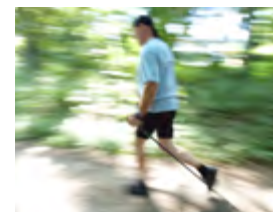




Bewegungsförderung

Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland sind zu wenig aktiv (siehe Faktenblatt Grundlagen - Bewegungsverhalten). Wiederholt und fortlaufend gibt es Land auf und Land ab, regional, kommunal und in spezifischen Settings (Kindergärten, Schulen, Betrieben) Initiativen, die das Aktivitätsvolumen der Gesamtbevölkerung oder spezifischer Zielgruppen steigern wollen und sich dabei einem bunten Strauß von Strategien und Methoden bedienen. Nur die wenigsten scheinen nachhaltig erfolgreich und nur die wenigsten werden systematisch evaluiert.



Kriterien für den Erfolg

Die Kriterien für die Beurteilung von Wirksamkeit (Effektivität) differieren. Mal ist es die Anzahl der Personen, die ihr Verhalten geändert haben, dann ist es die Steigerungsrate des Verhaltens und schließlich sind es die gesundheitlichen Endpunkte oder ein Endpunkt, der sich durch die Intervention „gebessert“ haben soll.

Die Festlegung auf ein eindeutiges Kriterium als Zielgröße der Bewegungsförderung ist die erste von mehreren Komponenten, die eine gelungene von einer weniger gelungenen Intervention unterscheidet. Wenn nicht definiert ist, was erreicht werden soll, ist Erfolg nicht zu beurteilen. Die zweite wesentliche Komponente einer erfolgreichen Bewegungsförderung ist die Zielgruppe, bei der sich das Kriterium verändern soll. Ist es die Bevölkerung, sind es einzelne risikorexponierte, alters-, geschlechts- oder sozial spezifizierte Gruppen? Nicht in jeder Gruppe ist mit der gleichen Vorgehensweise der identische Effekt als Erfolg zu werten. Die dritte Komponente ist der Gütemaßstab für den Erfolg. Das kann die statistische Signifikanz sein, mit der sich die Kriteriumswerte vor und nach der Intervention unterscheiden. Das kann aber auch die Effektstärke sein, die über die Größe der Veränderungen informiert oder es kann die praktische oder klinische Bedeutsamkeit eines Effekts sein. Schließlich kosten Interventionen in aller Regel viel Geld, Zeit und Anstrengung. Soll deren Einsatz als gerechtfertigt beurteilt werden, dann geht es um die Effizienz.

Wie wirksam sind Interventionen?

In mehreren Überblicksartikeln sind die Wirkungen von Interventionsstudien zusammengetragen worden. Foster et al. integrieren „echte“ Experimente (Randomized Controlled Trials, RCT) in ihr Review, die auf die Förderung der individuellen körperlichen Aktivität abzielten [1]. Die 17 RCT erweisen sich in ihren Ergebnissen als heterogen sowohl in der Signifikanz als auch in der Effektstärke. Moderat

positive Effekte konnten bei Interventionen festgestellt werden, bei denen die angegebene körperliche Aktivität (Selbstauskunft) in geschätzten Energieverbrauch (METs) umgerechnet wurde. Ähnliche Ergebnisse lieferten Studien, in denen die kardio-respiratorische Fitness als Endpunkt der Wirksamkeit definiert wurde. Keine signifikanten Ergebnisse ermittelten Studien, bei denen die körperliche Aktivität dichotom (inaktiv versus aktiv) erfasst wurde. Bei nur zwei von sechs Studien konnte ein signifikanter nachhaltiger Effekt nachgewiesen werden.

Hillsdon et al. haben 16 Reviews (Personen ab dem 16. Lebensjahr) zusammengefasst [2]. Sowohl zielgruppenspezifische (ältere Menschen über 50 Jahre; ethnische Minderheiten; Personen mit körperlicher Beeinträchtigung), als auch Setting-Interventionen (in Einrichtungen des Gesundheitswesens; im Stadtteil; am Arbeitsplatz) wurden untersucht. Für Settings ergaben sich folgende Wirkungen: (1) Anweisungen einer Expertin oder eines Experten, gekoppelt mit schriftlichen Unterlagen erzielen moderate, aber kurzfristige Effekte; (2) eine Intervention mit fachmännischer Anweisung und Betreuung führt zu länger anhaltendem Aktivitätsverhalten (länger als acht Monate). (3) Interventionen mit moderater Aktivitätsintensität wirken bei inaktiven Personen kurzzeitig. (4) Interventionen, denen Theorien der Verhaltensänderung zugrunde liegen und die auf das Individuum zugeschnitten sind, gelingt es, länger anhaltende Verhaltensänderungen zu erzeugen. [3] erweitert die Aussagen auf mediengestützte Interventionen mit Print-, Telefon- oder Internetmedien. Hier konnten keine Einstellungsänderungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und nur inkonsistente Ergebnisse einer Verhaltensänderung in der Bevölkerung nachgewiesen werden. Interventionen, die Print-Medien nutzten, führten aber immerhin zu moderaten Effekten.

Über internetbasierte Interventionen berichtet [4]. Die Ergebnisse von zehn Studien sind heterogen. Wenn, dann sind noch am ehesten jene internetbasierten Interventionen erfolgreich, bei denen die Probanden häufig Kontakt mit einer Betreuerin oder einem Betreuer haben. Dort ergaben sich

signifikante Unterschiede für hoch-intensive körperliche Aktivität.

[5] analysiert ausschließlich Studien mit einer Laufzeit von mindestens zwölf Monaten. Die Befunde sind ebenfalls inkonsistent. Das Review ermittelt keine Komponenten, die eine Wirkung wahrscheinlicher machen. [6] wertet 358 Studien mit insgesamt 99.011 Probanden aus. Zwischen Kontroll- und Interventionsgruppen-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern nach der Intervention sowie zwischen den Gruppen im Vorher-Nachher-Vergleich ergaben sich positive Effekte ($d = 0.19$) in moderater Höhe. Nahm man nur den Vorher-Nachher-Vergleich der Interventionsgruppe, fiel der Effekt mit $d = 0.33$ stärker aus. Studien, die ihre Interventionsstrategien auf Theorien und Modelle der psychologischen Verhaltensmodifikation gründeten, waren wirksamer als jene, die das unterließen.

Ein aktuelles Cochrane Review untersuchte die Wirksamkeit von multi-strategischen Interventionen auf kommunaler Ebene (community wide interventions) [7]. Unter den 25 Studien des Reviews maßen 21 Studien die körperliche Aktivität dichotom (inaktiv versus aktiv). Die Interventionen waren heterogen in ihrem Vorgehen, in ihren Erfolgsvariablen und hinsichtlich der Zielgruppen und sie weisen beträchtliche methodische Mängel auf.

Effektive Komponenten einer Bewegungsförderung

Die umfangreiche Befundlage, die Interventionen insgesamt eine moderate Evidenz der Wirksamkeit attestiert, erlaubt

trotz aller Heterogenität der Interventionen, einige Komponenten zu benennen, die einen Effekt wahrscheinlicher machen.

Das sind: (1) die Festlegung auf eine eindeutige Zielgruppe (zielgruppenorientierte Intervention), (2) ein eindeutiges Erfolgskriterium, das verändert werden soll, (3) ein Setting, in dem die Intervention stattfindet (siehe Faktenblatt: Lebenswelten), (4) eine individualisierte Ansprache, die auf die Veränderungsbereitschaft der Personen achtet (maßgeschneiderte Intervention), (5) eine Kommunikation, die sich auf psychologische Erkenntnisse der Verhaltensmodifikation stützt (siehe Faktenblatt Grundlagen - Motivation), (6) ein Multi-Expertinnen- und Experten-Team, das die Intervention konzipiert und betreut, (7) die Beachtung sozio-ökologischer und sozial-ökonomischer Umstände der Zielgruppenmitglieder, (8) die Beteiligung der Betroffenen und der Stakeholder in und außerhalb des Settings, (9) die Möglichkeit der persönlichen Kontaktaufnahme zu den Expertinnen und Experten durch die Betroffenen und schließlich (10) die Strukturierung des Vorgehens am Public-Health-Action-Zyklus mit den vier Schritten Analyse, Strategieentwicklung, Umsetzung und Evaluation oder an systematischen Planungsmodellen wie dem Intervention Mapping [8].

Ein unsystematisches, theorieleoses Vorgehen mag in dem einen oder anderen Fall erfolgreich sein, kann die Komponenten des Erfolgs aber nicht benennen und lässt sich daher weder wiederholen noch auf andere Zielgruppen oder Settings übertragen.

Fazit

Interventionen in das Aktivitätsverhalten sind ein schwieriges, komplexes Unternehmen, da sich das riskante Verhalten meist über Jahre gefestigt hat und zur festen Gewohnheit geronnen ist. Da überrascht es nicht, dass bisherige Interventionen meist nur Effekte in moderater Höhe erzielten. Sie sind erfolgreicher, wenn sie in den konkreten Lebenswelten der Betroffenen, systematisch, zielgerichtet und individualisiert vorgehen und ihre Kommunikationen auf Theorien der Verhaltensmodifikation aufbauen.

Empfehlung

Wer die Absicht verfolgt, das Bewegungsverhalten in der Bevölkerung zu fördern, sollte sich eines systematischen und theoriegeleiteten Vorgehens bedienen. Am besten sollte ein Multi-Expertise-Team die Intervention planen und auch leiten. Die Intervention sollte zielgruppenspezifisch und maßgeschneidert sein und die Lebenswelt der Betroffenen adressieren. Als Handlungsleitplan kann neben anderen das Intervention Mapping empfohlen werden.

Weiterführende Literatur

Global Advocacy for Physical Activity (GAPA) the Advocacy Council of the International Society for Physical Activity and Health (ISPAH). (2011). Non Communicable Disease Prevention: Investments that Work for Physical Activity. Available from: <http://www.interamericanheart.org/images/PHYSICALACTIVITY/SevenInvestforPAFeb2011.pdf> (Zugriff: 03.06.2015).

Kolip, P. (2012). Qualität und Evaluation in der Bewegungsförderung. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), Bewegungsförderung und Gesundheit (S. 115-127). Bern: Huber.

LIGA.NRW (Hrsg.). (2010). Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. LIGA. Fokus 10. Düsseldorf: LIGA.NRW.

Autor

Prof. Dr. Wolfgang Schlicht

Quellen

[1] Foster, C. & Baker, P. (2011). Bewegungsförderung – Evidenzen und Perspektiven. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), Bewegungsförderung und Gesundheit (S. 95-114). Bern: Huber.

[2] Hillsdon, M., Foster, C., Cavill, N., Crombie, H. & Naidoo, B. (2005). The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews

(2nd ed.). London: Health Development Agency.

[3] Marcus, B. H., Williams, D. M., Dubbert, P. M., Sallis, J. F., King, A. C., Yancey, A. K., Franklin, B. A., Buchner, D., Daniels, S. R. & Claytor, R. P. (2006). Physical activity intervention studies: What we know and what we need to know: A scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity); Council on Cardiovascular Disease in the Young; and the Interdisciplinary Working Group on Quality of Care and Outcomes Research. *Circulation*, 114, 2739-2752.

[4] Van den Berg, M. H., Schoones, J. W. & Vliet-Vlieland, T. P. M. (2007). Internet based physical activity interventions: A systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 9, e26.

[5] Müller-Riemenschneider, Rheinhold, T. & Willich, S. N. (2009). Cost-effectiveness of interventions promoting physical activity. *British Journal of Sports Medicine*, 43, 70-76.

[6] Conn, V. S., Hafdahl, A. R. & Mehr, D. R. (2011). Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes. *American Journal of Public Health*, 101(4), 751-758.

[7] Baker, P. R. A., Francis, D. P., Soares, J., Weightman, A. L. & Foster, C. (2011). Community wide interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

[8] Bartolomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G. & Gottlieb, N. H. (2001). *Intervention mapping: Designing theory and evidence based health promotion programs*. New York: McGraw Hill.

Bildnachweis

© by_Ute Muld/pixelio.de

Faktenblätter „Bewegung und Gesundheit“

Alle erhältlichen Faktenblätter in der Kategorie „Grundlagen“:

- ▶ Bewegungsempfehlungen
- ▶ Bewegungsförderung
- ▶ Bewegungsverhalten
- ▶ Lebenswelten
- ▶ Motivation
- ▶ (somatische) Gesundheit
- ▶ Sport

Weitere derzeit verfügbare thematische Kategorien:

- ▶ Alltagsbewegung
- ▶ Zielgruppen
- ▶ Risikofaktoren

Weitere Informationen zum Thema „Bewegung und Gesundheit“ unter: www.lzg.nrw.de/bewegung

Kontakt

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Prävention und Gesundheitsförderung
Dr. Thomas Claßen
Telefon: 0234 91535 3202
E-Mail: thomas.classen@lzg.nrw.de