abb. 2 zusammenfassend dargestellt.

### Stufe 1: Absichtslosigkeit

Personen in der Stufe der Absichtslosigkeit bzw. Sorglosigkeit besitzen keine Intention, ein bestimmtes Problemverhalten in absehbarer Zeit zu verändern.

Als absehbarer Zeitraum ist in der Regel eine Spanne von mehr als sechs Monaten zu betrachten. Die Person ist sich keiner potenziellen Gesundheitsbedrohung durch ihr derzeitiges Verhalten bewusst. Solche Menschen ignorieren Informationen, die sie zum Überdenken ihres gesundheitsschädigenden Verhaltens bewegen könnten bzw. sie sind bemüht, ihr gesundheitsschädigendes Verhalten durch verschiedene Abwehrmechanismen vor sich selbst und anderen zu rechtfertigen.

Die Gründe für die Abwehr sind vielfältig, z.B. Mangel an relevanten Informationen und/oder Fehlen von Problembewusstsein bezüglich der ungünstigen Konsequenzen des entsprechenden Verhaltens. Mitunter kann auch zu hoher sozialer Druck von Seiten Außenstehender, z.B. Familie, Freunde etc. zu einem Reaktanzverhalten des Betroffenen führen. Auch mehrere erfolglose Veränderungsversuche können die Ursache dafür sein, dass die betroffene Person resigniert und ihre eigene Handlungswirksamkeit oder die Wirksamkeit der jeweiligen Intervention bezweifelt.

Das Hauptmerkmal für Personen in der Stufe der Absichtslosigkeit ist der Widerstand gegen das Erkennen oder Verändern eines Problemverhaltens. Sie sind bezogen auf dieses Problem noch nicht motiviert, ihr Verhalten zu verändern. Die Stufe der Absichtslosigkeit wird im Rahmen des TTMs als die stabilste Stufe verstanden. Ohne eine aktive Intervention ist die Wahrscheinlichkeit, dass Personen von der Stufe der Absichtslosigkeit in die nächste Stufe gelangen, relativ gering.

### Stufe 2: Absichtsbildung

Die Stufe des Bewusstwerdens bzw. der Absichtsbildung ist durch die offene Auseinandersetzung der Betroffenen mit dem Gesundheitsverhalten gekennzeichnet, ohne dass diese Auseinandersetzung in das unmittelbare Ergreifen von Maßnahmen zur Veränderung mündet. Personen in dieser Stufe sind sich bewusst, dass sie ein problematisches Verhalten zeigen, stehen aber Veränderungen (noch) ambivalent gegenüber. Sie können sich noch nicht zur Handlung entschließen, äußern jedoch die Absicht, diese Veränderungen in absehbarer Zeit – d.h. per definitionem in den nächsten sechs Monaten – einzuleiten.

Prochaska et al. (1992) charakterisieren diese Personen treffend als „knowing where you want to go, but not quite ready yet“. Gute Vorsätze allein reichen in der Regel nicht aus, um das eigene Verhalten zu ändern.

### Stufe 3: Vorbereitung

Personen in der Stufe der Vorbereitung zeichnen sich dadurch aus, dass der wahrgenommene Nutzen größer eingeschätzt wird als der damit verbundene Aufwand und die Veränderung als machbar und der Mühe wert erscheint.

Personen befinden sich auf dieser Stufe, wenn sie a) die feste Absicht äußern, in den nächsten 30 Tagen das Zielverhalten zu erreichen und b) bereits erste Schritte unternehmen, dies in die Tat umzusetzen. Die Stufe wird somit durch das Vorhandensein einer Handlungsintention und durch bereits gezeigtes Verhalten zur Einleitung einer Veränderung charakterisiert.

Das Treffen einer klaren Entscheidung für eine Verhaltensänderung ist eines der wichtigsten Merkmale für diese Phase („commitment“). Der Entschluss zum Handeln ist gefasst, im Mittelpunkt steht jetzt die Frage der optimalen Handlungsinitiierung, d.h. „Wie und wann packe ich es am besten an?“

Ein wichtiges Merkmal dieser Phase ist die zunehmende Konzentration auf die Lösung und weniger auf das Problem selbst. Außerdem denkt die Person mehr an die Zukunft als an die Vergangenheit und weiß nun, welche konkreten Schritte sie unternehmen will.

Die Stufe der Vorbereitung ist weniger stabil als die beiden vorangegangenen, da es sich um ein zeitlich begrenztes Durchgangsstadium handelt. Typischerweise sind es Personen, die sich in der Stufe der Vorbereitung befinden, die sich von konkreten handlungsbezogenen Angeboten wie z.B. Gewichtsreduktionsprogrammen oder Anzeigen von Fitness-Studios am ehesten angesprochen fühlen (Mathesius, 2005).

#### Stufe 4: Handlung

Die Handlungsstufe ist gekennzeichnet durch aktive Versuche, problematisches Verhalten abzubauen und dafür notwendige Veränderungen im eigenen Erleben (z.B. durch Veränderung kognitiver Bewertungsprozesse) und in den Umweltbedingungen (z.B. durch Stimulus-Kontrolle) herbeizuführen. Dies ist wiederum nur durch ein hohes Maß an Entschlossenheit und Engagement zu leisten.

Die Abgrenzung gegenüber der Vorbereitungsphase besteht in erster Linie darin, dass eine Einstufung in die Handlungsphase per definitionem erst erfolgt, wenn das Zielkriterium bereits erreicht und seit mehr als einem Tag aber weniger als sechs Monaten beibehalten wurde.

Im Gegensatz zu den ersten beiden Stufen stehen hier offene, beobachtbare Verhaltensweisen stärker im Vordergrund als kognitiv-affektive Prozesse, weshalb Personen in dieser Phase auch am häufigsten Reaktionen von ihrer personalen Umwelt erfahren. Prochaska et al. (1992) weisen ausdrücklich darauf hin, dass die von außen beobachtbaren Handlungen in dieser Stufe jedoch nicht mit der angestrebten Veränderung gleichzusetzen sind, sondern dass die Handlungen Strategien auf dem Weg zu einer stabilen Veränderung sind. Die Stufe der Handlung ist die aktivste Phase im Prozess der Verhaltensänderung und birgt – nicht zuletzt auf Grund des hohen erforderlichen Aufwandes – das größte Risiko für eventuelle Rückfälle in frühere Phasen bzw. alte Verhaltensmuster. Deshalb muss an dieser Stelle betont werden, wie wichtig der gezielte Einsatz von Unterstützungsmaßnahmen auf dieser Stufe ist, um das neue Zielverhalten der Person zu stabilisieren.

#### Stufe 5: Aufrechterhaltung/Stabilisierung

Eine Einordnung in die Stufe der Aufrechterhaltung erfolgt, wenn das Zielverhalten zum Zeitpunkt der Befragung seit mehr als sechs Monaten stabil beibehalten werden konnte. Je nach Verhaltensbereich kann diese Stufe den Rest der Lebensspanne umfassen, d.h. dass die Beibehaltung eines Sportprogramms und die Auseinandersetzung mit möglichen Rückfallsituationen für die betroffenen Personen lebenslange aktive Prozesse sind, die keinen Abschluss finden.

Die Stufe der Aufrechterhaltung wird wie die vorangegangenen Stufen als aktive Phase verstanden, in der das Zielverhalten durch Beibehalten der in der Handlungsphase gezeigten Strategien weiter konsolidiert wird und aktive Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe ausgeübt werden.

Obwohl nach den Annahmen des TTM die jeweiligen Stufen aufeinander aufbauen, ist das zeitlich lineare Durchlaufen der Stufen bei einer Verhaltensänderung eher die Ausnahme als die Regel. Während Rückfälle früher noch als eigene Stufe des TTM angesehen wurden, werden sie heute als integrativer Bestandteil des Veränderungsprozesses verstanden, der in jeder Stufe vorkommen kann, insbesondere jedoch in den Stufen der Handlung und der Aufrechterhaltung.

Der Prozess der Veränderung wird als ein spiralförmiges Geschehen verstanden, in dem die Person nach einem Rückfall auf eine vorherige Stufe zurückfällt. Das Spiralmodell symbolisiert, dass der größte Teil von Personen mit Rückfällen weder in eine zirkuläre Endlosschleife gerät, noch neu bei Null wieder beginnen muss. Die konstruktive Verarbeitung von Misserfolgserfahrungen, z.B. durch eine wirksame Kausalattribution vergangener Versuche, kann zur Auswahl günstigerer Strategien führen und somit zu einem Fortschreiten innerhalb des Stufengefüges beitragen.

In das TTM werden neben der Identifikation von Veränderungsstufen und dem Einsatz von stadienspezifischen Strategien zwei weitere Konstrukte, die das Fortschreiten von einer Stufe zur anderen wesentlich bestimmen, eingegliedert:

Das Konstrukt der **Entscheidungsbalance** („decisional balance“) beschreibt die Gewichtung des aktuell wahrgenommenen Verhältnisses der Vor- und Nachteile (Pros versus Cons) der Verhaltensänderung. Es gibt Auskunft darüber, wann eine Veränderung stattfindet bzw. wann die Voraussetzungen für den Übertritt in die nächste Stufe gegeben sind. Das Konstrukt der **Selbstwirksamkeitserwartung** (Bandura, 1997) beschreibt den Grad der Zuversicht, das gewünschte Verhalten in beabsichtigter Weise durchführen zu können. In den folgenden Abschnitten werden drei Teilaspekte der Selbstwirksamkeit ausführlicher besprochen.

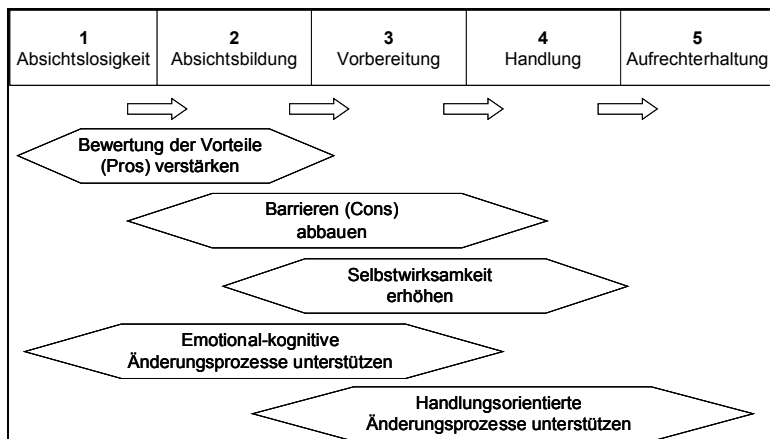


Abb. 2 Übersicht über die wichtigsten Strategien zur Verhaltensänderung auf den einzelnen Stufen im Transtheoretischen Modell (Mathesius, 2001, S.202)

In einer längsschnittlichen Studie von Plotnikoff et al. (2001) wurde das Transtheoretische Modell auf die Vorhersage körperlicher Aktivität angewendet. Im Fokus der Studie stand die qualitative Bestimmung der Stadienwechsel der Personen über die Zeit. Die Ergebnisse dieser Studie verwiesen auf die wichtige Rolle der Selbstwirksamkeit bei der Verhaltensänderung: Insbesondere der Wechsel in das nächsthöhere, Stadium, z.B. von der Vorbereitung zur Handlung, konnte durch die Höhe der Selbstwirksamkeit gut vorhergesagt werden. Außerdem konnte gezeigt werden, dass Personen, die erfolgreich in der Handlungsphase blieben, höhere positive Handlungsergebniserwartungen hatten, als Personen, die in eines der vorangehenden Stadien zurückfielen.

Nach Schwarzer (2004) ist Selbstwirksamkeit in allen Phasen der Änderung von Gesundheitsverhalten wichtig, von der Zielsetzung über die Initiierung von Verhalten bis hin zur Selbstregulation bei der Aufrechterhaltung von Verhalten über die Zeit. Er nimmt folgende Modi der Selbstwirksamkeit an:

**Präaktionale Selbstwirksamkeit:** die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, ein Verhalten initiieren zu können.

**Selbstwirksamkeit zur Aufrechterhaltung:** Fähigkeit, ein Verhalten auch angesichts von Schwierigkeiten aufrecht zu erhalten

**Selbstwirksamkeit zur Wiederherstellung:** Einschätzung der eigenen Kompetenz, ein Verhalten auch nach längerer Pause oder nach einem Rückfall wieder aufzunehmen.

Tatsächlich konnten Luszczynska und Schwarzer (2003) in einer Studie zur Brustselbstuntersuchung nachweisen, dass die volitionale Selbstwirksamkeit (Aufrechterhaltungs- und Wiederherstellungs-Selbstwirksamkeit) das Verhalten vorhersagen konnten: Je höher die volitionale Selbstwirksamkeit ausgeprägt war, desto eher führten die Teilnehmerinnen eine Brustkrebsuntersuchung durch.

#### **4.2.2 Strategien im transtheoretischen Modell**

In seiner Rolle als Interventionstheorie widmet sich das TTM vor allem der Frage, welche Prozesse bzw. Strategien dazu führen, dass Personen von einem Stadium zum nächsten voranschreiten.

Im Wesentlichen wurden zehn Veränderungsstrategien postuliert (vgl. Tab. 5 und Tab.6), die Menschen stadienabhängig benutzen, um ihre Erfahrungen, sich selbst oder ihre Umwelt zu modifizieren. Diese Strategien wurden ursprünglich bei der Veränderung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen wie z.B. dem Abgewöhnen des Rauchens beobachtet und analysiert. Untersuchungsergebnisse von Titze et al. (2002) bestätigten, dass diese zehn Veränderungsstrategien auch für den Bereich der Bewegung sinnvoll eingesetzt werden können.

Dabei begünstigt der Einsatz kognitiv-affektiver Veränderungsstrategien das Voranschreiten innerhalb der ersten drei Stufen. Die Stufen der Handlung und Aufrechterhaltung sind hingegen durch den Einsatz verhaltensorientierter Strategien gekennzeichnet (vgl. Diner et al., 2004).



Tab. 5 Zehn Strategien der Verhaltensänderung im Rahmen des TTMs  
für den Bereich der Bewegung ( nach. Titze et al., 2002)

<b>Kognitive Strategien</b>	
<b>1. Steigern des Problembewusstseins</b>	Informationssuche und aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Bewegung <i>Beispiel: „Ich suche nach Informationen zum Thema Bewegung.“</i>
<b>2. Emotionales Erleben bzw. Herstellen von Betroffenheit</b>	Emotionaler Bezug und persönliche Betroffenheit zur körperlichen Inaktivität <i>Beispiel: „Ich ärgere mich, dass ich es nicht schaffe, sportlich aktiv zu werden.“</i>
<b>3. Neubewertung der persönlichen Umwelt</b>	Bewusstes Wahrnehmen von emotionalen und kognitiven Konsequenzen der eigenen körperlichen Inaktivität für die persönliche Umwelt Wie wirkt sich das derzeitige Verhalten auf die unmittelbare Umgebung aus? <i>Beispiel: „Ich bin mir bewusst, dass ich krank werde und anderen u. U. zur Last fallen kann, wenn ich nicht regelmäßig sportlich aktiv bin.“</i>
<b>4. Neubewertung der eigenen Person</b>	Bewusstes Wahrnehmen von emotionalen und kognitiven Konsequenzen der eigenen körperlichen Inaktivität für die eigene Person Was denkt man über sich selbst im Bezug auf das Problemverhalten? <i>Beispiel: „Ich kann regelmäßig sportlich aktiv sein, wenn ich es immer wieder versuche.“</i>
<b>5. Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen</b>	Aktives Wahrnehmen und Bewusstmachen von Umweltbedingungen, die den Beginn körperlicher Aktivität erleichtern <i>Beispiel: „Ich nehme immer mehr Leute wahr, die sportliche Aktivität zum Teil ihres Lebens machen.“</i>

Die hier aufgezählten Änderungsstrategien sind dem Methoden- und Interventionsarsenal der verschiedenen therapeutischen Schulen entnommen. So steht zum Beispiel das „Steigern des Problembewusstseins“ in der Tradition des psychoanalytischen Ansatzes, das „Verstärkungsmanagement“ ist verhaltenstherapeutischer Herkunft und das „Mobilisieren hilfreicher Beziehungen“ verweist auf gesprächstherapeutische Grundüberzeugungen (Keller et al., 1999). Die Bezeichnung „Transtheoretisches Modell“ ist auf diese schulübergreifende Zusammenfassung der relevanten Veränderungsstrategien zurückzuführen.

Tab. 6 (Fortsetzung) Zehn Strategien der Verhaltensänderung im Rahmen des TTMs für den Bereich der Bewegung (vgl. Titze & Stronegger, 2002)

<b>Verhaltensorientierte Strategien</b>	
<b>1. Selbstverpflichtung</b>	Überzeugung, dass eine Veränderung des eigenen Verhaltens möglich ist und Selbstverpflichtung zur konsequenten Umsetzung des Verhaltens <i>Beispiel: „Ich sehe feste Zeiten für meine sportliche Aktivität vor.“</i>
<b>2. Stimuluskontrolle</b>	Kontrolle von Situationen, Personen oder anderen Stimuli, um das Auftreten des Problemverhaltens zu verringern und das Zielverhalten zu erleichtern <i>Beispiel: „Ich habe stets meine gepackte Sporttasche im Auto, so dass ich jederzeit sportlich aktiv sein kann.“</i>
<b>3. Gegenkonditionierung</b>	Ersatz ungünstiger Verhaltensweisen durch günstiges Verhalten im Sinne einer Problemlösung <i>Beispiel: „Anstatt mich nach der Arbeit auf die Couch zu legen und TV zu gucken, zwinge ich mich, direkt sportlich aktiv zu werden, weil es mir danach besser geht.“</i>
<b>4. Mobilisieren hilfreicher Beziehungen</b>	Aktives Nutzen von sozialer Unterstützung zur Erleichterung der Verhaltensänderung <i>Beispiel: „Ich habe einen Freund, der mich dazu ermutigt, sportlich aktiv zu sein, auch wenn ich keine Lust dazu habe.“</i>
<b>5. Selbstverstärkung</b>	Gezieltes Einsetzen von Belohnungsstrategien zur Erreichung und Stabilisierung des gewünschten Zielverhaltens <i>Beispiel: „Ich fühle mich besser, wenn ich sportlich aktiv bin.“</i>

Eine stadienspezifische Intervention bzw. individuelle Beratung erfordert die Identifizierung der Stufenzugehörigkeit einer Person, denn die Strategien müssen dementsprechend ausgewählt werden. In Studien konnte belegt werden, dass die Erfolgsquote einer stufengerechten Beratung bedeutend höher war als die bei Nichtbeachtung des individuellen Stadiums (vgl. Nigg et al. 2002).

## **Bedeutung des TTM für die Gestaltung von Interventionen zur Gesundheitsförderung**

Die im Rahmen des TTM's vorgenommene Differenzierung in fünf Veränderungsstadien hat bedeutsame Konsequenzen für die Entwicklung effektiver Interventionsmaßnahmen in der Gesundheitsförderung. So ist die in der Praxis häufig einfach getroffene Unterscheidung von Personen in „sportlich aktiv“ und „sportlich inaktiv“ oder „ernährt sich bewusst“ und „ernährt sich nicht bewusst“ zu unspezifisch, um Personen zu einer Verhaltensänderung zu bewegen bzw. sie dabei zu unterstützen, ein initiiertes Verhalten beizubehalten respektive zu stabilisieren. Es existieren beispielsweise in der Gruppe der Inaktiven sowohl Personen, die nicht im Entferntesten daran denken, jemals sportlich aktiv zu werden, als auch Personen, die vielleicht kurz davor stehen, ein sportliches Training aufzunehmen oder vielleicht sogar bereits erste Versuche in diese Richtung unternommen haben. Gemäß den Annahmen und Untersuchungsergebnissen auf der Grundlage des TTM's sind für diese verschiedenen Untergruppen der sportlich Inaktiven daher ganz unterschiedliche Interventionsmaßnahmen erforderlich, um sie zum Sporttreiben zu motivieren. Beispielsweise könnte man einer Person, die sich im Stadium der Präparation befindet, gezielt beim Planen und Vorbereiten der sportlichen Aktivität helfen; weitere Informationen über die positiven Konsequenzen des Sporttreibens bräuchten nicht angeboten zu werden.

Auch die Mehrheit der bestehenden Interventionsprogramme zur Sportförderung erreichen in der Regel lediglich Personen, die schon eine grundsätzliche Handlungsbereitschaft zeigen, ihr Problemverhalten zu ändern, sich also bereits auf der Stufe der Vorbereitung befinden. Mit solchen Programmen werden dagegen all jene Menschen nicht erreicht, die an eine Änderung ihres Verhaltens überhaupt nicht bzw. kaum denken, sich also auf der ersten und zweiten Stufe des TTM's befinden. Diese Menschen stellen jedoch nach wie vor die Mehrheit der Bevölkerung dar.

Prochaska et al. (1994) fordern deshalb, dass Programme zur Gesundheitsförderung genau auf das jeweilige Veränderungsstadium, in dem sich die Zielgruppe der angestrebten Interventionsmaßnahme befindet, zugeschnitten sein müssen. Der Hauptgrund für die Ineffektivität vieler Programme besteht nach Meinung der Autoren darin, dass das in der Zielgruppe vorherrschende Veränderungsstadium und die mit dem betreffenden Programm geförderten Veränderungsprozesse nicht aufeinander abgestimmt sind.

### 4.3 Das handlungstheoretische Modell

#### 4.3.1 Die Intentions-Verhaltenslücken und das volitionale Problem

Auch wenn Menschen kund tun, dass sie eine starke Absicht haben, in den nächsten 30 Tagen sportlich aktiv zu werden (entspricht der Phase der Präkontemplation), schaffen viele den Sprung in die Realisierung der Vorsätze nicht.

Nach Sheeran (2002) kann die Intention nur 20 bis 30% der Varianz im Verhalten erklären. Bis zu 80% der Varianz im Verhalten bleibt ungeklärt. Bislang wurde angenommen, dass Personen, die sich ein Verhalten vornehmen, aber nicht danach handeln, weniger motiviert sind als die, die im Sinne ihrer Intention die Handlung ausführen. Orbell und Sheeran (1998) konnten allerdings keine Unterschiede in der Motivation beider Gruppen nachweisen. Dieser Befund legt nahe, dass die Intentions-Verhaltens-Lücke nicht auf motivationalen Schwierigkeiten, sondern eher auf volitionalen Problemen basiert, also auf Problemen bei der Umsetzung einer Intention in ein Verhalten. Dabei wird der Begriff Volition auf die **bewusste, zielbestimmte Handlung** bezogen. Um den prozessualen Charakter des Willensbegriffs zu verdeutlichen, wird häufiger die englische Version **Volition** verwendet. Volition wird auf die unterschiedlichen Phasen des Handlungsablaufes – vom Entschluss bis zur Zielrealisierung – bezogen und in seinen kognitiven, emotionalen und motivationalen Grundlagen untersucht. Diese handlungstheoretisch orientierten Ansätze ermöglichen konkrete Ableitungen für die Verbesserung der Handlungsregulation und die Einflussnahme auf entsprechende Verhaltensänderungen. Deshalb nehmen sie auch gegenwärtig in Theoriebildung, Methodik und Forschung der Gesundheitspsychologie eine zentrale Stellung ein.

Die Auseinandersetzung mit volitionstheoretischen Problemen war seit den vierziger Jahren völlig aus dem Blickfeld der psychologischen Forschung geraten, deren Interesse vornehmlich der „Motivation im engeren Sinn“ (Heckhausen, 1989), also dem Problem des Abwägens und Auswählens von Handlungsalternativen galt. Die Unterscheidung zwischen Motivation und Volition wurde durch Heinz Heckhausen und sein Modell der Handlungsphasen oder auch Rubikon-Modell bekannt.

### 4.3.2 Das Rubikon-Modell

Im Rubikon-Modell nimmt Heckhausen (1989) scharfe Trennung zwischen motivationalen und volitionalen Prozessen vor. Dies wird durch die Rubikon-Metapher zum Ausdruck gebracht, die auf das Jahr 49 v. Chr. zurückgeht, als Julius Caesar mit seinen Legionen vor der Entscheidung stand, den römischen Grenzfluss Rubikon zu überqueren. Nach langem Hin und Her war der Würfel gefallen ("Alea iacta est!") und damit der Rubikon überschritten, im Bewusstsein, dass es nun kein Zurück mehr geben sollte.

Heckhausen (1989) beschreibt vier zeitlich aufeinander folgende Handlungsphasen (Abb. 3):

- prädezisionale Motivationsphase,
- präaktionale Volitionsphase,
- aktionale Volitionsphase und
- postaktionale Motivationsphase.

Damit wird ein theoretischer Rahmen vorgegeben zur Lösung zentraler Probleme einer jeden Motivationspsychologie (Gollwitzer, 1991): die Entscheidung für Handlungsziele und die Realisierung dieser Ziele.

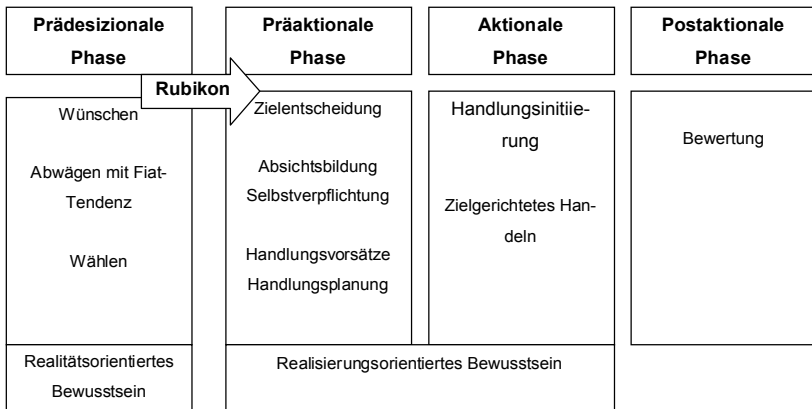


Abb. 3 Das Rubikonmodell der Handlungsphasen nach Gollwitzer (1991)

Die **prädeziSIONalen Motivationsphase** bezieht sich auf den Prozess der IntentionSBildung. Entsprechend der Motivkonstellation einer Person (z.B. hohe Ausprägung des Leistungsmotivs, geringe Ausprägung des Anschlussmotivs) werden verschiedene Handlungsmöglichkeiten abgewogen. Möchte eine Person etwas für ihre Gesundheit tun, so kann sie in vielen Formen und Intensitäten sportlich aktiv werden, sich das Rauchen abgewöhnen, Übergewicht reduzieren, Entspannungsrituale in den Alltag integrieren oder Zeit mit Freunden verbringen. Damit dieses abwägende Überlegen nicht zu einem infiniten Prozess wird, ist eine Abbruchbedingung zu formulieren. Heckhausen postuliert hier die Existenz einer sog. Fiat-Tendenz, eines metakognitiven Kontrollprozesses, der den Prozess des Abwägens nach hinreichender Klärung zum Abschluss bringt. Übersteigt sie einen bestimmten Schwellenwert (d.h. die Abbruchbedingung ist erfüllt), bildet die Person eine Zielintention aus und der metaphorische Rubikon wird überschritten. Es kann in die nächste Phase eingetreten werden.

Während dieser prädeziSIONalen Phase ist die Person in einer „realitätsorientierten Bewusstseinslage (Gollwitzer, 1991). In diesem Zustand ist man relativ offen für alle entscheidungsrelevanten Informationen und Anregungen.

Das Entscheidende am Eintritt in die **präaktionale Volitionsphase** ist die veränderte Bewusstseinslage, die jetzt nicht mehr realitäts-, sondern „realisierungsorientiert“ (Gollwitzer, 1991) ist. Die Person betrachtet jetzt vorzugsweise Informationen, die zur Umsetzung der Intention benötigt werden. Alle Aktivitäten in der präaktionalen Phase sind darauf ausgerichtet, die aktionale Umsetzung der Zielintention zu planen.

Die Realisierung von Absichten erfordert unterschiedliche und umfassende Vorbereitungen und Planungen, oder es müssen besonders günstige Gelegenheiten abgewartet werden. Zu diesem Zwecke postuliert das Rubikonmodell das Fassen von Vorsätzen als unterstützende Maßnahme. Eine Person legt beispielsweise fest, wann, wo und mit wem das erste Fitnessstraining stattfindet (Durchführungsvorsatz), ob an diesem Tag andere konkurrierende Tätigkeiten wie gemeinsames Abendessen mit der Familie verschoben werden (Deaktivierungsvorsatz) oder ob auf eine passende soziale Unterstützung in Form eines Trainingspartners gewartet wird (Gelegenheitsvorsatz).

Von besonderer Bedeutung sind daneben noch eventuelle Regulierungsvorgänge. Erweist sich eine Absicht als zu eng (d.h. es findet sich keine entsprechende Situation zur Umsetzung) oder zu weit formuliert (d.h. keine Situation kann ausgeschlossen werden), muss nachreguliert werden. Kann nach diesen vorbereitenden Vorgängen mit der Ausführung der Handlung begonnen werden, wechselt die Person in die nächste, die **aktionale Phase**.

Hier soll die Handlung nun ausgeführt werden. Damit es beim Vorliegen einer günstigen Gelegenheit aber auch wirklich zur Initiierung kommt, wird das Prinzip der Fiat-Tendenz (vgl. Gollwitzer, 1991, S.45) eingeführt. Sie bestimmt sich aus dem Zusammenwirken von **Volitionsstärke** (Stärke, mit der man sich an das Erreichen eines Ziels bindet) und dem Grad der „Günstigkeit“ der vorliegenden Gelegenheit zur Realisierung des Ziels. Dabei ist allerdings nicht davon auszugehen, dass in jedem Fall diejenige Intention ausgeführt wird, welche die höchste Fiat-Tendenz hat. Vielmehr kann eine Gelegenheit zur Realisierung mehrerer Ziele führen; ebenso kann sich eine noch günstigere Gelegenheit im Vergleich zur vorliegenden ergeben, so dass die Gefahr der Überschätzung besteht. Deshalb gewinnt die Intention mit der *vergleichsweise* höchsten Fiat-Tendenz Zugang zur Ausführung. So kann eine Person beispielsweise ein aktuelles kostengünstiges Angebot nutzen und ihr Fitnessstraining aufnehmen, ohne dass ihre Absicht zu trainieren, besonders stark war.

Die dritte Phase des Rubikon-Modells, die **aktionale Volitionsphase**, besteht im intentionsrealisierenden Handlungsvollzug, also der „eigentlichen sportlichen Aktivität“: Diese Phase beginnt mit der Handlungsinitiierung und endet mit dem Erreichen des anvisierten Zielzustands.

Im Verlauf der Handlungsausführung stehen sodann **Regulierungsmechanismen** unterstützend zur Seite. Treten z.B. unerwartet Schwierigkeiten auf, wird zusätzliche reaktive Anstrengungsbereitschaft mobilisiert und damit die Volitionsstärke erhöht, die ihrerseits von der Stärke der Zielintention und der aktuell zu überwindenden Schwierigkeit bei der Handlungsausführung determiniert wird. Vergisst eine Person ihre Sportschuhe, kann sie mit relativ wenig zusätzlicher Anstrengung das Fitnessstraining trotzdem ausführen. Ist jedoch das Auto, mit dem das zehn km entfernte Fitness-Studio zu erreichen ist, zur Reparatur in der Werkstatt, muss eine vergleichsweise höhere Volitionsstärke aufgebracht werden, um alternative Transportwege ausfindig zu machen, etwa in Form von öffentlichen Verkehrsmitteln oder einer Fahrgemeinschaft.

Ebenfalls unterstützend wirken die in der präaktionalen Phase **gebildeten Vorsätze** als kognitive Repräsentationen der Zielintention. Muss z.B. die Handlung kurzzeitig unterbrochen werden, so drängen diese weiter nach Wiederaufnahme (Gollwitzer & Mahlzacher, 1996). Beispielsweise möchte eine Person einen Trainingstermin, den sie nicht wahrnehmen konnte, baldmöglichst nachholen.

Auffallend dabei ist, dass die von Kuhl (1987) postulierten Handlungskontrollstrategien, die im folgenden Kapitel dargestellt werden, hier von Heckhausen nicht angesprochen werden.

Weiterhin wird die Handlungsausführung geleitet durch mentale Repräsentationen des in der Zielintention spezifizierten Ziels in der **Konkretisierung von spezifischen Zwischenzielen**. Eine Repräsentation kann auf zwei Arten erfolgen (Heckhausen et al., 1987): nahe der Ausführung oder eher weiter gespannt. Im

erstgenannten Modus wird die Aufmerksamkeit auf die momentan ablaufende Tätigkeit konzentriert und ist besonders für anspruchsvolle Handlungen, die (noch) hohe Aufmerksamkeit erfordern, angebracht. Im Gegensatz dazu wird in der zweiten Repräsentationsform von einem klar überschaubaren Handlungspfad ausgegangen, der weitgehend automatisiert verläuft und daher keiner bewussten Kontrolle bedarf.

In der vierten und letzten Phase des Rubikon-Modells, **der postaktionalen Motivationsphase**, geht es darum, erreichte **Handlungsergebnisse zu bewerten** und Schlussfolgerungen für zukünftiges Handeln zu ziehen. Es wird geprüft, ob durch das erreichte Ergebnis die in der prädeziionalen Phase spezifizierten Ziele erreicht wurden oder nicht. Bei positiver Antwort (die Ziele wurden erreicht), kann die Zielintention deaktiviert werden. Allerdings können selbst bei Zielerreichung Defizite offenbart werden, wenn z.B. die Ergebnis-Folge-Erwartung zu hoch angesetzt oder gar nicht berücksichtigt wurde.

Im Falle eines Misslingens, d.h. wenn das angestrebte Ziel nicht erreicht wurde, kann eine Minderung des Anspruchsniveaus vorgenommen werden. Soll allerdings das ursprüngliche Ziel beibehalten werden, müssen neue Gelegenheits- oder Durchführungsvorsätze gefasst werden. Falls dagegen keine neuen Vorsätze gebildet werden und auch keine Verringerung des Anspruchsniveaus vorgenommen wird, kommt es zu einer degenerierten Zielintention (vgl. Gollwitzer, 1991, S. 49), die eine geringe Realisierungschance hat.

Die im Rubikon postulierte Phasenfolge darf nicht so verstanden werden, als müsste jede Handlung erst alle vier Phasen durchlaufen, bevor die nächste Handlung in Angriff genommen werden kann. Vielmehr drängen gleichzeitig verschiedene Zielintentionen, Zugang zum Handeln zu finden. Heckhausen (1989) geht davon aus, dass sich in der präaktionalen Intentionenphase unterschiedliche Intentionen in einem „Wartezustand“ befinden und darum konkurrieren, realisiert zu werden. Mit dem Überschreiten des Rubikon sind die Verarbeitungsprozesse dann auf eine Handlung fokussiert. Es bleibt jedoch die Frage offen, wie eine Intention so viel Aufmerksamkeit auf sich ziehen kann, dass es zur Realisierung der entsprechenden Handlung kommt. An dieser Stelle müsste wieder auf motivationspsychologische Erklärungen zurückgegriffen werden, wie z.B. den Einfluss von Selbstkonkordanz, Selbstwirksamkeitserwartungen, Konsequenzerwartungen oder die individuelle Vulnerabilität.

Der Gültigkeitsbereich des Rubikonmodells ist auf **Willenshandlungen** beschränkt, die sorgfältig erwogen und unter dem Risiko des Scheiterns realisiert werden müssen. Alltagshandlungen, die hoch automatisiert sind, wie etwas das Zähneputzen oder das Anlegen eines Sicherheitsgutes, bedürfen keiner bewussten „Überschreitung des Rubikons“. „Die Willenshandlung ist eine zielbestimmte Handlung. Sie unterscheidet sich von normalen Handlungen durch besondere Anforderungen an Anstrengungsbereitschaft, Widerstandskraft und Durchhalte-



vermögen der Persönlichkeit sowie an die Verfügbarkeit handlungsfördernder Regulationsmöglichkeiten“ (vgl. Mathesius, 2005, S.60).

### 4.3.3 Volitionale Strategien der Handlungskontrolle nach Kuhl

Neben Heckhausen (1989) hatte Kuhl (1983, 1994) einen wesentlichen Anteil daran, dass seit dem Beginn der 80er Jahre das „volitionale“ Problem wieder in den Blickpunkt der psychologischen Forschung rückte. In seinem Modell der Handlungskontrolle stellt Kuhl (1983) Kognitionen in den Mittelpunkt, die dafür verantwortlich sind, dass eine Handlungsabsicht im Handlungsverlauf gegenüber äußeren und inneren Widerständen abgeschirmt bzw. nicht abgeschirmt werden kann.

Handlungskontrolle beschreibt die Prozesse, die während der konkreten Handlung zur Umsetzung selbst gesetzter Ziele (z.B. regelmäßig zu joggen oder das Fitness-Studio zu besuchen) wichtig sind.

Ob es einer Person gelingt, eine intendierte Handlung auch zu realisieren, ist nach Kuhl (1987) von einer Reihe volitionaler Mechanismen (Abb. 4) abhängig. Dazu zählen:

**Aufmerksamkeitskontrolle/selektive Aufmerksamkeit:** Das bewusst gesteuerte oder durch automatische Aufmerksamkeitsfilter vermittelte Ausblenden von Informationen, die absichtswidrige Motivationstendenzen stützen, wird auch als „protective function of volition“ (Kuhl, 1986, S. 125) bezeichnet und stellt laut Kuhl die grundlegendste aller Handlungskontrollstrategien dar. Beispielsweise informiert sich eine Person nicht mehr über das Fernseh- oder Kinoprogramm an den festgelegten Trainingstagen.

**Encodierungskontrolle:** Eine Person entwickelt Wahrnehmungsschemata, um die aus der Situation eingehenden Informationen optimal für den Prozess der Handlungssteuerung zu nutzen. Beispielsweise fühlt sich eine Person von der Darstellung des gesundheitsorientierten Fitnesstrainings in einer Zeitschrift bestätigt im eigenen Sporttreiben und schöpft aus diesen Informationen wieder neue Motivation für den nächsten Trainingstermin.

**Motivationskontrolle:** Die gezielte Steigerung der eigenen Motivation, die aktuelle Absicht auszuführen, ist dann wichtig, wenn die aktuelle Intention von einer schwachen Handlungstendenz gestützt wird (Kuhl, 1987). Eine Unterstrategie liegt mit der sog. „incentive escalation“ (ebd. S.126) vor, die eine fortwährende Verarbeitung anreizbesetzter Informationen zugunsten der aktuellen Intention beinhaltet. Beispielsweise vergegenwärtigt sich eine Person das angenehme Gefühl während des Sporttreibens und das gute Gewissen nach dem Training.

**Emotionskontrolle:** Die gezielte Beeinflussung eigener Gefühlslagen, welche die Handlungskontrolleffizienz steigern (z.B. Herbeiführen eines entspannten, zufriedenen Zustandes oder Meidung trauriger Gefühlslagen).

**Handlungsorientierte Bewältigung von Misserfolgen:** Die Ausschöpfung des eigenen Handlungsrepertoires bei Misserfolg und das Abstandnehmen von unerreichbaren Zielen sollen dazu beitragen, das Handlungsziel oder volitionale Strategien so zu regulieren, dass die Handlungsausführung aufrechterhalten werden kann.

**Umweltkontrolle:** Die eigene Umgebung wird in einer Weise verändert, die das Durchhalten der aktuellen Absicht fördert (z.B. Bereitlegen der Sporttasche und Getränke).

**Sparsamkeit der Informationsverarbeitung:** Wenn nach der Intentionsbildung noch einmal eine Motivationsphase eingesetzt werden muss, dann muss ein übermäßig langes Abwägen von Handlungsalternativen vermieden werden, um das Risiko zu vermeiden, dass eine extern gesteuerte Handlungstendenz ausgeführt wird. Dazu lassen sich „Stopp-Regeln“ formulieren, die eine sofortige Beendigung der Informationsverarbeitung bewirken. Wenn z.B. jemand nach Feierabend an seinem festen Trainingstag zum Essen eingeladen wird, so tut er gut daran, möglichst schnell die Einladung abzusagen oder zu verschieben, um die Stärke seiner Intention, Sport zu treiben, abzuschirmen.

Hinter den einzelnen Handlungskontrollstrategien vermutet Kuhl (1994) die Existenz eines generellen Personenmerkmals, das er als **volitionale Kompetenz** bezeichnet. Volitionale Kompetenz kann sich auf eine spezifische Handlung zu einem bestimmten Zeitpunkt beziehen, kann aber auch als stabile Disposition angesehen werden. Die Ausprägung der volitionalen Kompetenz ist auf einem Kontinuum der beiden Pole **Handlungsorientierung** und **Lageorientierung** einzuordnen.

Eher handlungsorientierte Personen entwickeln Strategien, bei denen es vor allem um die Planung der Mittel, den Einsatz der eigenen Handlungskompetenz, die Kalkulation möglicher Schwierigkeiten und die Hindernisse sowie entsprechender Handlungsalternativen geht. Personen verhalten sich eher zustandsorientiert, wenn sie Vorstellungen über den zu erwartenden Zustand entwickeln, was sich vor allem in Gefühlen ausdrückt. Beispiele für Zustandserwartungen sind Freude über die Aufgabe oder die Angst vor einem möglichen Misserfolg. Während der Modus der Handlungsorientierung die volitionale Kompetenz eher erhöht und den effektiven Einsatz volitionaler Strategien begünstigt, besitzt der Modus der Lageorientierung eher die gegenteilige Wirkung.

Das Verhältnis zwischen Lage- und Handlungsorientierung hat je nach Handlungsphase eine spezifische Bedeutung (vgl. Mathesius, 2001, S. 163). In der Entscheidungsphase kann ein relativ ausgeglichenes Verhältnis zwischen Handlungs- und Lageorientierung vorliegen: Gründliches Abwägen ist verbunden mit einer Entscheidung zur Realisierung der Zielintention. Im Handlungsverlauf werden eher Handlungsabsichten durchgesetzt, wenn die Handlungsorientierung mit der Durchführung von Kontrollmechanismen im Vordergrund steht. Eine stark ausgeprägte Lageorientierung kann zur Passivität und Resignation führen, eine stark ausgeprägte Handlungsorientierung zu Aktivismus und unüberlegtem Handeln.

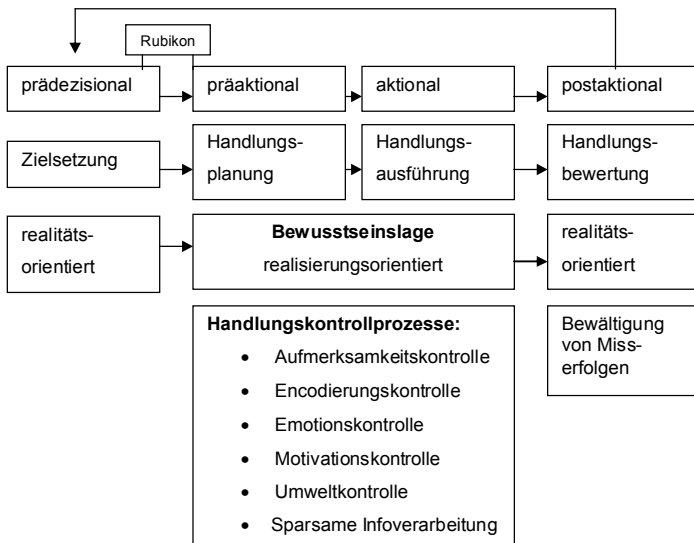


Abb. 4 Schematische Darstellung des Rubikon Modells und der Kuhl'schen Handlungskontrolltheorie

Die Kuhl'sche Handlungstheorie wurde im Sportbereich v.a. zur Erklärung von Leistungsunterschieden zwischen Athleten herangezogen (z.B. Sahre, 1991), bezüglich der Erklärung der alltäglichen Sportteilnahme wurde sie bislang noch kaum untersucht. In der einzigen Arbeit, in der die Bedeutung der Handlungskontrolltheorie für die Vorhersage der Sportteilnahme explizit untersucht wurde, stammt von Kendzierski (1990). Sie konnte nachweisen, dass es handlungs- im Unterschied zu lageorientierten Personen offenbar eher gelingt, ihre sportbezogenen Absichten zu realisieren.

Kritisch anzumerken an der Handlungskontrolltheorie ist, dass Kuhl Handlung- bzw. Lageorientierung als stabile Persönlichkeitsdisposition betrachtet. Aus dieser Perspektive ist die volitionale Kompetenz für Interventionen wenig zugänglich, sie kann also nicht trainiert werden. Diese Annahme steht im Gegensatz zum zentralen Anliegen dieser Arbeit, in der es darum geht, Klienten in der Auswahl und im Einsatz volitionaler Kontrollstrategien zu fördern. Abb. 4 zeigt, wie die Phasen des Rubikon-Modells mit den Kuhl'schen Handlungskontrollprozessen in ein übersichtliches Schema gebracht werden können und wie die Ansätze einander ergänzen.

#### **4.4 Das Berliner Sportstadienmodell**

Das Berliner Sportstadien-Modell (BSM) nach Fuchs (2001) ist eine Erweiterung des Transtheoretischen Modells (TTM) nach Prochaska & DiClemente (1984), wobei das handlungsorientierte Konzept des Rubikon-Modells (Heckhausen, 1989, Gollwitzer, 1996) integriert und veranschaulicht wird.

##### **4.4.1 Stadien im Berliner Sportstadienmodell**

Da neben der zeitlichen Komponente keine kognitiven Faktoren berücksichtigt werden, hat Fuchs (2001) das TTM weiterentwickelt. Einige Stadien ähneln denen des TTM (Präkontemplation, Kontemplation), jedoch werden genauere Unterscheidungen der postdeziSIONalen Stadien vorgenommen. Stadien, die nach der Entscheidung, körperlich aktiv zu werden, folgen, werden stärker differenziert. Die einzelnen Stadien sind in Abb. 5 dargestellt.

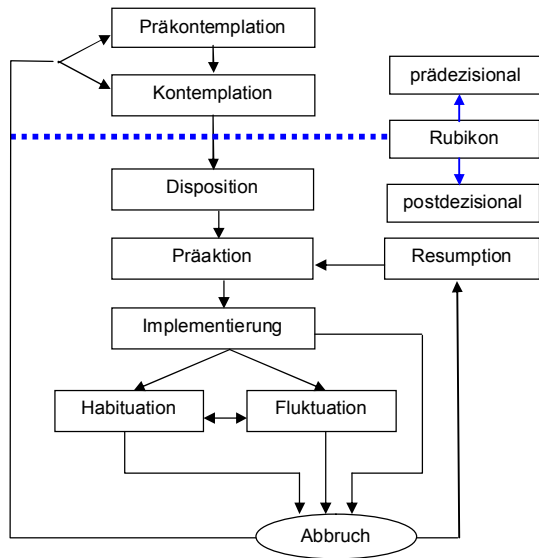


Abb. 5 Das Berliner Sportstadien-Modell nach Fuchs (2001)

Wie im TTM betreibt die Person im Stadium der **Präkontemplation** keinen Sport und zieht auch nicht in Erwägung, sportlich aktiv zu werden. Wird ernsthaft über eine Verhaltensänderung nachgedacht, beginnt das Stadium der **Kontemplation**. Während im TTM die einzelnen Stufen zeitlich auf sechs Monate festgelegt sind, wird im BSM auf eine solche Einschränkung verzichtet. Die Stufe der Kontemplation kann Tage, Wochen, Monate aber auch Jahre andauern und ist mit der prädeziSIONALen Phase des Rubikon Modells zu vergleichen. Die Person ist bereit, Information aufzunehmen und sich vorzustellen, welchen eventuellen Nutzen sportliche Aktivität mit sich brächte. In dieser Phase der Intentionsbildung wägt sie zwischen Vor- und Nachteilen ab, lässt jedoch noch alle Entscheidungen offen.

Im Stadium der **Disposition** ist eine explizite Entscheidung zur Ausübung der körperlichen Aktivität getroffen worden. Die Person überschreitet - bildlich gesprochen - den Rubikon. Es fehlen jedoch noch Details zur Handlungsrealisierung, das heißt, die Fragen „Was?“, „Wann?“ und „Wo?“ sind noch ungeklärt. Die Person hat allerdings die Grundsatzentscheidung getroffen und wechselt von der realitätsorientierten zur realisierungsorientierten Bewusstseinslage.

Im Stadium der **Präaktion** befindet sich die Person, wenn sie entschieden hat, welcher sportlichen Aktivität sie nachgehen will und Ort und Zeitpunkt dafür

festgelegt hat. Die bisher vage Zielintention ist nun zu einer genauen Realisierungsintention geworden (Gollwitzer & Mahlzacher, 1996). Falls es durch ein Ereignis, wie z.B. Unfall oder Krankheit, nicht dazu kommen sollte, die Handlung zu realisieren, fällt die Person wieder in die vorangegangene Stufe zurück (vgl. Fuchs, 2001, S.265).

Mit der Handlungsaufnahme wechselt die Person in das Stadium der **Implementierung**. Die Sportaktivität wird zunächst allmählich in den Alltag integriert. Im Vergleich zum Rubikonmodell entspricht dies dem Einstieg in die „aktive Volitionsphase“. Die Schwierigkeit besteht darin, das erworbene aktive Verhalten aufrecht zu erhalten und nicht wieder in alte konkurrierende Gewohnheiten zu verfallen. Um dies zu vermeiden sind Selbstkontrollstrategien hilfreich. Damit ist der „Veränderungsprozess“ abgeschlossen.

Der Übertritt in das Stadium der **Habituation** ist dann erreicht, wenn es der Person gelungen ist, das aktive Verhalten trotz immer wieder auftretender Handlungshindernisse fest in die Lebensgewohnheiten zu integrieren. Die sportliche Aktivität ist aufgrund erfolgreicher Abschirm- und Selbstkontrollstrategien zum Alltag geworden, d.h. es hat eine erfolgreiche Implementierung stattgefunden (vgl. Fuchs, 2001, S.266).

Treibt eine Person nur unregelmäßig Sport, so wird sie dem Stadium der **Fluktuation** zugeordnet. Dieses Stadium ist dadurch gekennzeichnet, dass die Person ihre sportliche Aktivität nicht kontinuierlich ausübt. Somit kann man hier nicht von einer erfolgreichen Implementierung des Verhaltens sprechen. Der Grund ist häufig, dass die volitionalen Prozesse der Handlungskontrolle nicht ausreichen und sich die Person in einer instabilen Phase befindet, so dass Hindernisse nicht mehr überwunden werden können. Das unregelmäßige und somit fluktuierende Trainingsverhalten bzw. Sportverhalten kann sich allerdings auch wieder stabilisieren. Wenn dies jedoch nicht der Fall ist und die sporadische Trainingsfrequenz weiter anhält, kommt es zum Abbruch des Sporttreibens und zu einem Rückfall in die Inaktivität (vgl. Fuchs, 2001, S. 267).

Von einem **Abbruch oder Rückfall** spricht man, wenn die Person nach einer Zeit regelmäßiger Aktivität wieder inaktiv ist. Die Absicht, körperlich aktiv zu sein, bleibt aber meist bestehen. In den meisten Fällen ist ein Motivationsverlust die Ursache für den Abbruch. (vgl. Fuchs, 2001, S. 267).

Möchte eine Person nach einem Rückfall ihre sportliche Tätigkeit wieder aufnehmen, befindet sie sich im Stadium der **Resumption**: Die Person wird nach dem Abbruch der sportlichen Aktivität entweder in das Stadium der Kontemplation/Präkontemplation zurückfallen, oder sie bleibt weiterhin jenseits des Rubikons und hat sich fest vorgenommen wieder sportlich aktiv zu sein, sofern es die äußeren Gegebenheiten wieder zulassen.

Diese Phase ist ähnlich zur Disposition, jedoch hegt die Person eine Zielintention und es bedarf nur noch einer Realisierungsintention. Der Unterschied zwischen der Disposition und der Resumption liegt darin, dass die Person im Stadium der Resumption bereits Erfahrungen mit möglichen Hindernissen beim Ausführen der sportlichen Aktivität gesammelt hat (vgl. Fuchs 2001, S.268) und durch das Erfahren positiver emotionaler und körperlicher Konsequenzen das Bedürfnis nach Bewegung bereits geweckt wurde.

Tab. 7 Beschreibung der Berliner Sportstadien (Fuchs, 2001)

Stadien	Beschreibung
1. Präkontemplation	Person treibt keinen Sport und hat auch keine Absicht, dies zu tun.
2. Kontemplation	Person befindet sich in „einer realitätsorientierten Bewusstseinslage“ Person denkt über die Folgen des Sporttreibens nach, aber legt sich noch nicht fest.
3. Disposition	Person hat die Absicht, mit der Handlung zu beginnen, jedoch beinhaltet diese noch keine konkrete Planung der Handlungsausführung. Diese Phase kann Tage oder Wochen dauern
4. Präaktion	Person bildet aus der vorhandenen Zielintention eine konkrete Realisierungsintention, d.h. sie legt fest, mit welcher Sportart wann, wo und wie begonnen wird
5. Implementierung	Person beginnt mit der Umsetzung der Realisierungsintention. Person muss neue Handlung auf den Alltag abstimmen (vgl. Fuchs, 2001, S.266).
6. Habituation	Person ist es gelungen, die Sporthandlung trotz auftretender Barrieren in den Alltag zu integrieren. Man kann von einer Verhaltensroutine oder Gewohnheit sprechen,
7. Fluktuation	Sportverhalten kann nicht als Gewohnheit bezeichnet werden, da Person sehr unregelmäßig und ohne Rhythmus trainiert (vgl. Fuchs, 2001, S.267).
8. Abbruch	Ist kein eigenes Stadium, sondern der Endpunkt eines Stadiums. Dies kann aus der Implementierung, Fluktuation oder Habituation erfolgen.
9. Resumption	Ist mit dem Stadium der Disposition vergleichbar. Der Unterschied ist, dass Person die geplante Sporthandlung bereits betrieben hat und über mögliche Handlungsbarrieren besser Bescheid weiß als im Stadium der Disposition.

## 4.5 Motivations-Volitions-Modell

### 4.5.1 Motivations-Volitions Prozess

Im MoVo-Modell (Motivations-Volitions-Prozess der Sportteilnahme) von Fuchs et al. (2005) werden die motivationalen und volitionalen Steuerungsgrößen des kontinuierlichen Sport- und Bewegungsverhaltens in ihrem Zusammenhang dargelegt.

Die Abb. 6 zeigt den MoVo- Prozess im Überblick. Ausgangspunkt des MoVo-Modells bildet die **Motivation zum Sporttreiben**, die in die Bildung der so genannten **Zielintention** mündet. Die Stärke der Zielintention wird durch die erwarteten Vor- und Nachteile des Verhaltens (Konsequenzerwartung) und durch die perzipierte Verhaltenskontrolle (Selbstwirksamkeitserwartung) beeinflusst. „Menschen sind zum regelmäßigen Sporttreiben motiviert, wenn sie sich davon mehr Nutzen als Kosten erwarten und wenn sie davon überzeugt sind, die dafür notwendigen Verhaltensweisen auch ausführen zu können“ (vgl. Fuchs et al., 2005, S. 273).

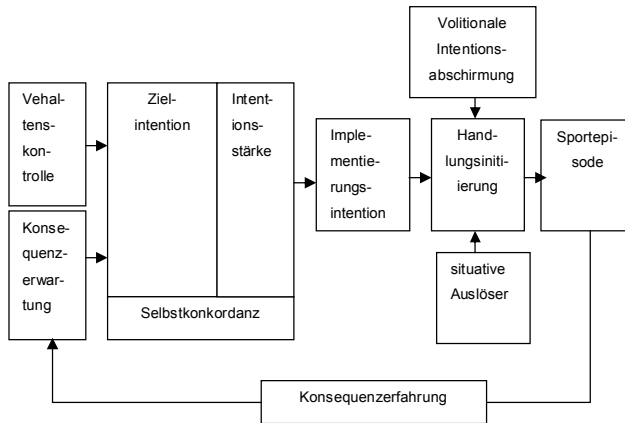


Abb. 6 MoVo – Modell (Fuchs, 2005)

Neben der Festlegung einer starken Zielintention ist es von zentraler Bedeutung, dass eine möglichst hohe **Selbstkonkordanz** dieser Zielintention existiert. Dabei versteht man unter dem Begriff der Selbstkonkordanz, inwieweit die Zielintention mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen übereinstimmt (Deci & Ryan, 1985). Eine höhere Anstrengungsbereitschaft wird dann ausgelöst, wenn ein Ziel mit einer hohen Selbstkonkordanz verbunden ist. Hier kommt es mit einer grö-



ßeren Wahrscheinlichkeit zu einer Zielerreichung als bei Zielen mit niedriger Selbstkonkordanz. Selbstkonkordante Ziele beruhen auf Freiwilligkeit und Autonomie und lassen sich gegenüber konkurrierenden Zielen besser abschirmen (vgl. Fuchs et al., 2005, S.3).

Es werden vier Modi der Selbstkonkordanz von Zielintentionen unterschieden:

(1) der **externale Modus**: die Zielintention wird nur verfolgt, weil man von außen dazu veranlasst wird; die Selbstkonkordanz ist hier am niedrigsten

(2) der **introjizierte Modus**: die Gründe, die zur Bildung der Zielintention geführt haben, sind zwar verinnerlicht, stimmen aber nicht mit den eigenen Überzeugungen überein

(3) der **identifizierte Modus**: die Gründe der Zielintention stehen im Einklang mit eigenen Überzeugungen

(4) der **intrinsische Modus**: das Verhalten wird um seiner selbst willen ausgeführt, es spielen nur solche Anreize eine Rolle, die in der Handlung selbst liegen; die Selbstkonkordanz ist hier am höchsten (vgl. Fuchs, 2005, S.273 f.).

Viele Ergebnisse weisen inzwischen darauf hin, dass eine intrinsische Motivation die Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Verhaltensänderung in Richtung einer Integration sportlicher Aktivitäten in den Alltag entscheidend erhöht (Koestner et al. 2002).

Obwohl die extrinsischen Motive eine große Rolle dabei spielen dürften, ob jemand überhaupt mit dem Sporttreiben beginnt, besteht ein Paradoxon darin, dass eine andauernde Konzentration auf die erwarteten (positiven) Ergebnisse sportlicher Aktivität die Entwicklung intrinsischer Motive behindert und es somit unwahrscheinlicher wird, dass Sport langfristig zur Gewohnheit wird (vgl. Renneberg & Hammelstein, 2006, S.211). Ein wichtiger Schritt, um von einer extrinsischen zu einer intrinsischen Motivation zu kommen, besteht darin, körperliche Aktivität selbst zu fokussieren und die Gefühle, die mit dieser Aktivität verbunden sind, bewusst werden zu lassen. Nur wenn Sport Spaß macht und/oder kurzfristige positive Konsequenzen wahrgenommen werden ( z.B. bessere Stimmung, „klarer Kopf“), wird er auch dauerhaft ausgeübt.

Die Formulierung von so genannten **Implementierungsintentionen** bewirkt schließlich, dass aus einer Zielintention eine tatsächliche Handlung werden kann. Sie haben den Charakter von kleinen **Ausführungsplänen**, denn sie legen das Was, Wann, Wo und Wie der Handlungsumsetzung fest. Die beabsichtigte Handlung wird hierbei expliziert und ihre situativen Ausführungsbedingungen spezifiziert. Allerdings können durch interne Störfaktoren (z.B. „innerer Schweinehund“) oder externe Hindernisse (z.B. sozialer Druck) auch noch so gründlich geplante Implementierungsstrategien in ihrer Umsetzung behindert werden. In diesem Zusammenhang kommt der Intentionsabschirmung eine wichtige Rolle

zu. Dabei handelt es sich um Strategien, die geplante Handlung vor konkurrierenden Verhaltensalternativen zu schützen.

Wird die Sporthandlung zur Gewohnheit, können die beschriebenen Prozesse der Intensionsabschirmung in den Hintergrund treten. In der gängigen Literatur auch unter den Begriffen „Bewältigungsplanung“ oder „**Barrieremanagement**“ bekannt, müssen sie immer dann in Gang gesetzt werden, wenn innere oder äußere Widerstände auftauchen und das Befinden ganz und gar nicht nach Sport verlangt (Fuchs, 2007).

Wird das angestrebte Sportverhalten tatsächlich ausgeübt, werden so genannte Rückwirkungsprozesse bedeutsam, indem die gemachten persönlichen Erfahrungen (**Konsequenzerfahrungen**) mit den anfänglichen Konsequenzerwartungen verglichen werden. Abhängig vom Ergebnis dieses Vergleichs entwickelt die Person eine Grundhaltung der Zufriedenheit und damit die Motivation, das neue Verhalten fortzuführen oder ein Gefühl der Unzufriedenheit, wobei hier der Abbruch des Sportprogramms wahrscheinlich nur eine Frage der Zeit ist.

#### **4.5.2 MoVo-Strategien der Verhaltensänderung**

Das MoVo-Modell unterscheidet zwei Arten von Interventionen, nämlich motivationale und volitionale. Die motivationalen Interventionen fokussieren eine selbstkonkordante Zielintention, die volitionalen Interventionen zielen dagegen auf eine Stärkung der Kompetenz zur Umsetzungsplanung und Intensionsabschirmung ab.

Typische Beispiele für motivationale Interventionen sind:

- Herstellen von Problembewusstsein
- Induktion eines Bedrohungserlebens
- Abwägen der Vor- und Nachteile des alten und neuen Verhaltens
- Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung
- Prüfung der Selbstkonkordanz
- Reflexion der Konsequenzerwartungen
- Typische Maßnahmen für die volitionale Interventionen:
- Selbstbeobachtungsplan
- Bewusster Einsatz des Handlungsplans (Was-, Wann-, Wo-, Wie-Plan)
- Identifizierung der persönlichen inneren oder äußeren Barrieren, die das Zielverhalten beeinflussen könnten
- Entwicklung geeigneter Gegenstrategien (Barrieremanagement unter Einsatz der Handlungskontroll- bzw. Selbstkontrollstrategien)

Bei der Verwirklichung sportbezogener Handlungspläne können beispielsweise folgende **volitionale Kontrollstrategien** zum Tragen kommen:

- die Aufmerksamkeitskontrolle: Informationen ausblenden, die konkurrierende Intentionen unterstützen wie z.B. gar nicht erst ins Fernsehprogramm schauen.
- das Stimmungsmanagement: mit der eigenen Stimmung das beabsichtigte Verhalten fördern und z.B. nach der Arbeit sofort zum Sport und nicht erst nach Hause fahren.
- das kognitive Umstrukturieren: eine Neubewertung der Situationen vornehmen und z.B. Regen nicht als Hindernis, sondern als willkommenes Naturerlebnis betrachten.
- das Nachmotivieren: sich die positiven Seiten des Sporttreibens vor Augen führen, wenn die Motivation nachlässt (vgl. Fuchs, 2006, S.274).
- die Umweltkontrolle: die Ausführung des geplanten Verhaltens erleichtern, indem man seine Umgebung entsprechend einrichtet (ebd., S.277).

## 4.6 Der Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer

### 4.6.1 Humanistisches Menschenbild

In der gesundheitspsychologischen Forschung findet der Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer (1996) bisher keine Beachtung, wenngleich sowohl die Methoden als auch der Ablauf eines Verhaltenstrainings nach dem Phasen-Modell in den aktuellen wissenschaftlichen Bemühungen zur Förderung von Gesundheitsverhalten implizit zum Tragen kommen. Der Selbstmanagement-Ansatz ist ein Prozessmodell *par excellence*. Denn er bietet erstens mit dem **Systemmodell menschlichen Verhaltens** eine theoretische Grundlage, in der sich Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auf allen drei Ebenen des menschlichen Verhaltens begründen und einordnen lassen. Zweitens haben sich die **Methoden** im Selbstmanagement in der Forschung der klinischen Psychologie seit den 60er Jahren weiterentwickelt und in der Praxis bewährt. Drittens verfügt der Selbstmanagement-Ansatz über Leitlinien im Umgang mit dem Klienten, welche sich **auf ein humanistisches Menschenbild** gründen. Keines der bisher aufgeführten Prozessmodelle der Verhaltensänderung definiert eine Haltung gegenüber dem Menschen und die Beziehungsgestaltung mit ihm. Dies ist umso verwunderlicher, als es doch der Mensch ist, der im Mittelpunkt der Forschungsbemühungen steht und auf den Einfluss genommen werden soll.

Der Begriff Selbstmanagement steht als Oberbegriff für Therapieansätze, die darauf abzielen, Klienten zu einer besseren Selbststeuerung anzuleiten und sie so zur möglichst eigenständigen und aktiven Problembewältigung zu befähigen. Selbstmanagement bietet ein strukturiertes, klares und schrittweises Vorgehen

für menschliche Veränderungsprozesse an, indem es Hilfestellungen gibt, das eigene Denken und Fühlen, den eigenen Körper und das eigene Handeln besser zu verstehen und effektiver einzusetzen. Schwerpunkt ist die Gestaltung einer kooperativen Beziehung zwischen Therapeut/Berater und Patient/Klient. Sie hat das Ziel, beim Klienten **Selbstverantwortung und Selbstregulation** zu stärken und zu fördern sowie ihn dazu zu befähigen, persönliche Probleme möglichst aktiv und eigenständig zu bewältigen.

Eine Verhaltensänderung soll dadurch herbeigeführt werden, dass Personen lernen, eine alte, automatisierte Verhaltensgewohnheit wahrzunehmen und so zu kontrollieren, dass eine neue Verhaltensgewohnheit entsteht, die mit den Zielen und Werten einer Person in Einklang steht. Die Zielsetzung des Selbstmanagement-Ansatzes stimmt mit dem Ziel der gesundheitspsychologischen Forschung – nämlich der Förderung von „biopsychosozialer“ Gesundheit und eigenverantwortlichem Gesundheitsverhalten – überein und eignet sich deshalb vorzüglich für die Gestaltung von gesundheitsorientierten Interventionsmaßnahmen.

Der Ansatz der Selbstmanagement-Therapie ist nicht als eigenständiges Therapieverfahren zu sehen, kennzeichnend sind vielmehr einige Grundprinzipien im Sinne eines humanistischen Menschenbilds, welches die **Autonomie und persönliche Freiheit** des Menschen betont. Der Therapeut nimmt dabei eine ressourcenorientierte und optimistische Haltung gegenüber dem Klienten ein. Betont wird die aktive Rolle des Klienten bei der Gestaltung seines eigenen Lebens (vgl. Kanfer et al., 2006).

In den bisherigen Ansätzen zur Gesundheitsförderung fehlt die Charakterisierung einer solchen Haltung und Beziehungsgestaltung gegenüber den Menschen, die gefördert werden sollen. Auch wenn im biopsychosozialen Ansatz beispielsweise die „Ganzheitlichkeit“ menschlichen Erlebens und Verhaltens hervorgehoben wird oder der salutogenetische Ansatz einen positiven Paradigmenwechsel in der Gesundheitsförderung bewirkte, so sagen diese Ansätze jedoch nichts darüber aus, welche Einstellung der „Gesundheitsförderer“ gegenüber seinen Klienten bzw. Teilnehmer einnimmt und nach welchen Prinzipien darausfolgend der Umgang mit den Menschen auf persönlicher Ebene gestaltet werden soll.

#### **4.6.2 Vom Reiz-Reaktions-Modell zum Modell der Selbstregulation**

Fasst man das aktuelle Gesundheitsverhalten von Klienten als erlerntes Verhalten auf, so ist es demzufolge möglich, neues, angemessenes Verhalten zu erlernen.

Klassische Ansätze der Lerntheorien gingen von einem Reiz-Reaktions-Modell (S-R-Modell) aus. Demnach galten situative Bedingungen (S) als entscheidende Variablen in der Steuerung menschlichen Verhaltens (R). Hingegen erachtete Skinner (1953) die Konsequenzen (C) des Verhaltens als entscheidend für die zukünftige Auftrittswahrscheinlichkeit. Die Situation wird hier als Konsequenz des vorangegangenen Verhaltens gesehen. Folgt einem Verhalten beispielsweise Lob durch Andere oder ein subjektives körperliches Wohlfühl, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass es erneut gezeugt wird. Eine Veränderung von Konsequenzen hat demnach die Funktion einer Veränderung zukünftigen Verhaltens.

Eine Kombination beider Prinzipien und die Einführung der **Organismusvariable**, d.h. körperlicher Bedingungen wie Hunger, Anspannung oder Erschöpfung, führten zur sog. Verhaltensgleichung (Kanfer & Phillips, 1970). Das Modell war linear angelegt und berücksichtigt nicht die Ebene der Kognitionen (Abb. 7).

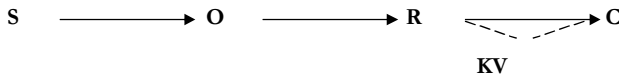


Abb. 7 Klassisch lineares Modell („Verhaltensgleichung“)

**Beispiel:** Eine gepackte Sporttasche (S) führt bei vorliegender Organismusvariable (O) zum Besuch des Fitness-Studios. Die Konsequenzen der sportlichen Aktivität (C), z.B. ein körperliches Wohlfühl, führt zum Verlangen nach eben diesem angenehmen körperlichen Zustand (O) und damit zum Vorbereiten der Sporttasche.

Dieses klassische lineare Modell wurde auch als „black-box“ Modell bezeichnet, weil Input- und Output-Variablen die einzig relevanten Bestimmungsstücke darstellen. Als weiteres Bestimmungsstück des Modells wurde die Variable „Kontingenz“ eingeführt, welche die zeitliche Aufeinanderfolge des Verhaltens bzw. der Verhaltensweisen auf den Verstärker bezeichnet.

Aufbauend auf der Verhaltensgleichung entwickelten Kanfer und Phillips die sog. Verhaltensanalyse durch weitere Differenzierung der einzelnen Variablen und Betrachtung der einzelnen Ebenen des Verhaltens. Mit diesem Modell können alle Faktoren, die auf die Durchführung der sportlichen Aktivität wirken, in eine Ordnung gebracht werden, in welcher sie überschaubar sind und einer gezielten Beeinflussung zugänglich werden.

Stimulus	Situative Bedingungen (Alpha-Variablen)	Trainingspartner, langer Arbeitstag
Organismus	Organismusvariable (Beta-Variablen)	Einstellung „Sport ist mir wichtig.“
Reaktion	emotional (Beta) kognitiv (Beta) körperlich (Gamma) verhaltensmäßig (Alpha)	Freude soziale Verpflichtung aktiv, wach Fitness-Übungen
Kontingenz	Kontingenzverhältnis zwischen R und C	„Jedes Mal, wenn ich trainiert habe, fühle ich mich zufrieden.“
K(C)onsequenz	Konsequenzen	Kurzfristig: Gefühl von Zufriedenheit, aufrechte Körperhaltung Langfristig: Beschwerdefreiheit

Abb. 8 Prinzip der sog. Verhaltensanalyse nach Kanfer und Phillips (1970) und Kanfer et al. (2006) am Beispiel der sportlicher Aktivität

Unter dem Gesichtspunkt des „Aufbaus von erwünschten Verhaltens“ kann das SORKC-Modell (Abb. 8) als „Interventionstheorie“ bezeichnet werden, also als ein ein Aussagesystem, aus dem sich technologische Regeln bzw. praktische Handlungen ableiten lassen (vgl. Patry & Perrez, 2000, S. 23ff).

Das SORKC-Schema gilt in der Psychologie mittlerweile als Standard für die Erklärung des Zustandekommens von abweichendem psychologischen Verhalten, kann aber auch zur Erklärung und dem Aufbau von Gesundheitsverhalten, wie etwa der sportlichen Aktivität, herangezogen werden. Aus den fünf Bestimmungsstücken lassen sich Informationen über den Klienten gewinnen, welche wichtige Hinweise für die Erklärung und somit für die Diagnostik des aktuellen Verhaltens liefern. Ebenso ergeben sich Hinweise, wie das Verhalten verändert werden kann.

**S (Stimulus)** bezeichnet die Lebenssituation des Klienten, in die das Verhalten (hier: Bewegungsmangel versus körperliche Aktivität) eingebettet ist. Dazu gehören Bedingungen in der Umwelt, z.B. Arbeitszeiten, körperlich aktiver Freundeskreis, Wohnort, Familiensituation, Wetterlage, Sportutensilien. Solche Bedingungen können förderlich und hemmend auf die sportliche Aktivität (R) wirken. Entscheidend ist jedoch dabei die Bewertung der Situation.

**O (Organismus)** bezeichnet die individuellen biologischen und lerngeschichtlichen Ausgangsbedingungen bzw. Charakteristika der Person. Hierhin gehören grundlegende Überzeugungen und Persönlichkeitseigenschaften.

Welche Erwartungen hat die Person bezüglich der Situation? Traut sich die Person zu, trotz Barrieren (z.B. Kinder, lange Arbeitszeiten) regelmäßig sportlich aktiv zu sein?

- Welche Überzeugungen prägen den Umgang mit der Situation? Welchen Nutzen hat die Person von der sportlichen Aktivität?
- Welche Einstellung hat die Person gegenüber der sportlichen Aktivität? Wie wichtig ist Sport für die Person?

**R (Reaktion)** bezeichnet das Verhalten, das dem Stimulus und seiner Verarbeitung im Organismus folgt.

- Wann beginnt die Person mit dem Sporttreiben? Wie häufig und regelmäßig treibt die Person Sport? Wie lange dauert die sportliche Aktivität?
- Welche Gefühle und Gedanken treten während des Sporttreibens auf? Erlebt die Person eine angenehme Stimmung? Können problematische Gedanken gestoppt werden?
- Welche körperlichen Symptome nimmt die Person wahr? Schwitzen, Herzklopfen, Müdigkeit?

**K (Kontingenz)** bezeichnet die zeitliche Aufeinanderfolge des Verhaltens auf den Verstärker.

- Tritt die Konsequenz nach jedem R auf oder jedes dritte Mal oder völlig unregelmäßig?

**C (Konsequenz)** bezieht sich auf das Einsetzen einer Verstärkung oder Bestrafung als Folge eines Verhaltens.

- Was folgt auf das Verhalten? Kurzfristig? Langfristig?
- Wie reagiert die Umwelt auf das Verhalten? Bekommt die Person Anerkennung durch Partner oder Familie nach dem sportlichen Training?

Durch die Verhaltensanalyse können die Bedingungen für das Entstehen und für das Aufrechterhalten des Verhaltens aufgefunden und mögliche Strategien zum Aufbau des Bewegungsverhaltens abgeleitet werden.

Eine Intervention zur Förderung des Bewegungsverhaltens kann auf allen vier Ebenen erfolgen:

Intervention über **situative Variablen** z.B. kürzere Arbeitszeiten, Trainingspartner, Trainingsprotokoll

Intervention über **kognitive Variablen**, z.B. positive Einstellung zum Sport, persönliche Erwartungen, realistische Zielsetzung

Intervention auf der **Verhaltensebene**, z.B. Wahrnehmung von positiver Stimmung während des Trainings, die Gestaltung des Trainings (Inhalte, Häufigkeit, Zeitdauer), kontrollierendes Verhalten (z.B. Termine aufschreiben, Sporttasche packen)

Intervention auf der **Ebene der Konsequenzen**, z.B. verschiedene Formen der Selbstbelohnung, Anerkennung durch Bezugspersonen

Die Organismusvariable, eingeführt von Skinner wurde anfänglich rein biologisch verstanden. Erst im Laufe der Geschichte der Verhaltenstherapie wurde sie zu einem Selbstregulationssystem entwickelt: „Das Selbstregulationssystem beinhaltet heute neben somatischen Variablen auch lerngeschichtliche Faktoren psychosozialer Überlebensstrategien, Attributionsmuster oder Kognitionen (konkrete Gedanken wie auch allgemeine Einstellungen und Werte)“ (vgl. Reinacker, 2005, S.42).

Kanfer & Karoly (1972) entwickelten das klassische lineare SORCK-Modell weiter und führten zwei Feedbackschleifen und eine Feedforwardschleife ein, so dass das dynamische Selbstregulationsmodell entstand (Abb.9)

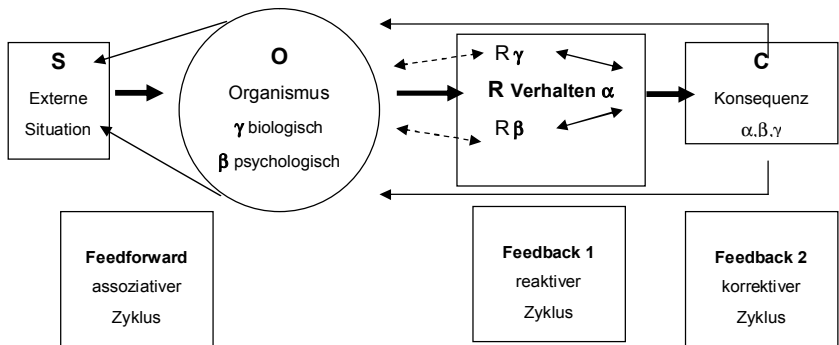


Abb. 9 Dynamisches Selbstregulationsmodell menschlichen Verhaltens

Ein **erstes Feedback** stammt aus der Handlung selbst und bildet die Grundlage für die Wahrnehmung, den Vergleich und die Bewertung in Bezug zu früheren Erfahrungen und Standards. Nehmen wir an, eine Person führt im Fitness-Studio Stretching-Übungen durch. Während des Dehnens der Beinmuskulatur nimmt die Person wahr, wie leicht sie im Vergleich zu den ersten Dehnversuchen den Boden mit den Händen erreichen kann. Sie spürt, wie mit ruhiger Atmung das Dehnen der Muskulatur immer besser gelingt und sie sich dabei entspannen kann. Da diese Feedbackschleife ihren Ausgangspunkt im Verhalten der Person nimmt, wird sie hier „**reaktiver Zyklus**“ genannt.



**Zum Zweiten** werden die Konsequenzen der Handlung beobachtet und in Relation zu den vorherigen Erwartungen über diese Konsequenzen gebracht. In unserem Fall nimmt die Person wahr, dass sie durch das Dehnen der vorderen Beinmuskulatur ihre muskulären Dysbalancen verringert hat und im unteren Rückenbereich schmerzfrei geworden ist. Um diesen beschwerdefreien Zustand zu erhalten (positive Konsequenzerwartungen), wird sie weiterhin regelmäßige Dehnübungen ausführen. Diese Feedbackschleife findet ihren „Ursprung“ in dem Eintreten und Wahrnehmen von Konsequenzen. Je nachdem ob die erwarteten Konsequenzen eingetreten sind, wird das Verhalten fortgesetzt, modifiziert oder abgebrochen. Deshalb soll dieser Zyklus hier „**korrekativer**“ Zyklus genannt werden.

**Zum Dritten** beeinflussen die gemachten Erfahrungen die Wahrnehmung und den Einfluss von Umgebungsreizen. Unsere Person wird zunehmend aufmerksamer für die Vielfalt von Dehnübungen, die in Büchern oder durch persönliche Empfehlungen angeboten werden. Sie verfolgt aufmerksam Informationen und Möglichkeiten, sich körperlich fit zu halten. Diese Feedbackschleife ermöglicht die Generalisierung externer Hinweisreize (z.B. Rückenschule, Abbildung einer Dehnübung in einer Zeitschrift) und erhöht die selektive Aufmerksamkeit für Bedingungen, welche das Verhalten auslösen können. Im Sinne dieser vernetzten Informationsaufnahme soll dieser Zyklus „**assoziativer Zyklus**“ genannt werden.

#### **4.6.3 Selbstmanagement-Strategien**

Die Methoden im Selbstmanagement zielen darauf ab, die selbstregulativen Fähigkeiten, insbesondere die Beta-Variablen, günstig zu beeinflussen. Die Beta-Variablen umfassen kognitive Variablen wie etwa die Aufnahme und Bewertung von Informationen, Erwartungen von Konsequenzen oder Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Als Strategien im weiteren Sinne können alle Methoden angesehen werden, die einen Menschen befähigen, selbständig und flexibel trotz Widerstände im Alltag seine Ziele zu erreichen. In diesem Sinne ist Selbstmanagement per definitionem darauf ausgelegt, die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen von Menschen zu stärken.

Einzelne Methoden im Selbstmanagement-Ansatz, die für das Coaching zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation bedeutsam sind, werden hier kurz vorgestellt und ihr Einsatz im Kontext des Coachings beschrieben.

## Selbstregulation

Im Alltag sind viele Handlungen automatisiert. Soll ein bisheriges Verhalten verändert oder neu aufgebaut werden, muss die Person zunächst ihre Aufmerksamkeit auf das eigene Verhalten richten und damit einen selbstregulatorischen Prozess auslösen, der nach Kanfer (1971) in drei Schritten erfolgt:

1. **Selbstbeobachtung:** Es werden Informationen über die momentanen Handlungen eingeholt. Ein Klient registriert z.B., wie häufig er sportlich aktiv ist.
2. **Selbstbewertung:** Diese Informationen werden mit selbstbestimmten Standards verglichen. Ein Klient trainiert beispielsweise zwei Mal pro Woche und genügt somit seinem Anspruchsniveau bzw. seiner Zielsetzung.
3. **Selbstverstärkung:** Das Ergebnis des Bewertungsprozesses führt schließlich zu negativen oder positiven Konsequenzen. Beispielsweise freut sich ein Person darüber, dass sie ihr wöchentliches Trainingspensum erfüllt hat.

Dieser Prozess kann mehrfach durchlaufen werden, bis das Verhalten der Person schließlich ihren persönlichen Standards entspricht und das Verhalten gewohnheitsmäßig ausgeübt werden kann.

Das Prinzip der **Selbstbeobachtung** beinhaltet, dass sich eine Person bezüglich eines definierten Verhaltensausschnitts selbst beobachtet. Dabei kann sowohl Problemverhalten („Rauchen“) als auch Zielverhalten („körperliche Aktivität“) beobachtet werden.

Durch Selbstbeobachtung können zunächst Daten gewonnen werden (z.B. Trainingshäufigkeit, Trainingsdauer im Trainingstagebuch, Gewicht). Es wird dem Klienten frühzeitig Verantwortung für die Kontrolle seines Verhaltens zugetragen, wodurch er eine aktive und steuernde Rolle während der Intervention einnimmt. Erste Erfolge in Form von Zwischenzielen werden sichtbar („In der ersten Woche habe ich mein Pensum schon geschafft.“). Dabei liefert die gewonnene Datenbasis eine Grundlage für die Bewertung des Verhaltens. Ob eine Person zufrieden mit ihrer Trainingshäufigkeit oder den erreichten Konsequenzen der sportlichen Aktivität ist (z.B. Gewichtsabnahme), kann in einem Soll-Ist Vergleich „abgelesen“ werden.

Im Coaching führen die Klienten ein Trainingstagebuch, in dem sie ihre Trainingszeiten protokollieren und mit selbstbestimmten Standards vergleichen.

Das Prinzip der **Selbstverstärkung** meint, dass eine Person sich nach dem Auftreten eines erwünschten Verhaltens selbst mit einem Verstärker belohnt. Dabei kann die Person folgende Verstärker nutzen:

- sichtbare, reale Verstärker (z.B. ein Milchshake nach dem Training, Smily-Aufkleber)
- verdeckte Verstärker (z.B. Selbstlob, gutes Gewissen, Stolz)

Die Wirkung von Selbstverstärkung ist vermutlich deshalb so bedeutsam, weil die Person selbst Standards für ihr Zielverhalten setzt. So wird der eine stolz auf sich sein, wenn er zwei Mal pro Woche trainiert hat, der andere ist erst mit einer Trainingshäufigkeit von vier Mal pro Woche zufrieden. Die eigenständige Auswahl von Belohnungsalternativen erhöht die Autonomie der Person, womit ein wichtiges Ziel im Selbstmanagement-Ansatz unterstützt wird.

Im Coaching werden den Klienten Strategien der Selbstverstärkung vermittelt.

### **Stimuluskontrolle**

Das Prinzip der Stimuluskontrolle besteht in der Veränderung von Umweltbedingungen, die das Verhalten mitbestimmen. Die Person verändert dabei ihre physikalische oder soziale Umgebung, so dass ein förderliches Verhalten aufgebaut werden kann. Die fertig gepackte Sporttasche oder der Trainingspartner vor der Haustür erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die sportliche Aktivität ausgeübt wird. Da insbesondere Gewohnheiten eine starke situative Verankerung aufweisen, ist der Stimulus eine geeignete Strategie, sowohl alte Gewohnheiten abzubauen als auch neue Gewohnheiten aufzubauen. Der Einsatz der Stimuluskontrolle wurde bereits von den Autoren in der Darstellung des TTMs und MoVo-Modells befürwortet.

Die Klienten erlernen im Coaching Strategien der Stimuluskontrolle.

### **Contract Management**

Contract Management im Kontext des Selbstmanagements bedeutet die Abgabe von Versprechen bzw. Vereinbarungen einer Person mit sich selbst. Dabei werden Bedingungen festgelegt, unter denen eine Person ein spezielles Verhalten realisiert. Im Sinne des Rubikon-Modells (Heckhausen, 1986) handelt es sich hier um Ausführungsvorsätze, die nach Überschreiten des Rubikons den Beginn der volitionalen Phase einleiten. Allerdings entsteht beim Schließen eines Vertrages mit sich selbst eine „zwingendere“ Art der Selbstverpflichtung, welche die Verantwortung der Person gegenüber sich selbst betont und nicht nur auf das Ausführen einer Handlung beschränkt ist. Bei der Gestaltung des Vertrags mit sich selbst ist es nach Kanfer und Gaelick-Buyx (1991) notwendig, das Zielverhalten konkret und schriftlich zu fixieren. Weiterhin sind positive und aversive Konsequenzen bei Erreichen bzw. Nicht-Erreichen des Zielverhaltens zu bestimmen.

Die Klienten setzen sich in ihrem Coaching-Begleiter schriftlich ihre Ziele.

### **Ziel- und Wertklärung (ZWK)**

Die Ziel- und Wertklärung stellt eine typische Selbstmanagement-Kompetenz dar. Es geht dabei darum, die Aufmerksamkeit einer Person auf zielrelevante In-

halte zu lenken und deren Vernetzungen im Sinne einer systembezogenen Analyse der Lebenssituation deutlich zu machen. Beispielsweise soll die Beantwortung der folgenden Fragen dem Klienten vor Augen führen, wie wichtig ihm seine Gesundheit ist: Was ist mir wichtig in meinem Leben? Passen meine Ziele und mein Verhalten zusammen? Wie engagiert bin ich in den verschiedenen Bereichen (Handlungsfelder) meines Lebens? Lebe ich entsprechend meiner Werte?

Im Coaching führen die Klienten in schriftlicher Form eine systematische Ziel- und Werteklä rung durch.

### **Zeitmanagement**

Zeitmanagement beschäftigt sich mit den Problemen, die eine hohe Anzahl von Aufgaben und zeitlichen Belastungen in den verschiedenen Handlungsfeldern des Alltags mit sich bringen. Ziel dabei ist es, die eigenen Prioritäten zu erkennen und Fähigkeiten zu entwickeln, die Zeit wertorientiert zu nutzen. Eine Reihe von Techniken soll dazu verhelfen, anfallende Aufgaben und Tätigkeiten besser zu organisieren. Dazu gehören beispielsweise die Gestaltung von Tages- und Wochenplänen, die Delegation von Aufgaben oder die effektive Arbeitsorganisation und Arbeitspausen.

Die Klienten strukturieren ihr zeitliches Engagement in ihren Handlungsfeldern und erhalten zur Organisation der sportlichen Aktivität einen schriftlichen Trainingsplan.

### **Euthymes Verhalten**

Gesundheitsförderndes Verhalten, besonders regelmäßiges Sporttreiben, wird von vielen Personen häufig mit Anstrengung und Verzicht auf Genuss assoziiert. Dass gerade das Gegenteil der Fall sein kann, soll mit der Förderung von euthy mem Verhalten und Erleben bei der Förderung sportlicher Aktivität aufgezeigt werden. Schon während des Sporttreibens kann eine Person beispielsweise wahrnehmen, wie sich ihre Stimmung verbessert oder belastende Gedanken („Grübeln“) in den Hintergrund treten.

Der Coach fördert seinen Klienten in der Wahrnehmung kurzfristiger, positiver Konsequenzen unmittelbar während und nach der sportlichen Aktivität.

## **4.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die eigene Arbeit**

Der Einsatz motivationaler Strategien soll dazu führen, dass die Intention, sportlich aktiv zu sein, ausgebildet wird und schließlich eine Stärke erhält, die zur Entscheidung für die sportliche Aktivität führt.

In der Zusammenfassung in Tab. 8 erfolgt eine Übersicht der motivationalen Strategien, die sich aus den bisher beschriebenen Modellen zur Verhaltensänderung ableiten lassen.

Tab. 8 Zusammenfassung der motivationalen der Verhaltensänderung

Motivationale Strategien	Modell/Theorie	Im Selbstmanagement Ansatz enthalten
Problembewusstsein herstellen	MoVo, TTM	ja
Vor- und Nachteile abwägen	MoVo	ja
Abwägen mit Fiat-Tendenz	Rubikon	
Entscheidungsbalance	TTM	
Selbstwirksamkeitserwartung stärken	MoVo, TTM	ja
Selbstkonkordanz prüfen	MoVo	ja
Konsequenzerwartungen reflektieren	MoVo	ja
Konkretisierung von Zwischenzielen	Rubikon	ja

**MoVo:** Motivations-Volitionsmodell (Fuchs, 2005); **HKT:** Handlungskontrolltheorie (Kuhl, 1994); **Rubikon:** Rubikon-Modell (Heckhausen, 1989)

Volitionale Strategien (Tab. 9) verfolgen das Ziel, selbstregulative Fähigkeiten so zu optimieren, dass die Handlung initiiert, ausgeführt und aufrechterhalten werden kann. Betrachtet man die einzelnen Strategien zur Motivation und Ausführen von Handlungen, so ist der Einfluss der Klinischen Psychologie, insbesondere der „kognitiven Verhaltenstherapie“ (z.B. Kognitives Umstrukturieren, Selbstbeobachtung) und Lerntheorie (z.B. Stimuluskontrolle) deutlich erkennbar. Im Selbstmanagement-Ansatz sind alle empirisch überprüften aufgeführten Methoden, die zur Unterstützung der Verhaltensänderung herangezogen werden können, integriert. Dies ist wenig verwunderlich, da es sich beim Selbstmanagement-Ansatz um ein „transtheoretisches, schulenübergreifendes, problem- und zielorientiertes, methodenoffenes Konzept handelt“ (Reinecker et al. 2006, S. 17).

Da die klassischen und kognitiven Techniken der Verhaltensmodifikation in Interventionsprogrammen meist in ein ganzes Bündel weiterer Maßnahmen eingeflochten sind, die dann nur hinsichtlich ihrer Gesamtwirkung evaluiert werden, ist über die spezifischen Effekte verhaltensmodifikatorischer Techniken im Bereich der Sport- und Bewegungsförderung noch wenig bekannt (vgl. USDHHS, 1996, S.226).

Tab. 9 Zusammenfassung der volitionalen Strategien der Verhaltensänderung

Volitionale Strategien	Modell/Theorie	Im Selbstmanagement Ansatz enthalten
Aufmerksamkeitskontrolle	MoVo, HKT	ja
Encodierungskontrolle	HKT	teilweise
Stimmungsmanagement Emotionskontrolle	MoVo, HKT	teilweise
Kognitives Umstrukturieren	MoVo	ja
Umweltkontrolle Stimuluskontrolle	MoVo, HKT TTM	ja
Nachmotivieren Motivationskontrolle	MoVo HKT	ja
Selbstbeobachtung	MoVo	ja
Ausführungsplan	MoVo	ja
Barrieremanagement	MoVo	ja
Handlungsergebnisbewertung	MoVo, HKT, Rubikon	ja
Vorsätze fassen (Durchführung, Deaktivierung, Gelegenheit)	Rubikon	ja
Konkurrierende Informationen sparsam verarbeiten	HKT	teilweise

**MoVo:** Motivations-Volitionsmodell (Fuchs, 2005); **HKT:** Handlungskontrolltheorie (Kuhl, 1994); **Rubikon:** Rubikon-Modell (Heckhausen, 1989)

In diesem Kapitel wurden Modelle zur Verhaltensänderung vorgestellt, die den Prozess der Umsetzung von Intentionen in Verhalten realisieren. Daraus ergeben sich Schlussfolgerungen für die inhaltliche Gestaltung und das methodische Vorgehen in der eigenen Arbeit.

**Fazit 1: Es besteht Bedarf an prozessorientierter Evaluation von Interventionen.**

Das **Transtheoretische Modell** gibt dem Anwender Informationen darüber, in welchem Stadium des Änderungsprozesses welche Maßnahme sinnvoll eingesetzt werden kann. Das TTM ist das weitest verbreitete Stadienmodell. Ein großer Verdienst des TTM liegt darin, dass es Verhaltensänderung beobachtbar macht, bevor äußerliche Veränderungen auf der Verhaltensebene sichtbar sind. In diesem Sinne können Erfolge von Gesundheitsfördermaßnahmen auch dann verzeichnet werden, wenn Menschen einen Stadienwechsel bewältigen, sich zum Beispiel ihres Problemverhaltens bewusst werden oder sich vornehmen, etwas zu verändern.

Wenn Personen, die innerhalb einer Intervention zur Förderung des systematischen Bewegungstrainings das Durchführen dieser Sportart abgebrochen haben, heißt das nicht, dass die Intervention nicht erfolgreich war. Die Bewusstseinslage der Person und die Einstellung zum Sport kann sich durchaus positiv verändert haben, so dass sich auch trotz des Abbruchs die Selbstwirksamkeit bezüglich des Sporttreibens und das Wahrnehmen von positiven Konsequenzen durch die Bewegung ergeben haben. Personen, die positive Erfahrungen mit dem Durchführen einer sportlichen Aktivität gemacht haben, können das Sporttreiben wieder aufnehmen oder sich eine andere, geeignetere Sportart suchen. In den bisherigen Untersuchungen zum Sporttreiben fehlt eine solch differenzierte Evaluation der Veränderungsstadien. Bisher wurde eine Intervention immer dann als erfolgreich angesehen, wenn möglichst viele Menschen über einen langen Zeitraum möglichst häufig Sport treiben. Es fehlt jedoch an prozessorientierten Evaluationen, die Veränderungen der Klienten berücksichtigen, die nicht auf der Verhaltensebene stattfinden.

## **Fazit 2: Maßnahmen sind systematisch und theoriengeleitet einzusetzen.**

Der Verdienst der **handlungstheoretischen Modelle** (Rubikon-Modell von Heckhausen, 1989 und die Kuhl'sche Handlungskontrolltheorie, 1987) liegt zum einen in der theoretischen Differenzierung komplexer kognitiver Prozesse, die dazu beitragen, dass ein Vorsatz in eine Handlung umgesetzt wird.

Die bisher aufgeführten Modelle beschreiben den Ablauf einer zielorientierten Handlung bzw. einer Verhaltensänderung. Dabei werden mehr oder weniger explizit Hinweise gegeben, was verändert werden müsste, um das Verhalten in die gewünschte Richtung zu lenken. Diese „Strategien“ sind Ansatzpunkte zur Veränderung, sie sind aber noch keine Intervention. Soll ein konkretes Interventionsprogramm gestaltet werden, müssen für jeden dieser Ansatzpunkte noch die passenden Maßnahmen gefunden werden. Maßnahmen zur Verhaltensänderung bedürfen einer Einbettung in einen systematischen Ablauf der Intervention und einer konkreten Anweisung zur Gestaltung und Zielsetzung der durchzuführenden Intervention. Für die Gestaltung der aktionalen Phase erörtert Kuhl (1986) Handlungskontrollstrategien, welche die Handlungsinittierung und Handlungsausführung unterstützen. Aus diesen volitionalen Strategien können im Coaching konkrete Maßnahmen abgeleitet werden.

Insgesamt ist festzustellen, dass nach der Entscheidung zur Verhaltensänderung die gründliche individuelle Handlungs- und Barriereplanung sehr wesentlich zur Schließung der Intentions-Verhaltenslücke beitragen kann und deshalb in dieser Arbeit einen besonderen Stellenwert einnimmt.

### **Fazit 3: Volitionale und intentionale Strategien sind flexibel anzuwenden**

In allen Modellen, die sich an der Handlungstheorie orientierten, werden die Phasen der Intention und Volition unterschieden. Ebenso wurden Strategien entwickelt, die phasenspezifisch eingesetzt werden können. Gegenwärtig werden in der gesundheitspsychologischen Forschung phasenspezifische Interventionen gefordert. Die Trennung von motivationalen und volitionalen Strategien wurde auch in der Therapieforchung von Grawe et al. (1996) diskutiert. Grawe postuliert zwei verschiedene Arten von Veränderungsprozessen: Klärungserfahrungen und Bewältigungserfahrungen. Klärungen – sowohl im Sinne des Erkennens funktionaler Zusammenhänge als auch im Sinne motivationaler Klärung - haben eine wichtige vorbereitende Funktion für die Zielformulierung, für den Entschluss zum Handeln und für die Durchführung von Veränderungsschritten. Ziel dabei ist immer, dass sich die Person eher zutrauen kann, mit Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer Handlung besser fertig zu werden. So fasst Grawe (1996, S.50 ) zusammen:

„Dauerhafte Veränderungen im Erleben und Verhalten können v.a. dadurch herbeigeführt werden, dass der Klient positive Bewältigungserfahrungen macht und/oder dadurch, dass er größere Klarheit über sich selbst gewinnt. (.....) Durch Klärungsarbeit gewonnene Erfahrung schafft Voraussetzung für volitionale Prozesse und für bewusst verändertes Verhalten.“

Es spricht nur wenig dafür, dass Menschen, die sportlich inaktiv sind, ausschließlich Probleme haben, die auf ein Nichtkönnen zurückzuführen sind, und deshalb positive Bewältigungserfahrungen, unterstützt durch Kontrollmechanismen, herbeigeführt werden – und andere Menschen, die nicht genug Intentionsstärke aufweisen, gar nicht erst in der Ausführung ihres Sporttreibens angeleitet werden. Es erscheint die Annahme plausibler, dass für viele Menschen Schwierigkeiten sowohl dadurch entstehen können, dass sie in dem, was sie zu tun vermögen, eingeschränkt sind, als auch dadurch, dass sie sich über wichtige Zusammenhänge (z.B. Werte, Konsequenzen) nicht genügend im Klaren sind. Für all diese Menschen ist es fragwürdig, den Schwerpunkt einer Intervention entweder durch motivationale Strategien oder volitionale Strategien zu setzen. Es erscheint vielmehr angemessen, wenn in der Intervention beiden Aspekten systematisch Beachtung zuteil würde. Deshalb wird ein „Rückfall“ des sportlich aktiven Klienten in die klärungsorientierte Phase im Coaching als natürlich und notwendig angesehen und ist eben nicht mit einem qualitativ niedrigeren Stadium gleichzusetzen.



**Fazit 4: Unterschiedliche Sportstadien können als „abhängige Variablen“ gemessen werden.**

Die differenzierte Betrachtung der Handlungsphase auf kognitiver Ebene führte zu einer Weiterentwicklung des Transtheoretischen Modells von Prochaska & DiClemente (1984). Ein Stadienmodell, das speziell für den Sportbereich konzipiert wurde, ist das Berliner Sportstadien-Modell (BSM; Fuchs, 2005).

Das **Berliner Sportstadien-Modell** ist für Interventionsstudien interessant, da es kognitive und motivationale Unterschiede in den Phasen der Sportpartizipation annimmt. Personen, die sportlich aktiv sind, können sich im Stadium der Implementierung, der Habituation oder der Fluktuation befinden. Anders als bei Veränderungsprozessen im Zusammenhang mit dem Rauchen (dem historischen Ausgangspunkt des TTM), geht es beim Sport nicht um den Abbau eines gewohnheitsmäßigen Risikoverhaltens, sondern um den Aufbau eines neuen, erwünschten Verhaltens (vgl. Fuchs 2001, S.274). Insbesondere mit den Stadien der Fluktuation und der Resumption wird diesen Besonderheiten des Sportverhaltens im BSM Rechnung getragen. Das Berliner Sportstadien-Modell liefert somit für die Coaching-Evaluation geeignete „abhängige Variablen“, die über eine objektive Verhaltensbeobachtung zu identifizieren sind.

**Fazit 5: Der Umgang mit Hindernissen bei der Umsetzung des Verhaltens muss vorbereitet werden.**

In der Praxis der Sport- und Bewegungsförderung werden bislang zumeist rein motivationale Interventionen angewendet, während eine Vernachlässigung des volitionalen Bereichs erkennbar ist. Vielfach wird davon ausgegangen, dass es genügt, Personen zum Sporttreiben zu motivieren, anstatt ihnen Hilfen zur praktischen Umsetzung an die Hand zu geben. In kritischen Momenten des drohenden Abbruchs fehlen deshalb häufig Strategien und Kompetenzen, die zur Aufrechterhaltung einer Sportaktivität beitragen könnten (vgl. Fuchs, 2007, S. 277). Hier setzt das Coaching mit seinen volitionalen Maßnahmen an. Es soll die Besucher eines Fitness-Studios darin unterstützen, ihre sportlichen Aktivitäten trotz eventuell auftretender Schwierigkeiten aufrechtzuerhalten, indem es in den „MoVo-Prozess“ (ebd.) eingreift und sowohl durch motivationale als auch volitionale Maßnahmen die Fähigkeit zum Selbstmanagement der Klienten verbessert.

**Fazit 6: Interventionen zur Verhaltensänderung setzen eine definierte Haltung zum Menschen voraus.**

Das Konzept des Selbstmanagement-Ansatzes (Kanfer et al., 2006) ist als Grundlage für die Entwicklung des Coaching-Konzepts zur Förderung der sportlichen Aktivität geeignet, da

- es ein **Menschenbild**, das die Eigenverantwortung des Klienten und die ressourcenorientierte Beziehungsgestaltung betont,
- das **Selbstregulationsmodell** einen geeigneten **konzeptionellen Rahmen** für den Ablauf von Interventionsmaßnahmen bereit stellt,
- **konkrete Methoden des Selbstmanagements** im Coaching zur Verhaltensmodifikation eingesetzt werden können.

## 5 Psychologische Maßnahmen zur Förderung der Sportaktivität

### 5.1 Die Klärung von Zielen und Werten des Klienten

Damit es überhaupt zur Realisierung der sportlichen Aktivität kommt, müssen eine Reihe von Aufgaben gelöst werden. Probleme treten erstens beim Setzen verbindlicher Ziele, zweitens beim Implementieren der Ziele und drittens beim Aufrechterhalten des Zielverhaltens auf. Schließlich hängt es noch von der Bewertung des erreichten Ziels ab, ob das Sporttreiben fortgesetzt wird.

Die gesundheitspsychologische, motivationspsychologische und klinische Forschung liefert eine Reihe von Maßnahmen, welche zur Lösung dieser Aufgaben herangezogen werden können und im Coaching eine personenzentrierte Anwendung finden.

Die Bedeutung der Zielsetzung für das Aufrechterhalten der sportlichen Tätigkeit wurde in der Drop-out Forschung bereits mehrfach nachgewiesen. Es konnte bestätigt werden, dass sich Personen, die ihre sportliche Aktivität abbrechen („Aussteiger“), und Personen, die regelmäßig sportlich aktiv bleiben („Dabeibleiber“) in der Qualität ihrer Zielsetzung unterscheiden (Rejeski et al., 1997). Aussteiger fühlen sich ihren Zielen weniger verpflichtet und setzen sich eher langfristig zu erreichende und wenig konkrete Ziele (z.B. Gesundheit verbessern). Dabei ignorieren sie prozessorientierte Ziele, die sich auf spezifisches sportliches Verhalten (z.B. die Steigerung der Gewichte/bzw. die erreichten Wiederholungen einer bestimmten Übung zur Kräftigung einer spezifischen Muskelgruppe) beziehen. Aussteiger orientieren sich eher an unspezifischen, nicht klar definierten und unrealistischen Zielen (vgl. Schwarzer, 1997, S.135).

Sowohl allgemeine Theorien der Handlungsregulation (Bandura, 1997, Carver & Schreier, 2001, Gollwitzer, 1996) als auch Theorien zum Gesundheitsverhalten (im Überblick: Schwarzer, 1997) nehmen an, dass menschliches Handeln zielgerichtet ist, d.h. auf in der Zukunft erwünschte Ereignisse fokussiert. In der bisherigen Zielforschung erhielten Fragen der Realisierung gesetzter Ziele größere Aufmerksamkeit als Fragen der Zielsetzung (Oettingen & Gollwitzer, 2002). Im Coaching werden die Klienten angeleitet, sich individuelle, realistische und konkrete Ziele zu setzen.

#### Werte

Für die Generierung von Zielen sind persönliche **Werte** von entscheidender Bedeutung, z.B. Gesundheit, Sicherheit, Leistung. Sie dienen als übergeordnete Kriterien für die Ablehnung oder Annahme von Zielen (Beach, 1990). Demnach werden gesundheitliche Ziele in erster Linie dann generiert, wenn Gesundheit ein hoher persönlicher Wert ist. Die Frage, welcher Wert Gesundheit beigemess-

sen wird und inwieweit dies die Zielsetzung beeinflusst, wurde allerdings bisher kaum untersucht (Renner & Weber, 2003).

In den vorliegenden Forschungsarbeiten zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens wird zwischen Werten und Zielen nicht unterschieden, sondern die gesetzten Ziele, die in Form von Intentionen oder Vorsätzen erfasst werden (z.B. „Ich habe mir vorgenommen, 5 kg abzunehmen.“), werden als Wert-Komponente interpretiert. Eine explizite **Ziel- und Wertklärung (ZWK)**, wie sie im Coaching zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation durchgeführt wird, wurde in der bisherigen Interventionsforschung zur Förderung des Bewegungsverhaltens nicht eingesetzt.

### **Zielhierarchien**

Wenn übergeordnete Ziele gesetzt worden sind (z.B. gesünder leben), bestimmen diese die Inhalte der untergeordneten Ziele (Gollwitzer, 1994). Die Inhalte übergeordneter „Be-Ziele“ ( z.B. 10 kg abzunehmen) determinieren die Inhalte untergeordneter „Do-Ziele“ (z.B. ins Fitness-Studio gehen oder ab 17.00 Uhr nichts mehr essen), die wiederum die Inhalte entsprechender „motor-control-Ziele“ bestimmten (z.B. mit dem Bus ins Fitness-Studio fahren).

In der Interventionsforschung zur Förderung der sportlichen Aktivität wurde die hierarchische Positionierung von Zielen bisher nicht beachtet. So stellt sich beispielsweise die Frage, ob Do-Ziele unabhängig von der Erreichung der Be-Ziele erlangt werden und welche Wechselwirkungen zwischen den Zielebenen bestehen. Im Coaching setzen sich die Klienten sowohl Do-Ziele als auch Be-Ziele.

### **Einfluss anderer**

Häufig werden Gesundheitsziele von anderen aufgetragen (z.B. Arzt, Partner). Inwieweit aufgetragene Ziele als persönlich verbindliche Zielsetzungen übernommen werden, hängt davon ab, wer wem Ziele aufträgt und wie die entsprechenden Zielstiftungsversuche gestaltet sind (Oettingen & Gollwitzer, 2002). Entscheidend für das Annehmen eines Ziels ist, ob es gelingt, das aufgetragene Ziel für die eigene Person umzuformulieren und in bereits bestehende Zielsetzungen zu integrieren (Cantor & Fleeson, 1994). Hier sind die kommunikativen Kompetenzen von Gesundheitsförderern auszubilden, die noch allzu oft einen belehrenden Kommunikationsstil pflegen („Ich weiß, was für Sie gut ist.“) und mit Furchtappellen argumentieren („Wenn sie sich weiterhin so wenig bewegen, bekommen Sie bald einen Herzinfarkt“). Insbesondere im Selbstmanagement-Ansatz wird Wert auf Ziele, die sich die Person selbst setzt, gelegt. Diese haben erfahrungsgemäß stabilere Wirkung auf das Zielverhalten (vgl. Kanfer et al., 2006, S.396).

Im Coaching werden die Klienten ermutigt, sich ihre Ziele selbst zu setzen und handlungswirksam zu formulieren.

### **Kurzfristige und langfristige Ziele**

Bandura und Schunk (1981) untersuchten das strukturelle Zielmerkmal der Zeitperspektive. Sie konnten beobachten, dass kurzfristige (proximale) Ziele durch die vermehrte Leistungsrückmeldung im Gegensatz zu langfristigen (distalen) Zielen den Erfolg im Zielstreben erleichtern. Ob sich die Ergebnisse dieser Untersuchung am Lernverhalten von Kindern auf Maßnahmen zur Bewegungsförderung übertragen lassen, war bisher nicht Gegenstand der gesundheitspsychologischen Forschung. Festzustellen ist aber, dass kurzfristig erreichbare Ziele zeitnahe Rückkoppelungsprozesse bewirken, welche die Höhe der Soll-Ist Diskrepanz aufzeigen und dadurch Anstrengungsbereitschaft mobilisieren.

Im Coaching werden die Klienten bereits nach der Bestimmung ihrer Ziele angeleitet, kurzfristige positive Konsequenzen vor, während und nach der Sportteilnahme wahrzunehmen.

### **Zielkriterien und Zielformulierung**

Um eine Zielformulierung adäquat zu gestalten, sind sowohl in der lösungsorientierten Kurzzeittherapie als auch im Selbstmanagement-Ansatz Kriterien für wohlgestaltete Ziele elaboriert. Diese Kriterien werden von Vertretern der lösungsorientierten Kurzzeittherapie (vgl. Berg & Miller, 1994, S.52 ff.) wie folgt formuliert:

1. Ziele sollen bedeutsam für den Klienten sein.
2. Ziele sollen klein sein.
3. Ziele sollen konkret, verhaltensbezogen und präzise sein.
4. Ziele sollen eher das Vorhandensein als die Abwesenheit von etwas zum Ausdruck bringen (positiv formuliertes Hin-zu-Ziel).
5. Ziele sollen eher einen Anfang als ein Ende beschreiben.
6. Ziele sollen im Lebenskontext des Klienten realistisch und erreichbar sein.

Durch die Anwendung dieser Kriterien werden die positiven Aspekte einer gewünschten Verhaltensänderung besonders hervorgehoben. Damit wird die Chance einer Verhaltensänderung begünstigt, da über die Auseinandersetzung mit Zielinformationen eine Einstellungsänderung initiiert werden kann (vgl. Kanfer, 1992, S.143).

Der Coach unterstützt den Klienten in der handlungswirksamen Formulierung seines individuellen Ziels.

## 5.2 Die Ausführungsplanung

**Zielintentionen** beinhalten, was jemand erreichen will. Ein typisches Beispiel wäre: „Ich beabsichtige im Fitness-Studio zu trainieren.“ **Ausführungsintentionen (Synonym: Durchführungsvorsätze)** beschreiben dagegen, was jemand wann, wo und wie tun will, um sein Ziel zu erreichen, zum Beispiel: „Wenn ich heute meine Arbeit rechtzeitig beende, dann fahre ich sofort ins Fitness-Studio.“ Zielintentionen dienen im Gegensatz zu Ausführungsintentionen dazu, Wünsche in verbindliche Ziele zu übersetzen. Aus Zielintentionen entsteht die Verpflichtung, den angestrebten Zielzustand zu erreichen, während aus Ausführungsintentionen die Verpflichtung resultiert, ein ganz bestimmtes Verhalten in einer bestimmten Situation auszuführen.

Durchführungsvorsätze spezifizieren in der Wenn-Komponente verschiedene Inhalte. Sie können Hindernisse ansprechen, die der Zielrealisierung im Wege stehen, oder günstige Gelegenheiten auflisten: „Wenn das Wetter schön ist, gehe ich joggen.“; „Wenn es regnet, gehe ich ins Studio.“ Falls in der Wenn-Komponente Hindernisse angeführt werden, gibt es zwei Möglichkeiten, in der Dann-Komponente zielrealisierendes Verhalten aufzuführen (Stadler al., 2005): Es können Handlungen beschreiben werden, die

- **die Schwierigkeiten überwinden** („Wenn ich den Bus verpasse, werde ich heute zum Studio mit dem Fahrrad fahren.“
- **diesen Schwierigkeiten vorbeugen** („Wenn ich heute in die Stadt gehe, werde ich mir flotte Sportkleidung kaufen.“, oder „Wenn ich heute meinen Terminplaner aufschlage, werde ich mir meine Sporttermine notieren.“)

Wie auch immer Durchführungsvorsätze formuliert werden, es handelt sich stets um Wenn-dann-Pläne, die festlegen, welches zielrealisierende Handeln man ausführen will, wenn eine bestimmte antizipierte (Risiko)-Situation tatsächlich vorliegt. Das Verhalten wird an situationsspezifische Hinweisreize geknüpft und bei Auftreten dieser Hinweisreize fast automatisiert ausgelöst. Vermittelt ist dieser Effekt der Planung durch aufmerksamkeits-, wahrnehmungs- und gedächtnisspezifische Prozesse (Gollwitzer, 1999a).

Die Forschung zu Durchführungsvorsätzen (Gollwitzer 1993, 1999b) hat gezeigt, dass eine mentale Vorbereitung des Reagierens auf kritische Situationen im Sinne eines Durchführungsvorsatzes (engl.: implementation intention) bei der Umsetzung eines Vorsatzes erfolgreiche Unterstützung leisten kann.

So zeigten Zielintentionen, die mit einem Durchführungsvorsatz ergänzt wurden, im Bereich Bewegung (Milne, Orbell & Sheeran, 2000) eine deutlich förder-

liche Wirkung auf die Initiierung des angestrebten Verhaltens als Zielintentionen, die nicht mit Durchführungsvorsätzen kombiniert wurden.

Eine Metaanalyse (Gollwitzer & Sheeran, 2006) über den Effekt von Durchführungsvorsätzen verglichen mit bloßen Zielintentionen fasst die Ergebnisse von 94 unabhängigen Tests mit insgesamt 8461 Teilnehmern zusammen. Durchführungsvorsätze hatten einen mittleren bis starken positiven Effekt auf die Zielerreichung ( $d=.65$ ). Für den Gesundheitsbereich wurde ein mittlerer Effekt ( $d=.59$ ) über 23 unabhängige Tests mit 2861 Teilnehmern errechnet. So zeigten Durchführungsvorsätze im Bereich Bewegung eine deutlich förderliche Wirkung auf die Umsetzung des angestrebten Verhaltens.

Gollwitzer (1999) nennt die Handlungsplanung auch Implementierungs- oder Ausführungsintention, was ein etwas irreführender Begriff ist. Denn es handelt sich bei der Handlungsplanung ja um ein postintentionales Konstrukt, also um etwas, das erst passiert, wenn eine Person schon über eine hinreichende Intention verfügt (vgl. Knoll et al., 2005, S.49). Auch die realisierungsorientierte Bewusstseinslage bei der Formulierung von Ausführungsvorsätzen spricht dafür, dass der Übergang von der intentionalen in die volitionale Phase hier bereits stattgefunden hat. Aus diesem Grund werden in dieser Arbeit die Begriffe Ausführungs- und Handlungsplanung der Bezeichnung Implementierungsintention vorgezogen.

Im Coaching konkretisieren die Klienten die geplante Durchführung ihrer sportlichen Aktivität, in dem sie schriftlich festhalten, welche Aktivität sie wo, wann, wie lange und mit wem durchführen.

### **5.3 Die Planung von Bewältigungsstrategien**

Trotz einer sorgfältigen Ausführungsplanung kann es sein, dass Schwierigkeiten oder Hindernisse dem geplanten Verhalten entgegenstehen. Hier kommt die Bewältigungsplanung ins Spiel.

In der Weiterentwicklung des Planungskonzepts haben Sniehotta et al. (2003) der Ausführungsplanung das Konzept der Bewältigungsplanung an die Seite gestellt. Bei dieser zweiten Art der Planung geht es darum, dass Personen ihre ganz persönlichen Schwierigkeiten antizipieren und genau planen, wie mit diesen Schwierigkeiten verfahren werden kann. Beispielsweise könnte eine Person, die anfangen möchte, regelmäßig Sport zu treiben, aber Probleme beim Umgang mit dem „inneren Schweinehund“ antizipiert, folgenden Bewältigungsplan aufstellen: „Wenn ich mich nicht aufraffen kann, ins Fitness-Studio zu gehen, dann denke ich an die freundlichen Menschen, die ich dort treffe.“

Die Bewältigungsplanung unterscheidet sich von der Ausführungsplanung darin, dass Personen individuelle Risikosituationen voraussehen und sich Bewälti-

gungsstrategien zurechtlegen, um in diesen Risikosituationen trotzdem zielorientiert zu handeln. Wie bei der Ausführungsplanung wird durch die konkrete Planung der Überwindung persönlicher Schwierigkeiten eine Situations-Verhaltens-Kontingenz hergestellt, die das Meistern dieser Schwierigkeiten erleichtern sollte und wenig volitionale Kontrolle erfordert. Hinweise für die Wirksamkeit der Bewältigungsplanung zeigten sich bisher für körperliche Aktivität von verschiedenen Rehabilitationspatienten (z.B. Lippke et al., 2005; Ziegelmann et al., 2006).

Den positiven Effekt der Bewältigungsplanung auf die Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität konnten Scholz und Sniehotta (2006) in einer Studie mit 1999 kardiologischen Rehabilitationspatienten jedoch nicht bestätigen. Ziel ihrer Untersuchung war es, die Effektivität der **Ausführungsplanung**, der **Bewältigungsplanung** und der **Handlungskontrolle** auf die körperliche Aktivität ein Jahr später im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nachzuweisen. Die Intervention bestand darin, dass sich die Patienten in einem Planungsgespräch bis zu drei Ausführungspläne und bis zu drei Bewältigungspläne schriftlich notierten. Die Instruktion für die Ausführung lautete: „Bitte denken Sie an die Zeit nach der Reha. Wann, wo und wie werden Sie zukünftig körperlich aktiv sein? Je präziser, konkreter und persönlicher Sie Ihre Pläne formulieren, desto mehr werden Sie Ihnen helfen.“ Die Instruktion für die Bewältigungspläne lautete: „Welche Hindernisse und Schwierigkeiten könnten es Ihnen persönlich schwer machen, Ihre geplanten körperlichen Aktivitäten in die Tat umzusetzen? Wie können Sie solche kritischen Situationen meistern?“ Die schriftliche Fixierung der Pläne in einem Planungsheft blieb bei den Interviewern. Die Planungsintervention dauerte 20 Minuten und wurde in den ersten sechs Wochen nach der Reha-Maßnahme mit einer wöchentlichen Rückmeldung zur Durchführung der sportlichen Aktivität begleitet.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe ein Jahr nach Entlassung aus der Klinik körperlich aktiver waren als die Kontrollgruppenteilnehmer. Entgegen der Annahme der Autoren bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausführungs- und Bewältigungsplanung und der körperlichen Aktivität der Teilnehmer. Die Autoren vermuten, dass durch den Aufbau von Handlungskontrollroutinen die Nutzung von Planungsstrategien über den Untersuchungszeitraum von einem Jahr an Bedeutung verloren hat. Diese Annahme gründet auf der Tatsache, dass die Handlungskontrolle als einzige Variable den Interventionseffekt auf die körperliche Aktivität medierte. Die Handlungskontrolle wurde mit einem Fragebogen zur Selbstbeobachtung, Intentionsbewusstheit und regulatorischen Anstrengung erfasst. Für zukünftige Interventionen schlagen Scholz & Sniehotta (2006) vor, die Ausführungs- und Bewältigungspläne im Zeitraum der Intervention kontinuierlich anzupassen und die Patienten in der Anpassung dieser Pläne über die Zeit systematisch zu schulen.



Simkin und Gross (1994) untersuchten inaktive Frauen, die kürzlich ein selbst organisiertes Trainingsprogramm aufgenommen hatten. Die Frauen wurden gefragt, wie sie planen, mit einer Anzahl typischer Risikosituationen für Rückfälle in die Inaktivität (z.B. negative Stimmung, Zeitmangel, Müdigkeit) umzugehen. Teilnehmerinnen, die weniger konkrete Bewältigungsstrategien geplant hatten, brachen das Trainingsprogramm deutlich häufiger ab.

Eine andere neue Studie konnte den positiven Effekt einer Ausführungsplanungsintervention auf die körperliche Aktivität nach einem follow-up Zeitraum von acht Monaten nachweisen. Luszczynska (2006) bediente sich bei der Planungsunterstützung jedoch deutlich komplexerer Methoden und der Gestaltung einer zwischenmenschlichen Kommunikation durch eine umfassende Instruktion zur Planung, supportives Feedback und positive Verstärkung.

Offensichtlich wird die Wirkung der Ausführungs- und Barriereplanung auf die sportliche Aktivität von mehreren Komponenten beeinflusst:

- von dem Kontext, in dem sie erfolgen (Ort, Zeitrahmen).
- von den Inhalten dieser Strategien (z.B. Methoden der Handlungskontrolle) sowie deren Passung und Verfügbarkeit.
- von der Art und Weise der Anleitung zur Planung (ohne versus mit Anleitung über Gespräch/ Fragebogen).
- ob die Planung prozessorientiert mit Möglichkeiten zur Anpassung der Strategien erfolgt.

Es entwickelte sich nun in jüngster Zeit zunehmendes Forschungsinteresse bezüglich der Fragen, welche Strategien der Ausführungs- und Barriereplanung von welchen Personen unter welchen Bedingungen effektiv einzusetzen sind. Damit verlagerte sich der Fokus von theoretischen Modellen, welche die Aufnahme und das Aufrechterhalten der körperlichen Aktivität erklären, hin zum inhaltlichen Verständnis und Praxistauglichkeit von Konzepten der Interventionsforschung.

Ziegelmann et al. (2006) verglichen die Wirksamkeit einer Interviewer-gestützten Planungsintervention mit der einer selbständigen Planungsintervention im Hinblick auf die Generierung und Umsetzung von Plänen zur körperlichen Aktivität. Für die Gesamtgruppe zeigten sich kaum Unterschiede zwischen Interviewer- und selbstangeleiteten Plänen. Betrachtet man jedoch Personen, die nicht erwarten, dass sie regelmäßig Sport ausüben, so konnten diese besonders durch Interviewer-geleitetes Planen gezielt gefördert werden, indem auf deren persönliche Barrieren eingegangen wurde.

Auf der Gruppenebene führten Sudeck und Kollegen (2005) eine Patientenschulung mit Rückenschmerzpatienten durch, um eine Fortsetzung der Sportaktivitäten auch nach dem Reha-Aufenthalt zu fördern. Neben praktischen Anleitungen zur „Rückenschule“ wurden bei der Untersuchungsgruppe folgende Interventionselemente eingesetzt: Die Patienten erhielten einen „Sport- und Bewegungsplaner“ (10 Min.). Nach einer Gruppendiskussion (20 Min.) planten die Patienten ihre zukünftigen sportlichen Aktivitäten (10 Min.) schriftlich und diskutierten abschließend in der Gruppe über Barrieren regelmäßiger sportlicher Aktivität. Es zeigte sich, dass bei Patienten in der Treatment-Gruppe, die sportlicher Vorerfahrung aufwiesen, ein deutlicher Zuwachs an regelmäßig sportlich Aktiven zu verzeichnen war. Um auch Personen wirksam zu unterstützen, die über keine sportliche Vorerfahrungen verfügen, schlagen die Autoren eine **individualisierte Beratung** vor.

Die vorhandenen Forschungsmethoden und die aktuelle Befundlage sagt jedoch nichts darüber aus, welche Bestandteile der Handlungsplanungsintervention wirksam sind. Beispielsweise kann der Kontakt mit Interviewern/Beratern im Sinne einer sozialen Unterstützung für den Effekt der Intervention verantwortlich sein.

Die Handlungskontrollstrategien (Kuhl, 2001) und die kognitiven und verhaltensbezogenen Strategien aus dem TTM-Modell (Prochaska & DiClemente, 1992) liefern eine Vielzahl von Interventionsmöglichkeiten, deren stadienspezifische Zuordnung und Wirksamkeitsüberprüfung Gegenstand der rezenten Forschung sind. Bislang wurden erst in wenigen Studien die Effekte von Bewältigungsplanung untersucht.

#### **5.4 Barrieremanagement nach dem SORK-Modell**

Bevor eine Person Strategien der Handlungskontrolle angemessen einsetzen kann, muss sie Strategien kennen und sie passend in der Situation abrufen können. Dies setzt voraus, dass eine Person über ausreichendes Wissen über die Existenz und den Einsatz von Bewältigungsstrategien verfügt. Das Ratingsystem von Ziegelmann & Lipke (2006) sowie die Handlungskontrollstrategien von Kuhl (1987) sind zwar theoriengeleitet und für die Forschung einsetzbar, für den praktische Umgang und die Vermittlung an Klienten oder Kursteilnehmer aber weniger geeignet. Die Fachterminologie und die Kategorisierung der Strategien sind für den Anwender weder verständlich noch leicht abrufbar. Hier eignet sich der Einsatz der SORK-Strategien auf der Basis des Systemmodells menschlichen Verhaltens besser. Die SORK-Strategien sind für den Anwender praxisnah beschrieben und in leicht nachvollziehbare Kategorien eingeteilt.

Auf der Grundlage des Modells menschlichen Erlebens und Verhaltens (Kanfer & Phillips, 1970), mit dem Faktoren identifiziert werden können, die für die Aufrechterhaltung des Verhaltens verantwortlich sind, wurden von Fuchshuber (2007) Strategien zusammengefasst, die den Aufbau der sportlichen Aktivität unterstützen.

Neben der Analyse der Bedingungen für das Aufrechterhalten eines Problemverhaltens (z.B. körperliche Inaktivität) bietet das SORK-Modell Ansätze zur Ableitung von Maßnahmen zum Aufbau von erwünschtem (Gesundheits-)Verhalten.

Es stellt sich die Frage, wie die einzelnen Variablen zur Steuerung des eigenen Verhaltens zur Förderung der „körperliche Aktivität“ beitragen können. Zur Förderung eines angestrebten Verhaltens birgt das SORK-Modell folgende Ansatzpunkte:

- Welche **äußeren Bedingungen** sind förderlich für das Zielverhalten? (S)
- Wie kann durch **förderliche Gedanken** und **Einstellungen** die Belastbarkeit erhöht werden? (O)
- Mit welchem **förderlichen Verhalten** kann das Zielverhalten unterstützt werden? (R)
- Wie kann durch **förderliche Konsequenzen** die Auftretenswahrscheinlichkeit des Zielverhaltens erhöht werden? (K)

In Tab. 10 sind die „SORK-Strategien“ zum Aufbau von sportlicher Aktivität mit Beispielen dargestellt.

Tab. 10 SORK-Strategien zur Unterstützung der sportlichen Aktivität (vgl. Fuchshuber 2007, S.20)

Strategien	Ansatzpunkte	Beispiele
Förderliche Bedingungen  <i>Stimulus (S)</i>	äußere Bedingungen, die für das Zielverhalten förderlich sind, finden und gestalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>● kontrollierende Bedingungen des Alltags: <i>die Sportsachen bereits mit zur Arbeit nehmen und von dort direkt trainieren gehen</i></li> <li>● erleichternde Umweltbedingungen: <i>Nutzen öffentlicher Verkehrsmittel, bei schwieriger Parkplatzsituation</i></li> <li>● hilfreiche Beziehungen: <i>sich von jemandem abholen lassen</i></li> </ul>
Förderliche Gedanken  <i>Organismus (O)</i>	förderliche Gedanken und Einstellungen entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>● sich selbst ermuntern</li> <li>● sich selbst anleiten: <i>einen Trainingsplan im Kopf durchgehen</i></li> <li>● Ziele vergegenwärtigen: <i>sich die angestrebten Ziele immer wieder vor Augen führen</i></li> <li>● an positive Konsequenzen denken</li> <li>● sich selbst verpflichten: <i>sich feste Zeiten für das Training setzen und diese einhalten</i></li> </ul>
Förderliches Tun  <i>Reaktion (R)</i>	Verhalten, das das Zielverhalten unterstützt, ausüben	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Handlungsalternativen abschirmen: <i>Sporttermin muss „heilig“ sein, andere Termine, Einladungen o.ä. absagen</i></li> <li>● Handlungsunterstützung vorbereiten: <i>andere Termine rechtzeitig beenden, Babysitter besorgen</i></li> </ul>
Förderliche Konsequenzen  <i>Konsequenz (K)</i>	durch förderliche Konsequenzen die Häufigkeit des Zielverhaltens erhöhen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Selbstverstärkung: <i>sich selbst loben und sich selbst belohnen</i></li> <li>● Fremdverstärkung: <i>Lob durch Coach, Freigetränk ab dem 10. Trainingstermin</i></li> </ul>

Auf welcher Ebene eine Person auch immer die Förderung ihres erwünschten Verhaltens plant, vorausgesetzt sie hat ihr Zielverhalten konkret definiert, es handelt sich dabei immer um den Einsatz von selbstregulativen Fähigkeiten.

Als ein Sonderfall der Selbstregulation, bei dem sich eine Person in einer Konfliktsituation befindet, wird **Selbstkontrolle** bezeichnet. Entscheidend für die Selbstkontrolle ist, dass die Person auf eine kurzfristig positiv erlebte Konsequenz verzichtet, um einen langfristig positiven Effekt zu erzielen. Diese Form der Selbstkontrolle wird auch mit der Fähigkeit zum Belohnungsaufschub umschrieben. Es können langfristig „Belohnungen“ durch einen aktuellen Verzicht erwartet werden. Eine Person muss sich beispielsweise zwischen der Möglichkeit, sich bequem auf dem Sofa zu entspannen oder in das Sportstudio zu gehen,

entscheiden. Hierbei geht es weniger um die Abschirmung von Handlungsalternativen im Sinne der volitionalen Kontrolle als vielmehr um die Fähigkeit, „einer Versuchung zu widerstehen, obwohl sie eine hohe Auftrittswahrscheinlichkeit hat“ (Reinecker, 2006, S.345). Die Person verzichtet damit auf eine kurzfristige zu Gunsten einer langfristigen Konsequenz. Eine zweite Form der Selbstkontrolle besteht darin, dass sich die Person für ein a priori unwahrscheinliches Verhalten entscheidet, obwohl dieses Verhalten zu langfristig positiven Folgen führt. Beispielsweise setzt eine Person ihr pünktliches Arbeitsende in einem Gespräch mit dem Vorgesetzten durch, um regelmäßig Sport treiben zu können und abzunehmen. Diese Form der Selbstkontrolle wird als „heldenhaftes Verhalten“ bezeichnet (Reinecker, ebd.).

Positive Konsequenzen bestehen im Gesundheitsbereich zumeist darin, dass eine negative Konsequenz zu einem späteren Zeitpunkt nicht eintritt. So bleibt beispielsweise der Herzinfarkt aus oder die Person leidet nicht an Rückenschmerzen. Es besteht eine lange „Wartezeit“, bis die Belohnung tatsächlich erlebt wird. Um trotz dieser Fähigkeit zum Belohnungsaufschub langfristig die Motivation zum Sporttreiben zu sichern, ist es wichtig, auch kurzfristig erlebbare positive Folgen des Gesundheitsverhaltens bewusst wahrzunehmen und immer wieder zu betonen.

Im Coaching werden die Klienten in das SORK-Modell eingeführt. Zusammen mit dem Coaching erarbeiten die Klienten, individuelle Strategien, die sie unterstützen, trotz möglicher Barrieren ihr Sportverhalten auszuüben.

## **5.5 Das Einbeziehen sozialer Unterstützung**

Soziale Unterstützung bezieht sich auf den qualitativ-funktionalen Aspekt von Sozialbeziehungen, d.h. in welcher Form eine Person Unterstützung aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld erhält, damit sich ein bestimmter Problemzustand verändert. Die Art der sozialen Unterstützung kann dabei auf drei Wegen erfolgen. Das sind die emotionale Unterstützung wie z.B. Anerkennung, Wertschätzung, Mitleid, Zuwendung, die instrumentelle/materielle Unterstützung wie z. B. Bereitstellen von Gütern und die informationelle Unterstützung, z. B. Ratschläge, Feedback etc. (Schwarzer, 1996, S. 176).

Es ist jedoch nicht nur die Art, sondern auch die Quelle der Unterstützung von Bedeutung, d.h. von wem man Hilfe erhält. Quellen sozialer Unterstützung sind im Kontext gesundheitsbezogener Maßnahmen z.B. Familie/Partner, Freunde, Arbeitskollegen, Übungsleiter/Trainer und Peer-Groups.

Unterstützung erfolgt beispielsweise durch moralische Unterstützung sowie verbale Ermutigung und Lob, Schaffung von Freiräumen im Rahmen alltäglicher Verpflichtungen für die sportliche Aktivität, praktische Hilfe, wie an

den Übungstermin erinnern, Transfer zur Sportstätte etc. oder das Angebot des Partners zum Mittrainieren.

Das Ausmaß sozialer Unterstützung durch Familie/Partner, Freunde, Arbeitskollegen und das Vorleben einer gesunden Lebensweise durch wichtige Bezugsperson erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person eine sportliche Aktivität dauerhaft realisiert. Eine zentrale Bezugsperson ist dabei der (Ehe-)Partner. Personen, deren Ehepartner eine positive Einstellung zur sportlichen Aktivität hatten, besuchten gesundheitsbezogene Bewegungsprogramme regelmäßiger und häufiger im Vergleich zu denen, die keine Partnerunterstützung erhielten (vgl. Pahmeier, 1994).

Nach Brehm und Eberhardt (1995), welche die Abbruchrate von Mitgliedern in Fitness-Studios untersuchten, unterscheiden sich Abbrecher einer sportlichen Aktivität von den Personen, die ihr Training fortsetzen dadurch, dass sie sich durch nahestehende Personen bedeutsam weniger unterstützt fühlen („Dabeibleiber“). Als „Dabeibleiber“ wurden Personen definiert, die mindestens seit zwölf Monaten im Fitness-Studio Mitglied sind. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich auch bei der Unterstützung durch Trainingspartner.

Eine ebenso bedeutende Rolle kommt dem Trainer/Kursleiter im Hinblick auf die Neuausrichtung und Stabilisierung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen von Kunden bzw. Teilnehmern zu (Pahmeier, 1994). Die Umgangsart und die Kompetenz der Betreuung sowie das positive Erleben des Handlungsumfeldes kristallisierten sich als wesentliche Merkmale für das Aufrechterhalten des Sporttreibens heraus.

Laut Brehm und Eberhardt (1995) ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

- Wichtige Bezugspersonen, insbesondere der Lebenspartner, sind wichtige Quellen der sozialen Unterstützung. Sie helfen dem Teilnehmer, ein Übungsprogramm aufzunehmen und aufrecht zu erhalten.
- Die Aufrechterhaltung einer sportlichen Aktivität gelingt dann besonders gut, wenn diese Bezugsperson der Trainingsteilnahme gegenüber positiv eingestellt ist, sie z.B. einen Kursbesuch ausdrücklich befürwortet oder Unterstützung bei der Problemlösung bezüglich der regelmäßigen Sportteilnahme gewährt.
- Eine direkte soziale Unterstützung durch einen Trainingspartner begünstigt das Aufrechterhalten des Sportverhaltens.

Im Coaching erfährt der Klient durch die Rückmeldung und Ermutigung des Coaches soziale Unterstützung. Zudem wird der Klient aufgefordert, sich aktiv soziale Unterstützung im Freundes- und Bekanntenkreis oder in der Familie zu holen.

## 5.6 Die Bewertung der individuellen Zielerreichung

Die Tatsache, dass eine Person mit der Aufnahme einer sportlichen Aktivität begonnen hat, bedeutet jedoch nicht, dass sie das Sportverhalten gleichzeitig zunehmend selbstwirksamer betreibt. In der aktionalen Phase ist es wichtig, dass die Person ihr Verhalten so gestaltet, dass sie regelmäßige Erfolge, z.B. in Form einer Leistungssteigerung oder der Überwindung von Barrieren erfährt. In der postaktionalen Phase kommt es darauf an, wie zufrieden jemand mit den Ergebnissen seiner Verhaltensveränderung ist und wie die Handlungsergebnisse interpretiert werden, z.B. ob man den Erfolg oder Misserfolg seines Sporttreibens sich selbst oder äußeren Bedingungen wie Zufall oder Schicksal zuschreibt.

Fuchs (2006, S.457) nimmt für die wiederholte Ausführung einer Sporthandlung Rückwirkungsprozesse an, bei denen die Konsequenzerfahrung eine wichtige Rolle spielt. Ob die sportliche Aktivität weiter ausgeführt wird, hängt davon ab, wie zufrieden eine Person mit den Konsequenzen der Sporthandlung ist. Die eingetretenen Konsequenzen des neuen Verhaltens werden anhand der zuvor entwickelten Konsequenzerwartungen bewertet: Konnte ich wirklich zwei Mal in der Woche das Fitness-Studio besuchen? Habe ich Gewicht verloren? Empirische Belege dafür, dass mit dem Konstrukt der Verhaltenszufriedenheit bzw. der Konsequenzerfahrung ein wichtiger Faktor der Verhaltensaufrechterhaltung erfasst wird, gibt es bislang nur wenige, die sich dann zumeist auf das Ernährungsverhalten und nicht das Sporttreiben beziehen.

Bereits in den sechziger Jahren nahm Heider an, dass Personen die Ursachen ihre Handlungsergebnisse interpretieren, und entwickelte die Theorie der naiven Handlungsanalyse. Mit diesem Begriff beschreibt er Alltagsverhalten von Menschen, wonach sie bestrebt sind, beobachtbare Ereignisse mit nicht beobachtbaren Ursachen zu verbinden (zu attribuieren). Dieses Denken entspringt dem grundlegenden Bedürfnis, nach Ursachen für Ereignisse zu suchen, insbesondere dann, wenn sie negativ zu bewerten sind oder unerwartet auftreten.

Den Attributionsfaktoren Fähigkeit, Anstrengung, äußere Umstände und Zufall liegen im Wesentlichen zwei Attributionsdimensionen zu Grunde. Die erste Dimension bezeichnet die Lokation (den Ort) der Kontrolle, d.h. die Ursache kann internalen (inneren) oder externalen (äußeren) Einflüssen zugeschrieben werden.

Die zweite Dimension kennzeichnet die Stabilität der Ursache, d.h. der Einfluss des Faktors ist relativ stabil, wie z.B. eine Fähigkeit, die materiellen und sozialen Bedingungen in einer bestimmten Situation oder er ist variabel bzw. nur kurzfristig wirkend, wie z.B. die Anstrengung oder Glück und Zufall.

Es gibt zwischen der Kompetenzerwartung und der Kausalattribution verschiedene Berührungspunkte. Zunächst kann festgehalten werden, dass eine Person eine Kompetenzerwartung hegt, wenn sie glaubt, auf Grund ihrer eigenen Fähigkeiten und Anstrengungen etwas bewirken zu können. Dabei hängt die Kompetenzerwartung mit dem Ausmaß zusammen, mit dem man sich Erfolge zuschreibt. Wer glaubt, die eigene Fähigkeit und Anstrengung sei die primäre Ursache für eine gelungene Problembewältigung, der wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in Zukunft darauf vertrauen, gleichartige Probleme lösen zu können.

Die Kompetenzerwartung ist im Allgemeinen von einem asymmetrischen Attributionsmuster geprägt, was sich wie folgt äußert: Personen mit hoher Kompetenzerwartung tendieren dazu, Erfolg auf ihre eigenen Fähigkeiten, wie z.B. Begabung zu attribuieren, Misserfolg dagegen nicht auf Unfähigkeit, sondern eher auf externe Attributionsfaktoren, wie z.B. schlechte Umgebungsbedingungen oder Zufall.

Personen mit niedriger Kompetenzerwartung schreiben ihren Misserfolg fehlender Begabung zu; ihren Erfolg sehen sie dagegen eher durch externe und variable Faktoren verursacht wie z.B. die Aufgabenleichtigkeit.

Aus diesem Zusammenhang zwischen Kausalattribution und Selbstwirksamkeit lassen sich für die **Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens** folgende **Strategien** ableiten (vgl. Mathesius, 2003):

Ursachen für Erfolg oder Misserfolg sollten im Rahmen einer gesundheitsbezogenen Interventionsmaßnahme zusammen mit dem Coach angemessen analysiert werden.

Bei Misserfolg sollten mögliche internal-stabile Erklärungsmuster des Klienten hinterfragt bzw. realistisch beurteilt werden und nach selbstwertdienlicheren externalen oder variablen Erklärungsmustern gesucht werden.

Sofern Erfolgserlebnisse eher auf externe Faktoren wie z.B. die permanente Unterstützung durch den Trainer oder Partner zurückgeführt werden, wird die Kompetenzerwartung verringert. Deshalb sollten Erfolge auf jeden Fall auf die eigene Fähigkeit und/oder die Bemühungen des Klienten zurückgeführt werden.

Auch im Selbstmanagement-Ansatz wird davon ausgegangen, dass die subjektive Wahrnehmung von Ursachen ein wichtiger Moderator für selbstregulatives Handeln ist. „Die Selbstattribution stellt eine wichtige Bedingung für neues Lernen dar, weil sie Klienten motiviert, ähnliche Anstrengungen auch in Zukunft zu unternehmen. Die interne Attribution beinhaltet auch eine deutliche Erhöhung von Freiheit und Selbstkontrolle aufseiten des Klienten“ (Kanfer et al., 2000, S.76).

Bislang ist die Förderung von günstigen Attributionsmustern weder Gegenstand der theoretischen noch interventionsbezogenen Forschung zur Förderung des



Sport- und Bewegungsverhaltens. Hier liegt ein deutlicher Forschungsbedarf, der gerade Licht in die kognitiven Wirkmechanismen der postaktionalen Phase bringen kann. Die Bedeutung der postaktionalen Phase wurde in bisherigen Studien vernachlässigt. Möglicherweise bestimmt aber gerade diese Phase der Handlungsbewertung die Stabilisierung der weiteren Sportaktivität.

## **5.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die eigene Arbeit**

Betrachtet man die einzelnen Maßnahmen zur Motivation und zum Ausführen von Handlungen, so ist der Einfluss der Klinischen Psychologie, insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapie, deutlich erkennbar. Die Konzepte und Prinzipien der Verhaltensmodifikation sind im Bereich der Sport- und Bewegungsförderung von zentraler Bedeutung.

Zusammenfassend lassen sich aus der wissenschaftlichen Literatur für die Konzeption von Interventionsprogrammen folgende Maßnahmen ableiten, die für Klienten im Prozess der Verhaltensänderung förderlich sind:

### **1. Setzen von verbindlichen, wertorientierten Zielen**

Die Klienten setzen sich individuelle, konkrete und realistische Ziele. Sie formulieren sowohl übergeordnete Be-Ziele als auch Do-Ziele zu deren Verwirklichung. Die Klienten bestimmen ihre Ziele selbst und sind sich dabei ihrer persönlichen Werte bewusst. Neben langfristigen Zielen verfolgen die Klienten auch immer kurzfristige Ziele, die ihre Anstrengungsbereitschaft mobilisieren.

### **2. Festlegen von Barriereplänen**

Die Klienten bilden Durchführungsvorsätze in Form von Wenn-Dann Plänen, die festlegen, welches zielrealisierende Verhalten sie ausführen wollen. Dabei legen sie sich für Risikosituationen individuelle Bewältigungsstrategien zurecht. Strategien zur Bewältigung von Barrieren werden im Coaching über das SORK-Modell vermittelt.

### **3. Einsatz von selbstregulativen Strategien**

Die Klienten wenden Handlungskontrollmechanismen an, wie etwa die Selbstbeobachtung in Form von der Erstellung eines Trainingsprotokolls. Sie setzen ihre Ausführungs- und Barrierepläne in die Tat um und bewerten deren Erfolg. Dadurch können die selbstregulativen Strategien den erforderlichen Standards angepasst werden.

### **4. Günstige Bewertung der Ziele**

Die Klienten verfügen über günstige Attributionsmuster, welche der Selbstwirksamkeit dienlich sind: Sie führen erzielte Erfolge auf ihre Fähigkeiten und Anstrengung zurück. Für Misserfolge oder Rückfälle ziehen sie auch externale Erklärungsmuster in Betracht.

Die vorgestellten wirksamen Maßnahmen zur Förderung des Bewegungsverhaltens entstammen aus Forschungsbereichen der Gesundheitspsychologie, der Klinischen Psychologie und der Ziel- und Motivationstheorie. In aktuellen Forschungsbemühungen zur Entwicklung von Präventionsprogrammen werden einzelne Maßnahmen aneinandergereiht, um eine Änderung des Gesundheitsverhaltens von Probanden in Gang zu setzen und aufrechtzuerhalten. Beispielsweise lassen Scholz und Sniehotta (2006) die Ausführungs- und Bewältigungsplanung von ihren Probanden durchführen, eine Wertklärung findet jedoch nicht statt. Außerdem fehlt es an Rückkoppelungsprozessen wie etwa der Bewertung von Zielen oder der Anpassung von Strategien, welche zu einem natürlichen, aktiven Veränderungsprozess gehören.

Für den Praktiker ist der Zugriff auf ein „Coaching-Tool“ zur Förderung von Gesundheitsverhalten attraktiv, doch der eklektische Einsatz von Maßnahmen ohne das Verständnis für eine theoretische Konzeption, in der die Maßnahmen systematisch in Beziehung gesetzt werden, ist wenig erfolgsversprechend und aus wissenschaftlicher Sicht nicht zu vertreten.

Im nächsten Kapitel dieser Arbeit sollen deshalb die wirksamen Methoden zur Förderung des Gesundheitsverhaltens in einen theoretischen Rahmen eingebettet werden, der eine theoriengeleiteten und evidenz-basierten Einsatz von Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhalten möglich macht.

## 6 Die Entwicklung des Coachings zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation

### 6.1 Definition von Coaching

Allgemein versteht man unter Coaching einen individuellen, unterstützenden Beratungsprozess. In diesem geht der Berater (Coach) mit seinem Klienten (dem Gecoachten, oder Coachee) eine Beratungsbeziehung ein. Inhalte können berufliche wie private Aspekte sein (vgl. Rauen 1999, S. 19).

Eine Beratung kann sich spezifischer Inhalte annehmen, wie die Diätberatung, die Bewegungsberatung oder die Karriereberatung. Dabei sind die Berater Experten, die aufgrund ihres Fachwissens inhaltlich Stellung zu einem Problem beziehen. Beim Coaching bleibt der Berater außerhalb des Systems; er vermittelt Fachwissen nur dann, wenn der Klient wichtige Informationen braucht, um eine Entscheidung zu fällen, beispielsweise bei der Auswahl von Nahrungsmitteln oder Bewegungsübungen. Diese Form der Beratung ist immer dann sinnvoll, wenn der Klient gefördert werden soll, eigenständig Lösungen für Probleme zu finden.

Coaching wird in dieser Arbeit als **psychologisch fundierte und handlungsorientierte Prozessberatung** betrachtet. Im Sinne des Selbstmanagement-Ansatzes (Kanfer et. al., 2006) ist unter Coaching eine strukturierte Anleitung zur Selbststeuerung zu verstehen, deren Ziel es ist, adaptive Prozesse zur Optimierung von Lösungen zu gestalten.

In diesem Sinne definiert Grant (2006) in der angloamerikanischen Literatur den Begriff Coaching: „Coaching is a goal-oriented, solution focused process in which the coach works with the coachee to help identify and construct possible solutions, delineate a range of goals and options, and then facilitate the development and enactment of action plans to achieve those goals.“ Ein weiteres entscheidendes Merkmal ist hier, dass die Person selbst erreichbare Ziele definiert und nach ihrer persönlichen Priorität ordnet.

Im Verlauf des Coaching-Prozesses sollen die Klienten durch ihre verbesserte Fähigkeit zur Zielsetzung und Selbstregulation zunehmend in die Lage versetzt werden, ihre sportlichen Aktivitäten selbständig zu steuern und auftretende Barrieren, die sie vom Sporttreiben abhalten könnten, eigenständig zu bewältigen.

Der Coach setzt dem Klienten keine Normen und Ziele („Sie sollten unbedingt in den nächsten 3 Monaten 15 Kilo abnehmen oder 10 Kilometer in 45 Min laufen.“), sondern schafft lediglich **Bedingungen und Herausforderungen**, die dem Klienten eine optimale Zielerreichung ermöglichen.

In Diskussionen um Coaching taucht immer wieder die Frage auf, ob es sich dabei denn nicht doch um eine "verkappte Form der Psychotherapie" handle. Hier liegen eindeutige gesetzliche Bestimmungen in der Ausbildung und Anwendung der Psychotherapie vor, die Coaching in klar definierte Grenzen verweisen.

Entsprechend dem **Psychotherapeutengesetz** vom 1.1.1999 darf die Psychotherapie nur von klinischen Diplom-Psychologen mit Zusatzausbildung und Approbation oder von Ärzten mit psychotherapeutischer Ausbildung ausgeübt werden. Der Begriff „psychologische Psychotherapie“ ist gesetzlich geschützt. Die Psychotherapie ist eine Behandlung psychischer oder psychisch bedingter Störungen.

Coaching befasst sich prinzipiell mit gesunden Menschen und dient in erster Linie der Verbesserung der Handlungskompetenz und Erschließung persönlicher Ressourcen. Psychotherapie greift viel weiter in die Erlebnis- und Lerngeschichte des Klienten ein und schafft Einsicht und klärendes Nacherleben bezüglich bedeutsamer, persönlicher Erfahrungen.

Selbstverständlich gehören alle klassischen psychischen Störungen wie starke Zwänge, ausgeprägte Phobien, Abhängigkeitserkrankungen, Depressionen bis zur Suizidgefahr, Wahnvorstellungen mit eingeschränktem Realitätskontakt und die Vielfalt schizophrener Psychosen in die Hand eines psychologischen Psychotherapeuten, Psychiaters und Neurologen. Der Coach sollte in solchen Fällen den Klienten bei der Entscheidung, einen entsprechenden Spezialisten aufzusuchen, unterstützen.

Sicher ist auch an Fälle zu denken, in denen die Grenzen zwischen Coaching und Psychotherapie fließend sind. Wenn Klienten Sinn, Ziele und Erfüllung in ihrem Leben suchen, führen Psychotherapeuten durchaus auch Beratungen durch, die sich nicht nur auf psychische Störungen beziehen, sondern z.B. auf die Förderung der Selbstentdeckung (siehe Schlippe & Schweitzer, 1996) obwohl kein eigenständiges Krankheitsbild vorliegt. In solchen Fällen könnte Coaching als Maßnahme zur Prävention psychischer Erkrankungen im Vorfeld einer Psychotherapie eingesetzt werden.

## **6.2 Evaluation und Wirksamkeitsfaktoren von Coaching**

Die Forschung über die Wirkungen, Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren von Coaching steht noch in ihren Anfängen. Eine regelmäßig aktualisierte Literaturübersicht zur deutschsprachigen Coachingforschung publiziert Rauen im Internet (<http://www.coaching-lieteratur.de>). Eine Übersicht der englischsprachigen Fachliteratur hat Grant (2005) veröffentlicht.

Viele Klienten und Coaches berufen sich bei der Beurteilung des Coachings auf ihren gefühlsmäßigen Gesamteindruck: „Ohne das Coaching wäre ich nicht so weit gekommen.“, sagt vielleicht der Klient und der Coach behauptet: „Das war

eine stimmige Sache!“. Werden überhaupt Evaluationskriterien eingesetzt, so beziehen sie sich häufig auf allgemeine Bewertungen wie etwa die Zufriedenheit, der Gesamteindruck, den Zielerreichungsgrad oder den subjektiv eingeschätzte „Erfolg“ des Coachings. Allerdings fallen Befragungen zur Zufriedenheit nach Beratungen und Seminaren schon deshalb generell positiv aus, weil sie im Sinne der sozialen Erwünschtheit ein Ausdruck eines freundlichen Dankeschöns des Klienten oder der Teilnehmer sind.

Nach Greif (2008 a, S. 213) ist die Zusammenfassung aller Untersuchungen zum Erfolg von Coaching schwierig, da die Stichproben sehr heterogen, die Fragestellungen vielfältig und die untersuchten Merkmale sowie Untersuchungsmethoden sehr verschiedenartig sind. Entsprechend bestehen die Übersichtsarbeiten zur Evaluation von Coaching aus zahlreichen einzelnen Studien, die eine Vergleichbarkeit von erfolgreichen mit weniger erfolgreichen Coachings nicht ermöglichen, da das Kriterium des Coachingenerfolgs entweder nicht spezifisch messbar definiert wird oder mit unterschiedlichen Messmethoden erhoben wird. Trotz der Unterschiedlichkeit der Stichproben und Interventionen können drei Effekte in mehreren Untersuchungen nachgewiesen werden (ebd., S. 229): Verbesserung des Zielerreichungsgrads, der Zufriedenheit und des allgemeinen psychischen Befindens.

Neben diesen allgemeinen subjektiven Bewertungskriterien sollten Evaluationsuntersuchungen eines Coachings auch an spezifischen, objektiven, konkret beobachtbaren Bewertungsmerkmalen abgesichert werden. Bezogen auf selbstregulatorische Fähigkeiten finden sich in zwei Untersuchungen eine Reihe von interessanten Effekten. In der Untersuchung von Willms (2004) konnte an 76 Studierenden die Verbesserung der Konkretheit der Ziele, Zielvergegenwärtigung, zielbezogenen Aufmerksamkeit und Planungsfähigkeit sowie Einflussbekämpfung nachgewiesen werden. Steinmetz (2005) fand bei seiner Stichprobe von 27 Führungskräften besseres aufgaben- und problemorientiertes Coping, stärkere Situationskontrolle und eine Verbesserung der verhaltensorientierten Strategien zur Selbstbeeinflussung.

Die überwiegende Anzahl der vorliegenden Studien beruht auf Befragungen, in denen Befragte nachträglich die Ergebnisse beim Coaching einschätzen und bewerten. Die Daten werden sowohl qualitativ mit Kategoriensystemen als auch quantitativ und statistisch ausgewertet. Nach Greif (2008 a, S. 214) werden nur in einzelnen Arbeiten die Erhebungsmethoden theoretisch begründet. Lediglich in sechs Studien seien Kontrollgruppen im Untersuchungsdesign eingesetzt worden.

Auch wenn in einigen Studien standardisierte, psychologische Test eingesetzt werden, bleibt die Frage nach den tatsächlich beobachtbaren Verhaltensänderungen, die über den Zeitraum des Coachings dokumentiert oder objektiv registriert wurden, weitgehend unbeantwortet. In der Coaching-Forschung mangelt

es an Untersuchungen, welche den Erfolg des Coachings an der Ausprägung von konkret beobachtbarem Verhalten messen.

Eine prozessorientierte Evaluation des psychotherapeutischen Prozesses wie sie Petermann (1996) in seinen Anforderungen und Kriterien der kontrollierten Praxis darstellt, ist für die Coachingforschung eine notwendige Ergänzung, beurteilt man Veränderungen des Klienten nicht nach normorientierten Standards, sondern im Sinne einer kriteriumsorientierten Messung, bei der konkrete, verhaltensnahe Ziele des Klienten erarbeitet werden. Kontrollierte Praxis setzt eine Dokumentierbarkeit des relevanten Verhaltens voraus, z.B. durch Methoden der Selbstbeobachtung, Selbstregistrierung oder Beobachtung durch andere Personen. Beispielsweise können bei der Förderung von Gesundheitsverhalten die Häufigkeit der sportlichen Aktivität pro Woche, das Körpergewicht oder konkrete Essgewohnheiten aufgezeichnet werden. Nur auf der Grundlage einer solchen kriteriumsorientierten Evaluation lässt sich begründen, ob der Klient im Verlauf des Coachings eine Annäherung an seine Ziele erreicht hat und unter welchen Bedingungen dies geschehen ist.

Die systematische und wissenschaftliche Evaluation eines Coaching kann belegen, *dass* das Coaching hilfreich bei der Erreichung der Ziele des Klienten war. Welche Faktoren im Einzelnen zu den Wirkungen und Ergebnissen, die mit den Klienten erreicht werden sollen, führen, ist Gegenstand der Wirkfaktorenanalyse. Auch an dieser Stelle war es die Therapieforschung, die dem wissenschaftlichen Coaching entscheidende Anregungen lieferte.

Eine der einflussreichsten Studien zur Analyse von Wirkfaktoren in der schulenübergreifenden psychologischen Beratung und Psychotherapie stammt von Grawe et al. (vgl. Grawe 2004, S. 392), der vier allgemeine Wirkfaktoren für den Erfolg einer Psychotherapie (unabhängig von der therapeutischen Schule) benennt:

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- motivationale Klärung
- Problembewältigung.

Greif (2008) übertrug die Frage nach den Wirkfaktoren der Psychotherapie auf die Coachingforschung und entwickelte ein Strukturmodell der Wirkungen beim ergebnisorientierten Einzelcoaching (Abb. 10). Er betont, dass sein Wirkmodell „nicht mehr, aber auch nicht weniger, den Versuch darstellt, eine vorläufige Orientierungsgrundlage zu entwickeln. Das Modell ist noch nicht empirisch abgesichert“ (Greif, 2008 a, S. 273). Die eingeführten Merkmale beziehen sich auf einzelne empirische Erhebungen, die noch selten in mehrfach bestätigten Zusammenhängen mit vergleichbaren Untersuchungsinstrumenten vorliegen.

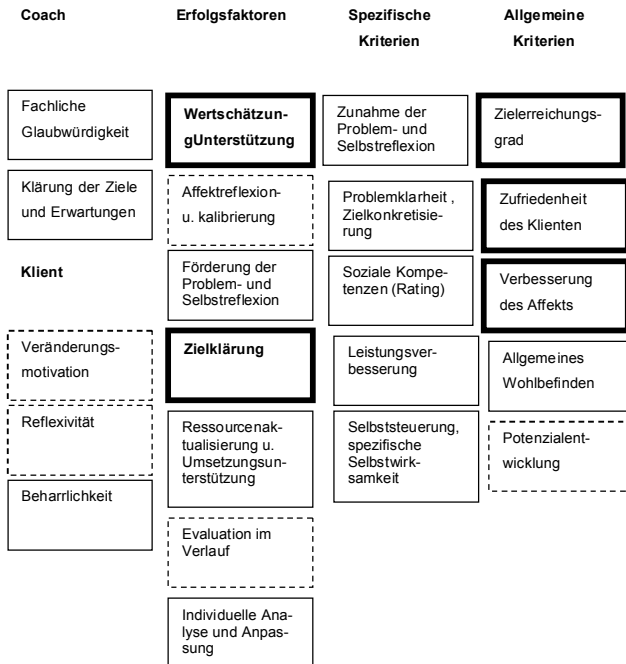


Abb. 10 Strukturmodell der Wirkungen beim ergebnisorientierten Einzelcoaching (Greif, 2008, S. 277)

**Fette Umrandung:** Übereinstimmung in mehreren Untersuchungen; **einfache Umrandung:** Erhebung in einzelnen Studien; **gestrichelte Umrandung:** Erhebung in laufenden Untersuchungen

Als empirisch gesicherte Wirkfaktoren können nur die beiden Erfolgsfaktoren „Wertschätzung und Unterstützung des Klienten durch den Coach“ und „Zielklärung im Coaching-Prozess“ bestätigt werden. Wiederholt gefunden wurden zudem bei den allgemeinen Erfolgskriterien, dass durch Coaching der Zielerreichungsgrad erhöht sowie die Zufriedenheit des Klienten und der Affekt verbessert wurden.

### 6.3 Coaching als innovative Maßnahme zur Förderung des Gesundheitsverhaltens

Evidenzbasierten Empfehlungen der „Task Force on Community Preventive Services“ (2005) zeigen, dass vor allem Interventionen für den zukünftigen Einsatz Erfolg versprechend sind, die auf mehreren Ebenen ansetzen (vgl. biopsychosozialer Ansatz) und einer maßgeschneiderten individuellen Anpassung unterliegen.

Vermutlich besteht ein Dilemma der meisten bisherigen Sportprogramme darin, dass sie die in der Öffentlichkeit weit verbreitete Auffassung verstärken, dass körperliche Aktivität anstrengend, d.h. auf anstrengendem Intensitätsniveau ausgeübt werden muss, damit man in den Genuss der gewünschten Gesundheitseffekte kommt. Mit der besten Absicht haben Autoren und Anwender von Präventionsprogrammen starre Vorgaben auf einem Anspruchsniveau diktiert, das die Aussichten auf die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und die Erhöhung von Selbstregulation bei den Teilnehmern minimiert hat (vgl. Renneberg & Hammelstein, 2006, S.212). Hier wäre es wichtig, die Selbstbestimmung der Teilnehmer stärker zu fördern, in dem sie bei der Zielsetzung und Zielabstufung viel stärker miteinbezogen werden als dies bisher der Fall ist. Die Forderungen nach der individuellen Anpassung einer Intervention und der selbstbestimmten Zielsetzung können durch ein bewegungsbezogenes Einzelcoaching erfüllt werden.

In der aktuellen psychologischen Forschung ist es jedoch üblich, ausschließlich Gruppenprogramme zur Erreichung von Gesundheitszielen, z.B. abnehmen, rauchfrei werden, anzubieten und zu evaluieren. Einzelberatungen zur langfristigen Förderung des Gesundheitsverhaltens werden bisher nicht angeboten. Lediglich fachlich standardisierte Beratungsgespräche zur Reduktion von Risikoverhalten, z.B. innerhalb der Diabetikerschulung, können von den Versicherten der Krankenkassen einmalig in Anspruch genommen werden. Bei der nachfolgenden Umsetzung des vermittelten Gesundheitswissens ist der Patient wieder auf sich allein gestellt. Dabei muss er oftmals viel organisatorisches Geschick und Durchsetzungsvermögen beweisen, um gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in den Alltag zu integrieren. Bleiben dann die erwarteten Erfolge aus, so kommt es zu Rückfällen und schließlich zur Wiederaufnahme alter Verhaltensmuster. Den Kreislauf zurück in alte Bewegungsgewohnheiten kennen auch viele Besucher von Fitness-Studios, die ihre sportliche Aktivität nach einem Fitness-Check und anfänglicher fachlicher Einweisung an den Trainingsgeräten ohne ausreichende Unterstützung aufgeben, sei es weil sie bei der Trainingsdurchführung überfordert sind oder die sportliche Aktivität nicht systematisch in ihren Alltag integrieren konnten. An dieser sensiblen Kreuzung, an der es sich entscheidet, ob eine Person ihre Absicht, regelmäßig Sport zu treiben, umsetzt oder sich wieder in ein präkontemplatives Stadium zurückzieht, muss eine Interventionsform bereitstehen, die der Person hilft, die Intentions-Verhaltensbrücke zu schließen.

Coaching als einzelfallbezogene Intervention zur Förderung der sportlichen Aktivität ermöglicht eine maßgeschneiderte Förderung der sportlichen Aktivität unter Berücksichtigung der Entwicklung selbstregulatorischer Kompetenzen und der Lebenswelt einer Person. In den folgenden Kapiteln wird deutlich, dass das hier vorgestellte Coaching sowohl den wissenschaftlichen Anforderungen einer Intervention genügt, also theoriegeleitet und standardisiert ist, als auch die Empfeh-



lungen bisheriger Reviews zur Wirksamkeitsprüfung von Interventionen zur Förderung der sportlichen Aktivität berücksichtigt.

#### 6.4 Das Modell zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation als theoretische Grundlage für das Coaching

Nach Greif (2008 b, S. 48) zeigt sich in der deutschsprachigen Coaching-Literatur ein Theoriedefizit darin, dass es kaum Theorien zur Beschreibung und Erklärung des Coaching-Prozesses gibt. Bei der Entwicklung des Coachings zur **sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation** stütze ich mich auf die aktuellen Erkenntnisse der gesundheitspsychologischen Prozessforschung und auf handlungstheoretische Aspekte der Ziel- und Handlungsregulation.

Das Konzept der sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation (Abb. 11) berücksichtigt motivationale und volitionale Aspekte der Verhaltensänderung. So gehört zu den motivationalen Interventionen die Wahrnehmung und Bewertung des **Ist-Zustandes**, die konkrete **Zielbestimmung** und die Ableitung eines **übergeordneten Ziels** mit **untergeordneten Prozesszielen**, die sich an den **Werten** einer Person orientieren und mit ihrer subjektiven Lebensphilosophie in Einklang stehen.

Außerdem wird die Umsetzung des Wirkfaktors „Zielklärung“ (Greif, 2008) im Coaching besonders ausführlich gestaltet.

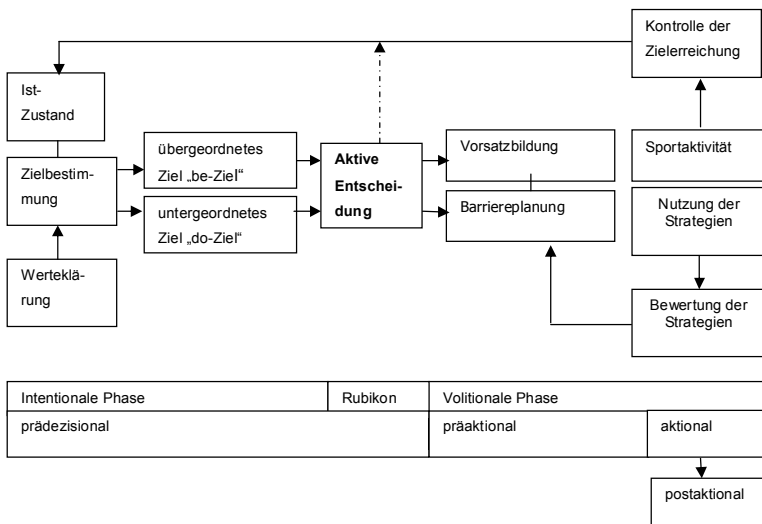


Abb. 11 Modell zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation (Fuchshuber, 2009)

Der Übergang von der intentionalen Phase in die volitionale Phase bildet die **aktive Entscheidung** des Klienten für die sportliche Tätigkeit. In dieser Phase wägt der Klient im Sinne eines Kreuzverhörs mit sich selbst ab, ob er wirklich bereit ist, sich für sein Ziel trotz auftretender Hindernisse einzusetzen. Hier kann eine erste Zielanpassung erfolgen, die dem Klienten die Entscheidung für sein Ziel erleichtert. Das aktive Hinterfragen der Intention, Sport zu treiben, soll dem Klienten höchstmögliche Sicherheit bei seiner Entscheidungsfindung vermitteln. Hat der Klient die Handlungsschwelle überquert, durchläuft er zunächst eine präaktionale Phase, in der er konkrete **Vorsätze** bildet, um sein Gesundheitsverhalten umzusetzen. Dabei stellt er auch Überlegungen dazu an, wie er sich bei der Durchführung seiner sportlichen Aktivität unterstützen kann, sobald **Barrieren** auftreten. Hier nutzt der Klient Strategien zur Handlungsabschirmung und Selbstmotivation nach dem SORK-Modell (vgl. 5.4.). Nach dieser Planungsphase beginnt die aktionale Phase, in der der Klient nun Sport treibt und seine Handlung durch den Einsatz seiner SORK-Strategien gegenüber Barrieren abschirmt.

Während in den handlungstheoretischen Modellen und im Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer (Kanfer et al., 2006) die anschließende Handlungsbewertung für die Ausbildung einer gewohnheitsmäßigen Handlung eine große Rolle spielt, wurde die postaktionale Phase in den gesundheitspsychologischen Prozessmodellen bisher vernachlässigt. Diese Erkenntnisse werden im Coaching zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation in einer **Bewertungs- und Kontrollphase** berücksichtigt. Sie beinhaltet die Bewertung der Handlungsausführung sowie ihrer Ergebnisse und Folgen im Abgleich mit den Ausgangserwartungen. Zusätzlich werden die Strategien zur Handlungsunterstützung interpretiert und bewertet. In Abhängigkeit von den Prozessen in der Bewertungs- und Kontrollphase wird entschieden, ob die sportliche Aktivität weitergeführt wird und ob Modifikationen bei der Zielsetzung und Strategieplanung durchgeführt werden sollen.

Im Unterschied zum Transtheoretischen Modell von Prochaska & DiClemente (1984) und dem MoVo-Modell von Fuchs (2006) wird hier die dynamische Struktur menschlichen Verhaltens stärker berücksichtigt, indem Rückkoppelungsprozesse der Strategieanpassung und Zielanpassung angenommen werden.

Zusammenfassend werden folgende fünf Schritte im Aufbau des Modell zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation systematisch berücksichtigt:

- die Klärung von Zielen und Werten des Klienten (intentionale Phase)
- die aktive Entscheidung für die sportliche Tätigkeit (intentionale Phase)
- die Vorsatzbildung und Barriereplanung (volitionale Phase)
- die Handlungsdurchführung und Nutzung der Strategien zur Handlungsabschirmung (volitionale Phase)

- die Kontrolle der Zielerreichung und die Bewertung der durchgeführten Strategien (volitionale Phase).

Das Modell wird im Folgenden im Kontext seiner Anwendung, nämlich dem Coaching von Klienten, geschildert, um eine anschauliche und konkrete Darstellung der Inhalte zu ermöglichen. Dabei werden die einzelnen Phasen aus theoretischer Perspektive begründet.

## 1. Die Klärung von Zielen und Werten

In der ersten Sitzung wird der **Ist-Zustand** auf der körperlichen, motivationalen und Verhaltensebene durch Fragebögen, Leistungsdiagnostik und im Gespräch erhoben. In der nächsten Sitzung erfolgt die **Zielbestimmung** des Klienten im Hinblick auf sein sportliches Engagement im Fitness-Studio. Sie sollten positiv und konkret formuliert sein und im gemeinsamen Gespräch mit dem Coach auf ihre Realisierbarkeit überprüft werden. Der Klient muss dabei die Möglichkeit haben, frei über seine Gefühle und Gedanken zu sprechen, und darf nicht vom Coach und dessen Vorstellungen geleitet werden. Die erarbeiteten Ziele werden in übergeordnete Be-Ziele (Was möchte der Klient erreichen?) sowie in untergeordnete Do-Ziele (Was möchte er für die Erreichung der Ziele tun?) unterteilt. Zusätzlich findet eine Überprüfung der **Ziele im Wertesystem** des individuellen Lebenskontexts statt. Dabei regt der Coach den Klienten an, seine Aufmerksamkeit auf Lebensbereiche zu lenken, wie z.B. Beruf, Gesundheit oder Familie. Der Klient soll herausfinden, in welchen Lebensbereichen er zufrieden ist, welche Werte ihm wichtig sind und inwieweit er seine Ziel- und Wertvorstellungen verwirklicht. Bewusst erlebte Diskrepanzen der momentanen Ziele und Wertvorstellungen und der realen Lebenssituation können die Motivation, Änderungsprozesse einzuleiten, fördern. So kann ein Klient feststellen, dass ihm Gesundheit in seinem Leben sehr wichtig ist, aber er in seiner derzeitigen Lebenssituation keinerlei gesundheitsfördernden Maßnahmen betreibt und sich damit wenig wertkonform verhält.

Theoretische Begründung:

Nach dem Rubikon-Modell von Heckhausen (1989) befindet sich der Klient in der prädeziSIONalen Phase. In dieser laufen drei grundlegende Prozesse ab: die Absichtsbildung, die Aufwand-Effekt-Kalkulation und die Vorsatzbildung.

Die Absicht, sportlich aktiv zu werden, setzt eine Wertklärung im persönlichen Kontext des Klienten voraus. Der Klient stellt die motivationale und sinnhafte Frage nach dem Wozu? der sportlichen Aktivität. Das Streben nach Gesundheit, Selbstverwirklichung, Anerkennung oder gutem Aussehen sind mögliche Werte, welche die Bildung einer Zielintention auslösen. Je stärker die Zielintention mit den Werten des Klienten übereinstimmt, desto höher ist die **Selbstkonkor-**

**danz** dieser Zielintention und desto besser lässt sie sich gegenüber anderen Zielintentionen abschirmen (vgl. Fuchs et al., 2005, S.3).

Die Fähigkeit zur Ziel- und Werteklä rung (abgekürzt ZWK) stellt eine typische Selbstmanagement-Kompetenz dar, durch die sich Klienten bewusst werden, welche Ziele sie anstreben und umsetzen wollen. Die ZWK trägt in mehrerlei Hinsicht zum Aufbau einer Veränderungsmotivation bei (vgl. Kanfer et al. 2005, S. 384):

- Die kognitive Beschäftigung mit positiven Zielvorstellungen erhöht die Tendenz von Personen zu zielführenden Handlungen.
- Das bewusste Setzen eigener Ziele („goal setting“) macht es leichter möglich, diese tatsächlich zu erreichen.
- Der Aufbau einer positiven Zugmotivation (im Gegensatz zur Negativmotivation durch Leidensdruck) fördert die aktive Beteiligung des Klienten.

Dabei darf die Ziel- und Werteklä rung „nicht als statisch betrachtet werden. Sie ist vielmehr eine Momentaufnahme aktueller Wünsche und Interessen und weist auf motivationale Anreize hin, die für einen Änderungsprozess genutzt werden können“ (Kanfer et al., 2006, S. 402). So ist es durchaus möglich, dass die Wertehierarchie und die Zielvorstellungen eines Klienten nach Ablauf des Coachings eine neue Ordnung und Gewichtung aufweisen.

## 2. Die aktive Entscheidung

In der nächsten Sitzung erfolgt die **aktive Entscheidung**, eine sportliche Aktivität regelmäßig aufzunehmen oder dies sein zu lassen. Die Entscheidung wird durch eine Kosten-Nutzen Analyse herbeigeführt, in welcher Gründe für die Veränderung bzw. für die Beibehaltung des jetzigen Zustandes zusammengestellt werden.

Theoretische Begründung:

Die Stärke der Zielintention wird durch die erwarteten Vor- und Nachteile des Verhaltens bestimmt. Die Gegenüberstellung von Aufwand und erwartetem Nutzen wird handlungstheoretisch als Aufwand-Effekt-Kalkulation bezeichnet. Um eine Entscheidung fällen zu können, muss der Kalkulationsprozess abgeschlossen sein. Dies fällt aber häufig recht schwer, weil man glaubt, noch nicht genügend Klarheit zu haben und nach zusätzlichen Informationen suchen zu müssen. Diesen Kalkulationsprozess tatsächlich zu Ende zu bringen, erfordert „volitive Regulationsprozesse, die den Fortgang der abwägenden Für- und Wiederüberlegungen überwachen und gegebenenfalls auf Abschluss drängen“ (vgl. Fazit-Tendenz nach Heckhausen, 1986). Die systematische Reflexion und das schriftliche Festhalten dieses Kalkulationsprozesses gemeinsam mit dem Coach soll die Stärke der Fazit-Tendenz und damit die aktive Entscheidung des Klienten für die sportliche Tätigkeit fördern. Auch die Entscheidung des Klienten

ten zum jetzigen Zeitpunkt nicht sportlich aktiv werden zu wollen, ist vom Coach respektvoll zu akzeptieren.

### 3. Die Vorsatzbildung

Hat der Klient die realisierenden Bedingungen seines Ziels ausreichend geprüft und ist er bereit, seinen jetzigen Zustand durch eine sportliche Aktivität dauerhaft zu verändern, findet die Planung von Durchführungsvorsätzen und Bewältigungsstrategien statt, die zur Implementierung und Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität beitragen. Damit es dem Klienten leichter fällt, passende Strategien zur Förderung seines Handlungsziels und zum Umgang mit auftretenden Barrieren zu finden, wird er in das SORK-Barrieremanagement (vgl. 5.4) eingeführt. Der Klient erhält dabei eine übersichtliche Anleitung, welche volitionalen Regulationsprozesse er nutzen kann, um sein Sporttreiben zu unterstützen. Ziel ist es, dass der Klient selbständig Strategien entwickelt, die er passend in seinem Lebenskontext einsetzen kann.

Theoretische Begründung:

Ist die Entscheidung für eine Absicht getroffen, ist entsprechend der von Heckhausen (1986) formulierten Rubikon-Metapher die Schwelle der auf Wünschbarkeit und Realisierbarkeit bezogenen Kalkulationen überschritten. Im Vordergrund der gedanklichen Vorausbeschäftigung steht nun die Frage: „Wie und wann soll gehandelt werden, um die Absicht zu verwirklichen?“ Die Vorsatzbildung beinhaltet die Vornahme, bestimmte Situationen, die als realisierungsgünstig erscheinen, aktiv aufzusuchen oder herzustellen, etwa die Verabredung mit einem Trainingspartner. Außerdem werden Strategien in sensu entwickelt, welche im Umgang mit zu erwartenden ungünstigen Bedingungen vom Klienten angewandt werden können, beispielsweise das Kürzen des Trainings oder die Abgrenzung von beruflichen Verpflichtungen. Traut sich eine Person zu, sportlich aktiv zu werden, auch wenn ungünstige innere oder äußere Bedingungen der Ausführung des Sporttreibens entgegenstehen, so wird im motivationspsychologischen Sinn von einer ausreichenden sportbezogenen Selbstwirksamkeitsüberzeugung gesprochen (Bandura 1986; Pahmeier 1995; Fuchs, 1994). Es liegen ausreichende Befunde vor, die bestätigen, dass die sportbezogene Selbstwirksamkeit die Implementierung und Aufrechterhaltung des Sporttreibens positiv beeinflusst (vgl. Schwarzer, 1996, S. 227).

Treten Barrieren und Hindernisse auf, so steht die Person vor der Aufgabe, die intendierte Handlung gegenüber konkurrierenden Handlungsoptionen abzusichern. Volitionstheoretiker (z.B. Allmer, 2002) sprechen deshalb auch vom Prozess der Intensionsabschirmung.

#### 4. Die Handlungsausführung und Handlungsabschirmung

Im nächsten Schritt nimmt der Klient sein sportliches Training auf und wendet die geplanten Strategien des Barrieremanagements im Alltag an. Neben der Häufigkeit seiner sportlichen Aktivität notiert sich der Klient auch den Einsatz seiner Kontrollstrategien zur Durchführung des sportlichen Trainings.

Theoretische Begründung:

Während in der intentionalen Phase der Schwerpunkt auf der Intentionenbildung, der aktiven Entscheidung und der Planentwicklung liegt, steht in der aktionalen Phase die Verwirklichung von Intentionen durch die konkrete Ausführung entsprechender Pläne im Vordergrund. Nicht selten wird die sportliche Tätigkeit abgebrochen oder unterbrochen. Für die dauerhafte Realisierung einer aktivierten Intention ist es wichtig, dass sie weiterhin gegenüber anderen der Warteschleife befindlichen Intentionen abgeschirmt wird (vgl. Kuhl, 1983). Mit dem Einsatz des Barrieremanagements können die Klienten die Beibehaltung der Handlung auch angesichts „nachdrängender“ Intentionen sicherstellen. Prozesse, die zur Fortsetzung der Handlungsausführung beitragen und einem möglichen Handlungsabbruch entgegenwirken, werden als Handlungsabschirmung bezeichnet (Kuhl, 1987). Als Metapher für diese Kontrollfunktion bietet sich das Brennglas an, durch das „Energien auf ein Handlungsziel bei gleichzeitiger Abschottung gegenüber anderen Einflüssen,“ (Weinert, 1987, S. 20) fokussiert werden.

#### 5. Die Bewertung der Zielerreichung und der Strategien

Nach einer Phase des selbständigen Durchführens der sportlichen Aktivität bewertet der Klient in der letzten Sitzung, inwieweit die angestrebten Ziele erreicht und in welchem Maße die erarbeiteten Strategien zur Ausführungs- und Barriereplanung hilfreich waren. Im positiven Fall kann das Ziel beibehalten oder, um neue Trainingsanreize zu schaffen, erneuert werden. Fällt die abschließende Bewertung negativ aus, muss entweder eine Strategieanpassung vorgenommen werden oder es erfolgt die Anpassung bzw. die Aufgabe der zu Anfang formulierten Ziele.

Theoretische Begründung:

Diese Phase des Coachings beinhaltet die Kontrolle und Bewertung der Handlungsausführung sowie ihrer Ergebnisse und Folgen im Abgleich mit den Ausgangserwartungen: Inwieweit waren die der Handlung zugrunde gelegten Intentionen und Strategien grundsätzlich situationsangemessen, inwieweit konnten sie auch umgesetzt werden, und woran liegt es, dass dies gelang oder misslang. Für die Beantwortung dieser Fragen werde im Coaching die von Nitsch (2004, S.20) vorgeschlagenen aufeinanderfolgenden Teilprozesse berücksichtigt: (a) In Kontrollprozessen wird zunächst festgestellt, inwieweit das Angestrebte tatsächlich auch getan (Do-Ziel) und erreicht (Be-Ziel) wurde. (b) In Evaluationsprozessen

sen wird die Handlungsausführung einschließlich ihrer unterstützenden volitionalen Regulationsmechanismen und Folgen retrospektiv bewertet. Bei diesen Bewertungen steht die „subjektive Erklärung des tatsächlichen Ablaufs und Folgen insbesondere auch im Hinblick auf die Optimierung zukünftiger Handlungen in Vordergrund“ (ebd.).

Wurde das angestrebte Ziel nicht erreicht, können im Evaluationsprozess folgende Rückkoppelungsprozesse unterstützt werden:

**Zielanpassung:** Kann das Anspruchsniveau verringert werden?

**Strategieanpassung:** Gibt es „bessere“ Strategien zur Zielerreichung?

**Kausalattribution:** Welche externen Gründe sind für den Misserfolg verantwortlich?

## 6.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die eigene Arbeit

Coaching wird in dieser Arbeit als psychologisch fundierte und handlungsorientierte Prozessberatung betrachtet. Im Sinne des Selbstmanagement-Ansatzes (Kanfer et. al., 2006) ist unter Coaching eine strukturierte Anleitung zur Selbststeuerung zu verstehen, deren Ziel es ist, adaptive Prozesse zur Optimierung von Lösungen zu gestalten.

Die Forschung über die Wirkungen, Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren von Coaching steht noch in ihren Anfängen. Nach Greif (2008 a, S. 213) ist die Zusammenfassung aller Untersuchungen zum Erfolg von Coaching schwierig, da die Stichproben sehr heterogen, die Fragestellungen vielfältig und die untersuchten Merkmale sowie Untersuchungsmethoden sehr verschiedenartig sind. Gesicherte empirische Ergebnisse auf der Übereinstimmung von mehreren Studien lassen sich für den Wirkfaktor „Wertschätzung und Unterstützung durch den Coach“ sowie „Zielklärung im Coaching-Prozess“ finden. Wiederholt gefunden wurde zudem bei den allgemeinen Erfolgskriterien, dass durch Coaching der Zielerreichungsgrad erhöht, die Zufriedenheit des Klienten und der Affekt verbessert wurde.

In der gesundheitspsychologischen Forschung wurde Coaching als einzelfallbezogene Intervention zur Förderung der sportlichen Aktivität bisher noch nicht eingesetzt. Coaching berücksichtigt als eine maßgeschneiderte Förderung der sportlichen Aktivität unter Einbeziehung der Entwicklung selbstregulatorischer Kompetenzen und der Lebenswelt einer Person Determinanten des Gesundheitsverhaltens, nämlich die Selbstbestimmung und Klärung der Ziele, die Umsetzung der Handlung in den individuellen Lebenskontext und die wertschätzende Unterstützung durch den Coach.

Damit Coaching wissenschaftlich untersucht werden kann, bedarf es zunächst einer theoretisch fundierten Entwicklung eines Coaching-Konzepts und standardisierter Methoden der Durchführung. Das Modell der sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation vereint gesundheitspsychologische und handlungstheoretische Erkenntnisse zu einem Coaching-Modell, das für den Praktiker leicht transparent und einfach umzusetzen ist. Das Coaching integriert eine intentionale und eine volitionale Phase. In der intentionalen Phase dient die Ziel- und Wertklärung dem Aufbau einer Veränderungsmotivation und der Konkretisierung selbstgesteckter Ziele. Um eine aktive Entscheidung des Klienten für die sportliche Tätigkeit herauszubilden, wägt der Klient die erwarteten Vor- und Nachteile seines Zielverhaltens miteinander ab. Schließlich bildet er mit dem Eintritt in die volitionale Phase eine realisierungsorientierte Bewusstseinslage aus: der Klient formuliert seine konkreten Vorsätze auf der Verhaltensebene und antizipiert den Umgang mit möglichen Barrieren. Während der Handlungsdurchführung nutzt er Strategien zur Handlungsabschirmung nach dem SORK-Modell. Sowohl während der Implementierung der sportlichen Aktivität als auch zum Abschluss des Coachings kontrolliert und bewertet der Klient den Status seiner Zielerreichung. Durch diesen Abgleich mit seinen Standards kann der Klient im Prozess der Verhaltensänderung seine bisherigen Erfahrungen geltend machen, indem er sein Ziel oder angewandte Strategien modifiziert.

Um die Vergleichbarkeit des Coachings zu gewährleisten wurden für die einzelnen Phasen des Coachings standardisierte Maßnahmen entwickelt, deren Durchführung von Coach und Klient während des Coaching-Prozesses im Sinne der kontrollierten Praxis von Petermann (1996) dokumentiert werden.



## **7 Die Vermittlung des Coaching Konzepts an Multiplikatoren**

### **7.1 Rekrutierung und Beschreibung der Multiplikatoren**

An der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement (DHPG) in Saarbrücken konnten 13 Diplomanden für die Ausbildung und Durchführung von je zwei Coachings rekrutiert werden. Die Studenten waren der Versuchsleiterin bereits durch die eigene Dozententätigkeit persönlich bekannt.

Die Diplomanden sind Studenten der Studiengänge zum Diplom-Gesundheitsmanager und Diplom-Fitnessökonom. Da die DHPG Fernstudien-gänge mit Präsenzphasen anbietet, waren die Studenten in ganz Deutschland verteilt (von Freiburg bis Berlin).

Die Studenten verfügten aufgrund ihres Studiums über Kenntnisse aus dem Bereich der Gesundheitspsychologie, Kommunikation, Gesundheitsförderung und Prävention und der Sportwissenschaften. Alle Studenten arbeiteten als Auszubildende in einem Fitness-Studio, wo auch die Durchführung des Coachings realisiert wurde.

### **7.2 Ziele der Schulung**

Mit einer zweitägigen Schulung wurden die Fachkräfte dazu ausgebildet, als Multiplikatoren das Coaching selbständig innerhalb ihres Arbeitsettings im Fitness-Studio durchzuführen.

Neben der pädagogisch-psychologisch wirkungsvollen Durchführung des Coaching sollten die Fachkräfte auch darin befähigt werden, die Coachingsitzungen in standardisierter Form zu dokumentieren und zu evaluieren.

- Die Schulung diene dabei zur theoretischen Darstellung
- des Forschungsprojekts mit seiner wissenschaftlichen Begründung,
- des Coachings- Konzepts und den dazugehörigen
- einzusetzenden Arbeitsmitteln und Dokumentationsbögen.

Auf der praxisorientierten Ebene sollten die Coaches Erfahrungen gewinnen

- im Annehmen einer klientenzentrierten Haltung gegenüber den Klienten
- im Anwenden des Coaching-Leitfadens und dem Einsatz standardisierter Arbeitsmittel
- im Anleiten und Auswerten der Fragebögen und
- in der Dokumentation des Coachings.

Grundlage für die Gestaltung eines wirkungsvollen und handlungswirksamen Coachingprozesses ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Coach und Klient und die Bereitschaft des Klienten, den Veränderungsprozess aktiv mitzugestalten. Um die Motivation der Klienten und deren Eigenverantwortung zu stärken, ist es daher wichtig, den Fachkräften eine klientenzentrierte Haltung in der Kommunikation mit den Klienten zu vermitteln und diese mit praktischen Übungseinheiten zu trainieren. Unter einer klientenzentrierten Haltung wird hier eine Kommunikationshaltung verstanden, die voll auf die zu beratende Person gerichtet ist. Häufig werden Gesundheitsinformationen durch Gesundheitsexperten noch zu aggressiv und belehrend vermittelt. In Gesprächen und in der Beratung werden Ratschläge mit der inneren Einstellung „Ich weiß, was für dich gut ist.“ erteilt. Im Extremfall ist ein solcher Experte so von sich und seinem Wissen bzw. seiner Mission überzeugt, dass er Gedanken und Gefühle seines Klienten überhaupt nicht mehr wahrnehmen kann.

Die Gesprächsführung des Coaches soll so gestaltet sein, dass der Klient - ausgehend von seinem aktuellen persönlichen Status - selbst den richtigen Weg und die richtigen Lösungen zur Realisierung seiner persönlichen Gesundheitsziele findet. Das gilt auch dann, wenn der Berater berechtigt annimmt, dass dies nicht ausreicht. Die Schritte, die der Klient in diesem Moment zu gehen bereit ist, sind für ihn die richtigen. Im weiteren Vorgehen kann daran gearbeitet werden, andere und evtl. bessere Lösungen zu finden.

### **7.3 Inhalte und Methodik der Schulung**

Das erarbeitete Coaching-Konzept wurde an zwölf Studenten der DHPG, Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement in Saarbrücken, in einem zweitägigen Seminar vermittelt. Eine Studentin wurde für die Durchführung der Pilotstudie bereits in den Ablauf des Coachings von der Versuchsleiterin eingewiesen.

Die Studenten erhielten eine theoretische und praktische Einweisung in das Selbstmanagement-Konzept von Kanfer (Kanfer et al., 2006) und die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers (1974). Es fand eine Einweisung in den theoretischen Hintergrund sowie in den Aufbau und die Inhalte des Coachings statt. Außerdem erhielten die Studenten standardisierte Fragebögen zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit (Pahmeier, 1999) und Selbstkonkordanz (Fuchs, 2006), einen Leitfaden für den Coach sowie einen Coaching-Begleiter für je einen Klienten. In Handlungsproben übten die Studenten teilstandardisierte Coaching-Phasen ein.

Die zweitägige Schulung fand vom 2.-3. April 2007 in Köln in den Räumen des BSA-Lehrgangszentrums statt. Der erste . Unterrichtstag dauerte von 10.00 Uhr – 18.30 Uhr, der zweite Unterrichtstag begann um 9.00 Uhr und endete um 16.30 Uhr.

In den Tab.11 bis Tab.14 wird die Unterrichtsplanung für die einzelnen Halbtage dargestellt. Folgende inhaltlichen Schwerpunkte wurden bearbeitet:

- 1. Tag (vormittags):      Theoretische Grundlagen des Coachings
- 1. Tag (nachmittags):    Ressourcen fördern mit Selbstmanagement und aktivem Zuhören
- 2. Tag (vormittags):     Arbeitsmittel für die Durchführung eines Coachings zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation
- 2. Tag (nachmittags):    Durchführung eines Coachings zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation im Rollenspiel

Lernziele am ersten Vormittag der Ausbildung (Tab.11)) waren das Kennenlernen theoretischer Hintergründe zum Coaching, die Abgrenzung von Coaching zu anderen Beratungsformen und der Psychotherapie und die Vertiefung von Modellen der Verhaltensänderung.

Tab. 11 Schulung: Theoretische Grundlagen im Coaching am 1. Tag (vormittags)

1. Theoretische Grundlagen im Coaching	Methodik/Medieneinsatz
Begrüßung, Organisation (Anwesenheitsliste) Idee des Forschungsprojekts: Coaching im Gesundheitssport Tagesablaufplanung (agenda) Aushändigen der Teilnehmerunterlagen /Skript	Frontalunterricht Tn-Unterlagen/Skript
<b>Was ist Coaching?</b> Gesundheitscoaching – ein neuer Trend auf dem Gesundheitsmarkt? Coaching als Hilfe zur Selbsthilfe; Unterstützung einer Verhaltensänderung Abgrenzung zur Psychotherapie Coaching im Fitness-Studio:	Flip-Anschrift Power-Point Unterrichtsgespräch Erfahrungsaustausch Teilnehmerunterlage Erfahrungen der Tn
<b>Anforderung an den Coach/Selbsteinschätzung</b> Selbstkompetenz, soziale Kompetenz, Fachkompetenz Frage an die Tn: Wo liegen Ihre Stärken? Was können Sie bereits? Wo möchten Sie noch dazulernen?	Folie Flip-Anschrift Punktabfrage Teilnehmerunterlagen
<b>Veränderungsmodelle</b> Rückblick auf das TTM-Modell, Rubikonmodell MOVO Konzept vorstellen Berliner Sportstadien-Modell vorstellen <b>Kognitive Determinaten des Sporttreibens</b> Sportbezogene Selbstwirksamkeit Sportbezogene Selbstkonzordanz	Powerpoint Fragebögen Ausfüllen und Auswerten der Fragebögen
<b>Interventionen zur Unterstützung von sportlicher Aktivität</b> Ableitung und Sammeln von intentionalen und volitionalen Interventionen aufgrund der theoretischen Modelle	Flip (Tabelle intentionale – volitionale Phase)
<b>Coaching-Modell</b> Grundstruktur des Coachings zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation	Leitfaden in Teilnehmerunterlage Powerpotint
<b>Selbstmanagement nach KANFER</b> Leitlinien des Selbstmanagements 6 Grundregeln des SM (auf flip) Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Selbstverstärkung	Teilnehmerunterlage Unterrichtsgespräch Regeln auf farbigen Plakaten

Am Nachmittag des ersten Ausbildungstages (Tab. 12) sollten die Teilnehmer in Rollenspielen ein aktives und ressourcenorientiertes Zuhören üben und diese Kompetenzen im Coachingmodul „Ziel- und Werteklä rung“ anwenden. Gegenseitiges Feedback und der Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen bildeten den Abschluss des ersten Tages.

Tab. 12 Ressourcen fördern mit Selbstmanagement und aktivem Zuhören am 1. Tag ( nachmittags)

<b>2. Ressourcen fördern mit Selbstmanagement und aktivem Zuhören</b>	<b>Methodik/Medieneinsatz</b>
<b>Zuhören und fragen</b> Formen des Zuhörens: paraphrasieren, spiegeln, sokratisch differenzieren Formen des Fragens: nachfragen, hypothetisch fragen	Folien Beispiele
<b>Feedback Regeln</b> Ich-Form, zeitnah, konkret, erwünscht Sandwich-Technik	Flip Beispiele
<b>Aktiv zuhören</b> Kennzeichen des aktiven Zuhörens Feedback im Plenum 10 min + Anwenden der feedback-Regeln	Teilnehmerunterlagen Folie/flip <b>Übung: Kontrollierter Dialog</b>
<b>Umgang mit Tilgungen</b>	Teilnehmerunterlagen Folie/flip <b>Üung: Sokratisch differenzieren</b>
<b>Ziel- und Werteklä rung:</b> Mind map der Handlungsfelder (2x 20 min) Vorstellen im Plenum (20 min)	Teilnehmerunterlagen Coaching-Leitfaden <b>Übung: mind map der Handlungsfelder</b>
<b>Gefahren in der Gesprächsführung</b> Beispiele auf Moderationskarten	Teilnehmerunterlagen <b>Übung: So nicht – besser so</b>
<b>Schwierige Situationen</b> Beginn, Ende, Pausen, Umgang mit der Bitte um Ratschläge	Teilnehmerunterlagen
<b>Abschluss</b> Text von Michael Ende: So konnte Momo zuhören..	blitzlicht

Der zweite Ausbildungstag (Tab. 13) begann mit der Einführung in das Untersuchungsdesign und der Sichtung aller Arbeitsmaterialien (Coaching-Begleiter, Leitfaden, Fragebögen, Auswertungsübersichten).

Tab. 13 Arbeitsmittel für die Durchführung eines Coachings zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation am 2. Tag (vormittags)

<b>3 .Arbeitsmittel und Dokumentation des Coachings</b>	<b>Methodik/Medieneinsatz</b>
<b>Untersuchungsdesign</b> Forschungsfragen in der Gesundheitspsychologie Forschungsfragen in der Untersuchung	Powerpoint Teilnehmerunterlage
<b>Arbeitsmittel für das Coaching</b> Leitfaden und Dokumentation Coaching-Begleiter (Einleitung lesen) Übersichtsblätter für die Dokumentation Einverständniserklärung des Klienten Angaben zum Coach und Trainingscenter	Leitfaden Coachingbegleiter Teilnehmerunterlagen Unterrichtsgespräch

Am Nachmittag des zweiten Ausbildungstags (Tab. 14) übten die Teilnehmer den Ablauf des Coachings im Rollenspiel. Dabei nutzten sie den Coaching-Leitfaden und den Coaching-Begleiter. Die gemachten Erfahrungen wurden im Plenum diskutiert.

Tab. 14 Durchführung eines Coachings im Rollenspiel am 2. Tag (nachmittags)

<b>4. Durchführung der Coachingmodule</b>	<b>Methodik/Medieneinsatz</b>
<b>Ziele finden</b> Was sind Gesundheitsziele? Formulieren von persönlichen Gesundheitszielen	Moderationstafel Beispiele für Gesundheitsziele sammeln
<b>Ziele formulieren</b> SMARTER Ziele, Do- Be Ziele bestimmen, GAS bestimmen	<b>Ab hier</b> : praktisches Arbeiten mit Leitfaden in <b>Dreiergruppen</b> (Coach, Klient, Bobachter)
<b>Kosten-Nutzenanalyse</b>	Teilnehmerunterlagen
<b>Wirkung kurzfristiger Konsequenzen</b> Kurzfristige positive Konsequenzen sammeln	Teilnehmerunterlagen
<b>Barrieren</b> Identifikation von Barrieren Strategien zum Barrieremanagement sammeln SORK-Schema erarbeiten, Barriereplan erstellen	Moderationstafel Moderationskarten
<b>Strategienutzung und Evaluation des Coachings</b> Fragen im Leitfaden, Fragebögen zur Evaluation	Teilnehmerunterlage
<b>Erfolgskontrolle und Strategienutzung</b> Interne/externe Attribution besprechen	Plenum
<b>Abschluss</b> Offene Fragen, Merkblatt, Ausgabe von Trainings-CD	Plenum

Abschließend erhielt jeder Teilnehmer zwei Leitfäden, zwei Coaching-Begleiter, Fragebögen für ihre Klienten, ein Skript und eine CD mit allen Unterlagen für die Durchführung und Auswertung der Coachings.

## 7.4 Trainingsunterlagen

Die Trainingsunterlagen umfassen ein Trainingsmanual, den Coaching-Begleiter für den Klienten und den Leitfaden für den Coach.

## 7.5 Trainingsmanual

Die Teilnehmer erhielten ein 50 seitiges Skript, in dem die Inhalte der Schulung zusammengefasst wurden und vertieft werden konnten. Die Inhalte werden in der folgenden Tab. 15 stichwortartig dargestellt.

Tab. 15 Trainingsmanual für die Multiplikatoren

<p><b>1. Was ist Coaching?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coaching im Fitness-Studio</li> <li>- Anforderungen an den Coach</li> <li>- Selbstkompetenz</li> <li>- Soziale Kompetenz</li> <li>- Fachliche Kompetenz</li> </ul>	<p><b>3. Gesprächsführung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktiv Zuhören</li> <li>- Rückmeldung geben</li> <li>- Spiegeln</li> <li>- Gefahren und typische Fehler in der Gesprächsführung</li> <li>- Schwierige Gesprächssituationen</li> </ul>
<p><b>2. Selbstmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leitlinien des Selbstmanagements</li> <li>- Sechs Grundregeln für das Selbstmanagement-Vorgehen</li> <li>- Grundzüge des Selbstmanagement-Trainings</li> <li>- Das SORK-Modell</li> <li>- Selbstkontrolle</li> </ul>	<p><b>4. Die Untersuchung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coaching -Konzept</li> <li>- Untersuchungsdesign</li> <li>- Literatur</li> </ul>

### **7.5.1 Coaching-Begleiter für den Klienten**

Jeder Klient erhielt einen Coaching-Begleiter, in dem nach einer kurzen Einführung zum Coaching zu jeder Sitzung graphische und tabellarische Zusammenfassungen sowie Arbeitsaufträge veranschaulicht sind.

Zu den Inhalten des Coaching-Begleiters gehören:

- Einleitung für jede Coaching-Sitzung (Darstellung der Ziele)
- Übersicht zur Leistungsdiagnostik in Woche 1 und Woche 10
- Tabelle und Grafik für das Trainingsprotokoll
- GAS (goal attainment scaling)
- Mind map zur Erstellung der Handlungsfelder
- Kosten-Nutzen-Analyse
- Hinweise zur Wahrnehmung kurzfristiger positiver Konsequenzen
- SORK-Beispiele und Kategoriensystem
- Hinweise zu den „Hausaufgaben“.

### **7.5.2 Leitfaden für den Coach**

Der Coaching-Leitfaden dient als Arbeitsmittel und zur übersichtlichen Dokumentation der Sitzungen. Neben standardisierten Fragen enthält der Leitfaden auch Hinweise zur Gesprächsführung ( z.B. aktiv nachfragen) und Anleitungen zur Dokumentation der Antworten (z.B. Antworten den Kategorien zuweisen). Die Antworten des Klienten können direkt in den Leitfaden notiert werden.

Dabei ist ein zentrales Charakteristikum von Leitfadeninterviews, dass der Leitfaden bereits vor der Interviewdurchführung mit vorformulierten Fragen oder Themen erarbeitet wird. Dies dient zum einen der Eingrenzung der Thematik und zum anderen der Gewährleistung einer gewissen Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Interviewergebnisse (vgl. Friebertshäuser , 1997, S.375). Um die Klienten in ihren Antworten aber nicht zu sehr einzuschränken, sind die Antwortmöglichkeiten nicht vorgegeben.

Der Coaching-Leitfaden ist exakt nach dem Ablaufplan des Coachings gegliedert.



### 7.5.3 Curriculum für das Coaching zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation

In diesem Kapitel werden der zeitliche Ablauf, die Inhalte und die Maßnahmen im Coaching vorgestellt.

Während des gesamten Coachings erhält der Klient immer wieder Hausaufgaben, damit er durch Selbstbeobachtungsaufgaben und Selbstaufzeichnungen stets aktiv am Beratungsprozess beteiligt ist und auf diese Weise sein Ressourcenbewusstsein und seine Eigenverantwortung schult. Die Selbstbeobachtung dient sowohl der Klärung des Ist-Zustands als auch der Stärkung von „self awareness“, um die Entwicklung des Verhaltens zu kontrollieren und zu bewerten. Im folgenden Curriculum soll der Ablauf des Coachings kurz dargestellt werden.

#### 1. Die intentionale Phase im Coaching

In der intentionale Phase (Tab 16) werden die Erwartungen des Klienten an das Coaching geklärt. Es erfolgt eine Bestimmung des Ist-Zustands durch körperliche und psychometrische Diagnoseverfahren. Bereits nach der ersten Sitzung beginnt der Klient mit der Aufzeichnung seiner sportlichen Aktivität anhand seines Trainingsprotokolls.

Da die umfangreiche Diagnostik durch das Ausfüllen der Fragebögen und den Fitness-Test zeitaufwendig ist, wird für die Zielbestimmung des Klienten ein zweiter, zeitnahe Termin festgelegt. Inhalt dieser Sitzung ist es, dass der Klient, angeleitet durch gezielte Fragen des Coaches, den Wert seiner Gesundheit und die Bereitschaft, sich gesundheitsfördernd zu verhalten, reflektiert. Der Klient erkennt sich mit seinen Aufgaben und seiner Verantwortung in seinen unterschiedlichen Lebensfeldern, wie etwa Beruf, Familie, Freizeit, soziale Kontakte. Dabei soll dem Klienten bewusst werden, welche Handlungsfelder in günstiger oder ungünstiger Verbindung zu der sportlichen Aktivität stehen. Beispielsweise kann die Familie sowohl unterstützenden als auch hemmenden Einfluss auf das Sporttreiben ausüben.

Tab. 16 Intentionale Phase im Coaching

<b>Zeitpunkt</b>	<b>Inhalte</b>	<b>Maßnahmen</b>
Woche 1	Erwartungen des Klienten und Inhalte des Coachings Definition des Ist-Zustands	körperliche Leistungsdiagnostik Psychometrische Diagnostik (sportbezogene Selbstwirksamkeit, Selbstkonkordanz) Hausaufgabe: Trainingsprotokoll
Woche 1	Zielbestimmung und Zielformulierung	Ziel- und Werteklä rung Do- und Be-Ziele bestimmen Hausaufgabe: Analyse der Handlungsfelder , Trainingsprotokoll
Woche 2	Zielüberprüfung und aktive Entscheidung	Kosten-Nutzen-Analyse Hausaufgabe: kurzfristige positive Konsequenzen, Trainingsprotokoll

Anschließend bestimmt der Klient in der zweiten Sitzung seine Do- und Be-Ziele, welche handlungswirksam, d.h. konkret, realistisch ,positiv („Hin-zu Ziel“) und terminiert formuliert sein müssen. Die Do-Ziele beziehen sich auf die Art, Häufigkeit und Dauer der sportlichen Aktivität. Im Be-Ziel spezifiziert der Klient den Zustand, den er durch das Sporttreiben zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichen möchte, z.B. ein bestimmtes Gewicht oder einen sportlichen Leistungszustand. In der Hausaufgabe reflektiert der Klient mit Hilfe einer graphischen Analyse sein Engagement in den verschiedenen Lebensbereichen.

Ziel der dritten Sitzung ist es, eine aktive Entscheidung für das Sporttreiben zu erlangen und zu festigen. In einer Kosten-Nutzen-Analyse schreibt der Klient alle seine Bedenken gegen die sportliche Aktivität auf und vergleicht sie mit den positiven Konsequenzen, die er durch das Sporttreiben erwartet.

In der Hausaufgabe soll der Klient durch die Wahrnehmung und Aufzeichnung von kurzfristig erreichbaren, positiven Konsequenzen seines Sporttreibens seinen Fokus auf den unmittelbaren Nutzen des Sporttreibens setzen, wie etwa die verbesserte Stimmungslage oder die Ablenkung und Erholung von täglichen Belastungen. Das Bewusstwerden von kurzfristigen Konsequenzen unterstützt das Warten auf mittel- und langfristige Belohnung und fördert damit die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub (Mischel, 1973).

## 2. Der Übergang der intentionalen Phase in die volitionale Phase

In der dritten Woche (Tab. 17) lernt der Klient, Barrieren zu antizipieren, die für das Sporttreiben hinderlich sind, und zu planen, wie diese angemessen bewältigt werden können. Nachdem der Klient die wichtigsten inneren und äußeren Barrieren genannt hat, die ihn vom Sporttreiben erfahrungsgemäß abhalten oder in Zukunft abhalten können, greift der Coach alle Ideen des Klienten auf, die er angibt, um das Durchführen der sportlichen Aktivität zu sichern. Die genannten Strategien ordnet der Coach in das SORK-Modell und erläutert dem Klienten dessen theoretische Konzeption.

Tab. 17 Die Strategieplanung im Coaching

<b>Zeitpunkt</b>	<b>Inhalte</b>	<b>Maßnahmen</b>
Woche 3	Strategieplanung (intentional-volitional)	Bestimmung von Barrieren Einführung in das SORK-Modell Barriereplanung Hausaufgabe: Strategienutzung mit Protokoll

Als Hausaufgabe notiert der Klient seine Trainingshäufigkeit und alle Strategien, die er zur Unterstützung seiner sportlichen Aktivität anwendet.

## 3. Die volitionale und aktionale Phase

Während der Klient sein Training von der vierten Woche bis zur siebten Woche selbständig durchführt, setzt er die geplanten Strategien der Handlungskontrolle um (Tab. 18).

Tab. 18 Durchführung der sportlichen Aktivität und Nutzung der Strategien

<b>Zeitpunkt</b>	<b>Inhalte</b>	<b>Maßnahmen</b>
Woche 4,5,6	Strategienutzung (volitional)	Durchführung der sportlichen Aktivität Hausaufgabe: Strategienutzung mit Protokoll, Trainingsprotokoll

Auch in dieser Phase erfolgt eine Protokollierung der Trainingshäufigkeit und der genutzten Strategien durch den Klienten.

#### 4. Die volitionale und postaktionale Phase

In der siebten Woche wird eine Bewertung der Bedingungen durchgeführt, die im Rahmen der Zielerreichung von Bedeutung sind (Tab. 19) Dazu gehört die Bewertung der durchgeführten Strategien, der Veränderung in den Handlungsfeldern, der erfahrenen Konsequenzen, der erlebten Unterstützung und der Arbeitsmittel im Coaching.

Tab. 19 Die Evaluation des Prozesses und Kontrolle des erreichten Zielzustands

<b>Zeitpunkt</b>	<b>Inhalte</b>	<b>Maßnahmen</b>
Woche 7	Prozessbewertung	Bewertung der- durchgeführten Strategien, der- Veränderungen der Handlungsfelder, der erfahrenen Konsequenzen und Unterstützung, der Arbeitsmittel
Woche 10	Erfolgskontrolle, Strategienutzung (volitional)	körperliche Leistungsdiagnostik, psychometrische Diagnostik (Selbstwirksamkeit, Selbstkongordanz)

Die Prozessbewertung wird noch vor dem eigentlichen Ende des Coachings durchgeführt, damit die zu bewertenden Bedingungen für den Klienten handlungsnah erfolgen können. Von der achten bis zur zehnten Woche findet kein Coaching statt. In dieser „coachingfreien Zeit“ soll der Klient selbständig seine Strategien umsetzen und weiterhin sein Trainingsprotokoll führen. Das Coaching endet in der 10. Woche mit einer Kontrolle der Zielerreichung durch eine wiederholte körperliche und psychometrische Diagnostik.

## 8 Fragestellung der empirischen Arbeit

### 8.1 Innovative Forschungsinhalte der Arbeit

Die umfassenden Forschungsarbeiten und Erkenntnisse der modernen Zielpsycho- logie und der Klinischen Psychologie zur Förderung von Verhaltensänderung zeigen wichtige Determinanten der Zielsetzung, die bei der Umsetzung gesundheitspsychologischer Interventionen bisher nicht hinreichend Beachtung fanden. Bislang bestand der Schwerpunkt der Forschung darin, zu überprüfen, wie die Machbarkeit (vgl. Selbstwirksamkeitserwartungen) und Wünschbarkeit (vgl. Konsequenzerwartungen) die Ausführung und Aufrechterhaltung von Gesund- heitsverhalten beeinflussen. Es fehlt jedoch an praxisnaher Forschung im Feld, welche die Erkenntnisse der handlungstheoretischen Ansätze und der Motivati- onsforschung konkret in praktische Interventionsmaßnahmen umsetzen.

Ohne das Wissen um die Mechanismen der Entstehung und Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität können wirkungsvolle Interventionen oft nur Zufalls- treffer sein. Klar ist aber auch: „Die bloße Kenntnis der Verhaltensmechanismen allein reicht für die Entwicklung effektiver Interventionsstrategien nicht aus. Hinzukommen muss ein spezifisches Änderungswissen, das uns sagt, mit wel- chen Maßnahmen man in welchem Setting bei welcher Zielgruppe welche Ver- haltenseffekte erzielen kann. Solches Wissen, verdichtet in entsprechenden In- terventionstheorien, ist zur Zeit nur ansatzweise verfügbar. Die Entwicklung sport- und bewegungsbezogener Interventionstheorien zählt deshalb zu den zentralen Forschungsaufgaben der nächsten Jahre“ (Fuchs, 2006, S. 463).

Das Novum dieser Arbeit besteht v.a. in folgenden vier Aspekten (vgl. Tab. 20):

Es werden empirisch gesicherte Maßnahmen der **Klinischen Psychologie** im Co- aching zur Förderung des Bewegungsverhaltens integriert und die Beziehungs- gestaltung zwischen Klient und Coach berücksichtigt.

Es werden sowohl prozessbegleitend als auch ergebnisorientiert **qualitative Erhe- bungen** im Coaching durchgeführt, um die **Inhalte** selbstregulatorischer Kompe- tenzen zu bestimmen.

Es werden beispielhafte **Einzelfalluntersuchungen** dokumentiert, welche die Pas- sung von Klient und Coaching sowie den Einfluss des Lebenskontextes hinter- fragen.

Es wird eine **kriteriumsorientierte Evaluation** des Coachings auf allen drei Ebenen des menschlichen Verhaltens, der Alpha-, Beta- und Gammaebene, durchge- führt.

Tab. 20 Innovative Forschungsinhalte der Arbeit

<b>Innovative Forschungsinhalte dieser Arbeit:</b>
<p><b>1. Synergien zur Klinischen Psychologie:</b></p> <p>Leitlinien des Selbstmanagement-Ansatzes und seiner humanistische Grundhaltung</p> <p>Klinisch überprüfte Methoden im Einsatz der Verhaltensänderung (z.B. Goal attainment scaling, Selbstbeobachtung, Ziel- und Werteklä rung)</p>
<p><b>2. Qualitative Forschung:</b></p> <p>Welche Ziele setzen sich die Klienten?</p> <p>Welche Konsequenzen erwarten und erfahren Klienten durch das Sporttreiben?</p> <p>Welche Strategien wenden die Klienten an, um sportlich aktiv zu sein?</p> <p>Welche Strategien sind dabei besonders hilfreich?</p>
<p><b>3. Einzelfallforschung:</b></p> <p>Gibt es einen charakteristischen Verlauf der Trainingshäufigkeit und Trainingsstabilität über die Zeit?</p> <p>Für welche Personen ist Coaching besonders hilfreich?</p> <p>Wie wird das Sporttreiben in unterschiedliche Lebenskontexte integriert?</p>
<p><b>4. Evaluation von Coaching:</b></p> <p>Allgemeine und kriteriumsorientierte Bewertungskriterien</p> <p>Bewertungskriterien auf der Alpha-, Beta-, und Gammaebene</p> <p>Evaluation des Coaching- Prozesses</p> <p>Vergleich der Bewertung durch Coach und Klient</p> <p>Berücksichtigung der Leitlinien der kontrollierten Praxis nach Petermann (1996)</p>

Zu 1.) In der praktischen Gestaltung der Coaching-Beziehung nimmt der Coach eine annehmende und wertschätzende Haltung gegenüber dem Klienten ein. Die Entwicklung der Beziehung zwischen Coach und Klient wird im Zeitraum des Coachings dokumentiert. Die Maßnahmen zur Verhaltensänderung beruhen auf empirisch überprüften Methoden der Verhaltensmodifikation.

Zu 2.) In den bisherigen Studien zur Förderung des Gesundheitsverhaltens wurde weitgehend quantitative Forschungsarbeit geleistet. Verschiedene kognitive Variablen wurden in Form von Fragebögen erhoben (z.B. Selbstwirksamkeit, Bewältigungsplanung, Konsequenzerwartungen) und in Bezug zur Kriteriumsvariable „Häufigkeit und Dauer der sportlichen Aktivität“ oder „Sportstadium“ gesetzt. Dabei konnte bisher keine Aussage darüber gemacht werden,

- **welche** Art von Ziele (Inhalt, Anspruch) sich Personen setzten,
- **welche** Konsequenzen der Sportteilnahme die Personen erwarten und welche Konsequenzerfahrungen; z.B. Diskrepanzen; zu den Konsequenzerwartungen tatsächlich eingetreten sind und
- **welche** Strategien die Personen anwendeten , um ihr Sportverhalten zu kontrollieren.

Qualitative Forschungsarbeit kann Einblick verschaffen in die Inhalte solcher selbstregulatorischen Prozesse.

Zu 3) Die Veränderung des Gesundheitsverhaltens wird im Coaching als dynamischer Prozess verstanden, der durch Rückkoppelungsschleifen gekennzeichnet ist. Dadurch können Ziele und Strategien der Klienten auf den aktuellen Lebenskontext angepasst werden. Um die Inhalte und Qualitäten dieser Anpassungsvorgänge besser verstehen zu können, werden erstmals Einzelfallstudien im Kontext der Sportförderung durchgeführt.

Zu 4.) Der noch jungen Coaching-Forschung mangelt es an theoriegeleiteten Coaching-Modellen und deren systematischeR Evaluation an spezifischen Kriterien. In dieser Arbeit werden Bewertungsmerkmale auf allen drei Ebenen des menschlichen Verhaltens erfasst: sowohl beobachtbare Daten in Form von Trainingshäufigkeit (Alpha-Ebene) als auch die sportbezogene Selbstregulation und Selbstkonkordanz (Beta-Ebene) sowie biometrische Parameter (Gamma-Ebene).

Schließlich sei noch eine methodische Besonderheit bei der Erhebung der sportlichen Aktivität zu erwähnt. Das Ausmaß der körperlichen Aktivität wurde in den bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen ausschließlich durch die Dauer, die Häufigkeit und die Intensität beschrieben. In dieser Arbeit wird erstmals neben der Trainingshäufigkeit die **Trainingsregelmäßigkeit bzw. Trainingsstabilität** erhoben.

In bisherigen Untersuchungen wurde das Trainingsverhalten subjektiv registriert, z.B. mittels Tagebuch/Trainingsprotokoll oder Beobachtung. Durch die computerunterstützten Datenprogramme der Fitness-Studios kann das Trainingsverhalten sowohl vor und während als auch nach der Intervention **objektiv** erfasst werden.

## 8.2 Ableitung der Fragestellung

Die allgemeine Fragestellung dieser Arbeit lautet:

Welchen Einfluss hat die Durchführung eines theoriegeleiteten entwickelten und an Multiplikatoren vermittelten Coaching-Konzepts zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation auf das Verhalten von Personen, die eine regelmäßige sportliche Aktivität in einem Gesundheits- oder Fitness-Studio aufbauen wollen? Das Verhalten einer Person wird gemäß dem Systemmodell menschlichen Verhaltens (Kanfer, 1971, Kanfer et al. 2006) in drei Ebenen unterteilt.

Für die empirische Untersuchung ergeben sich daraus folgende **spezielle Fragestellungen**:

### **1. Welche Veränderungen ergeben sich durch das Coaching im beobachtbaren Verhalten der Klienten? (Alpha-Ebene)**

Ziel des Coachings auf der verhaltensbezogenen Ebene ist es, Klienten darin zu unterstützen, ihre sportliche Aktivität gewohnheitsmäßig auszuüben. Zum beobachtbaren Verhalten der Klienten zählen die Häufigkeit und Stabilität der sportlichen Aktivität.

### **2. Welche Veränderungen ergeben sich nach dem Coaching auf der kognitiven Ebene der Klienten? (Beta-Ebene)**

Im Systemmodell menschlichen Verhaltens umfassen Beta-Variablen alle kognitiven Prozesse, die ein Verhalten fördern oder hemmen können. Ziel im Coaching ist es, die kognitiven Prozesse des Klienten so zu unterstützen, dass ein eigenständiges und regelmäßiges Sportverhalten ausgeübt werden kann.

Der erwartete Zielerreichungsgrad, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, regelmäßig Sport zu treiben (Selbstwirksamkeit) und die selbstbestimmte Motivation, dies zu tun, gehören zu den sog. Beta-Variablen menschlichen Verhaltens und sind Untersuchungsgegenstand auf der kognitiven Ebene (Beta-Ebene).

### **3. Welche Veränderungen ergeben sich nach dem Coaching auf der körperlichen Ebene der Klienten? (Gamma-Ebene)**

Wird eine Person regelmäßig sportlich aktiv, so sollten sich auch körperlich messbare Veränderungen zeigen, etwa des BMI-Index oder des Ruhe- und Belastungspulses. Welche körperlichen Veränderungen der Klienten sich nach dem Coaching ergeben, soll in der dritten Fragestellung beantwortet werden.

### **4. Welche konkreten Inhalte nutzen die Klienten in ausgewählten intentionalen und volitionalen Strategien, um sich bei der Durchführung der sportlichen Aktivität zu unterstützen?**



Hier interessieren die **qualitativen Inhalte** der intentionalen und volitionsbezogenen Denkprozesse. Deshalb sollen mit einer qualitativen Analyse die konkreten Inhalte der Kosten-Nutzen-Analyse, der wahrgenommenen und erfahrenen Konsequenzen und der angewandten Strategien zur Förderung der sportlichen Aktivität der Klienten erkundet werden.

### **5. Wie bewerten Klienten und Coaches das Coaching?**

Neben der Messung von Veränderungskriterien auf den drei Ebenen (Trainingsverhalten, psychometrische und körperliche Diagnostik) sollen die Inhalte und Methoden im Coaching selbst zum Gegenstand der Fragestellung werden. Dabei interessiert der subjektiv wahrgenommene Erfolg des Coachings, die Beziehung zwischen Coach und Klient sowie die Bewertung der angewandten Arbeitsmittel.

### **6. Für welche Zielgruppe ist das Coaching besonders hilfreich?**

Abschließend soll in der Untersuchung von fünf Einzelfällen exploriert werden, wann und für wen das Coaching besonders hilfreich ist.

Die Durchführung des hier vorgestellten Coachings kann prinzipiell zur Förderung von Gesundheitsverhalten zu verschiedenen Themen eingesetzt werden. Ob günstige Ernährungsgewohnheiten in den Alltag integriert, Entspannungsmethoden erlernt oder sportliche Aktivität regelmäßig durchgeführt werden sollen, der Ablauf und die Durchführung eines Coachings zur Ziel- und Handlungsregulation sind immer dieselben.

In dieser Arbeit wurde das Coaching von Mitgliedern eines Gesundheits- oder Fitness-Studios zur Förderung und Aufrechterhaltung einer regelmäßigen sportlichen Aktivität gewählt. Bei den Coaches handelt es sich um Studenten der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement in Saarbrücken.

Für die Auswahl der Untersuchungssituation gibt es folgende Gründe:

1. Die Coaches sind gesundheitspsychologisch ausgebildet.
2. Die Coaches sind motiviert, innerhalb ihrer Diplomarbeit zwei Coachings durchzuführen und zu dokumentieren.
3. Die sportliche Aktivität der Klienten im Fitness-Studio ist definiert und vergleichbar.
4. Das Trainingsverhalten wird durch das Datenerfassungssystem der Studios objektiv registriert.
5. Fitness-Studios bieten geeignete organisatorische und inhaltliche Rahmenbedingungen zur Durchführung der Coachings.

Zu 1.) Eine notwendige Voraussetzung für diese Arbeit war, geeignete Teilnehmer für die Coaching-Tätigkeit zu finden. An der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement in Saarbrücken konnten 14 Diplomanden für die Ausbildung und Durchführung von je zwei Coachings rekrutiert werden.

Die Diplomanden sind Studenten der Studiengänge zum Diplom-Gesundheitsmanager und Diplom-Fitnessökonom und haben die Lehrgänge „Gesundheitspsychologie“ und „Kommunikation“ erfolgreich absolviert. Alle Studenten arbeiten als Auszubildende in einem Fitness-Studio.

Zu 2.) Um die Möglichkeit einzuschränken, dass Coaches die Durchführung der Coachings und die z.T. recht aufwändige Dokumentation abrechnen oder unzuverlässig handhaben, führen die ausgebildeten Coaches die Coachings innerhalb ihrer Diplomarbeit durch.

Zu 3.) In Feldstudien sind die äußeren Bedingungen, in denen die Teilnehmer Sport ausüben, nur schwer zu kontrollieren. Die Beschränkung der sportlichen Tätigkeit auf das Gerätetraining im Fitness-Studio soll die Varianz, welche durch unterschiedliche Sportarten entstehen kann, möglichst gering halten.

Zu 4.) Alle Fitness-Studios verfügen über einen „Check-in“ Bereich. Hier wird der Kunde mit seiner Kundenkarte registriert, bevor er das Fitness-Studio betreten kann. Durch diese objektive Datenerhebung kann der Beobachterfehler, welcher durch die subjektive Registrierung der sportlichen Aktivitäten auftreten kann, vermindert werden.

Zu 5.) Schaut man sich Mitgliederumfragen in Fitness-Studios an, so steht eine „kompetente und persönliche Betreuung“ an erster Stelle der Wunschliste der Mitglieder. In der Tat werben viele Studios mit Begriffen wie „individuelles Trainingskonzept“, „unter Anleitung hochqualifizierter Fachkräfte“ oder „persönliches Ambiente“. Professionelle Beratung und Betreuung gehören zum Markenzeichen eines jeden guten Studios.

Nach einer Untersuchung der RAL-Gütegemeinschaft Gesundheitssportzentrum e.V. (Gesundheitssport und Sporttherapie, 2000, Heft 4, S.151) betrachten die Mitglieder die fehlende soziale Unterstützung durch Trainer und die ungenügende soziale Integration als durchgängig negativ.

In vielen Fitnessstudios gibt es Integrations- und Betreuungssysteme, um Neumitglieder nach der Anamnese individuell betreuen zu können. Hierbei wird die Zielsetzung aus den erhobenen Daten der Anamnese und der sportlichen Vorgeschichte abgeleitet. Unter Berücksichtigung der gesetzten Ziele wird nun ein individueller Trainingsplan erstellt.

Nach der Erstellung dieses Trainingsplans liegt es im Regelfall an den Mitgliedern selbst, ihr neu erworbenes Gesundheitsverhalten aufrechtzuerhalten. Selbst wenn Neumitglieder mit ihrem Vertrag die „erste Hürde“ überwunden haben, so stellt das Aufrechterhalten der anfänglichen Motivation eine weitere, meist noch viel größere Barriere dar.

Die Problematik wird an der hohen Drop-out-Rate vieler Fitnessstudios erkennbar. Wie zahlreiche Studien belegen, brechen bis zu 80% der Neumitglieder innerhalb der ersten sechs Monate ihre sportliche Aktivität ab (Brehm & Eberhardt, 1995). Es liegt also auf der Hand, dass eine Interventionsmaßnahme zur Aufrechterhaltung des sportlichen Verhaltens nicht nur aus gesundheitspsychologischer, sondern auch aus ökonomischer Perspektive sinnvoll und lohnend wäre. Eine solche Maßnahme zur Förderung der Aufrechterhaltung des Sporttreibens kann in Form eines Coachings realisiert werden.

## 9 Untersuchungsdesign

### 9.1 Unabhängige und abhängige Variablen

Der Feldstudie liegt ein Design mit Messwiederholung (zwei Messzeitpunkte) und einer Follow-up Erhebung ohne Kontrollgruppe zugrunde. In Abb. 12 wird veranschaulicht, zu welchen Messzeitpunkten die verhaltensbezogenen, kognitiven und biometrischen Variablen erhoben werden. Das Trainingsverhalten der Wiedereinsteiger vor dem Coaching, also das Trainingsverhalten in der baseline, kann durch das Datenverwaltungssystem der Fitness-Studios rekonstruiert werden.

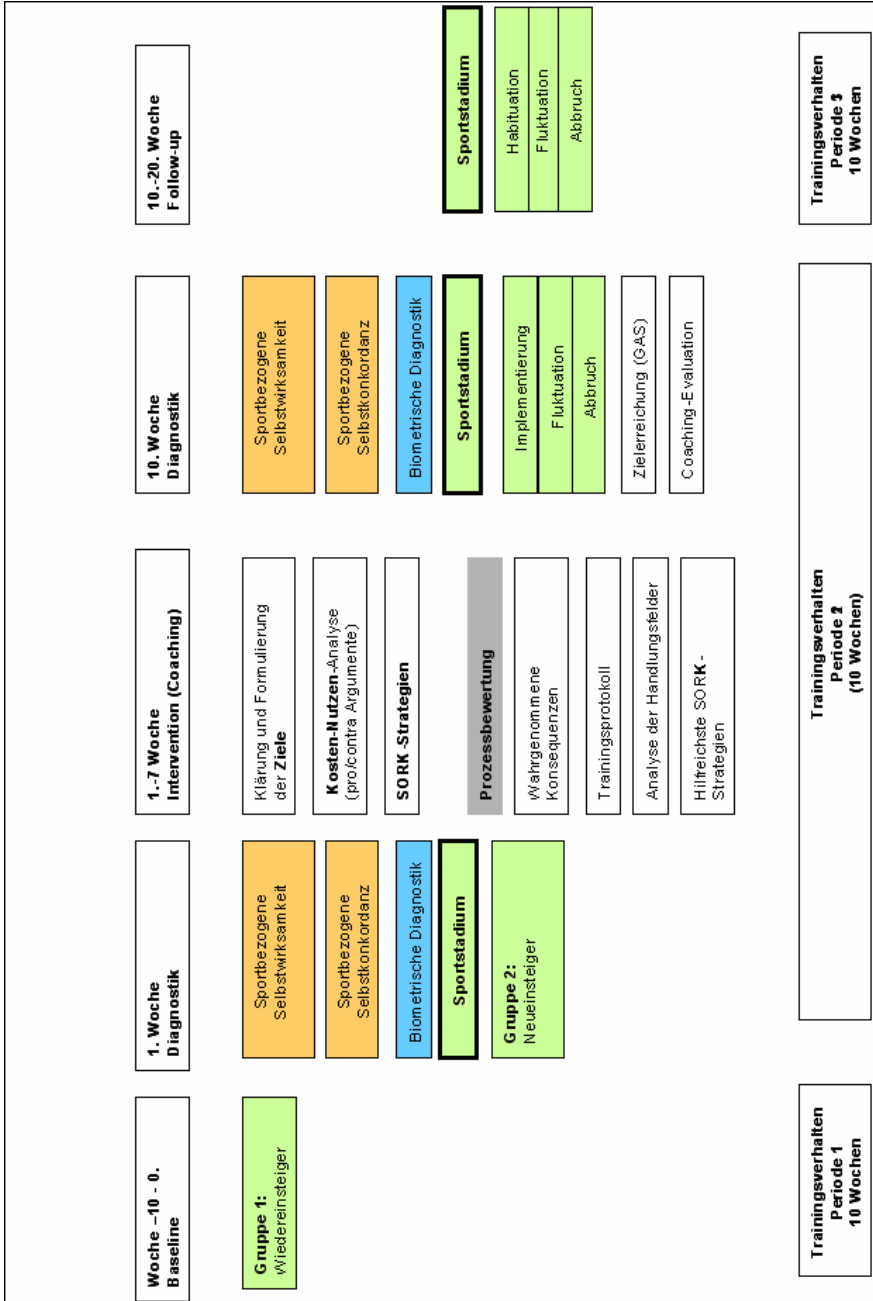
In der ersten Woche nach dem Erstgespräch füllen die Klienten die Fragebögen zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit und Selbstkonkordanz aus. Anschließend werden im Fitnessstest die biometrischen Daten erhoben.

Während des Coachings dokumentiert der Coach in seinem Leitfaden die genaue Zielformulierung des Klienten, die erarbeiteten pro- und contra-Argumente zum Sporttreiben sowie die SORK-Strategien, die der Klient im Laufe des Coachings anwendet.

Der Klient selbst führt ein Trainingsprotokoll über seine Trainingseinheiten pro Woche. Direkt nach dem Coaching, bereits in der siebten Woche erfolgt eine Prozessbewertung durch den Klienten. Dieser Zeitpunkt wurde so früh gewählt, da für den Klienten die erlebten Erfahrungen noch zeitnah und leichter nachvollziehbar sind. Die Klienten reflektieren die Veränderungen in ihrer Lebenswelt (Handlungsfelder), beschreiben wahrgenommene positive oder negative Konsequenzen, die sie mit dem Sporttreiben in Verbindung bringen und bewerten die hilfreichsten SORK-Strategien zur Unterstützung ihrer sportlichen Aktivität.

In der zehnten Woche wird den Klienten wieder der Fragebogen zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit und Selbstkonkordanz vorgelegt. Danach findet ein weiterer Fitness-Test („Recheck“) statt, der Auskunft über die Veränderung der biometrischen Parameter gibt. Als subjektiven Referenzwert für die individuelle Zielerreichung stuft der Klient nun mittels der GAS seinen Zielerreichungsgrad ein. Nach dem Abschlussgespräch wird von Klient und Coach mittels Fragebogen das Coaching evaluiert. Das Sportstadium, in dem sich der Klient befindet, wird zu drei Messzeitpunkten erhoben: in der ersten Woche mit Beginn des Coachings, nach zehn Wochen mit Ende des Coachings und nach der follow up-Phase in der 20. Woche.

Abb. 12 Untersuchungsdesign



Da die Klienten erst nach ihrer Rekrutierung in die Gruppen Wiedereinsteiger und Neueinsteiger eingeteilt wurden, wird im folgenden von quasi-unabhängigen Variablen gesprochen.

Quasi-unabhängige Variablen:

Der Faktor „Gruppe“ mit den Stufen „Wiedereinsteiger“ und „Neueinsteiger“

Wiedereinsteiger sind Personen, die in den letzten zehn Wochen vor dem Coaching unregelmäßig sportlich aktiv waren.

Neueinsteiger sind Klienten, die bisher keine Erfahrungen mit der sportlichen Betätigung im Fitness-Studio haben.

### **Unabhängige Variablen :**

1.) Der Faktor „Zeitpunkt“ mit den Zeitpunkten

Beginn des Coachings

Ende des Coachings

2.) Der Faktor „Zeitperioden“ mit den Perioden

vor dem Coaching (gilt nur für Wiedereinsteiger)

während des Coachings

nach dem Coaching

### **Abhängige Variablen:**

1.) Alpha Ebene

Trainingsverhalten

Trainingsregelmäßigkeit

Sportstadium

2.) Beta-Ebene

sportbezogene Selbstwirksamkeit, sportbezogene Selbstkonkordanz, individuelle Einstufung der Zielerreichung

3.) Gamma-Ebene

BMI-Index, Belastungs- und Ruhepuls und individuelle Parameter

### **Qualitative Variablen:**

1.) Alpha-Ebene

durchgeführte SORK-Strategien

2.) Beta-Ebene

Kosten-Nutzen-Analyse des Sporttreibens, Veränderung in den Handlungsfelder wahrgenommene Konsequenzen des Sporttreibens.

Der Einsatz einer Kontrollgruppe ohne Coaching wurde aus folgenden Gründen nicht gewählt:

Zielsetzung der Arbeit ist es, den Prozess der Verhaltensänderung auf den drei Ebenen systematisch inhaltlich zu beschreiben und Wirkfaktoren des Coachings abzuleiten. Für die Analyse des Prozesses ist keine Kontrollgruppe notwendig.

Jedes Einzelcoaching ist eine einmalige und nicht wiederholbare Konstellation zwischen Klient und Coach mit ihren ganz besonderen Vorerfahrungen in einem speziellen Situationskontext. Der hohen Spezifität der Untersuchungssituation kann nur in der Einzelfallanalyse Rechnung getragen werden. Damit stellt der Einzelfall selbst seine eigene „Kontrollgruppe“ dar.

Eine Kontrollgruppe, in der die Intervention „Coaching“ bei parallelem Einsatz der Messinstrumente nicht stattfindet, kann zu ungewollten Transfereffekten im Feld führen. So ist es nicht auszuschließen, dass im Fitness-Studio sich Klienten, die zur Kontrollgruppe gehören, mit den Klienten, die am Coaching teilnehmen, austauschen und sich die Einflüsse der Intervention auf die Kontrollgruppe übertragen.

Für den Coach selbst, der als Trainer auf der Trainingsfläche arbeitet und mit den möglichen Kontrollpersonen in kommunikativer Verbindung steht, ist es schwierig, eine „naive“ Rolle einzunehmen. Transfereffekte in Form von aktivem Zuhören, Zielformulierungen konkretisieren etc. können sich beim Coach ohne Absicht einstellen. Es ist unrealistisch, vom Coach zu verlangen, seine neuen fachlichen Erkenntnisse und erworbenen kommunikativen Kompetenzen gegenüber anderen Menschen zu ignorieren.

Durch die Bildung von zwei Gruppen mit unterschiedlichen Sporterfahrungen kann ein Gruppenvergleich durchgeführt werden.

## 9.2 Operationalisierung der Variablen im Überblick

Die zu untersuchenden Merkmale auf den drei Ebenen sind in Tab. 21 und in Tab. 22 operationalisiert. Neben der inhaltlichen Beschreibung der Merkmale in Spalte zwei, wird in der dritten Spalte die Messmethode angegeben, mit welcher das Merkmal erfasst wird. In der vierten Spalte sind die Urheber der jeweiligen Messverfahren genannt.

Tab. 21 Operationalisierung der Variablen auf der Alpha-Ebene

Merkmale der Alpha-Ebene	Inhalt	Messmethode	Autor
Trainingshäufigkeit	Häufigkeit der Trainingsteilnahme pro Woche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trainingsprotokoll</li> <li>• Datenverwaltung</li> </ul>	Eigenentwicklung
Trainingsregelmäßigkeit	Verlauf der Regelmäßigkeit der Trainingsteilnahme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trainingsprotokoll</li> <li>• Datenverwaltung</li> </ul>	Eigenentwicklung
Sportstadien	Implementierer, Habituiierer, Abbrecher Fluktuierer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstufung nach dem Berliner Sportstadienmodell</li> </ul>	Fuchs (2003)
Coping-Strategien	Durchgeführten Strategien nach dem SORK-Schema: S: Förderliche Situation O: Förderliche Gedanken R: Förderliches Verhalten K: Förderliche Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SORK- Codierung der Strategien</li> <li>• Anzahl der Strategien pro Kategorie</li> <li>• Bewertung der besten Strategien</li> </ul>	Eigenentwicklung
Verhalten in d. individuellen Handlungsfeldern	A: Familie/Partnerschaft B: Beruf C: Hobbies/Ausgleich D: Soziale Kontakte E: körperliches Wohlbefinden F: psychisches Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind map mit prozentualer Zeitverteilung</li> <li>• Codierung der Antworten</li> </ul>	Mathesius (2001)

Zum Verhalten auf der **Alpha-Ebene** gehört das Trainingsverhalten. Trainingshäufigkeit und Trainingsregelmäßigkeit bestimmen das Sportstadium, welches der Klient nach zehn Wochen und 20 Wochen erreicht. Das Trainingsverhalten wird über das Datenverwaltungssystem des jeweiligen Fitness-Studios und durch die schriftlichen Trainingsprotokolle der Klienten erfasst. Ebenfalls zur Alpha-Ebene werden die durchgeführten Strategien gerechnet, die der Klient anwendet, um sich bei der Durchführung der sportlichen Aktivität zu unterstützen. Der Klient notiert seine durchgeführten Strategien in seinen Coaching-Begleiter.

Da sich Veränderungen in den Handlungsfeldern der Klienten über neue Handlungen oder Aufgaben beschreiben lassen, gehört auch dieser Punkt zur Alpha-Ebene. Zur **Beta-Ebene** zählen kognitive Determinanten, die einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der regelmäßigen Durchführung der sportliche Aktivität



ausüben (Tab.22) In der ersten und in der zehnten Woche werden deshalb die sportbezogene Selbstwirksamkeit (Pahmeier, 1999) und die sportbezogene Selbstkonkordanz (Fuchs, 2006) der Klienten mittels standardisierter Fragebögen erhoben. Außerdem gehört zur Beta-Ebene die persönliche Zielsetzung, die der Klient mit dem „Goal-attainment scaling“ so differenziert, dass eine Zielbewertung auf einer Skala von -2 bis +2 ermöglicht wird. Schließlich werden alle positiven und negativen Konsequenzen, die der Klient durch das Sporttreiben erwartet und erfahren hat, in einem selbstentwickelten Kategoriensystem dokumentiert.

Tab. 22 Operationalisierung der Variablen auf der Beta-Ebene

<b>Merkmale der Beta-Ebene</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Messmethode</b>	<b>Autor</b>
Individuelle Zielabstufung	Fünf Stufen der Zielerreichung (besser bis schlechter als erwartet)	GAS (goal attainment scaling) Einstufung von +2 bis -2	Kirusek & Sherman 1968
Pro- und Contra-Argumente	<b><u>Pro – Argumente:</u></b> A: Körper (Primärprävention, Sekundärprävention, Wohlbefinden) B: Psyche (Stimmung, Selbstregulation, Stressabbau, Wohlbefinden) C: Soziales (Kontakte, Wahrnehmung durch Andere) <b><u>Contra-Argumente:</u></b> A: Andere Prioritäten/Zeit B: Kosten C: Bequemlichkeit	Offene Frage  Codierung der Antworten in die Kategorien A B C	Eigenentwicklung
Sportbezogene Selbstwirksamkeitserwartung	Erwartete regelmäßige Teilnahme am Fitnesstraining trotz möglicher Barrieren: Skala 1: trainingsinterne Barrieren Skala 2: Zeitmanagement Skala 3: Unvorhersehbares	Fragebogen zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit (SWK)	Pahmeier 1999
Sportbezogene Selbstkonkordanz	Motivationsmodus: intrinsisch, extrinsisch, introjiert, identifiziert	Fragebogen zur Selbstkonkordanz (SK)	Fuchs 2006
Wahrgenommene Konsequenzen	Konsequenzen, die während und nach der sportlichen Aktivität auftreten  A: Körper (Primärprävention, Sekundärprävention, Wohlbefinden) B: Psyche (Stimmung, Selbstregulation, Stressabbau, Wohlbefinden) C: Soziales (Kontakte, Wahrnehmung durch Andere)	Offene Fragen  Codierung der Antworten in die Kategorien A B C	Eigenentwicklung

Auf der **Gamma-Ebene** erfolgt eine körperliche Leistungsdiagnostik in der ersten Woche und in der zehnten Woche (Tab. 23.). In jedem Fitness-Studio kann der BMI, der Ruhe- und Belastungspuls gemessen werden. Weitere körperliche Parameter ergeben sich je nach vorhandenen Messinstrumenten der einzelnen Studios.

Tab. 23 Operationalisierung der Variablen auf der Gamma-Ebene

Merkmale der Gamma Ebene			
Körperlicher Leistungszustand	Messung von Leistungsparametern, z.B. BMI, Kraft- und Ausdauerfähigkeit	Objektiver Leistungstest	je nach Studio

### 9.3 Operationalisierung der Variablen auf der Verhaltensebene

#### 9.3.1 Trainingshäufigkeit

Die Trainingshäufigkeit bezieht sich auf die Häufigkeit des Trainings pro Woche und wird über das Datenverwaltungssystem der Fitness-Studios registriert.

#### 9.3.2 Trainingsregelmäßigkeit

Nicht nur die Trainingshäufigkeit ist entscheidend, ob sportliches Training zur Gewohnheit wird, sondern auch die Trainingsregelmäßigkeit. Eine Person, die vier Wochen fünf Mal pro Woche trainiert und dann zwei Monate pausiert, ist kein gewohnheitsmäßig sportlich aktiver Mensch, sondern ein Fluktuierer. Würde man sich nur auf die Trainingshäufigkeit und hier auf die durchschnittliche Häufigkeit der Trainingsanzahl pro Woche verlassen, so täuschen diese Daten ein stabiles Trainingsverhalten vor, das nicht die Realität abbildet. Deshalb werden hier als Maß für die Trainingsregelmäßigkeit die durchschnittlichen, relativen Abweichungen vom Mittelwert der Trainingshäufigkeit in der Messperiode als Stabilitätsindex R betrachtet und grafisch dargestellt.

### 9.3.3 Sportstadien

Um die Klienten den einzelnen Sportstadien (Fuchs, 2003) leichter zuordnen zu können, wird in Tab. 24 die Stadieneinteilung auf die vorliegende Untersuchungssituation angepasst. Die graumelierte Fläche entspricht den Stadien, in denen die Klienten sportlich aktiv sind.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DKG, 1998) empfiehlt, an mindestens drei Tagen in der Woche, am besten täglich, mindestens eine halbe Stunde körperlich so aktiv zu sein, dass Atmung und Pulsschlag erhöht sind und man leicht ins Schwitzen kommt. Allerdings können nur wenige Menschen diese Empfehlungen auch in die Tat umsetzen.

Der Gesundheitssurvey gibt Auskunft über das Ausmaß sportlicher Betätigung in Deutschland. Dabei handelt es sich um eine Studie, die im Zeitraum von Oktober 1997 bis März 1999 vom Robert-Koch-Institut durchgeführt wurde, um den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der deutschen Bevölkerung zu untersuchen. Laut dieser Studie treiben 46,7% der Erwachsenen überhaupt keinen Sport. Die größte Untergruppe der „Sporttreibenden“ sind mit 18% Personen, die ein bis zwei Stunden pro Woche sportlich aktiv sind. Dieses Sportpensum entspricht einem wöchentlichen Training im Fitness-Studio.

Deshalb gilt in dieser Arbeit derjenige als sportlich aktiv, der durchschnittlich mindestens einmal pro Woche im Fitness-Studio trainiert. Die Nutzung eines zusätzlichen Sportangebots wird individuell erhoben.

In der Literatur existiert keine Einigkeit darüber, wie lange die Phase der Implementierung dauert, ab wann und wie lange ein Verhalten als „aufrechterhalten“ gilt und wann eine Sportepisode als „abgebrochen“ gilt.

Zwar wird von verschiedenen Autoren angenommen, dass sich die Phase der Aufnahme eines Sportverhaltens entsprechend der Stadienmodelle (z.B. TTM) über sechs Monate hinzieht, doch ist eine solche Definition eher willkürlich als theoretisch begründet. Im Berliner Sportstadienmodell von Fuchs (2003) werden qualitative Kriterien zur Beurteilung der Sportpartizipation herangezogen, die sowohl das Sportverhalten (Regelmäßigkeit, Häufigkeit) als auch kognitive Faktoren auf der Basis von handlungstheoretischen Überlegungen miteinbeziehen.

In dieser Arbeit werden die Stadien von Fuchs (2003) als Kriteriumsvariablen übernommen und inhaltlich auf die sportliche Aktivität im Fitness-Studio bezogen.

In einer Reihe von Studien (Pahmeier, 1998 b, Alfermann, Stoll, Wagner & Wagner-Stoll, 1995; Wagner, 2000) zeigt sich der Effekt, dass mit zunehmender Dauer der Sportausübung in der zwölften bis 14. Woche eine zunehmende An-

zahl an Personen das neue Verhalten wieder aufgibt, bevor eine Regelmäßigkeit eintritt.

Deshalb reicht in dieser Studie das Stadium der Implementierung, das die „Aufnahme“ des Sporttreibens im Fitness-Studio charakterisiert, vom ersten Trainingstag bis zur zehnten Trainingswoche. Es wurde nicht die zwölfte Woche als Ende dieser Phase gewählt, da es in den meisten Fitness-Studios üblich ist, einen Re-Check in der zehnten Woche anzubieten, der den aktuellen Leistungsstand der Person beschreibt.

Die Phase der „Habituation“ kennzeichnet sich durch ein durchschnittliches, wöchentliches Training über einen Zeitraum von 20 Wochen. In diese Zeit ist der „kritische“ Zeitraum von der zwölften bis 14. Woche eingeschlossen.

Tab. 24 Sportstadien modifiziert nach Fuchs (2003)

Stadium	Sportliche Aktivität	Kognition	Verhalten im Studio	Zeitliche Erfassung
<b>1. Präkontemplation</b>	Trainiert nicht.	Kein Interesse	Kein Kundenkontakt	
<b>2. Kontemplation</b>	Trainiert nicht.	Absichtsbildung	Potentieller Kundenkontakt.	
<b>3. Disposition</b>	Trainiert nicht. Absicht besteht.	Abwägen, Entscheidung	Kunde informiert sich im Studio.	
<b>4. Präaktion</b>	Trainiert nicht. Ziel und Ausführungsplan besteht.	Planung der Aktivität, Zielformulierung	Kunde unterschreibt Vertrag.	Vertragsbeginn
<b>5. Implementierung</b>	Trainiert seit 10 Wochen mindestens 1 Mal pro Woche	Einführung von Abschirm- und Selbstkontrollstrategien Sport ist noch nicht zur Gewohnheit geworden:	Mitglied erhält Eingangschecks und beginnt mit dem Training	10. Woche
<b>6. Habituation</b>	Trainiert seit 20 Wochen mindestens 1 Mal pro Woche	Sport ist zur Gewohnheit geworden, erfolgreiche Abschirm- und Selbstkontrollstrategien,	Mitglied trainiert selbständig und regelmäßig.	20. Woche
<b>7. Fluktuation</b>	Trainiert seit 20 Wochen hin und wieder/ wenigstens 1 Mal pro 2 Wochen	ungenügende oder erfolglose Abschirm- und Selbstkontrollstrategien	Mitglied trainiert selbständig und unregelmäßig.	20. Woche
<b>8. Abbruch</b>	Vertrag wurde gekündigt/nicht verlängert	Motivationsverlust externe Auslöser	Mitglied kündigt.	Zeitpunkt der Kündigung
<b>9. Resumption</b>	Trainiert nicht.	Neues Abwägen, Entscheidung mit Erfahrungshintergrund	Ehemaliges Mitglied meldet sich wieder an.	nach Vertragsende

### 9.3.4 SORK-Strategien

Alle Strategien, die der Klient anwendet, um sich bei der Durchführung seiner körperlichen Aktivität zu unterstützen, werden vom Klienten und dem Coach schriftlich festgehalten und in das SORK-Schema eingeordnet. Die Darstellung der SORK-Strategien sind bereits in Kapitel 5.4 ausführlich besprochen worden.

### 9.3.5 Zeitlicher Anspruch in den Handlungsfeldern

Handlungsfelder sind Lebensbereiche, welche Personen für aktive oder erholende Tätigkeiten nutzen. Jedem Lebensbereich wird in Prozentangaben ein zeitlicher Anspruch zugeordnet. Um den Klienten den Zugang und den Überblick über seine Handlungsfelder zu erleichtern, werden die einzelnen Lebenswelten in einem mind map (Abb. 13) veranschaulicht.

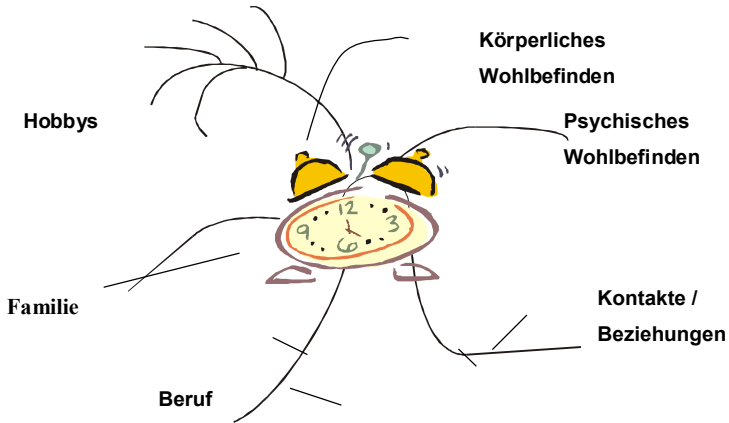


Abb. 13 Hauptäste der Handlungsfelder (vgl. Mathesius, 2001)

Jedem Hauptast wird ein Handlungsfeld aus dem Lebensfeld des Klienten zugeordnet. Die Inhalte der Handlungsfelder werden im Folgenden definiert.

- Familie schließt Pflichten in Partnerschaften, Verantwortung für Kinder, Eltern, Verwandte ein (z.B. kochen, putzen, Verwaltung).
- Beruf umfasst alle aktuellen beruflichen Tätigkeiten, auch Nebenjob, Aus- und Weiterbildung u.ä.
- Körperliches Wohlbefinden bezieht sich auf die aufgewandte Zeit für präventive oder rehabilitative sportliche Aktivitäten, Informationssuche, Wellness, Arzt- oder Therapeutenbesuche, Entspannungsformen u.ä.

- Psychisches Wohlbefinden bezieht sich auf alle Aktivitäten, welche die psychische Gesundheit fördern, wie z.B. Ruhezeiten, Entspannungsverfahren, Meditation, Therapeutenbesuche, Hauskreise u.ä.
- Hobbys beinhaltet alle kulturellen Interessen (z.B. Kino, Ausstellungen) sowie musische/ geistig anregende Tätigkeiten (z.B. malen, musizieren, lesen) oder fun-Aktivitäten (z.B. Einkaufsbummel, fernsehen)
- Kontakte/Beziehungen, die Zeit verlangen, wie Besuch/Einladung von Freunden, Verabredung mit Clique u.ä.

## 9.4 Operationalisierung der Variablen auf der kognitiven Ebene

### 9.4.1 Sportbezogene Selbstwirksamkeit

Unter der sportbezogenen Selbstwirksamkeit wird hier in Anlehnung an Bandura (1986) die Überzeugung einer Person verstanden, sie sei in der Lage, eine begonnene sportliche Aktivität trotz auftretender Barrieren und Hindernisse über einen längeren Zeitraum hinweg regelmäßig durchzuführen und aufrechtzuerhalten.

Zur Messung der sportbezogenen Selbstwirksamkeit wurde der Fragebogen von Iris Pahmeier gewählt. Der Fragebogen zur Erfassung der „sport- und drop-out spezifischen Selbstwirksamkeit wurde von Pahmeier (1999) entwickelt, um „die Überzeugung einer Person, trotz bestehender oder auftretender Barrieren und Widrigkeiten ihre derzeitige sportliche Aktivität regelmäßig durchzuführen und aufrechtzuerhalten, zu erfassen“ (Bös, 2006, S.490). Der Fragebogen besteht aus 16 Items, die drei Skalen zugeordnet sind. Zudem wird ein Gesamtwert durch die Bildung eines Summenwertes errechnet. Die Items sind drei Bereichen zugeteilt:

Skala 1: Trainingsinterne Barrieren (8 Items)

Skala 2: Chronische Belastungen und Zeitmanagement (4 Items)

Skala 3: Unvorhersehbare, kritische Ereignisse (4 Items)

Die Probanden beurteilen, inwiefern sie ihre derzeitige sportliche Aktivität trotz Barrieren regelmäßig beibehalten: „Ich bin überzeugt davon, mein Fitness-Training auch dann noch ausüben zu können, wenn...“. Sofern mit „Ja“ geantwortet wird, wird zusätzlich auf einer Skala von 10% bis 100 % angegeben, wie sicher sie sich dieser Einschätzung sind.

Der Fragebogen ist für erwachsene Männer oder Frauen konzipiert, die zum Zeitpunkt der Befragung sportlich aktiv sind. Damit sind unsere Coaching-Klienten als Zielgruppe dieses Fragebogens geeignet, denn die „Wiedereinsteiger“ trainieren bereits und die „Neueinsteiger“ haben mit ihrem Training begonnen. Weiterhin ist die sprachliche und inhaltliche Darstellung der Items passend für die Untersuchungssituation im Fitness-Studio.

Es liegen Testanalysen zur Ermittlung der internen Konsistenz vor:

Objektivität/Reliabilität:  $\alpha = 0,92$  (Gesamtskala)

Skala Trainingsinterne Barrieren:  $\alpha = 0,91$

Skala Chronische Belastungen:  $\alpha = 0,86$

Skala Unvorhergesehenes:  $\alpha = 0,85$

Es existieren keine Normwerte.

Der Test kann im Fitness-Studio oder zu Hause innerhalb von fünf Minuten von den Klienten selbständig durchgeführt werden.

Bei der Sichtung alternativer Messverfahren zur Erhebung der sportbezogenen Selbstwirksamkeit im deutschsprachigen Raum konnten zwei weitere Fragebögen entdeckt werden, die jedoch inhaltlich nicht auf die spezielle Untersuchungssituation passten.

Dabei handelt es sich um

- den Selbstwirksamkeitsfragebogen zur regelmäßigen Teilnahme am Sportprogramm von Wagner (1996)
- die SSA-Skala: Selbstwirksamkeit zur Erfassung der sportlichen Aktivität von Fuchs und Schwarzer (1994).

Wagners Fragebogen (1996) ist trotz seiner Ökonomie in der Handhabung und seiner Aussagekraft nicht für den spezifischen Untersuchungsgegenstand, nämlich für das selbständige Training im Fitness-Studio, geeignet, da sich einzelne Items auf die Bewertung eines Gruppentrainings, der Gruppenleiterin und der sozialen Beziehung zu den Teilnehmern beziehen.

An der SSA-Skala von Fuchs und Schwarzer (1994) ist zu kritisieren, dass mit der gewählten Formulierung „ich bin mir *sicher*...“ keine Abstufung dieser Überzeugung erfasst werden kann. Neueinsteiger, die noch keine Erfahrung im Umgang mit der regelmäßigen Durchführung eines Fitness-Trainings haben, können sich nicht *sicher* sein, ob sie dieses Gesundheitsverhalten wirklich regelmäßig durchführen werden. Sie können also ihre Erfahrungen nur aus andern Quellen ziehen (Medien, Vorbilder etc.).

Bei den insgesamt zwölf Items der SSA-Skala handelt es sich um mögliche Barrieren, die der Ausführung einer geplanten Sportaktivität entgegenstehen könnten. Diese Barrieren stammen aus drei Bereichen: der psychischen Befindlichkeit, den sozialen Bedingungen (Trainingspartner) und den äußeren Umständen, wie z.B. schlechtes Wetter oder interessantes Fernsehprogramm. Da für die selbständige Durchführung eines Fitnessstrainings weder schönes Wetter noch ein Trainingspartner notwendige Voraussetzungen sind, ist dieser Fragebogen für unsere Untersuchungssituation weniger geeignet.

#### **9.4.2 Sportbezogene Selbstkonkordanz**

Unter sportbezogener Selbstkonkordanz wird hier in Anlehnung an der Sheldon & Elliot (1999) verstanden, inwieweit die Absicht, Sport zu treiben, mit den persönlichen Interessen und Werten der Person übereinstimmen. Zur Messung der sportbezogenen Selbstwirksamkeit wurde der aktuelle Fragebogen von Fuchs (2006) gewählt. Der Fragebogen zur Erfassung der sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz von Fuchs (2006) kann zur Motivationsdiagnostik mit relativ geringem Aufwand eingesetzt werden.

Der Fragebogen besteht aus zwölf Items, denen vier faktorenanalytisch identifizierte Subskalen zugeordnet sind. Zudem wird ein Selbstkonkordanzindex errechnet.

Die zwölf Items sind vier Bereichen zugeteilt, welche unterschiedliche Motivationsmodi messen:

Skala 1: Motivationsmodus „extrinsisch“

Skala 2: Motivationsmodus „intrinsisch“

Skala 3: Motivationsmodus „identifiziert“

Skala 4: Motivationsmodus „introjiziert“

Nach der theoretischen Modellvorstellung von Deci & Ryan (2000) sowie Sheldon und Elliot (1999) lassen sich diese vier Motivationsmodi auf einem Kontinuum der Selbstkonkordanz anordnen: Personen im intrinsischen und identifizierten Motivationsmodus verfügen über Zielintentionen mit einer eher hohen Selbstkonkordanz; jene im extrinsischen und introjizierten Motivationsmodus dagegen über Zielintentionen mit einer eher niedrigen Selbstkonkordanz.



Alle Items beziehen sich auf die gemeinsame Eingangsformulierung: „Ich beabsichtige in den nächsten Wochen und Monaten regelmäßig sportlich aktiv zu sein, weil..... Daraufhin wird eine Liste von zwölf „Beweggründen“ präsentiert (z.B. „...weil es mir einfach Spaß macht.“). Pro Item ist auf einer sechs-stufigen Antwortskala anzugeben, inwieweit die jeweilige Aussage zutrifft (1 = „trifft gar nicht“ zu bis 6 = „trifft genau zu“).

Der Fragebogen kann auch für erwachsene Männer oder Frauen verwendet werden, die zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht sportlich aktiv sind, jedoch die Absicht haben, aktiv zu werden. Da sich unsere Klienten mit der verbindlichen Anmeldung im Fitness-Studio bereits im Stadium der Implementierung befinden, ist dieses Anwendungskriterium erfüllt. Die sprachliche und inhaltliche Darstellung der Items ist passend für die Untersuchungssituation im Fitness-Studio.

Nach Fuchs und Seelig (2006) lassen Reliabilitäts- und Validierungsprüfungen an einer Stichprobe ( $n=337$ , Normalbevölkerung) den Schluss zu, „dass mit der SSK-Skala ein konzeptionell und methodisch brauchbares Instrument zur Erfassung der sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz vorliegt“ (2006, S.1). Es konnte bestätigt werden, dass das Ausmaß der sportlichen Aktivität durch den SSK-Index ( $r=0,52$ ), hauptsächlich durch das Niveau der **intrinsischen Motivation**, vorhergesagt werden kann.

Der Fragebogen kann im Fitness-Studio oder zu Hause innerhalb von drei Minuten von den Klienten selbständig ausgefüllt werden kann.

### 9.4.3 Subjektiver Zielerreichungsgrad

Das Goal-attainment-Scaling (GAS) ist ein veränderungssensitives Messinstrument und kann individuell oder in Gruppen angewandt werden (Kiresuk & Sherman, 1968). Es ist in fünf Stadien unterteilt, welche dazu dienen, das Ausmaß einer Veränderung interpretieren zu können.

Die Ziele im Coaching sind in so genannte Be- und Do-Ziele aufgeteilt. Das Be-Ziel beschreibt den angestrebten Erfolg der Aktivität oder die gewünschte Veränderung, also einen Zustand (z. B. „Ich bin in zehn Wochen fünf Kilogramm leichter.“). Das Do-Ziel hingegen beschreibt die geplante Häufigkeit der sportlichen Aktivität, also konkretes Verhalten (z. B. „Ich jogge zwei Mal wöchentlich für je eine Stunde auf dem Laufband“).

Der Grad der Zielerreichung wird – wie in Tab. 25 veranschaulicht - in fünf Stufen von sehr positiv bis besonders negativ bewertet. Bei der Zielerreichung wird also ein Spielraum eingeplant, das heißt, dass man ein Ziel unter- aber auch übertreffen kann. Durch die fünf Stadien sind die Ziele präzise festgelegt. Der Coach bespricht mit dem Klienten ausführlich die Erreichbarkeit der Ziele. Somit wird dem Klienten deutlich, welches Verhalten nötig ist, um den gewünschten Erfolg zu erlangen, und welche Ziele unrealistisch sind. Das Ergebnis der Zielerreichung wird nach Beendigung des Coachings analysiert.

Tab. 25 Goal-attainment Scaling (modifiziert nach. Kiresuk & Sherman, 1968)

Erwartung	Wert	„Do-Ziel“	„Be-Ziel“
		<i>Formulieren Sie das Ziel bitte so, dass Sie ein konkretes Verhalten wahrnehmen können.</i>	<i>Formulieren Sie das Ziel bitte so, dass Sie einen messbaren Zustand wahrnehmen können (z.B. in min, cm, kg).</i>
<b>Wesentlich schlechter als erwartet</b>	<b>-2</b>		
<b>Schlechter als erwartet</b>	<b>-1</b>		
<b>Erwartetes Ziel</b>	<b>0</b>		
<b>Besser als erwartet</b>	<b>+1</b>		
<b>Wesentlich besser als erwartet</b>	<b>+2</b>		

### 9.4.4 Kosten-Nutzen Analyse

Der Klient notiert sich Pro- und Contra-Argumente in seinem Coaching-Begleiter (Tab. 26). Der Coach unterstützt den Klienten mit offenen Fragen wie „Was fällt Ihnen noch ein?“. In Spalte drei werden Barrieren eingetragen, die den Klienten an der Ausführung der sportlichen Aktivität hindern können.

Tab. 26 Kosten-Nutzen Analyse bezüglich der sportlichen Aktivität

<b>Ich habe die Absicht, regelmäßig sportlich aktiv zu sein.</b>		
<b>für Veränderung spricht:</b>	<b>gegen Veränderung spricht:</b>	<b>Was mich an der Realisierung hindern könnte:</b>
<i>fitter</i>	<i>bequem</i>	<i>Unlust</i>

Der Coach ordnet die Antworten des Klienten den Kategorien in Tab. 27 zu. Dabei wurden die drei Hauptkategorien „Körper, Psyche, Soziales“ gemäß des biopsychosozialen Ansatzes zur Gesundheitsförderung ausgewählt.

Tab. 27 Pro-Argumente in der Kosten-Nutzenanalyse bezüglich der sportlichen Aktivität

<b>Hauptkategorie</b>	<b>Subkategorie</b>	<b>Beispiele</b>
<b>Körper</b>	Primärprävention	Muskelaufbau, bessere Ausdauer
	Sekundärprävention	Linderung von Rückenschmerzen
	Wohlbefinden	Bessere Figur, Straffung, Fitness
<b>Psyche</b>	Positive Emotionen/Stimmung	Gute Laune, Stolz, ausgeglichen
	Selbstregulation	Selbstdisziplin, Ehrgeiz, Geduld
	Stressabbau	Ablenkung vom Alltag, freie Zeit
	Wohlbefinden	erhöhte Lebensqualität, innere Ruhe
<b>Soziales</b>	Kontakte	Neue Kontakte, Trainingspartner
	Positive Wahrnehmung durch andere	Komplimente, positive Wirkung

Ebenso werden im standardisierten Interview die Contra-Argumente der sportlichen Aktivität erfasst (Tab. 28). Dabei wurden drei Hauptkategorien gebildet: Konkurrierende Handlungen, Demotivation und äußere Einflüsse mit je zwei Subkategorien.

Tab. 28 Contra-Argumente in der Kosten-Nutzenanalyse bezüglich der sportlichen Aktivität

Hauptkategorie	Subkategorie	Beispiele
<b>Konkurrierende Handlungen</b>	<b>Prioritäten</b>	Weniger Zeit für Familie, Freunde, Hobbies
	<b>Beruf</b>	Berufliche Verpflichtung, Mobilität, Engpässe
<b>Demotivation</b>	<b>Bequemlichkeit/Unlust</b>	Kein Ansporn, Faulheit, schlechte Laune
	<b>Misserfolg</b>	Frust, kein Erfolg
<b>Äußere Einflüsse</b>	<b>Finanzieller Aufwand</b>	Kosten
	<b>Gesundheitliche Einschränkung</b>	Schmerzen, Verletzung

Um die Antworten qualitativ auswerten zu können, erhält jede einzelne Antwort des Klienten eine eigene Codierungsnummer (Codierung aller Antworten siehe Beiheft).

#### 9.4.5 Wahrgenommene Konsequenzen

Wahrgenommene Konsequenzen sind im Unterschied zu erwarteten Konsequenzen Konsequenzen, die tatsächlich aufgetreten sind und vom Klienten wahrgenommen wurden. Auf die Frage: „Welche positiven und negativen Konsequenzen haben Sie durch ihre sportliche Aktivität in den letzten sechs Wochen erfahren?“, sammelt der Coach schriftlich im Leitfaden die Antworten des Klienten (Tab. 29) und ordnet sie den drei Hauptkategorien „Körper, Psyche, Soziales“ zu.

Tab. 29 Beispiel von positiven und negativen wahrgenommenen Konsequenzen der Sportaktivität

Positive Konsequenzen	Körper	Psyche	Soziales
<i>Bessere Figur</i>	X		
<i>Tag strukturierter</i>		X	
<i>selbstbewusster</i>		X	
Negative Konsequenzen	Körper	Psyche	Soziales
<i>Muskelkater</i>	X		
<i>Schlechtes Gewissen</i>		X	
<i>Weniger Zeit mit Familie</i>			X

Die differenzierte Zuordnung der Antworten zu den Subkategorien wurde von der Versuchsleiterin durchgeführt.

## **9.5 Operationalisierung der Variablen auf biometrischer Ebene**

Auf biometrischer Ebene wurde der BMI (Body Maß Index), der Ruhepuls und der Belastungspuls durch die vorhandene Messtechnik im Fitness-Studio ermittelt. Die Messung erfolgte in der ersten Woche und in der zehnten Woche.

Zur Erfassung des BMI-Index sind die Körpergröße und das Gewicht des Klienten notwendig. Der BMI-Index ist ein standardisierter Wert, der für fünf Kategorien gilt:

< 20	untergewichtig
20-24	normalgewichtig
25-29	leicht übergewichtig
30-39	deutlich übergewichtig
> 40	stark übergewichtig

## 10 Ableitung der Hypothesen

Entsprechend der allgemeinen Fragestellung, nämlich wie sich ein Coaching zur Förderung der sportlichen Aktivität auf den drei Verhaltensebenen auswirkt, sind auch die Hypothesen in drei Gruppen eingeteilt:

- Hypothesen auf der Verhaltensebene (Alpha-Variable)
- Hypothesen auf der kognitiven Ebene (Beta-Variable)
- Hypothesen auf der somatischen Ebene (Gamma-Variable)

Jede Hypothese wird kurz anhand theoretischer Überlegungen hergeleitet.

### 10.1 Hypothesen auf der Verhaltensebene

Auf der Verhaltensebene zeigt sich, wie häufig und wie stabil die Klienten ihre sportliche Aktivität im Zeitraum von 20 Wochen ausüben. Außerdem wird sichtbar, ob die sportliche Aktivität der Klienten zur Gewohnheit geworden ist. Trainiert ein Klient regelmäßig mindestens einmal pro Woche über 20 Wochen, so trainiert er „gewöhnheitsmäßig“.

Wiedereinsteiger haben bereits Erfahrungen mit der Durchführung einer sportlichen Aktivität gemacht und befinden sich zur Zeit in einem „Trainingstief“, d.h. sie trainieren unregelmäßig. Es ist zu vermuten, dass die Wiedereinsteiger durch das Coaching einen neuen Motivationsschub erhalten und während sowie nach dem Coaching häufiger als vor dem Coaching trainieren. Wenn die Daten während der Intervention eine starke Veränderung gegenüber den Grundratedaten zeigen, dann gelten die gezielten Effekte als reliabel (vgl. Kern, 1997, S. 162).

Desweiteren interessieren die Unterschiede im Trainingsverhalten zwischen Wiedereinsteigern und Neueinsteigern. Beide Gruppen befinden sich in einer unsicheren Motivationslage. Die Wiedereinsteiger haben den Umgang mit inneren und äußeren Barrieren bisher nur unzureichend gehandhabt, so dass sie kein stabiles Trainingsverhalten aufbauen konnten. Die Neueinsteiger wissen noch nicht, welche Strategien für ihre Zielerreichung erfolgreich sein werden. Im Coaching lernen die Klienten mit Unterstützung des Coaches mit Barrieren bezüglich ihrer Sportaktivität konstruktiv umzugehen. Deshalb wird vermutet, dass sich während des Coachings bei beiden Gruppen ein häufigeres Trainingsverhalten als vor und nach dem Coaching zeigt.

Zusätzlich interessiert die deskriptive Beschreibung der Trainingsstabilität der beiden Gruppen über die Messperioden hinweg (Tab. 30).

Tab. 30 Hypothesen zum Trainingsverhalten

<b>Merkmal</b>	<b>Fragestellung und Hypothesen</b>
<b>1.) Sportstadium</b>	<b>Fragestellung 1: Wird das Sporttreiben der Klienten zur Gewohnheit?</b>
Hypothese 1.1	Alle Klienten befinden sich nach 10 Wochen im Stadium der Implementierung.
Hypothese 1.2:	Es befinden sich im Stadium der Habituation mindestens 20 der 24 Klienten nach 20 Wochen.
<b>2.) Trainingshäufigkeit</b>	<b>Fragestellung 2: Wie verändert sich die Trainingshäufigkeit der Klienten während und nach dem Coaching?</b>
Hypothese 2.1	Neueinsteiger trainieren während des Coachings häufiger als nach dem Coaching.
Hypothese 2.2	Wiedereinsteiger trainieren während des Coachings häufiger als vor dem Coaching.
Hypothese 2.3	Wiedereinsteiger trainieren während des Coachings häufiger als nach dem Coaching.
Hypothese 2.4	Wiedereinsteiger und Neueinsteiger unterscheiden sich in ihrer Trainingshäufigkeit während und nach dem Coaching.
<b>3.) Trainingsregelmäßigkeit</b>	<b>Fragestellung 3: Wie verändert sich die Trainingsstabilität der Klienten während und nach dem Coaching?</b>
Hypothese 3.1	Wiedereinsteiger trainieren während des Coachings regelmäßiger als vor dem Coaching.
Hypothese 3.2	Wiedereinsteiger trainieren nach dem Coaching regelmäßiger als vor dem Coaching.
Hypothese 3.3	Neueinsteiger trainieren während des Coachings regelmäßiger als nach dem Coaching.
Hypothese 3.4	Neueinsteiger und Wiedereinsteiger unterscheiden sich in ihrer Trainingsregelmäßigkeit während und nach dem Coaching.

## 10.2 Hypothesen auf der kognitiven Ebene

Es wird vermutet, dass die Klienten häufiger Do-Ziele als Be-Ziel erreichen (Tab. 31). Denn Do-Ziele können zeitnah und konkret überprüft werden. Nimmt sich ein Klient z.B. vor, zweimal in der Woche ins Fitness-Studio zu gehen, so kann er bereits nach einer Woche seinen Vorsatz überprüfen. Das Zustandsziel, fünf Kilogramm leichter zu sein, wird u.U. erst nach sechs Wochen erreicht und bedarf der Rückmeldung durch ein Messinstrument (z.B. Waage).

Tab. 31 Hypothesen zu den erwarteten Zielen

<b>4.) Zielerreichung (GAS)</b>	<b>Fragestellung 4: Erreichen die Klienten ihre erwarteten Ziele?</b>
Hypothese 4.1	Alle Klienten erreichen mindestens ihr erwartetes Do-Ziel.
Hypothese 4.2	Alle Klienten erreichen mindestens ihr erwartetes Be-Ziel.
Hypothese 4.3:	Die Klienten erreichen häufiger ihre Do-Ziele als ihre Be-Ziele.

Die Aufnahme und Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität ist beeinflusst durch verschiedene kognitive Determinanten. Zur Hypothesenbildung auf der motivationalen Ebene wird die Ausprägung der sportbezogenen Selbstwirksamkeit und der sportbezogenen Selbstkonkordanz herangezogen (Tab. 32). Diese Kennwerte werden in der ersten und zehnten Woche erhoben.

Eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit, insbesondere ein stärkeres Selbstvertrauen im Umgang mit der eigenen Tagesorganisation und dem Zeitmanagement, spricht für den Erfolg des Coachings, das ja darauf abzielt, die Selbstmanagementfähigkeiten der Klienten zu optimieren.

Tab. 32 Hypothesen zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit

<b>5.) Selbstwirksamkeit</b>	<b>Fragestellung 5: Wie verändert sich die sportbezogene Selbstwirksamkeit nach dem Coaching?</b>
Hypothese 5.1	Die sportbezogene Selbstwirksamkeit (Gesamtwert) der Klienten erhöht sich nach dem Coaching.
Hypothese 5.2	Die sportbezogene Selbstwirksamkeit bezüglich der Trainingsbarrieren der Klienten ist nach dem Coaching höher als vor dem Coaching.
Hypothese 5.3	Die sportbezogene Selbstwirksamkeit bezüglich des Umgangs mit chronischen Belastungen der Klienten ist nach dem Coaching höher als vor dem Coaching.
Hypothese 5.4	Die sportbezogene Selbstwirksamkeit bezüglich des Umgangs mit Unvorhergesehenem ist nach dem Coaching höher als vor dem Coaching.
Hypothese 5.5	Die sportbezogene Selbstwirksamkeit von Wiedereinsteigern nimmt stärker zu als die Selbstwirksamkeit von Neueinsteigern.

Obwohl nach Fuchs (2007) die Selbstkonkordanz eher als stabil zu betrachten ist und als Moderatorvariable herangezogen werden sollte, soll hier untersucht werden, ob Klienten mit einer eher extrinsischen Motivationslage ihren Motivationsmodus hin zu einer intrinsischen Motivationslage entwickeln können (Tab. 33).



Tab. 33 Hypothesen zur sportbezogenen Selbstkonkordanz

<b>6.) Selbstkonkordanz</b>	<b>Fragestellung 6: Wie verändert sich die sportbezogene Selbstkonkordanz nach dem Coaching?</b>
Hypothese 6.1	Die sportbezogene Selbstkonkordanz der Klienten ist nach dem Coaching höher als vor dem Coaching.
Hypothese 6.2	Der intrinsische Modus der Selbstkonkordanz erhöht sich nach dem Coaching.
Hypothese 6.3	Der extrinsische Modus der Selbstkonkordanz senkt sich nach dem Coaching.
Hypothese 6.4	Der identifizierte Modus der Selbstkonkordanz erhöht sich nach dem Coaching.
Hypothese 6.5	Der introjierte Modus der Selbstkonkordanz erhöht sich nach dem Coaching.

### 10.3 Hypothesen auf der biometrischen Ebene

Biometrische Kennwerte werden in der ersten und in der zehnten Woche erhoben. Der Ruhepuls, der Belastungspuls sowie der BMI-Index gehören zur üblichen Leistungsdiagnostik im Fitness-Studio. In zahlreichen Studien wurde belegt (vgl. Kap. 3.3), dass sportliche Aktivität positive körperliche Konsequenzen nach sich zieht. Deshalb wird vermutet, dass sich die körperliche Leistungsdiagnostik der Klienten nach zehn Wochen positiv verändert (Tab. 34).

Tab. 34 Hypothesen auf der körperlichen Ebene

<b>7.) Biometrik</b>	<b>Fragestellung 7: Verbessern die Klienten ihre biometrischen Messwerte nach 10 Wochen?</b>
Hypothese 7.1	Einige übergewichtige Klienten verringern ihren BMI – Index nach 10 Wochen.
Hypothese 7.2	Einige Klienten haben einen niedrigeren Ruhepuls nach 10 Wochen.
Hypothese 7.3	Einige Klienten haben einen niedrigeren Belastungspuls nach 10 Wochen.

# 11 Charakterisierung der Stichprobe

## 11.1 Neueinsteiger und Wiedereinsteiger

Insgesamt haben 24 Personen als Klienten am Coaching teilgenommen. Sie sind Mitglieder in Fitness-Studios unterschiedlicher Größe in ganz Deutschland. Sie haben bereits einen Vertrag abgeschlossen und befinden sich somit im Stadium der Implementierung, d.h. sie haben sich bereits entschieden, ein regelmäßiges Gerätetraining im Fitness-Studio durchzuführen.

Die Gesamtgruppe der Klienten teilt sich auf in 15 **Neueinsteiger** und neun **Wiedereinsteiger**.

Neueinsteiger sind Personen, die im Fitness-Studio, in dem sie gerade Mitglied geworden sind, noch nie trainiert haben. Wiedereinsteiger trainieren schon seit längerem (mehr als zehn Wochen) hin und wieder im Fitness-Studio und haben sich entschieden, ein regelmäßiges Training wiederaufzunehmen.

Gemäß der Stadien von Fuchs (2001) können die Klienten der Phase der Präaktion zugeordnet werden. Sowohl Neueinsteiger als auch Wiedereinsteiger planen ein regelmäßiges Sporttreiben, die Handlungsrealisierung steht bereits fest. Der Unterschied zwischen Neueinsteigern und Wiedereinsteigern ist, dass Wiedereinsteiger bereits die Phase der Fluktuation hinter sich haben.

Die Klienten wurden von den Versuchsleitern ausgewählt. Einziges Auswahlkriterium für die Klienten war die Bereitschaft, freiwillig am Coaching teilzunehmen.

## 11.2 Alter

Tab. 35 Alter der Klienten

Altersspanne	Total (n= 24)	Neueinsteiger (n=9)	Wiedereinsteiger (n=15)
18-30 in % (absolut)	46 % (11)	67 % (6)	33% (5)
31-40 in % (absolut)	29% (7)	22 % (2)	33% (5)
41+ in % (absolut)	25 % (6)	11 % (1)	33% (5)

Aus Tab. 35 kann entnommen werden, dass der Hauptanteil der Klienten (46%) im jungen Erwachsenenalter zwischen 18 und 30 Jahren liegt. Sieben Klienten sind zwischen 31 und 40 Jahre alt. Sechs Klienten sind über 40 Jahre alt. Dabei ist die „Ausreißerin“ eine Rentnerin mit 60 Jahren.

### 11.3 Geschlecht

Tab. 36 Geschlecht der Klienten

<b>Geschlecht</b>	Total (n= 24)	Neueinsteiger (n=9)	Wiedereinsteiger (n=15)
Weiblich in % (absolut)	83 % (20)	100% (9)	73 % (11)
Männlich in % (absolut)	17% (4)	0% (0)	27% (4)

In der Gesamtstichprobe befinden sich vier Männer und 20 Frauen (Tab. 36). Tatsächlich ist laut DSSV-Umfragen (2006) der Frauenanteil im Fitness-Studio mit 51% höher als der Männeranteil, jedoch nicht so stark erhöht wie in unserer Stichprobe.

### 11.4 Schulabschluss

Tab. 37a Schulabschluss der Klienten

<b>Abschluss</b>	Total (n= 24)	Neueinsteiger (n=9)	Wiedereinsteiger (n=15)
Kein Abschluss in % (absolut)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Hauptschule in % (absolut)	8% (2)	0% (0)	13% (2)
Realschule in % (absolut)	29% (7)	22% (2)	33% (5)
Abitur in % (absolut)	25% (6)	22% (2)	27% (4)
Studium in % (absolut)	29% (7)	44% (4)	20% (3)
Sonstiges in % (absolut)	8% (2)	11% (1)	7%(1)

In Tab. 37a wird ersichtlich, dass 54% der Klienten einen höheren Schulabschluss (Abitur, Studium) haben, 29% absolvierten die Realschule und zwei Klienten waren auf der Hauptschule.

## 11.5 Erwerbstätigkeit

Tab. 37b Erwerbstätigkeit

<b>Erwerbstätigkeit</b>	Total (n= 24)	Neueinsteiger (n=9)	Wiedereinsteiger (n=15)
Nicht erwerbstätig in % (absolut)	25% (6)	44% (4)	13% (2)
Erwerbstätig in % (absolut)	75% (18)	56% (5)	87% (13)

Sechs der 24 Klienten sind nicht erwerbstätig, verfügen aber über ausreichende finanzielle Mittel zur Zahlung des Studiobeitrags. Es befinden sich unter den Nicht-Erwerbstätigen zwei Hausfrauen und zwei Studentinnen.

## 11.6 Entfernung des Wohnorts von der Sportstätte

Tab. 37c Erwerbstätigkeit

<b>Kilometer</b>	Total (n= 24)	Neueinsteiger (n=9)	Wiedereinsteiger (n=15)
0,5-5 km in % (absolut)	54% (13)	56% (5)	53% (8)
6-10 km in % (absolut)	25% (6)	22% (2)	27% (4)
10 + km in % (absolut)	17% (4)	11% (1)	20% (3)

51% der Mitglieder wohnen weniger als fünf km vom Fitness-Studio entfernt. Sechs Klienten fahren sechs bis zehn Kilometer zu ihrem Studio und vier Klienten legen eine Wegstrecke über zehn Kilometer zurück.

## 11.7 Sportliche Aktivität

Tab. 37d Sportaktivität

<b>Sportaktivität (aktuell)</b>	Total (n= 24)	Neueinsteiger (n=9)	Wiedereinsteiger (n=15)
Aktiv in % (absolut)	54% (13)	67% (6)	47% (7)
Nicht aktiv in % (absolut)	46% (11)	33% (3)	53% (8)

54% der Klienten sind bereits sportlich aktiv. 46% der Klienten üben zur Zeit keinen Sport aus.

## 11.8 Körperlicher Zustand

Tab. 37e Körperlicher Zustand

<b>Körperlicher Zustand</b>	Total (n= 24)	Neueinsteiger (n=9)	Wiedereinsteiger (n=15)
„Sehr gut“ in % (absolut)	0 % (0)	0% (0)	0% (0)
„Gut“ in % (absolut)	0% (10)	0% (5)	0% (5)
„Zufrieden“ in % (absolut)	67% (16)	56% (5)	73% (11)
„Mangelhaft“ in % (absolut)	25% (6)	33% (3)	20% (3)
„Sehr schlecht“ in % (absolut)	8% (2)	11% (1)	7% (1)

Kein Klient bezeichnet seinen körperlichen Zustand als sehr gut oder gut. 67% sind zufrieden und 25% beurteilen ihr körperliches Befinden als mangelhaft. Zwei Klienten bewerten ihren körperlichen Zustand als sehr schlecht.

## 11.9 Seelisches Befinden

Tab. 37f Seelisches Befinden

<b>Seelisches Befinden</b>	Total (n= 24)	Neueinsteiger (n=9)	Wiedereinsteiger (n=15)
„Sehr gut“ in % (absolut)	4% (1)	0% (0)	7% (1)
„gut“ in % (absolut)	42% (10)	56% (5)	33% (5)
„Zufrieden“ in % (absolut)	38% (9)	22% (2)	47% (7)
„Mangelhaft“ in % (absolut)	8% (2)	22% (2)	0% (0)
„Sehr schlecht“ in % (absolut)	8% (2)	0% (0)	13% (2)

Zwei Klienten beurteilen ihr seelisches Befinden als sehr schlecht. Der Hauptanteil der Klienten, nämlich 42% bewerten ihr seelisches Befinden als gut. Neun Klienten sind mit ihrem seelischen Befinden zufrieden, und je zwei weitere Klienten beurteilen ihren seelischen Status als mangelhaft.

## 11.10 Absichtsstärke

Tab. 37g Absichtsstärke

<b>Absichtsstärke</b>	Total (n= 24)	Neueinsteiger (n=9)	Wiedereinsteiger (n=15)
„Sehr stark“ in % (absolut)	29% (7)	33% (3)	27% (4)
„stark“ in % (absolut)	67% (16)	67% (6)	67% (10)
„mittelstark“ in % (absolut)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
„gering“ in % (absolut)	4% (1)	0% (0)	7% (1)
„Sehr gering“ in % (absolut)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Die Absichtsstärke, regelmäßig das sportliche Training auszuüben, reicht in der Gesamtgruppe von sehr stark bis gering. Sieben Personen haben eine sehr starke Absicht, regelmäßig sportlich aktiv zu sein. 16 Personen bewerten ihre Absicht als stark. Eine Person verfügt über eine geringe Absichtsstärke.

## 12 Voruntersuchung

### 12.1 Zielsetzung

Da bisher keine Untersuchungen über prozessbegleitende Coachings zur Förderung der sportlichen Aktivität vorliegen, sollte das umfangreiche Arbeits- und Erhebungsmaterial mit einer Pilotstudie in der spezifischen Untersuchungssituation, also im Fitness-Studio, zunächst auf Verständlichkeit, Handhabbarkeit, Ökonomie und Transparenz in der Auswertung hin überprüft werden.

Außerdem sollte die Frage beantwortet werden, ob zwischen Klient und Coach eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann, die als wesentlich für ein erfolgreiches Coaching gilt.

### 12.2 Ablauf der Voruntersuchung

Die Vorstudie (Abb. 14) wurde ein halbes Jahr vor der Hauptuntersuchung durchgeführt. Eine Diplomandin des Studienganges „Diplom-Gesundheitsmanager“ der BA-Akademie in Saarbrücken führte je ein Coaching mit sieben Sitzungen an zwei Klienten im Fitness-Studio durch.

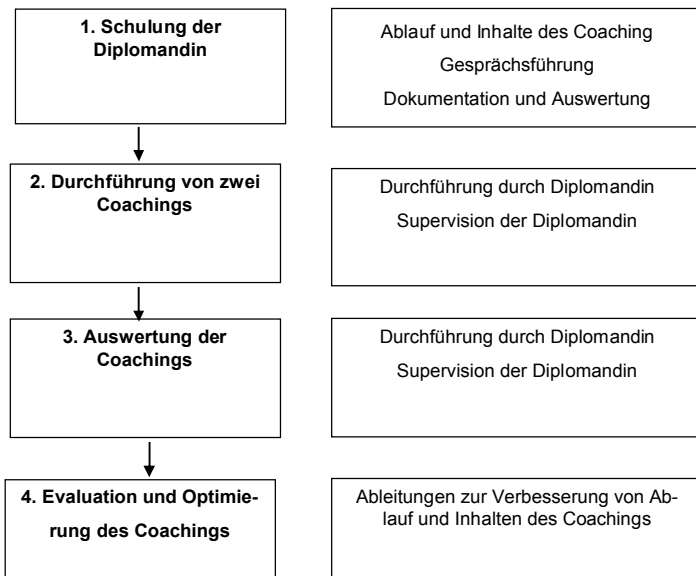


Abb. 14 Ablauf der Voruntersuchung

In einer eintägigen Schulung wurde die Diplomandin von der Versuchsleiterin in den Ablauf und die Inhalte des Coachings zur Förderung der sportlichen Aktivität eingeführt. Die Diplomandin wurde mit dem Leitfaden und dem Coaching-Begleiter vertraut gemacht. Die einzelnen Schritte der Dokumentation und Auswertung konnten konstruktiv gemeinsam erörtert werden, so dass Verbesserungsvorschläge der Diplomandin bereits mit in die Gestaltung des Arbeitsmaterials einbezogen werden konnten. So wurde z.B. das Format des Leitfadens und des Coaching-Begleiters verdoppelt und die Anleitungen für Hausaufgaben der Klienten graphisch hervorgehoben.

### 12.3 Untersuchungsdesign

Der Untersuchungszeitraum der Pilotstudie beschränkte sich auf zehn Wochen ohne baseline und follow up. Der Ablauf der Untersuchung wird in Abb. 15 dargestellt.

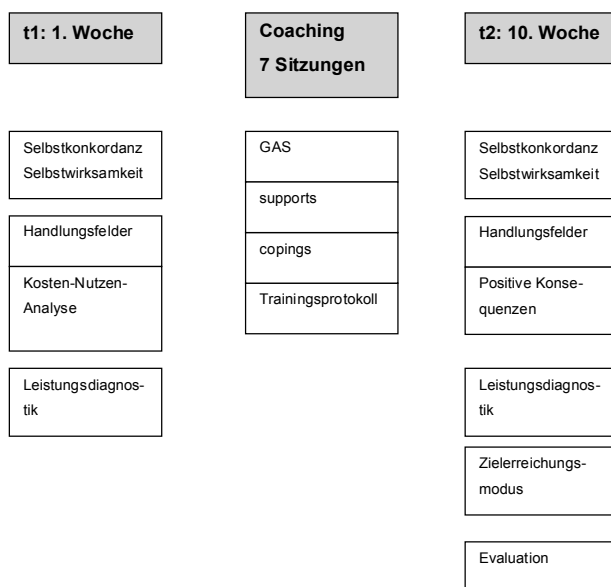


Abb. 15 Voruntersuchung: Durchführung des Coachings mit zwei Klienten (n=2)

Strategien, die zur Unterstützung der sportlichen Aktivität dienen, wurden hier unterschieden in **supports** und **copings**. Unter supports sind alle Bemühungen der Klienten zu verstehen, das Sporttreiben im Sinne der Selbstregulation vorausschauend zu unterstützen. Hierzu zählen beispielsweise der Erwerb von Sportkleidung, die Suche eines geeigneten Trainingspartners oder Kinderbetreuung. Unter copings sind alle Verhaltensweisen gemeint, die der Klient ein-



setzt, um antizipierte, situationsspezifische Barrieren des Sporttreibens zu bewältigen. Diese copings sollten vom Klienten in der folgenden Weise formuliert werden: „**Immer** wenn ich an meinem Trainingstag länger arbeiten musste, **dann** werde ich trotzdem ins Studio gehen und meine Trainingszeit verkürzen.“

In der letzten Coaching-Sitzung wurde neben einer Zielbewertung durch die GAS auch der **Zielerreichungsmodus** festgehalten, der die motivationale Einstellung gegenüber dem Zielzustand erfassen sollte. So können Klienten nach den zehn Wochen planen, ihren Zielzustand zu erhalten (Zielerhaltung), sich ein neues Ziel setzen (Zielerneuerung), z.B. auf einen Marathon hin trainieren, ihr Ziel anpassen (Zielanpassung), z.B. die Trainingshäufigkeit reduzieren oder ihr Ziel aufgeben (Zielaufgabe): z.B. die Mitgliedschaft kündigen oder das Training abbrechen.

## 12.4 Klienten

Für die Durchführung des Coachings konnten zwei Neueinsteigerinnen gewonnen werden, die noch nie in einem Fitness-Studio trainiert haben. Tab. 38 zeigt eine kurze Beschreibung der beiden Klientinnen.

Tab. 38 Merkmale der Klientinnen in der Voruntersuchung

<b>Merkmale</b>	<b>Klient A</b>	<b>Klient B</b>
<b>Geschlecht</b>	weiblich	weiblich
<b>Schulabschluss</b>	Abitur	Abitur
<b>Berufsstatus</b>	berufstätig	in Weiterbildung
<b>Kinder</b>	zwei Kinder	drei Kinder
<b>Familienstand</b>	verheiratet	geschieden

## 12.5 Schlussfolgerungen aus der Voruntersuchung und Modifikationen für die Hauptuntersuchung

### Evaluation aus Sicht der Klienten

Die Ergebnisse aus den Fragebögen zur Evaluation des Coachings zeigen auf, dass beide Klienten eine vertrauensvolle Beziehung zum Coach aufbauen konnten.

Das Coaching war für die Durchführung der sportlichen Aktivität aus Klientensicht hilfreich. Durch das Coaching hat sich Klient A „stark“ und Klient B „sehr

stark unterstützt“ gefühlt. Klient A ist mit den Arbeitsmitteln „teils gut, teils weniger gut“ zurechtgekommen.

Mit der Kosten-Nutzen-Analyse und der GAS-Bestimmung ist Klient A eher nicht gut zurechtgekommen. Mit diesen Coaching-Methoden ist Klient B gut zurechtgekommen. Für die persönliche Entwicklung der Klienten waren die Strategieentwicklung und Strategienutzung besonders hilfreich. Diese Methode wurde vor der Methode der persönlichen Zielformulierung genannt.

### **Evaluation aus Sicht des Coaches**

Der Coach konnte zu beiden Klienten eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen. Aus Sicht des Coaches war das Coaching für beide Klienten hilfreich.

### **Arbeitsmittel**

Die Differenzierung von supports und copings war für die beiden Klienten nicht eindeutig nachzuvollziehen und hinderlich für den freien Ideenfluss. Zudem wurden Mehrfachnennungen registriert. Deshalb wird in der Hauptuntersuchung auf diese Differenzierung verzichtet und die übersichtliche Einteilung der Strategien in das SORK-Modell verwendet. Die SORK- Strategien sollen zusätzlich mit Beispielen im Coaching-Begleiter dargestellt und gemeinsam mit dem Coach erarbeitet werden. Um zu ermitteln, welche Strategien besonders hilfreich waren, werden nicht mehr alle angewandten Strategien bewertet, sondern die besten drei Strategien werden in eine Rangreihe gebracht.

Der Zielerreichungsmodus (Zielerhaltung,- anpassung, -erneuerung, -aufgabe) wird in der Hauptuntersuchung nicht erhoben, da der Zeitraum von zehn Wochen nicht ausreichend ist für diese Kategorisierung.

Die GAS-Bestimmung wurde in den beiden Coachings 14-tägig überprüft, was sich jedoch bei der Bestimmung der Be-Ziele als demotivierend zeigt. Denn eine Gewichtsabnahme von zehn Kilogramm kann in 14 Tagen nicht erreicht werden. Deshalb wird die GAS in der Hauptstudie erst nach zehn Woche durchgeführt. Um die Verständlichkeit dieses Arbeitsmittels zu verbessern, werden im Coaching-Begleiter eine schriftliche Anleitung und ein Beispiel zusätzlich aufgenommen.

Die Anleitung zu Hausaufgaben wird farblich gekennzeichnet, um die damit verbundene Handlungsaufforderung stärker herauszustellen und die selbständige Umsetzung des Erlernten zu fördern.

Merkmale des Trainingscenters werden aufgenommen (Mitgliederanzahl, Lage, Zielgruppe, Fluktuation), um bei Fallinterpretationen herangezogen werden zu können.

Leitfaden und Dokumentationsbögen werden in einem Heft (statt in zwei) zusammengefasst, damit der Coach erhobene Daten leichter übertragen kann.

Die Wahrnehmung positiver Konsequenzen des Sporttreibens wird durch die mögliche Wahrnehmung negativer Konsequenzen ( z.B. die Familie fühlt sich vernachlässigt, körperliche Überforderung) erweitert, indem die offene Frage neutral formuliert wird.

Anstelle der prozentualen Gewichtung der wahrgenommenen Unterstützung wird nach einer Rangreihe gefragt: Welche Unterstützung war für Sie am hilfreichsten?

Durch den Hinweis „nächste Sitzung am ....“ im Coaching-Begleiter soll bereits das Datum für das folgende Treffen eingetragen und somit besser und verbindlicher geplant werden.

### **Gesprächsführung**

Die Formulierung einzelner Strategien zur Unterstützung des Sporttreibens und der Barriereplanung durch den Klienten, bedarf eines aktiven Zuhörers. Der Coach soll die Ideen und konkreten Lösungsschritte des Klienten durch genaues Nachfragen und verbales Verstärken anregen. Zudem soll sich der Coach schriftlich Notizen zum Gesagten des Klienten machen, um Zusammenfassungen und Erinnerungshilfen geben zu können.

### **Zeitlicher Umfang**

Die Sitzung 5, in der lediglich die angewandten Strategien gemeinsam mit dem Coach bewertet wurden, führte zu keinem deutlichen Erkenntnis- oder Umsetzungsgewinn, so dass diese Sitzung in der Hauptuntersuchung herausgenommen wird. Der zeitliche Umfang von sieben Sitzungen bleibt jedoch durch die Einführung einer Sitzung zur Wahrnehmung positiver kurzfristiger Konsequenzen in der Hauptuntersuchung erhalten.

### **Räumlichkeiten**

Für ein ungestörtes und konzentriertes Arbeiten ist ein separater, ruhiger Raum notwendig. In der Hauptuntersuchung soll das Vorhandensein eines separaten Raums eine Bedingung für das Durchführen der Coachings sein.

### **Fragebögen**

Die Anleitung für die Auswertung der sportbezogenen Selbstwirksamkeit und Selbstkonkordanz wird durch transparente Auswertungsschritte und Tabellen für die Coaches übersichtlicher gestaltet.

Bei der Bewertung der Arbeitsmittel werden diese nicht mehr in eine Rangreihe gebracht, sondern einzeln auf einer sechsstufigen Skala bewertet, da die Klienten Schwierigkeiten hatten, sich auf Ränge festzulegen.

### 13 Auswertungsplan für die Hauptuntersuchung

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in zwei Abschnitten.

- 1. Teil: Deskriptive Auswertung
- 2. Teil: Inferenzstatistische Auswertung

**Im ersten Teil** werden die deskriptiven Maße der erhobenen Daten dargestellt (Tab. 39).

Das Trainingsverhalten wird in drei Messperioden erhoben. Periode 1 (p1) beinhaltet die zehn Wochen vor Beginn des Coachings, Periode 2 (p2) umfasst den Coaching- Zeitraum mit Beginn der elften Woche bis einschließlich der 20. Woche. Im follow up wird das Trainingsverhalten zwischen der 21. und 30. Woche, also nach dem Coaching, gemessen.

Die Fragebögen zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit und sportbezogenen Selbstkonkordanz werden zu Beginn des Coachings (t1) und am Ende des Coachings (t2) zusammen mit der Leistungsdiagnostik eingesetzt.

Tab. 39 Deskriptive Auswertung

Merkmal	Messung	Operationalisierung	Deskriptive Maße
Sportstadium	Neun Sportstadion nach Fuchs	Neun Kategorien	Zuordnung zur Kategorie 1-9, Häufigkeit der Kategorien
Trainingshäufigkeit	Trainingsprotokol I zu den drei Messzeiträumen	Anzahl des Trainings im Fitness-Studio pro Woche	Mittelwertsdifferenzen der Trainingshäufigkeiten zwischen den Messperioden AMW, Med, minimaler und maximaler Wert Konfidenzintervalle
Trainingsstabilität	Trainingsprotokol I zu 3 Messzeiträumen	Relative Abweichung der Trainingshäufigkeit pro Messperiode	Stabilitätskoeffizient R Regressionsmodell
Sportbezogene Selbstwirksamkeit	Fragebogen von Pahmeier (1995) Drei Skalen. Gesamtwert	Summenwerte	Differenz der Messwerte zu den Messzeitpunkten t1 und t2
Sportbezogene Selbstkonkordanz	Fragebogen von Fuchs (2006), 4 Skalen	Summenwerte SSK-Index	Differenz der Messwerte zu den Messzeitpunkten t1 und t2
Be- und Do-Ziele	GAS	-2 bis +2	Häufigkeit
Biometrische Parameter (Leistungsdiagnostik)	BMI, Ruhe- und Belastungspuls	BMI-Kategorien Individuell	Differenz der Messwerte zu den Messzeitpunkten t1 und t2

Im **zweiten Teil** der Ergebnisdarstellung sollen ausgewählte Mittelwertsvergleiche auf Signifikanz überprüft werden (Tab. 40).

Tab. 40 Inferenzstatistische Auswertung

<b>Merkmal</b>	<b>Prüfmaße</b>	<b>Skalenniveau</b>	<b>Signifikanztest für abhängige Stichproben</b>	<b>Messzeitpunkt</b>
Trainingshäufigkeit	Mittelwertsabweichungen	Intervallskala -> Paarvergleich -> Ordinaldaten	Wilcoxon-Test	p1, p2, p3
Selbstwirksamkeit	Differenz der Messwerte zu den Messzeitpunkten t1 und t2	Intervallskala -> Paarvergleich -> Ordinaldaten	Wilcoxon-Test	t1, t2
Selbstkonkordanz	Differenz der Messwerte zu den Messzeitpunkten t1 und t2	Intervallskala -> Paarvergleich -> Ordinaldaten	Wilcoxon-Test	t1, t2
Be- und Do-Ziele	Häufigkeit	Intervallskala -> Paarvergleich -> Ordinaldaten	Wilcoxon-Test	t2

## 14 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse zu den Hypothesen

Als Lagemaße werden der Median (Med), der Arithmetische Mittelwert (AMW) sowie der minimale und maximale Wert der Verteilung angegeben. Diese Werte beschreiben die zentrale Tendenz der ermittelten Häufigkeitsverteilungen.

Als Dispersionsmaße werden die Standardabweichung und die mittlere absolute Abweichung der Messwerte herangezogen. Als Stabilitätskoeffizient des Trainingsverhaltens wird die durchschnittliche relative Abweichungen der Trainingshäufigkeiten vom Mittelwert R errechnet.

Die Quartilabstände von ausgewählten Verteilungen und deren Ausreißerwerte sind durch Box-Whisker Plots veranschaulicht.

Ergänzend werden in diesem Kapitel die Konfidenzintervalle für die mittlere Trainingshäufigkeit der beiden Gruppen der Wieder- und Neueinsteiger über die drei Messperioden erhoben. Das Konfidenzintervall schätzt die „wahre“ Lage der Mittelwerte mit einer zuvor festgelegten Wahrscheinlichkeit ein und erlaubt Aussagen darüber, ob die errechneten Mittelwerte der Trainingshäufigkeit sich über die drei Messperioden signifikant unterscheiden.

### 14.1 Ergebnisse zu den Hypothesen auf der Verhaltensebene

#### 14.1.1 Sportstadien

Hypothese 1.1	Alle Klienten befinden sich nach 10 Wochen im Stadium der Implementierung.
---------------	----------------------------------------------------------------------------

Tab. 41 Erreichtes Sportstadium nach 10 Wochen

Stadium	Total (n=24)	Neueinsteiger (n=9)	Wiedereinsteiger (n= 15)
Implementierung	92% (22)	100% (9)	87% (13)
Abbruch	4% (1)	0% (0)	7% (1)
Habituation	4% (1)	0% (0)	7% (1)

Alle neun Neueinsteiger und 13 Wiedereinsteiger erreichen nach zehn Wochen das Stadium der Implementierung, d.h. sie trainieren durchschnittlich mindestens einmal in der Woche (Tab. 41). Ein Wiedereinsteiger hat das Training abgebrochen, ein anderer Wiedereinsteiger trainiert bereits seit 20 Wo-

chen (incl. Periode 1) durchschnittlich mindestens einmal in der Woche und hat bereits das Stadium der Habituation erreicht.

Hypothese 1.1 kann nicht bestätigt werden, da ein Klient das Training vor der zehnten Woche abgebrochen hat.

Hypothese 1.2:	Es befinden sich mindestens 20 der 24 Klienten nach 20 Wochen im Stadium der Habituation
----------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Tab. 42 Erreichtes Sportstadium nach 20 Wochen

Stadium	Total (n=24)	Neueinsteiger (n=9)	Wiedereinsteiger (n= 15)
Habituation	75% (18)	67% (6)	80% (12)
Fluktuation	8% (2)	11% (1)	7% (1)
Abbruch	8% (2)	0% (0)	13% (2)
Keine Antwort	8% (2)	22% (2)	0% (0)

Tab. 42 zeigt, dass 18 Klienten das Stadium der Habituation erreichen, d.h. sie trainieren seit 20 Wochen durchschnittlich mindestens einmal in der Woche. Zwei Wiedereinsteiger haben nach der 10. Woche das Training abgebrochen. Ein Wiedereinsteiger und ein Neueinsteiger trainieren durchschnittlich weniger als einmal in der Woche und befinden sich demnach im Stadium der Fluktuation. In zwei Fällen konnte die Dokumentation des Trainingsverhaltens in der dritten Periode von den Coaches nicht mehr durchgeführt werden.

Hypothese 1.2 kann nicht bestätigt werden, das nur 18 der 24 Klienten ihr sportliches Training gewohnheitsmäßig durchführen, d.h. sich im Stadium der Habituation befinden.

### 14.1.2 Trainingshäufigkeit

Für die Analyse der Trainingshäufigkeit und der Trainingsstabilität wurde die Erhebung einer baseline, d.h. einer Grundrate der Trainingshäufigkeit vor der Intervention, herangezogen. Deshalb wurde das dokumentierte Trainingsverhalten der Klienten vor dem Coaching gesichtet und eine grundratenbezogene Aufteilung der Klienten vorgenommen. Dabei wurden Abweichungen zwischen den von den Klienten sich selbst zugewiesenen Kategorien „Neueinsteiger“ und „Wiedereinsteiger“ und dem tatsächlichen Trainingsverhalten in der

Periode 1 festgestellt, so dass folgende Korrektur der Klientenzuweisung erfolgte:

Wiedereinsteiger:        7 Personen mit Grundrate= 0  
                                       8 Personen mit Grundrate > 0

Neueinsteiger:            7 Personen mit Grundrate = 0  
                                       2 Personen mit Grundrate > 0

Daraus ergeben sich für die Analyse der Trainingshäufigkeiten und Trainingsstabilitäten folgende neu definierte Gruppen:

„**Wiedereinsteiger**“ (n= 10): Klienten, die vor dem Coaching bereits sportlich aktiv waren (Grundrate >0)

„**Neueinsteiger**“ (n= 14): Klienten, die vor dem Coaching nicht sportlich aktiv waren (Grundrate = 0)

Die Begriffe „Wiedereinsteiger“ und „Neueinsteiger“ werden aus Gründen der Lesbarkeit in diesem Kapitel beibehalten.

Hypothese 2.1	Neueinsteiger trainieren während des Coachings häufiger als nach dem Coaching.
Hypothese 2.2	Wiedereinsteiger trainieren während des Coachings häufiger als vor dem Coaching.
Hypothese 2.3	Wiedereinsteiger trainieren während des Coachings häufiger als nach dem Coaching.
Hypothese 2.4	Wiedereinsteiger und Neueinsteiger unterscheiden sich in ihrer Trainingshäufigkeit während und nach dem Coaching.

Die Trainingshäufigkeit wird als Anzahl der Trainings pro Woche erhoben. In der deskriptiven Darstellung der Ergebnisse wurden der arithmetische Mittelwert (AMW) und der Median (Med) berechnet. Außerdem werden sowohl die maximalen als auch die minimalen Häufigkeiten der Verteilung angegeben.

Periode 1 umfasst als baseline die zehn Wochen vor dem Coaching, Periode 2 bildet die Zeit während des Coachings (11.-20. Woche) ab und Periode 3 bezieht sich auf die Zeit nach dem Coaching (21.-30. Woche). Die Trainingshäufigkeiten der Klienten im gesamten Erhebungszeitraum von 30 Wochen sind in der Rohwerttabelle im Anhang dargestellt.



Tab. 43 Trainingshäufigkeit der Neu- und Wiedereinsteiger in den drei Messperioden (p1-p3)

<b>Trainingshäufigkeit</b>	<b>Total (n=24)</b>	<b>Neueinsteiger (n=14)</b>	<b>Wiedereinsteiger (n=10)</b>
<b>Baseline (p1)</b>			
AM	0,6	0,0	1,3
Md	0,0	0,0	1,3
Min	0,0	0,0	0,6
Max	3,0	0,0	3,0
<b>1.-10. Woche (p2)</b>	<b>(n=24)</b>	<b>(n=14)</b>	<b>(n=10)</b>
AM	2,7	2,3	3,1
Md	2,4	1,9	2,9
Min	0,9	0,9	1,8
Max	5,0	5,0	4,7
<b>11.-20. Woche (p3)</b>	<b>(n=24)</b>	<b>(n=12)</b>	<b>(n=10)</b>
AM	2,1	1,5	2,8
Md	2,3	1,8	2,8
Min	0,0	0,0	1,8
Max	4,8	3,0	4,8

\*\* Daten konnten für zwei Klienten in der dritten Periode nicht erhoben werden.

Betrachtet man in Tab. 43 den arithmetischen Mittelwert der **Wiedereinsteiger**, so steigt die wöchentliche Trainingshäufigkeit von 1,3 vor dem Coaching auf 3,1 während des Interventionszeitraums. Nach dem Coaching sinkt die durchschnittliche Trainingshäufigkeit auf 2,8, bleibt jedoch höher als vor dem Coaching.

Ebenso fällt bei den **Neueinsteigern** nach dem Interventionszeitraum die Trainingshäufigkeit von 2,3 auf 1,5 in der dritten Periode.

Um die Größe der Veränderung in der Trainingshäufigkeit abzubilden, werden in Tab. 44 die Mittelwertdifferenzen der Perioden dargestellt.

Tab. 44 Mittelwertdifferenzen der Trainingshäufigkeiten von Neueinsteigern zu den drei Messzeitpunkten

Neueinsteiger* (n=14)	AMW(p2)-AMW(p3)	AMW(p3)-AMW(p2)	Trainingshäufigkeit in Periode 3 gegenüber Periode 2
23	--	keine Daten	
24	--	keine Daten	
5	2,5	-2,50	sinkt
6	0	-1,70	sinkt
12	2,9	-1,70	sinkt
21	1,2	-1,40	sinkt
9	0,7	-1,00	sinkt
10	0	-0,90	sinkt
22	1,1	-0,70	sinkt
1	1,5	-0,20	sinkt
3	1,8	-0,20	sinkt
4	3,0	-0,20	sinkt
15	1,9	0,00	bleibt gleich
16	1,9	0,00	bleibt gleich

m1: vor dem Coaching (Woche 0-10); Periode 1

m2: während des Coachings (Woche 11-20); Periode 2

m3: nach dem Coaching (Woche 21-30); Periode 3

Zehn Neueinsteiger trainieren während des Coachings (p2) häufiger als nach dem Coaching. Bei zwei Neueinsteigern bleibt die Trainingshäufigkeit in den Messperioden p2 und p3 gleich.

Tab. 45 zeigt die Differenz der Trainingshäufigkeit der Wiedereinsteiger zu den drei Messzeitpunkten. Alle Wiedereinsteiger trainieren in der zweiten Periode häufiger als in der ersten Periode. Nach dem Coaching trainieren alle Wiedereinsteiger häufiger als vor dem Coaching.

In der dritten Periode bleibt bei einem Klienten die Trainingshäufigkeit gegenüber der zweiten Periode gleich, bei drei Klienten steigt die Trainingshäufigkeit, bei sieben Klienten sinkt die Trainingshäufigkeit gegenüber der Periode 2.

Tab. 45 Mittelwertdifferenzen der Trainingshäufigkeiten von Wiedereinsteigern zu den drei Messzeitpunkten

Wieder-einsteiger (n=10)r	AMW(p2) –AMW (p1)	AMW(p3) –AMW (p1)	AMW(p3) –AMW (p3)	Trainingshäufigkeit in Periode 3 gegenüber Periode 2
7	1,30	1,0	-0,30	<b>sinkt</b>
8	1,50	0,9	-0,60	<b>sinkt</b>
17	2,80	1,8	-0,50	<b>sinkt</b>
19	2,00	1,7	-0,30	<b>sinkt</b>
13	2,60	1,5	-1,10	<b>sinkt</b>
18	2,70	1,5	-1,20	<b>sinkt</b>
2	0,80	0,8	0,00	<b>bleibt gleich</b>
11	1,70	1,8	0,10	<b>steigt</b>
14	1,80	2,2	0,40	<b>steigt</b>
20	0,80	1,3	0,50	<b>steigt</b>

m1: vor dem Coaching (Woche 0-10), Periode 1

m2: während des Coachings (Woche 11.-20), Periode 2

m3: nach dem Coaching (Woche 21-30), Periode 3

In Tab. 46 sind die mittleren Trainingshäufigkeiten der Neu- und Wiedereinsteiger abzulesen. Es ist zu erkennen, dass Wiedereinsteiger während und nach dem Coaching häufiger als Neueinsteiger trainieren. Die Trainingshäufigkeit ist während des Coachings in beiden Gruppen am höchsten.

Tab. 46 Mittlere Trainingshäufigkeiten vor und nach dem Coaching in der Gesamtgruppe

Mittelwerte pro Periode	vor dem Coaching (Periode 1)	während des Coa- chings (Periode 2)	nach dem Coaching (Periode 3)	Differenz
	AMW (p1)	AMW (p2)	AMW (p3)	AMW (p3)- AMW (p1)
Neueinsteiger (n=14)	0,00	2,34	1,54	-0,80
Wiedereinsteiger (n=10)	1,32	3,12	2,82	-0,30
Total	0,60	2,74	2,12	-0,62

Um zu errechnen, ob sich die Mittelwerte der beiden Gruppen über die drei Messperioden signifikant unterscheiden, werden die Konfidenzintervalle um die Mittelwerte errechnet, die in Abhängigkeit von der Streuung und der Anzahl der Einzelmessungen den Bereich angeben, der jeweils den wahren Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% umschließt:

Für die Berechnung der Konfidenzintervalle (95%) gilt:

$$\left[ \bar{x} - t \left( 1 - \frac{\alpha}{2}; n - 1 \right) \frac{s}{\sqrt{n}} ; \bar{x} + t \left( 1 - \frac{\alpha}{2}; n - 1 \right) \frac{s}{\sqrt{n}} \right]$$

- t = Koeffizient aus der t-Verteilung für kleine Stichproben
- s = Standardabweichung
- n-1= Freiheitsgrade
- n= Anzahl der Messwerte pro Gruppe
- x= Mittelwert der Trainingshäufigkeiten pro Periode pro Gruppe

In Abb. 16 können die Mittelwerte (AMW) der Trainingshäufigkeiten in den Messperioden pro Gruppe und die dazugehörigen Konfidenzintervalle abgelesen werden.

Betrachtet man in dieser Darstellung die Konfidenzintervalle der Mittelwerte, so kann neben der Entwicklung der Trainingshäufigkeit in den drei Messperioden auch die signifikante Veränderung der Trainingshäufigkeiten abgelesen werden:

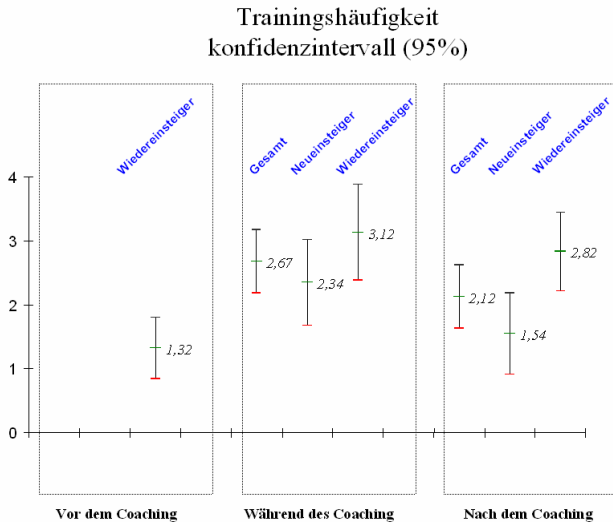


Abb. 16 Konfidenzintervalle (95%) der Trainingshäufigkeiten über die Messperioden

Überlappen sich die Konfidenzintervalle nicht, dann ist die Veränderung der Trainingshäufigkeit als signifikant ( $\alpha=0.05$ ) anzusehen. Signifikant ist der Anstieg der Trainingshäufigkeit der Wiedereinsteiger in der Interventionsperiode gegenüber Messperiode 1.

**Zusammenfassung:**

Neueinsteiger trainieren nach dem Coaching nicht signifikant häufiger als während des Coachings. Hypothese 2.1, die besagt, dass Neueinsteiger während des Coachings häufiger als nach dem Coaching trainieren, kann nicht bestätigt werden.

Wiedereinsteiger verändern ihre Trainingshäufigkeit nach dem Coaching nicht signifikant im Vergleich zur Trainingshäufigkeit während des Coachings. Hypothese 2.3. kann nicht bestätigt werden. Wiedereinsteiger trainieren während des Coachings signifikant mehr als vor dem Coaching. Hypothese 2.3. kann hiermit bestätigt werden.

Wiedereinsteiger trainieren während und nach dem Coaching relativ häufiger als Neueinsteiger. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Hypothese 2.4, die einen Unterschied in der Trainingshäufigkeit der Wiedereinsteiger und Neueinsteiger in den Messperioden annimmt, kann nicht bestätigt werden.

**14.1.3 Trainingsregelmäßigkeit**

Hypothese 3.1	Wiedereinsteiger trainieren während des Coachings regelmäßiger als vor dem Coaching.
Hypothese 3.2	Wiedereinsteiger trainieren nach dem Coaching regelmäßiger als vor dem Coaching.
Hypothese 3.3	Neueinsteiger trainieren während des Coachings regelmäßiger als nach dem Coaching.
Hypothese 3.4	Neueinsteiger und Wiedereinsteiger unterscheiden sich in ihrer Trainingsregelmäßigkeit während und nach dem Coaching.

Als Stabilitätskoeffizient für das Trainingsverhalten eines Klienten wird die relative durchschnittliche Abweichung vom Mittelwert der Trainingshäufigkeit des Klienten im Messezeitraum von je zehn Wochen ( $p_1, p_2, p_3$ ) errechnet.

### Stabilitätskoeffizient R

$$R_{pi} = \frac{x_i - \bar{x}_p}{\bar{x}_p}$$

$R$  = Stabilitätskoeffizient in der Messperiode p

$x_i$  = Trainingshäufigkeit pro Woche der Gruppe x (Neueinsteiger oder Wiedereinsteiger) in der Periode

$\bar{x}_p$  = mittlere Trainingshäufigkeit pro Woche der Gruppe x in der Periode p

Je näher der Stabilitätskoeffizient an Null ist, desto regelmäßiger trainiert die Gruppe zu den Messzeitpunkten bezogen auf die mittlere Trainingshäufigkeit in der jeweiligen Messperiode.

In den Tab. 47, 48, 49 sind die Stabilitätskoeffizienten bezogen auf die drei Messperioden dargestellt.

Ist der Stabilitätskoeffizient positiv, so bedeutet dies, dass die Trainingshäufigkeit der Gruppe im Durchschnitt positiv vom Mittelwert abweicht. Die Gruppe trainiert über ihre mittlere Trainingshäufigkeit in der Messperiode, d.h. sie trainiert „relativ überdurchschnittlich“.

Ist der Stabilitätskoeffizient negativ, so bedeutet dies, dass die Trainingshäufigkeit der Gruppe im Durchschnitt negativ von der mittleren Trainingshäufigkeit der Gruppe abweicht. Die Gruppe trainiert unter ihrer mittleren Trainingshäufigkeit, d.h. sie trainiert „relativ unterdurchschnittlich“.

Tab. 47 Stabilitätskoeffizienten in der Periode 1 vor dem Coaching

Trainings-stabilität	Wo 1	Wo 2	Wo 3	Wo 4	Wo 5	Wo 6	Wo 7	Wo 8	Wo 9	Wo 10
Neueinsteiger (n=12)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wiedereinsteiger (n=10)	-0,04	-0,11	-0,23	-0,08	-0,09	0,11	-0,41	0,36	-0,04	<b>0,52</b>
Gesamt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Da die Gruppe der Neueinsteiger erst mit Beginn des Coachings ihr Training aufnimmt, fallen die Messwerte für diese Gruppe in Periode 1 weg.

In der Tab. 47 wird ersichtlich, dass der höchste positive Wert des Stabilitätskoeffizienten ( $R_{max} = 0,52$ ) bei den Wiedereinsteigern in der Woche 10 unmittelbar vor Beginn des Coachings erreicht wird, d.h. die Gruppe trainiert in der zehnten Woche relativ überdurchschnittlich häufig.

Tab. 48 zeigt die Stabilitätskoeffizienten der Trainingshäufigkeiten pro Gruppe während des Coachings.

Tab. 48 Stabilitätskoeffizienten in der Periode 2 während des Coachings

<b>Trainingsstabilität</b>	Wo 11	Wo 12	Wo13	Wo 14	Wo 15	Wo 16	Wo 17	Wo 18	Wo 19	Wo 20
Neueinsteiger (n=10)	<b>0,42</b>	<b>0,35</b>	0,07	-0,20	-0,19	0,01	0,06	-0,12	-0,22	-0,18
Wiedereinsteiger (n=12)	0,12	0,03	0,13	0,11	-0,09	-0,09	-0,27	-0,01	-0,17	0,25
Gesamt	0,28	0,20	<b>0,09</b>	<b>-0,06</b>	<b>-0,15</b>	<b>-0,03</b>	<b>-0,09</b>	<b>-0,07</b>	-0,19	0,01

In der Gesamtgruppe ist in der Interventionsperiode die relative Abweichung vom Mittelwert zwischen der 13. und 18. Woche am geringsten. Bei den Neueinsteigern fällt auf, dass sie in der elften und zwölften Woche relativ überdurchschnittlich häufig trainieren. In den folgenden Wochen ist eine sehr stabile Trainingshäufigkeit zu beobachten, da der Stabilitätskoeffizient nur gering von Null abweicht.

Auch die Wiedereinsteiger trainieren über den gesamten Interventionszeitraum relativ gleichmäßig stabil.

Tab. 49 Stabilitätskoeffizienten in der Periode 3 nach dem Coaching

<b>Trainingsstabilität</b>	Wo21	Wo22	Wo 23	Wo 24	Wo 25	Wo 26	Wo 27	Wo 28	Wo 29	Wo 30
Neueinsteiger (n= 10)	<b>0,39</b>	<b>-0,21</b>	0,08	0,05	<b>-0,26</b>	0,11	<b>-0,30</b>	0,06	0,11	-0,03
Wiedereinsteiger (n=12)	0,05	0,09	0,11	-0,02	0,14	-0,07	-0,05	<b>-0,18</b>	-0,11	0,03
Gesamt	0,22	-0,06	0,10	0,01	-0,06	0,02	-0,17	-0,06	0,00	0,00

Nach dem Coaching erreichen in der 21. Woche die Neueinsteiger einen höheren positiven Stabilitätskoeffizienten (0,39) als die Wiedereinsteiger (0,05). Die Neueinsteiger trainieren bezogen auf ihre mittlere Trainingshäufigkeit in der 21. Woche häufiger als die Wiedereinsteiger, die Wiedereinsteiger trainieren jedoch relativ stabiler, der Stabilitätskoeffizient befindet sich näher an Null.

Im Verlauf der Messperiode nach dem Coaching weisen die Neueinsteiger viermal einen Stabilitätskoeffizienten über  $\pm 0,2$ . Bei den Wiedereinsteigern ist auch nach dem Coaching über den Messzeitraum hinweg eine sehr stabiles Trainingsverhalten ( Stabilitätskoeffizienten sind durchgehend unter  $0,2$ ; ansonsten nahe Null) zu beobachten.

Die numerische Betrachtung der Stabilitätskoeffizienten zu den einzelnen 30 Messzeitpunkten lässt den Verlauf der Trainingsstabilität nur wenig anschaulich erkennen. Im nächsten Schritt wird die Datenanalyse deshalb aus der Kombination folgender zwei Perspektiven betrachtet:

1. die Schwankungen von  $R$  um  $AMW_R$  pro Messperiode
2. der Trend der Schwankungen.

Um den Trend der Daten zu untersuchen, werden die Stabilitätskoeffizienten der Tab. 47 bis Tab. 49 mittels einer Regressionsanalyse abgebildet. In der Abb. 17 kann die Größe der Trainingsstabilität sowohl numerisch als auch grafisch abgelesen werden. Steigt die Regressionsgerade im Verlauf einer Messperiode ( $R > 0$ ), wird angenommen, dass die Abweichung vom AMW eine steigende Tendenz hat. Eine flache Regressionsgerade drückt aus, dass in der entsprechenden Messperiode die Schwankungen um den AMW keine deutliche Tendenz zeigen. Je flacher die Steigung der Regressionsgerade, desto geringer sind die relativen Abweichungen vom Mittelwert und desto stabiler ist das Trainingsverhalten.

Ein negativer Stabilitätskoeffizient ( $R < 0$ ) zeigt, dass die Abweichungen um den AMW kleiner geworden sind. Die Darstellung der Regressionsgerade wird hier nicht genutzt, um einen Trend der Trainingsstabilität im Sinne einer Voraussage des Trainingsverhalten zu bestimmen. Es soll hier v.a. graphisch dargestellt werden, wie sich die Steigung der Gerade vor, während und nach dem Coaching entwickelt.



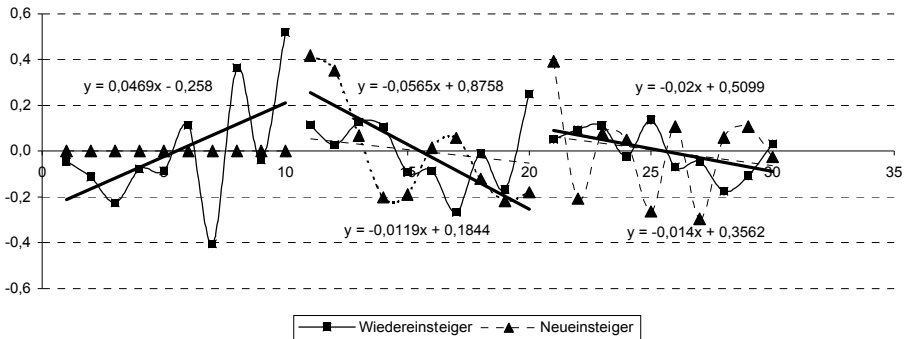


Abb. 17 Regressionsgerade zur Veranschaulichung der Trainingsstabilität vor, während und nach dem Coaching

Die Regressionsgerade der **Neueinsteiger** ist während und nach dem Coaching annähernd gleich steil. Die Neueinsteiger trainieren während des Coachings und nach dem Coaching relativ gleichmäßig stabil. Die Regressionsgerade der **Wiedereinsteiger** ist vor dem Coaching und während des Coachings annähernd gleich. D.h. Wiedereinsteiger trainieren vor dem Coaching und während des Coaching relativ gleichmäßig stabil. Nach dem Coaching wird die Regressionsgerade flacher als während und vor dem Coaching, d.h. die Wiedereinsteiger trainieren nach dem Coaching regelmäßiger als vor und während des Coachings.

In der Tab. 50 sind die Steigungskoeffizienten aus der grafischen Darstellung für die beiden Gruppen zu den drei Messperioden angegeben.

Tab. 50 Steigung der Geraden zur Veranschaulichung der Trainingsstabilität

Steigung der Geraden	Wiedereinsteiger	Neueinsteiger
vor dem Coaching (p1)	0,0469	0,0
während des Coachings (p2)	-0,0565	-0,0119
nach dem Coaching (p3)	-0,02	-0,014

Die Regressionsgerade der Wiedereinsteiger ist im Vergleich zu den Neueinsteigern in den Perioden 2 und 3 etwas steiler, d.h. die Schwankungen um die durchschnittliche Trainingshäufigkeit sind in diesen beiden Messperioden etwas höher als bei den Neueinsteigern.

In beiden Gruppen kann beobachtet werden, dass die Abweichungen vom AMW während und nach dem Coaching kleiner werden, d.h. dass sich die Trainingshäufigkeit über den Messzeitraum hinweg stabilisiert.

### **Periodisierung der Messzeitpunkte**

Bisher wurde die Trainingshäufigkeit als Anzahl der Studiobesuche pro Woche über den Erhebungszeitraum und die drei Messperioden p1, p2, p3 gemessen. Entsprechend wurde auch der Stabilitätskoeffizient als relative Abweichung vom Mittelwert pro Woche bezogen auf die drei Messperioden errechnet.

Um mögliche „Ausreißerwochen“ zu berücksichtigen, in denen die Klienten z.B. krank waren, Urlaub hatten oder beruflich unterwegs waren, wird der Messzeitraum in 21 Perioden á zehn Wochen unterteilt. Betrachtet man Messperioden statt einzelne Messzeitpunkte (hier: Woche), so kann der **Verlauf** der Trainingsregelmäßigkeit als Prozess in seiner dynamischen Struktur grafisch abgebildet werden.

Periode 1: Woche 1-10

Periode 2: Woche 2-11 .....

Periode 10: Woche 11-20

Periode 11: Woche 12-21 .....

Periode 20: Woche 20-39

Periode 21: Woche 21-30

In Periode 10 ist der Zeitraum enthalten, in dem das Coaching stattgefunden hat. Zusätzlich kann die elften Woche als Zeitraum der Intervention herangezogen werden.

Tab. 51 zeigt die Stabilitätskoeffizienten zum Trainingsverhalten der Neueinsteiger und Wiedereinsteiger über die 21 Perioden.

Tab. 51 Stabilitätskoeffizienten für das Trainingsverhalten über den periodisierten Messzeitraum (Periode = 10 Wochen)

Periode	Neueinsteiger (n=10)	Wieder-einsteiger (n=14)	Gesamtgruppe (n=24)
1	-1,00	-0,50	-0,77
2	-0,58	-0,36	-0,48
3	-0,42	-0,28	-0,35
4	-0,36	-0,25	-0,31
5	-0,19	-0,14	-0,17
6	-0,05	-0,09	-0,06
7	0,05	-0,05	0,00
8	0,22	0,01	0,13
9	0,33	0,04	0,20
<b>10</b>	<b>0,46</b>	<b>0,10</b>	<b>0,30</b>
<b>11</b>	<b>0,54</b>	<b>0,18</b>	<b>0,38</b>
<b>12</b>	<b>0,46</b>	<b>0,16</b>	<b>0,33</b>
13	0,27	0,16	0,22
14	0,18	0,14	0,17
15	0,18	0,13	0,16
16	0,11	0,13	0,12
17	0,06	0,14	0,10
18	-0,03	0,13	0,04
19	-0,06	0,11	0,02
20	-0,08	0,13	0,01
21	-0,11	0,09	-0,02

Die höchsten positiven Werte der Stabilitätskoeffizienten werden bei beiden Gruppen in der Periode 10-12 erreicht. Diese Perioden umfassen den Interventionszeitraum am weitesten.

Die Werte aus Tab. 51 werden in Abb. 18 grafisch dargestellt. Daraus kann abgelesen werden, dass die höchste relative überdurchschnittliche Trainingshäufigkeit in den Phasen 10-12 sowohl bei den Neueinsteigern als auch bei den Wiedereinsteigern zu verzeichnen ist. Außerdem ist ersichtlich, dass die Wiedereinsteiger in den Perioden 10-12 relativ häufiger überdurchschnittlich als die Wiedereinsteiger trainieren.

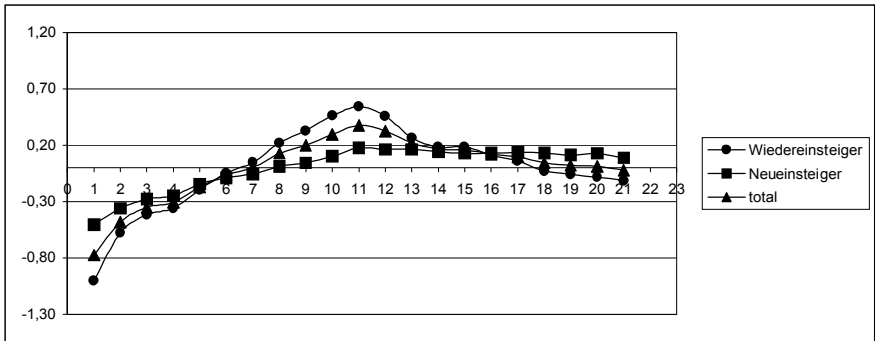


Abb. 18 Trainingsstabilität über den Messzeitraum von 21 Perioden á 10 Wochen

Im nächsten Schritt wurde der Messzeitraum in einzelne Perioden von vier Wochen eingeteilt. Die monatliche Einteilung der Messzeitraums soll den Umstand berücksichtigen, dass sich Studiobesucher – werden sie danach gefragt, wie oft sie trainieren – sich an ihre persönliche Trainingshäufigkeit rückschauend pro Monat erinnern, also ihr Verhalten in monatliche Zeiteinheiten unterteilen.

Durch die vierwöchige Periodisierung des Messzeitraums ergeben sich somit 27 Perioden.

Periode 1= Woche 1-4

Periode 2= Woche 2-5 .....

Periode 10: Woche 10-13

Periode 11: Woche 11-14.....

Periode 27= Woche 27-30

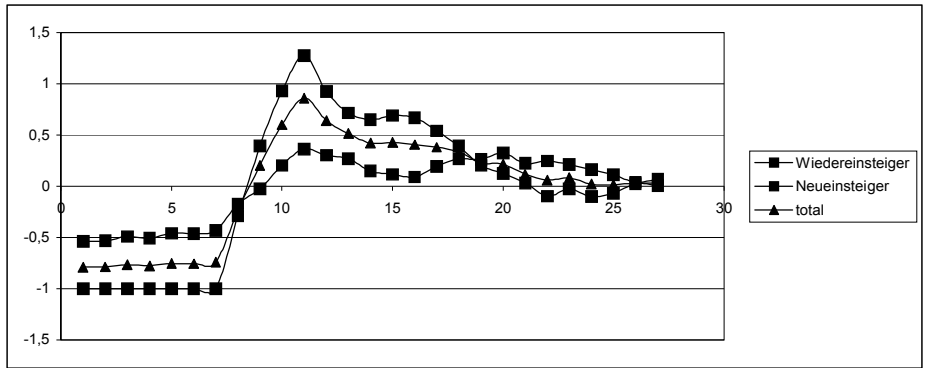


Abb. 19 Trainingsstabilität über den Messzeitraum von 27 Perioden á 4 Wochen

In Abb.19 ist zu erkennen, dass beide Gruppen mit Beginn des Coachings im Interventionszeitraum relativ überdurchschnittlich häufiger trainieren als vor und nach dem Coaching. Zu Beginn des Coachings (Periode 10 bis 12) ist in beiden Gruppen die höchste Abweichung von Null zu erkennen, d.h. die Klienten trainieren überdurchschnittlich häufig.

Die Wiedereinsteiger erreichen in der Coachingperiode (Periode 10-17) eine relativ höhere überdurchschnittliche Trainingshäufigkeit als die Gruppe der Neueinsteiger. Ab der 21. Periode pendelt sie sich um ihren mittleren Wert ein und bleibt auch in der letzten Periode noch über den Werten vor dem Coaching.

Die Trainingsstabilität der Neueinsteiger zeigt geringere Schwankungen im Verlauf der Messperioden als die Trainingsstabilität der Wiedereinsteiger.

In der Coachingperiode (Periode 10-17) sind die relativen Abweichungen vom AMW der Neueinsteiger geringer als bei den Wiedereinsteigern.

### Zusammenfassung:

Die Analysen zur Trainingsstabilität weisen unabhängig von der gewählten Periodisierung der Messzeitpunkte in die gleiche Richtung. Die Ergebnisse bezüglich der Trainingsstabilität beruhen auf der deskriptiven Darstellung und Inspektion des Verteilungsmusters des Stabilitätskoeffizienten über die Messperioden hinweg. Die formulierten Hypothesen zur Trainingsstabilität wurden keiner Testung auf Signifikanz unterzogen. Folgende Ergebnisse bezüglich der Trainingsstabilität können unter Vorbehalt der Signifikanz festgehalten werden:

**Wiedereinsteiger** trainieren regelmäßiger während des Coachings als vor dem Coaching. Hypothese 3.1 kann unter Vorbehalt der Signifikanz als deskriptive Aussage bestätigt werden.

Wiedereinsteiger trainieren nach dem Coaching regelmäßiger als vor dem Coaching. Hypothese 3.2. kann unter Vorbehalt der Signifikanz als deskriptive Aussage bestätigt werden. Außerdem konnte beobachtet werden, dass die Trainingsregelmäßigkeit der Wiedereinsteiger während und nach dem Coaching annähernd gleich bleibt.

**Wiedereinsteiger** trainieren während und nach dem Coaching geringfügig regelmäßiger als vor dem Coaching. Hypothese 3.1 kann unter Vorbehalt der Signifikanz als deskriptive Aussage bestätigt werden.

**Neueinsteiger und Wiedereinsteiger** unterscheiden sich in ihrer Trainingsregelmäßigkeit während und nach dem Coaching nur geringfügig. Während und nach dem Coaching trainieren die Neueinsteiger etwas regelmäßiger als die Wiedereinsteiger. Es existieren nur sehr geringe Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in der Trainingsregelmäßigkeit während und nach dem Coaching. Hypothese 3.3. kann unter Vorbehalt der Signifikanz als deskriptive Aussage verworfen werden.

In der Betrachtung beider Gruppen kann festgehalten werden:

Neueinsteiger und Wiedereinsteiger stabilisieren im Verlauf der Messperioden 2 und 3 zunehmend ihre Trainingshäufigkeit.

## 14.2 Ergebnisse zu den Hypothesen auf der kognitiven Ebene

### 14.2.1 Subjektiver Zielerreichungsgrad

Hypothese 4.1	Alle Klienten erreichen mindestens ihr erwartetes Do-Ziel.
Hypothese 4.2	Alle Klienten erreichen mindestens ihr erwartetes Be-Ziel.
Hypothese 4.3	Alle Klienten erreichen häufiger ihre Do-Ziele als ihre Be-Ziele.

Ein Klient hat dann sein Ziel erreicht, wenn er in seiner individuellen Zielabstufung die Werte 0 bis 2 angibt, das Ziel gilt als nicht erreicht, wenn die Werte  $-1$  oder  $-2$  angegeben wurden.

Tab. 52 zeigt die Bewertung der Do-Ziele.

Tab. 52 Erreichte Do-Ziele der Klienten in der 10. Woche

<b>GAS (Do-Ziel)</b>	Zotal	Neueinsteiger	Wiedereinsteiger
	<b>N = 24</b>	<b>N=9</b>	<b>N=15</b>
2	21% (5)	22% (2)	20% (3)
1	8% (2)	11% (1)	7% (1)
0	54% (13)	56% (5)	53% (8)
-1	13% (3)	11% (1)	13% (2)
-2	4% (1)	0% (0)	7% (1)
0 bis+2	83% (20)	89% (8)	80% (12)
AM	0,3	0,4	0,2
Md	0,0	0,0	0,0
Min	-2,0	-1,0	-2,0
Max	2,0	2,0	2,0

Es konnten 20 von 24 (= 83%) Klienten ihre Do-Ziele erreichen. Der Median der erwarteten Do-Ziele beträgt in beiden Gruppen 0. Es gab fünf Klienten, die ihr Do-Ziel viel besser als erwartet erreicht haben ( GAS = +2) und einen Klienten (Wiedereinsteiger), der viel schlechter als erwartet von seinem Do-Ziel entfernt blieb (GAS= -2).

In Tab. 53 sind die erreichten Be-Ziele der Klienten zusammengestellt.

Tab. 53 Erreichte Be-Ziele der Klienten in der 10. Woche

<b>GAS (Be-Ziel)</b>	total	Neueinsteiger	Wiedereinsteiger
2	4% (1)	0% (0)	7% (1)
1	25% (6)	33% (3)	20% (3)
0	29% (7)	22% (2)	33% (5)
-1	21% (5)	22% (2)	20% (3)
-2	21% (5)	22% (2)	20% (3)
0 bis+2	58% (14)	55% (5)	60% (9)
AM	- 0,3	-0,3	-0,3
Md	0,0	0,0	0,0
Min	-2,0	-2,0	-2,0
Max	2,0	1,0	2,0

Es konnten 14 von 24 Klienten (= 58%) ihre Be-Ziele erreichen. In dieser Gruppe befinden sich fünf Neueinsteiger und neun Wiedereinsteiger.

Der Median der erwarteten Be-Ziele beträgt in beiden Gruppen 0. Es gab einen Wiedereinsteiger, der sein Ziel viel besser als erwartet erreicht hat ( GAS = +2) und fünf Klienten, die viel schlechter als erwartet von ihrem Ziel entfernt geblieben sind (GAS= -2).

In Tab. 54 wird übersichtlich dargestellt, wie viele Klienten aus den beiden Gruppen ihre Do- und Be-Ziele nach zehn Wochen erreicht haben.

Tab. 54 Erreichte Do-Ziele und Be-Ziele der Klienten in der 10. Woche

„Ziel erreicht“ (0 bis 2)	total	Neueinsteiger	Wiedereinsteiger
Do- Ziel	83% (20)	89% (8)	80% (12)
Be-Ziel	58% (14)	55% (5)	60% (9)

83% der Gesamtgruppe erreichen ihre Do-Ziele. 58% der Gesamtgruppe erreichen ihre Be-Ziele. Die Do-Ziele werden in der Gesamtgruppe häufiger erreicht als die Be-Ziele.

### Zusammenfassung:

Vier von 24 Klienten erreichen ihre Do-Ziele nicht. Zehn von 24 Klienten erreichen Ihre Be-Ziele nicht. Damit müssen die Hypothesen 4.1 und 4.2, die besagen, dass alle Klienten mindestens ihr Do-Ziel und Be-Ziel wie erwartet erreichen, abgelehnt werden.

Die Do-Ziele werden von 20 Klienten, die Be-Ziele von 14 Klienten erreicht. Do-Ziele werden also häufiger von den Klienten erreicht als Be-Ziele. Ob dieser Unterschied signifikant ist, wird in Kap. 15 überprüft.



## 14.2.2 Sportbezogene Selbstwirksamkeit

Der Gesamtwert der sportbezogenen Selbstwirksamkeit besteht aus der Addition der drei Skalenwerte „Umgang mit Trainingsbarrieren“, „Zeitmanagement“ und „Umgang mit Unvorhergesehenem“ und wird in Tab. 55 angegeben.

Hypothese 5.1	Die Selbstwirksamkeit (Gesamtwert) der Klienten erhöht sich nach dem Coaching.
---------------	--------------------------------------------------------------------------------

Tab. 55 Gesamtwert der sportbezogenen Selbstwirksamkeit vor und nach dem Coaching

<b>Gesamtwert der sportbezogenen Selbstwirksamkeit</b>	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=15
<b>1. Woche</b>			
AMW	156,8	168,6	149,7
Med	166,3	183,8	162,5
Min	20,0	87,5	20,0
Max	286,3	268,8	286,3
<b>10. Woche</b>			
AMW	197,8	202,8	194,6
Med	192,7	207,5	185,8
Min	112,5	157,5	112,5
Max	285,0	268,8	285,0

Der Gesamtwert der sportbezogenen Selbstwirksamkeit steigt in der Gesamtgruppe von der ersten Woche (Med: 166,3) auf den Wert (Med: 192,7) in der zehnten Woche.

Neueinsteiger verbessern nach der Intervention ihre Selbstwirksamkeit von 183,8 (1. Woche) auf 207,5 (10. Woche). Auch die Wiedereinsteiger können ihren Gesamtskalenwert zur Selbstwirksamkeit von 162,5 (1. Woche) auf 185,8 (10. Woche) erhöhen. Der Median der sportbezogene Selbstwirksamkeit der Neueinsteiger ist höher als der Median der Wiedereinsteiger.

Die Abb. 19 zeigt die Spannweite, die Quartilabstände mit Median (Box), das Arithmetische Mittel (Kreuz) und die Ausreißerwerte in der Verteilung. Es kann festgestellt werden, dass sich die Selbstwirksamkeitswerte in der Gesamtgruppe zu Messzeitpunkt 2 erhöhen und die Spannweite der Werte niedriger wird, d.h. die Werte in der Gesamtgruppe zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit sind nach dem Coaching homogener geworden.

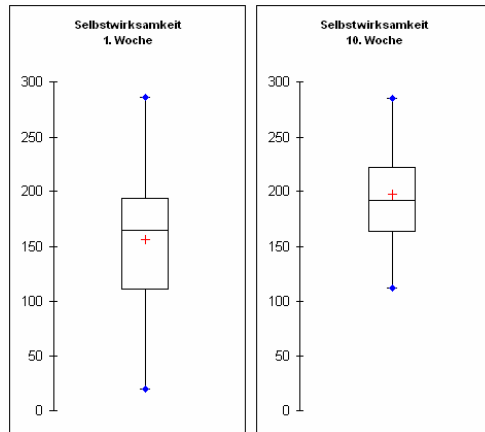


Abb. 19 Box-Whisker Plot zur Selbstwirksamkeit (Gesamtwert) zu den beiden Messzeitpunkten

Hypothese 5.2	Die Selbstwirksamkeit bezüglich der Trainingsbarrieren der Klienten ist nach dem Coaching höher als vor dem Coaching.
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Der Medianwert auf der Skala „Umgang mit Trainingsbarrieren“ ist in der Gesamtgruppe von 73,8 auf 82,5 gestiegen (Tab. 56).

Tab. 56 Selbstwirksamkeit bezüglich der Trainingsbarrieren vor und nach dem Coaching

Trainingsbarrieren	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=15
<b>1. Woche</b>			
AMW	69,0	70,5	68,1
Med	73,8	72,5	80
Min	10,0	50,0	10,0
Max	96,3	95,0	96,3
<b>2. Woche</b>			
AMW	82,6	81,9	83,0
Med	82,5	81,3	85,0
Min	55,0	68,8	55,0
Max	97,5	93,8	97,5

In der Gruppe der Neueinsteiger erhöht sich der Medianwert von 72,5 (1. Woche) auf 81,3 (10. Woche), in der Gruppe der Wiedereinsteiger erhöht sich der Medianwert von 68,1 (1. Woche) auf 85,0 (10. Woche).

Die Box-Plots in

Abb. 20 verdeutlichen, dass sich die Werte zum Umgang mit trainingsinternen Barrieren in der Gesamtgruppe zu Messzeitpunkt 2 erhöhen und die Spannweite der Werte niedriger wird, d.h. die Werte in der Gesamtgruppe zum Umgang mit trainingsinternen Barrieren sind homogener geworden.

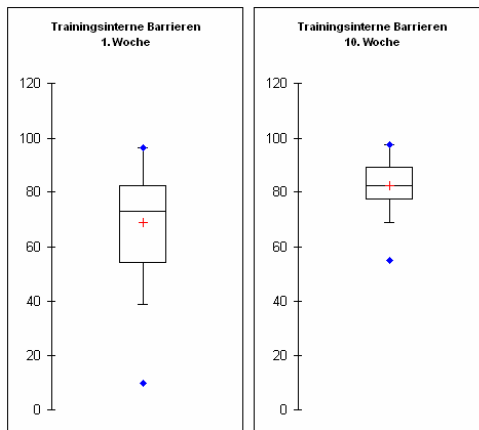


Abb. 20 Box-Whisker Plot zur Skala „Trainingsinternen Barrieren“ zu den beiden Messzeitpunkten

Hypothese 5.3	Die Selbstwirksamkeit bezüglich des Umgangs mit chronischen Belastungen der Klienten ist nach dem Coaching höher als vor dem Coaching.
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Der Medianwert auf der Skala „Chronische Belastungen/Zeitmanagement“ ist in der Gesamtgruppe von 62,6 auf 70,0 gestiegen (Tab. 57).

Bei Neueinsteigern erhöht sich der Medianwert  $Md = 62,5$  bezüglich des erwarteten Umgangs mit chronischen Belastungen/Zeitmanagement stärker als bei den Wiedereinsteigern ( $Med:50,0$ ). **Dieser Wert bleibt bei den Wiedereinsteigern auch nach der zehnten Woche im Mittel gleich.** Bei den Neueinsteigern hingegen kommt es in der zehnten Woche zu einem Zuwachs auf der Skala „Zeitmanagement“ um 7,5 Punkte.

Tab. 57 Selbstwirksamkeit bezüglich des Zeitmanagements/Umgang  
mit chronischen Belastungen vor und nach dem Coaching

Trainingsbarrieren	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=15
<b>1. Woche</b>			
AMW	52,8	55,6	51,2
Med	62,6	62,5	50
Min	0,0	12,5	0,0
Max	100,0	100,0	95,0
<b>2. Woche</b>			
AMW	61,2	66,4	57,8
Med	70,0	70,0	50,0
Min	15,0	22,5	15,0
Max	100,0	100,0	100,0

Die Veranschaulichung der Werte der Skala „Chronische Belastungen/Zeitmanagement“ mit den Box-Whisker Plots (Abb. 21) zeigt, dass sich die Selbstwirksamkeitswerte in der Gesamtgruppe zu Messzeitpunkt 2 erhöhen. Die Spannweite der Werte liegen in der zehnten Woche etwas niedriger als in der ersten Woche. Diese Differenz ist jedoch nicht so deutlich wie in der Skala der trainingsinternen Barrieren und im Gesamtwert.

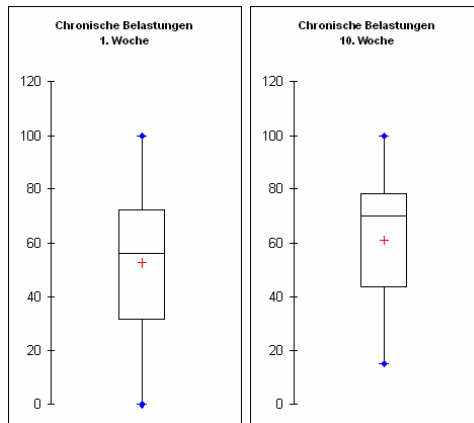


Abb. 21 Box-Whisker Plot zur Skala „Chronische Belastungen/Zeitmanagement“ zu t1 und t2

Hypothese 5.4	Die Selbstwirksamkeit bezüglich des Umgangs mit Unvorhergesehenem ist nach dem Coaching höher als vor dem Coaching.
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Der Medianwert auf der Skala „Umgang mit Unvorhergesehenem“ ist in der Gesamtgruppe von 30,0 auf 60,0 gestiegen (Tab. 58).

Tab. 58 Selbstwirksamkeit bezüglich des Umgangs mit Unvorhergesehenem vor und nach dem Coaching

Unvorhergesehenes	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=15
<b>1. Woche</b>			
AMW	35,0	42,6	30,4
Med	30,0	47,5	26,7
Min	0,0	12,5	0,0
Max	95,0	80,0	95,0
<b>2. Woche</b>			
AMW	54,1	54,4	53,8
Med	60,0	62,5	60,0
Min	5,0	22,5	5,0
Max	90,0	75,0	90,0

Es fällt auf, dass der Median der Wiedereinsteiger (26,7) in der ersten Woche deutlich geringer ist als bei den Neueinsteigern (47,5). Nach zehn Wochen liegt der Median der Neueinsteiger immer noch über dem Median der Wiedereinsteiger. Die Differenz der Mediane zwischen Neu- und Wiedereinsteiger fällt in der zehnten Woche geringer aus.

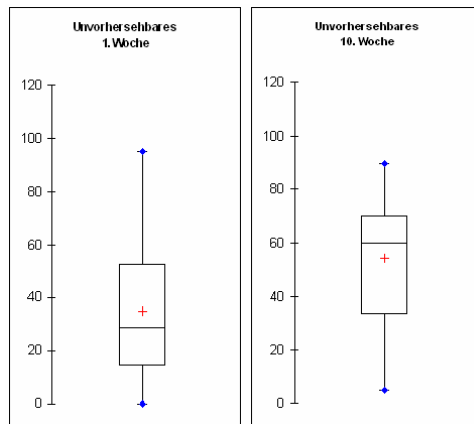


Abb. 22 Box-Whisker Plot zur Skala „Unvorhersehbares“ zu den beiden Messzeitpunkten

Die Box-Plots in Abb. 22 verdeutlichen, dass sich die Werte zum Umgang mit Unvorhersehbarem in der Gesamtgruppe zu Messzeitpunkt 2 erhöhen und die Spannweite der Werte niedriger wird, d.h. die Werte in der Gruppe sind homogener geworden.

Hypothese 5.5	Die Selbstwirksamkeit von Wiedereinsteigern nimmt stärker zu als die Selbstwirksamkeit von Neueinsteigern.
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tab. 59 zeigt die Differenz der Skalenwerte zu Messzeitpunkt 1 (1. Woche) und Messzeitpunkt 2 (10. Woche).

Tab. 59 Differenz der Selbstwirksamkeit vor und nach dem Coaching

<b>Differenz</b> 10.Woche-1.Woche	Total: N=23	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=14
<b>Barrieren</b>			
AMW	12,6	11,5	13,4
Med	13,8	16,3	10,0
Min	-26,2	-26,2	-12,6
Max	62,9	31,3	62,9
<b>Zeitmanagement</b>			
AMW	7,7	10,8	5,7
Med	5,0	7,5	5,0
Min	-27,5	-20,0	-27,5
Max	62,5	50,0	62,5
<b>Unvorhersehbares</b>			
AMW	18,8	11,9	23,3
Med	10,0	10,0	26,7
Min	-17,7	-17,5	-10,0
Max	65,0	55,0	65,0

Bei Neueinsteiger steigert sich der Medianwert bezüglich der Skala „ Umgangs mit Barrieren“ um 16,3 Punkte. D.h. 50% der neun Neueinsteiger haben einen höheren Zuwachs als 16,3 Punkte und 50% liegen unter diesen Wert. Bei den Wiedereinsteigern beträgt die Differenz der Medianwerte 10,0.

Auf der Skala „Zeitmanagement“ steigern Neueinsteiger den Medianwert um 10,8 Punkte, Wiedereinsteiger um 5,7 Punkte. Ihre Selbstwirksamkeit im Umgang mit Unvorhersehbaren steigern die Wiedereinsteiger im Median um 23,3 Punkte, die Neueinsteiger um 11,9 Punkte.

Die Minimalwerte in den drei Skalen weisen ein negatives Vorzeichen auf. Es handelt sich dabei um vier Klienten, deren Selbstwirksamkeit sich verringert hat. Die Gesamtwerte der Selbstwirksamkeit dieser Klienten sind folgendermaßen zwischen der 1. Woche und 10. Woche gesunken:

(1. Woche)	166,25	->	(10. Woche)	130,00
(1. Woche)	72,3	->	(10. Woche)	71,3
(1. Woche)	65,11	->	(10. Woche)	57,2
(1. Woche)	56,25	->	(10. Woche)	54,58

### **Zusammenfassung:**

Der Gesamtwert der Selbstwirksamkeit erhöht sich nach der 10. Woche in der Gesamtgruppe, sowohl bei den Neueinsteigern als auch bei den Wiedereinsteigern. In allen drei Subskalen der Selbstwirksamkeit kommt es in der Gesamtgruppe, sowohl bei den Neueinsteigern als auch bei den Wiedereinsteigern, zu einer Erhöhung der Werte in der 10. Woche. Wiedereinsteiger steigern ihren Umgang mit Trainingsbarrieren und Unvorhersehbarem stärker als Neueinsteiger. Neueinsteiger verzeichnen auf der Skala „Zeitmanagement/Umgang mit chronischen Belastungen“ nach 10 Wochen einen stärkeren Zuwachs als die Wiedereinsteiger.

Eine Ablehnung oder Annahme der Hypothesen kann erst nach Überprüfung der Signifikanz der Veränderungen in den einzelnen Skalen in Kapitel 15 erfolgen.

### 14.2.3 Selbstkonkordanz

Die sportbezogene Selbstkonkordanz wird durch den intrinsischen, introjierten, identifizierten und extrinsischen Motivationsmodus dargestellt. Als Maß für die Selbstkonkordanz wird der Selbstkonkordanzindex in Tab. 60 herangezogen.

**SSK-Index:** (intrinsische + identifizierte Motivation) - (extrinsische + introjierte Motivation). Je höher der SSK-Index ist, desto stärker ist die Ausprägung der Selbstkonkordanz.

Eine Veranschaulichung der Werte mit Box-Whisker Plots ist aufgrund der Spannweite der Werte hier nicht geeignet.

Hypothese 6.1	Die sportbezogene Selbstkonkordanz der Klienten ist nach dem Coaching höher als vor dem Coaching.
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

Tab. 60 Selbstkonkordanzindex zu den Messzeitpunkten vor und nach dem Coaching

<b>SSK-Index</b>	Total N= 24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=15
<b>1. Woche</b>			
AMW	3,2	2,2	3,8
Med	4,3	1,9	4,3
Min	-0,9	-0,9	-0,7
Max	6,4	6,3	6,4
<b>10. Woche</b>	N=23	N=9	N=14
AMW	4,5	4,4	4,8
Med	4,3	4,1	5,3
Min	0,0	0,0	1,0
Max	7,3	7,3	7,3

Der SSK-Index bleibt in der Gesamtgruppe im Median zwischen der ersten Woche und der zehnten Woche gleich (4,3).

Der SSK-Index ist bei den Neueinsteigern in der ersten Woche im Median niedriger (1,9) als bei den Wiedereinsteigern (4,3). In der zehnten Woche erhöht sich bei den Neueinsteigern der Median auf 4,1, bei den Wiedereinsteigern auf 5,3.



Hypothese 6.2	Der intrinsische Modus der Selbstkonkordanz erhöht sich nach dem Coaching.
---------------	----------------------------------------------------------------------------

Tab. 61 a zeigt die Ausprägung des intrinsischen Modus, der durch die Addition von drei Itemwerten auf der Skala „intrinsische Motivation“ gebildet wird.

Tab. 61 a Intrinsischer Modus der sportbezogenen Selbstkonkordanz vor und nach dem Coaching

Intrinsischer Modus	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=15
<b>1. Woche</b>			
AM	3,6	3,3	3,7
Md	3,6	2,8	4,0
Min	1,3	2,3	1,3
Max	5,3	5,0	5,3
<b>10. Woche</b>	N=23	N=9	N=14
AM	4,6	4,4	4,7
Md	4,6	4,7	4,6
Min	2,3	2,7	2,3
Max	6,0	6,0	5,7

Der intrinsische Modus der Selbstkonkordanz erhöht sich in der Gesamtgruppe im Median von 3,6 (1. Woche) auf 4,6 (10. Woche).

Der intrinsische Modus ist bei Wiedereinsteigern in der ersten Woche im Median höher (4,0) als bei den Neueinsteigern (2,8). In der zehnten Woche verringert sich diese Differenz auf 0,1 Punktwerte zwischen den Neueinsteigern (4,7) und Wiedereinsteigern (4,6).

Hypothese 6.3	Der extrinsische Modus der Selbstkonkordanz verringert sich nach dem Coaching.
---------------	--------------------------------------------------------------------------------

Tab. 62 b zeigt die Ausprägung des extrinsischen Modus, der durch die Addition von drei Itemwerten auf der Skala „extrinsische Motivation“ gebildet wird.

Tab. 62 b Extrinsischer Modus der sportbezogenen Selbstkonkordanz vor und nach dem Coaching

<b>Extrinsischer Modus</b>	Total N=24	Neueinsteiger N=15	Wiedereinsteiger N=9
<b>1. Woche</b>			
AMW	2,1	2,4	1,9
Med	1,0	2,3	1,0
Min	1,0	1,0	1,0
Max	5,0	5,0	5,0
<b>10. Woche</b>	N=23	N=9	N=14
AMW	1,8	2,4	1,4
Med	1,0	1,7	1,0
Min	1,0	1,0	1,0
Max	6,0	6,0	5,0

Der extrinsische Modus der Selbstkonkordanz bleibt in der Gesamtgruppe zu beiden Messzeitpunkten gleich (1,0). Der extrinsische Modus ist bei Wiedereinsteigern in der ersten Woche niedriger (1,0) als bei den Neueinsteigern (2,3) und bleibt in der zehnten Woche unverändert. In der 10. Woche sinkt der extrinsische Modus der Neueinsteiger von 2,3 auf 1,7.

Hypothese 6.4	Der introjierte Modus der Selbstkonkordanz erhöht sich nach dem Coaching.
---------------	---------------------------------------------------------------------------

Tab. 62 c zeigt die Ausprägung des introjierten Modus, der durch die Addition von drei Itemwerten auf der Skala „introjierte Motivation“ gebildet wird.

Tab. 62 c Introjiertes Modus der sportbezogenen Selbstkonkordanz vor und nach dem Coaching

<b>introjiertes Modus</b>	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=15
<b>1. Woche</b>			
AM	3,2	3,3	3,1
Med	3,3	3,7	3,0
Min	1,0	1,0	1,0
Max	5,3	5,3	5,0
<b>10. Woche</b>	N=23	N=9	N=14
AM	3,7	3,2	4,0
Med	4,0	3,3	4,0
Min	1,0	1,0	1,0
Max	5,6	5,3	5,6

Der introjizierte Modus der Selbstkonkordanz erhöht sich in der Gesamtgruppe von 3,3 im Median (1. Woche) auf 4,0 (10. Woche).

Der Median des introjizierte Modus ist bei Neueinsteigern in der ersten Woche höher (3,7) als bei den Wiedereinsteigern (3,0). In der zehnten Woche sinkt bei den Neueinsteigern der Wert auf 3,3, bei den Wiedereinsteigern erhöht sich der introjizierte Modus im Median auf 4,0.

Hypothese 6.5	Der identifizierte Modus der Selbstkonkordanz erhöht sich nach dem Coaching.
---------------	------------------------------------------------------------------------------

Tab. 62 d zeigt die Ausprägung des identifizierten Modus, der durch die Addition von drei Itemwerten auf der Skala „identifizierte Motivation“ gebildet wird.

Tab. 62 d Identifizierter Modus der sportbezogenen Selbstkonkordanz vor und nach dem Coaching

identifizierter Modus	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=14
<b>1. Woche</b>			
AMW	4,9	4,6	5,1
Med	5,3	5,0	5,3
Min	3,3	3,3	3,3
Max	6,0	6,0	6,0
<b>10. Woche</b>	N=23	N=9	N=14
AMW	5,4	5,2	5,5
Med	6,0	5,3	6,0
Min	3,0	3,0	3,0
Max	6,0	6,0	6,0

Der Median des identifizierten Modus der Selbstkonkordanz erhöht sich in der Gesamtgruppe von 5,3 (1. Woche) auf 6,0 (10. Woche).

Der identifizierte Modus ist bei den Neueinsteigern in der ersten Woche im Median niedriger (5,0) als bei den Wiedereinsteigern (5,3). In der zehnten Woche sinkt bei den Neueinsteigern der Median auf 5,3, bei den Wiedereinsteigern erhöht sich der Wert auf 6,0.

Eine Ablehnung oder Annahme der Hypothesen kann erst nach Überprüfung der Signifikanz der Veränderungen in den einzelnen Skalen in Kapitel 15 erfolgen.

### 14.3 Ergebnisse zu den Hypothesen auf der biometrischen Ebene

Die Messung der biometrischen Parameter erfolgte freiwillig und war abhängig von den örtlichen Möglichkeiten. Deshalb wurden sie nur an einem Teil der Gruppe – mit unterschiedlichen Messinstrumenten erhoben. Wenngleich die Darstellung der biometrischen Ergebnisse der Tabellen 63, 64 und 65 sich besser einzelfallbezogen für Kap. 19 eignet, soll eine deskriptive Darstellung der Messwerte erfolgen, um eine Übersicht der Messwerte zu erzeugen.

Hypothese 7.1	Einige Klienten haben einen niedrigeren Ruhepuls nach 10 Wochen.
---------------	------------------------------------------------------------------

Der Ruhepuls wurde bei 18 Klienten gemessen.

Tab. 63 Ruhepuls in der Gesamtgruppe

Ruhepuls	Total N=18	Neueinsteiger N=7	Wiedereinsteiger N=11
<b>1. Woche</b>			
AMW	72,6	74,7	71,2
<b>Med</b>	<b>72,0</b>	<b>72,0</b>	<b>72,2</b>
Min	55,0	64,0	55,0
Max	89,0	89,0	85,0
<b>10. Woche</b>			
AMW	66,3	69,3	64,4
<b>Med</b>	<b>67,0</b>	<b>68,0</b>	<b>62,0</b>
Min	53,0	64,0	53,0
Max	80,0	80,0	79,0

In der Gesamtgruppe fällt der Ruhepuls im Median von 72,0 auf den Wert 67,0. Die Neueinsteiger reduzieren den Ruhepuls von 72,0 auf 68,0. Die Wiedereinsteiger verringern ihren Ruhepuls von 72,2 auf 62,0.

Hypothese 7.2	Einige Klienten haben einen niedrigeren Belastungspuls nach 10 Wochen.
---------------	------------------------------------------------------------------------

Der Belastungspuls wurde bei 11 Klienten gemessen.

Tab. 64 Belastungspuls in der Gesamtgruppe

Belastungspuls	Total N=11	Neueinsteiger N=5	Wiedereinsteiger N=6
<b>1. Woche</b>			
AMW	131,4	122,6	138,7
<b>Med</b>	<b>138</b>	<b>135,0</b>	<b>143,0</b>
Min	78	78,0	121,0
Max	168,0	168,0	150,0
<b>10. Woche</b>			
AMW	126,7	109,6	141,0
<b>Med</b>	<b>140,0</b>	<b>109,0</b>	<b>147,0</b>
Min	71,0	71,0	125,0
Max	150	150	150,0

In der Gesamtgruppe ist der mittlere Belastungspuls von 138 auf 140 gestiegen. Betrachtet man die Gruppe der Neueinsteiger, so ist der Median des mittleren Belastungspuls in dieser Gruppe von 135,0 auf 109,0 gesunken. In der Gruppe der Wiedereinsteiger ist der Belastungspuls hingegen von 143 auf 147 gestiegen.

Hypothese 7.3	Einige übergewichtige Klienten verringern ihren BMI-Index nach zehn Wochen.
---------------	-----------------------------------------------------------------------------

Der BMI wurde an allen 24 Klienten zum ersten Messzeitpunkt erhoben. Der BMI eines Klienten, der das Training abgebrochen hat, konnte zu Messzeitpunkt 2 nicht mehr erhoben werden.

Tab.65 BMI-Index in der Gesamtgruppe

BMI		Woche 1 (n=24)	Woche 10 (n=23)
< 20	untergewichtig	21% (5)	29% (7)
20-24	normalgewichtig	29% (7)	25% (6)
25-29	leicht übergewichtig	29% (7)	21% (5)
<b>30-39</b>	<b>deutlich übergewichtig</b>	8% (2)	17% (4)
<b>&gt; 40</b>	<b>stark übergewichtig</b>	13% (3)	4% (1)

Tab. 65 zeigt, dass zwei leicht übergewichtige Klienten ihren BMI-Index verringern konnten. In der Gruppe der adipösen Klienten (ab BMI-Wert von 30) sank der BMI-Wert bei zwei stark übergewichtigen Klienten, zwei deutliche übergewichtige Personen steigerten ihren BMI-Wert.

#### Zusammenfassung:

In der Gesamtgruppe (n=18) fällt der Ruhepuls zum zweiten Messzeitpunkt im Median von 72,0 auf den Wert 67, 0.

Der Belastungspuls verringerte sich in der Gesamtgruppe (n=11) sowohl bei den Neueinsteigern als auch bei den Wiedereinsteigern zum zweiten Messzeitpunkt nach zehn Wochen. Der Belastungspuls ist bei den Neueinsteigern nach zehn Wochen gesunken, in der Gruppe der Wiedereinsteiger gestiegen.

Von fünf übergewichtigen Klienten (BMI >30) konnten zwei Klienten ihren BMI-Index verringern, bei zwei weiteren Klienten stieg der BMI-Index zu Messzeitpunkt 2 an.

Es gibt Klienten, bei denen sich die biometrischen Maße positiv verändert haben. Die Hypothesen 7.1 bis 7.3 können angenommen werden.

## 15 Inferenzstatistische Überprüfung der Hypothesen

### 15.1 Hypothesen auf der Verhaltensebene

#### 15.1.1 Trainingshäufigkeit während und nach dem Coaching in der Gesamtgruppe

Bei den folgenden Testverfahren wird auf ein  $n= 22$  zurückgegriffen, da die beiden Abbrecher aus der Gesamtgruppe eliminiert wurden.

Um die Trainingshäufigkeiten der Klienten pro Messperiode à zehn Wochen im Durchschnitt zu ermitteln, werden für die Messperioden  $p_2$  und  $p_3$  folgende Mittelwerte gebildet:

$$\bar{x}_p = \frac{1}{10} \sum_{i=1}^{10} x_i$$

$x_i$  = Trainingshäufigkeit pro Woche in der Periode

$p$  = Messperiode, wobei  $p \in \{2,3\}$

Um zu untersuchen, wie sich die durchschnittliche Trainingshäufigkeit in den zwei Messperioden ändert, wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test verwendet. Die Auswahl des Wilcoxon-Tests ist folgendermaßen begründet:

Der Wilcoxon-Test ist einsetzbar für gepaarte Stichproben ( $n= 22$  Wertepaare). Es handelt sich um ein nonparametrisches Verfahren. Der Wilcoxon-Test berücksichtigt nicht nur die Vorzeichen der Differenzen, sondern auch die Stärke der Differenzen.

Gemessen wird die durchschnittliche Trainingshäufigkeit während ( $p_2$ ) und nach dem Coaching ( $p_3$ ). Für zwei entsprechende Messungen ( $x, y$ ) der Periode  $p_2$  und  $p_3$  wird zuerst die absolute Differenz der Messwerte berechnet. Die Differenzen der 22 Messwertpaare werden der Größe nach geordnet und mit einem entsprechenden Rang versehen. Je größer die Differenz desto größer ist der Rang. Danach werden die Summen der Ränge der positiven und negativen Differenzen analysiert. Der statistische Parameter ist die standardisierte Differenz dieser Summen ( $z$ ).

#### **Nullhypothese 1:**

Es besteht kein Unterschied zwischen den mittleren Trainingshäufigkeiten in den Messperioden  $p_2$  und  $p_3$  in der Gesamtgruppe.

$$H_0 = p(x < y) = 0,05$$

In Tab. 62 wurden zunächst die Differenzen der Mittelwerte entsprechend ihrer Vorzeichen sortiert.

Tab. 62 Vorzeichen der Differenzen der mittleren Trainingshäufigkeiten während und nach dem Coaching in der Gesamtgruppe

$\bar{x}_3 - \bar{x}_2$	Negative Vorzeichen	16
	Positive Vorzeichen	3
	gleich	3
	gesamt	22

**Positives Vorzeichen** (positive Differenz): Die Klienten trainieren in der Messperiode 3 mehr als während der Messperiode 2

**Negatives Vorzeichen** (negative Differenz): Die Klienten trainieren in der Messperiode 3 weniger als in der Messperiode 2.

Tab. 63 Teststatistik für die Überprüfung von Mittelwertdifferenzen der Trainingshäufigkeit (Wilcoxon-Test)

<b>z-Wert (Prüfgröße)</b>	-3,161
<b>Signifikanz</b>	0,002

Wie Tab. 63 zu entnehmen ist, muss die Nullhypothese verworfen werden, da die Wahrscheinlichkeit des z-Wertes (0,002) unter der Annahme der Nullhypothese (  $p=0,05$  ) liegt.

Dies bedeutet, dass die mittlere Trainingshäufigkeit der Klienten in der Gesamtgruppe nach dem Coaching signifikant weniger beträgt als während des Coachings.

### 15.1.2 Trainingshäufigkeit während und nach dem Coaching pro Gruppe

Im nächsten Schritt soll überprüft werden, ob beide Gruppen, sowohl die Wiedereinsteiger als auch die Neueinsteiger nach dem Coaching signifikant weniger trainieren.

#### **Nullhypothese 2:**

Es besteht kein Unterschied in der mittleren Trainingshäufigkeit während und nach dem Coaching bei den Neueinsteigern und den Wiedereinsteigern.



In Tab. 64 wurden zunächst die Differenzen der Mittelwerte entsprechend ihrer Vorzeichen für die Gruppe der **Neueinsteiger** sortiert.

Tab. 64 Vorzeichen der Differenzen der mittleren Trainingshäufigkeiten während und nach dem Coaching in der Gruppe der Neueinsteiger

$\bar{x}_3 - \bar{x}_2$	Negative Vorzeichen	10
	Positive Vorzeichen	0
	gleich	2
	gesamt	12

Tab. 65 Teststatistik für die Überprüfung von Mittelwertdifferenzen der mittleren Trainingshäufigkeit der Neueinsteiger (Wilcoxon-Test)

<b>z-Wert (Prüfgröße)</b>	-2,812
<b>Signifikanz</b>	0,005

Aus der Teststatistik in Tab. 65 geht hervor, dass die Nullhypothese verworfen werden muss, da die Wahrscheinlichkeit des z-Wertes (0,005) unter der Annahme der Nullhypothese ( $p=0,05$ ) liegt.

Dies bedeutet, dass die Trainingshäufigkeit der Neueinsteiger nach dem Coaching signifikant weniger beträgt als während des Coachings.

Die Differenzen der Mittelwerte entsprechend ihrer Vorzeichen für die Gruppe der **Wiedereinsteiger** sind in Tab. 66 angegeben.

Tab. 66 Vorzeichen der Differenzen der mittleren Trainingshäufigkeiten während und nach dem Coaching in der Gruppe der Wiedereinsteiger

$\bar{x}_3 - \bar{x}_2$	Negative Vorzeichen	6
	Positive Vorzeichen	3
	gleich	1
	gesamt	10

Tab. 67 Teststatistik für die Überprüfung von Mittelwertdifferenzen der Trainingshäufigkeit der Wiedereinsteiger (Wilcoxon Test)

<b>z-Wert (Prüfgröße)</b>	-1,424
<b>Signifikanz</b>	0,154

Die Nullhypothese kann nicht verworfen werden, da die Wahrscheinlichkeit des z-Wertes (0,154) über der Annahme der Nullhypothese ( $p=0,05$ ) liegt.

Dies bedeutet, dass die Wiedereinsteiger nach dem Coaching nicht signifikant weniger trainieren als vor dem Coaching.

### **Zusammenfassung:**

Die mittlere Trainingshäufigkeit der Gesamtgruppe beträgt nach dem Coaching signifikant weniger als während des Coachings. Neueinsteiger trainieren nach dem Coaching signifikant weniger als vor dem Coaching. Wiedereinsteiger trainieren nach dem Coaching nicht signifikant weniger als vor dem Coaching. Die Ergebnisse des Wilcoxon-Tests weisen in die gleiche Richtung wie die Darstellung der Konfidenzintervalle in Kap. 14.1.2.

## **15.2 Hypothesen auf der kognitiven Ebene**

### **15.2.1 Erreichung der Do-Ziele und Be-Ziele**

Im Folgenden wird überprüft, ob die Klienten häufiger ihre Do- und/oder Be-Ziele erreicht haben.

#### **Nullhypothese 3:**

Es besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Erreichung der Be-Ziele und Do-Ziele der Klienten.

Mit dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben kann getestet werden, ob die Klienten genauso häufig ihre Do-Ziele erreicht haben wie ihre Be-Ziele.

Dazu wurden die Klienten in je **zwei Gruppen** geteilt:

Be-Ziel erreicht = GAS Wert 0,1,2

Be-Ziel nicht erreicht = GAS Wert -1,-2

Do-Ziel erreicht = GAS Wert 0,1,2

Do-Ziel nicht erreicht = GAS Wert -1,-2

Aus dieser Einteilung ergeben sich in Tab. 68 die jeweilige Anzahl der Differenzen zwischen den erreichten Do- und Be-Zielen, deren Teststatistik in Tab.69 dargestellt ist.

Tab. 68 Vorzeichen der Differenzen zwischen den Do- und Be-Zielen

Verhältnis der Vorzeichen	N= 26	Mittelwert (Vorzeichen)	Rangsumme
<b>Be &lt; Do</b> (negative Vorzeichen)	7	4,5	31,5
<b>Be &gt; Do</b> (positive Vorzeichen)	1	4,5	4,5
<b>Be = Do</b>	16		

Tab. 69 Teststatistik für Be-und Do-Ziele (Wilcoxon Test)

<b>z- Wert (Prüfgröße)</b>	-2,121
<b>Signifikanz (p)</b>	0,034

Die Nullhypothese kann verworfen werden, da die Wahrscheinlichkeit des z-Wertes (0,034) unter der Annahme der Nullhypothese ( $p=0,05$ ) liegt. Die Be-Ziele werden häufiger nicht erreicht als die Do-Ziele..

### 15.2.2 Ausprägung der Selbstwirksamkeit vor und nach dem Coaching

Um die Differenzen in der Ausprägung der Selbstwirksamkeit dazustellen, wurden in Tab.70 zunächst für die Subskala 1 „Umgang mit Trainingsbarrieren“ drei Gruppierungen durchgeführt, welche die Auswertung mit dem Wilcoxon-Test ermöglichen (Tab. 71).

#### **Nullhypothese 4:**

Es besteht kein Unterschied in der Ausprägung auf den drei Skalen der Selbstwirksamkeit zwischen der 1. und der 10. Woche in der Gesamtgruppe.

Tab. 70 Vorzeichen der Differenzen der Selbstwirksamkeit zwischen der 1. und 10. Woche (Skala 1)

Selbstwirksamkeit Skala 1	N=23	Mittelwert (Vorzeichen)	Rangsumme
<b>10. Woche &lt; 1. Woche</b> (negative Vorzeichen)	5	6,90	34,50
<b>10. Woche &gt; 1. Woche</b> (positive Vorzeichen)	16	12,28	196,50
<b>10. Woche = 1. Woche</b>	2		
<b>Gesamt</b>	23		

Tab. 71 Teststatistik für die Differenz der Selbstwirksamkeitsausprägung in Skala 1  
(Wilcoxon Test)

<b>z- Wert (Prüfgröße)</b>	-2,816
<b>Signifikanz (p)</b>	0,005

Die Nullhypothese kann verworfen werden, da die Wahrscheinlichkeit des z-Wertes (0,005) unter der Annahme der Nullhypothese ( $p=0,05$ ) liegt. Die Klienten verbessern ihre Selbstwirksamkeit signifikant in der Skala 1 „Umgang mit trainingsinternen“ Barrieren.

Die Differenzen für die Subskala 2 „Umgang mit chronischen Belastungen/Zeitmanagement“ sind in Tab. 72 dargestellt und wurden mit dem Wilcoxon-Test auf Signifikanz überprüft (Tab. 73).

Tab. 72 Vorzeichen der Differenzen der Selbstwirksamkeit zwischen der 1. und 10. Woche (Skala 2)

<b>Selbstwirksamkeit Skala 2</b>	<b>N=23</b>	<b>Mittelwert (Vorzeichen)</b>	<b>Rangsumme</b>
<b>10. Woche &lt; 1. Woche (negative Vorzeichen)</b>	7	10,36	72,5
<b>10. Woche &gt; 1. Woche (positive Vorzeichen)</b>	15	12,03	180,5
<b>10. Woche = 1. Woche</b>	1		
<b>Gesamt</b>	23		

Tab. 73 Teststatistik für die Differenz der Selbstwirksamkeitsausprägung in Skala 2  
(Wilcoxon Test)

<b>z- Wert (Prüfgröße)</b>	-1,755
<b>Signifikanz (p)</b>	0,079

Obwohl 15 der 23 Klienten ihre Selbstwirksamkeit in der zehnten Woche verbessern, kann die Nullhypothese auf dem Signifikanzniveau von 0,05 nicht verworfen werden, da  $p$  (Z-Wert)  $=0,079 > 0,05$ . Das bedeutet, dass die Steigerung der Selbstwirksamkeit der Klienten auf der Skala „Umgang mit chronischen Belastungen, Zeitmanagement“ nicht als signifikant angesehen werden kann.

Für die Subskala 3 „Umgang mit Unvorhersehbaren“ wurden die Differenzen zu den Messzeitpunkten in Tab. 74 dargestellt und mit dem Wilcoxon-Test (Tab. 75) auf Signifikanz überprüft.

Tab. 74 Vorzeichen der Differenzen der Selbstwirksamkeit zwischen der 1. und 10. Woche (Skala 3)

Selbstwirksamkeit Skala 3	N=23	Mittelwert (Vorzeichen)	Rangsumme
10. Woche < 1. Woche (negative Vorzeichen)	4	5,13	20,5
10. Woche > 1. Woche (positive Vorzeichen)	16	11,84	189,50
10. Woche = 1. Woche	3		
Gesamt	23		

Tab. 75 Teststatistik für die Differenz der Selbstwirksamkeitsausprägung in Skala 1  
(Wilcoxon Test)

z- Wert (Prüfgröße)	-3,159
Signifikanz (p)	0,002

Die Nullhypothese kann verworfen werden, da die Wahrscheinlichkeit des z-Wertes (0,002) unter der Annahme der Nullhypothese ( $p=0,05$ ) liegt. Die Klienten verbessern ihre Selbstwirksamkeit signifikant in der Skala 3 „Umgang mit Unvorhersehbarem“.

### Zusammenfassung:

In der Gesamtgruppe verbessern die Klienten signifikant ihre Selbstwirksamkeit im Umgang mit Trainingsbarrieren (Skala 1) und im Umgang mit Unvorhersehbarem (Skala 3) zwischen der ersten und zehnten Woche. Auf der Skala „Umgang mit chronischen Belastungen und Zeitmanagement“ konnte kein signifikanter Zuwachs erreicht werden, obwohl 15 positive Paardifferenzen nur sieben negativen Paardifferenzen gegenüberstehen.

### 15.2.3 Ausprägung der sportbezogenen Selbstkonkordanz vor und nach dem Coaching

Um die Differenzen in der sportbezogenen Selbstkonkordanz als Ausprägung der Motivationsmodi intrinsisch, extrinsisch, introjiert und identifiziert über die beiden Messzeitpunkte zu errechnen, wurden wieder drei Gruppierungen durchgeführt, welche die Auswertung mit dem Wilcoxon-Test ermöglichen.

#### Nullhypothese 5:

Es besteht kein Unterschied in der Ausprägung der Motivationsmodi (extrinsisch, intrinsisch, introjiert, identifiziert) zwischen der ersten und zehnten Woche in der Gesamtgruppe.

Die Differenzen für die Ausprägungen des intrinsischen Modus sind in Tab. 76 dargestellt und wurden mit dem Wilcoxon-Test auf Signifikanz überprüft (Tab. 77).

Tab. 76 Vorzeichen der Differenz des intrinsischen Modus zwischen der 1. und 10. Woche in der Gesamtgruppe

Intrinsischer Modus	N=23	Mittelwert (Vorzeichen)	Rangsumme
10. Woche < 1. Woche (negative Vorzeichen)	1	4,00	4
10. Woche > 1. Woche (positive Vorzeichen)	20	11,35	227,00
10. Woche = 1. Woche	2		
Gesamt	23		

Tab. 77 Teststatistik für die Differenz des intrinsischen Modus (Wilcoxon-Test, alpha= 0,05)

z- Wert (Prüfgröße)	-3,878 ( basierend auf negativen Vorzeichen)
p-Wert	0,000

Die Nullhypothese kann verworfen werden, da die Wahrscheinlichkeit des z-Wertes (0,000) unter der Annahme der Nullhypothese ( $p=0,05$ ) liegt. **Die Klienten erhöhen ihren intrinsischen Modus signifikant nach zehn Wochen.** Die Differenzen für die Ausprägungen des extrinsischen Modus sind in Tab. 78 dargestellt und wurden mit dem Wilcoxon-Test auf Signifikanz überprüft (Tab. 79).

Tab. 78 Vorzeichen der Differenz des extrinsischen Modus zwischen der 1. und 10. Woche

Extrinsischer Modus	n	Mittelwert (Vorzeichen)	Rangsumme
10. Woche < 1. Woche (negative Vorzeichen)	8	7,13	57,00
10. Woche > 1. Woche (positive Vorzeichen)	4	5,25	21,00
10. Woche = 1. Woche	11		
<b>Gesamt</b>	23		

Tab. 79 Teststatistik für die Differenz des extrinsischen Modus (Wilcoxon Test, alpha= 0,05)

<b>z-Wert (Prüfgröße)</b>	-1,416 ( basierend auf negativen Vorzeichen)
<b>p-Wert</b>	0,157

Die Nullhypothese kann nicht verworfen werden, da die Wahrscheinlichkeit des z-Wertes (0,157) über der Annahme der Nullhypothese ( $p=0,05$ ) liegt. **Die extrinsische Motivation der Klienten verändert sich nach der zehnten Woche (Messzeitpunkt 2) nicht.**

Die Differenzen für die Ausprägungen des introjierten Modus sind in Tab. 80 dargestellt und wurden mit dem Wilcoxon-Test auf Signifikanz überprüft (Tab. 81).

Tab. 80 Vorzeichen der Differenz des introjierten Modus zwischen der 1. und 10. Woche

Introjiertes Modus	n	Mittelwert (Vorzeichen)	Rangsumme
10. Woche < 1. Woche (negative Vorzeichen)	5	5,00	25,00
10. Woche > 1. Woche (positive Vorzeichen)	13	11,23	146,00
10. Woche = 1. Woche	5		
<b>Gesamt</b>	23		

Tab. 81 Teststatistik für die Differenz des introjierten Modus (Wilcoxon-Test, alpha= 0,05)

<b>z-Wert (Prüfgröße)</b>	-2,640 ( basierend auf negativen Vorzeichen)
<b>p-Wert</b>	0,008

Die Nullhypothese kann verworfen werden, da die Wahrscheinlichkeit des z-Wertes (0,009) unter der Annahme der Nullhypothese ( $p=0,05$ ) liegt. **Die introjierte Motivation der Klienten erhöht sich nach zehn Wochen.**

Die Differenzen für die Ausprägungen des identifizierten Modus sind in (Tab. 82) dargestellt und wurden mit dem Wilcoxon-Test auf Signifikanz überprüft (Tab. 83).

Tab. 82 Vorzeichen der Differenz des identifizierten Modus zwischen der 1. und 10. Woche

Identifizierter Modus	n	Mittelwert (Vorzeichen)	Rangsumme
10. Woche < 1. Woche (negative Vorzeichen)	3	4,67	14,00
10. Woche > 1. Woche (positive Vorzeichen)	13	9,38	122,00
10. Woche = 1. Woche	7		
Gesamt	23		

Tab. 83 Teststatistik für die Differenz des identifizierten Modus (Wilcoxon Test,  $\alpha=0,05$ )

z-Wert (Prüfgröße)	-2,802 (basierend auf negativen Vorzeichen)
p-Wert	0,005

Die Nullhypothese kann verworfen werden, da die Wahrscheinlichkeit des z-Wertes (0,009) unter der Annahme der Nullhypothese ( $p=0,05$ ) liegt. **Die identifizierte Motivation der Klienten erhöht sich nach zehn Wochen.**

#### Zusammenfassung:

In der Gesamtgruppe erhöht sich der intrinsische, der identifizierte und der introjierte Modus nach zehn Wochen signifikant. Der extrinsische Modus verändert sich nach zehn Wochen nicht.



## 16 Qualitative Auswertung

### 16.1 Erwartete Konsequenzen (Kosten-Nutzen-Analyse)

#### 16.1.1 Erwartete positive Konsequenzen (Pro-Argumente)

Alle positiven Konsequenzen, welche die Klienten durch ihre sportliche Aktivität erwarteten, notierten sie in der zweiten Coaching-Sitzung in den Coaching-Begleiter. Für die Auswertung wurde jede genannte Konsequenz codiert und den folgenden Kategorien in Tab. 84 zugeordnet.

Tab. 84 Argumente für die Durchführung der sportlichen Aktivität

Pro Argumente	total	Neueinsteiger	Wiedereinsteiger
<b>A: Körper</b>	92% (22)	100% (9)	87% (13)
Primärprävention	63% (15)	56% (5)	67% (10)
Sekundärprävention	63% (15)	78% (7)	53% (8)
Wohlbefinden	88% (21)	100% (9)	80% (12)
<b>B: Psyche</b>	79% (19)	67% (6)	87% (13)
Positive Stimmung	54% (13)	56% (5)	53% (8)
Selbstregulation	38% (9)	22% (2)	47% (7)
Stressabbau	50% (12)	44% (4)	53% (8)
Wohlbefinden	17% (4)	33% (3)	7% (1)
<b>C: Sozial</b>	38% (9)	11% (1)	53% (8)
Neue Kontakte	25% (6)	11% (1)	33% (5)
Wahrnehmung durch Andere	13% (3)	0% (0)	20% (3)
Keine Antwort	4% (1)	0% (0)	7% (0)

92% aller Klienten führen körperliche Argumente an, die aus ihrer Sicht für die Aufnahme der sportlichen Aktivität sprechen. 79% der Klienten nennen psychische Gründe, die sie zum Sporttreiben veranlassen. Soziale Beweggründe geben 38% der Klienten an.

In der Tab. 85 wird gezeigt, wie die Antworten der Klienten in den Kategorien psychische, körperliche und soziale Argumente verteilt sind und welche Antwortkombinationen auftreten.

Tab. 85 Kombination der Pro-Argumente für die Durchführung der sportlichen Aktivität

<b>Pro-Argumente</b>	<b>Total N=24</b>	<b>Neueinsteiger N= 9</b>	<b>Wiedereinsteiger N=15</b>
Körper	17% (4)	33% (3)	7% (1)
Körper und Psyche	42% (10)	56% (5)	33% (5)
Psyche und Sozial	4% (1)	0% (0)	7% (1)
Körper, Psyche und Sozial	33% (8)	11% (1)	47% (7)
Keine Antwort	4% (1)	0% (0)	7% (1)

Die Antworten von zehn der 24 Klienten in der Gesamtgruppe (42%) können der häufigsten Antwortkombination, nämlich der Nennung sowohl körperlicher als auch psychischer „pro Sport“- Argumente, zugeordnet werden, gefolgt von der Kombination aus körperlichen, psychischen und sozialen Beweggründen (33%). 17% wollen Sport ausschließlich wegen körperlichen Motiven betreiben und ein Klient gibt psychische und soziale Gründe an, die ihn zur sportlichen Aktivität motivieren. Fast die Hälfte der Wiedereinsteiger (47%) nennen sowohl psychische, körperliche als auch soziale Gründe, die für die regelmäßige Sportaktivität sprechen.

Abb.23 soll verdeutlichen, wie sich die Kombination der Argumente für die Sportteilnahme zusammensetzen.

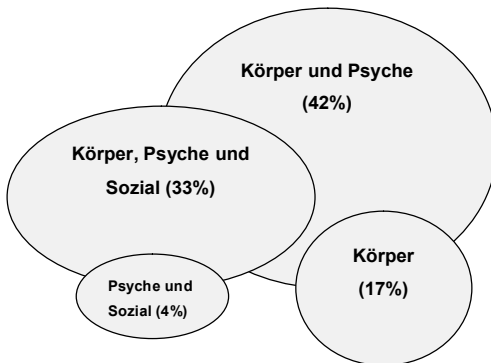


Abb.23 Argumente für die Sportteilnahme

### 16.1.2 Erwartete negative Konsequenzen (contra-Argumente)

Alle erwarteten negativen Konsequenzen, welche die Klienten in der 2. Coaching-Sitzung nannten und in ihren Coaching-Begleiter schriftlich notierten, wurden codiert und den folgenden Kategorien in Tab. 86 zugeordnet.

Tab. 86 Contra-Argumente für die Durchführung der sportlichen Aktivität

<b>Contra-Argumente</b>	<b>Total N= 24</b>	<b>Neueinsteiger N= 9</b>	<b>Wiedereinsteige 9= 15r</b>
Verpflichtung durch Hobbies und Familie	54% (13)	67% (6)	47% (7)
Bequemlichkeit/Unlust	46% (11)	56% (5)	40% (6)
Kosten	33% (8)	67% (6)	13% (2)
Berufliche Verpflichtung	21% (5)	33% (3)	13% (2)
Gesundheitliche Einschränkung	17% (4)	11% (1)	20% (3)
Misserfolg	13% (3)	11% (1)	13% (2)
Sonstiges	25% (6)	22% (2)	27% (4)
Keine Antwort	13% (3)	11% (1)	13% (2)

Das häufigste Argument, das aus Sicht der Gesamtgruppe gegen die sportliche Aktivität spricht, ist der zeitliche Bedarf durch andere Hobbies und familiäre Pflichten (54%). Fast die Hälfte aller Klienten (46%) glaubt, dass ihre eigene Bequemlichkeit/Unlust sie am Training hindern könnte. Für sechs der zehn Neueinsteiger sind die dauerhaften Kosten ein Contra-Argument, das jedoch nur von zwei der neun Wiedereinsteiger genannt wird. Berufliche Verpflichtungen der Klienten sind zwar mit 21% ein selteneres Contra-Argument in der Gesamtgruppe als Verpflichtungen in der Freizeit und der Familie, jedoch muss hier mitberücksichtigt werden, dass sechs der Klienten zur Zeit nicht erwerbstätig sind.

Vier Klienten geben an, durch gesundheitliche Einschränkungen vom Training möglicherweise abgehalten zu werden. Genannt wurden in dieser Kategorie Depression, Erschöpfung, Rückenschmerzen, körperliches Unwohlsein. Drei Klienten sehen sportliche Misserfolge als hinderlich für die sportliche Aktivität.

#### **Zusammenfassung:**

22 Klienten nennen körperliche Argumente für ihr Sporttreiben. 19 von 24 Klienten geben psychische Gründe und neun Klienten soziale Gründe für ihre sportliche Aktivität an. Die häufigsten Gegenargumente für die Sportteilnahme sind die Verpflichtung durch Hobbies (54%) und die eigene Unlust (46%).

Die Kombination von körperlichen und psychischen Gründen wird am häufigsten genannt (42%). Danach folgt die kombinierte Angabe von körperlichen, psychischen und sozialen Gründen mit 33%. Nur 17% der Gesamtgruppe trainieren allein aus körperlichen Gründen.

### 16.1.3 Vergleich der erwarteten und wahrgenommenen positiven Konsequenzen

In der sechsten Coaching Sitzung berichteten die Klienten über körperliche, psychische und soziale Konsequenzen, die sie aufgrund ihres Sporttreibens wahrnehmen. In Tab. 87 werden die wahrgenommenen positiven Konsequenzen den Pro-Argumenten aus der Kosten-Nutzen-Analyse der zweiten Coaching Sitzung gegenübergestellt. Da die Pro-Argumente bereits vor der Sportteilnahme geäußert wurden und somit in die Zukunft weisen, können sie hier auch als erwartete Konsequenzen der Sportteilnahme bezeichnet werden.

Tab. 87 Vergleich der erwarteten und wahrgenommenen positiven Konsequenzen

	Pro-Argument	Wahrgenommene positive Konsequenz	Erwartung
<b>A: Körper</b>	92% (22)		
Primärprävention	63% (15)	38% (9)	weniger als erwartet ↓
Sekundärprävention	63% (15)	58% (14)	
Wohlbefinden	88% (21)	88% (21)	
<b>B: Psyche</b>	79% (19)		
Positive Stimmung	54% (13)	88% (21)	häufiger als erwartet ↑
Selbstregulation	38% (9)	13% (3)	
Stressabbau	50% (12)	50% (12)	
Wohlbefinden	17% (4)	4% (1)	
<b>C: Sozial</b>	38% (9)		
Neue Kontakte	25% (6)	63% (15)	häufiger als erwartet ↑
Positive Wahrnehmung durch Umfeld	13% (3)	29% (7)	häufiger als erwartet ↑

Nach 10 Wochen sportlicher Aktivität nehmen neun Klienten positive körperliche Veränderungen im Sinne der Primärprävention bei sich wahr. Sie fühlen sich beweglicher, kräftiger und verfügen über eine bessere Ausdauer. Zu Beginn des Coachings rechneten 15 Klienten damit, ihre körperliche Gesundheit durch den Sport spürbar zu fördern.

21 Klienten verbesserten ihre Stimmung, obwohl nur 13 Klienten dies erwarteten. Zwölf Klienten konnten Stress durch den Sport abbauen. Eine Erhöhung der selbstregulativen Kompetenzen nahmen drei Klienten bei sich wahr. Sie schilderten, selbstdiszipliniert und ehrgeizig ihre sportlichen Ziele zu verfolgen.

Positive soziale Konsequenzen wurden von mehr als doppelt so vielen Klienten häufiger als erwartet wahrgenommen. 15 Klienten konnten neue soziale Kontakte knüpfen und sieben Klienten berichteten, von ihrem sozialen Umfeld positiver wahrgenommen zu werden.

Über wahrgenommene negative Konsequenzen berichteten zwei Klienten in ihrem Coaching- Begleiter. Dabei handelte es sich um Zeiteinbußen in der familiären Versorgung und in der Gestaltung von Hobbies.

Aus der Tabelle 92 geht hervor, dass nur sieben Klienten körperliche primärpräventive Veränderungen bei sich wahrgenommen haben, obwohl dies 15 Klienten erwarteten. Deutlich höher als erwartet wurde der Zuwachs an positiver Stimmung, der Aufbau sozialer Kontakte sowie die Anerkennung durch andere geschildert.

## 16.2 Angewandte SORK-Strategien

### 16.2.1 S-Strategien

S-Strategien sind Strategien, die dazu beitragen, die situativen Bedingungen zur sportlichen Aktivität so hilfreich wie möglich zu gestalten. Die Nennung der einzelnen Strategien ist in Tab. 88 dargestellt.

Tab. 88 S-Strategien

<b>S-Strategien</b>	<b>Total N=24</b>	<b>Neueinsteiger N=9</b>	<b>Wiedereinsteiger N=15</b>
Fester Termin	79% (19)	78% (7)	80% (12)
Gepackte Sporttasche	63% (15)	44% (4)	73% (11)
Hilfreiche Person	38% (9)	22% (2)	47% (7)
Vorbereitete Anfahrt	8% (2)	11% (1)	7% (1)
Keine Antwort	4% (1)	0% (0)	7% (1)

In der Gesamtgruppe ist der festgelegte Trainingstermin der häufigste Hinweisreiz für die sportliche Aktivität (79%). 15 Personen (63%) werden durch die gepackte Sporttasche zum Training aufgefordert. 38% der Gesamtgruppe verlässt sich auf hilfreiche Personen, die sie an ihren Trainingstermin erinnern. Für zwei

Klienten ist die vorbereitete Anfahrt (Busverbindung, Auto) eine förderlich Bedingung zur Durchführung des Trainings.

O-Strategien sind hilfreiche Gedanken, welche die Aufnahme und Durchführung der sportlichen Tätigkeit erleichtern. Die Nennung der einzelnen Strategien ist in Tab. 89 dargestellt.

Tab. 89 O-Strategien

<b>O-Strategien</b>	<b>Total N=24</b>	<b>Neueinsteiger N=9</b>	<b>Wiedereinsteiger N=15</b>
Gedanken an kurzfristige positive Konsequenzen	71% (17)	78% (7)	67% (10)
Ziele vergegenwärtigen	38% (9)	11% (1)	53% (8)
Selbstermunterung	38% (9)	33% (3)	40% (6)
Selbstverpflichtung	33% (8)	44% (4)	27% (4)
Gedanken an langfristige positive Konsequenzen	17% (4)	33% (3)	7% (1)
Verpflichtung gegenüber Coach	8% (2)	0% (0)	13% (2)
Selbstinstruktion	8% (2)	0% (0)	13% (2)
Keine Antwort	4% (1)	0% (0)	7% (1)

Die häufigste O-Strategie in der Gesamtgruppe sind die Gedanken an kurzfristige positive Konsequenzen (17 Nennungen). Danach folgen die Strategien „Ziele vergegenwärtigen“ und „Selbstermunterung“ mit jeweils neun Nennungen. Es fällt auf, dass nur ein Neueinsteiger angibt, sich seine Ziele zu vergegenwärtigen. Sowohl vier Neueinsteiger als auch vier Wiedereinsteiger verpflichten sich zum regelmäßigen Training.

Der Gedanke an langfristig positive Konsequenzen ist für vier Personen hilfreich, zwei Klienten fühlen sich gegenüber ihrem Coach verpflichtet und weitere zwei Personen instruieren sich selbst bei der Ausübung der sportlichen Aktivität.

## 16.2.2 R-Strategien

R-Strategien sind Handlungen, die entweder die Durchführung der sportlichen Aktivität selbst erleichtern oder die sportliche Aktivität vorbereiten und vor konkurrierenden Aktivitäten abschirmen. Die Nennung der einzelnen R-Strategien ist in Tab. 90 dargestellt.

Tab. 90 R-Strategien

<b>R-Strategien</b>	<b>Total N=24</b>	<b>Neueinsteiger N=9</b>	<b>Wiedereinsteiger N=15</b>
Zeitmanagement	63% (15)	44% (4)	73% (11)
Handlung vorbereiten und abschirmen	50% (12)	44% (4)	53% (8)
Ersatztermine/Alternativen	46% (11)	44% (4)	47% (7)
Handlungsdurchführung erleichtern	25% (6)	33% (3)	20% (3)
Keine Antwort	13% (3)	22% (2)	7% (1)

63% der Klienten aus der Gesamtgruppe planen die sportliche Aktivität in ihren Alltag ganz bewusst durch Zeitmanagement ein, indem sie etwa einen Zeitplan erstellen, früher aufstehen, andere Termine absagen, verschieben oder kürzen.

Die sportliche Aktivität wird von 50% aller Klienten vorbereitet und abgeschirmt. In dieser Kategorie wurden zwölf verschiedene Strategien genannt, so dass hier die meisten Einzel- und Zweifachnennungen aller Kategorien zu verzeichnen sind. 46% aller Klienten holen die geplanten Termine nach oder nutzen andere sportliche Alternativen, falls ein Trainingstermin nicht eingehalten werden konnte. Während der Durchführung der sportlichen Aktivität greifen sechs Klienten auf erleichternde Strategien zurück, wie etwa Musik beim Training oder mehr Abwechslung in den Übungen.

## 16.2.3 K-Strategien

K-Strategien beinhalten alle positiven Konsequenzen, die während oder nach dem Training vom Klienten wahrgenommen werden. Die Nennung der einzelnen K-Strategien ist in Tab. 91 dargestellt.

Tab. 91 K-Strategien

<b>K-Strategien</b>	<b>Total N=24</b>	<b>Neueinsteiger N=9</b>	<b>Wiedereinsteiger N=15</b>
Selbstbelohnung (materiell)	50% (12)	56% (5)	47% (7)
Selbstlob/Selbstverstärkung	50% (12)	22% (2)	67% (10)
Fremdverstärkung	38% (9)	33% (3)	40% (6)
Erleben von positiven körperlichen Konsequenzen	29% (7)	44% (4)	20% (3)
Soziale Kontakte	4% (1)	0% (0)	7% (1)
Keine Antwort	8% (2)	11% (1)	7% (1)

Die Hälfte der Klienten in der Gesamtgruppe (50%) verstärken sich selbst mit materieller Belohnung (Getränke, Kleidung, Kosmetika). Genauso häufig (50%) verstärken sich die Klienten, indem sie sich selbst loben und positive Gefühle wie Stolz und Zufriedenheit wahrnehmen. Dabei nutzen 67% der Wiedereinsteiger, aber nur 22% der Neueinsteiger die Strategie der nicht-materiellen Selbstverstärkung. Sieben Klienten sehen eine Verstärkung ihrer sportlichen Aktivität in dem Erleben positiver körperlicher Konsequenzen. Ein Klient gibt als verstärkende Konsequenz seiner sportlichen Aktivität das Erleben sozialer Kontakte an.

### 16.3 Die besten SORK-Strategien

In der siebten Sitzung bewerteten die Klienten die besten Strategien, indem sie eine Rangfolge der **drei besten** Strategien bildeten. Jede einzelne Strategie wurde dem SORK-Schema zugeordnet.

Tab. 92 Die besten SORK-Strategien

<b>Beste Strategie</b>	<b>Total N=24</b>	<b>Neueinsteiger N=9</b>	<b>Wiedereinsteiger N=15</b>
Förderliche Situation (S-Strategien)	92% (22)	100% (9)	87% (13)
Förderliche Gedanken (O-Strategien)	54% (13)	56% (5)	53% (8)
Förderliches Verhalten (R-Strategien)	42% (10)	44% (4)	33% (6)
Förderliche Konsequenzen (K-Strategien)	17% (4)	11% (1)	20% (3)



Tab. 92 zeigt, dass 22 Mal die Strategien aus der Gruppe „Förderliche Situation“ am hilfreichsten für die Unterstützung der körperlichen Aktivität bewertet wurden. Bei 54% der Klienten rangierten die „förderlichen Gedanken“ unter den drei besten Strategien. Förderliches Verhalten gehörte für 42 % der Klienten zu den besten Strategien und 17% setzten am erfolgreichsten „förderliche Konsequenzen“ ein, um ihre sportliche Aktivität zu unterstützen.

### **Zusammenfassung:**

Innerhalb der S-Strategien unterstützen die Klienten sich bei ihrer Sportteilnahme am häufigsten, in dem sie sich feste Termine setzen (79%), ihre Sporttasche packen (63%) und hilfreiche Personen in ihre Vorbereitung miteinbeziehen (38%). Die häufigsten O-Strategien sind die Gedanken an kurzfristige positive Konsequenzen (71%), die Selbstverpflichtung und die Vergegenwärtigung von Zielen (38%), wobei ausschließlich die Wiedereinsteiger die letzte Strategie anwenden. Aus den R-Strategien werden am häufigsten Techniken des Zeitmanagements herangezogen (63%). Zudem achten die Klienten darauf, die Sportaktivität vorzubereiten und abzuschirmen (50%) sowie Termine nachzuholen, die sie nicht wahrnehmen konnten (46%). Die Hälfte aller Klienten verstärkten ihre Sportaktivität durch materielle Konsequenzen oder Selbstlob.

Unter den am besten bewerteten Strategien befinden sich am häufigsten die S-Strategien, gefolgt von den O-Strategien mit 54%. 42% ordneten R-Strategien und 17% K-Strategien den drei besten Strategien zur Unterstützung ihrer sportlichen Aktivität zu.

## **16.4 Analyse der Handlungsfelder**

Der zeitliche Anspruch der einzelnen Handlungsfelder wird von den Klienten sehr unterschiedlich dargestellt. Dies ist freilich nicht verwunderlich, da jeder Klient sich in einer einzigartigen Lebenssituation befindet. Deshalb können die Veränderungen in den Handlungsfeldern aussagekräftiger in den Fallanalysen betrachtet werden.

Eine differenzierte Darstellung der Handlungsfelder und deren Veränderungen ist in Einzelfallanalysen sinnvoller als die Darstellung von Gruppenmittelwerten. Gleichzeitig ermöglicht die Einzelfallanalyse die inhaltliche Interpretation von Veränderungen.

Eine erste Übersicht der deskriptiven Maße in Tab. 93, insbesondere der minimalen und maximalen Werte zur Beschreibung der Handlungsfelder, kann jedoch wertvolle Hinweise für das Erkennen von individuellen Abweichungen im Einzelfall ergeben.

Tab. 93 Zeitlicher Anspruch im Beruf

Beruf (in %)	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=15
<b>1. Woche</b>			
AMW	28,6	33,9	25,0
Med	30,0	35,0	20,0
Min	0,0	0,0	0,0
Max	70,0	60,0	70,0
<b>6. Woche</b>			
AMW	27,9	26,1	29,1
Med	30,0	30,0	25,0
Min	0,0	0,0	0,0
Max	70,0	35,0	70,0

Der Median des Handlungsfeldes Beruf bleibt in der Gesamtgruppe mit 30% zum zweiten Messzeitpunkt gleich. Der maximale Wert in der Gruppe der Neueinsteiger ist von 60% auf 35% gesunken.

Tab. 94 zeigt das zeitliche Engagement der Klienten für die Familie.

Tab. 94 Zeitlicher Anspruch in der Familie

Familie (in %)	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteige N=15
<b>1. Woche</b>			
AMW	28,2	21,1	33,2
Med	25,0	20,0	40,0
Min	5,0	5,0	5,0
Max	76,0	50,0	76,0
<b>6. Woche</b>			
AMW	25,5	18,7	30,3
Med	20,0	15,0	22,0
Min	0,0	3,0	0,0
Max	72,0	50,0	72,0

Der zeitliche Anspruch für die Familie ist in der Gesamtgruppe im Median von 25% auf 20% in der sechsten Woche gefallen. Der minimale Wert von 5% aus der Gruppe der Wiedereinsteiger verringerte sich bis auf 0%.

In Tab. 95 wird dargestellt, wie hoch das zeitliche Engagement der Klienten für ihr psychisches Wohlbefinden ist.

Tab. 95 Zeitlicher Anspruch für das psychische Wohlbefinden

<b>Psyche (in %)</b>	<b>Total N=24</b>	<b>Neueinsteiger N=9</b>	<b>Wiedereinsteiger N=15</b>
<b>1. Woche</b>			
AMW	9,3	9,4	9,2
Med	10,0	10,0	8,0
Min	0,0	0,0	0,0
Max	25,0	20,0	25,0
<b>6. Woche</b>			
AMW	11,5	11,3	11,5
Med	10,0	10,0	10,0
Min	0,0	0,0	2,0
Max	30,0	30,0	25,0

Der zeitliche Anspruch für das psychische Wohlbefinden ist in der Gesamtgruppe im Median zu beiden Messzeitpunkten gleich geblieben. Betrachtet man das Arithmetische Mittel, so kann in beiden Gruppen eine Erhöhung des zeitlichen Anspruchs festgestellt werden (von 9,3 auf 11,5). Auch der Maximalwert in der Gesamtgruppe erhöht sich von 25% auf 30%.

In Tab. 96 wird der zeitliche Anspruch der Klienten für soziale Kontakte dargestellt.

Tab. 96 Zeitlicher Anspruch für soziale Kontakte

<b>Kontakte (in %)</b>	<b>Total N=24</b>	<b>Neueinsteiger N=9</b>	<b>Wiedereinsteiger N=15</b>
<b>1. Woche</b>			
AMW	11,9	12,2	11,6
Med	10,0	10,0	6,0
Min	0,0	0,0	0,0
Max	30,0	20,0	30,0
<b>6. Woche</b>			
AMW	10,8	13,3	9,0
Med	10,0	10,0	5,0
Min	0,0	0,0	0,0
Max	25,0	20,0	20,0

Der zeitliche Anspruch für soziale Kontakte ist in der Gesamtgruppe im Median zu beiden Messzeitpunkten gleich geblieben. Im Arithmetischen Mittel sinkt in beiden Gruppe der Wert von 11,9% auf 10,8%. Auch der maximale Wert von 30% in der Gruppe der Wiedereinsteiger verringert sich auf 20%.

Tab. 97 zeigt den zeitlichen Anspruch der Klienten für ihre Hobbies zu den beiden Messzeitpunkten.

Tab. 97 Zeitlicher Anspruch für Hobbies

Hobbies (in %)	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=15
1. Woche			
AMW	12,8	12,2	13,2
Med	10,0	10,0	10,0
Min	0,0	0,0	0,0
Max	40,0	40,0	25,0
6. Woche			
AMW	11,0	11,1	11,0
Med	10,0	10,0	10,0
Min	0,0	0,0	0,0
Max	35,0	35,0	25,0

Der zeitliche Anspruch für Hobbies ist in der Gesamtgruppe im Median zu beiden Messzeitpunkten gleich geblieben. Das Arithmetische Mittel sinkt in beiden Gruppen von 12,8% auf 11,0%. Auch der maximale Wert von 40% in der Gruppe der Neueinsteiger verringert sich auf 35%.

### Zusammenfassung:

In der Gesamtgruppe bleibt das zeitliche Engagement für den Beruf von 30% im Mittel gleich. Dabei tritt eine Spannweite von 0% bis 70% auf. Der zeitliche Anspruch im Handlungsfeld Familie verringert sich in der Gesamtgruppe von 25% auf 20%, wobei auch hier eine deutlich hohe Spannweite von 5%-76% innerhalb der Klientengruppe vorliegt. Die Zeit für das psychische Wohlbefinden und die Zeit für soziale Kontakte bleiben mit je 10% konstant. Auch bei den Hobbies (10%) liegt in der Gesamtgruppe keine Veränderung der zeitlichen Ansprüche vor. In diesem Handlungsfeld fällt die unterschiedliche Gewichtung der Hobbies auf. Der geringste Wert wird mit 0% angegeben, ein anderer Klient widmet sich seinen Hobbies mit 40% seiner Zeit.

## 17 Bewertung des Coachings durch Coach und Klient

### 17.1 Beziehung zwischen Coach und Klient

Die Beziehung zwischen Coach und Klient wurde mit der Aussage: „Ich konnte eine vertrauensvolle Beziehung zum Klienten bzw. zum Coach aufbauen“ über eine sechsstufige Antwortskala von 1= trifft überhaupt nicht zu bis 6= trifft genau zu abgefragt.

Tab. 98 Evaluation der Beziehung zwischen Coach und Klient aus Sicht des Coaches

Beziehung	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=15
AMW	5,8	5,7	5,9
Med	6,0	6,0	6,0
Min	5,0	5,0	5,0
Max	6,0	6,0	6,0
5	21%	11%	27%
6	79%	89%	73%

Rating: 1= trifft überhaupt nicht zu bis „6“= trifft genau zu

Tab. 98 zeigt, dass 79% der Coaches der Aussage „Ich konnte eine vertrauensvolle Beziehung zum Klienten aufbauen“ mit „trifft ganz genau zu“ (6) und 21% der Coaches mit „trifft genau zu“ (5) antworteten.

Tab. 99 Evaluation der Beziehung zwischen Coach und Klient aus Sicht des Klienten

Beziehung	Total N=24	Neueinsteiger N=9	Wiedereinsteiger N=15
AMW	5,8	5,9	5,7
Med	6,0	6,0	6,0
Min	5,0	5,0	5,0
Max	6,0	6,0	6,0
5	17%	33%	7%
6	83%	67%	93%

Rating: „=“ trifft überhaupt nicht zu bis „6“= trifft genau zu

In Tab. 99 wird ersichtlich, dass 83% der Klienten auf die Aussage „Ich konnte eine vertrauensvolle Beziehung zum Coach aufbauen“ mit „trifft ganz genau zu“ (6) und 17% mit „trifft genau zu“ antworteten. Sowohl Klienten als auch Coaches stufen ihre Beziehung als vertrauensvoll ein (AM = 5,8).

## 17.2 Erfolg des Coachings

Tab. 100 zeigt die Bewertung des Coachings aus Sicht der Coaches. Auf die Aussage „Das Coaching war erfolgreich“ antworteten 54% der Coaches mit 6 („trifft ganz genau zu“), 29% antworteten mit 5 („trifft genau zu“), drei Coaches antworteten mit 4 (trifft zu) und ein Coach schätzt den Coaching- Erfolg mit 2 ein („trifft weniger zu“).

Tab. 100 Erfolg des Coachings aus Sicht der Coaches

<b>Erfolg</b>	<b>Total N=24</b>	<b>Neueinsteiger N=9</b>	<b>Wiedereinsteiger N=15</b>
AMW	5,3	5,6	5,1
Med	6,0	6,0	5,0
Min	2,0	4,0	2,0
Max	6,0	6,0	6,0
2	4% (1)	0% (0)	7% (0)
4	13% (3)	11% (1)	13% (2)
5	29% (7)	22% (2)	33% (5)
6	54% (13)	67% (6)	47% (7)

Rating: 1= trifft überhaupt nicht zu bis 6= trifft genau zu

Tab. 101 zeigt die Bewertung des Coachings aus Sicht der Klienten

Tab. 101 Erfolg des Coachings aus Sicht der Klienten

<b>Erfolg</b>	<b>Total N=24</b>	<b>Neueinsteiger N=9</b>	<b>Wiedereinsteiger N=15</b>
AM	5,3	5,3	5,3
Md	5,0	5,0	5,0
Min	4,0	4,0	4,0
Max	6,0	6,0	6,0
4	17% (4)	11% (1)	20% (3)
5	38% (9)	44% (4)	47% (5)
6	46% (11)	44% (4)	47% (7)

Rating: 1= trifft überhaupt nicht zu bis 6= trifft genau zu

Auf die Aussage, „ Das Coaching war erfolgreich“ antworteten 46% der Klienten mit 6 („trifft ganz genau zu“ ), 38% antworteten mit 5 („trifft genau zu“), vier Klienten schätzen den Coaching- Erfolg mit 4 ein („trifft zu“).

Im nächsten Schritt wurden die Mittelwerte der Bewertungen von Coach und Klienten einander gegenübergestellt, um unterschiedliche Bewertungen aus den beiden Perspektiven zu erfassen.

Tab. 102 zeigt die Bewertungen der Coaches und Klienten bezüglich des Coaching-erfolgs.

Tab. 102 Erfolg des Coachings aus Sicht des Coaches und aus Sicht des Klienten

<b>Erfolg</b>	<b>Coaches N= 12</b>	<b>Klienten N=24</b>
AMW	5,3	5,3
Med	6,0	5,0
Min	2,0	4,0
Max	6,0	6,0
2	4% (1)	
4	13% (3)	17% (4)
5	29% (7)	38% (9)
6	54% (13)	46% (11)
4 bis 6 = erfolgreich	96 % (23)	100% (24)

Rating: 1= trifft überhaupt nicht zu bis 6= trifft genau zu

Coaches und Klienten bewerten das Coaching mit 5,3 (AMW) als sehr erfolgreich. Bei Betrachtung des Medians liegt dieser Wert bei den Coaches höher (6) als bei den Klienten („5“), da der Median weniger abhängig von Ausreißerwerten ist. Alle Klienten bewerten das Coaching als erfolgreich (4-6). Die Coaches bewerten das Coaching bis auf eine Ausnahme ebenfalls als erfolgreich (4-6). Am niedrigsten bewertet ein Coach den Coaching-erfolg (2), mit einer Abbrecherin (Code 250169), die den Coaching-erfolg selbst mit 4 bewertet.

Schließlich wurden in Tab. 103 die Einschätzung der Klienten und Coaches bezüglich deren Beziehung gegenübergestellt.

Tab. 103 Vertrauensvolle Beziehung aus Sicht des Coaches und aus Sicht des Klienten

<b>Beziehung</b>	<b>Coaches N= 12</b>	<b>Klienten N=24</b>
AMW	5,8	5,8
Med	6,0	6,0
Min	5,0	5,0
Max	6,0	6,0
5	21% (5)	17% (4)
6	79% (19)	83% (20)

Rating: 1= trifft überhaupt nicht zu bis 6= trifft genau zu

Sowohl Coaches als auch Klienten bewerteten die Beziehung zwischen Coach und Klient als sehr vertrauensvoll (AMW=5,8). Die Coaches bewerteten jede Beziehung zwischen 5 und 6, ebenso schätzten die Klienten ihre Beziehungen zu den Coaches mit 5 und 6 als sehr vertrauensvoll ein.

### 17.3 Bewertung der erfahrenen Unterstützung aus Sicht des Coaches

Vor dem Coaching erhielten die Coaches eine Einführung in das Coaching (Vorbereitungskurs) von der Versuchsleiterin. In der Durchführungsphase des Coachings wurden die Coaches von der Versuchsleiterin in Form von E-Mail-Supervision und persönlichen Telefonaten betreut. Untereinander konnten die Studenten telefonisch, per Mail und in den Kursen des Studiums Erfahrungen austauschen.



Tab. 104 Erfahrene Unterstützung aus Sicht des Coaches

	Vorbereitungskurs	Supervision durch Versuchsleiterin	Austausch mit Studenten
AMW	<b>4,9</b>	<b>5,3</b>	<b>4,5</b>
Med	5,0	5,0	5,0
Min	4,0	4,0	2,0
Max	6,0	6,0	6,0
2	0,0	0,0	8% (2)
3	0,0	0,0	4% (1)
4	38% (9)	21% (5)	33% (8)
5	33% (8)	33% (8)	33% (8)
6	29% (7)	46% (11)	21% (5)

Rating: 1= trifft überhaupt nicht zu bis 6= trifft genau zu

Tab. 104 zeigt, dass alle Coaches durch den **Vorbereitungskurs** ausreichend Unterstützung erfahren konnten. Diese Aussage bejahten 38% der Gesamtgruppe mit trifft zu (=4). Acht Coaches antworteten mit 5 (trifft genau zu), und sieben Coaches antworteten mit 6 (trifft ganz genau zu).

Für alle Coaches war die **Supervision** der Versuchsleiterin hilfreich. 46% antworteten mit 6 (trifft ganz genau zu) zu, 33% der Coaches antworteten mit 5 (trifft genau zu), 21% antworteten mit 4 („trifft zu“) und 29% antworteten mit 6 („trifft ganz genau zu“).

21 von 24 Coaches empfanden den **Austausch mit anderen Diplomanden** als hilfreich ( Rating 4-6). Fünf Studenten stimmten der Aussage: „Ich konnte ausreichend Unterstützung durch den Austausch mit Studenten erfahren“ ganz zu (6). Weitere 8 Studenten bejahten diese Aussage mit der Antwort 5 und neun Studenten stimmten mit der Antwort 4 zu. Für drei Studenten war der Austausch mit den Kommilitonen weniger hilfreich (Rating 2 und 3).

Als hilfreichste Unterstützung bewerteten die Coaches die Supervision durch die Versuchsleiterin (AMW =5,3), gefolgt von dem Vorbereitungskurs (AMW=4,9) und dem gegenseitigen Austausch (AMW=4,5).

## 17.4 Bewertung der erfahrenen Unterstützung aus Sicht des Klienten

Um ihre sportliche Aktivität zu fördern, konnten die Klienten auf unterschiedliche soziale Ressourcen zurückgreifen: Der Coach, der Trainer im Fitness-Studio und Personen aus dem sozialen Umfeld (Familie, Kollegen, Freunde, Trainingspartner) stellten Quellen sozialer Unterstützung dar (Tab. 105).

Tab. 105 Erfahrene Unterstützung aus Sicht des Klienten

	<b>Coaching</b>	<b>Trainingsbetreuung</b>	<b>Soziales Umfeld</b>
AMW	<b>5,5</b>	<b>5,2</b>	<b>4,5</b>
Med	6,0	5,0	5,0
Min	4,0	3,0	3,0
Max	6,0	6,0	6,0
3	--	4% (1)	17% (4)
4	4% (1)	4% (1)	33% (8)
5	42% (10)	58% (14)	33% (8)
6	54% (13)	33% (8)	17% (4)

Rating: 1= trifft überhaupt nicht zu bis 6= trifft genau zu

Alle Klienten konnten durch das **Coaching** ausreichend Unterstützung für ihre Zielerreichung erfahren (Antwortkategorien 4 bis 6; Arithmetisches Mittel: 5,5). Über die Hälfte der Klienten, nämlich 13 Personen von 24, stimmten der Aussage „Ich konnte ausreichend Unterstützung durch das Coaching erfahren“ ganz genau zu (6). Coaching wurde im Vergleich zu den anderen Quellen der sozialen Unterstützung mit AM= 5,5 am hilfreichsten bewertet.

An zweiter Stelle der Bewertung der erfahrenen Unterstützung nennen die Klienten die Trainingsbetreuung (AM: 5,2), gefolgt von der Unterstützung durch das erfahrene Umfeld (AM: 4,5).

## 17.5 Bewertung der Arbeitsmittel aus Sicht des Coaches

Die Bewertung der Arbeitsmittel wurde von jedem Coach für jeden seiner beiden Klienten einzeln durchgeführt. Die folgenden Angaben beziehen sich also auf die Beurteilung des Coaches pro Fall (=24 Fälle) und nicht auf die Beurteilung der Arbeitsmittel durch die zwölf Coaches.

Tab. 106 zeigt die Bewertungen der Arbeitsmittel durch die Coaches.

Tab. 106 Bewertung der Arbeitsmittel aus Sicht des Coaches pro Coaching

Arbeitsmittel	Handlungsfelder (n=24)	Kosten-Nutzen Analyse (n=24)	Zielformulierung (n=24)	GAS (n=24)
AMW	4,6	5,1	5,6	5,5
Med	5,0	5,0	6,0	6,0
Min	2,0	3,0	4,0	4,0
Max	6,0	6,0	6,0	6,0
2	4% (1)	--	--	--
3	4% (1)	8% (2)	--	--
4	29% (7)	17% (4)	4% (1)	13% (3)
5	50% (12)	33% (8)	29% (7)	21% (5)
6	13% (3)	42% (10)	67% (16)	67% (16)
	<b>SORK-Strategien</b>	<b>Barriereplan</b>	<b>Interviewleitfaden</b>	
AMW	4,9	5,1	5,0	
Med	5,0	5,0	5,0	
Min	4,0	3,0	3,0	
Max	6,0	6,0	6,0	
2	--	--	--	
3	--	13% (3)	4% (1)	
4	33% (8)	4% (1)	33% (8)	
5	42% (10)	42% (10)	21% (5)	
6	25% (6)	42% (10)	42% (10)	

Rating: 1= trifft überhaupt nicht zu bis 6= trifft genau zu

Die **Zielformulierung** des Klienten und die **Einstufung des Zielerreichungsgrades (GAS)** werden in 67% der Coachings von den Coaches als die hilfreichsten Arbeitsmittel (6) angesehen. In 10 Coachings waren jeweils die **Kosten-Nutzen Analyse** und die **Barriereplanung** sehr hilfreich (6). In zwei Coachings stimmten die Coaches einer ausreichenden Unterstützung durch die **Kosten-Nutzen Ana-**

lyse nicht zu (3). Die Barriereplanung wurde in drei Coachings als weniger hilfreich (3) angesehen. Der **Interviewleitfaden** war für 23 der 24 Coachings hilfreich (4-6). In einem Coaching wurde der Interviewleitfaden als wenig hilfreich eingestuft (3).

## 17.6 Bewertung der Arbeitsmittel aus der Sicht des Klienten

Neben der Bewertung der Arbeitsmittel durch den Coach interessiert, wie hilfreich die Klienten die Arbeitsmittel bei der Förderung ihres Sporttreibens wahrgenommen haben.

Tab. 107 Bewertung der Arbeitsmittel aus Sicht der Klienten

	<b>Handlungsfelder (n=24)</b>	<b>Kosten-Nutzen Analyse (n=24)</b>	<b>Zielformulierung (n=24)</b>	<b>GAS (n=23)</b>
AMW	3,9	4,5	5,3	5,3
Med	4,0	5,0	5,0	6,0
Min	2,0	3,0	4,0	3,0
Max	6,0	6,0	6,0	6,0
„2“	17% (4)	--	--	--
„3“	13% (3)	29% (7)	--	8% (2)
„4“	38% (9)	17% (4)	13% (3)	8% (2)
„5“	29% (7)	29% (7)	42% (10)	29% (7)
„6“	4% (1)	25% (6)	46% (11)	50% (12)
	<b>SORK-Strategien</b>	<b>Barriereplan</b>	<b>Trainingsprotokoll</b>	
AMW	4,8	4,5	4,5	
Med	5,0	5,0	5,0	
Min	3,0	3,0	1,0	
Max	6,0	6,0	6,0	
„1“	--	--	8 (2)	
„2“	--	--	4% (1)	
„3“	13%(3)	21% (5)	8% (2)	
„4“	21% (5)	29% (7)	21% (5)	
„5“	38% (9)	33% (8)	25% (6)	
„6“	29% (7)	17% (4)	33% (8)	

Rating: „1“= überhaupt nicht hilfreich bis „6“= überaus hilfreich

Die Klienten stufen auf einer Skala von 6 (überaus hilfreich) bis 1 (überhaupt nicht hilfreich) ein, wie hilfreich sie die einzelnen Arbeitsmittel für ihre Zielerreichung einschätzten. Tab. 107 zeigt, wie die Klienten die einzelnen Arbeitsmittel bewerten. Die **Zielformulierung** wird von allen Klienten als hilfreiches Arbeitsmittel (4-6) angesehen. 21 Klienten beurteilen das Arbeitsmittel als sehr hilfreich (5-6), die **GAS** wird von 21 Klienten als hilfreich erachtet (4-6). 19 Klienten beurteilen das Arbeitsmittel als sehr hilfreich (5-6). Für zwei Klienten war die GAS weniger hilfreich (3).

Die **SORK-Strategien** bewerteten 21 der Klienten als hilfreich (4-6). Für drei Klienten war dieses Arbeitsmittel weniger hilfreich (3). Die Arbeitsmittel **Barriereplan, Trainingsprotokoll und Kosten-Nutzen-Analyse** weisen das gleiche Arithmetische Mittel (4,5) in der Bewertung auf. Für sieben Klienten war die Kosten-Nutzen Analyse weniger hilfreich (3), fünf Klienten bewerteten den Barriereplan als weniger hilfreich (3) und fünf Klienten erfuhren weniger hilfreiche Unterstützung durch das Trainingsprotokoll (2-3). Die **Handlungsfelder** stufen 17 Klienten als hilfreich ein (4-6). Ein Klient fand dieses Arbeitsmittel sehr hilfreich (6), sieben Klienten bewerteten die Handlungsfelder als weniger hilfreich (2-3).

### 17.7 Vergleich der Bewertung der Arbeitsmittel aus der Sicht des Klienten und aus der Sicht des Coaches

Welche Arbeitsmittel wurden von Coach und Klient gleichermaßen als die hilfreichsten Arbeitsmittel eingestuft? Bei Betrachtung der Arithmetischen Mittel können die bewerteten Arbeitsmittel in eine Rangfolge (Tab. 108) gebracht werden:

Tab. 108 Bewertung der Arbeitsmittel aus Sicht des Coaches und der Klienten

Rangplatz	Coach AMW	Rangfolge der Arbeitsmittel	Rangplatz	Klient AMW	Rangfolge der Arbeitsmittel
1	5,6	Zielformulierung	1	5,3	Zielformulierung
2	5,5	GAS	1	5,3	GAS
3	5,1	Kosten-Nutzen Analyse	3	4,8	<b>SORK-Strategien</b>
3	5,1	Barriereplan	4	4,5	Barriereplan
5	5,0	Interviewleitfaden	4	4,5	Trainingsprotokoll
6	4,6	<b>SORK-Strategien</b>	4	4,5	Kosten-Nutzen Analyse
7	4,9	Handlungsfelder	7	3,9	Handlungsfelder

Rating: „1“= überhaupt nicht hilfreich bis „6“= überaus hilfreich

Als das hilfreichste Arbeitsmittel bei der Durchführung der Coachings wurde die Zielformulierung von den **Coaches** genannt. An zweiter Stelle befindet sich die GAS. Platz 3 teilen sich die Kosten-Nutzen-Analyse und der Barriereplan, gefolgt vom Interviewleitfaden. Die SORK-Strategien rangieren an sechster Stelle. Die Handlungsfelder belegen den siebten Platz.

Aus Klientensicht waren ebenfalls die Zielformulierung und die GAS die hilfreichsten Arbeitsmittel. Die SORK-Strategien bewerteten die Klienten (4,8, Rang 3) hilfreicher als die Coaches (4,6, Rang 7), welche die SORK-Strategien auf dem letzten Platz ansiedelten.

Der Barriereplan wird von den Coaches als hilfreicher (5,1) angesehen als von den Klienten (4,5). Auch die Kosten-Nutzen-Analyse stufen die Coaches als hilfreicher ein (5,1) als die Klienten (4,5). Die Analyse der Handlungsfelder war für die Klienten weniger hilfreich (3,9) als für die Coaches (4,9).

### **Zusammenfassung:**

In der Evaluation des Coachings wurden aus Sicht des Klienten und des Coaches die Beziehung zwischen Coach und Klient, der Erfolg des Coachings, die erfahrene Unterstützung und die Arbeitsmittel bewertet.

Alle Klienten und Coaches bestätigten, dass eine vertrauensvolle Beziehung zueinander im Coaching aufgebaut werden konnte. Das Coaching wird von allen Klienten und Coaches bis auf eine Ausnahme (Coach) als erfolgreich eingeschätzt. Das Coaching eines Wiedereinsteigers wurde von einem Coach als wenig erfolgreich eingeschätzt (vgl. Einzelfallanalyse).

Die hilfreichste Unterstützung für die Coaches war die Supervision per Email durch die Versuchsleiterin, gefolgt vom Vorbereitungskurs und dem Austausch der Studenten untereinander.

Für die Klienten war das Coaching für das gewohnheitsmäßige Ausüben der sportlichen Aktivität die hilfreichste Unterstützung, gefolgt von der Trainingsbetreuung. Das Schlusslicht der erfahrenen Unterstützung bildet das soziale Umfeld.

Alle Arbeitsmittel werden von Coach und Klient als hilfreich bewertet. Die Zielformulierung und die GAS (Einstufen eines individuellen Zielwertes) werden sowohl von den Coaches als auch von den Klienten als die hilfreichsten Arbeitsmittel erachtet.

Unterschiede in der Bewertung der Arbeitsmittel werden v.a. bei der Einstufung der SORK-Strategien deutlich. Die Coaches bewerten die SORK-Strategien mit AM= 4,9 auf Rang 6, die Klienten bewerten die SORK-Strategien mit AM= 4,8 auf Rang 3. Am wenigsten hilfreich haben die Klienten und die Coaches die Analyse der Handlungsfelder wahrgenommen.

## 18 Diskussion und Bewertung der Ergebnisse

### 18.1 Diskussion zu den Hypothesen auf der Verhaltensebene

Das beobachtete Verhalten der Klienten bezog sich auf die Häufigkeit und Stabilität des sportlichen Trainings. Die Klienten wurden eingeteilt in Personen, die in den letzten Wochen vor dem Coaching nicht sportlich aktiv waren (Neueinsteiger) und Klienten, die in den letzten zehn Wochen vor dem Coaching unregelmäßig sportlich aktiv waren (Wiedereinsteiger). Entsprechend ihrer durchschnittlichen Trainingshäufigkeit über zehn und 20 Wochen konnten die Klienten den Sportstadien nach Fuchs zugewiesen werden.

#### Sportstadium

Nach einer Trainingsperiode von zehn Wochen befinden sich 22 der 24 Klienten im Stadium der Implementierung. Eine Klientin brach ihr Training aufgrund eines Bandscheibenvorfalles mit akuter Einlieferung in die Klinik nach der vierten Woche ab. Ein anderer Klient trainierte bereits in seiner Grundrate durchschnittlich so regelmäßig, dass er in der 20. Messwoche das Stadium der Habituation erreicht hat.

Die Implementierung der sportlichen Aktivität in den Alltag ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für das gewohnheitsmäßige Sporttreiben. Erst wenn die Klienten ein durchschnittliches wöchentliches Training über 20 Wochen aufrechterhalten, kann vom habituierten Sporttreiben (Fuchs, 2003) gesprochen werden.

18 der 24 Klienten erreichten nach 20 Wochen das Stadium der Habituation. Eine weitere Klientin brach ihr Sporttreiben nach der zehnten Woche mit dem Ende des Coachings ab. Dieser letzte Fall wird in der Darstellung der Fallstudien genauer untersucht. Ob Sport nun wirklich zur Gewohnheit geworden ist, ist eine subjektive Einschätzung, die nur der einzelne Klient selbst bestätigen kann. Selbst wenn eine Person regelmäßig an bestimmten Wochentagen im Fitness-Studio trainiert, muss ihr dies nicht im Sinne einer leichten und automatisierten Ausführung von Vorsätzen gelingen, sondern kann den erneuten, bewussten Einsatz intensiver selbstregulatorischer Kompetenzen zur Handlungsabschirmung (Kuhl, 1987) verlangen, indem beispielsweise ein situationsspezifischer Umgang mit Hindernissen in der Arbeitsbelastung (z.B. lange Arbeitszeiten, Urlaubsvertretung) eingesetzt wird.

## Trainingshäufigkeit

Es konnte gezeigt werden, dass in beiden Gruppen die höchste Trainingshäufigkeit in der zweiten Messperiode, also im Zeitraum während der Intervention, zu verzeichnen ist. Diese deskriptive Aussage kann als erstern Indiz für die Wirksamkeit des Coachings interpretiert werden. Dabei trainieren die Wiedereinsteiger (AMW=3,12) im Mittel häufiger als die Neueinsteiger (AMW=2,34). Dieser Unterschied hat sich nicht als signifikant erwiesen. Nach dem Coaching trainieren die Neueinsteiger signifikant weniger als während des Coachings. Diese Verringerung der Trainingshäufigkeit nach dem Coaching lässt sich bei den Wiedereinsteigern nicht feststellen.

Besonders aufschlussreich für die Wirkung des Coachings ist die Analyse der Trainingshäufigkeit der Klienten, die bereits vor dem Coaching unregelmäßig sportlich aktiv waren (Grundrate>0). Während des Coachings trainiert diese Gruppe signifikant häufiger als vor dem Coaching. Nach Kern (1997, S. 161) kann der Effekt einer Intervention nachgewiesen werden, wenn die Daten während einer Intervention eine starke Veränderung gegenüber den Grundratendaten zeigen. Durch die Berechnung der Konfidenzintervalle konnte gezeigt werden, dass von einem signifikanten Interventionseffekt bezogen auf die Trainingshäufigkeit für die Gruppe der Wiedereinsteiger ausgegangen werden kann.

Die erhöhte Trainingshäufigkeit der Wiedereinsteiger gegenüber der Grundrate ist auch noch nach dem Coaching zu beobachten. Allerdings ist dieser relative Anstieg der Trainingshäufigkeit nicht signifikant.

Ein positiver Effekt des Coaching auf die Trainingshäufigkeit der Neueinsteiger kann durch die Betrachtung der absoluten Trainingshäufigkeiten nicht abgeleitet werden, da Neueinsteiger ein Verhalten mit der Grundrate Null aufweisen. Somit ist der Vergleich des Trainingsverhaltens während der Interventionsmethode mit dem Zeitraum vor dem Coaching nicht zulässig.

In der Gesamtgruppe sinkt der Medianwert der Trainingshäufigkeit während des Coachings nur geringfügig von 2,4 auf den Medianwert in der Anschlussperiode von 2,3. Die erwarteten Einbrüche in der Trainingshäufigkeit zwischen der zwölften und 14. Woche (vgl. Pahmeier, 1995, Alfermann, Stoll, Wagner & Wagner-Stoll, 1995, Wagner, 2000) konnten in dieser Periode in der Gesamtgruppe nicht nachgewiesen werden. Ob eine annähernde gleichbleibende Trainingshäufigkeit in der „drop-out sensiblen Phase“ ein Merkmal der gesamten Interventionsgruppe ist, kann allerdings nur im Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne Intervention festgestellt werden.

Es kann festgehalten werden, dass eine signifikante Zunahme der Trainingshäufigkeit in der Gruppe der Wiedereinsteiger während dem Coaching im Vergleich zur Grundrate für einen wirksamen Einfluss des Coachings auf die Trainingshäufigkeit dieser Zielgruppe spricht.



## Trainingsstabilität

In den bisherigen Untersuchungen zum Aufbau einer gewohnheitsmäßigen sportlichen Aktivität wurde zwar die Häufigkeit des erwünschten Verhaltens, jedoch noch nie die Stabilität des Zielverhaltens überprüft. Nach Fuchs (2007, S. 7) „ist aber gerade die Verhaltenshäufigkeit nicht die Dimension, auf der sich Gewohnheiten unterscheiden. Diese Feststellung steht im Widerspruch zu einer ganzen Anzahl von Studien, in denen die Gewohnheitsstärke einfach über die Häufigkeit dieser Verhaltensweise in der Vergangenheit operationalisiert wurde.“

Um ein Maß für das gewohnheitsmäßige Sporttreiben angeben zu können, wurde in dieser Arbeit ein Stabilitätskoeffizient eingeführt. Hierbei handelt es sich um einen Koeffizienten für das Trainingsverhalten eines Klienten, der die relative durchschnittliche Abweichung vom Mittelwert der Trainingshäufigkeit des Klienten im Messezeitraum von je zehn Wochen (p1, p2, p3) definiert.

Es konnte beobachtet werden, dass die Wiedereinsteiger in der zwölften Woche – also unmittelbar vor Beginn des Coachings- bezogen auf die erste Messperiode am häufigsten trainieren. Möglicherweise hat die alleinige Ankündigung des Coachings eine erhöhte Trainingshäufigkeit bei den Wiedereinsteigern ausgelöst.

Bei den Neueinsteigern fällt auf, dass sie mit Beginn des Coachings am stärksten relativ überdurchschnittlich trainierten. Je schneller sich das Zielverhalten mit dem Einsatz der Intervention verändert, desto eher sind die Veränderungen im Zielverhalten auf die Intervention zurückzuführen (vgl. Kern 1997). Die relativ hohe Trainingshäufigkeit der Neueinsteiger zu Beginn der zweiten Messperiode kann auf den Einfluss des Coachings zurückgeführt werden. Allerdings fehlt hier der Vergleich mit einer annehmbaren Grundrate.

In der Gesamtgruppe sind während der Interventionsperiode die relativen Abweichungen vom Mittelwert am geringsten, der Stabilitätskoeffizient bewegt sich sehr nahe an Null. Auch in der nachfolgenden Periode trainiert die Gesamtgruppe durchschnittlich sehr stabil.

Die Neueinsteiger trainieren während des Coachings und nach dem Coaching relativ gleichmäßig stabil. Auch hier ist wieder die Betrachtung der Trainingsstabilität der Wiedereinsteiger für die Interpretation des Coachingeffekts besonders aufschlussreich.

Die Wiedereinsteiger trainieren nach dem Coaching regelmäßiger als vor und während des Coachings. Vor und während des Coachings trainieren sie relativ gleichmäßig stabil. Offensichtlich haben die Wiedereinsteiger während des Coachings gelernt, regelmäßiger als vor und während des Coachings zu trainieren, da sich ihr Stabilitätskoeffizient in der dritten Periode am stärksten an Null nähert.

Mit der Erhebung der Trainingshäufigkeiten pro Woche konnten die Messwerte den einzelnen Messzeitpunkten zugeordnet werden. Sporttreiben ist jedoch nicht als Momentaufnahme pro Woche zu betrachten, sondern ist ein (lebens-langer) Prozess, der natürlichen Schwankungen unterworfen ist. Um den Prozess des Sporttreibens besser zu veranschaulichen, wurde eine Periodisierung der Messzeitpunkte über jeweils vier und zehn Wochen eingeführt. In der grafischen Darstellungen der Messperioden konnte anschaulich beobachtet werden, dass innerhalb des Interventionszeitraums Neueinsteiger und Wiedereinsteiger relativ überdurchschnittlich häufig trainieren, wobei jeweils zu Beginn des Coachings die höchste relative Trainingshäufigkeit zu beobachten ist. Nach dem Coaching pendelt sich in beiden Gruppen ein sehr stabiles Trainingsverhalten ein.

Vergleicht man die beiden Gruppen im periodisierten Messzeitraum hinsichtlich ihrer Trainingsstabilität miteinander, so reagieren die Wiedereinsteiger auf das Coaching mit einer deutlich höheren überdurchschnittlichen Trainingshäufigkeit zu Beginn des Coachings als die Neueinsteiger. Offensichtlich strengen sich Wiedereinsteiger mit Beginn des Coachings stärker als Neueinsteiger an, ein relativ überdurchschnittliches Trainingsverhalten auszuführen.

Für die positiven gesundheitlichen Konsequenzen von Sport ist es wichtig, die sportliche Aktivität regelmäßig durchzuführen. Starke Schwankungen in der Trainingshäufigkeit mit hohen Spitzen in der Trainingshäufigkeit (fünf bis sieben Mal pro Woche) und sportfreien Wochen sind kein Ziel des Gesundheitssports. Deshalb ist es im Sinne des Gesundheitssports als besonders positiv zu bewerten, dass die Gesamtgruppe während und nach dem Coaching ihre Trainingsregelmäßigkeit im Durchschnitt zunehmend stabilisiert.

## 18.2 Diskussion zu den Hypothesen auf der kognitiven Ebene

### Zielerreichung

Do-Ziele sind handlungsorientierte Teilziele, die für die Erreichung eines Be-Ziels verantwortlich sind. Be-Ziele drücken das Ergebnis des Prozesses aus, der durch die Umsetzung der Do-Ziele erreicht werden soll, z.B. erreichtes Körpergewicht oder Körperumfang. Do-Ziele werden auch Prozessziele, Be-Ziele auch Endziele einer Intervention genannt.

Alle Do-Ziele der Klienten beinhalteten die regelmäßige Durchführung der sportlichen Aktivität. Mit der individuellen Zielabstufung (GAS = goal attainment scaling) konnten die Klienten auf einer fünfstufigen Skala von -2 bis +2 die Ausprägung des erwarteten Do-Ziels formulieren. Ebenfalls auf dieser Skala ordneten die Klienten ihre erwarteten Be-Ziele ein. Obwohl die Klienten ihre Be-Ziele frei wählen konnten, beabsichtigten 18 der 24 Klienten eine Gewichtsreduktion zu erreichen. Zwei Klienten erwarteten durch die sportliche Aktivität eine Schmerzreduktion im Rücken und im Schultergelenk. Ihre Ausdauerfähigkeit wollten drei Klienten verbessern und ein Klient setzte sich ein Leistungsziel (Kreuzheben).

Es konnten 20 von 24 (= 83%) Klienten ihre **Do-Ziele** erreichen. Dabei gab es fünf Klienten, die ihr Do-Ziel viel besser als erwartet erreicht haben (GAS = +2) und einen Klienten (Wiedereinsteiger), der viel schlechter als erwartet von seinem Do-Ziel entfernt blieb (GAS= -2). Der individuelle Referenzwert der Zielerreichung ist ein hervorragendes Messinstrument für den Zielerreichungsgrad. Es wird sowohl ein konkretes Ziel operationalisiert und damit der objektiven Messung zugänglich, als auch die subjektive Bedeutung des Ziels für das Individuum in einem persönlichen Bezugssystem ausgedrückt. Trainingsempfehlungen durch Experten können so auf ein ichtnahes und selbstwirksames Anspruchsniveau adaptiert werden.

Die **Be-Ziele** wurden von 14 der 24 Klienten (= 58%) erreicht. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Klienten signifikant häufiger ihre Do-Ziele als ihre Be-Ziele erreichen. Dies kann daran liegen, dass die Be-Ziele trotz der fachlichen Beratung durch den Coach unrealistisch hoch formuliert wurden oder die Klienten sich bei ihrer Zielbestimmung an Normwerten orientierten, die selbst überhöht waren. Gerade bei Programmen zur Gewichtsreduktion neigen Klienten zu einer unrealistisch hohen Zielsetzung, welche zu einem vorzeitigen Abbruch des Programms führt (vgl. Margraf, 2002). Auch Eberhardt (1998) konnte zeigen, dass einer der ausschlaggebendsten Faktoren für das Abbrechen eines Trainings im Fitness-Studio das Nichterreichen von überhöhten Programmzielen ist. Bei der Formulierung von Be-Zielen ist es besonders wichtig, dass sie für den Klienten erlebbar sind. Die individuelle Ausgestaltung von Be-Zielen sollten Coaches oder Kursleiter von Präventionsprogrammen noch stärker fördern.

Die meisten Studien zum Gesundheitsverhalten erfassen im Sinne einer Vorher-Nachher-Messung lediglich die Endziele einer Intervention, in dem beispielsweise eine körperliche Leistungsdiagnostik erhoben wird. Der Prozess der Zielerreichung findet noch zu wenig Berücksichtigung. Die alleinige Fokussierung auf Endziele birgt aber die Gefahr, dass der Erfolg einer Intervention auf der Prozessebene verkannt wird und ein Interventionseffekt fälschlicherweise zurückgewiesen wird.

### **Sportbezogene Selbstwirksamkeit**

Die sportbezogene Selbstwirksamkeit ist ein Maß dafür, wie sicher sich Klienten darin sind, trotz auftretender Barrieren ihre sportliche Aktivität durchzuführen. Die Differenzierung über spezifische Skalen ermöglicht es, auf die Bedeutung potentieller Barrieren inhaltlich näher einzugehen. Zum Messzeitpunkt 1 wurden **trainingsinterne Barrieren** höher, d.h. als überwindbarer bewertet (Med=73,8) als Barrieren, die sich unter der Skala „**Chronische Belastungen und Zeitmanagement**“ (Med= 62,6) summieren. Am Ende rangiert die Skala „**Unvorhersehbares**“ (Med= 30). Dies bedeutet, dass die Klienten am ehesten davon überzeugt waren, Hindernisse überwinden zu können, die direkt mit dem sportlichen Tun in Verbindung stehen. Es folgen solche Barrieren, die durch die Erfordernisse des Alltags geprägt sind. Als am wenigsten überwindbar gelten Ereignisse, die eher selten sind (z.B. ein Umzug), singulär auftreten (z.B. Terminüberschneidungen) oder zumeist im Voraus wenig kalkulierbar sind (z.B. die eigene Erkrankung oder die einer Bezugsperson). Die Ergebnisse in den drei Skalen zur Selbstwirksamkeit in der Gesamtgruppe stimmen mit den umfangreichen Befunden von Pahmeier (1999) zur Erhebung der sportbezogenen Selbstwirksamkeit überein. Bisherige Studien, die den Status der sportlichen Aktivität im Kontext der Verhaltensänderung beschreiben und erfassen, zeigen, dass Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im Zusammenhang mit den verschiedenen Stadien des Sporttreibens stehen. Nichtaktive weisen eine geringere, Aktive eine höhere Selbstwirksamkeit auf. Je stabiler das Verhalten ausgeprägt ist, desto höher ist die Selbstwirksamkeit. Gleichzeitig lässt sich ein nahezu linearer Anstieg der Selbstwirksamkeit über die Stadien hinweg beobachten (Pahmeier, 1999; Wagner, 2000, Schwarzer 2003, 2004; Fuchs 1994, 2005; Plotnikoff et. al., 2001).

Betrachtet man weitergehend, in welchen Skalen deutliche Veränderungen zum zweiten Messzeitpunkt auftreten, so kann in der Gesamtgruppe ein signifikanter Zuwachs im Umgang mit Trainingsbarrieren (Skala 1) und im Umgang mit Unvorhersehbarem (Skala 3) festgestellt werden, wobei der relativ stärkste Zuwachs auf Skala 3 zu verzeichnen ist.

Auf der Skala Umgang mit „chronischen Belastungen und Zeitmanagement“ konnte in der Gesamtgruppe kein signifikanter Zuwachs erreicht werden, ob-

wohl in der deskriptiven Analyse 15 der 23 Klienten ihre Werte auf dieser Skala verbesserten.

Bei genauer Betrachtung der deskriptiven Analyse lässt sich erkennen, dass der Median der Gesamtgruppe auf der Skala „Chronische Belastungen und Zeitmanagement“ bereits in der ersten Woche bei  $Med=62,6$  liegt und sich zum Messzeitpunkt 2 auf  $Med=70,0$  erhöht. Die höchste Ausprägung auf den einzelnen Skalen beträgt 100. Der relativ geringe Zuwachs auf der Skala 2 kann damit interpretiert werden, dass die Klienten ihren Umgang mit den Anforderungen ihres beruflichen und familiären Umfelds und dessen Gestaltungsmöglichkeiten schon zu Trainingsbeginn realistisch einschätzen.

Der Medianwert auf der Skala „Umgang mit Unvorhergesehenen“ liegt zum ersten Messzeitpunkt bei  $Med=0$  und steigert sich nach zehn Wochen auf  $Med=60$ . Im Umgang mit Unvorhersehbaren konnten die Klienten ihre Selbstwirksamkeit deutlich erhöhen. Dies kann damit erklärt werden, dass die Klienten zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 positive Erfahrungen mit der Bewältigung unvorhersehbarer Situationen gemacht haben und ihr sportliches Training auch in einem unsicheren, wenig kalkulierbaren Kontext durchführen konnten. In den Studien von Pahmeier (1999) zum Verlauf der sportbezogenen Selbstwirksamkeit über den Zeitraum eines zwölfwöchigen Sportprogramms, war es gerade die Skala „Unvorhersehbares“ die zu Beginn und am Ende des sportlichen Trainings von den Teilnehmern als am wenigsten überwindbar bewertet wurde. Möglicherweise wird hier der Verdienst des Coachings sichtbar, denn durch das Anwenden der SORK-Strategien können die Klienten flexibel auch unvorhersehbare Barrieren bewältigen.

### **Sportbezogene Selbstkonkordanz**

Unter sportbezogener Selbstkonkordanz wird verstanden, inwieweit die Absicht, Sport zu treiben, mit den persönlichen Interessen und Werten der Person übereinstimmt. Nach der theoretischen Modellvorstellung von Deci & Ryan (2000) sowie Sheldon und Elliot (1999) lassen sich vier Motivationsmodi auf einem Kontinuum der Selbstkonkordanz anordnen: Personen im **intrinsischen** und **identifizierten** Motivationsmodus verfügen über Zielintentionen mit einer eher hohen Selbstkonkordanz; jene im **extrinsischen** und **introjizierten** Motivationsmodus dagegen über Zielintentionen mit einer eher niedrigen Selbstkonkordanz.

Der Fragebogen zur Erfassung der „sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz“ wurde von Fuchs (2006) als Motivationsdiagnostik entwickelt. Als Determinante des Sporttreibens kann nach Fuchs (2006) die sportbezogene Selbstkonkordanz als Moderatorvariable in der Gesamtstichprobe fungieren. Von einer Veränderung der sportbezogenen Selbstkonkordanz über den Trainingszeitraum hinweg geht Fuchs (2006) nicht aus.

Nach Überprüfung der Messwertdifferenzen in der Gesamtgruppe der Klienten kann festgestellt werden: In der Gesamtgruppe erhöht sich nach zehn Wochen signifikant der intrinsische, der identifizierte und der introjizierte Modus. Der extrinsische Modus verändert sich nach zehn Wochen nicht signifikant.

Die signifikante Veränderung der Motivationsmodi widerspricht der von Fuchs (2006) angenommenen Stabilität dieser Werte. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass das Coaching eine Erhöhung der sportbezogenen Selbstkonkordanz unterstützte. Im Coaching wurden beispielsweise die Klienten angehalten, positive kurzfristige Konsequenzen des Sporttreibens wahrzunehmen. Allerdings muss eingeräumt werden, dass sich Trainingserfolge per se positiv auf die Selbstkonkordanz auswirken können – sofern sie vom Klienten wahrgenommen und selbstwertdienlich attribuiert werden.

Um Aussagen über das Motivationsprofil der Klienten zu machen, wurde der Selbstkonkordanz-Index (SSK-Index) von Fuchs (2006) herangezogen. Je höher der SSK-Index ist, desto stärker ist die Ausprägung der Selbstkonkordanz.

Es fällt auf, dass der SSK-Index bei den Neueinsteigern in der ersten Woche im Median niedriger (1,9) als bei den Wiedereinsteigern (4,3) liegt. Klienten, welche bereits vor dem Coaching sportlich aktiv waren, verfügen offensichtlich stärker über Beweggründe zum Sporttreiben, die sich an ihren eigenen Werten und Bedürfnissen orientieren. Diese Beobachtung könnte die Vermutung bestätigen, dass das Sporttreiben selbst die sportbezogene Selbstkonkordanz beeinflusst.

Betrachtet man die Entwicklung des SSK-Index, so wird deutlich, dass der SSK-Index im Median zwischen der ersten Woche und der zehnten Woche gleich bleibt. Die Zunahme des introjizierten Modus wirkt sich in der SSK-Index Bildung negativ auf die Höhe dieses Wertes aus. Der introjizierte Modus drückt die Gründe aus, welche zur Bildung der Zielintention geführt haben. Diese Gründe sind zwar verinnerlicht, stimmen aber nicht mit den eigenen Überzeugungen überein. Die Person wird sportlich aktiv, weil sie sonst ein schlechtes Gewissen hat, sich Vorwürfe macht oder glaubt, sich zu etwas zwingen zu müssen. Dieser introjizierte Motivationsmodus kann aber gerade für die Implementierung der sportlichen Aktivität besonders hilfreich sein. Denn er beinhaltet, dass eine Person ihre eingegangene Selbstverpflichtung zum Sporttreiben aufrecht erhalten wird und negative Konsequenzen wie das schlechte Gewissen und Vorwürfe vermeiden will.

Betrachtet man die Ausprägung aller vier Motivationsmodi in der Gesamtgruppe, so kann festgestellt werden, dass der identifizierte Modus den höchsten Medianwert aufweist, gefolgt vom intrinsischen Modus. An vorletzter Stel-

le rangiert der introjizierte Modus, die niedrigste Ausprägung hat der extrinsische Modus. Die Rangordnung der Modi bleibt auch zum zweiten Messzeitpunkt erhalten. Diese Erkenntnis wird durch die Stabilität des SSK-Index zu den beiden Messzeitpunkten unterstützt. Allerdings darf dieser statistische Parameter nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich die einzelnen Motivationsmodi in ihren Ausprägungen zum zweiten Messzeitpunkt geändert haben.

### **18.3 Diskussion zu den Hypothesen auf der biometrischen Ebene**

Die Messung der biometrischen Parameter umfasste die Erhebung des Ruhepulses, des Belastungspulses und des BMI-Index. Aufgrund der unterschiedlichen messtechnischen Voraussetzungen in den Fitness-Studios konnten diese Parameter nur an einem Teil der Gruppe mit unterschiedlichen Messinstrumenten erhoben werden.

In der Gesamtgruppe (n=18) fällt der Ruhepuls zum zweiten Messzeitpunkt im Median von 72,0 auf den Wert 67, 0. Der Belastungspuls verringerte sich in der Gesamtgruppe (n=11) sowohl bei den Neueinsteigern als auch bei den Wiedereinsteigern zum zweiten Messzeitpunkt nach zehn Wochen. Der Belastungspuls ist bei den Neueinsteigern nach zehn Wochen gesunken, in der Gruppe der Wiedereinsteiger gestiegen.

Die Verringerung des Ruhepulses und des Belastungspulses ist ein gesundheitsorientiertes Ziel, das durch ein moderates Ausdauertraining angestrebt wird. Die Trainingsziele der Klienten sind jedoch heterogen. Nicht alle Klienten beabsichtigen mit ihrer sportlichen Aktivität ihre Ausdauerleistung zu verbessern. Deshalb können die Veränderungen der biometrischen Daten nur im Einzelfall diskutiert werden.

Von fünf übergewichtigen Klienten (BMI >30) konnten zwei Klienten ihren BMI-Index verringern, bei zwei weiteren Klienten stieg der BMI-Index zu Messzeitpunkt 2 an. Obwohl der BMI-Index das weitverbreitetste Maß zur Diagnose von Übergewicht ist, muss konstatiert werden, dass insbesondere beim Krafttraining die relative Muskelmasse der aktiven Person zunimmt und zunächst eine Zunahme des Körpergewichts bewirkt werden kann. Bei sehr muskulösen Menschen kann es bei der Anwendung des BMI zu einer Fehleinschätzung kommen. In diesem Fall sollte zusätzlich der Körperfettanteil gemessen werden. Zusätzlich muss der BMI-Index abhängig von Alter und Geschlecht interpretiert werden. Die Interpretation der Veränderungen im BMI-Index als Maß der Zielerreichung ist deshalb aussagekräftiger in der Analyse des Einzelfalles als in der Betrachtung von Mittelwertsdifferenzen einer Gruppe.

Die Intervention „Coaching“ hat selbstverständlich nur einen indirekten Einfluss auf die biometrischen Parameter. Steigert und stabilisiert sich durch das Coaching das Trainingsverhalten eines Klienten, können auch die positiven Effekte des sportlichen Trainings erzielt werden.

#### **18.4 Diskussion der qualitativen Ergebnisse**

Ziel dieser Arbeit war es, nicht nur die Veränderung von ergebnisorientierten Kriteriumsvariablen auf den drei Verhaltensebenen zu überprüfen, sondern auch den Prozess der Verhaltensänderung zu untersuchen. In der motivationalen Phase interessierte, welche positiven und negativen Konsequenzen die Klienten durch das sportliche Training erwarteten. In der volitionalen Phase dokumentierten die Klienten alle Strategien, die sie für die Umsetzung ihrer Absicht, sportlich aktiv zu werden, nutzten. Schließlich sollten noch die Veränderungen im Lebenssetting der Klienten erfasst werden, die sich während der Implementierung der sportlichen Aktivität ergaben.

##### **Kosten-Nutzen Analyse**

Um eine Kosten-Nutzen Analyse zu erstellen, wurden die Klienten gefragt: „Was spricht für, was spricht gegen eine regelmäßige sportliche Aktivität?“. Die einzeln codierten Antworten wurden den Oberkategorien Körper, Psyche und Soziales zugeordnet.

22 Klienten nannten körperliche Argumente für ihr Sporttreiben. 19 von 24 Klienten geben psychische Gründe und neun Klienten geben soziale Gründe für ihre sportliche Aktivität an. Die häufigsten Argumente für das Sporttreiben sind das körperliche Wohlbefinden, die positive Stimmung und neue soziale Kontakte. Die häufigsten Gegenargumente für die Sportteilnahme sind die Verpflichtung durch Hobbies gefolgt von der eigenen Unlust.

Interessant ist, dass 21 Klienten durch das Sporttreiben ihr körperliches Wohlbefinden im Sinne der Gesundheitsförderung steigern wollen und 15 Klienten sich durch die sportliche Aktivität eine präventive Wirkung im Sinne einer Krankheitsabwehr erhoffen. Dies bestätigt das positive ressourcenorientierte Image von Gesundheitssport.

79% der Klienten erwarteten positive psychische Konsequenzen. Davon gaben zwölf Klienten an, ihren Stress durch Sport abbauen zu wollen, und 13 Klienten erwarteten einen positiven Einfluss auf ihre Stimmung. Neun Klienten möchten sich selbst durch die sportliche Aktivität besser regulieren können, indem sie beispielsweise zielstrebig und strukturierter werden. Die Klienten erwarten durch das Sporttreiben sowohl eine positive Veränderung ihrer kognitiven Fähigkeiten als auch ihres emotionalen Wohlbefindens – eine Erwartung, die in der öffentlichen Darstellung des Gesundheitssports derzeit keine



ausreichende Berücksichtigung findet. Die Bedeutung der erwarteten positiven, psychische Effekte des Sporttreibens kann unterstützt werden, wenn Mehrfachzuweisungen bei der Zuordnung zu den Kategorien berücksichtigt werden: Die Kombination von körperlichen und psychischen Gründen für das Sporttreiben wird am häufigsten genannt (42%). Danach folgt die kombinierte Angabe von körperlichen, psychischen und sozialen Gründen mit 33%. Nur 17% der Gesamtgruppe trainieren allein aus körperlichen Gründen.

Im nächsten Schritt war zu überprüfen, inwieweit die Erwartungen der Klienten an das Sporttreiben tatsächlich eingetreten sind. Nach sieben Wochen sportlicher Aktivität nehmen neun Klienten positive körperliche Veränderungen im Sinne der Primärprävention bei sich wahr. Sie fühlen sich beweglicher, kräftiger und verfügen über eine bessere Ausdauer. Zu Beginn des Coachings rechneten 15 Klienten damit, ihre körperliche Gesundheit durch den Sport spürbar zu fördern.

21 Klienten verbesserten ihre Stimmung, obwohl nur 13 Klienten dies erwarteten. Zwölf Klienten konnten Stress durch den Sport abbauen. Eine Erhöhung der selbstregulativen Kompetenzen nahmen drei Klienten bei sich wahr. Sie schilderten, selbstdiszipliniert und ehrgeizig ihre sportlichen Ziele zu verfolgen. Positive soziale Konsequenzen wurden von mehr als doppelt so vielen Klienten häufiger als erwartet wahrgenommen. 15 Klienten konnten neue soziale Kontakte knüpfen und sieben Klienten berichteten, von ihrem sozialen Umfeld positiver wahrgenommen zu werden.

Über wahrgenommene negative Konsequenzen berichteten nur zwei Klienten in ihrem Coaching-Begleiter. Dabei handelte es sich um Zeiteinbußen in der familiären Versorgung und in der Gestaltung von Hobbies. Offensichtlich konnten alle Klienten bis auf zwei Abbrecher organisatorische und motivationale Barrieren des Sporttreibens weitgehend so gut regulieren, dass in der Gesamtgruppe keine weiteren negativen Konsequenzen des Sporttreibens wahrgenommen wurden.

Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass weniger Klienten eine körperliche Leistungssteigerung wahrgenommen haben als von ihnen erwartet wurde und mehr Klienten ihre Stimmung durch die sportliche Aktivität verbesserten als von ihnen erwartet wurde. Auch soziale positive Konsequenzen wurden häufiger wahrgenommen als es die Klienten erwartet haben. Für die Gestaltung von Marketingmaßnahmen zur Förderung der sportlichen Aktivität lässt sich aus diesen Ergebnissen ableiten, dass die alleinige Hervorhebung der körperlich orientierten positiven Wirkung von Sport, nicht ausreicht, um den Erwartungen an das Sporttreiben gerecht zu werden. Es wäre sinnvoll, die psychischen und sozialen positiven Konsequenzen des Sporttrei-

bens bei Maßnahmen zur Förderung eines körperlich aktiven Lebensstils stärker in den Vordergrund zu stellen.

### **SORK-Strategien**

Um ein regelmäßiges Training aufzubauen und um mit möglichen Barrieren des Sporttreibens besser umgehen zu können, vermittelten die Coaches ihren Klienten Strategien zur Implementierung der sportlichen Aktivität. Aufbauend auf dem Selbstregulationsmodell von Kanfer und Phillips (1970) konnten die Klienten folgende Implementierungsstrategien anwenden : Aufbau von förderlichen Bedingungen (S), förderlichen Gedanken (O), förderlichem Verhalten (R) und förderlichen Konsequenzen (K).

Förderliche Bedingungen für die Sportteilnahme der Klienten waren am häufigsten festgelegte Termine (79%), die gepackte Sporttasche (63%) und hilfreiche Personen, die sie in ihrer Vorbereitung unterstützten (38%). Die häufigsten O-Strategien sind die Gedanken an kurzfristige positive Konsequenzen (71%), die Selbstverpflichtung und die Vergegenwärtigung von Zielen (38%), wobei ausschließlich die Wiedereinsteiger die letzte Strategie anwandten. Aus den R-Strategien wurden am häufigsten Techniken des Zeitmanagements herangezogen (63%). Zudem achteten 50% aller Klienten darauf, die Sportaktivität vorzubereiten und abzuschirmen (50%) sowie Termine nachzuholen, die sie nicht wahrnehmen konnten (46%). Die Hälfte aller Klienten verstärkte ihre Sportaktivität durch materielle Konsequenzen oder Selbstlob.

Unter den am besten bewerteten Strategien befinden sich am häufigsten die S-Strategien, gefolgt von den O-Strategien mit 54%. 42% ordneten R-Strategien und 17% K-Strategien den drei besten Strategien zur Unterstützung ihrer sportlichen Aktivität zu.

Bei der Unterstützung ihrer körperlichen Aktivität suchten die Klienten am häufigsten förderliche situative Umstände, die sie bei der Realisierung ihrer Handlungsabsicht unterstützten. Gleichzeitig bewerteten die Klienten auch jene S-Strategien am effektivsten. Die Bedeutung von förderlichen, situativen Bedingungen beim Aufbau von Gewohnheitshandlungen kann mit aktuellen Erkenntnissen zur Gewohnheitsforschung begründet werden.

Nach Wood & Quinn (2005) wird ein Verhalten dann zur Gewohnheit, wenn es immer durch die gleichen, stabilen situativen Stimuli automatisch aktiviert wird. Nimmt ein Klient seine gepackte Sporttasche wahr, sieht er im Kalender seinen eingetragenen Trainingstermin (z.B. Dienstag 19.00 Uhr) oder trifft er auf eine bestimmte Person (z.B. Trainingspartner, Lebenspartner), dann wird die Gewohnheitshandlung „Training im Fitness-Studio“ aktiviert. Eine Gewohnheit basiert demnach auf einer festen Kontingenz zwischen einer be-

stimmten Situation und dem betreffenden Verhalten. Dabei bezieht sich das Automatische der Gewohnheitshandlung nur auf einen bestimmten Teilaspekt der Handlung, nämlich auf den Vorgang ihrer Auslösung (Holland et al., 2006). Die Durchführung der Gewohnheitshandlung, also das sportliche Training, ist ohne bewusste Steuerung gar nicht möglich, obgleich auch hier bestimmte Teilaspekte wie z.B. das Aufwärmen auf dem Stepper, durchaus automatisiert ablaufen können. Die Kontextveränderung als Methode der Verhaltensmodifikation spielt in der Verhaltenstherapie eine wichtige Rolle. Hierzu zählen die stimulus-kontrollierenden Verfahren als Standardmethoden der Verhaltensänderung (Perrez & Baumann, 2005).

Um neue Gewohnheiten zu etablieren ist neben der Änderung der situativen Umstände auch die bewusste Planung des neuen Verhaltens hilfreich (Holland et al., 2006). Dazu zählen die genannten R-Strategien. Die Klienten bereiteten den organisatorischen und zeitlichen Rahmen für ihr sportliches Training vor, indem sie feste Trainingszeiten einplanten, konkurrierende Handlungsmöglichkeiten (z.B. Überstunden machen, mit einem Freund verabreden) absagten oder ihren Trainingstermin nachholten.

Die Klienten griffen aber nicht nur auf die Strategien der Kontextveränderungen (S-Strategie) und der bewussten Planung des Sporttreibens (R-Strategien) zurück, sondern nannten als zweithäufigste Strategie das „Bewusstmachen förderlicher Gedanken“ (O-Strategie). Gerade beim Sport, wo es oft darum geht seine eigene Unlust (häufigstes Gegenargument zum Sporttreiben der Klienten) zu überwinden, setzt intentionales Handeln eine erhebliche Anstrengungsbereitschaft voraus. Indem sich die Klienten die kurzfristigen positiven Konsequenzen des Sporttreibens bewusst machten, z.B. bessere Stimmung, Ablenkung von Alltagsorgen, Freude an der Bewegung, und sich an ihre mittelfristigen Ziele erinnerten, war es ihnen möglich, sich zum Sporttreiben zu motivieren. Doch Motivation allein reicht nicht aus, um seine Intention zu verwirklichen. Dazu bedarf es der Selbstkontrolle bzw. Selbstregulation (Kuhl, 2001). Die Selbstverpflichtung gegenüber sich selbst bzw. seinen selbstgesteckten Zielen ist eine Möglichkeit der Selbstregulation, welche die Klienten nutzten, um sportlich aktiv zu sein.

Bleibt eine letzte Strategiewahl zu betrachten, welche die Klienten zur Implementierung ihrer sportbezogenen Intention nutzen konnten: die K-Strategien. Immerhin verstärkte die Hälfte aller Klienten ihr durchgeführtes Training mit einer kleinen materiellen Belohnung, z.B. in Form eines Milchshakes. Genauso häufig (50%) verstärkten sich die Klienten, indem sie sich selbst loben und positive Gefühle wie Stolz und Zufriedenheit wahrnehmen. Allerdings kann nur dann von einer echten positiven Verstärkung im Sinne der operanten Theorie gesprochen werden, wenn sich die Auftretenswahrscheinlichkeit der sportlichen Aktivität durch die darauf folgende Konsequenz erhöht. Diese Annahme wäre im Einzelfall zu überprüfen.

## Analyse der Handlungsfelder

Der zeitliche Anspruch der einzelnen Handlungsfelder wird von den Klienten sehr unterschiedlich dargestellt. In der Gesamtgruppe bleibt das zeitliche Engagement für den Beruf von 30% im Mittel gleich. Dabei tritt eine Spannweite von 0% bis 70% auf. Der zeitliche Anspruch im Handlungsfeld Familie verringert sich in der Gesamtgruppe von 25% auf 20%, wobei auch hier eine deutlich hohe Spannweite von 5%-76% innerhalb der Klientengruppe vorliegt. Die hohe Spannweite in den Handlungsfeldern ist nicht verwunderlich, da sich jeder Klient in einer einzigartigen Lebenssituation befindet. Deshalb können die Veränderungen in den Handlungsfeldern aussagekräftiger in den Fallanalysen betrachtet werden. So berichtete beispielsweise ein Klient von positiven Transfereffekten durch das Anwenden der SORK-Strategien in den beruflichen Alltag. Eine Klientin erkannte, dass sie sehr wohl ihr zeitliches Engagement für Haushalt und Kinderbetreuung reduzieren und die „frei gewordene Zeit“ für den Sport nutzen kann, ohne dass befürchtete negative Konsequenzen eintraten.

Da menschliches Verhalten – und dazu gehört auch das Gesundheitsverhalten – nie losgelöst von einem systemischen Kontext betrachtet werden kann, der eine Vielzahl von Lebensbedingungen beinhaltet wie etwa den sozialen Status, die ökonomische Situation, den Familienstand, die beruflichen Verpflichtungen usw., erscheint es kurzsichtig, die sportliche Aktivität einer Person beeinflussen zu wollen, ohne eben diesen Kontext aktiv mitzugestalten oder dessen Wirkungen auf die Person mit zu berücksichtigen. Sog. „maßgeschneiderte“ Interventionsprogramme“ beziehen sich bisweilen auf die Zuweisung einer Zielgruppe nach Geschlecht und Alter. Die Einzigartigkeit des Individuums in seiner Person-Umwelt-Konstellation kann in einem klientenzentrierten Coaching vollständig erfasst werden.

## 18.5 Diskussion der Bewertung des Coachings

Die Veränderungen auf der Verhaltensebene, auf der kognitiven und auf der körperlichen Ebene der Klienten sind Evaluationskriterien, welche die Ergebnisse der Intervention Im abschließenden Evaluationsfragebogen schätzten alle Klienten und alle Coaches bis auf eine Ausnahme das Coaching als erfolgreich ein. Zusätzlich wurde entsprechend dem Modell von Donabedian (1966) die Struktur und der Prozess des Coachings betrachtet. Zunächst wurde die Frage nach den strukturellen Bedingungen im Coaching untersucht. Dazu wurden die Beziehung zwischen Klient und Coach und die erfahrene Unterstützung der Coaches und Klienten ausgewertet.

## **Beziehung zwischen Klient und Coach**

Alle Klienten und Coaches bestätigten, dass eine vertrauensvolle Beziehung zueinander im Coaching aufgebaut werden konnte. Damit konnte ein empirisch überprüfter Erfolgsfaktor im Coaching (Greif, 2008, S. 273) über alle 24 Coachings hinweg nachgewiesen werden.

## **Erfahrenen Unterstützung der Coaches**

Die hilfreichste Unterstützung für die Coaches war die Supervision per E-Mail durch die Versuchsleiterin, gefolgt vom Vorbereitungskurs durch die Versuchsleiterin und dem Austausch der Studenten untereinander. Der hohe Stellenwert der Supervision als spezifische thematische Auseinandersetzung mit einem Experten gehört in der Therapieausbildung zu den klassischen Methoden der Qualitätssicherung und sollte auch in der Coachingausbildung seinen festen Platz haben.

Die Klienten stufen das Coaching als die hilfreichste Unterstützung bei der Implementierung ihrer sportlichen Aktivität ein, gefolgt von der Trainingsbetreuung. Das Schlusslicht der erfahrenen Unterstützung bildet das soziale Umfeld.

Obwohl das soziale Umfeld die „letztbeste“ Unterstützung gemessen am Mittelwert aller Antworten bietet, wird es doch von allen als hilfreich wahrgenommen. Vier Klienten bewerteten ihre wahrgenommene soziale Unterstützung sogar als sehr hilfreich und acht Klienten als hilfreich.

Dass die Trainer im Fitness-Studio von den Klienten als weniger hilfreich als die Coaches eingeschätzt worden sind, kann sowohl daran liegen, dass die Klienten zu den Coaches eine stärkere persönliche Bindung aufgebaut haben als zu den Trainern, als auch daran, dass in zehn von zwölf Fällen die Coaches auch die Einführung in das sportliche Training ihrer Klienten leisteten und dadurch keine zusätzliche Einzelbetreuung durch andere Trainer im Fitness-Studio von den Klienten genutzt wurde.

## **Arbeitsmittel**

In der Evaluation auf der Prozessebene wurden die Coaches und die Klienten nach ihrer wahrgenommenen Unterstützung durch die Arbeitsmittel im Coaching befragt.

Alle Arbeitsmittel wurden von Coach und Klient als hilfreich bewertet. Die Zielformulierung und die GAS (goal attainment scaling) werden sowohl von den Coaches als auch von den Klienten als die hilfreichsten Arbeitsmittel erachtet.

Die Priorisierung dieser Arbeitsmittel durch die Klienten unterstreicht, wie wichtig die Präzisierung der Ziele und deren individuell erwarteten Ausprägung in der motivationalen Phase der Verhaltensänderung ist. Entsprechend dieser Bewertung kommt auch der individuellen Zielsetzung im Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer (Kanfer et al., 2006, S.384) eine zentrale Bedeutung beim Aufbau von Therapiemotivation zu. Durch die Klärung von Zielen wird eine positive Zug-Motivation erreicht und die aktive Beteiligung des Klienten gefördert (ebd.).

Die von Fuchs (2006) geforderte Forcierung volitionaler Forschungsbemühungen darf nicht zu Ungunsten der motivationalen Prozesse in den Fragestellungen zur Verhaltensänderung geschehen. Bisher sind keine Studien in der gesundheitspsychologischen Forschung bekannt, in denen die subjektive Zieleinstufung (GAS) als individueller Referenzwert der Zielerreichung erfasst wird. Der hohen Einschätzung der Klienten dieser Methode sollte in zukünftigen Studien Rechnung getragen werden, indem die Messung von objektiven oder normierten Kriteriumsvariablen (z.B. relative Trainingshäufigkeit, Messwerte in standardisierten Fragebögen) in Interventionsstudien durch die Aufnahme einer subjektiven Zieleinstufung ergänzt wird.

Sind sich Coach und Klient in der Einschätzung der zielorientierten Arbeitsmittel einig, so unterscheiden sie sich hingegen deutlich in der Bewertung der SORK-Strategien. Die Coaches bewerten die SORK-Strategien mit AM= 4,9 auf Rang 6, die Klienten bewerten die SORK-Strategien mit AM= 4,8 auf Rang 3. Diese unterschiedliche Bewertung kann ihre Begründung darin finden, dass die Coaches in der Rolle des Beobachters keine direkten Erfahrungen mit der praktischen Durchführung dieser Strategien machen, die jeder Klient individuell in seinem Lebenskontext anwendet, um sich bei seiner sportlichen Aktivität zu unterstützen.

Am wenigsten hilfreich haben die Klienten und die Coaches die Analyse der Handlungsfelder wahrgenommen. Dieses Arbeitsmittel sollt die Klärung des situativen Kontextes des Klienten fördern , woraus sich sowohl mögliche Barrieren als auch Ansatzpunkte für die Unterstützung der sportlichen Tätigkeit im Lebensumfeld des Klienten ableiten ließen. Somit diene dieses Arbeitsmittel nur indirekt der Förderung der sportlichen Aktivität.

Außerdem waren sich einige Klienten unsicher bei der Aufteilung ihres zeitlichen Engagements in die Bereiche Hobbies und gesundheitliches Wohlbefinden. Hier gab es Überlappungen in den Kategorien. Für die Analyse des Einzelfalls kann die Analyse der Handlungsfelder anschaulich eingesetzt werden, um Veränderungen im Lebenssetting des Klienten zu dokumentieren. Als Gruppenvergleich sind die Veränderungen in den Handlungsfeldern der Klienten wenig aussagekräftig, da die subjektive Interpretation der Kategorien durch die Klienten sehr unterschiedlich ausfällt.

## **18.6 Diskussion zum methodischen Vorgehen**

### **Einzelfallstudien klären ungeklärte Varianzen auf**

Unter dem Begriff der Einzelfallstudie wird in der Forschung jener Bereich verstanden, der eine Untersuchungseinheit zum Gegenstand der Analyse macht, wobei eine Einheit eine einzelne Person, Personengruppen, Settings oder Realisierungen von Interventionen umfassen kann (vgl. Reinecker, 1999).

Varianzen in den Ergebnissen der abhängigen Variable, die sich bei der Betrachtung des Aggregats zeigten, wurden nicht zugunsten der Mittelwertbildung ignoriert, sondern als Hinweise für theoretische Ableitungen und praktische Implikationen aufgegriffen. Um Varianzen in den Daten zu entdecken, wurde folgende Verfahren eingesetzt

- Berechnung und Darstellung von Konfidenzintervallen
- Berechnung und Darstellung von Box-Whisker Plots mit Angaben der minimalen, maximalen Werte und der Spannweite
- Relativierung der absoluten Trainingshäufigkeiten der Klienten pro Messperiode (dadurch konnte die Veränderung in den absoluten Trainingshäufigkeiten zwischen den Klienten verglichen werden)
- Identifizierung von Ausreißerwerten durch Betrachtung der Rohwerte und deren theoretische Begründung

## **Einzigartigkeit eines Falles**

Schließlich wurden fünf einzelne Fälle (20 oder 30 Messzeitpunkte) ausgewählt und in Fallgeschichten systematisch beschrieben, so dass sie hinsichtlich spezifischer Personenmerkmale und ihren Ausprägungen in den Kriteriumsmerkmalen (z.B. Trainingshäufigkeit) und Prozessmerkmalen (z.B. SORK-Strategien) miteinander verglichen werden konnten. Ziel dieser Fallanalyse war es, jeden Fall in seiner Eigenlogik zu rekonstruieren und Ableitung für die Anforderungen und die Passung der Intervention zu treffen.

Die experimentelle Psychologie strebt mit ihrer Forschung allgemein gültige Gesetzesaussagen an. Damit wird der konkrete Kontext, in dem das Handeln stattfindet, ignoriert. Die vorliegenden Fallanalysen gehen von konkreten Problemlagen und konkreten Akteuren aus, die in einem lebensweltlichen und gesellschaftlichen Raum handeln.

## **Grundrate versus Kontrollgruppe**

In der experimentellen Forschung ist es üblich, den Effekt einer unabhängigen Variable (UV, z.B. Coaching) auf die abhängige Variable (AV, z.B. Trainingsstabilität) damit zu begründen, dass signifikante Unterschiede in der AV zwischen der Behandlungsgruppe und einer Kontrollgruppe auftreten. Veränderungen in der abhängigen Variable werden dann auf Veränderungen in der unabhängigen Variable zurückgeführt. Anstatt einer Gruppe von Probanden, die die UV erhalten, mit einer zweiten Gruppe (Kontrollgruppe ohne UV) zu vergleichen, wird bei der Einzelfallforschung das Verhalten des Klienten oder des Aggregats während der Grundrate (ohne UV) und während der Intervention (mit UV) bzw. nach der Intervention verglichen. In allen Phasen wirken Störvariablen auf das Verhalten ein, so dass auf der Basis der Grundratenbeobachtungen Veränderungen im Klientenverhalten nur durch die Intervention erfolgen, da „die Auswirkungen der Individualität des Klienten und die Auswirkungen von Störvariablen sowohl während der Grundratenphase als auch während der Interventionsphase gleich bleiben“ (Kern, 1997, S. 76). Für die Veränderung in der Interventionsphase kann daher nur die neu dazugekommene Intervention, nicht aber eine andere Variablen verantwortlich sein, da der Einfluss der Störvariablen zwischen Grundraten und Interventionsphasen als konstant anzusehen ist. Als Grundrate der Trainingshäufigkeit wurde bei den Wiedereinsteigern der Zeitraum von zehn Wochen vor Beginn des Coachings betrachtet. Es konnte festgestellt werden, dass die Wiedereinsteiger signifikant häufiger während und nach dem Coaching als vor dem Coaching trainieren. Außerdem trainierten sie während und nach dem Coaching regelmäßiger als vor dem Coaching.



In dieser Studie konnte also der Effekt dieser Intervention durch den Vergleich der Grundrate mit den Daten während und nach dem Coaching nachgewiesen werden. Aus diesem Grunde ist für die Überprüfung von Daten, für die entsprechende Grundraten zur Verfügung stehen, keine Kontrollgruppe notwendig. Im Gegenteil: der Einfluss von Störvariablen kann in einem Kontrollgruppen-Design nicht so gering gehalten werden wie im Einzelfall-Versuchsplan.

### **Wirkzusammenhänge zwischen Intervention und abhängigen Variablen**

Da die vorliegende Studie ohne Kontrollgruppe stattfand, kann nicht von einer klassischen Interventionsstudie gesprochen werden, welche die Veränderung in der AV der Interventionsgruppe damit begründet, dass diese Veränderung in der Kontrollgruppe ohne Intervention signifikant geringer aufgetreten sind.

Ob die signifikanten Veränderungen der sportbezogenen Selbstwirksamkeit und sportbezogenen Selbstkonkordanz des einzelnen Klienten oder der Gesamtgruppe auch nach einem zehnwöchigen Trainingsprogramm ohne Coaching aufgetreten wäre, kann mit der vorliegenden Untersuchung nicht beantwortet werden. Es wurde an der gleichen Stichprobe überprüft, welche psychometrischen Parameter sich im Einzelfall und im Aggregat nach zehn Wochen verändert haben. Diese Überprüfung lässt die Schlussfolgerung zu, dass sich die psychometrischen Parameter verändert haben; es kann jedoch nicht nachgewiesen werden, warum sich diese Parameter verändert haben (z.B. aufgrund des Coachings oder der positiven Trainingserfahrungen). Selbst wenn sich in einem Kontrollgruppen-Design Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe finden, lassen sich noch immer keine Rückschlüsse auf den Wirkungszusammenhang zwischen Intervention und Kriteriumsvariablen treffen. Denn nach Grawe (1990) sind Mittelwert und Streuung einer mit einem bestimmten Verfahren behandelten Klientengruppe so unspezifisch, dass es darauf ankommt, aus welchen Einzelwerten sich diese gruppenstatistischen Kennwerte zusammensetzen. Die gleichen Mittelwerte und Streuungen können sich aus höchst unterschiedlichen Verteilungen ergeben. Immer dann, wenn im Kontrollgruppen-Design das durchschnittliche Verhalten einer Gruppe als abhängige Variable überprüft wird, muss davon ausgegangen werden, dass das durchschnittliche Verhalten einer Gruppe nicht garantiert, dass sich nur eine einzige Person in der Gruppe „durchschnittlich“ verhält.

### **Prozessverläufe**

Vorher-Nachher-Messungen (pre-post) in experimentellen Gruppenstudien geben wenig Aufschluss über den Verlauf der zu messenden Veränderungen. Die Messung der AV findet in der Regel an zwei bis drei Messzeitpunkten

statt. Der Schwerpunkt dieser Arbeit lag aber gerade darin, die Entwicklung des Trainingsverhaltens über eine Zeitreihe zu beschreiben und auffällige Trends in der Häufigkeit und Stabilität des Verhaltens zu erkennen. Zusätzlich interessierte nicht nur der objektiv beobachtete Verlauf der sportlichen Aktivität, sondern auch die inhaltliche Frage, nämlich wie es die Klienten schafften, eine regelmäßige sportliche Aktivität aufzubauen.

### **Interne Validität**

Die interne Validität einer Untersuchung, sagt etwas darüber aus, inwieweit die erzielten Ergebnisse auch tatsächlich durch die Intervention und nicht durch andere Einflussfaktoren (Störvariablen) als die UV verursacht wurden.

Mögliche Einflussfaktoren auf die abhängigen Variablen im Verlauf des Coachings sind:

- Erwartungseffekte der Teilnehmer an das Coaching
- Anerkennung und Wertschätzung durch den Coach
- Unterschiedliche Trainingserfahrung
- Bindung zum Fitness-Studio (Neumitglied versus Stamm-Mitglied)
- Trainingserfahrung und Reifung der Klienten während der Intervention

Um die interne Validität der Untersuchung zu sichern, mussten die erwarteten Störvariablen kontrolliert werden. Dies geschah durch:

#### 1. Konstanthaltung der Störvariablen:

In der Einzelfallforschung werden die Einflüsse der Störvariablen in den Grundraten und Interventionsphase als konstant angesehen, da die Störvariablen (Reifung, Erwartungseffekte) während beider Phasen einwirken.

#### 2. Umwandlung der Störvariable in eine UV:

Da vermutet wurde, dass eine unterschiedliche sportliche Vorerfahrung und der Mitgliedstatus der Klienten die AV (Trainingshäufigkeit, Trainingsstabilität) beeinflussen können, wurde die Gesamtgruppe in die zwei Gruppen Neueinsteiger und Wiedereinsteiger eingeteilt.

#### 3. Randomisierung der Klienten:

Die Auswahl der Klienten erfolgte streng nach dem Zufall. Die Randomisierung der Klienten soll sicherstellen, dass keine durch Auswahlkriterien zusätzlichen Einflussgrößen die Wirkung der UV beeinflussen.

#### 4. Kontrolle der Coach-Klient-Beziehung

Da nach Greif (2008) die Anerkennung und Wertschätzung durch den Coach ein wichtiges Erfolgskriterium für erfolgreiches Coaching ist, wurde die Beziehung zwischen Coach und Klient nach jeder Coaching-Sitzung bewertet.

## **Externe Validität**

Die externe Validität bezeichnet die Übertragbarkeit (Generalisierbarkeit) der gewonnenen Ergebnisse auf nicht im Experiment auftretende Situationen, Klienten und Coaches. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse soll in vierfacher Hinsicht diskutiert werden:

### **1. Generalisierbarkeit über Situationen**

Das Coaching findet im Fitness-Studio statt und zielt darauf ab, die Implementierung eines regelmäßigen, selbstangeleiteten Trainings im Fitness-Studio zu unterstützen. Besonderheiten der Untersuchungssituation sind die finanzielle Bindung der Klienten an das Fitness-Studio, das wetterunabhängige Training, die zeitlich flexible Trainingsgestaltung und die eigenständige Ausübung des Trainings. Es stellt sich die Frage, ob die Wirkung des Coachings auf andere „kostenlose“ Sportarten, Kursprogramme und Outdoor-Training übertragbar ist. Letztendlich lässt sich die Übertragung der Interventionseffekte nur durch weitere Untersuchungen in anderen Untersuchungssituationen bestätigen. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die Methode des Coachings relativ allgemeine selbstregulatorische Kompetenzen fördert, die nicht nur für das sportliche Training im Fitness-Studio, sondern auch für die Durchführung von Kursprogrammen und Sporttreiben in der Natur gelten.

### **2. Generalisierbarkeit der Methode**

Der Ablauf des Coachings und die angewandten Arbeitsmittel liegen in standardisierter Form vor, so dass das Coaching jederzeit repliziert werden kann. Das Coaching zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation ist aufgrund von Modellen entwickelt worden, welche allgemein zur Veränderung eines Gesundheitsverhaltens herangezogen werden können. Ein Coaching zur ernährungsbezogenen Ziel- und Handlungsregulation ist genauso denkbar wie ein Coaching zur stressbezogenen Ziel- und Handlungsregulation.

### **3. Generalisierbarkeit über Klienten**

Die Klienten dieser Studie befinden sich im Stadium der Präaktion, d.h. sie haben sich bereits entschieden, im Fitness-Studio sportlich aktiv zusein. Da das Coaching bei verschiedenen Klienten im gleichen Veränderungsstadium zu vergleichbaren positiven Ergebnissen führte, kann eine Verallgemeinerung des Effekts über die Klienten konstatiert werden.

### **4. Generalisierbarkeit über Coaches**

Die Coaches sind bereits als Gesundheitsförderer tätig und haben Erfahrung im beratenden Umgang mit Menschen. Aufgrund ihres Studiums des Gesundheitsmanagements verfügen sie über fundierte Kenntnisse in den Berei-

chen Gesundheitspsychologie, Kommunikation, sowie über ein zusätzliches Ausbildungsmodul zum Coaching. Eine erfolgreiche Replikation der Coachings durch die ausgebildeten Multiplikatoren konnte sowohl intrasubjektiv (1 Coach, 2 Klienten) als auch intersubjektiv (12 Coaches) erzielt werden.

In Übereinstimmung mit Kadzin (1982) wurde die Wahrscheinlichkeit für die interne bzw. externe Validität in dieser Studie unterstützt, indem

- objektive Daten erhoben wurden (Registrierung der Trainingshäufigkeit durch das Datenverwaltungsprogramm der Fitness-Studios),
- prozessbegleitend beobachtet und dokumentiert wurde,
- die Veränderung auf der Verhaltensebene in beiden Gruppen sehr deutlich und anhaltend, d.h. über den Messzeitraum nach dem Coaching hinweg anhielten,
- unterschiedliche Klienten von unterschiedlichen Coaches betreut wurden.

## 19 Fallstudien

### 19.1 Warum Fallstudien?

Die Veränderung des Gesundheitsverhaltens wird im Coaching als dynamischer Prozess verstanden, der durch Rückkoppelungsschleifen gekennzeichnet ist. Dadurch können Ziele und Maßnahmen an den aktuellen Lebenskontext angepasst werden. Um die Inhalte und Qualitäten dieser Anpassungsvorgänge besser verstehen zu können, werden erstmals Einzelfallstudien im Kontext der gesundheitspsychologischen Forschung durchgeführt. In den Fallstudien stellt die Versuchsleiterin fünf Fälle dar, die bei näherer Betrachtung der Messwerte Auffälligkeiten zeigten sowie einen Fall, der idealtypisch verlaufen ist.

Ziel ist es dabei, herauszufinden, wann und für wen das Coaching besonders hilfreich ist und wann Coaching an seine Grenzen stößt. Ermittelte Ausreißerwerte und Misserfolge können in der Einzelfallanalyse hinsichtlich ihrer inhaltlichen Begründung interpretiert werden. „Sowohl in praktischer als auch in theoretischer Hinsicht bietet die Analyse von Einzelfällen die Möglichkeit, Determinanten des Misserfolgs zu erklären (Reinecker, 2005, S.136).

Ob das Coaching einen Einfluss auf das Trainingsverhalten und auf motivationale Komponenten der sportlichen Aktivität hat, wurde in Kap. 14 dargestellt. Es konnte aufgrund von signifikanten Mittelwertsunterschieden nachgewiesen werden, dass die Klienten während und nach dem Coaching häufiger und regelmäßiger trainieren als vor dem Coaching und sich die Werte der sportbezogenen Selbstwirksamkeit und Selbstkonkordanz nach zehn Wochen im Gruppenmittelwert erhöhen.

Damit ist aber noch nicht geklärt, **wie** das Coaching auf das Verhalten und Erleben der Klienten wirkt. Durch systematische, qualitative Befragungen der Klienten während des Coaching-Prozesses und deren Dokumentation in Kap. 16 konnte gezeigt werden, welche Strategien Klienten anwenden, um regelmäßig sportlich aktiv zu sein.

Abschließend stellt sich noch die Frage, warum das Coaching für einige Klienten bei der Erreichung ihrer sportbezogenen Ziele mehr für andere weniger hilfreich war. Oder als prospektive Fragestellung ausgedrückt: Welche Indikationsstellung muss vorliegen, damit Coaching als Intervention sinnvoll eingesetzt werden kann?

Im Gruppenvergleich werden Unterschiede der Klienten in der abhängigen Variable, d.h. im Trainingsverhalten und in der Veränderung der psychometrischen Werte, nicht deutlich. Im Gegenteil: Positive oder negative Entwicklungen im Trainingsverhalten wiegen einander so auf, dass keine Unterschie-

de über die Zeitreihe hinweg mehr festgestellt werden können. Gleiches gilt für den Einsatz der psychometrischen Fragebögen: Die inhaltliche Bedeutung von Ausreißerwerte wird zugunsten des numerischen Mittelwertes vernachlässigt.

Die ausgewählten Fallstudien sollen einen prototypischen Einblick in die individuelle Lebenswelt des Klienten gewähren. Der erlebte Coachingprozess kann in seiner Einzigartigkeit aus der Sicht des Klienten nachvollzogen werden. Förderliche und hemmende Erfahrungen des Klienten können in den systemischen Kontext des Klienten eingeordnet und im Hinblick auf die Zielerreichung interpretiert werden. In der Darstellung der Fallgeschichte sollen insbesondere quantitative Daten inhaltlich nachvollziehbar gemacht und erläutert werden.

Die erhobenen quantitativen Daten (Trainingshäufigkeit, Trainingsregelmäßigkeit, sportbezogene Selbstwirksamkeit und Selbstkonkordanz) und die qualitativen Erhebungen (SORK-Strategien, Kosten-Nutzen-Analyse, Konsequenzen) bilden jeweils das „Gerüst“ für die fünf Fallgeschichten. Dadurch bleiben die Fallgeschichten trotz ihrer Individualität miteinander vergleichbar.

Die gewählte Vorgehensweise der systematischen Auswertung des Einzelfalls entspricht den Kriterien und praktischen Handlungsanweisungen, die Kadzin (1982) zur Evaluation des Einzelfalls vorgeschlagen hat, nämlich

- Verwendung von Fragebögen, die allgemeine und individualisierte Aspekte erfassen (hier: psychometrische Diagnostik, Eingangsbefragung)
- Messung auf verschiedenen Ebenen (hier: biologische, kognitive und verhaltensbezogene Ebene)
- Erhebung der Daten aus verschiedenen Perspektiven (hier: Perspektive des Coaches und des Klienten, objektive Datenregistrierung)
- Messung zu Beginn, während um am Ende der Intervention (hier: zusätzlich vor der Intervention)
- Einsatz von Prozessmessungen (hier: Coaching-Begleiter, Leitfaden, Prozessbewertung)

Nach Kadzin (1982) kann in der vorliegenden Auswertung der Einzelfälle von einer kontrollierten Fallstudie gesprochen werden, da bestimmte Parameter, wie das unterstützende Vorgehen des Coaches, die Ziele des Klienten oder wesentliche Störparameter (z.B. geringe Absicht, körperliche Erkrankungen) erfasst werden.

## 19.2 Auswahl und Gliederung der Fallstudien

Es wurden anhand der folgenden zwei Fragestellungen fünf Fälle ausgewählt:

### 1. Bei welchem Klienten war das Coaching mehr oder weniger erfolgreich?

1. Positivbeispiel
2. Abbrecherin

Ein prototypischer, positiver Verlauf wird mit einem Abbruch des Coachings verglichen.

### 2. Wie reagieren Personen mit spezifischen Merkmalen auf das Coaching?

3. Adipöse Klientin
4. Seniorin
5. Schmerzpatientin

Die Auswirkungen spezifischer Lebenswelten und Klientenmerkmale auf das Trainingsverhalten und die selbstregulatorischen Prozesse werden untersucht.

Um eine kumulative Erfahrungsauswertung zu ermöglichen, wurden die Fallgeschichten nach folgendem **Schema** gegliedert:

1. Merkmale der Person
2. Merkmale auf der somatischen Ebene
3. Ziele und Motivation des Klienten
4. Angewandte SORK-Strategien
5. Zielerreichung
6. Trainingsverhalten (grafisch)
7. Prozessbewertung
8. Entwicklung der Beziehung Klient/Coach (grafisch)
9. Bewertung des Coachings aus Sicht des Klienten und des Coaches
10. Fazit und spezifischer Nutzen für den Klienten

Die Fallgeschichten werden bewusst als „Geschichten“ mit durchgängigem Lesetext ohne Tabellen beschrieben. Durch das Lesen eines kontinuierlichen Textes kann sich beim Leser eher ein zusammenhängendes Bild des Klienten einstellen.

Die Inhalte der Fallgeschichten sind aus sieben dokumentierten Coachingsitzungen der jeweiligen Diplomanden zusammengefasst und können dort in allen Einzelheiten, strukturiert nach den Vorgaben des Leitfadens nachgelesen werden.

Die Ergebnisse der Fragebögen werden unter dem Punkt „Zielerreichung“ eingeordnet, da die Werte aufgrund der fehlenden Normierung nur als individuelle Veränderungen interpretiert werden können, d.h. es kann also keine Aussage darüber gemacht werden, ob der Klient zu Messzeitpunkt 1 eine hohe oder niedrige sportbezogene Selbstwirksamkeit bzw. Selbstkonkordanz aufweist.

### **19.3 Fallgeschichte 1: Positivbeispiel**

#### **Merkmale der Person**

Der Klient ist 47 Jahr alt, männlich, alleinstehend und ohne Kinder. Er hat einen Fachhochschulabschluss und ist zur Zeit ganztags erwerbstätig. Er hat in den letzten zehn Wochen einmal pro Woche in einem Fitness-Studio trainiert, jedoch keine Trainingserfolge wahrgenommen. Die Entfernung seines Wohnorts zum derzeitigen Fitness-Studio beträgt 25 Kilometer. Seinen derzeitigen körperlichen Zustand beurteilte der Klient als mittelmäßig, sein seelisches Befinden schätzte er als gut ein. Die Absicht des Klienten, in den nächsten Wochen regelmäßig sportlich aktiv zu sein, war sehr stark.

#### **Merkmale auf der somatischen Ebene**

Der Klient nahm blutdrucksenkende Beta-Blocker ein und der Ausdauerstest konnte somit nur bis zu einer Pulsobergrenze von 130 angesetzt werden.

Der Klient hatte zum Messzeitpunkt 1 einen Ruhepuls von 75 und einen BMI von 27,6.

#### **Ziele und Motivation des Klienten**

Der Klient hatte das Ziel, während der zehn Coaching-Wochen fünf Kilogramm abzunehmen und zweimal in der Woche zu trainieren. Er möchte außerdem seine Ausdauerleistungsfähigkeit verbessern und seine Muskulatur trainieren, um ein besseres Körpergefühl zu bekommen und seine Rückenschmerzen zu lindern. Auch soziale Kontakte zu knüpfen und durch das Training einen Ausgleich zum Alltagsstress zu finden, seien ihm wichtig. In der Analyse der Handlungsfelder wurde deutlich, dass der Klient seinem Beruf höchste Priorität einräumt und keine Zeit in soziale Kontakte investiert.



Der Klient hatte eine hohe Erwartungshaltung an sich selbst und einen starken Ehrgeiz, das sportliche Training, regelmäßig durchzuhalten. Es sei ihm sehr wichtig, seinen Freunden und Geschäftspartnern seine Disziplin zu beweisen.

Gewichtigste Barrieren des Sporttreibens seien berufliche Verpflichtungen und Freizeitaktivitäten, auf die der Klient nicht verzichten wolle. Die Überwindung der „eigenen Unlust“ stelle eher eine geringe Barriere dar.

Deshalb sei es für ihn sehr wichtig, sich selbst optimal zu organisieren und sich an feste Trainingstermine zu halten.

### **SORK -Strategien**

Um sich bei der regelmäßigen Durchführung seines Trainings zu unterstützen, packte der Klient abends seine Sportsachen, stand morgens eine Stunde früher auf, machte einen „heiligen Termin“ aus dem Trainingstermin, in dem er ihn in seinen „Arbeitskalender“ eintrug und wog sich regelmäßig. Außerdem motivierte er sich durch den Gedanken „um mein Ziel zu erreichen, muss ich regelmäßig trainieren“. Im Falle von Überstunden nahm er einen Ausweichtermin für seine sportliche Aktivität wahr.

Die sichtbaren Trainingserfolge in der dritten Woche bestärkten den Klienten zusätzlich, seine sportliche Aktivität aufrechtzuerhalten.

Die SORK-Strategien bewertete er als gute Möglichkeit, sich selbst bei seinem Training zu unterstützen.

### **Trainingsverhalten**

Wie in Abb. 23 deutlich wird, war die Trainingshäufigkeit in der baseline zunächst mit einmal pro Woche konstant, stieg dann in der zwölften Woche, also mit Beginn des Coachings von zweimal auf dreimal, pendelte sich bis einschließlich der 18. Woche auf zweimal pro Woche ein, wechselte zwischen der 19. und 23. Woche zwischen einer Trainingshäufigkeit von einmal und zweimal pro Woche und blieb in den letzten vier Wochen des follow-ups konstant bei zweimal pro Woche.

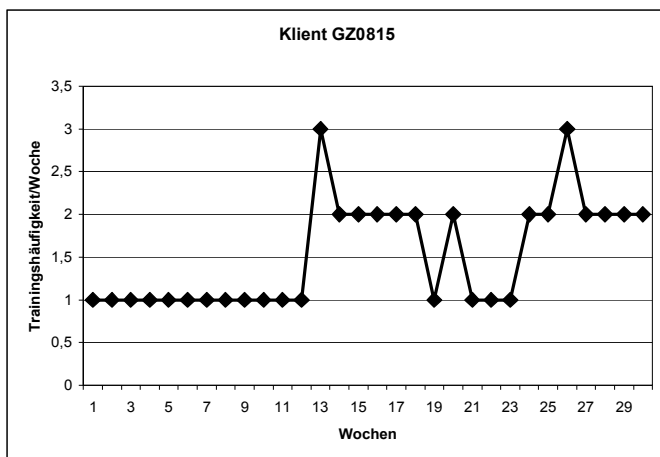


Abb. 23 Trainingshäufigkeit pro Woche des Klienten GZ0815 über 30 Wochen

## Zielerreichung

Der Ruhepuls des Klienten sank nach zehn Wochen auf 57 und der BMI-Wert auf 25,8. Der Klient erreichte sein Do-Ziel und sein Be-Ziel wie erwartet. Er trainierte ein- bis zweimal in der Woche an den Geräten und konnte fünf Kilogramm abnehmen.

Der Klient erreichte nach der 20. Woche das Stadium der Habituation. Er treibt gewohnheitsmäßig Sport. Obwohl der Klient schon vor dem Coaching regelmäßig sportlich aktiv war, konnte er erst mit Einsatz des Coachings seine angestrebte Trainingshäufigkeit von zweimal pro Woche erreichen und aufrechterhalten.

Der Klient steigerte auf allen drei Skalen seine sportbezogene **Selbstwirksamkeit**. Vor dem Coaching traute sich der Klient überhaupt nicht zu, auf unvorhersehbare Ereignisse angemessen im Sinne seiner Zielerreichung reagieren zu können (Wert: 0). Nach dem Coaching stieg dieser Wert auf 25. Auch das Zutrauen in seine Zeitmanagementfähigkeiten verdreifachte sich (von 17,5 auf 50) nach dem Coaching.

Der SSK-Index stieg von 6,7 auf 7,3, was eine Erhöhung der sportbezogenen Selbstkonkordanz anzeigt.

## Die Prozessbewertung

Der Klient berichtete in der sechsten Sitzung, dass er deutlich an Gewicht verloren habe und seine Hosen zu weit geworden seien. Er könne besser schlafen

und spüre seine aufrechtere Körperhaltung. Beim Treppensteigen und Fahrradfahren nehme er sich fitter wahr. Er erfahre Lob und Anerkennung durch Freunde und Bekannte. Ihnen wolle er beweisen, dass er in der Lage sei, sein Ziel konsequent zu verfolgen. Außerdem fühle er sich seinem Coach gegenüber verpflichtet, durch dessen Lob und Anerkennung er sich zusätzlich motiviert gefühlt habe. Während des Trainings konnte er sich vom Alltagsstress ablenken und sich besser konzentrieren.

Einem Freund könne er Folgendes empfehlen: Wichtig sei, dass man sich sehr konkrete Ziele setze, dass einem immer bewusst werde, warum man trainiere und einen gewissen Ehrgeiz beim Sporttreiben entwickle.

Veränderungen in der zeitlichen Beanspruchung seiner Handlungsfeldern ergaben sich nicht. In Zukunft wolle er seinen Blutdruck regelmäßig messen, um einen weiteren Indikator für seine Zielerreichung nutzen zu können.

### Entwicklung der Beziehung Klient Coach

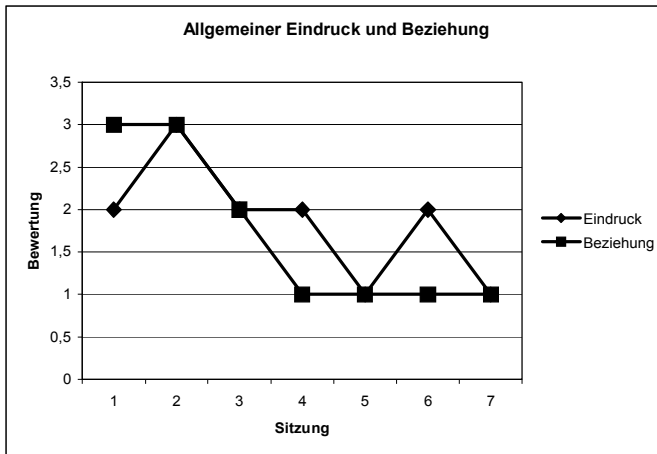


Abb. 24 Allgemeiner Eindruck der Sitzungen und Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung aus Sicht des Coaches

Die Beziehung zwischen Klient und Coach wurde vom Coach in den ersten zwei Sitzungen als befriedigend bewertet und konnte in den letzten drei Sitzungen den höchsten Wert (1) erreichen (Abb. 24). Der allgemeine Eindruck war in der zweiten Sitzung befriedigend, wechselte dann zwischen gut und sehr gut. Das Coaching endete mit einem sehr guten allgemeinen Eindruck in der letzten Sitzung.

## **Bewertung des Coachings**

Das Coaching wurde von Klient und Coach als sehr erfolgreich (6) eingestuft.

## **Fazit und spezifischer Nutzen für den Klienten**

Der Klient beschrieb sich als leistungsbezogen und ehrgeizig. Als Single ohne familiäre Verpflichtungen widmete er den größten Teil seiner Zeit dem Beruf. Rückmeldungen von seinen Kollegen und dem Coach spornten ihn zu seiner sportlichen Aktivität an. Um seinen Erfolg erkennen und kontrollieren zu können, nutzte er die Waage, eine detaillierte Trainingsplanung und das Messen seines Bauchumfangs. Der Klient orientierte sich stark an sozialen Normen, da er „den anderen beweisen wolle“, dass er sein Ziel, regelmäßig sportlich aktiv zu sein, erreichen werde.

Die vorrangigen Aufgaben des Coaches waren in diesem Fall, mit dem Klienten die Zielsetzung klar und verpflichtend zu definieren, die selbstregulativen Kompetenzen des Klienten zu strukturieren und ihm Sicherheit in der Ausführung seiner Strategien zu vermitteln.

## **19.4 Fallgeschichte 2: Adipöse Klientin**

### **Merkmale der Person**

Die Klientin ist 36 Jahre alt, weiblich, alleinstehend, ohne Kinder und ist an der Rezeption eines medizinischen Gesundheitszentrums ganztags tätig. Sie übte bisher keinerlei sportliche Aktivitäten aus und hat sich zum ersten Mal zum Fitnessstraining in ihrer Arbeitsstätte angemeldet. Die Entfernung ihres Wohnortes zum Studio beträgt zwei Kilometer. Ihren derzeitigen körperlichen Zustand beurteilte die Klientin als sehr schlecht, ihr seelisches Befinden schätzte sie als mittelmäßig ein. Ihre Absicht, in den nächsten Wochen sportlich aktiv zu sein, war stark.

### **Merkmale auf der somatischen Ebene**

Die Klientin wog bei einer Größe von 173 cm 124 kg und war mit ihrem BMI von 41,3 stark übergewichtig. Sie hatte zum Messzeitpunkt 1 einen Ruhepuls von 89 und einen Belastungspuls von 168.

### **Ziele und Motivation der Klientin**

Die Klientin kam nicht aus eigenem Antrieb zu der sportlichen Betätigung, sondern wurde gezielt von ihrem Coach angesprochen. Im Erstgespräch gab sie an, dass sie trotz erheblichen Übergewichts und starker Schmerzen im

Bewegungsapparat von alleine nie sportlich aktiv geworden wäre, sondern jemanden brauche, der sie führe und an die Hand nimmt, da es ihr schwer falle, sich selbst Ziele zu setzen und auf diese hinzuarbeiten.

Die Klientin möchte mit der Aufnahme der sportlichen Tätigkeit ihr Gewicht und ihre Schmerzen reduzieren, da sie um ihr gesundheitliches Risiko wisse. Auch ein besseres Körpergefühl erhoffe sie sich durch den Sport. Barrieren und Gegenargumente zur sportlichen Aktivität sehe sie zur Zeit keine.

In der Analyse der Handlungsfelder stellte die Klientin fest, dass familiäre Verpflichtungen einen sehr hohen Stellenwert in ihrem Leben haben und häufig über persönliche Bedürfnisse gestellt werden. So kümmere sie sich intensiver um ihre Schwester und deren Kinder als um ihre eigenes Wohlbefinden. Außerdem wolle sie mit ihrem sportlichen Training es mal allen zeigen und besonders ihre Eltern beeindrucken.

Die Klientin nahm sich vor, innerhalb von zwölf Monaten ihr Gewicht um 44 Kilogramm zu reduzieren. Diese unrealistische Zielvorstellung wurde mit Hilfe des Coaches zu einem messbaren und realistischen Zwischenziel adaptiert, welches die Klientin vor Frustration und einem Rückfall in alte Bewegungsgewohnheiten bewahren sollte. Die Klientin formulierte als erwartetes Ziel, eine Gewichtsreduktion von fünf Kilogramm innerhalb von zehn Wochen. Außerdem möchte die Klientin ihre Kraftwerte so verbessern, dass sie innerhalb des normierten Referenzwertes liegen. Ihr sei besonders wichtig, einen schnellen Erfolg zu erzielen. Deshalb nahm sie sich vor, dreimal in der Woche an den Geräten aktiv zu sein, einmal pro Woche zu walken und zweimal pro Woche im Studio ihre Ausdauerfähigkeit zu trainieren.

### **SORK-Strategien**

Die Klientin vertrat in der vierten Sitzung zunächst die Ansicht, keinerlei Strategien zu benötigen, um sich bei ihren sportlichen Aktivitäten zu unterstützen, und blockte eine Vertiefung in diese Thematik ab. Man könne gegen familiäre Verpflichtungen nichts tun und sie brauche keine weitere Unterstützung, da sie genügend motiviert sei. Im Evaluationsbogen bewertete sie das Arbeitsmittel „SORK -Strategien“ als einzige Klientin als eher wenig bedeutsam (3).

Die gemeinsame Identifikation von Barrieren mit dem Coach, welche die Klientin bisher vom Sporttreiben abhielten, konnten die Klienten schließlich dazu zu bewegen, eine Barriereplanung zu entwickeln. So trainierte die Klientin nun immer direkt nach der Arbeit und nahm morgens die gepackte Sporttasche mit. Sie trug ihre Trainingstermine vorsorglich in den Arbeitsplan ein. Mit einem „guten Frühstück“ wollte sie sich nach dem Walken selbst verstärken. Bei leichten Schmerzen nahm sie sich vor, mit geringerer Intensität zu

trainieren. Außerdem wollte sie sich besser von der Schwester abgrenzen und familiäre Verpflichtungen wie Babysitten absagen, um mehr Zeit für sich zu haben.

### Trainingsverhalten

Wie in Abb. 25 deutlich wird, war die Grundrate der Trainingshäufigkeit null, da die Klientin bisher keine sportliche Tätigkeit ausübte. Während des Coachings war die Klientin vier- bis fünfmal und in der 20. Woche sogar bis zu sechsmal pro Woche sportlich aktiv.

Nach einer Trainingsunterbrechung aufgrund von Urlaub in den ersten zwei Wochen nach dem Coaching steigerte die Klienten ihren Trainingsumfang in der follow-up Erhebung von wieder kontinuierlich zweimal bis auf fünfmal pro Woche.

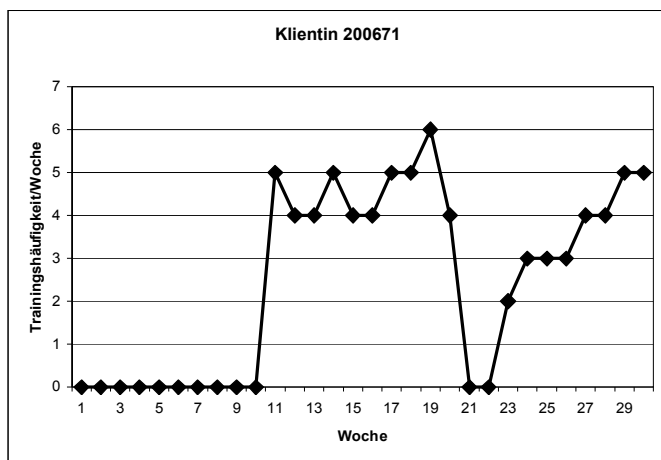


Abb. 25 Trainingshäufigkeit pro Woche der Klientin 200671 innerhalb von 29 Perioden über 30 Wochen

### Zielerreichung

Das Gewicht der Klientin sank von 124 kg auf 118 kg. Ihr BMI Wert verringerte sich auf 39,4, wodurch die Klientin nicht mehr als stark, sondern als deutlich übergewichtig gilt. Der Ruhepuls fiel um acht Schläge pro Sekunde und der Belastungspuls verbesserte sich von 168 auf 144. Auch die Kraftwerte der Klientin lagen zum Messzeitpunkt 2 im Referenzbereich.

Die Klientin erreichte nach der 20. Woche das Stadium der Habituation. Sie treibt gewohnheitsmäßig Sport, indem sie mindestens dreimal wöchentlich das Fitness-Center besucht. Allerdings konnte die Klientin zwei Do-Ziele nur etwas schlechter als erwartet erreichen: Das Ausdauertraining im Studio übte

sie nur einmal statt zweimal pro Woche aus. Das Walking ließ die Klientin bei Regen ausfallen.

Aus dem Fragebogen zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit geht hervor, dass sich die Klientin zu Beginn des Coachings zu 100% sicher war, dass sie sich trotz familiärer und beruflicher Belastungen in der Lage sehe, regelmäßig Sport zu treiben. Auch mit Unvorhergesehenem (75%) und trainingsinternen Belastungen (94%) umzugehen, traute sich die Klientin recht gut zu. Die Werte zur Selbstwirksamkeit blieben zu Messzeitpunkt 2 unverändert.

Der SSK-Index stieg von 4,7 auf 6,7 an, wobei sich schon in der ersten Erhebung eine niedrige Ausprägung hinsichtlich der extrinsischen Motivation zeigte. Die Klientin nahm ihre Entscheidung Sport zu treiben, nicht von außen gesteuert wahr, obwohl sie von alleine nicht das Training begonnen hätte. Da sich insbesondere der intrinsische Modus verstärkt hat, ist abzuleiten, dass die Klientin mehr Spaß und Freude am sportlichen Training gefunden hat.

### **Die Prozessbewertung**

Die Klientin fühlte sich bereits nach wenigen Trainingseinheiten wacher und fitter. Sie habe das Gefühl, den Tag besser zu nutzen und sei deshalb stolz und zufrieden mit sich. Die Schmerzen am Fuß seien bereits verschwunden. Sie sei nach dem Training voller Tatendrang. Zusätzlich bekomme sie häufig Anerkennung und Lob von Patienten und Arbeitskollegen.

In der sechsten Sitzung berichtete die Klientin, bereits sechs Kilogramm abgenommen zu haben. Auch ihre Schmerzen hätten sich deutlich verringert. Sie besuche seltener ihre Schwester und sie habe gelernt, dass ihre eigenen Bedürfnisse wichtig seien. Sie müsse mehr Egoismus an den Tag legen und mehr an sich denken. Die Kontrolle der Trainingstermine durch den Coach und die Trainer seien waren ihrer Aussage nach maßgeblich verantwortlich für den Erfolg, da sie bei Nichteinhaltung der Trainingstermine sonst ein schlechtes Gewissen gehabt hätte. Negativ beeinträchtigt habe sie dagegen die unpassenden Reaktionen mancher Trainingsteilnehmer, die sich negativ über ihr Gewicht äußerten.

Sehr wichtig im Coaching waren für sie die individuelle Zielformulierung und Zielabstufung gewesen, da sie sich nicht bewusst gewesen sei, wie unrealistisch hoch sie sich ihre Ziele gesetzt habe. Bei der Analyse der Lebensfelder sei ihr deutlich geworden, dass ihre Schwester und deren Kinder einen zu großen Stellenwert in ihrem Leben einnehmen.

Freunden würde sie empfehlen, sportlich aktiv zu werden, denn Sport lohne sich für einen selbst. Veränderungen in der zeitlichen Beanspruchung ihrer Handlungsfelder haben sich nicht ergeben. Um eine dauerhafte Gewichtsre-

duktion zu erzielen, wolle die Klientin sich weiterhin von ihrem derzeitigen Coach betreuen lassen.

### Entwicklung der Beziehung Klient Coach

Die Coachingbeziehung (Abb. 26) begann mit einem allgemein guten Eindruck und einer guten vertrauensvollen Beziehung.

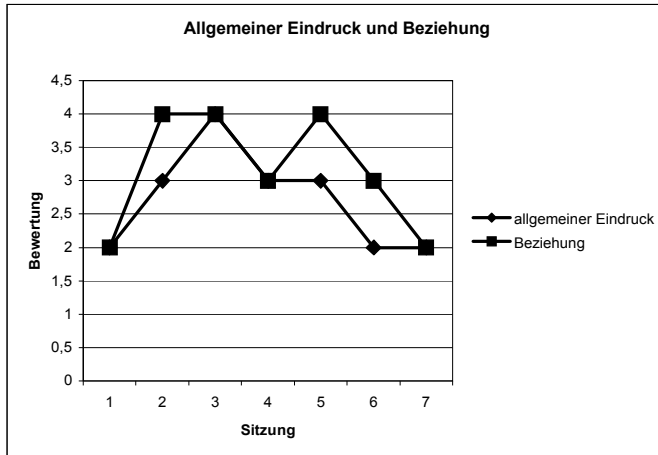


Abb. 26 Allgemeiner Eindruck der Sitzungen und Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung aus Sicht des Coaches

In der zweiten und dritten Sitzung fiel es der Klientin schwer, ihre überzogenen Zielerwartungen zu klären und realistische Ziele zu formulieren. In der sechsten Sitzung, in welcher der bisherige Prozess von der Klientin bewertet wurde, wirkte sie nach Angaben des Coaches ungeduldig und unzufrieden, da sie „einen schnelleren Erfolg“ erzielen wolle. In der Dokumentation gab der Coach an, dass die Klientin ihm den Eindruck vermittele, sie sei weniger häufig aktiv als sie vorgebe.

### Bewertung des Coachings

Das Coaching wurde vom Coach mit 5 als erfolgreich, von der Klientin mit sehr erfolgreich (6) eingestuft.

### Fazit und spezifischer Nutzen für den Klienten

Die Klientin ist stark adipös und formulierte unrealistische Be-Ziele. Erst nach eindringlicher Aufklärung des Coaches gab sie ihre überzogenen Ziele auf



und formulierte individuelle, angemessene Be-Ziele. Das Do-Ziel, fünfmal in der Woche aktiv zu sein, verringerte sie nicht. Bei der Einführung in die SORK-Strategien zeigte sie eine starke Reaktanz und zunächst keinerlei Bereitschaft, sich Strategien zu überlegen, die sie beim Sporttreiben erleichtern könnten. Da sie keine Gegenargumente zum Sporttreiben wahrnahm, entwickelte sie keine Strategien zum Umgang mit Barrieren.

Der Wert zur sportbezogenen Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Klientin war zu beiden Messzeitpunkten sehr hoch. Gleichzeitig wurde sie von der Familie stark beansprucht und sah auch keine mögliche Reduktion ihrer familiären Aufgaben.

Die Wahrnehmung der eigenen Person, die Selbstwahrnehmung, entsprach bei der Klientin nicht dem tatsächlichen Verhalten. Wer aber etwas an sich ändern möchte, muss zunächst wahrnehmen, wie er sich in seinem Leben tatsächlich vorfindet. Da die Klientin eher nach einem Wunschbild von sich selbst lebte, war es schwierig, echte autonome Veränderungen zu unterstützen.

Der Coach konnte erreichen, dass die Klientin ihre unrealistische Zielformulierung korrigierte. Dies war ein wesentlicher Schritt im Prozess der Verhaltensänderung. Da sich die Klientin leicht frustrieren lässt, wären hier baldige Misserfolge abzusehen gewesen und ein Rückfall ins alte Verhalten vorprogrammiert. Ein weiterer Erfolg durch das Coaching war die Erkenntnis der Klientin, sich von ihrem familiären Umfeld besser abzugrenzen. Auch hier wurden schon erste Schritte der Verhaltensänderung erzielt.

### **19.5 Fallgeschichte 3: Rentnerin**

#### **Merkmale der Person**

Die Klientin ist 68 Jahre alt und hat zwei erwachsene Söhne. Sie hat schon einmal im Fitness-Studio trainiert und ist daher als Wiedereinsteigerin einzuordnen. Die Klientin absolvierte das Abitur und ist nicht mehr erwerbstätig (Rentnerin). Sie wohnt einen Kilometer vom Studio entfernt. Ihren derzeitigen körperlichen Zustand und ihr seelisches Befinden beurteilte die Klientin als mittelmäßig. Die Absicht der Klientin, in den nächsten Wochen regelmäßig sportlich aktiv zu sein, war stark.

#### **Merkmale auf der somatischen Ebene**

Die Klientin hatte zum Messzeitpunkt 1 einen Ruhepuls von 85. Mit ihrem BMI-Wert von 28,6 war sie als leicht übergewichtig einzustufen.

## **Ziele und Motivation des Klienten**

Die Klientin hatte das Ziel, in den nächsten zehn Wochen drei Kilogramm abzunehmen und zweimal in der Woche zu trainieren. Sie wollte dadurch die Reduktion ihrer Schulterschmerzen erreichen, gesundheitliche Risiken im Alter verringern und beweglich bleiben. Außerdem war es ihr wichtig, soziale Kontakte aufzubauen. Die stärksten Gründe für die sportliche Aktivität waren, sich wohler zu fühlen und gesund zu bleiben.

In der Analyse der Handlungsfelder wurde deutlich, dass die Klientin als Rentnerin keine Zeit mehr in berufliche Verpflichtungen investiert. Da sie beruflich nicht mehr eingebunden war, konnte sie feste Trainingstermine ohne zeitliche Probleme einhalten. Obwohl ihr soziale Kontakte wichtig waren (4), investierte sie nur wenig Zeit (5%) dafür. Am meisten Zeit verbrachte die Klientin mit ihrer Familie (40%). Für ihr körperliches Wohlbefinden sorgte sie mit einem zeitlichen Umfang von 35%.

Gegen die sportliche Aktivität spreche, dass sie manchmal keine Lust auf das Training habe und ihren „inneren Schweinehund“ nur schwer überwinden könne.

## **SORK-Strategien**

Um sich bei der regelmäßigen Durchführung ihres Trainings zu unterstützen, packte die Klientin am Vortag ihre Sportsachen und ließ sich von ihrem Mann regelmäßig zum Sportstudio mit dem Auto fahren. Sie plante feste Trainingstermine in ihren Wocheplan und informierte ihren Mann über die geplanten Trainingstermine. Ein verhindertes Training holte sie zeitnah wieder nach. Dabei hielt sie sich ihr Ziel vor Augen, fit und gesund zu bleiben.

Die sichtbaren Trainingserfolge in der dritten Woche bestärkten die Klientin zusätzlich, ihre sportliche Aktivität aufrechtzuerhalten.

Die Aufteilung und den Inhalt der SORK-Strategien konnte sie leicht nachvollziehen und sofort ohne Aufforderung anwenden.

## **Trainingsverhalten**

Wie in Abb. 27 zu sehen ist, war die Klientin vor dem Coaching nicht sportlich aktiv. Nach einer Trainingshäufigkeit von dreimal pro Woche in den ersten vier Wochen steigerte sie ihre Trainingshäufigkeit sogar auf viermal pro Woche. Dabei ist vor Augen zu halten, dass die Klientin angab, nur zweimal in der Woche trainieren zu wollen. Nach einer einmaligen Verringerung der Trainingshäufigkeit auf zweimal pro Woche in der 20. Woche blieb die Trainingshäufigkeit von dreimal pro Woche bis zur 30. Woche konstant.

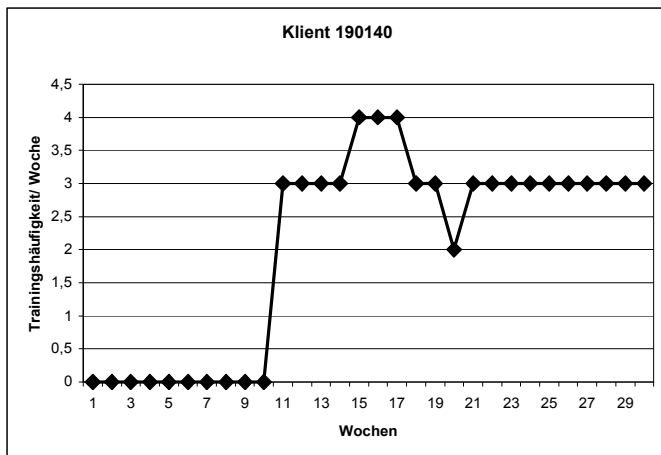


Abb. 27 Trainingshäufigkeit pro Woche der Klientin 1901401 über 30 Wochen

## Zielerreichung

Der Ruhepuls der Klientin sank nach zehn Wochen auf 79 und der BMI-Wert auf 27,1. Die Klientin erreichte ihr Be-Ziel besser als erwartet. Sie konnte vier Kilogramm abnehmen und verlor damit ein Kilogramm mehr als erwartet. Die Häufigkeit ihrer sportlichen Aktivität hatte sie sogar mit dreimal pro Woche besser als erwartet übertroffen (+1).

Die Klientin erreichte nach der 20. Woche das Stadium der Habituation. Sie treibt gewohnheitsmäßig Sport. Sie sei sich sicher auch in Zukunft regelmäßig zu trainieren, da sie die Gründe ihrer Zielerreichung in der Freude am Sport, ihrer Disziplin und dem erreichten Erfolg sehe.

Die Klientin steigerte den Gesamtwert ihrer Selbstwirksamkeit von 162,5 auf 168,8. Vor dem Coaching traute sich die Klientin überhaupt nicht zu, auf unvorhersehbare Ereignisse angemessen reagieren zu können (Wert: 0). Nach dem Coaching stieg dieser Wert auf 5. Das Zutrauen in ihre Zeitmanagementfähigkeiten verringerte sich etwas von 80 auf 77,5. Das Zutrauen in den Umgang mit trainingsinternen Barrieren erhöhte sich nach dem Coaching von 82,5 auf 86,7.

Auch der SSK-Index fiel von 5 auf 4,3, wobei die Werte für die extrinsische Motivation (1) sehr niedrig blieben und der identifizierte Modus (6) zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch ausfiel. Außerdem konnte eine geringe Abnahme der intrinsischen Motivation von 5 auf 4,6 zugunsten der Erhöhung der introjizierten Motivation von 5 auf 5,3 registriert werden.

## Die Prozessbewertung

Die Klientin berichtete in der sechsten Sitzung, dass sie mehr Energie für Alltagsaktivitäten habe. Viele alltägliche Aktivitäten fielen ihr leichter als vorher. Nach dem Training verspüre sie eine körperliche Leichtigkeit, sei sie mit sich zufrieden und habe ein gutes Gewissen.

Während des Trainings konnte sie immer die gleichen Leute treffen und bekam viel Lob und Anerkennung von den Trainern.

Sportlich inaktiven Freunden empfehle sie, sportlich aktiv zu werden, um fitter zu werden und beweglich zu bleiben. Ein Trainingspartner sei eine sehr gute Hilfe, um die Trainingszeiten einzuhalten. Dass ihr Mann sie zum Training mit dem Auto fahre, ist ein Ritual und eine Art Verpflichtung geworden.

Veränderungen in der zeitlichen Beanspruchung ihrer Handlungsfelder haben sich nicht ergeben.

Die Klientin bewertete das Coaching für ihre Zielerreichung als sehr hilfreich. Am wichtigsten empfand sie die Zielabstufung (6), gefolgt von der individuellen Zielformulierung, den SORK-Strategien und dem Trainingsprotokoll (5). Wenig bedeutsam waren für die Klientin die Analyse der Handlungsfelder.

## Entwicklung der Beziehung Klient Coach

Es zeigte sich aus Sicht des Coaches eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Klientin und Coach, die der Coach zwischen 1 und 2 bewertete (Abb. 28.)

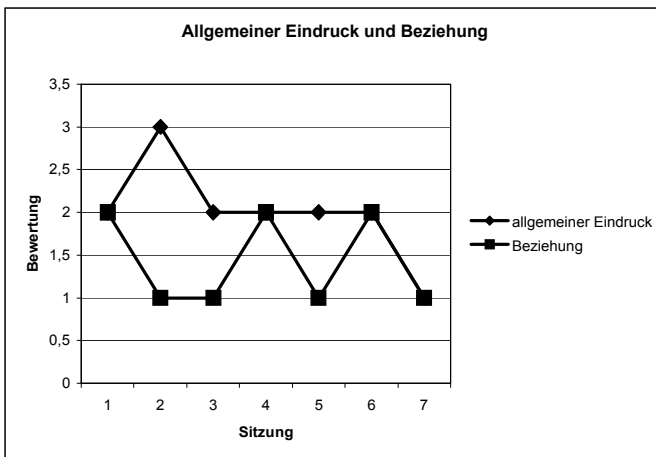


Abb. 28 Allgemeiner Eindruck der Sitzungen und Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung aus Sicht des Coaches

Auch der allgemeine Eindruck der Sitzungen bewegte sich zwischen 1 und 2. In der zweiten Sitzung bewertete der Coach den allgemeinen Eindruck als etwas schlechter (3) als bei den übrigen Sitzungen. In der Dokumentation des Coaching-Leitfadens beschrieb der Coach, dass es der Klientin schwer fiel, ihre Ziele spezifisch und konkret zu formulieren. Insbesondere bei der Zieldifferenzierung „Schmerzreduktion“ musste sie der Coach unterstützen.

### **Bewertung des Coachings**

Das Coaching wurde von Klient und Coach als sehr erfolgreich (6) eingestuft.

### **Fazit und spezifischer Nutzen für den Klienten**

Für die Klientin standen die gesundheitlichen positiven Aspekte des Sporttreibens im Vordergrund ihrer Motivation, worauf auch der hohe identifizierte Modus hinweist: „Ich mache Sport, weil es gut für mich ist.“ Da sie als Rentnerin keinerlei beruflichen Verpflichtungen mehr nachzugehen hatte, hing die Umsetzung der sportbezogenen Intention allein von dem „inneren Schweinehund“ der Klientin ab. Die Klientin suchte bewusst soziale Unterstützung durch Trainingspartner, Trainer und ihren Ehemann. Vorbereitende Maßnahmen, welche die Struktur des Alltags mitbestimmen, waren wichtige Strategien: die gepackte Sporttasche, der fixe Termin, anderen Bescheid sagen, den Ehemann als „Chauffeur“ einsetzen. Der Klientin gelang es, dass das Sporttreiben in ihrem Alltag einen festen und ritualisierten Platz einnahm.

Mit Hilfe des Coachings war die Klientin in der Lage, sich konkrete und messbare Ziele zu setzen. Obwohl ihr diese Festlegung zunächst schwer fiel, bewertete sie doch die Zielformulierung und Zielabstufung als hilfreichstes Arbeitsmittel im Coaching.

## **19.6 Fallgeschichte 4: Abbrecherin**

### **Merkmale der Person**

Die Klientin ist 39 Jahre alt und hat drei Kinder. Sie hat bisher keinerlei sportliche Aktivitäten ausgeübt und gilt somit als Neueinsteigerin. Die Klientin besitzt den Hauptschulabschluss und ist als Qualitätskontrolleurin von Flaschen und Verschlüssen teilzeit-erwerbstätig

Sie wohnte zwei Kilometer vom Studio entfernt. Ihren derzeitigen körperlichen Zustand und ihr seelischen Befinden beurteilte die Klientin als **sehr schlecht**. Die Absicht der Klientin, in den nächsten Wochen regelmäßig sportlich aktiv zu sein, war gering. Sie gab an, sich dem Vorbild ihrer Schwester anzuschließen, die sich ebenfalls im Fitness-Studio angemeldet hat.

## **Merkmale auf der somatischen Ebene**

Die Klientin hatte zum Messzeitpunkt einen BMI von 49,4% und war als stark übergewichtig einzustufen.

## **Ziele und Motivation des Klienten**

Die Klientin gab an, in den nächsten zehn Wochen zehn Kilogramm abnehmen und dreimal in der Woche trainieren zu wollen. Durch den Sport erhoffte sie eine Reduktion ihrer Migräneanfälle, ihr Übergewicht störe sie nur wenig. Im Alltag fühle sie sich müde und überfordert.

In der Analyse der Handlungsfelder wurde deutlich, dass die Klientin 45 % ihrer Zeit der Familie zur Verfügung stellt. Sie gab an, dass sie ihr eigenes Wohlergehen in den Hintergrund stelle (5%). Der Klientin wurde bewusst, dass sie „eigentlich keine Zeit für das Training habe.“ Dennoch erhoffte sie sich von dem Coaching, dass sie mehr Motivation für das Sporttreiben bekomme. Das Coaching sah sie als Versuch einer Sportphase an, durch die sie sich „durchquälen“ müsse.

Für die Ausübung der sportlichen Tätigkeit sprach aus der Sicht der Klientin eine bessere Ausdauer, freie Zeit für sich (weg von den Pflichten), eine Gewichtsreduktion und die Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens. Für die Beibehaltung des derzeitigen Zustands sprach die notwendige Zeit für die Familie, die berufliche Verpflichtung und die geringe Motivation, sich anzustrengen. Außerdem musste sie ihre Schwiegereltern, die mit im Haus lebten versorgen, und Überstunden in der Arbeit leisten. Schließlich verfügte die Klientin über kein Fahrzeug, mit dem sie zu dem zwei Kilometer entfernten Fitness-Studio fahren konnte.

Im Fragebogen zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit erreichte die Klientin den niedrigsten Gesamtwert (20) in der gesamten Gruppe. Den Umgang mit chronischen Belastungen und Zeitmanagement traute sie sich überhaupt nicht zu (0), auf unvorhersehbare Ereignisse zu reagieren und trainingsinterne Barrieren zu überwinden konnte sie sich nur mit einer Sicherheit von 10% vorstellen.

Der SSK-Index von  $-0,7$  zeigt eine geringe Ausprägung in der Selbstkonkordanz an. Insbesondere der intrinsische Modus ist mit dem Wert 1,3 niedrig.

## SORK-Strategien

Um sich bei der regelmäßigen Durchführung ihres Trainings zu unterstützen, plante die Klientin feste Trainingstermine ein. An der Wirkung von förderlichen Gedanken zweifelte die Klientin und lehnte diese Strategie ab. Die Vorstellung, Zeit für sich zu haben und ihre Schwester zu treffen, wurden von der Klientin als motivierend bezeichnet. Sie überlegte sich auch, ihre Tochter als Trainingspartnerin einzubinden, damit sie einen Ansporn habe. Die förderlichen Konsequenzen, sich mit „etwas Gutem (Torte)“ zu belohnen, erkannte sie als kontraproduktiv, konnte aber nicht davon abkommen.

Die Klientin stellte nach der fünften Sitzung ihren Wecker vor, damit sie rechtzeitig aufstand und rief ihre Schwester an, um gemeinsam ins Fitness-Studio zu fahren.

## Trainingsverhalten

Wie in Abb. 29 zu sehen ist, war die Klientin vor dem Coaching nicht sportlich aktiv. Nach einer Trainingshäufigkeit von dreimal pro Woche in den ersten zwei Perioden, erkrankte die Klientin und reduzierte das Training auf einmal pro Woche. Danach steigerte sie sich wieder auf eine Trainingshäufigkeit von dreimal pro Woche und reduzierte ihr Training kontinuierlich bis zum Abbruch in der 20. Woche.

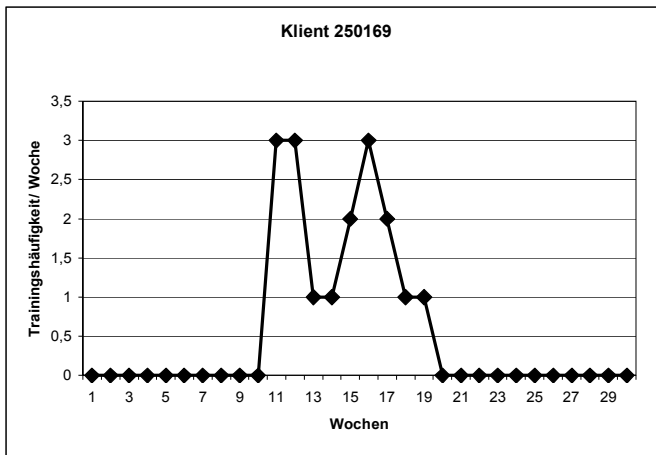


Abb. 29 Trainingshäufigkeit pro Woche der Klientin 250169 über 30 Wochen

## **Zielerreichung**

Die Klientin konnte ihre Ziele nicht erreichen. Anstatt abzunehmen, nahm sie sogar ein Kilogramm zu (GAS= -2). Sie trainierte im Durchschnitt einmal pro Woche weniger als sie sich vorgenommen hatte und erzielte dabei einen GAS Wert von -1. Der BMI lag mit 0,3 Punkten höher als zu Beginn des Coachings.

Die Teilnehmerin sah die Gründe für die Nicht-Erreichung ihrer Ziele in ihrer mangelnden Motivation und der Zeit, die ihre Familie bedarf. Zudem stellte sie fest, dass eine andere Sportart (z.B. Walking oder Schwimmen) ihr eher zusagen könnte.

Die Auswertung des Fragebogens zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit ergab einen Anstieg in den einzelnen Subskalen. Trainingsinternen Barrieren entgegenzuwirken traute sich die Klientin nun zu (72,9). Chronische Belastungen und schwieriges Zeitmanagement stellten immer noch ein Hindernis dar, das sie nur schwer lösen könne (16,7 ). Mit Unvorhersehbarem könne sie nun besser umgehen (60).

Der SSK-Index stieg nach zehn Wochen von 0,7 auf 0,9. Dabei stieg die intrinsische Motivation von 1,3 auf 2,3 zu Ungunsten der extrinsischen Motivation von 3,3 auf 2,0.

Die Klientin beendete nach der zehnten Woche ihr Training und kündigte ihre Mitgliedschaft im Fitness-Studio. Als Gründe für den Abbruch gab die Klientin an, dass ihr andere Verpflichtungen wichtiger seien als der Sport und sie mit dem Fitness-Training nicht die geeignete Sportart gefunden habe.

## **Die Prozessbewertung**

Bereits in der vierten Sitzung bemerkte die Klientin, dass sie sich psychisch und physisch besser fühlte. Ihre Motivation, Sport zu treiben erhöhte sich leicht. Sie sprach davon, dass es „Klick“ gemacht habe und sie jetzt bemerke, was regelmäßiger Sport für sie bedeuten könnte. Ihre familiären Verpflichtungen beanspruchten sie weiterhin. Der Coach nahm die Klientin als ausgeglichener als im Erstgespräch wahr.

Im letzten Treffen zeigte sich deutlich, dass die Klientin das regelmäßige Sporttreiben nicht aufrechterhalten konnte. Sie schaffte es nicht, die SORK-Strategien anzuwenden. Arbeit und Familie waren ihr wichtiger als ihr körperliches Training. Das Training im Studio gefiel ihr nicht. Sie habe zwar bemerkt, dass sie fitter im Alltag sei, beim Sporttreiben Zeit für sich nutze und auch Anerkennung, insbesondere von der Tochter und der Familie, erhalte, aber im jetzigen Lebensabschnitt wollte sie ihre Zeit nicht für den Sport nutzen. In der Analyse der Handlungsfelder hat sich der zeitliche Anspruch für die Familie um 5% auf 50% erhöht. Gestrichen wurde im Gegenzug 5% Lesezeit. Trotz des Abbruchs möchte sie ein Coaching und das Sporttreiben an Be-



kannte weiterempfehlen, denn sie habe erkennen können, was durch Sport möglich sei. Sie wolle gerne weiterhin die Unterstützung des Coachings in Anspruch nehmen und eine andere Sportart ausprobieren.

Obwohl die Klientin ihre Ziele nicht erreicht hat, konnte sie der Coach als ausgeglichener und zufriedener wahrnehmen. Sie empfand die Coaching-Sitzungen als sehr hilfreich für die Durchführung ihrer sportlichen Aktivitäten. Besonders bedeutsam erachtete sie die Zielformulierung und die Zielabstufung.

Die Klientin will in Zukunft ihre eigenen Bedürfnisse wichtiger nehmen. Sie habe durch das Coaching gelernt, ihren Tag sinnvoller zu strukturieren. Dies möchte sie auch auf andere Handlungsfelder übertragen, indem sie sich Haushaltspläne und Tagespläne erstellt. Ein positives Körpergefühl konnte sie häufig während und nach dem Sport feststellen. So fühlte sich ihre Muskulatur fester an und sie nahm eine aufrechtere Körperhaltung an sich wahr. Der Klientin wurde bewusst, dass sie Sport brauche, um ein körperliches Wohlfühl zu erreichen.

### Entwicklung der Beziehung Klient Coach

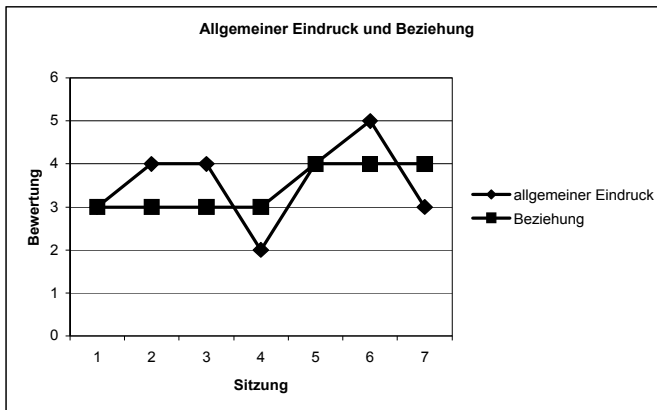


Abb. 30 Allgemeiner Eindruck der Sitzungen und Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung aus Sicht des Coaches

Der Coach bewertete die vertrauensvolle Beziehung zur Klientin als „mittelmäßig“ (Abb. 30.). Ein guter allgemeiner Eindruck in der vierten Sitzung war verbunden mit einer Gewichtsabnahme von ein Kilogramm der Klientin und einer gesteigerten Motivation. In der sechsten Sitzung (Prozessbewertung) stand für die Klientin bereits fest, dass sie nicht weiter Sport treiben wird. Der Coach schilderte in seiner Evaluationsanalyse, dass es ihm zunächst sehr schwer fiel, sich auf die Klientin einzulassen und ihr „So-Sein“ zu akzeptieren.

### **Bewertung des Coachings**

Das Coaching wurde vom Coach als wenig erfolgreich (2), von der Klientin als erfolgreich (4) eingestuft, obwohl die Klientin weder ihre Do-Ziele noch ihre Be-Ziele erreicht hat.

### **Fazit und spezifischer Nutzen für den Klienten**

Die Klientin hatte die motivationale Phase der Präkontemplation bzw. Kontemplation noch nicht abgeschlossen. Sie konnte noch keine eigenständige Entscheidung zum Sporttreiben fällen, d.h. sie steht noch diesseits des Rubikons.

In diesem Coaching galt es, die Motivation für das Sporttreiben zu stärken und die Klientin hinsichtlich ihres Selbstbewusstseins und ihrer Fürsorge für sich selbst zu sensibilisieren. Es wurde deutlich, dass das Coaching im Einzelfall auf die phasenspezifischen Besonderheiten der Verhaltensänderung abgestimmt werden muss.

Die stark adipöse Klientin setzte sich unrealistisch hohe Ziele (Gewichtstabelle von zehn Kilogramm in 10 Wochen), die vom Coach nicht ausreichend korrigiert werden konnten. Auffällig ist, dass die geringe sportbezogene Selbstwirksamkeit zum zweiten Messzeitpunkt erheblich anstieg und die Klientin sich einen Umgang mit chronischen Belastungen und Zeitmanagement wesentlich besser zutraute. Obwohl der intrinsische Funke für das Fitness-Training bei der Klientin nicht übergesprungen ist, kann der Funke der Erkenntnis eine weit größere Bedeutung für den Lebensstil der Klientin haben. Denn die Klientin hat im Coaching gelernt, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und sich selbst im Alltag besser zu managen. Der Erwerb allgemeiner selbstregulativer Kompetenzen, wie etwa die Planung des Haushalts, die Zielsetzung und die Selbstmotivierung sind wichtige Voraussetzungen, um den Lebensalltag erfolgreich zu gestalten.

Es konnte ein wichtiger erster Schritt für die Integration von Sport im Alltag der Klientin erreicht werden. Die Klientin ist sich ihrer eigenen Bedürfnisse bewusst geworden und beginnt, mit den erworbenen selbstregulativen Kompetenzen besser für ihr Wohlbefinden zu sorgen. Das Zutrauen in die eigenen selbstregulatorischen Fähigkeiten zeigte sich auch in dem Anstieg der Selbstwirksamkeit trotz des Abbruchs der sportlichen Aktivität.

In dieser Fallgeschichte wurde deutlich, wie wichtig es ist, dass der Coach über genügend persönliche und soziale Kompetenz verfügt. Denn gerade in dieser geschilderten Beziehung war der Coach gefordert, Akzeptanz und Verständnis ohne Vorurteile zu zeigen- eine Fähigkeit, die im professionellen Rahmen erworben werden kann, z.B. mit einer psychologischen Zusatzausbildung. Ansonsten riskiert der Coach, auf rigide Reaktanz zu stoßen, was sich in diesem Fall im Ablehnen von förderlichen Gedanken oder im Beibehalten der Selbstbelohnung in Form von Süßigkeiten zeigte.

## 19.7 Fallgeschichte 5: Selbstmanagerin

### Merkmale der Person

Die Klientin ist 48 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder. Sie hat einen Hauptschulabschluss und arbeitet als Teilzeitkraft in einem Krankenhaus als Krankenschwester. Bezüglich ihrer sportlichen Erfahrungen mit einem Fitness-Studio ist sie als Wiedereinsteigerin einzustufen, da sie in den letzten zehn Wochen unregelmäßig Fitnessstraining betreibt. Die Klientin wohnte ca. sechs Kilometer von der Sportstätte entfernt. Ihren körperlichen Zustand stufte sie als befriedigend ein, ihr seelisches Befinden als schlecht. Ihre Absicht, in den nächsten Wochen regelmäßig sportlich aktiv zu sein, war stark.

### Merkmale auf der somatischen Ebene

Die Klientin hatte zum Messzeitpunkt einen BMI von 24,1. Im PWC-Ausdauertest erreichte sie bei 100 Watt ihre Leistungs- und Pulsgrenze von 150.

### Ziele und Motivation des Klienten

Die Klientin nahm sich vor, in den nächsten zehn Wochen ihre Kondition verbessern und ihre Problemzonen durch gezieltes Krafttraining verringern. Sie wollte lernen, regelmäßig zu trainieren und durch das Sporttreiben mehr Zeit für sich zu finden, um besser vom Alltag und ihren Problemen abschalten zu können. Sie brauche einen Ausgleich zu ihrem beruflichen Stress. Zudem sehe sie Sport als eine Maßnahme, ihre Schmerzen in den Schultergelenken zu reduzieren. Ohne ein Coaching glaubte sie nicht, ihren „inneren Schweinehund“ überwinden zu können.

Die Klientin hatte sich zum Ziel gesetzt, nach zehn Wochen zwei Kilogramm mehr Muskeln zu haben, also 48,0 kg fettfreie Masse. Dafür werde sie zweimal pro Woche ihr Fitnessstraining absolvieren.

In der Analyse der Handlungsfelder wurde deutlich, dass die Klientin sich kaum um ihre körperliche Gesundheit kümmerte (5 %) und den größten Teil ihrer Zeit mit 40% in die Familie investierte. Ein Viertel der zur Verfügung stehenden Zeit füllte sie mit ihrer beruflichen Tätigkeit aus. An dieser Stelle erkannte die Klientin, dass ihr Familie und Haushalt sehr wichtig seien und sie auch mit der sportlichen Aktivität die häuslichen Tätigkeiten nicht vernachlässigen will. Deshalb nahm sie sich vor, jeden Tag ab sofort durchzuplanen, damit sie Hobbies, Familie und Beruf organisieren könne und nichts dabei zu kurz komme.

Bei dieser Klientin fiel auf, dass sie sehr viel Zeit ihrer Familie widmete, im Gegenzug jedoch keinerlei Unterstützung für ihre sportliche Aktivität bekam. Der Ehemann und die Kinder betrieben keinen Sport.

Gegen die sportliche Aktivität sprach, dass die Klientin manchmal kein Auto zur Verfügung habe, Arzttermine dazwischen kämen oder die Kinder krank seien. Außerdem habe sie ein schlechtes Gewissen, die Familie im Stich zu lassen, oder fühle sich unmotiviert.

### **SORK-Strategien**

Um sich bei der regelmäßigen Durchführung ihres Trainings zu unterstützen, packte die Klientin am Vortag ihre Sportsachen und platzierte ihre Sporttasche im Auto. Sie freue sich auf die sozialen Kontakte im Fitness-Studio. Wenn Sie ihre schlaffen Muskeln fühle, dann sei sie zum Sporttreiben motiviert.

Gegen den „inneren Schweinehund“ führte sie ein positives Selbstgespräch in Form von einer Selbstinstruktion: „Hey, steh auf und pack deine Sachen!“ Wenn sie Spätschicht hatte, stand die Klientin zwei Stunden früher auf, um den Haushalt zu organisieren. Als Belohnung trank sie einen Kaffee nach dem Sport und das Auto ersetzte sie durch ihr Fahrrad.

Familiäre Termine konnte sie verlegen, so dass sie mit den Trainingsterminen zu vereinbaren waren. Ihre Arbeit beendete sie rechtzeitig, um nach der Arbeit direkt ins Studio zu fahren.

Die Klientin beurteilte das SORK Schema als sehr hilfreich. Sie erarbeitete die Strategien sehr engagiert und mit Freude. Dabei spielte sie durch lautes Mitdenken den Einsatz der Strategien in Szenarios durch.

Die Klientin übertrug die SORK-Strategien auf den Familienalltag und ihr Berufsleben. Sie nehme sich dadurch strukturierter und ausgeglichener wahr.

### **Trainingsverhalten**

Wie in Abb. 31 zu sehen ist, hatte die Klientin trotz ihrer Anmeldung im Fitness-Studio in den letzten vier Wochen ( 5.-10. Woche) vor dem Coaching keine Trainingseinheit zu verzeichnen. Davor trainierte sie unregelmäßig ein- bis zweimal Mal in der Woche. Mit Beginn des Coachings in der elften Woche stieg die Trainingshäufigkeit auf dreimal pro Woche. Die Klientin trainierte bis zur 25. Woche zwischen einmal und viermal pro Woche, also unregelmäßig häufig. Die Trainingshäufigkeit pendelte sich ab der 26. Woche auf einen Umfang zwischen zwei- bis dreimal pro Woche ein.

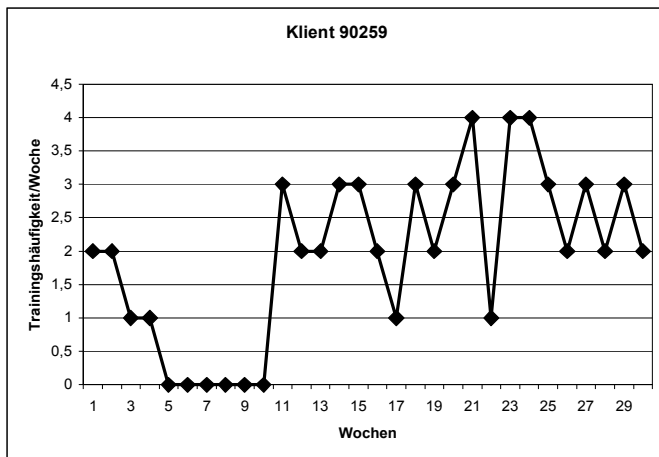


Abb. 31 Trainingshäufigkeit pro Woche der Klientin 90259 über 30 Wochen

## Zielerreichung

Der BMI-Wert der Klientin sank von 24,1 auf 23,7 in die Kategorie „Normalgewicht“. Ihre Ausdauerleistung verbesserten sich: Die Klientin erreichte bei einem Puls von 150 125 Watt statt 120. Das Be-Ziel wurde wie erwartet erreicht, das Do-Ziel mit einer Trainingshäufigkeit von zwei- bis dreimal pro Woche sogar übertroffen. Die Klientin bewertete das erreichte Do-Ziel als viel wichtiger für ihre Motivation, Sport zu treiben, als das Be-Ziel.

Die Klientin erreichte nach der 20. Woche das Stadium der Habituation. Sie treibt gewohnheitsmäßig Sport. Sie sei sich sicher, auch in Zukunft regelmäßig zu trainieren, da sie gelernt habe ihr eigener Coach zu sein.

Die Klientin erzielte nach 10 Wochen den höchsten Wert der sportbezogenen Selbstwirksamkeit aus der Gesamtgruppe. Sie steigerte ihren Gesamtwert von 121,75 auf 277,5. Am stärksten ist der Zuwachs in das Vertrauen im Umgang mit chronischen Belastungen und Zeitmanagement.

Auch mit der Steigerung des SSK-Index von 1,3 auf 6,6 in der zehnten Woche lag sie innerhalb der Gesamtgruppe ganz vorn. Hier wuchs die intrinsische Motivation am stärksten, gefolgt von dem identifizierten Modus. Die extrinsische Motivation sank von 3 auf 1.

## **Die Prozessbewertung**

Die Klientin berichtete schon in der dritten Sitzung, dass sie sich nach dem Training ausgeglichener und zufriedener fühle. Dieses Wohlbefinden wirkte sich auch positiv auf ihren Alltag aus. Komplimente aus dem Bekanntenkreis bezüglich ihrer positiven Ausstrahlung „puschten“ die Klientin, ihre Trainingshäufigkeit zu verdoppeln.

Die Klientin erzählte in der vierten Sitzung voller Freude, wie sie ihre Bedürfnisse gegenüber ihrer Familie immer besser habe durchsetzen können und dadurch mehr Zeit für sich habe. Sie habe sogar erreicht, dass ihr Ehemann sie vom Training abhole, falls kein Auto zur Verfügung gestanden habe. In der sechsten Sitzung schilderte die Klientin, dass sie immer öfter ihre Meinung sage und nichts mehr in sich hineinfresse.

Das Wahrnehmen und Erleben kurzfristiger, positiver Konsequenzen rief bei der Klientin ein gesteigertes Selbstbewusstsein hervor, denn sie sei stolz auf sich, sportlich aktiv zu sein und sich gegenüber anderen durchzusetzen. Sie fühle sich durch den Sport fitter, schlafe nicht mehr so lange und könne ihren Kopf frei machen. Insgesamt verspürte sie ein viel besseres Körpergefühl. Sie freute sich auf die Bekannten im Fitness-Studio, mit denen sie sich unterhalten konnte.

Veränderungen in der zeitlichen Beanspruchung ihrer Handlungsfelder ergaben sich v.a. in den familiären Verpflichtungen, deren zeitlichen Anspruch sie von 40% auf 10% reduzierte. Dagegen steigerte sich ihre zeitliche Investition in soziale Kontakte und in ihr psychisches sowie körperliches Wohlbefinden.

Die Klientin empfahl Bekannten das Coaching weiter, damit sie lernten, an sich selbst zu denken und die Möglichkeit hätten, sich die Seele frei zu reden. Die Klientin bewertete das Coaching und alle Arbeitsmittel für ihre Zielerreichung als sehr hilfreich.

## **Entwicklung der Beziehung Klient Coach**

Es zeigte sich aus Sicht des Coaches, dass sich eine zunehmend vertrauensvolle Beziehung zwischen Klientin und Coach entwickeln konnte (Abb. 32). Der Coach beschrieb die Klientin in der ersten Sitzung als sehr nachdenklich und hilfsbedürftig bei der Beantwortung und Erläuterungen zu den Fragebögen. Die Klientin wich oft vom Thema ab und erzählte sehr viel aus ihrem Privatleben.

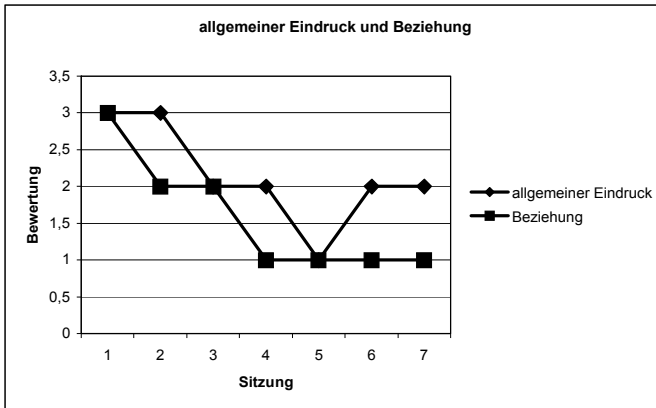


Abb. 32 Allgemeiner Eindruck der Sitzungen und Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit Klient 90259 aus Sicht des Coaches

Ab der 4. Sitzung begann die Klientin selbstbewusster zu wirken, trug farbenfrohe Kleidung und freute sich über die bisherigen Erfolge. Es konnte sich eine sehr starke vertrauensvolle Beziehung zu der Klientin entwickeln. In der letzten Sitzung wirkte die Klientin sehr motiviert und begeistert.

### Bewertung des Coachings

Das Coaching wurde von Klient und Coach als sehr erfolgreich („6“) eingestuft.

### Fazit und spezifischer Nutzen für den Klienten

Die Klientin konnte mit Hilfe des Coachings erreichen, ihre eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen und diese mit geeigneten Strategien durchzusetzen. Zu Beginn des Coachings bewertete die Klientin ihr seelisches Befinden als sehr schlecht. Im Laufe der Sitzungen trat die Klientin zunehmend selbstbewusster und fröhlicher auf. Auffallend ist der starke Zuwachs des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten mit chronischen Belastungen umzugehen und der zeitlichen Strukturierung von Alltagstätigkeiten.

Mit Hilfe des Coachings konnte die Klientin lernen, „ihr eigener Coach“ zu werden. Sie entwickelte Strategien, sich selbst besser zu managen. Im Einzelnen bedeutete dies für die Klientin: Prioritäten setzen, Zeitpläne machen, eigene Bedürfnisse anderen mitteilen und durchsetzen. Diese erworbenen Kompetenzen übertrug die Klientin erfolgreich auf ihr Beruf- und Alltagsleben.



An diesem Fall wird der Rollenkonflikt der Klientin als Frau in der Familie deutlich. Einerseits will sie als „gute Mutter immer anwesend sein“, andererseits möchte sie Zeit für ihre eigenen Bedürfnisse gewinnen. In diesem Coaching lernte die Klientin, ihre Bedürfnisse nach psychischem und körperlichem Wohlbefinden ohne schlechtes Gewissen zu akzeptieren und ergriff engagiert und kreativ Strategien, um Familie, Beruf und Ausgleich unter einen Hut zu bringen.

## **19.8 Diskussion der Fallstudien**

Im folgenden Abschnitt werden Auffälligkeiten in den einzelnen Fallstudien bezüglich der Verhaltensweisen und quantitativen Werte diskutiert.

Worin unterscheidet sich die „Abbrecherin“ von den übrigen vier Klienten, die ihre sportliche Aktivität fortgesetzt haben? Gibt es Klienten, die sich in der Ausprägung von Merkmalen ähnlich sind?

### **Absichtsstärke**

Mit der Bewertung der Absichtstärke 4 von 5 hat die „Abbrecherin“ die schwächste Absicht zu trainieren. Die vier anderen Klienten gaben eine starke bis sehr starke Absicht an.

Die Abbrecherin verfügte vor dem Coaching über die geringste sportbezogene Selbstwirksamkeit, konnte aber nach zehn Wochen die höchste Steigerung der Selbstwirksamkeit aus der Gesamtgruppe erfahren. Offensichtlich hat das Coaching dazu beigetragen, die selbstregulativen Kompetenzen der Klienten zu erhöhen. Am stärksten konnte die Klientin ihre Fähigkeiten im Umgang mit Barrieren und Zeitmanagement verbessern.

### **Zielsetzung**

Die Abbrecherin gehört zu einer Minderheit von drei Klienten, die weder ihr Do-Ziel noch ihr Be-Ziel erreichen konnten. Die beiden anderen Klienten dieser Gruppe brachen ihr Training ab oder trainierten unregelmäßig. Dies zeigt, wie wichtig es ist, dass Klienten mindestens ihr angestrebtes Do-Ziel erfolgreich erreichen, um ein fortdauerndes Training zu gewährleisten. Ohne eine positive Rückkoppelung während der Verhaltensänderung oder des Verhaltenaufbaus ist die Gefahr eines Rückfalls in alte Verhaltensmuster stärker gegeben, als wenn realistische Teilziele gesetzt und erlangt werden.

### **Selbstkonkordanz**

Weiterhin verfügt die „Abbrecherin“ über die geringste intrinsische Motivation. Sie sieht sich in der Ausführung der sportlichen Tätigkeit eher fremdbe-

stimmt und empfindet an der sportlichen Betätigung selbst keine Freude, wohl aber an dem angenehmeren Körpergefühl, besonders kurz nach dem Training. Auch wenn die Klientin das Fitnesstraining nicht weiterführen möchte, so ist doch jetzt ein Fundament vorhanden, um mit dem gewachsenen Selbstvertrauen der Klientin und ihren ersten positiven Körpererfahrungen eine sportliche Betätigung zu finden, die ihren Geschmack trifft, oder anders ausgedrückt, eine sportliche Aktivität, mit der die Klientin eine höhere Selbstkonkordanz verbindet.

### **Soziale Kontakte**

Die „Abbrecherin“ zeichnet sich auch dadurch aus, dass sie weder zu Messzeitpunkt 1 noch zu Messzeitpunkt 2 Zeit für soziale Kontakte investiert. Dieses Merkmal verbindet sie mit einer anderen Klientin, die nach dem Coaching unregelmäßig trainiert. Alle anderen Klienten investieren mindestens 5%, im Durchschnitt 18 % ihrer Zeit in der Pflege sozialer Kontakte außerhalb der Familie. In diesen beiden Fällen wirkt sich das isolierte Familienleben ungünstig auf die sportliche Aktivität aus.

### **Beziehung zum Coach**

Außerdem ist zu erkennen, dass der Coach die Beziehung zu der Abbrecherin und den allgemeinen Eindruck der Sitzungen im Vergleich zu den Bewertungen der Gesamtgruppe am schlechtesten, wenngleich mit 3-4 (mittelmäßig) bewertet. Der Coach erkennt in diesem Fall den Widerstand der Klientin gegenüber der sportlichen Aktivität und die fehlende Freude am Sport. Trotzdem bewertet die Klientin das Coaching als sehr hilfreich, nicht etwa weil sie sportlich aktiv geworden sei, sondern eigene Bedürfnisse besser erkannt habe und die positiven Konsequenzen des Sporttreibens erstmals erleben konnte, wie z.B. im Alltag ausgeglichener zu sein.

### **Selbstregulation**

Alle fünf Fallstudien zeigen deutlich, dass die Klienten im Coaching spezifische Kompetenzen der Selbstregulation erlernten, die sie in andere Lebensbereiche erfolgreich übertragen konnten. Freilich weist jede Lebenswelt ihre Besonderheiten und speziellen Herausforderungen auf. So war es für die Seniorin möglich, soziale Unterstützung einzufordern, der Berufstätige stimmte seine Trainingszeiten mit den beruflichen Terminen gründlicher ab und die überforderte Mutter lernte, ihre eigenen Ansprüche zu formulieren. Was haben diese Alltagskompetenzen mit der Implementierung und Aufrechterhaltung von sportlicher Aktivität zu tun haben?

Die Fallstudien zeigen deutlich, dass eine spezifische Verhaltensänderung wie hier das regelmäßige Ausüben sportlicher Aktivität, Veränderungen in den

Lebenswelten der Klienten bewirken oder diese voraussetzen. Die Klienten sind sogar in der Lage, die SORK-Strategien aus ihrem ursprünglichen Zweck heraus, nämlich der Unterstützung der sportlichen Aktivität, auf Herausforderungen und Ziele in anderen Lebensbereichen zu übertragen. Diese Beobachtung spricht dafür, dass das Erreichen eines spezifischen Handlungsziels grundlegende selbstregulatorische Fähigkeiten erfordert, die erlernt oder optimiert werden können.

Interessant ist hier, dass sowohl die „adipöse“ Klientin als auch die Abbrecherin (beide 39 Jahre alt) zunächst die SORK-Strategien ablehnten und darauf beharrten, dass sie familiäre Verpflichtungen nicht ändern können. Beide Klientinnen wurden durch die Coaches kontinuierlich ermutigt, eigene SORK-Strategien zu finden, die sie dann selbstbewusst einsetzten. Im Unterschied zur Abbrecherin hatte die adipöse Klientin eine starke Absicht, sportlich aktiv zu sein.

### **Lebenswelten von Müttern**

Im Falle der Selbstmanagerin reduzierte sich der zeitliche Anspruch in der Familie von 40% auf 10%. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Klientin ihre Familie vernachlässigt. Ganz im Gegenteil. Die Klientin hat gelernt, sich besser zu organisieren, den Alltag zu planen und Arbeiten abzugeben. Zudem fühlt sie sich durch den Sport fitter und besser in der Lage, die Alltagsanforderungen zu bewältigen. Die Abbrecherin hingegen steigerte sogar noch ihren Einsatz für die Familie während ihrer Sportepisode auf 50% ihrer verfügbaren Zeit.

Diese beiden Fälle werfen auch Licht auf den weitverbreiteten Konflikt von Frauen in der Postmoderne, dem alten traditionellen Frauenbild gerecht werden zu müssen, eine „gute“ Mutter zu sein, die sich durch ihre Omnipräsenz auszeichnet. Ihr schlechtes Gewissen hindert sie daran, Zeit für sich zu nutzen und Sport zu treiben.

### **Aktive Entscheidung**

Im Falle des Abbruchs wird deutlich, dass eine Person ohne aktive Entscheidung für ein Handlungsziel wenig motiviert ist, die Handlung auszuführen und sich dafür anzustrengen. Daran kann auch ein gezieltes Coaching nichts ändern. Deshalb wäre es sinnvoll, vor dem Coaching die Klienten auszuwählen, die bereits eine selbstbestimmte Zielintention ausgebildet haben. Dabei können die Selbstkonkordanz und die Absichtsstärke für die Handlung durchaus sinnvolle Kriterien sein. Zusätzlich kann die Stadienzugehörigkeit überprüft werden. Allerdings muss auch hier Vorsicht geboten sein. Denn unsere Abbrecherin begann mit einer abgeschlossenen Mitgliedschaft im Fit-

ness-Studio ihre sportbezogene Absicht in die Tat umzusetzen (= Stadium der Implementierung), war jedoch nicht ausreichend (intrinsisch) motiviert (Stadium der Präkontemplation).

### **Psychisches Wohlbefinden**

Psychische Konsequenzen wurden in allen Fallstudien genauso häufig und wichtig wahrgenommen wie körperliche Veränderungen durch den Sport.

### **19.9 Ableitungen eines Coach- und Klientenprofils**

Aus den Fallstudien lassen sich folgende Anforderungen an Coach und Klienten für den Einsatz und die Durchführung von Coaching zur Förderung der sportlichen Aktivität ableiten:

#### **Anforderungen an den Klienten**

- Der Klient hat eine starke Absicht, regelmäßig sportlich aktiv zu werden.
- Der Klient befindet sich mindestens im Stadium der Implementierung.
- Der Klient verfügt über eine ausreichend hohe Selbstkonkordanz.
- Auch niedrig selbstwirksame Personen profitieren durch das Coaching. Sie können sich selbstregulative Kompetenzen erwerben und ihre Selbstwirksamkeit steigern.

#### **Anforderungen an den Coach**

- Der Coach überprüft, ob der Klient eine echte aktive Entscheidung für das Sporttreiben gefällt hat. Wenn der Klient nur eine geringe oder mittelmäßige Absicht hat, sportlich aktiv zu werden, ist der Sinn und die ökonomische Berechtigung des Coachings nicht gegeben.
- Der Coach achtet darauf, dass die Zielsetzung seines Klienten unbedingt realistisch ist, um dem Klienten Erfolge zu ermöglichen.
- Der Coach bleibt geduldig und klientenzentriert, auch wenn Widerstand/Reaktanz auf Seiten des Klienten auftritt.
- Der Coach unterstützt den Klienten darin, seine selbstregulatorischen Kompetenzen auch in andere Lebenswelten, die eine enge Verbindung mit der sportlichen Aktivität aufweisen, zu übertragen.

- Der Coach ermutigt den Klienten, die eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse wahrzunehmen, und räumt dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden einen hohen Stellenwert ein.
- Der Coach nimmt die körperlichen Bedürfnisse des Klienten ebenso wichtig wie die sozialen (soziale Kontakte, Anerkennung) und psychischen Bedürfnisse (z.B. Ausgleich, Stärkung des Selbstbewusstseins).
- Der Coach ist sensibel für die Rollenanforderung des Klienten in seinen Lebenswelten, insbesondere für die Rollenkonflikte von Müttern.

## 20 Zusammenfassung und Ausblick

Zahlreiche Angebote zur Bewegungsförderung stellen ein wichtiges Handlungsfeld in der Prävention und Gesundheitsförderung dar. Trotz der nachweislich positiven Wirkung regelmäßiger sportlicher Aktivität findet man einen gewohnheitsmäßigen, aktiven Lebensstil nur bei einer Minderheit der Bevölkerung. Die Anbieter von gesundheitsorientierten Sportprogrammen übersehen häufig immer noch, dass nicht nur die Aufnahme der sportlichen Aktivität, sondern besonders deren Aufrechterhaltung ein gravierendes Problem für die teilnehmenden Personen darstellt. Ziel dieser Arbeit war es, Personen durch ein systematisches Coaching darin zu unterstützen, ein regelmäßiges und nachhaltiges sportliches Training im Fitness-Studio durchzuführen.

Zunächst wurde das Coaching zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation entwickelt-basierend auf aktuellen gesundheitspsychologischen Erkenntnissen und einem handlungstheoretischen Verständnis von Prozessen der Verhaltensänderung. Danach erfolgte die Vermittlung des Coaching-Konzepts an 13 Multiplikatoren, die den standardisierten Ablauf des Coachings über sieben Sitzungen an je zwei Klienten umsetzten. In einer Pilotstudie mit zwei Klienten wurden die Arbeitsmittel und Dokumentationsunterlagen für die Coaches und Klienten so optimiert und standardisiert, dass eine kontrollierte Durchführung des Coachings gewährleistet werden konnte.

Angenommen wurde, dass das Coaching die Häufigkeit und Regelmäßigkeit der sportlichen Aktivität der Klienten fördert und kognitive Determinanten des Sporttreibens wie die sportbezogene Selbstkonzentration und die sportbezogene Selbstwirksamkeit nach der Intervention ansteigen. Außerdem wurden zwischen Personen, die bereits vor der Intervention sportlich aktiv waren (Wiedereinsteiger) und Personen, die mit Beginn des Coachings zum ersten Mal ein Training im Fitness-Studio aufnahmen (Neueinsteiger) Unterschiede in der Wirkung des Coachings erwartet. Das Trainingsverhalten der Klienten wurde während drei Messperioden insgesamt 30 Wochen lang dokumentiert. Da erst die Regelmäßigkeit der sportlichen Aktivität ein gewohnheitsmäßiges Sporttreiben kennzeichnet, wurde in dieser Studie erstmals ein Kennwert für die Trainingsstabilität errechnet.

Der Untersuchung des Trainingsverhaltens der Wiedereinsteiger liegt ein A-B-A' Einzelfallversuchsplan zugrunde, wobei A die Grundrate des Verhaltens dokumentiert und B das Trainingsverhalten während des Interventionszeitraums darstellt. Im Zeitraum A' wurde das Verhalten ohne Intervention beobachtet.

Die Fragebögen zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit (Pahmeier, 1999) und sportbezogenen Selbstkonkordanz (Fuchs, 2006) wurden zu Beginn des Trainings und nach einer zehnwöchigen Trainingsperiode zusammen mit der biometrischen Leistungsdiagnostik der Klienten eingesetzt und auf Signifikanz überprüft.

Außerdem wurde eine qualitative Analyse der detailliert dokumentierten Coachings durchgeführt, um zu untersuchen, **wie** das Coaching wirkt und **welche** selbstregulatorischen Strategien die Klienten nutzten, um ihr Zielverhalten auszuführen. Schließlich bewerteten die Coaches und die Klienten die eingesetzten Arbeitsmittel und die Entwicklung der Coach-Klienten-Beziehung.

Die vorliegenden Studienergebnisse lassen folgende zehn zentrale Aussagen zu:

1. Die Trainingshäufigkeit der Wiedereinsteiger steigt während des Coachings signifikant an und bleibt auch noch zehn Wochen lang nach dem Coaching höher als im Vergleich zur Grundrate. Deshalb kann konstatiert werden, dass das Coaching einen positiven und nachhaltigen Effekt auf die Trainingshäufigkeit von Wiedereinsteigern hat.
2. Wiedereinsteiger und Neueinsteiger trainieren während der Intervention am stabilsten und zeigen auch nach der Intervention ein regelmäßiges Trainingsverhalten.
3. In der Gesamtgruppe erreichten die Klienten nach zehn Wochen signifikant häufiger Ziele, die sich auf die Trainingshäufigkeit bezogen (Prozessziele), als Ziele, die durch die körperliche Diagnostik gemessen wurden (Zustandsziele).
4. Die sportbezogene Selbstwirksamkeit stieg innerhalb der drei Unterskalen unterschiedlich stark an. Es konnte ein signifikanter Zuwachs im Umgang mit Trainingsbarrieren festgestellt werden. Am deutlichsten konnten die Klienten ihren Umgang mit unvorhersehbaren Barrieren verbessern – ein Ergebnis, das in bisherigen Studien zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit nicht erzielt wurde (Pahmeier, 1999).
5. In der Gesamtgruppe erhöhen sich nach zehn Wochen signifikant der intrinsische, der identifizierte und der introjizierte Modus. Der extrinsische Modus verändert sich nach 10 Wochen nicht.
6. Zu Beginn des Trainings erwarteten die Klienten am häufigsten einen körperlichen und psychischen Nutzen durch das Sporttreiben. Danach

folgte die kombinierte Angabe von körperlichen, psychischen und sozialen Gründen. Nur ein kleiner Teil der Gesamtgruppe (17%) wurde allein aus körperbezogenen Gründen sportlich aktiv.

7. Nach sieben Wochen Sporttreiben wurde eine Prozessevaluation durchgeführt: Es kann festgehalten werden, dass weniger Klienten eine körperliche Leistungssteigerung wahrgenommen haben und mehr Klienten ihre Stimmung durch die sportliche Aktivität verbesserten als erwartet. Auch positive soziale Konsequenzen wurden doppelt so häufig wahrgenommen, wie es die Klienten für sich erwartet hatten.
8. Zur Unterstützung ihrer sportlichen Aktivität nutzen die Klienten am häufigsten die Gestaltung von förderlichen, situativen Bedingungen (z.B. die gepackte Sporttasche), gefolgt von förderlichen Gedanken (z.B. das Vergegenwärtigen von Zielen). An dritter Stelle rangierten die Strategien zum förderlichen Verhalten (z.B. Zeitmanagement). Schließlich verstärkte die Hälfte aller Klienten ihre Sportaktivität durch materielle Konsequenzen oder Selbstlob.
9. Die Klienten stufen das Coaching als die hilfreichste Unterstützung bei der Implementierung ihrer sportlichen Aktivität ein, gefolgt von der Trainingsbetreuung. Das Schlusslicht der erfahrenen Unterstützung bildet das soziale Umfeld.
10. Alle eingesetzten Arbeitsmittel wurden von Coach und Klient als hilfreich bewertet. Die Zielformulierung und die GAS (goal attainment scaling) werden sowohl von den Coaches als auch von den Klienten als die hilfreichsten Arbeitsmittel erachtet.

### **Ableitungen für die Gestaltung von Bewegungsprogrammen**

Massenmediale Kampagnen, Aufklärungsbroschüren und rein sportbezogene Gruppenprogramme reichen nicht aus, um Personen für ein regelmäßiges Sporttreiben zu motivieren, die über keine ausreichende intrinsische Motivation verfügen oder ihre Handlungskompetenz als zu gering erleben.

Soll der eigenverantwortliche Umgang mit der Gesundheit gestärkt werden, so müssen die Konzepte zur Gesundheitsförderung die Selbstbestimmtheit und erlebte Handlungskompetenz der zu fördernden Personen in stärkerer Weise berücksichtigen als es bisher geschieht.

In der zukünftigen Gestaltung von Interventionsmaßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens sollte deshalb die Förderung selbstregulatorischer Kompetenzen zur Implementierung und Aufrechterhaltung der Sportaktivität



eine stärkere Beachtung finden. Dazu gehört einerseits die Stärkung einer motivationalen Kompetenz durch die eigenständig erarbeitete, selbstkonkordante Zielsetzung als auch die Gestaltung einer persönlichen Zielabstufung durch den Klienten. Andererseits sind auf der volitionalen Ebene Fähigkeiten zur Handlungssteuerung in der klientenspezifischen Lebenswelt zu erwerben wie etwa die Entwicklung individueller Ausführungs- und Barrierepläne und die Anwendung kognitiv leicht zugänglicher Handlungskontrollstrategien (SORK-Strategien).

Um einer kognitiv-emotionalen Erschöpfung durch ständige Selbstkontrolle vorzubeugen, ist darauf zu achten, dass der motivierende Charakter der sportlichen Aktivität in der motivpassenden Gestaltung der Bewegungsprogramme weiterwirken kann. So wäre es denkbar, für Leistungsmotivierte regelmäßig messbare Zwischenkontrollen einzusetzen und Anschlussmotivierten ein Gruppentraining anzubieten. Welchen Einfluss die Gestaltung von motivpassenden Zielen auf die Verbindlichkeit der Handlungsausführung hat, ist derzeit Gegenstand der Motivationsforschung (Rheinberg, 2008), deren Erkenntnisse sich gut auf die Beantwortung gesundheitspsychologischer Fragestellungen übertragen ließen.

Die sportliche Aktivität kann in gewissem Maß selbst als Verstärker wirken, sofern die positive Wirkung der sportlichen Aktivität auf affektive und kognitive Zustände vom Sporttreibenden bewusst wahrgenommen und dem Sporttreiben attribuiert wird. Die Freude an der Bewegung, das Stoppen grübelnder Gedanken, die Konzentration und Ruhe während der Bewegungsausführung, das Gefühl von Sicherheit beim Gelingen eines Bewegungsablaufs sind Beispiele für emotionale und kognitive Konsequenzen, die bereits während der sportlichen Tätigkeit auftreten. Auf diese unmittelbar erlebten Konsequenzen des Sporttreibens sollten in der Gestaltung von Bewegungsprogrammen die Kursleiter deutlicher hinweisen. Besonders in der Einzelbetreuung oder im Personaltraining kann der Trainer seinen Klienten unterstützen, sich bewusst zu machen, welche individuellen Erlebnisqualitäten er durch die sportliche Aktivität erfährt. Eine solche Vorgehensweise lässt sich gut mit den ressourcenorientierten Ansätzen der Gesundheitsförderung verbinden, denn das genussvolle Erleben einer Handlung ist sowohl ein erstrebenswertes Ziel von Gesundheitsverhalten als auch eine wichtige Gesundheitsressource.

Das Coaching konnte dazu beitragen, die intrinsische Motivation zur sportlichen Aktivität der Klienten signifikant zu erhöhen. Die meisten Gesundheitsförderprogramme sind darauf ausgerichtet, eine eher extrinsische Motivation zum Sporttreiben anzuregen, z.B. durch langfristige Nutzungsverträge, Prämien bei der Zielerreichung durch den oder wettbewerbsorientierten Einsatz von Leistungsstandards. Die Förderung einer intrinsischen Motivation durch die Sportanbieter kommt zu kurz, obwohl zahlreiche Studien den engen Zu-

sammenhang zwischen intrinsischer Motivation und dauerhafter sportlicher Aktivität belegen.

Schließlich wird die Frage zu beantworten sein, ob Personen, die immer wieder innere und äußere Barrieren des Sporttreibens mit einem hohen Maß an willentlicher Anstrengung überwinden müssen, gut beraten sind, ihre volitionalen Bemühungen weiter zu optimieren oder (ergänzend) motivpassende Ziele generieren, die im Sinne eines energetischen Antriebs die Umsetzung des Handelns erleichtern.

### **Ableitungen für den Einsatz von Coaching**

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie dokumentieren den Wert einer personenbezogenen Intervention in Form eines Coachings zur Förderung der sportlichen Aktivität.

Das Novum dieser personenbezogenen Intervention gegenüber den gruppenorientierten Interventionen liegt darin, die Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortung der Person sowohl in der Gestaltung der Ziele als auch in der Umsetzung der sportlichen Aktivität in deren Lebenswelt zu fördern. Ziel des Coachings ist nicht nur, dass eine Person regelmäßig sportlich aktiv ist, sondern dass sie ihre psychoregulativen Kompetenzen wahrnimmt und so im Alltag einsetzt, dass regelmäßiges Sporttreiben zur Gewohnheit werden kann.

Es ist denkbar, durch ein Coaching von Einzelpersonen Bewegungsprogramme in Gruppen zu ergänzen. Insbesondere Personen, die bisher unregelmäßig sportlich aktiv waren, eine starke Absicht haben, regelmäßig Sport zu treiben und ihre sportbezogene Selbstwirksamkeit eher gering einstufen, können von dem Coaching profitieren.

Das Coaching zur sportbezogenen Handlungs- und Zielregulation kann überall dort eingesetzt werden, wo Personen Schwierigkeiten haben, ihre Absicht Sport zu treiben regelmäßig und dauerhaft umzusetzen. Insbesondere dann, wenn regelmäßige sportliche Aktivität im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention zur Wiederherstellung der Gesundheit beiträgt, kann ein individuelles Coaching notwendige Hilfestellung leisten.

Klienten in Reha-Kliniken sind eine geeignete Zielgruppe, weil diese Personen zwar während des Klinikaufenthaltes angeleitet werden ein positives Gesundheitsverhalten aufzubauen, die Umsetzung in den Alltag jedoch nicht ausreichend stattfindet.

Dabei kann ein Coaching nicht nur die gewohnheitsmäßige Implementierung der sportlichen Aktivität von Klienten fördern. Ebenso können gesundheitsbezogene Handlungsziele wie etwa das Einhalten bestimmter Diätregeln, das re-

gelmäßige Durchführen von systematischem Entspannungstraining oder der Aufbau von sozialen Kontakten durch das Coaching gefördert werden.

So gesehen ist das Anwendungsfeld des Coachings zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation auf ein Coaching zur gesundheitsbezogenen Ziel- und Handlungsregulation erweiterbar und steht damit im Dienste einer nachhaltig wirkenden Gesundheitsförderung.

Um eine Intervention in die Praxis umsetzen zu können, muss sie auch aus ökonomischen Gesichtspunkten praktikabel sein. Das persönliche Aufsuchen eines Coaches zu sieben Zeitpunkten kann von einigen Klienten als eine wesentliche organisatorische Barriere wahrgenommen werden. Eine mögliche Alternative stellt das Blended Coaching dar, eine Verbindung von Präsenzcoaching und E-Coaching. Nach einem persönlichen Erstkontakt zwischen Klient und Coach wird eine konkrete Zielsetzung und Zielabstufung formuliert. Die weiteren Kontakte zwischen Klient und Coach erfolgen über die Kommunikation per E-mail. Der standardisierte Ablauf des Coachings soll dabei weitgehend erhalten bleiben. Inwieweit sich die Durchführung und die Erfolgskriterien eines Präsenzcoachings im Blended Coaching übertragen lassen und wo es Unterschiede gibt, ist zur Zeit Gegenstand von zwei laufenden Diplomarbeiten am Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität in Bamberg.

Die Inhalte und der Ablauf des Coachings können anhand des Coaching-Leitfadens und des Coaching-Begleiters an weitere Multiplikatoren mit pädagogisch und gesundheitswissenschaftlichen Kenntnissen (z.B. Gesundheitsmanager, Fitnesstrainer, Physiotherapeuten) vermittelt werden, so dass auch der Einsatz und die Evaluation des Coachings mit einer größeren Stichprobe und die Ergänzung des Untersuchungsdesigns durch eine Kontrollgruppe möglich ist.

Abschließend sei noch auf eine praktische Implikation dieser Studie hingewiesen:

Zur Zeit ergänzen die Krankenkassen ihr Beratungsangebot für die Versicherten durch die Ausbildung und Einführung von **Patientencoaches**. Diese Coaches sollen Versicherte darin unterstützen, sich im unübersichtlichen Angebot von Behandlungsmöglichkeiten im Krankheitsfall zurechtzufinden und „sich effizient im Gesundheitswesen zu bewegen“ (Schmid et al., 2008, S. 2).

Wäre es nicht sinnvoll, einen Schritt früher anzusetzen und **Gesundheitscoaches** für die Versicherten anzubieten, die Klienten bei der Umsetzung eines körperlich aktiven, ressourcenorientierten Lebensstils unterstützen?

## 21 Literaturverzeichnis

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. In: Organizational Behavior and Human Decision Processes 50 (pp. 179-211).
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Alfermann, D. & Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. International Journal of Sports Psychology, 30, (pp. 47-63).
- Alfermann, D., Stoll O., Wagner S. & Wagner-Stoll P. (1995). Auswirkungen des Sporttreibens auf Selbstkonzept und Wohlbefinden. Ergebnisse eines kontrollierten Feldexperiments. In W. Schlicht & P. Schwenkmetzger (Hrsg.), Gesundheitsverhalten und Bewegung: Grundlagen, Konzepte und empirische Befund (S. 95-111). Schorndorf: Hofmann.
- Allmer, H. (2002). Soll ich oder soll ich nicht? – Sportengagement als Aktivitäts-Inaktivitäts-Zyklus. Brennpunkte der Sportwissenschaft, 22, S. 83-102.
- Apitz, R. & Winter, S.F. (2004). Potenziale und Ansätze in der Prävention- aktuelle Entwicklungen in Deutschland. In: Der Internist, 45, 2, (S. 2-15).
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkasse (2006). Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002). Dokumentation – Leistungen der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. 2004. www.barmer.de
- Arent, S.M., Rogers, T. J. & D.M. Landers (2001). Mental health and physical activity. The effects of physical activity on selected mental health variables: Determining causations. Sportwissenschaft, 31, pp. 239-254
- Bandura, A. (1970). Modeling therapy. In W.S. Sahakian (Hrsg.) Psychopathology today: Experimentation, theory and research. Peacock, Itasca
- Bandura, A. (1979). Social learning theory. Prentice Hall, Englewood Cliffs
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. The exercise of control. Freeman, New York
- Bandura, A. (2000). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. In P. Nomran, C. Abraham & M. Conner (Eds.), Understanding and changing health behaviour: From Health beliefs to self-regulation (pp.299-339). Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Bandura, A. & Schunk, D.H. (1981). Cultivating competence, self efficacy and intrinsic interest through proximal self-motivation. Journal of Personality and Social Psychology, 41, pp. 201-210.

- Bandura, B & Siegrist, J. (Hrsg.) (1999). Evaluation im Gesundheitswesen – Ansätze und Ergebnisse. Weinheim und München: Juventa.
- Banzer, W., Knoll, M. & Bös, L. (1998). Sportliche Aktivität und psychische Gesundheit. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), Gesundheitssport. Ein Handbuch (S. 17-32). Schorndorf: Hofmann.
- Baranowski, T., Anderson, C., Carmack, C. (1998). Mediating variable framework in physical activity interventions. How are we doing? How might we do better? American Journal of Preventive Medicine, 15, (pp. 266-297).
- Baumann, A.E. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health: An epidemiological review 200-2003. Journal of Science and Medicine in Sport, 7 (Supp.), (pp. 6-19).
- Baumeister, R.F. & Vohls, K.D. (Eds.) (2004). Handbook of self-regulation. New York: Guilford.
- Beach, L.R. (1990). Image theory: Decision making in personal and organizational contexts. Chichester, NY: Wiley.
- Becker, M. A.: The health belief model and personal health behavior. Thorofare, Slack N. J. 1974.
- Becker, P.: Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schwarzer, R.: Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch. Hogrefe, Göttingen: 1997.
- Bengel, J. Strittmacher, R., Willmann, H. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von J. Bengel, J. Strittmacher; R. und Willmann, H.: Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Erw. Neuauf., Köln.
- Berg, I.K. & Miller, S.D. (1993). Kurztherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. Heidelberg: Auer.
- Bergmann, B., Richter, P. (Hrsg) (1994.): Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie. Hogrefe, Göttingen.
- Berlin, J. A. & Colditz, G.A. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, 132, (pp. 612-628).
- Biddle, S.J.H., Fox K.R. & Boutcher S.H. (Eds.).(2000) Physical activity and psychological wellbeing. London: Routledge.
- Blair, S.N., Kohl, H., Paffenberger, R.S., Clark, D., Cooper K. & Gibbons L. (1989). Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and women. Journal of the American Medical Association, 262, (pp. 2395-2401).
- Bös, K. 2006) (Hrsg.). Handbuch Motorische Tests: Sportmotorische Tests motorische Funktionstests, Fragebogen zur körperlich-sportlichen Aktivität und sportpsychologische Diagnoseverfahren, Hogrefe, Göttingen
- Bös, K., Brehm, W. (2006) (Hrsg.). Gesundheitssport – Ein Handbuch. Hofmann Verlag, Schorndorf 1998.

- Brehm, W. (1998). Stimmung und Stimmungsmanagement. In: Bös, K.; Brehm, W. (Hrsg.). *Gesundheitssport – ein Handbuch*. Schorndorf: Hofmann, S. 201-211.
- Brehm, W. & Eberhardt, J. (1995). Drop-out und Bindung im Fitness-Studio. *Sportwissenschaft*, 25 (2), 174-186.
- Brehm, W., Pahmeier (1998). Sinnzuschreibungen, Konsequenz- und Kompetenzerwartungen. In: Bös, K./Brehm, W. (Hrsg.): *Gesundheitssport – Ein Handbuch*. Hofmann Verlag, Schorndorf, (S. 221-230).
- Brehm, W. & Sygusch, R. (2001). Qualitäten von Gesundheitssport unter den Voraussetzungen des Metabolischen Syndroms. *Bayreuther Beiträge zur Sportwissenschaft (Heft 7)*, Bayreuth: Universität.
- Brooks, A., Bandelow, B. & George, A. (1998). Comparison of aerobic exercise, clomipranine, and placebo in the treatment of panic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155, (pp. 603-609).
- Brown, J.D. (1991). Staying fit and staying well: Physical fitness as a moderator of life stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, (pp. 555-561).
- Calfas, Sallis, Oldenburg & French (1997). Mediator of change physical activity following and intervention in primary care: pace, *Preventive Medicine*, 26, (pp. 297-304).
- Cantor, N. & Fleeson, W. (1994). Social intelligence and intelligent goal pursuit: A cognitive slice of motivation. In: W. Spraulding (Ed.), *Nebraska Symposium of Motivation*
- Carver, C.D. & Scheir, M.F. (2001). Optimism, pessimism and self-regulation. In E:C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory research, an practise* (pp. 31-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Daly, J., Sindone, A.P., Thomson, D. R. , Hancock, K., Chang, E. & Davidson, P., (2002). Barriers to participation in and adherence to cardiac, rehabilitation programs: A critical literature review. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 17, (pp.8-17).
- Danish, S.J., Nellen, V.C. & Owens, S. (1996). Teaching life skills through sports: Community based programs for adolescents. In J.L. van Raalte & B.W. Brewer (Eds.). *Exploring sports and exercise psychology* (pp. 205-225). Washington, DC: APA., 1996
- Deci E. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New York: Plenum.
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DKG) (1998): Leitlinie: Koronare Herzkrankheit/Angina Pectoris, *Zeitschrift für Kardiologie* 87, (S. 907-911).
- Diehl, J.M. (2000). Ernährungseinstellungen in Deutschland – Die Motivation zur gesunden Ernährung. Tagungsband zum 3. aid-Forum am 26.09.2000 in Bonn. Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (aid) e.V. (S. 4-13).

- Diner-Martin, E., Thüring, N. (2004). Überprüfung der Stadienspezifität der Processes of Change bei Besuchern eines internetbasierten Expertensystems zur Bewegungsförderung. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 12, 2.
- DiPietro, L. (1996). The epidemiology of physical activity and physical function in older people. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28, (S. 596-600).
- Dishman, R.K. (1991) Increasing and maintaining exercise and physical activity. *Behavior Therapy*, 22, (S. 345-378).
- Dishman, R.K. & Buckworth, J. (1996). Increasing physical activity: A quantitative synthesis. *Medicine and Science in Sports Exercise*, 28,(S. 706-719).
- Dishman, R.K.. (2002) Compliance/adherence in health exercise. *Health Psychology*, 1, (pp.237-267).
- Dishmann, RK., Buckworth, J. (1996). Increasing physical activity: a qualitative synthesis, *Med Sci Sports Exerc.*
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 44, (pp. 166-203).
- Eberhardt, J. (1998). Dropout und Bindung im Fitness-Studio. Unveröff. Dissertation, Universität Bayreuth.
- Foböse, I.; Hartmann,C.; Minow, H.-J.; Senf, G.; Strunk, K.; Waffenschmitt, S.; Wilke, C. (2002). *Bewegung und Training. Grundlagen und Methodik für Physio- und Sporttherapeuten*. München, Jena: Urban& Fischer Verlag.
- Freund, A.M. & Baltes, P.B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct-validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, (pp. 642-662).
- Friebertshäuser B., Prengel, A. (Hrsg.)(1997). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*., München: Juventa.
- Fuchs, R (2001a). Entwicklungsstadien des Sporttreibens. In: *Sportwissenschaft*, 31, Nr.3. (S. 255–278).
- Fuchs, R. (2001b). Physical activity and health. In N.J. Smelser & P.B. Baltes (eds.). *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* Vol. 17, (pp. 11411-11415). New York: Elsevier Science. Fuchs, R. (2006). Motivation und Volition im Freizeit- und Gesundheitssport. In: *Handbuch Sportpsychologie*(, S. 270–278), Hofmann Verlag: Schorn-dorf.
- Fuchs, R. (2002). Körperliche Aktivität. In R. Schwarzer, M., Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A-Z* (S. 296-299). Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2005) Körperliche Aktivität. In R. Schwarzer (Hrsg.) *Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie* (S. 447-465). Göttingen: Hogrefe.

- Fuchs, R. & Schwarzer, R. (1994a). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Meßinstrumentes. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 15, (S. 141-154).
- Fuchs, R., Hahn, A. und Schwarzer, R. (1994). Effekte sportlicher Aktivität auf Selbstwirksamkeitserwartungen und Gesundheit in einer stressreichen Lebenssituation. *Sportwissenschaft*, 24, (S. 67-81).
- Fuchs, R., Kleine, D. (1995). Vulnerabilität als Bedingungsfaktor des Sporttreibens. In: Schlicht, W., Schwenkmetzger, P. (Hrsg.): *Gesundheitsverhalten und Bewegung*. Hofmann Verlag, Schorndorf, (S. 79-94).
- Fuchs, R., Kilian, D., Seelig, H. (2005a). Selbstkonkordanz und Sportteilnahme. Eine clusteranalytische Unterscheidung verschiedener Formen des Dabeibleibens und Abbrechens. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. Juli Vol. 13, No. 3, (S. 126 – 138).
- Fuchs, R., Seelinger, H. & Kilian, D. (2005b) Selbstkonkordanz und Sportteilnahme. Eine clusteranalytische Unterscheidung verschiedener Formen des Dabeibleibens und Abbrechens. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (3).
- Fuchs, R., Göhner, W., Seelig, H. (Hg.) (2007). *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils*. Hogrefe, Göttingen.
- Fuchshuber, A. (2007): Manuskript zur Schulung der Multiplikatoren zum Coaching zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation, unveröffentlicht.
- Gollwitzer, P.M. (1991). Goal achievement: The role of intentions. In: W. Stroebe & M. Hewstone (Hrsg.), *European review of social psychology* Vol.4, (pp. 141-185). Chichester: Wiley.
- Gollwitzer, P. (1994). Zielbegriffe und –theorien in der heutigen Psychologie Vortrag auf dem 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Hamburg.
- Gollwitzer, P.M. (1996). The volitional benefits of planning. In P.M. Gollwitzer & J.A. Bargh (ds.). *The psychology of action* (pp. 287-312). New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P.M. (1999 a), Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, (S. 186-199).
- Gollwitzer, P.M. (1999 b). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, (S.493-503).
- Gollwitzer, P.M. & Sheerman, P. (2006). Implementations intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*.
- Gollwitzer, P.M., Mahlzacher, J.T. (1996). Absichten und Vorsätze. In: Kuhl, J., Heckhausen, H. (Hrsg.): *Motivation, Volition und Handlung* (Reihe: *Enzyklopädie der Psychologie*). Göttingen.
- Grant A.M. (2005). *Workplace, executive and life coaching: An annotated bibliography from the behavioral science literature*. Unpubl. Paper, University of Sydney, Coaching Psychology Unit, anthonyg@psych.usyd.edu.au.



- Grant A.M. (2006). An integrative goal-focused approach to executive coaching. In D.R. Stober & A.M. Grant (eds.), *Evidence based coaching handbook: Putting best practises to work for your clients* (pp. 153-192). New York: John Wiley & Sons.
- Grawe, K. (1996) Klärung und Bewältigung; Zum Verhältnis der beiden wichtigsten therapeutischen Wirkprinzipien. In: Reinecker, H. & Schmelzer G. (Hrsg). *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal* 1,
- Greif, S. (2008 a). Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion. Hogrefe, Göttingen.
- Greif S. (2008 b). Die härtesten Forschungsergebnisse zum Coaching-Erfolg. *Coaching Magazin*, 3, 2008, S. 48-51.
- Hänsel, F. (2004). Psychosoziale Faktoren und Bewegungssystem – Verhaltensmedizinische Untersuchungsverfahren. In W. Banzer, K. Pfeifer & L. Vogt (Hrsg.), *Funktionsdiagnostik des Bewegungssystems in der Sportmedizin* (S. 239-259). Berlin: Springer.
- Haisch, J. (2002). *Der mündige Patient und sein Arzt*. Heidelberg: Asanger Verlag.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Springer: Berlin.
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P. M., Weinert, F. E. (1987). *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Springer: Berlin.
- Heckhausen, H., Kuhl, J. (1996) (Hrsg.): *Motivation, Volition, Handlung*. Hogrefe: Göttingen.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.) (2006). *Motivation und Handeln*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 3. überarbeitete und aktualisierte Auflage.
- Helmrich, S.P., Ragland, D.R. & Paffenberger, R.S. (1991). Physical activity and reduced occurrence of non insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 325, (pp. 147-152).
- Hillsdon, M., Foster C. & Thorogood, M. (2005). Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database SystRev*. (1), CD003180.
- Höfling, S. (2001). Prävention als Lebensstil. In: *Innovative Aspekte der Prävention*. Schriftenreihe der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern, Band 7. (S. 63-73).
- Holland, R.W., Aarts, H. & Langedam, D. (2006). Breaking and reating habits on the working foloor: A field-experiment on the power of implementation intentions. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 69-119.
- Hurrelmann, K., Klotz T., Haisch, J. (Hrsg.) (2004). *Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung*. Hans Huber Verlag: Göttingen.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.) (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Juventa Verlag: Weinheim und München.

- Kaba-Schönstein, L. (2003). Gesundheitsförderung In: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder- und strategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4. Aufl., Peter Sabo Verlag, Schwabenheim a.d. Selz, (S. 73-78).
- Kanfer, F.H. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In A. Jacobs & L.B. Sachs (Eds.) The psychology of private events. New York: Academic Press.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. Archives of General Psychiatry, 13, (S.137-152).
- Kanfer, F.H. (1992). Die Motivierung von Klienten aus Sicht des Selbstregulationsmodells. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 13, (S.137-152).
- Kanfer, F.H. & Phillips, J.S. (1970). Learning foundations of behavior therapy. New York: Wiley.
- Kanfer, F.H. & Karoly, P. (1972). Self control: A behavioristic excursion into the lion's den. Behavior Therapy, 3, (S. 398-416).
- Kanfer, F. H. & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), Helping people change (4th ed.). New York: Pergamon Press.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2006). Selbstmanagement - Therapie – Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer Verlag.
- Kawada, C.L.K (1992).: Self-regulatory thought in goal setting, Perceptual and cognitive processes. Unpublished doctoral dissertation. New York University, NY.
- Keller, S. (1998). Zur Validität des Transtheoretischen Modells: Eine Untersuchung zur Veränderung des Ernährungsverhaltens. Philipps-Universität Marburg.
- Kendzierski, D. (1994). Decision making versus decision implementation: An action control approach to exercise adoption and adherence. Journal of applied Social Psychology, 20,
- Kern, Horst (1997). Einzelfallforschung., Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Kazdin, A.E: (1982). Single-case research designs: Methods of clinical and applied settings. New York: Oxford Press.
- Kirusek, T.J. & Shermann, R.E. (1968). Goalattainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Mental Health Journal.
- Knoll, K., Scholz U. & Rieckmann, N. (2005). Einführung in die Gesundheitspsychologie. München: Reinhardt.
- Koestner, R., Lekes, N. Powers, T.A. & Chicoine, E. (2002). Attaining personal goals: Self concordance plus implementation intentions equal success. Journal for Personality & Social Psychology, 83 (1), (S.231-244).

- Krieger, W., Dlugorsch, G.E. & Jäger, R.S. (1998). Die „Gesundheitswoche. In: B. Röhrle & G.Sommer (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Tübingen: dgvt.
- Kuhl, J. (1983). Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1986): Motivation and information processing: A new look at decision making, dynamic change, and action control. In: Dorrentino, R.M., Higgins, E.T. (Eds.): handbook of motivation and cognition: Foundation of social behavior. The Guilford Press, New York, (pp. 440-434).
- Kuhl, J. (1987). Action control: The maintenance of motivational states. In: F. Halisch & J.Kuhl (Eds.), Motivation intention and volition (pp. 279-291). Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1994). A theory of action and state orientations. In: J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), Volition and personality (pp.9-46). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Kuhl, J. (2001). Motivation und Persönlichkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Landers, D.M. & Arent, S.M. (2001). Physical activity and mental health. In R.N. Singer, H.A. Hausenblas & J.C.M. Janelle (Eds.), Handbook of sports psychology (pp. 740-765). New York: Willey.
- Landers, D.M. & Petruzzello, S. (1994). Physical activity and mental health. In R.N. Singer, H.A. Hausenblas & C.M. Janelle (eds.). Handbook of sport psychology (2nd edition, pp. 740-765). New York: Wiley.
- Lee, C.D., Folsom, A.R. & Blair, S.N. (2003). Physical activity and stroke risk: A meta-analysis. *Stroke*, 34,( pp. 2475-2481).
- Leppin, A. (2004). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, L. (Hrsg.): Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung, (S. 31-40). Göttingen: Hans Huber Verlag,;
- Lippke, S., Ziegelmann, J. (2006). Selbstregulation in der Gesundheitsverhaltensänderung. Strategienutzung und Bewältigungsplanung im jungen, mittleren und höheren Alter. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 14 (2/2006), (S. 82–90.)
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (1984). Goal setting: A motivational technique that works! Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2005). Social cognitive theory. In: M. Conner & P. Norman (Eds.). Predicting health behaviour (2<sup>nd</sup> ed.rev., pp. 127-169). Buckingham England: Open University Press.
- Luszczynska, A. (2006). Effects of an implementation intention intervention on physical activity after MI mediated by the use of planning strategy. *Social Science and Medicine*, 62, 900-908.
- Manson, J.E., Hennekens, C.H., Colditz, G.A. & Stampfer M.J. (1999): A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *The New England Journal of Medicine*, 341, (pp. 650-658).

- Marcus, B. H., Rossi, J. S., Selby, V. C., Niaura, R., Abrams, D. B. (1992). The stages and process of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. In: *Health Psychology* 11 (1992) (pp. 386-395).
- Märki, A. (2004). Entwicklung und Evaluation eines Beratungsinstrumentes zur Förderung der körperlichen Aktivität bei älteren Menschen unter Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung. Dissertation der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel, Zürich.
- Margraf, J. (2002). Motivation von Arzt und Patient. BDA-Manual Adipositas, ifap Service-Institut für Ärzte und Apotheker GmbH.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health und behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology). In: *American Psychologist* 35 (S. 807-817).
- Mathesius, R. (2005). Studienbrief Gesundheitspsychologie. Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement, Saarbrücken.
- Maurischat, C. (2001). Erfassung der „Stages of Change“ im Transtheoretischen Modell Prochaskas – Eine Bestandsaufnahme. Forschungsberichte des Psychologischen Instituts der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Melzer, K., Kayser, B. & Pichard, C. (2004). Physical activity during leisure time in the European Union. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, (pp. 1142-1146).
- Mensik, G. (2002). Körperliches Aktivitätsverhalten in Deutschland. In G. Samitz & G. Mensink (Hrsg.). *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie* (S. 35-44). München: Hans Marseille Verlag.
- Milne, S., Sheeran, 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, (pp. 106-143).
- Mischel W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review* 80, (pp. 252-283).
- Möller, J. (1999). Sport im Alter. *Sportwissenschaft*, 29, (S.440-454).
- Mutrie, N.(2000). The relationship between physical activity and clinically defined depression. In S.J.H. Biddle, K.R. Fox & S.H. Bourcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 46-62). London: Routledge.
- Naidoo, J., Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Köln.*
- Nigg, C. R., Riebe, D. (2002). The Transtheoretical Model: Research Review of Exercise Behavior and Older Adults. In: Burbank, P. M., Riebe, D. (Hrsg.): *Promoting Exercise and Behavior Change in Older Adults: Interventions with the Transtheoretical Model* (pp. 147-180). New York: Springer,.
- Nitsch J.R. (1996). Körperliche Aktivität und Gesundheit in psychologischer Sicht. In *The Club of Cologne* (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und körperliche Aktivität* (S.116-135). Köln: Sport und Buch Strauß.

- Nitsch Jürgen, R. (2004). Die handlungstheoretische Perspektive: ein Rahmenkonzept für die sportpsychologische Forschung und Intervention. In *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 11, (1), S. 10-23. Göttingen: Hogrefe.
- O'Connor, P.J., Raglin, J.S. & Martinsen, E. W. (2000). Physical activity, anxiety and disorders. *International Journal of Sports Psychology*, 31, (pp. 136-155).
- Oettingen, G. & Gollwitzer M. (2002). Theorien der modernen Zielspsychologie. In Frey, D. (Hrsg.) *Theorien der Sozialpsychologie: Theorien der Sozialpsychologie*, Bd.3, Motivation und Informationsverarbeitung: Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien, Berlin: Huber.
- Oettingen, G. & Schnetter, K. (2001). Self-regulation and goal-setting. Rurnig free fantasies about the future into binding goals. *Journal of Personality & Social Psychology*, 80, 736-753.
- Orbell, S. Sheeran, P. (1998): "Inclined abstainers": A problem for predicting health-related behaviour. *British Journal of Social Psychology*. Vol 37(2), (pp.151-165).
- Paffenberg, R.S. Jr., Hyde, R.T., Wing A.L. & Hsieh, C.C. (1986). Physical activity, allcause mortality, and lonevity of college alumni. *New Engalnd Journal of Medicien*, 314, 605-613.
- Pahmeier, I. (1994). Drop-Out und Bindung im Breiten- und Gesundheits-sport. Günstige und ungünstige Bedingungen für eine Sportpartizipation. In: *Sportwissenschaft* 24 2, (S. 117-150).
- Pahmeier, I. (1998a). Barrieren vor und Bindung an gesundheitssportliche Aktivität. In: BÖS, K./Brehm, W. (Hrsg.): *Gesundheitssport – Ein Handbuch*. Hofmann Verlag, Schorndorf, (S. 124-133).
- Pahmeier, I. & Brehm, W. (1998b). Multiple Beschwerden. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 296-307). Schorndorf: Hofmann.
- Pahmeier, I. (1999). *Bindung an Gesundheitssport*. Habilitationsschrift. Kulturwissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth.
- Patry, J.-L., & Perrez, M. (2000). Theorie-Praxis-Probleme und die Evaluation von Interventionsprogrammen. In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 19-40). Bern: Huber.
- Perrez M., B. & Baumann, U. (2005). *Lehrbuch Klinische Psychologie* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Petermann, Franz (1996). *Einzelfalldiagnostik in der klinischen Praxis*, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pfeifer, K. (2004). Prävention von Erkrankungen des Bewegungsapparates – Evidenzbasierung. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 20, (S.68-69).
- Plante T.G., Rodin J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. In: *Current Psychology: Resarch and Reciews*, 9, pp. 3-24).

- Plotnikoff, R.C., Hotz, S.B., Birkett, N.J., Courneya, K.S. (2001): Exercise and the Transtheoretical Model: A longitudinal test of a population sample. *Preventive Medicine*, 33, (pp.441-452).
- Prochaska, J. O. (1994): Strong and weak principles for progression from pre-contemplation to action and the basis of twelve problem behaviors. In: *Health Psychology* 13 1, (S. 47-51).
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional Boundaries of Therapy*. Dow-Jones/Irwin, Homewood IL.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen, M., Eisler, R. M., Miller, P. (Hrsg.): *Progress on behavior modification*. Sycamore Press, Sycamore, (pp. 184-214).
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search how people change: applications to addictive behaviour. In: *American Psychology* 47 , 9, (S.112-141).
- Prochaska, J. O., DiClemente, C., Norcross, J. C. (1994). *Changing for good. A revolutionary six-stage-program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Harper Collins.
- Prochaska, J. O, Norcross, J. C., DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good. A revolutionary six-stage-program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Harper Collins.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. (1997). *Jetzt fange ich neu an*. München: Droemersch Verlaganstalt.
- RAL-Gütegemeinschaft Gesundheitssportzentrum e.V. (2000). Gütekriterien für die Bindung von Mitgliedern im Fitness-Studio. In: *Gesundheits-sport und Sporttherapie*, 2000, Heft 4, (S.151).
- Rampf, J. (1999). *Drop- out und Bindung im Fitness-Sport*. Hamburg: Czwalina Verlag.
- Rauen, C ( 1999). *Coaching*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Rheinberg F. (2008). *Motivation*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Reinecker, H. (1999). Einzelfallanalyse. In: Roth E. & Holling H. (Hrsg.) *Sozialwissenschaftliche Methoden :ein Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis*. München: Oldenbourg Verlag, (S. 267-281).
- Reinecker, H. (2006). *Selbstmanagement*. In: Petermann, F. & Reinecker, H. (Hrsg.). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Reinecker, H., Schmelzer, D (1996). *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*. Frederick H. Kanfer zum 70. Geburtstag. Göttingen: Hogrefe.
- Reinecker, H.: (2006). *Selbstmanagement*. In: *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, (S. 342–356).

- Rejeski, W.J., Brawley, L.R., Ettinger, W., Morgan, T. & Thompson, C. (1997). Compliance to exercise therapy in older participants with knee osteoarthritis: Implications for treating disability. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 29, (pp. 977-985).
- Renneberg B. & Hammelstein P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Renner B. & Weber H. (2003). *Gesundheitsbezogene Ziele und Erwartungen*. In: Jerusalem (M.) & Weber H. (Hrsg.) *Psychologische Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Robert-Koch-Institut (2006.): *Gesundheit in Deutschland*. Berlin., [www.rki.de](http://www.rki.de).
- Robert-Koch-Institut (1998) *Schwerpunktheft Bundes-Gesundheitssurvey*. Das Gesundheitswesen, Sonderheft 2, 1999.
- Ross, R. & Janssen, I. (2001). Physical activity, total and regional obesity: Dose-response considerations. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, (pp.521-527).
- Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2003). Prävention durch Bewegung. Zur Evidenzbasierung von Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 11, (S. 229-246).
- Sahre, E. (1991). Wer behält die Nerven, wenn es darauf ankommt? *Sportpsychologie*, 5, S. 12-17.
- Sallis, J.F. & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks: Sage.
- Schmid, E., Weatherly J.N., Meyer-Lutterloh, K., Seiler R., Läger, R. (2008). *Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Case Management. Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen*. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schlicht W. (1994). *Sport und Primärprävention*. Göttingen: Hogrefe.
- Schlicht, W. (1996). *Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport*. Schondorf: Hofman.
- Schlicht, W. (1998) *Sportliche Aktivität und Gesundheitsförderung*. In: Bös, K./Brehm, W.: *Gesundheitssport – Ein Handbuch*. Schorndorf: Hofmann Verlag, S. 44-51).
- Schlicht, W. (2003): *Sport und Bewegung*. In: Jerusalem, M, Weber, H.: *Psychologische Gesundheitsförderung*, Göttingen, Hogrefe, (S. 213-232).
- Schlicht, W., Kanning, M. & Bös, K. (2003). Psychosoziale Interventionen zur Beeinflussung des sekundären Risikofaktors Bewegungsmangel: Theoretische Modelle und praktische Evidenzen. In J. Jordan, B. Barde & A.M. Zeiher (Hrsg.), *Expertise für die Status und Konsensuskonferenzkonferenz Psychokardiologie*, Frankfurt a. M.: VAS.
- Schlippe A. von & Schweitzer J.(1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (2. Aufl.)*. Göttingen: Vandenoek & Ruprecht.
- Scholz, U., Sniehotta, F.F., Schwarzer, R. (2005). Predicting physical exercise in cardiac rehabilitation: The role of phase-specific self-efficacy beliefs. *Journal of Sports & Exercise Psychology*, 27, 135-151.

- Scholz, U. & Sniehotta F. (2006). Langzeiteffekte in der Planungs- und Handlungskontrollintervention auf die körperliche Aktivität von Herzpatienten nach der Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14 (2), (S.73-81). Göttingen Hogrefe.
- Schulke, H.J. (1998). Zur Differenzierung von Public Health und Sport. über die Vernachlässigung der Integrationspotentiale zweier gesellschaftlicher Praxisfelder in der Gesundheitsförderung. In: A. Rütten (Hrsg.), Public health und Sport (S. 131-155). Stuttgart: Nagelschmid.
- Schumacher, J. (2001) Das Überschreiten des Rubikon: Willensprozesse und deren Bedeutung für Therapie und Rehabilitation. In: Schröder, H., Hackhausen, W. (Hrsg.): Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation. Verlag für Akademische Schriften, (S. 66-86).
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In: Schwarzer, R. (Ed.): Self-efficacy: Thought control of action. Hemisphere, Washington, DC, (pp. 217-242).
- Schwarzer, R. (1993). Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für Gesundheitsverhalten. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 1, (S. 7-31).
- Schwarzer, R. (1996). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1997). Gesundheitspsychologie. Hogrefe: Göttingen.
- Schwarzer, R. (2000). Stress, Angst, Handlungsregulation. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Schwarzer, R., Gesundheitspsychologie (2002). In: Schwarzer, R./Jerusalem, M./Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Göttingen: Hogrefe, (S. 175-179).
- Schwarzer, R. (2004). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2006). Enzyklopädie der Psychologie / Serie 10: Gesundheitspsychologie: Bd 1 (Gebundene Ausgabe) Hogrefe: Göttingen.
- Schwarzer, R., Hahn, A., Renner, B. (1996). Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study (Brahms). Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben "Risikoinformation und Gesundheitskognitionen".. <http://userpage.fu-berlin.de/~ahan/ brahms/>
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Freie Universität Berlin, Berlin. <http://www.fu-berlin.de/gesund/>
- Schwenkmetzger, P., Schmidt, L. R. (1994).(Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke.
- Schwenkmetzger, P., Schlicht W. (1999). Sport und psychische Gesundheit: Die Notwendigkeit neuer Forschungsparadigmen. In: Allmer (Hrsg.), 30 Jahre asp 1999 (S. 70-81). Schorndorf: Hofmann.



- Sheeran, P ( 2002).Intention-behaviour relations: A conceptual and empirical review. In: Strobe, W/Hewstone, M (eds.), *European Review of Social Psychology*. Chichester: Wiley: Vol 12, (pp 1-30).
- Sheldon, K. M. & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, (pp.482-497).
- Sheldon, K. M. & Houser-Marco, L. (2001).Self-concordance, goal attainment, and the pursuit of happiness: Can there be an upward spiral? *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Sherman, S, d´Agostino, R., Silberhartz, H. & Kannel, W. (1999). Comparison of past versus recent physical activity in the prevention of premature death and coronary artery disease. *American Heart Journal*, 138, (pp.900-907).
- Simkin, L.R. & Gross, A.M. (1994). Assessment of coping with high-risk situations for exercise relapse among healthy women. *Health Psychology*, 13, (pp.274-277).
- Sniehotta, F.F. & Schwarzer, R. (2003). Modellierung der Gesundheitsverhaltensänderung. In: Jerusalem. M. & Weber H. (Hrsg.): *Psychologische Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Stadler, G., Oettingen, G., Gollwitzer, P.M. (2005). *Gesundheit beginnt im Kopf: Von der Fantasie zum Ziel zum gesunden Lebensstil*. DAK Zentrale, Hamburg.
- Steinmetz, N. (2005). *Stressmanagement für Führungskräfte*. Hamburg: Kovac.
- Stiller, J. & Alfermann, D. (2005). Selbstkonzept im Sport. *Zeitschrift für Psychologie*, 12, (S.119-126).
- Stoll, O.(2001). *Wirkt körperliche Aktivität ressourcenprotektiv?* Lengerich: Pabst.
- Sudeck, G. Höhner, O. & Willimczik, K. (2005). Volitionspsychologische Förderung sportlicher Aktivität von Rückenschmerz-Patienten in der medizinischen Rehabilitation. In VDR (Hrsg.), *Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven DRV-Schriften; Bd. 59* (S. 313-315). Bad Homburg: wdw.
- Task Force on Community Preventive Services (2005). *Physical activity. Guide to community preventive services, systematic reviews and recommendations*. Verfügbar unter: <http://www.thecommunityguide.org/pa>.
- Taylor, A. (2000). Physical activity, anxiety and stress. In S.J. H. Biddle, K.R. Fox & S.H. Bourcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being*, (pp. 10-45). London: Routledge.
- Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. Basic Books, New York.
- Titze, S., Strongegger, W. (2002). Deutschsprachige Rekonstruktion der Strategien der Verhaltensänderung nach dem Transtheoretischen Modell – analysiert bei Teilnehmerinnen eines Frauenlaufs. In: *International Journal of Public Health* 47, 4, (S. 251-261).

- USDHHS (1996). Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, A, J. L., Norman, N, G. J., Redding, G, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical model of behavior change. In: Homeostasis 38 (S. 216-233).
- Verband Deutscher Fitness- und Freizeitunternehmen (2002). VDF-Branchenreport: Fitness-Fakten. München.
- Vögele, C. (2003). Sport und Bewegung als Handlungsansatz. In F. Petermann & V. Pudiel (Hrsg.). Adipositas (S. 283-301). Göttingen: Hogrefe.
- Vuori, I.M. (2004) Inactivity as a disease risk and health benefits of increased physical activity. In: P. Oja & J. Borns (Eds.), Health enhancing physical activity (pp. 29-95). Oxford: Meyer & Meyer Sport.
- Wagner- Link, A.: (2008). Stress. Broschüre der Techniker Krankenkasse.
- Wagner, P.(1996). Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartungen zu gesundheitisorientierten Bewegungsprogrammen. Unveröffentlichtes Manuskript. Technische Universität Darmstadt.
- Wagner, P. (2000). Aussteigen oder dranbleiben? Determinanten der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität in gesundheitsorientierten Sportprogrammen. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Wagner-Link, A. (2004). Prävention und seelische Gesundheit. In: Höfling, S., Giesecke, O. (Hrsg.): Gesundheit im Alltag. München: Antwerp Verlag.
- Warburton, D.E.R., Gledhill N. & Quinney A. (2001). The effect of changes musculoskeletal fitness on health. Canadian Journal of Applied Psychology, 26, (pp. 217-237).
- Weinert, F.E. (1987). Bildhafte Vorstellungen des Willens. In H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F.E. (Hrsg.). Jenseits des Rubikons: Der Wille in den Humanwissenschaften (S. 10-26). Berlin: Springer.
- Weinstein, N.D. & Sandmann, P.M. (1992): A model fo the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. Health Psychology 11, (pp.170-180).
- World Health Organization (1986). Ottawa Charta for Health Promotion. Ottawa: WHO.
- World Health Organization (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kap. V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern (4. Aufl.) .
- Williams, D.M., Anderson, E.S. & Winett, R.A. (2005). A review of the outcome expectancy construct in physical activity research. Annals of Behavioral Medicine, 29, (pp.70-79).
- Willich, S.N., Müller-Nordhorn, J., Kulig, M. Binting S. et al., (2001). Cardiac risk factors, medication and recurrent clinical events after acute coronary disease: A prospective cohort study. European Heart Journal, 22, (pp. 307-313).

- Willms, J.F. (2004). Coaching zur Umsetzung persönlicher Ziele. Entwicklung, Durchführung und Evaluation. Diplomarbeit im Fachgebiet Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Osnabrück.
- Woll, A. & Bös, K. (2004). Wirkungen von Gesundheitssport. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 20, (S. 97-106).
- Wood, W., Tam, L. & Guerrero Witt, M. (2005). Changing circumstances, disrupting habits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, (pp 918-933).
- Wopp, C. (1995). *Entwicklungen und Perspektiven des Freizeitsports*. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002. Reducing risk, promoting healthy*. Geneva: World Health Organization.
- Ziegelmann, J.P., Lippke, S. & Schwarzer, R. (2006). Adoption and maintenance of physical activity: Planning interventions in young, middle-aged and older adults. *Psychology & Health*, 21, pp. 145-159.
- Ziegelmann, P. & Lippke S. (2006). Selbstregulation in der Gesundheitsverhaltensveränderung. . In *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14 (2), (S. 82-90). Göttingen: Hogrefe.
- Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J. (2003). *Psychologie*. Berlin: Springer Verlag.

## 22 Anhang

### 22.1 Fragebögen

#### Aufnahmebogen des Klienten

Code: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ (= Klienten Code z.B. 190569)

**1.) Geschlecht:**

- (a) weiblich
- (b) männlich

**2.) Schulabschluss:**

- (a) kein Abschluss
- (b) Hauptschul-Abschluss
- (c) Realschulabschluss
- (d) Fach-Abitur
- (e) Hochschul-Abschluss
- (f) Sonstiges, und zwar.....

**3.) Sind Sie zur Zeit erwerbstätig:**

- (a) Zur Zeit bin ich nicht erwerbstätig
- (b) Ich bin erwerbstätig, und zwar
  - ganztags
  - Teilzeit

**6.) Haben Sie schon einmal im Fitness-Studio trainiert?**

- (a) Neueinsteiger: hat noch nie Sport im Studio getrieben
- (b) Wiedereinsteiger: hat schon im Studio Sport getrieben, jedoch unregelmäßig

**7.) Wie lange ist Ihre Vertragsdauer im Fitness-Studio?**

- (a) Kürzer als 1 Jahr:
- (b) 1 Jahr:
- (c) länger als 1 Jahr:

verbleibende Vertragsdauer in Wochen: \_\_\_\_\_ (mindestens 20 Wochen)

**8.) Wie weit wohnen Sie vom Fitness-Studio entfernt?**

Entfernung der Wohnstätte vom Fitness-Studio/Trainingseinrichtung in km: \_\_\_\_\_

**9.) Welche Sportaktivitäten betreiben Sie zurzeit?**

- ich betreibe zurzeit keine Sportaktivität
- ich betreibe zurzeit folgende Sportaktivitäten und zwar

- a) \_\_\_\_\_ ( pro Monat betreibe ich diese Aktivität \_\_\_\_ Mal)
- b) \_\_\_\_\_ ( pro Monat betreibe ich diese Aktivität \_\_\_\_ Mal)
- c) \_\_\_\_\_ ( pro Monat betreibe ich diese Aktivität \_\_\_\_ Mal)

**10.) Wie beurteilen Sie Ihren körperlichen Zustand?**

sehr schlecht                      sehr gut  
5 - 4 - 3 - 2 - 1

**11.) Wie beurteilen Sie Ihr seelisches Befinden?**

sehr schlecht                      sehr gut  
5 - 4 - 3 - 2 - 1

**12.) Wie stark ist Ihre Absicht, in den nächsten Wochen und Monaten regelmäßig aktiv zu sein?**

sehr gering                      sehr stark  
5 - 4 - 3 - 2 - 1

## Fragebogen zur sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz (Fuchs, 2006)

**Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Absicht, Sport zu treiben zutreffen:**  
Ich beabsichtige, in den nächsten Wochen und Monaten regelmäßig aktiv zu sein,....

6- 5- 4- 3- 2- 1

- |            |                                                                          |                                                                                                                                                       |                                                            |
|------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>1.</b>  | <b>weil sportliche Aktivität einfach zu meinem Leben gehört.</b>         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |
| <b>2.</b>  | <b>weil Personen, die mir wichtig sind, mich dazu drängen</b>            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |
| <b>3.</b>  | <b>weil ich sonst ein schlechtes Gewissen hätte</b>                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |
| <b>4.</b>  | <b>weil ich gute Gründe dafür habe</b>                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |
| <b>5.</b>  | <b>weil es mir einfach Spaß macht.</b>                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |
| <b>6.</b>  | <b>weil ich sonst mit anderen Personen Schwierigkeiten bekomme.</b>      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |
| <b>7.</b>  | <b>weil ich denke, dass man sich manchmal auch zu etwas zwingen muss</b> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |
| <b>8.</b>  | <b>weil es gut für mich ist.</b>                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |
| <b>9.</b>  | <b>weil ich dabei Erfahrungen mache, die ich nicht missen möchte.</b>    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |
| <b>10.</b> | <b>weil andere sagen, ich soll sportlich aktiv sein</b>                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |
| <b>11.</b> | <b>weil ich mir sonst Vorwürfe machen müsste</b>                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |
| <b>12.</b> | <b>weil die positiven Folgen einfach die Mühe wert sind.</b>             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | trifft genau zu<br>6- 5- 4- 3- 2- 1<br>trifft gar nicht zu |

## Fragebogen zur sportbezogenen Selbstwirksamkeit (Pahmeier, 1999)

Geben Sie bitte an, inwieweit die nachfolgenden Aussagen für Sie zutreffen. Wenn Sie eine Aussage mit „Ja“ beantworten, kreuzen Sie bitte dann auf der Skala von 10 bis 100 an, wie sicher Sie sich bezüglich dieser Aussage sind.

**Ich bin überzeugt, mein Trainingsprogramm auch dann noch ausüben zu können, wenn**

**1. meine familiären Verpflichtungen und Belastungen mir eigentlich keine Zeit dafür lassen**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**2. ich beruflich sehr eingespannt bin.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**3. ich sehr schwierig Zeit dafür finde.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**4. ich mir unsicher bin, ob meine körperlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten dazu ausreichen.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher

**5. ich Angst habe, mich dabei zu verletzen.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**6. ich in meiner Umgebung (Partner, Freunde, Kinder) zu wenig Unterstützung dafür finde.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**Ich bin überzeugt, mein Trainingsprogramm auch dann noch ausüben zu können, wenn**

**7. ich einen regelmäßigen Termin dafür nur schwer in meinen Zeitplan einbauen kann.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**8. ich mich ein wenig geniere, in meiner körperlichen Verfassung daran teilzunehmen.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**9. das Trainingsprogramm in den ersten Wochen keine sichtbaren Erfolge bringt.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**10. ich Beschwerden habe und mich gesundheitlich beeinträchtigt fühle.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**11. ich langsamer Fortschritte mache als andere Teilnehmer/Mitglieder.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**12. ein Familienmitglied erkrankt und meine Hilfe braucht.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**13. ich eine Verpflichtung habe, die sich zeitlich mit dem Termin des Trainings überschneidet.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**14. Trainingspartner aus dem Training aussteigen.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------



**Ich bin überzeugt, mein Trainingsprogramm auch dann noch ausüben zu können, wenn**

**15. ich Trainingsziele nicht so schnell wie erwartet erreiche.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

**16. ich an einen von der Stelle der sportlichen Aktivität weiter entfernten Ort umziehen muss.**

nein

<input type="checkbox"/> ja	ziemlich sicher	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	ganz sicher
-----------------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------------

## Fragebogen zum Abbruch des Sporttreibens (Fuchshuber, 2007)

Wie lange haben Sie trainiert (erster bis letzter Trainingstag): \_\_\_\_\_ Wochen

**Kategorie:**

- Früher Abbrecher (weniger als 10 Wochen regelmäßiges Training)  
 Später Abbrecher (mehr als 10 Wochen regelmäßiges Training)

**Welche Ursachen sind für Ihren Abbruch am ehesten verantwortlich?**

**Ich habe das Training abgebrochen weil**

- |    |                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
|----|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. | ich keinen Spaß beim Training habe                     | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |  |
|    |                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|    |                                                        | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |  |
|    |                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 2. | andere Verpflichtungen wichtiger sind                  | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |  |
|    |                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|    |                                                        | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |  |
|    |                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 3. | ich den Anschluss beim Training verloren habe          | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |  |
|    |                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|    |                                                        | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |  |
|    |                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 4. | ein Umzug ansteht                                      | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |  |
|    |                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|    |                                                        | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |  |
|    |                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 5. | ich mich beim Training schäme                          | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |  |
|    |                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|    |                                                        | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |  |
|    |                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 6. | mich die Trainer zu wenig betreuen                     | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |  |
|    |                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|    |                                                        | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |  |
|    |                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 7. | andere Tätigkeiten attraktiver sind                    | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |  |
|    |                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|    |                                                        | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |  |
|    |                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 8. | ich unzufrieden mit den Konsequenzen des Trainings bin | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |  |
|    |                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|    |                                                        | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |  |
|    |                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 9. | ich krank geworden bin                                 | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |  |
|    |                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

- |     |                                                      | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |
|-----|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. | mein Partner/meine Familie mich nicht unterstützen   | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |
|     |                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     |                                                      | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |
| 11. | Fitness-Training nicht das Richtige für mich ist     | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |
|     |                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     |                                                      | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |
| 12. | ich nicht mehr mit meinem Trainingspartner trainiere | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |
|     |                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     |                                                      | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |
| 13. | ich z.Z. finanzielle Belastungen habe                | 6-                       | 5-                       | 4-                       | 3-                       | 2-                       | 1                        |
|     |                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     |                                                      | trifft genau zu          |                          |                          |                          |                          | trifft gar nicht zu      |

# Fragebogen zur Evaluation des Coachings aus Sicht des Klienten (Fuchshuber, 2007)



## (1) Beziehung zum Coach

Ich konnte eine vertrauensvolle Beziehung zum Coach aufbauen.

6- 5- 4- 3- 2- 1  
       
trifft genau zu      trifft gar nicht zu

## (2) Erfolg des Coachings

Für die Planung und Durchführung meiner sportlichen Aktivität war das Coaching hilfreich.

6- 5- 4- 3- 2- 1  
       
trifft genau zu      trifft gar nicht zu

## (3) Erfahrene Unterstützung

Ich konnte ausreichend Unterstützung erfahren durch

- a) das Coaching
- b) die Trainingsbetreuung
- c) mein soziales Umfeld

6- 5- 4- 3- 2- 1  
       
       
       
trifft genau zu      trifft gar nicht zu

> Beantworten Sie nun folgende Fragen bitte mit Ihrem Coach zusammen.

**(4) Bitte schätzen Sie ein, wie bedeutsam die einzelnen Sitzungen im Coaching für Sie waren**

	sehr bedeutsam		wenig bedeutsam			
	6-	5-	4-	3-	2-	1
a. Analyse der Handlungsfelder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kosten-Nutzen-Analyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Individuelle Zielformulierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Zielabstufung (GAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. SORK-Strategien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Barriereplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Trainingsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Arbeitsmittel würden Sie wie verbessern?

---

**(5) Persönliche Entwicklung**

Was haben Sie im Coaching noch über sich gelernt?

Welche Fertigkeiten wollen Sie beibehalten oder weiterentwickeln?

Können Sie Erkenntnisse oder Fähigkeiten, die Sie im Coaching erworben haben, in andere Lebensbereiche übertragen?

## Fragebogen zur Evaluation des Coachings aus Sicht des Coaches (Fuchshuber, 2007)

### (2) Beziehung zu dem Klienten

Ich konnte eine vertrauensvolle Beziehung  
zu dem Klienten aufbauen.

6- 5- 4- 3- 2- 1  
       
trifft genau zu                      trifft gar nicht zu

### (3) Erfolg des Coachings

Aus meiner Sicht war das Coaching  
für den Klienten hilfreich.

6- 5- 4- 3- 2- 1  
       
trifft genau zu                      trifft gar nicht zu

### (4) Erfahrene Unterstützung

Ich konnte ausreichende Unterstützung erfahren durch

- a) den Kurs Einführung in das Coaching
- b) persönliche Betreuung durch die Versuchsleiterin
- c) Austausch mit anderen Studierenden

6- 5- 4- 3- 2- 1  
trifft genau zu                      trifft gar nicht zu

### (5) Anwendung der Arbeitsmittel

Mit folgenden Arbeitsmitteln bin ich eher gut zurechtgekommen

- a. Analyse der Handlungsfelder
- b. Kosten-Nutzen-Analyse
- c. Individuelle Zielformulierung
- d. Zielabstufung (GAS)
- e. SORK-Strategien
- f. Barriereplan
- g. Interviewleitfaden

6- 5- 4- 3- 2- 1  
trifft genau zu                      trifft gar nicht zu  
       
       
       
       
       
       
       
trifft genau zu                      trifft gar nicht zu

Welche Arbeitsmittel würden Sie wie verbessern?

---

---

**(6) Persönliche Entwicklung**

Was ist Ihr persönlicher Gewinn durch das Coaching?

Welche Fertigkeiten konnten Sie im Laufe des Coachings verbessern?

Können Sie Erkenntnisse oder Fähigkeiten, die Sie im Coaching erworben haben, in andere Lebensbereiche übertragen?

## 22.2 Coaching-Leitfaden für den Coach



Sitzung: 1:

Erwartungen und Inhalte im Coaching

<p><b>1. Erwartungen an das Coaching</b></p>	<p>Was soll sich aus Ihrer Sicht nach dem Coaching in Bezug auf Ihre sportlichen Aktivitäten ändern?</p>
<p><b>2. Beschreibung des Ist-Zustands</b></p>	<p>Wie sehen Ihre sportlichen Aktivitäten zur Zeit aus?  Wie sahen Ihre sportlichen Aktivitäten früher aus? -&gt; herausfinden, ob positive Erfahrungen mit dem Sporttreiben vorhanden sind, wie die Entwicklung der Sportaktivität sich über die Zeit darstellt z.B. schwankend, gleichbleibend</p>
<p><b>3. Sammlung von Gesundheitszielen</b></p>	<p>Weshalb haben Sie sich entschlossen, im Fitness-Studio sportlich aktiv zu werden? -&gt; Definition von <b>biopsychosozialen</b> Gesundheitszielen, z.B. Schmerzfreiheit, geringeres Infarktrisiko, Kontakt zu anderen, seelische Ausgeglichenheit</p>
<p><b>4. Entwicklung ohne Coaching</b></p>	<p>Was ist die zu erwartende Entwicklung ohne Coaching? Was passiert, wenn Sie keine Unterstützung erhalten?</p>
<p><b>5. Transparenz des Vorgehens</b></p>	<p>Überlegungen zum Vorgehen mitteilen: Inhalte des Coachings (Zielsetzung, Handlungsplan und Barriereplan) Aushändigen des <b>Coaching-Begleiters (CB)</b></p>
<p><b>6. Vereinbarungen</b></p>	<p>Schriftliche Einverständniserklärung des Klienten zur Teilnahme an einem wissenschaftlichen Projekt. Rhythmus von Treffen, Zeitbedarf, Ort des Coachings festlegen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trainingsprotokoll führen</li> <li>• Coaching Begleiter ausfüllen</li> <li>• Hausaufgaben machen</li> <li>• Termine rechtzeitig absagen</li> </ul> <p><b>Es sollte ein ruhiger Ort für das Coaching vorhanden sein, um ein ungestörtes Gespräch zu ermöglichen.</b></p>
<p><b>7. psychologische Diagnostik</b></p>	<p>Fragebögen zur Selbstwirksamkeit und Selbstkonkordanz</p>
<p><b>8. Leistungsdiagnostik</b></p>	<p>Körperlicher Leistungstest</p>

<p><b>1. Bedeutung von Zielen</b></p>	<p>Erklären, warum die Zielformulierung so wichtig ist (z.B. Vergleich mit einem Reisebüro)</p> <p>Hinweis auf die formulierten Gesundheitsziele aus Sitzung 1</p> <p>Erklären, was ein <b>Be-Ziel</b> (Ober-Ziel, z.B. Schmerzfreiheit; reduzierter Taillenumfang, Ausdauerleistung, Kraftzuwachs) und ein <b>Do-Ziel</b> (Teil- bzw. Handlungsziel: hier sportliche Aktivität) ist.</p> <p>Eigenschaften eines guten Ziels beschreiben: SMART-Formel, Formulierung in der Gegenwartsform</p> <p><b>S: spezifisch</b> : konkretes Verhalten oder konkreter Zustand (unkonkret wäre z.B. fitter sein, mit dem Training anfangen)</p> <p><b>M: messbar</b>: wie oft, wie viel?</p> <p><b>A: attraktiv</b>: (1) positive Formulierung: Hin-zu Ziel (2) positive Konsequenz</p> <p><b>R: realistisch</b>: zu viel, zu wenig?</p> <p><b>T: terminiert</b>: ab wann, bis wann?</p>
<p><b>2. Be-Ziel</b></p>	<p><i>Was möchten Sie gerne durch Ihre Sportaktivität in den nächsten 10 Wochen erreichen?</i> z.B. 3 kg Gewicht verlieren, 40 min am Stück auf dem Laufband laufen <i>Woran erkennen Sie, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?</i></p> <p>Formulierung: Ich wiege am 7.05.2007 schon 3 kg weniger, also 67 kg und ich laufe locker und entspannt 40 min auf dem Laufband.</p>
<p><b>3. Do-Ziel</b></p>	<p><i>Welche Sportaktivitäten werden Sie durchführen, um Ihre Ziele zu erreichen?</i> <i>Welche Sportaktivität werden Sie, wann, wo, wie häufig und evtl. mit wem durchführen, um Ihre Ziele zu erreichen?</i></p> <p>Formulierung: Ich nehme von Montag bis Freitag täglich an der Rückenschule um 17.00 Uhr im Studio teil. Ich freue mich auf die Entspannung und die Zeit für mich.</p>

**4. GAS (goal attainment scaling)**

*Manchmal erreichen wir unsere Ziele viel besser als erwartet, manchmal erreichen wir unsere Ziele auch schlechter als erwartet. Deshalb ist es hilfreich, sich bei seiner Zielerreichung einen persönlichen Spielraum einzuplanen.*

*Stufen Sie bitte Ihre Ziele auf dieser Skala (GAS= goal attainment scaling) ein. Was wäre ein Ziel in den nächsten 10 Wochen, das besser ist, als Sie erwarten? Was wäre ein Ziel, das schlechter ist, als Sie erwarten? usw.*

-

**>Eintrag in den Coachingbegleiter**

**Beispiel:**

	<b>Be-Ziel:</b> Figurformung	<b>Do-Ziel</b> Sportliche Aktivität
Wesentlich schlechter als erwartet	Weniger als 3 kg abgenommen	Jeden 4. Dienstag
Schlechter als erwartet -1	3-4 kg abgenommen	Jeden 2. Dienstag
<b>Erwartetes Ziel 0</b>	<b>5 kg abgenommen</b>	<b>Jeden Dienstag um 19.00 Uhr Rückenschule</b>
Besser als erwartet +1	6 kg abgenommen	Jeden Dienstag und Donnerstag Rückenschule um 19.00 Uhr
Wesentlich besser als erwartet +2	7 kg abgenommen	Jeden Dienstag und Donnerstag Rückenschule um 19.00 Uhr und mittwochs Übungen zu Hause um 7.00 Uhr

**Beachten Sie:**

Als **Do-Ziel** muss die „Häufigkeit der sportlichen Aktivität“ gewählt werden. Die **Be-Ziele** können individuell gewählt werden. Jedes Ziel muss **vom Klienten messbar sein**, z.B.:30 min ohne Pause auf dem Laufband laufen, Bauchumfang um 4 cm reduzieren, 5 kg abnehmen

	<b>Be-Ziel:</b>	<b>Do-Ziel</b>
Wesentlich schlechter als erwartet		
Schlechter als erwartet -1		
<b>Erwartetes Ziel 0</b>		
Besser als erwartet +1		
Wesentlich besser als erwartet +2		

<p><b>Hausaufgabe 1</b></p>	<p><b>Einweisung in die Ziel und Werteklä rung (mind map der Handlungsfelder) in drei Schritten</b></p> <p><b>Schritt 1: Präferenzen in den Handlungsfeldern</b></p> <p>Beantworten Sie zunächst folgende Fragen:</p> <p>Wie wichtig sind für Sie folgende Bereiche Ihres Lebens</p> <p style="text-align: right;">sehr wichtig-----weniger wichtig</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Ihre Hobbies</td> <td style="text-align: right;">5 - 4 - 3 - 2 - 1</td> </tr> <tr> <td>Ihre sozialen Kontakte</td> <td style="text-align: right;">5 - 4 - 3 - 2 - 1</td> </tr> <tr> <td>Ihre Familie/Partnerschaft</td> <td style="text-align: right;">5 - 4 - 3 - 2 - 1</td> </tr> <tr> <td>Ihr Beruf/Karriere</td> <td style="text-align: right;">5 - 4 - 3 - 2 - 1</td> </tr> <tr> <td>Ihr körperliches Wohlbefinden</td> <td style="text-align: right;">5 - 4 - 3 - 2 - 1</td> </tr> <tr> <td>Ihr psychisches Wohlbefinden</td> <td style="text-align: right;">5 - 4 - 3 - 2 - 1</td> </tr> </table> <p><b>&gt; Eintrag in Coaching-Begleiter</b></p> <p><b>Schritt 2: Erstellung von mind maps der Handlungsfelder</b></p> <p>Überlegen Sie sich nun, mit welchen Aktivitäten Sie diese Lebensbereiche ausfüllen und veranschaulichen Sie Ihre Aktivitäten an einem mind map.</p> <p><b>-&gt; Anleitung im Coaching-Begleiter</b></p> <p>-&gt; Der Klient erstellt oder ergänzt ein mind map zur Analyse seiner Handlungsfelder.</p>	Ihre Hobbies	5 - 4 - 3 - 2 - 1	Ihre sozialen Kontakte	5 - 4 - 3 - 2 - 1	Ihre Familie/Partnerschaft	5 - 4 - 3 - 2 - 1	Ihr Beruf/Karriere	5 - 4 - 3 - 2 - 1	Ihr körperliches Wohlbefinden	5 - 4 - 3 - 2 - 1	Ihr psychisches Wohlbefinden	5 - 4 - 3 - 2 - 1
Ihre Hobbies	5 - 4 - 3 - 2 - 1												
Ihre sozialen Kontakte	5 - 4 - 3 - 2 - 1												
Ihre Familie/Partnerschaft	5 - 4 - 3 - 2 - 1												
Ihr Beruf/Karriere	5 - 4 - 3 - 2 - 1												
Ihr körperliches Wohlbefinden	5 - 4 - 3 - 2 - 1												
Ihr psychisches Wohlbefinden	5 - 4 - 3 - 2 - 1												
<p><b>Hausaufgabe 2</b></p>	<p><b>Schritt 3: Analyse des mind maps</b></p> <p>-&gt; Wird zusammen mit dem Coach in der nächsten Sitzung durchgeführt</p> <p><b>Trainingsprotokoll führen</b></p>												

<p><b>1. Besprechung der Hausaufgabe „mind map</b></p>	<p><b>Analyse des mind map</b></p> <p><i>In welchen Lebensbereichen (Beruf, Freizeit) haben Sie weitere Aufgaben und Aktivitäten zu erfüllen? Stimmt die Wichtigkeit Ihrer Lebensbereiche mit dem Ausmaß der Aktivität in diesen Lebensbereichen überein?</i></p> <p><b>Welche Ableitungen aus dem mind map ergeben sich für die Organisation Ihrer sportlichen Tätigkeit?</b></p> <p><i>Wer unterstützt Sie bei Ihrer Sportaktivität? Wer hemmt Sie dabei ?</i> -&gt; <b>Eintrag im Coaching-Begleiter</b></p>
<p><b>2. GAS Anpassung</b></p>	<p><b>Wollen Sie Ihre Ziele anpassen/verändern?</b></p> <p><i>z.B. soll die Trainingshäufigkeit eingeschränkt werden, soll nur unter bestimmten Bedingungen/Zeiträumen regelmäßig trainiert werden?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Was spricht für die Anpassung?</p>
<p><b>3. Kosten-Nutzen-Analyse</b></p>	<p><i>Was spricht für eine regelmäßige sportliche Aktivität? Welche positiven Konsequenzen erwarten Sie, wenn Sie regelmäßig Ihre sportliche Aktivität ausüben?</i></p> <p>Beispiele: aufmerksamer, konzentrierter, stolz auf mich, Selbstwert steigt, bessere Figur, schönere Klamotten, attraktiver</p> <p><i>Was spricht dagegen? Welche negativen Konsequenzen erwarten Sie, wenn Sie regelmäßig sportliche Aktivität ausüben? Was könnte Sie an der Realisierung hindern?</i></p> <p>Beispiele: schwieriges Zeitmanagement, keine Lust, kein Erfolg, negative Einflüsse von Bekannten, berufliche Engpässe</p> <p>Klienten aufmerksam machen auf <b>kurzfristige positive emotionale Konsequenzen</b> wie z.B. Ablenken vom Alltagsstress führt zu einer besseren emotionalen Stimmung.</p> <p>-&gt; <b>Eintrag im Coachingbegleiter</b></p>
<p><b>4. kurzfristig positive Konsequenzen</b></p>	<p><b>Kurzfristige positive Konsequenzen</b> sind eine starke Motivation, eine Handlung auszuführen und dranzubleiben. Trainieren Sie deshalb die <b>Wahrnehmung des Klienten auf alle positiven Gefühle, Gedanken und Ereignisse</b>, die eintreten, wenn er im Fitness-Studio sportlich aktiv ist.</p> <p><i>Welche kurzfristig positiven Konsequenzen können Sie bei dem sportlichen Training in Ihrem Fitness-Studio wahrnehmen?</i></p> <p>-&gt; <b>Eintrag im Coaching-Begleiter</b></p>
<p><b>Hausaufgabe 1</b></p>	<p><b>Formulierung und Wahrnehmung positiver kurzfristiger Konsequenzen bei sportlichem Training im Fitness-Studio.</b></p> <p>-&gt; <b>Eintrag im Coaching-Begleiter</b></p>
<p><b>Hausaufgabe 2</b></p>	<p><b>Trainingsprotokoll führen</b></p>

<b>1. kurzfristig positive Konsequenzen</b>	<i>Welche Erfahrungen haben Sie bei der Wahrnehmung der kurzfristig positiven Konsequenzen gemacht?</i>
<b>2. Identifikation von Barrieren</b>	<p><i>Haben Sie sich schon überlegt, welche schwierige Situationen (=Barrieren) bei der Ausübung Ihrer sportlichen Aktivität auftreten können? Solange man nicht weiß, wer oder was genau einen davon abhält, sportlich aktiv zu sein, kann man diese Schwierigkeit auch nicht angehen oder aus dem Weg räumen.</i></p> <p><i>Um Barrieren überwinden zu können müssen sie zunächst identifiziert und bewusst gemacht werden. Es gibt verschiedene Arten von Barrieren.</i></p> <p><b>Äußere Barrieren</b> sind Umweltgegebenheiten oder andere Personen, die Sie an Ihrem Training hindern können. Beispiele: <i>Partner mit anderen Bewegungsgewohnheiten, Fahrt zum Fitnessstudio, Training ist langweilig</i></p> <p><b>Innere Barrieren</b> sind Stimmungen, Gedanken oder Ihr körperliches Befinden. Beispiele: <i>niedergeschlagene Stimmung, keine Lust, müde</i></p> <p><i>Welche Barrieren könnten Sie von der Durchführung Ihrer sportlichen Aktivität abhalten? Welche kritischen Situationen/Barrieren können auftreten, die Sie von Ihrer sportlichen Aktivität abhalten können?</i></p> <p><b>-&gt; Eintrag im Coaching-Begleiter</b></p>
<b>2. Brainstorming zum Barriere-management</b>	<p><i>Welche Ideen fallen Ihnen ein, die Sie bei der Durchführung Ihrer Sportaktivität unterstützen können?</i></p> <p><i>Was werden Sie tun, damit Sie sich bei Ihrer regelmäßigen Sportaktivität unterstützen können?</i></p> <p><b>Wichtig: aktiv zuhören, nachfragen, konkretisieren</b></p> <p><b>Coach erarbeitet mit dem Klienten z.B. auf kleinen Moderationskarten Strategien zum Umgang mit Barrieren.</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p>An Slogan denken: Sport macht Mut –das tut mir gut.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p>An den Trainingstagen um 17.00 Uhr Arbeit beenden.</p> </div> </div>

<b>3.SORK-Schema erklären</b>	<p>Coach ordnet diese Strategien dem SORK-Schema zu.</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="342 284 510 352"> <b>Förderliche Bedingungen</b> </td> <td data-bbox="538 284 773 320">           Hübsche Sportklamotten         </td> <td data-bbox="799 284 916 320">           Babysitter         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="342 368 510 437"> <b>Förderliche Gedanken</b> </td> <td colspan="2" data-bbox="538 368 816 437">           An Slogan denken: Sport macht Mut – das tut mir gut.         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="342 453 510 521"> <b>Förderliches Tun</b> </td> <td colspan="2" data-bbox="538 453 816 521">           An den Trainingstagen um 17.00 Uhr Arbeit beenden.         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="342 537 510 606"> <b>Förderliche Konsequenzen</b> </td> <td colspan="2" data-bbox="538 537 740 590">           Cappuccino danach         </td> </tr> </table> <p>Der Coach weist auf mögliche Strategien hin, mit denen sich der Klient selbst unterstützen kann.</p>	<b>Förderliche Bedingungen</b>	Hübsche Sportklamotten	Babysitter	<b>Förderliche Gedanken</b>	An Slogan denken: Sport macht Mut – das tut mir gut.		<b>Förderliches Tun</b>	An den Trainingstagen um 17.00 Uhr Arbeit beenden.		<b>Förderliche Konsequenzen</b>	Cappuccino danach	
<b>Förderliche Bedingungen</b>	Hübsche Sportklamotten	Babysitter											
<b>Förderliche Gedanken</b>	An Slogan denken: Sport macht Mut – das tut mir gut.												
<b>Förderliches Tun</b>	An den Trainingstagen um 17.00 Uhr Arbeit beenden.												
<b>Förderliche Konsequenzen</b>	Cappuccino danach												

## SORK-Strategien zum Barrieremanagement

### 1. Förderliche Bedingungen

Überlegen Sie sich, wie Sie Ihre Umwelt zu Hause oder am Arbeitsplatz gestalten können, damit Sie ans Sporttreiben erinnert werden. Beginnen Sie, mögliche Barrieren in Ihrer Umwelt so zu verändern, dass es Ihnen leichter gelingt, Ihren Trainingstermin wahrzunehmen.

*Wie kann ich mir günstige Bedingungen im Alltag schaffen damit es mir leicht fällt zum Training zu gehen?*

### 2. Förderliche Gedanken

Wenn Sie keine Lust auf Ihr Training haben oder sich müde fühlen können Sie sich mit positiven Gedanken unterstützen. Stellen Sie sich dabei vor Sie sind Ihr eigener Coach und führen ein kleines Selbstgespräch.

*Was werde ich denken, damit es mir leicht fällt, zum Training zu gehen?*

### 3. Förderliches Tun

Manchmal ist es wichtig, dass Sie Verhaltensweisen die Sie vom Training abhalten können, aktiv verändern. Überlegen Sie sich wie Sie sich gegenüber konkurrierenden Handlungsmöglichkeiten wie z.B. Überstunden, Einladungen oder familiären Verpflichtungen abschirmen können. Mit welchen Maßnahmen können Sie sich auf Ihren Trainingstermin vorbereiten?

*Was werde ich tun, damit es mir leicht fällt, zum Training zu gehen?*

### 4. Förderliche Konsequenzen

Loben Sie sich immer wieder selbst für jede absolvierte Trainingseinheit. Wenn Sie wollen, können Sie sich gerne auch für Ihr Training belohnen. Freuen Sie sich auch über die Anerkennung durch andere Personen.

*Wie werde ich mich verstärken, damit es mir leicht fällt, zum Training zu gehen?*

**SORK-Tabelle**

Strategien	Beispiele
<b>Förderliche Bedingungen</b> <b>S = Situation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kontrollierende Bedingungen des Alltags/ Hinweisreize:</b> Trainingstermin im Kalender, Sportsachen bereits gepackt im Auto.</li> <li>• <b>erleichternde Umweltbedingungen:</b> Kinderhort, öffentliche Verkehrsmittel.</li> <li>• <b>hilfreiche Beziehungen:</b> Freund holt mich ab, Kontrollanruf.</li> </ul>
<b>Förderliche Gedanken</b> <b>O = Organismus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>sich selbst ermuntern:</b> Auf geht's!</li> <li>• <b>sich selbst anleiten:</b> Als erstes werde ich mich 5 Minuten warm machen, dann 2 Bauchübungen.....</li> <li>• <b>Ziele vergegenwärtigen:</b> Ich mache mir bewusst, wie wichtig es ist, mir Zeit für mich zu nehmen.</li> <li>• <b>an positive Konsequenzen denken (nachmotivieren):</b> Ich freue mich darauf, mich abzulenken.</li> <li>• <b>sich selbst verpflichten:</b> Ich habe mir feste Zeiten für mein Training gesetzt und werde dies auch einhalten.</li> </ul>
<b>Förderliches Tun</b> <b>R = Reaktion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Handlungsalternativen abschirmen:</b> aus dem Trainingstermin einen heiligen Termin machen, Fernseher nicht anschalten, Einladung am Trainingstag absagen/verschieben, Trainingstermin anderen mitteilen, nicht nach Hause fahren.</li> <li>• <b>Handlungsunterstützung vorbereiten:</b> Sportsachen packen, S-Bahnverbindung raussuchen, Freund anrufen, rechtzeitig die Arbeit beenden, Babysitter suchen.</li> </ul>
<b>Förderliche Konsequenzen</b> <b>K= Konsequenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Selbstverstärkung</b>  <b>sich selbst loben:</b> Das habe ich gut gemacht! stolz auf sich sein  <b>sich selbst belohnen:</b> Cappuccino nach Training, neue Sportschuhe nach dem 10. Training kaufen)</li> <li>• <b>Fremdverstärkung:</b> Lob durch Freundin/Trainer, Freigetränk ab der 10. Trainingseinheit.</li> </ul>

<b>4.) Erstellen eines Barriereplans</b>	<p>Die Strategien sind noch wirkungsvoller, wenn sie in einem konkreten Einsatzplan ( nach dem Motto: „in welchen kritischen Situationen kann ich mich mit welcher Strategie unterstützen?“) festgehalten werden.</p> <p>-&gt; Eintrag in Coaching-Begleiter „Barriereplan“</p>
<b>Hausaufgabe 1</b>	<p>Protokollieren der angewandten SORK-Strategien im Coaching-Begleiter</p>
<b>Hausaufgabe 2</b>	<p>Trainingsprotokoll führen</p>



<b>1. Bewertung der Strategien</b>	<p><i>Welche Strategien waren für Ihre sportliche Aktivität hilfreich?</i></p> <p><i>Welche Strategien waren weniger erfolgreich? Begründung?</i></p> <p><b>In die Auswertung gehen alle Strategien, die der Klient <u>durchgeführt</u> hat ein. Geplante, aber nicht durchgeführte Strategien, werden in der Auswertung nicht berücksichtigt.</b></p>
<b>2. Neue/modifizierte Strategien</b>	<p><i>Welche Strategien wollen Sie verändern?</i></p> <p><i>Welche neuen Strategien wollen Sie durchführen?</i></p> <p><b>-&gt; Hinzufügen der Strategien im Coaching-Begleiter</b></p> <p><b>-&gt; Eintrag der Strategien (Anzahl pro Kategorie) in das Übersichtblatt für die Auswertung</b></p>
<b>Hausaufgabe 1</b>	Protokollieren der angewandten SORK-Strategien im <b>Coaching-Begleiter</b>
<b>Hausaufgabe 2</b>	Trainingsprotokoll führen



<p><b>4. Veränderung in den Handlungsfeldern</b></p>	<p>Coach und Klient nehmen sich das mind map aus der zweiten Coaching-Sitzung zur Hand. Coach trägt die Ergebnisse der zweiten Sitzung in die dazugehörige Spalte (sollte vorbereitet werden!).</p> <p><i>Welche Veränderungen in Ihren Handlungsfeldern haben sich ergeben?</i></p> <table border="1" data-bbox="309 395 863 836"> <thead> <tr> <th>Mein Engagement für.....</th> <th>2.Sitzung</th> <th>heute (6.Sitzung)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>meinen Beruf:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>meine Familie/Partnerschaft</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>mein psychisches Wohlbefinden</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>mein körperliches Wohlbefinden</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>meine Hobbies/Ausgleich</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>meine sozialen Kontakte</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>-&gt; Eintrag im Coaching-Begleiter</p>	Mein Engagement für.....	2.Sitzung	heute (6.Sitzung)	meinen Beruf:			meine Familie/Partnerschaft			mein psychisches Wohlbefinden			mein körperliches Wohlbefinden			meine Hobbies/Ausgleich			meine sozialen Kontakte		
Mein Engagement für.....	2.Sitzung	heute (6.Sitzung)																				
meinen Beruf:																						
meine Familie/Partnerschaft																						
mein psychisches Wohlbefinden																						
mein körperliches Wohlbefinden																						
meine Hobbies/Ausgleich																						
meine sozialen Kontakte																						
<p><b>5. Empfehlung</b></p>	<p><b>Empfehlung an einen Freund/Freundin:</b> <i>Was würden Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen einem Freund/Bekanntem empfehlen?</i></p>																					
<p><b>6. Brauchen Sie noch weitere Unterstützung?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <i>Was könnte Ihnen in Ihrer Situation hilfreich sein?</i></p>																					
<p><b>7. Evaluation</b></p>	<p>→ Evaluationsbogen für Klienten → Gekennzeichnete Fragen gemeinsam besprechen</p>																					

<p><b>1. GAS (goal attainment scaling)</b></p>	<p><i>Nehmen Sie bitte die Zielerreichungsskala (GAS) aus dem Coachingbegleiter zur Hand .</i>                  Der Klient umkreist den jeweils erreichten Zielzustand.</p> <p><i>Wie weit haben Sie Ihre Ziele bisher erreicht?</i></p> <p><b>→ GAS Wert:</b></p> <p>Be- Ziel: _____</p> <p>Do: Ziel. _____</p>
<p><b>2. Attribution</b></p>	<p><i>Worin sehen Sie die Ursachen für das Grad Ihrer Zielerreichung?</i></p> <p><i>Weshalb glauben Sie, dass Sie Ihr Ziel erreicht/nicht erreicht haben?</i></p> <p><i>Wie erklären Sie sich, dass Sie Ihr Ziel erreicht/nicht erreicht haben?</i></p> <p><b>Interne/externe Attribution:</b></p> <p>a) in der Person (Anstrengung, Disziplin, Erfolg, Spaß.....)</p> <p>b) in der Umwelt (beruflicher Stress, Anleitung durch Trainer, soziale Unterstützung.....)</p> <p>Achten Sie darauf, dass dem Klienten eine realistische und erfolgsorientierte Attribution gelingt.</p> <p>Externe variable Gründe für den Misserfolg finden und internen Ursachen für den Erfolg hervorheben.</p>
<p><b>3. SORK Bewertung</b></p>	<p><i>Mit welchen Strategien werden Sie sich weiterhin bei der Durchführung Ihrer sportlichen Aktivität unterstützen?</i></p> <p>1: _____</p> <p>2.: _____</p> <p>3.: _____</p>
<p><b>4. psychologische Diagnostik</b></p>	<p>Fragebögen zur Selbstwirksamkeit und Selbstkonkordanz</p>
<p><b>5. Leistungsdiagnostik</b></p>	<p>Körperlicher Leistungstest</p>

**Nach jeder Coaching-Sitzung ist abschließend auszufüllen:**

<b>1. Wahrnehmung des Klienten</b>	(Stimmung/Gefühle; Verhalten; mitgeteilte Gedanken; Fortschritte)
<b>2. Schwierigkeiten</b>	
<b>3. sonstige relevante Eindrücke und /Beobachtungen</b>	
<b>Dauer der Sitzung</b>	

**4. Allgemeiner Eindruck von der heutigen Sitzung**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  
 exzellent    sehr gut    gut    mittelmäßig    weniger gut    schlecht    sehr schlecht

**5. Während der heutigen Sitzung entwickelte sich die Coach-Klient Beziehung**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  
 sehr stark positiv    stark positiv    leicht positiv    gleich geblieben    leicht negativ    stark negativ    sehr stark negativ

## 22.3 Coaching-Begleiter für den Klienten

Liebe(r ) \_\_\_\_\_

in diesem Coaching–Begleiter können Sie alles dokumentieren was für Sie wichtig ist, um regelmäßig sportlich aktiv sein zu können.

Auf der ersten Seite tragen Sie die Ergebnisse Ihres Fitness-Checks ein.

In den nächsten 10 Wochen führen Sie ein Trainingsprotokoll, damit Sie den Verlauf Ihrer sportlichen Aktivität beobachten können.

Der erste Schritt im Coaching besteht darin, dass Sie sich darüber klar werden, was Sie eigentlich erreichen wollen. Sehr oft wissen wir, was wir nicht wollen und können nicht formulieren, was wir eigentlich wollen. Damit Sie regelmäßig sportlich aktiv bleiben, ist es wichtig, dass Sie Ihre eigenen Ziele ganz konkret bestimmen und Freude an deren Verwirklichung haben. Dabei kann es hilfreich sein, herauszufinden, was für Sie wichtig ist und wie Sie Ihre sportliche Aktivität in Ihren Alltag einordnen können.

Wahrscheinlich gibt es Gründe, die Sie bisher vom Training im Fitness-Studio abgehalten haben. Andererseits wären Sie heute nicht hier, wenn Ihnen nicht auch wichtige Argumente für das Sporttreiben bewusst wären. Im Sinne einer Kosten-Nutzen -Analyse haben Sie die Möglichkeit abzuwägen, was für und was gegen Ihre Entscheidung spricht, Sport zu treiben. Eine solche Sammlung von Pros und Contras kann dazu beitragen, Ihre Entscheidung zu klären und zu festigen.

Den wichtigsten Schritt haben Sie bereits getan. Sie haben sich entschlossen, Ihr Bewegungsverhalten zu verbessern und sind bereits dabei Ihren Vorsatz in die Tat umzusetzen. Manchmal können Situationen auftreten die Sie von Ihrem Training abhalten könnten. Deshalb lernen Sie Strategien kennen, die Ihnen helfen, mit Hindernissen umzugehen und sich selbst dabei zu unterstützen regelmäßig Sport zu treiben.

Ich wünsche Ihnen viel Freude und Erfolg bei Ihrem Training und Coaching.

\_\_\_\_\_  
(Coach)

telefonisch erreichbar unter \_\_\_\_\_

Die Parameter zur körperlichen Leistungsdiagnostik werden individuell ausgewählt.

Parameter	Messezeitpunkt 1 (1. Woche)	Messezeitpunkt 2 (10. Woche)
Ruhepuls/Belastungspuls		
Gewicht/BMI		

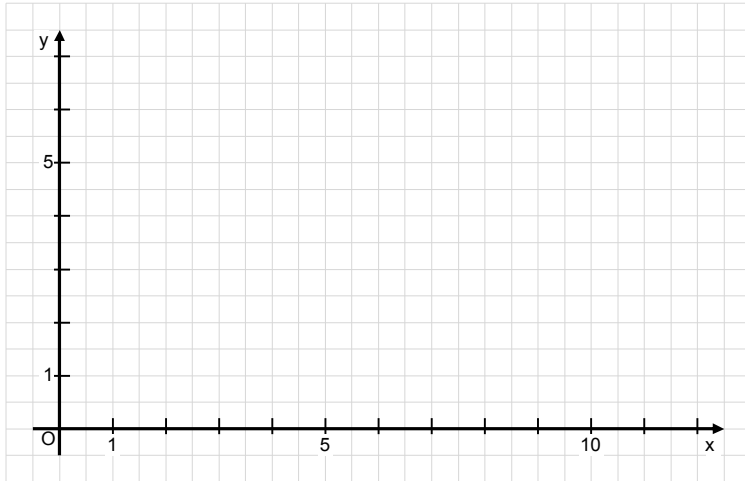
**Mein Trainingsprotokoll**

Woche	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
<b>Häufigkeit pro Woche</b>										
Gerätetraining										
Gymnastik/Kurse										
Selbstangeleitetes Ausdauertraining (indoor)										
Training (outdoor)										



### Graphische Darstellung des Trainingsverlaufs

Häufigkeit



Woche

Bitte zeichnen Sie die Häufigkeit und die Dauer Ihres Trainings als Kurve ein.

1. Welche Ziele wollen Sie erreichen?

**Zielerreichungs-Skala**  
(GAS: goal attainment scaling)

	<b>Durchführung der sportlichen Aktivität „Do-Ziel“</b>	<b>Angabe zum Zielzustand „Be- Ziel“</b>
	<i>Formulieren Sie das Ziel bitte so, dass Sie ein konkretes Verhalten wahrnehmen können.</i>	<i>Formulieren Sie das Ziel bitte so, dass Sie einen messbaren Zustand wahrnehmen können (z.B. in min, cm, kg).</i>
Wesentlich schlechter als erwartet -2		
Schlechter als erwartet -1		
<b>Erwartetes Ziel 0</b>		
Besser als erwartet +1		
Wesentlich besser als erwartet +2		

GAS =

**Beispiel für eine GAS**

	<b>Do-Ziel</b> Sportliche Aktivität	<b>Be-Ziel:</b> Figurformung
Wesentlich schlechter als erwartet	Jeden 4. Dienstag	Weniger als 3 kg.Gewichtsreduktion
Schlechter als erwartet -1	Jeden 2. Dienstag	3-4 kg Gewichtsreduktion
<b>Erwartetes Ziel 0</b>	Jeden Dienstag um 19.00 Uhr Rückenschule	5 kg Gesichtsreduktion
Besser als erwartet +1	Rückenschule 2 Mal pro Woche	6 kg Gewichtsreduktion
Wesentlich besser als erwartet +2	Rückenschule 2 Mal pro Woche und Übungen zu Hause	7 kg Gewichtsreduktion

2. Formulieren Sie Ihr individuelles Ziel in eigenen Worten und beachten Sie dabei die SMART-Formel:

**S:** Ist Ihr Ziel spezifisch?

**M:** Ist Ihr Ziel messbar?

**A:** Ist Ihr Ziel attraktiv formuliert?

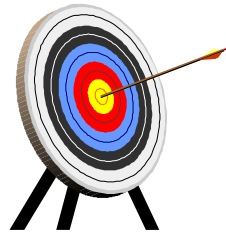
Handelt es sich um eine „Hin-Zu“ Ziel?

**R:** Ist Ihr Ziel realistisch?

**T:** Ist Ihr Ziel terminiert?

Bis wann wollen Sie Ihr Ziel erreicht haben?

Wann beginnen Sie mit der geplanten Aktivität?



Was werde ich konkret bis wann erreicht haben? (Be-Ziel)



Welche Sportaktivität führe ich wann, wie oft, wo mit wem aus?

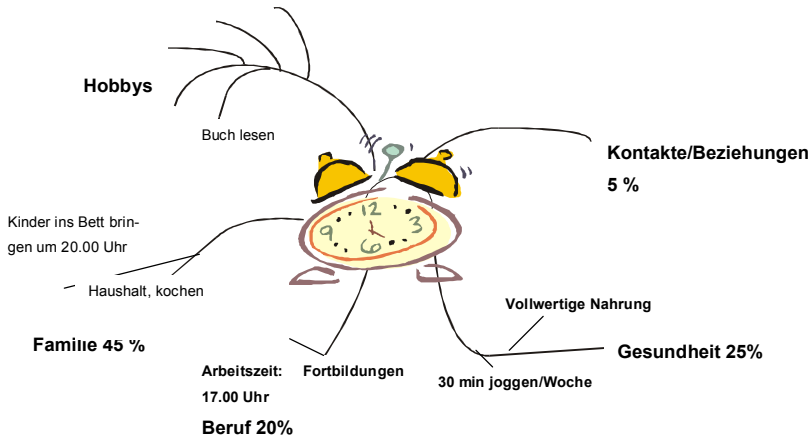
(Do-Ziel)

Hausaufgabe bis zur 3. Sitzung am \_\_\_\_\_

-> Erstellung eines mind maps zur Analyse der Handlungsfelder

## Wie wollen Sie Ihre sportliche Aktivität in Ihren Alltag einordnen?

### Beispiel für ein mind map zu den persönlichen Handlungsfeldern



#### Anleitung zur Erstellung eines mind maps

##### 1. Zeichnen Sie zunächst die Hauptäste des mind map.

Jedem Hauptast wird ein Handlungsfeld aus Ihrem Lebensumfeld zugeordnet. Solche Handlungsfelder können sein:

- **Familie** schließt Pflichten in Partnerschaften, Verantwortung für Kinder, Eltern, Verwandte ein (z.B. kochen, putzen, Verwaltung)
- **Beruf** umfasst alle aktuellen beruflichen Tätigkeiten, auch Nebenjob, Aus- und Weiterbildung u.ä.
- **Gesundheit** bezieht sich auf die aufgewendete Zeit für sportliche Aktivitäten, Informationssuche, Wellness, Entspannungsformen u.ä.
- **Hobbys** beinhaltet alle kulturellen Interessen (z.B. Kino, Ausstellungen) sowie musische/ geistige anregende Tätigkeiten (z.B. malen, musizieren, lesen) oder funktive Aktivitäten (z.B. Einkaufsbummel, fernsehen)
- **Kontakte/Beziehungen** die Zeit verlangen wie Besuch/Einladung von Freunden, Verabredung mit Clique u.ä.

##### 2. Zeichnen Sie dann Nebenäste ein.

Nebenäste symbolisieren Tätigkeiten, Ziele und Anforderungen zu den einzelnen Handlungsfeldern.

##### 3. Ermitteln Sie den zeitlichen Anspruch der Handlungsfelder

Wenn alle Handlungsfelder konkretisiert sind, wird der zeitliche Anspruch gewichtet, d.h. Sie verteilen 100% auf die Hauptäste und können dann noch einmal bei den Nebenästen weiter differenzieren.

## Meine Handlungsfelder

Zeichnen Sie hier nun Ihre eigenen Handlungsfelder ein.



### Beantworten Sie folgende Fragen

- In welchen Lebensbereichen (Beruf, Freizeit) haben Sie weitere Aufgaben und Aktivitäten zu erfüllen?
- Wie werden Sie Ihre sportliche Aktivität in ihrem Lebenskontext organisieren/einordnen?
- Wer unterstützt Sie bei Ihrer Sportaktivität? Wer hemmt Sie dabei ?

Was spricht für, was spricht gegen die Durchführung Ihrer sportlichen Aktivität?

„Ich habe die Absicht, regelmäßig sportlich aktiv zu sein.“	
für Veränderung spricht:	für Beibehaltung des jetzigen Zustandes spricht (gegen Veränderung):

Beantworten Sie nun folgende Fragen:

Was sind Ihre stärksten Gründe für Veränderung?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Was sind Ihre stärksten Gründe gegen eine Veränderung?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Hausaufgabe bis zur 4. Sitzung am \_\_\_\_\_

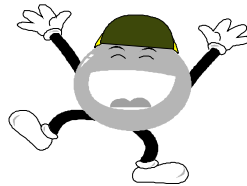
-> **Wahrnehmung kurzfristig positiver Konsequenzen beim Training**

**Kurzfristige positive Konsequenzen** sind eine starke Motivation eine Handlung auszuführen und dran-zubleiben. Trainieren Sie deshalb Ihre **Wahrnehmung auf alle positiven Gefühle, Gedanken und Er-eignisse**, die eintreten, wenn Sie im Fitness-Studio sportlich aktiv sind.

Bitte kreuzen Sie an welche positiven Konsequenzen Ihres sportlichen Trainings für Sie besonders wich-tig sind und ergänzen Sie die Liste positiver Konsequenzen mit Ihren persönlichen Ideen.

**Wenn ich im Fitness-Studio trainiere, dann.....**

- kann ich mich vom Alltagsstress ablenken
- kann ich mich mit Leuten unterhalten
- kann ich mich entspannen
- fühlen sich meine Muskeln fester an
- habe ich eine bessere Körperhaltung
- habe ich ein gutes Gewissen
- bekomme ich Anerkennung von anderen



---

---

---

---

---

Haben Sie sich schon überlegt, welche schwierigen Situationen (=Barrieren) bei der Ausübung Ihrer sportlichen Aktivität auftreten können?

Schreiben Sie zunächst alle Barrieren auf, die Sie von Ihrem Training abhalten können.

Sammlung möglicher Barrieren:



Damit es Ihnen leichter fällt, auch in schwierigen Situationen Ihr sportliches Training aufzunehmen, können Sie folgende Strategien einsetzen:

### 1. Förderliche Bedingungen

Überlegen Sie sich, wie Sie Ihre Umwelt zu Hause oder am Arbeitsplatz gestalten können, damit Sie ans Sporttreiben erinnert werden. Beginnen Sie, mögliche Barrieren in Ihrer Umwelt so zu verändern, dass es Ihnen leichter gelingt, Ihren Trainingstermin wahrzunehmen.

*Wie kann ich mir günstige Bedingungen im Alltag schaffen, damit es mir leicht fällt zum Training zu gehen?*

### 2. Förderliche Gedanken

Wenn Sie keine Lust auf Ihr Training haben oder sich müde fühlen, können Sie sich mit positiven Gedanken unterstützen.

*Was werde ich denken, damit es mir leicht fällt, zum Training zu gehen?*

### 3. Förderliches Tun

Manchmal ist es wichtig, dass Sie Verhaltensweisen, die Sie vom Training abhalten können, aktiv verändern. Überlegen Sie sich, wie Sie sich gegenüber konkurrierenden Handlungsmöglichkeiten wie z.B. Überstunden, Einladungen oder familiären Verpflichtungen abschirmen können.

*Was werde ich tun, damit es mir leicht fällt, zum Training zu gehen?*

### 4. Förderliche Konsequenzen

Loben Sie sich immer wieder selbst für jede absolvierte Trainingseinheit. Wenn Sie wollen, können Sie sich gerne auch für Ihr Training belohnen. Freuen Sie sich über die Anerkennung durch andere Personen.

*Wie werde ich mich verstärken, damit es mir leicht fällt, zum Training zu gehen?*



## SORK-Strategien zur Unterstützung Ihrer sportlichen Tätigkeit

Strategien	Beispiele
<b>Förderliche Bedingungen</b> <b>S = Situation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kontrollierende Bedingungen des Alltags/ Hinweisreize:</b> Trainingstermin im Kalender, Sportsachen bereits gepackt im Auto,)</li> <li>• <b>erleichternde Umweltbedingungen:</b> Kinderhort, öffentliche Verkehrsmittel</li> <li>• <b>hilfreiche Beziehungen:</b> Freund holt mich ab, Kontrollanruf</li> </ul>
<b>Förderliche Gedanken</b> <b>O = Organismus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>sich selbst ermuntern:</b> Auf geht's!</li> <li>• <b>sich selbst anleiten:</b> Als erstes werde ich mich 5 Minuten warm machen, dann 2 Bauchübungen.....</li> <li>• <b>Ziele vergegenwärtigen:</b> Ich mache mir bewusst, wie wichtig es ist, mir Zeit für mich zu nehmen</li> <li>• <b>an positive Konsequenzen denken (nachmotivieren):</b> Ich freue mich darauf, mich abzulenken.</li> <li>• <b>sich selbst verpflichten:</b> Ich habe mir feste Zeiten für mein Training gesetzt und werde dies auch einhalten.</li> </ul>
<b>Förderliches Tun</b> <b>R = Reaktion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Handlungsalternativen abschirmen:</b> aus dem Trainingstermin einen heiligen Termin machen, Fernseher nicht anschalten, Einladung am Trainingstag absagen/verschieben, Trainingstermin anderen mitteilen, nicht nach Hause fahren, konkurrierende Verpflichtungen delegieren</li> <li>• <b>Handlungsunterstützung vorbereiten:</b> Sportsachen packen, S-Bahnverbindung raussuchen, Freund anrufen, rechtzeitig die Arbeit beendenden, Babysitter suchen</li> </ul>
<b>Förderliche Konsequenzen</b> <b>K = Konsequenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Selbstverstärkung</b>  <b>sich selbst loben:</b> Das habe ich gut gemacht! stolz auf sich sein  <b>sich selbst belohnen:</b> Cappuccino nach Training, neue Sportschuhe nach dem 10.Training kaufen</li> <li>• <b>Fremdverstärkung:</b> Lob durch Freundin/Trainer, Freigetränk ab der 10. Trainingseinheit</li> </ul>

**1. Unterstützungsplan**

Überlegen Sie gemeinsam mit Ihrem Coach, welche Strategien Sie anwenden wollen, um sich bei der Ausübung Ihrer sportlichen Aktivität zu unterstützen.

<b>Um meine sportliche Aktivität zu unterstützen, werde ich ...</b>

**2. Barriereplan**

Welche Strategien wenden Sie in schwierigen Situationen an, die Sie von Ihrem sportlichen Training abhalten können?

<b>Immer wenn die Situation x auftritt,</b> (Barriere, schwierige Situation)	<b>werde ich....“</b> <b>(SORK-Strategie)</b>

<p><b>Immer wenn ich einmal nicht zum Training gehen kann,</b></p> <p>werde ich _____</p> <p>denke ich _____</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hausaufgabe bis zur 5. Sitzung am \_\_\_\_\_

-> Anwendung der Strategien zur Unterstützung meines Trainings

Bitte notieren Sie bis zur nächsten Sitzung alle Maßnahmen, die Sie durchgeführt haben, um sich bei der Durchführung Ihrer sportlichen Aktivität in schwierigen Situationen zu unterstützen.

**Schwierige Situationen**, die mich an meiner sportlichen Aktivität hätten hindern können, **habe ich** durch folgende Maßnahmen **bewältigt**.

Wenn diese Situation auftrat,	habe ich.....

**1.) Strategiebewertung**

Bitte besprechen Sie zunächst mit Ihrem Coach Ihre Erfahrungen mit den von Ihnen durchgeführten Strategien zur Durchführung Ihrer sportlichen Aktivität anhand ihres Protokolls.

**2.) Strategieanpassung**

Welche Strategien wollen Sie verändern? Welche neuen Strategien wollen Sie einsetzen?

Immer wenn die Situation x auftritt, (Barriere, schwierige Situation)	werde ich....“ (SORK-Strategie)

**Hausaufgabe bis zur 6. Sitzung am \_\_\_\_\_**  
 -> **Anwendung der Strategien zur Unterstützung meines Trainings**

Bitte notieren Sie bis zur nächsten Sitzung alle Maßnahmen, die Sie durchgeführt haben, um sich bei der Durchführung Ihrer sportlichen Aktivität in schwierigen Situationen zu unterstützen.

<b>Schwierige Situationen</b> , die mich an meiner sportlichen Aktivität hätten hindern können, <b>habe ich</b> durch folgende Maßnahmen <b>bewältigt</b> .	
Wenn diese Situation auftrat,	habe ich.....

**1.) Strategiebewertung**

Bitte besprechen Sie zunächst mit Ihrem Coach Ihre Erfahrungen mit den von Ihnen durchgeführten Strategien zur Durchführung Ihrer sportlichen Aktivität anhand ihres Protokolls.

**2.) Strategieanpassung**

Welche Strategien wollen Sie verändern? Welche neuen Strategien wollen Sie einsetzen?

„Immer wenn die Situation x auftritt, ( <i>Barriere, schwierige Situation</i> )	werde ich....“ (SORK-Strategie)

**3.) Positive Konsequenzen**

Welche positiven Konsequenzen haben Sie durch ihre sportliche Aktivität in den letzten sechs Wochen erfahren?



1
2
3
4
5
6
7

**Sitzung 6:** \_\_\_\_\_ **Coaching-Begleiter**

**4.) Handlungsfelder**

Welche Veränderungen in Ihren Handlungsfeldern haben sich ergeben?

Mein Engagement für.....	2.Sitzung	heute (6.Sitzung)
meinen Beruf:		
meine Familie/Partnerschaft		
mein psychisches Wohlbefinden		
mein körperliches Wohlbefinden		
meine Hobbies/Ausgleich		
Meine soziale Kontakte		



**5.) Bitte füllen Sie nun den Fragebogen zur Evaluation des Coachings aus.** ✎

**Hausaufgabe bis zur 7. Sitzung am \_\_\_\_\_**  
**-> Anwendung der Strategien zur Unterstützung meines Trainings**

**1.) Wie weit haben Sie Ihre Ziele erreicht?**



**Zielerreichungsskala**

Nehmen Sie sich Ihre Zielerreichungsskala aus dem Coaching-Begleiter zur Hand und überprüfen Sie, wie weit Sie Ihre Ziele erreicht haben, in dem Sie Ihren aktuellen Zielzustand umkreisen.

**Leistungsdiagnostik**

Notieren Sie die Daten Ihres Re-Checks in der Tabelle „Leistungsdiagnostik“ im Coachingbegleiter.

**2.) Wie werden Sie sich weiterhin unterstützen?**

Welche drei SORK-Strategien waren für Sie am hilfreichsten?

1.

2.

3.

## 22.4 Rohwerttabelle der Trainingshäufigkeiten

Tab. A 1 Rohwerttabelle: Trainingshäufigkeiten der Klienten über den Erhebungszeitraum

Code	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
DR0906	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	0	1	3	0	1	2	2	3	1
120787	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	0	1	4	2	1	0	2	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1
211067	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2
190140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	4	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
60460	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
250169	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	1	2	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90561	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
200671	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	4	5	4	4	5	5	6	4	0	0	2	3	3	3	4	4	5	5
270987	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	2	2
190188	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	2	2
241167	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	0	3	3	4	2	2	3	3	2	2	0	2	0	0	0	0
250969	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	0	1	0	1	2	1	2	1	1
101087	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	2	3	2	2	2	1										
270687	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	2	3	2	2	2	1										
91280	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5
190982	0	0	0	0	2	3	1	2	1	3	3	6	5	6	1	4	5	3	3	4	3	4	4	3	5	4	2	3	3	4
120578	2	1	1	0	2	2	1	2	1	2	4	4	5	4	4	3	3	4	5	5	3	4	4	3	2	0	3	3	4	3
260679	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	2	4	2	2	3	3	4	4	0	3	3	3	3	3	3	2	4	0	0	3
250167	0	0	0	0	0	3	1	2	1	3	3	2	2	3	1	0	1	2	2	2	2	2	3	3	3	2	1	3	2	2
GZ0815	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	3	2	2	2	2
1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	0	5	2	3	2	2	4	0	1	2	5	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3
2	0	2	1	3	0	2	0	3	2	1	3	3	3	3	3	3	0	3	3	5	3	4	2	2	3	2	2	2	1	2
8011982	2	1	3	3	4	0	1	0	0	2	5	4	5	4	4	3	3	4	5	5	4	4	4	0	4	4	2	2	4	3
90259	2	2	1	1	0	0	0	0	0	3	2	2	3	3	2	1	3	2	3	4	1	4	4	4	3	2	3	2	3	2

Der Zeitraum, in dem das Coaching stattfand, ist grau unterlegt.





Trotz der nachweislich positiven Wirkung regelmäßiger sportlicher Aktivität findet man einen gewohnheitsmäßigen, aktiven Lebensstil nur bei einer Minderheit der Bevölkerung. Die massenmedialen Interventionen zur Bewegungsförderung übersehen immer noch, dass Interventionsmaßnahmen zielgruppenspezifisch vermittelt werden müssen, um den Erreichungs- und Wirkungsgrad der Maßnahmen zu verbessern. Das Coaching zur sportbezogenen Ziel- und Handlungsregulation ist eine innovative Intervention zur Förderung der Sportaktivität, die sowohl das individuelle Lebenssetting der Person berücksichtigt als auch die selbstregulatorischen Fähigkeiten des Klienten fördert.

Die theoriegeleitete Konzeption des Coachings basiert auf dem Selbstmanagement-Ansatz und berücksichtigt prozessorientierte psychologische Veränderungsmodelle.

Die vorliegende Arbeit beinhaltet die Vermittlung des Coaching-Konzepts an Multiplikatoren, die Dokumentation von Fallbeispielen und die Evaluation des Coachingprozesses. Erfolgskriterien werden auf verhaltensbezogener, kognitiver und physiologischer Ebene herangezogen. Qualitative Ergebnisse geben Aufschluss darüber, mit welchen Strategien sich die Klienten unterstützten, um ihre Sportaktivität aufrechtzuerhalten. Implikationen für die Übertragung der Ergebnisse in die Praxis sowie für die weitere Forschung werden diskutiert.

**Die Arbeit enthält einen ausführlichen Leitfaden für den Coach und einen Coaching-Begleiter für den Klienten.**

ISBN 978-3-923507-50-4

ISSN 1866-8674

Preis 17,50 Euro