Rigaer Akademie für Lehrerausbildung und Bildungsverwaltung

René Paasch

System pädagogisch-mentaler Methoden im Gewichtsreduktionsprozess für nachhaltige Erfolge der Frauen

Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in Pädagogik Teilgebiet Sportpädagogik

Wissenschaftliche Betreuer

Prof. Dr. Margarita Kaltigina
Rigaer Akademie für Lehrerausbildung und Bildungsverwaltung

Prof. Dr. rer. nat. Peter Kapustin,
Universität Seekirchen, Österreich

Riga, 2015

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 1

1. Theoretische Grundlagen des Systems pädagogisch-mentaler Methoden im Gewichtsreduktionsprozess 10

1.1 Modellieren des Systems pädagogisch-mentaler Methoden zur Gewichtsreduktion 10

1.2 Das Mrs.Sporty-Ernährungskonzept 16

1.3 Das Mrs.Sporty- Trainingskonzept 26

1.4 Inhalt und Prozess der Sozialisation für nachhaltige Erfolge der Frauen 37

1.5 Das Modell des Systems pädagogisch- mentaler Methoden im Gewichtsreduktionsprozess . 50

2. Gewichtsreduktionsprozess durch Einsatz des Modells des pädagogisch-mentalen Methodensystems …….107

2.1 Organisation und Kriterien der empirischen Forschung 107

2.2 Methoden der Durchführung der empirischen Forschung – Inhalte und Ablauf des Systems pädagogisch-mentaler Methoden 114

2.3 Veränderungen der körperlichen messbaren Variablen 125

2.4 Auswertung des Gewichtsreduktionsprozesses anhand von kognitiv evaluierbaren Kriterien 135

2.5 Veränderungen der empirischen Forschung zu nachhaltigen Zielbewusstheit und Freude an der Bewegungseinheit 140

Schlussfolgerung 148

Thesen zu Verteidigung der Dissertation 157

Literatur 158

Anhang 189

Glossar 190

Fragebogen zum pädagogisch-mentalen Modell 195

Fragebogen der subjektiven Parameter 202

Module 1-12 204

Mrs.Sporty Ernährungskonzept 219

Das Trainingskonzept 242

Ehrenwörtliche Erklärung 253

Danksagung 254

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: HECKHAUSENS Rubikonmodell nach GRAWE (2000).....83

Abbildung 2: Prozess-Diagramm der Motivation nach RHEINBERG (2000).....86

Abbildung 3: Prozess-Diagramm der Handlung nach RHEINBERG (2000).....87

Abbildung 4: Praxismodell der Motivation (nach Rheinberg, 2000).....88

Abbildung 5: Spiralmodell der Stages of Change (nach Prochaska).....99

Abbildung 6: Modell des Systems pädagogisch- mentaler Methoden zur Gewichtsreduktion für nachhaltige Erfolge der Frauen.....106

Abbildung 7: BMI-Messung und Werte; (Quelle: DGSP; S. 1 Leitlinie Vorsorgeuntersuchung im Sport, 2007).....108

Abbildung 8: Prävalenz von Risikofaktoren in Abhängigkeit vom Taillenumfang; Quelle: http://www.vianesse-therapeut.de/vianessewissenschaft.html.....109

Abbildung 9: Grenzwerte Taillenumfang (nach WHO, 2000).....110

Abbildung 10: Körpergewicht für die drei Gruppen in Abhängigkeit zum Messzeitpunkt.....128

Abbildung 11: BMI für die drei Gruppen in Abhängigkeit zum Messzeitpunkt.....130

Abbildung 12: THQ für die drei Gruppen in Abhängigkeit zum Messzeitpunkt.....132

Abbildung 13: Körperfett für die drei Gruppen in Abhängigkeit zum Messzeitpunkt.....134

Abbildung 14: Selbstwirksamkeit für die drei Gruppen in Abhängigkeit zum Messzeitpunkt ...137

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Begriffe und Definition des Glücks 42

Tabelle 2: Grundmotive des Handelns (Quelle: http://www.brix-coaching.de/pdf/Die-18-Grundmotive.pdf, 2012) 81

Tabelle 3: Wenn-dann-Strategie 96

Tabelle 4: Mittelwerte des Gewichts der drei experimentellen Gruppen zu den drei Messzeitpunkten (mit Standardabweichungen in Klammern) 126

Tabelle 5: Mittelwerte des BMI der drei experimentellen Gruppen zu den drei Messzeitpunkten (mit Standardabweichungen in Klammern) 128

Tabelle 6: Mittelwerte des THQ der drei experimentellen Gruppen zu den drei Messzeitpunkten (mit Standardabweichungen in Klammern) 130

Tabelle 7: Mittelwerte des Körperfetts der drei experimentellen Gruppen zu den drei Messzeitpunkten (mit Standardabwei-chungen in Klammern) 132

Tabelle 8: Summenscores der Selbstwirksamkeit der drei experimentellen Gruppen zu den zwei Messzeitpunkten (mit Standardabweichungen in Klammern) 136

Tabelle 9: Häufigkeitstabelle der von der Experimentalgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Fähigkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt 141

Tabelle 10: Häufigkeitstabelle der von der Placebogruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Fähigkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt 141

Tabelle 11: Häufigkeitstabelle der von der Kontrollgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Fähigkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt 142

Tabelle 12: Häufigkeitstabelle der von der Experimentalgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Zielbelastbarkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt.....142
Tabelle 13: Häufigkeitstabelle der von der Placebogruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Zielbelastbarkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt.....143
Tabelle 14: Häufigkeitstabelle der von der Kontrollgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Zielbelastbarkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt.....143
Tabelle 15: Häufigkeitstabelle der von der Experimentalgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Freudiges Erlebnis in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt.....144
Tabelle 16: Häufigkeitstabelle der von der Placebogruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Freudiges Erlebnis in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt.....144
Tabelle 17: Häufigkeitstabelle der von der Kontrollgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Freudiges Erlebnis in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt.....145
Tabelle 18: Häufigkeitstabelle der von der Experimentalgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Besuch in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt.....145
Tabelle 19: Häufigkeitstabelle der von der Placebogruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Besuch in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt.....146
Tabelle 20: Häufigkeitstabelle der von der Kontrollgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Besuch in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt.....146

Abkürzungsverzeichnis

ACSM	American College of Sports Medicine
BGS98	Bundes-Gesundheitssurvey von 1998
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DKV	Deutsche Krankenversicherung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
JAMA	the Journal of the American Medical Association
IAK	Institut für angewandte Kreativität

Einleitung

Übergewicht und Adipositas haben, worüber Einigkeit besteht, vor allem in der westlichen Welt erhebliche Ausmaße angenommen. Beides sind Krankheitsbilder mit vielgestaltigen körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen (Mokdad, Serdula, Dietz, Bowman et al, 1999). Übersichtsarbeiten wie die von Perri & Corsica legen dar, dass in einer Vielzahl von Fällen das reduzierte Gewicht dauerhaft nicht gehalten werden kann (Perri, Corsica, 2002). Studien mit „continuous care"-Programmen, bei denen die Patienten über mehrere Jahre mit multimodalen Behandlungsmethoden behandelt werden, lassen erkennen, dass sich auf diese Weise auch anhaltende Erfolge erzielen lassen (Björvell, Rössner, 1992). Es ist üblich, diese Erfolge im Hinblick auf das Gewicht als Gruppenmittelwerte anzugeben. Dies lässt aber im Verborgenen, dass oft nur ein Minimum an Patienten und Kunden langfristig eine bedeutende Reduktion des Gewichtes halten kann, und andere nur kleine oder gar keine langfristigen Erfolge verbuchen (Wadden, Vogt, Andersen, Barlett, et al., 1997). Die Thematik Übergewicht und Adipositas soll hier im Rahmen der Fragestellung nach geeigneten Methoden zur nachhaltigen Gewichtsreduktion auch unter sozialem, pädagogischen und persönlichem Aspekt betrachtet werden, was im Folgenden kurz skizziert wird.

Sozialer Aspekt

Bezüglich des sozialen Aspektes soll hier der Stress betrachtet werden, dem Menschen in ihrem sozialen Leben ausgesetzt sind, und der vielfach kraft- und motivationslos macht. Die Belastungen im Alltag, in der Familie und im Berufsleben vergrößern sich immer mehr. Oft kommen die Mahlzeiten morgens, mittags und abends zu kurz. Alle diese Tatsachen sind der Wissenschaft nicht fremd, doch im Zusammenwirken mit einer effektiven Gewichtsreduzierung finden sie zumeist keine Berücksichtigung (Borg, Fogelholm, Kukkonen-Harjula, 2004). Anhand einzelner Beispiele in der Arbeit des Autors mit Menschen ließ sich eine Bestätigung des erwarteten Ergebnisses nach einem Reduktionsprogramm unter Bezugnahme auf kognitive Methoden inso-

fern finden, als dass die Menschen schlank blieben und es immer noch sind. Eine Interventionsstudie in dieser Dissertation soll aufzeigen, dass begleitende pädagogisch-mentale Methoden wichtig für einen durchgreifenden Erfolg in Bezug auf die Gewichtsreduzierung sind. Aufgrund der Hirnforschung, in der auch der Zusammenhang zwischen Stress und Übergewicht deutlich gemacht wird, ist es erforderlich, pädagogisch-mentale Maßnahmen als Lösung in Erwägung zu ziehen. Die darauf beruhende Studie erfolgt innerhalb des Ernährungs- und Bewegungs-Konzeptes von Mrs.Sporty. Die Interventionsstudie, die mit drei Versuchsgruppen durchgeführt wurde, war schon Inhalt einer Masterthesis des Autors (Paasch, 2010).

Pädagogischer Aspekt

Weiterhin hat die der Arbeit zugrundeliegende Problemstellung pädagogische Relevanz. Beratungsanlässe sind angezeigt im schwierigen „Person-Umwelt-Bezug“. Sie sind je nach Lebenslage und der zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben unterschiedlich. Während man bei einer pädagogischen und psychologischen Intervention oder einer Vorbeugungsmaßnahme geradewegs in den pädagogischen Prozess eingreift, unterstützt die Beratung als Grundlage übergewichtige Personen bei der Entscheidungsfindung und erleichtert es ihnen, letztendlich selbst Entscheidungen zu treffen. Die Beratung ist wesentlicher Inhalt des Lehrens und Erziehens und deswegen auch bedeutsamer Bestandteil der kognitiven Methoden für übergewichtige Menschen. Wenn der Lernende oder zu Erziehende im Großen und Ganzen zur eigenen Aktivität fähig ist, aber noch auf einen Entscheidungsanstoß angewiesen ist, kann sich eine Beratung als notwendig erweisen. Pädagogische und psychologische Beratung ist kundiges Handeln unter Einbezug diesbezüglicher Fachkenntnisse im Zusammenhang mit durchzuführenden Lern- und Entwicklungsaufgaben in Familie, Schule, Beruf und Verbesserung des Gesundheitsverhaltens. Vom Trainer erfordert die erfolgversprechende Beratung pädagogisches und psychologisches Wissen. Des Weiteren sind von ihm gefragt: Kompetenz in der Methodenanwendung, beispielsweise der Diagnostik und der Führung von Gesprächen, Befähigung zur Problem-Strukturierung sowie Offenherzigkeit, schnelle Anpassungsfähigkeit, soziales Fingerspitzengefühl, kommunikatives Feingefühl, Authentizität und Wärme. Der Verlauf gliedert sich in die Phasen

- Allgemeine Orientierung und Problemanalyse,
- Erzeugen von Alternativen und deren Bewertung,
- Coaching und Rücknahme der Hilfen und
- Evaluation.

Eine Beratung geschieht stets aus einer gewissen Perspektive, die durch kognitive Rahmenkonzeptionen bestimmt ist, und kann einerseits Einfluss auf die erforderlichen Lernverläufe durch Selbststeuerung, -verstärkung und -evaluation nehmen, andererseits durch ein verändertes Wahrnehmen einer schwierigen Situation das kommende Erleben und die Handlungsweise eines Ratsuchenden gestalten. Deswegen hat die pädagogische und mentale Konzeption Strategien zur Verhaltensänderung zum Inhalt (Schnotz, 2001).

Persönlicher Aspekt

Die langjährigen Erfahrungen des Autors während seiner Arbeit mit Gewichtsreduktionsprogrammen zu Ernährung und Bewegung haben deutlich gezeigt, dass es nicht reicht, Menschen zu bewegen und ihnen Kenntnisse über gesunde Ernährung zu vermitteln. Wenn man den Menschen in seiner Ganzheit als Körper-Geist-Seele-Wesen sowie als systemisches Wesen versteht, erreicht man mit Bewegung und Ernährung sicherlich zwei Komponenten seines Wesens, den Körper, weil das Programm ihn bewegt, und den Geist, weil man ihn lehrt, was man essen sollte. Und davon verliert ein übergewichtiger Mensch sicherlich Gewicht. Es muss aber auch gelingen, die Menschen in ihrer Seele zu erreichen. Sie müssen selbst wollen, was sie tun. Sie müssen es selbst entscheiden und von ihrer Entscheidung überzeugt sein. Sie müssen über die notwendige Selbstwirksamkeit verfügen. Nur dann werden die Menschen auch schlank bleiben. Alle diese Dinge einzeln betrachtet sind sicherlich in der Wissenschaft nicht neu, doch im Zusammenspiel beispielsweise zur nachhaltigen Gewichtsreduktion fehlen sie meist.
In einzelnen Fallbeispielen meiner Arbeit mit Menschen in diesem Bereich konnte sich das erwartete Resultat nach einem Reduktionsprogramm mit Einbezug pädagogisch-mentaler Methoden bestätigen. Die Menschen blieben schlank und sind es immer noch. Mit der gewünschten Dissertation soll nun durch eine größer angelegte Datensammlung evaluationsfähiges

Material bereitgestellt und somit belegt werden, wie wichtig begleitende pädagogisch-mentale Methoden für einen Erfolg in der Gewichtsreduktion sind.

Forschungsobjekt:	System pädagogisch-mentaler Methoden im Gewichtsreduktionsprozess
Forschungsgegenstand:	Nachhaltigkeit des individuellen Wohlfühlgewichts
Ziel:	Erreichen einer nachhaltigen Gewichtsreduktion der Frauen durch Einsatz eines Modells des Systems pädagogisch-mentaler Methoden
Hypothese:	Im Prozess der Gewichtsreduktion wird ein Wohlfühlgewicht von Frauen erreicht, wenn: - diese bewusst und reflektierend an die Erforschung der gegebenen Umstände und Probleme herangehen - das Programm gesunder Ernährung und Bewegung systematisch realisiert wird - diese die Fertigkeiten der Selbstreflexion und der Selbstbewertung erworben haben
Aufgaben:	1. Analyse der theoretischen Literatur zum Thema sowie des gegenwärtigen Kenntnis- und Forschungsstandes 2. Entwicklung von Kriterien einer gesunden Lebensweise und Gewichtsreduktion der Frauen 3. Theoretische Entwicklung und empirischer Einsatz eines Strukturmodells pädagogisch-mentaler-, Ernährungs-, und Bewegungsmethoden in Einheit als Prozess zur Gewichtsreduktion 4. Ausarbeitung pädagogischer Empfehlungen/Ableitungen für den Gesundheits- und Fitnessbereich

In der nun folgenden Forschungsarbeit werden Daten randomisiert und primär-statistisch durch Fragebogen und Gespräche gesammelt, erneut abgefragt und geprüft. Zu den Erhebungsinstrumenten zählen die Bestimmung des Körpergewichts, Body-Mass-Index (BMI), die Werte des Hüfte-Taillenumfanges, die Messung des Körperfettanteils, die Selbstwirksamkeit und die subjektiven Kriterien wie Zielbewusstheit und Freude an der Bewegungseinheit. Die Auswertung des gewonnenen Materials wird mit der SPSS-Statistik- und Analyse-Software durchgeführt (siehe Kapitel 2).

Die Basis der empirischen Forschung wird wie folgt untergliedert. Insgesamt folgten 12 Gruppensitzungen über den gesamten Interventionszeitraum, die jeweils getrennt für die drei Gruppen im Mrs.Sporty Clubs durchgeführt werden (siehe Kapitel 2.2). Die Gesamtstichprobe besteht aus 75 Frauen (25 Personen pro Gruppe) mit einem Durchschnittsalter von 44 Jahren. Die jüngste Person ist 22 Jahre und die älteste Person 69 Jahre alt. Die Gruppen unterteilen sich in eine Experimentalgruppe, Placebogruppe und einer Kontrollgruppe.

Theoretische und methodische Grundlagen der Forschungsarbeit: Insgesamt benötigte der Autor 281 Literaturangaben bestehend aus Pädagogik, Psychologie, Sportpsychologie, Ernährung, Sport und Gesundheit. Es handelt sich hierbei um einen Auszug literarischer Quellen:

- Die pädagogische und gesundheitliche Relevanz des Verhaltens (Abele, A./Brehm, W., 1990; Abramson, L.Y., Teasdale, J.D., 1978; Alfermann, D./Stoll, O.. 1996; Antonovsky, A., 1997; Bandura, B./Elkeles, T./Grieger, B./Huber, E./Kammerer, W. (Hrsg.), 1993; Bandura, A. , 1976, 1979; Bengel, J., 2002; Coffee, P. & Rees, T., 2011; Deuser, W.E. & Anderson, C.A., 1995; Eichler, M., 1998; Gerstenmaier, J. & Mandl, H., 1995; Gollwitzer, P. M., 1996; Gölz, C./Schwarzer, R./Fuchs, R., 1998; Gröschke, D., 1992; Gudjons, H., 1994; Kanfer, F. H./Goldstein, A. P., 1977.)
- Die pädagogische und ernährungsspezifische Relevanz der Ernährung (Biesalski, H. K./Liebermeister, H./Remke, H./Lehnert, H, 1992; Björvell, H., Rössner, S., 1992; Borg, P. Fogelholm, M. and Kukkonen-Harjula, K., 2004; Diedrichsen, I., 1996; Hession M, Rolland C, Kulkarni U, Wise A, Broom J., 2009; Kant AK et al. , 1997; Meinert Lar-

sen, T. et al, 2010; Perri MG, Corssica JA, 2002; Peters, A., 2011; Peters, A./Schweiger, U./Pellerin, L./Hubold, C./Oltmanns, K. M./Conrad, M./Schultes, B./Born, J./Fehm, H. L., 2004; Pudel, V., 1983;

- Pädagogische Prozesse, insbesondere im sportlichen Kontext (Brehm, W./Abele, A., 1992; Buskies, W./Boeckh-Behrens, W.-U., 1996; Daugs, R. & Blischke, K., 1996; Zimmermann, K. , 2002; Gottlob, A., 2001; Spona & Vidnere, 2010);
- Motivations-, Kommunikations- und Volitionsprozesse (Heckhausen, H./Heckhausen, H., 1989, 2005; Heider, M., 1996; Renkl, A. & Köller, O. 2001; Reich, K. 2008; Rheinberg, F., 2008; Schulz von Thun, F. , 1981; Schwarzer, R./Jerusalem, M., 1999,2000, 2002; Sprenger, R. K., 2002; Watzlawick, P./Beavin, J. H./Jackson, D. D., 1969; Linz, L., 2009)
- Mentales und kognitives Training (Doidge, N./Neubauer, J., 2008; Eberspächer, H., 1994, 2001,2002, 2007; Epstein, M., 1980; Feltz, D.L. & Landers, D.M., 1983; Carpenter, William, B., 1974; Singer, R. & Munzert, J., 2000; Lipton, B. 2006; Decker, F. 1999, 2003, 2010; Driskell, J., Copper, C. & Moran, A., 1994; Shanks, D.R. & Cameron, A. , 2000; Blair, A., Hall, C. & Leyshon, G., 1993; Murphy, S.M. & Jowdy, D.P., 1992; Hardy, L. & Callow, N., 1999.

Theoretische Bedeutung der Forschungsarbeit: Die Forschungsarbeit trägt zu einer Entwicklung von Kriterien eines individuellen Wohlfühlgewichts und Gewichtsreduktion der Frauen sowie in Bezug auf das pädagogische Handlungsfeld im Gesundheitsbereich bei. Die Relevanz des Systems pädagogisch-mentaler Methoden für den gesundheitspädagogischen Prozess konnte validiert werden. Daraus wurden Ableitungen für ein Strukturmodell von Methoden in Bezug auf pädagogisch-mentaler Methoden, soziale Verstärker, Ernährung und Bewegung in Gewichtsreduktionsprogrammen für Frauen getroffen.

Praktische Bedeutung der Forschungsarbeit: Im Prozess der Gewichtsreduktion wird ein Wohlfühlgewicht von Frauen erreicht, wenn diese bewusst und reflektierend an die Erforschung der gegebenen Umstände und Probleme herangehen. Die Ergebnisse und komplexe Zusammenhänge können direkt in den trainingspädagogischen Prozess von gesunder Lebensweise der Frau-

en einfließen. Insbesondere Trainer im sportlichen Kontext von Gewichtsreduktionsprogrammen finden in den Ergebnissen und komplexen Modellierungen der Arbeit praktische Anregungen, um den Interaktionsprozess von Trainer und Frauen nachhaltig positiv und pädagogisch wertvoll zu gestalten.

Die vorliegende Arbeit ist im Allgemeinen dem größeren Feld des Systems pädagogisch-mentaler Methoden im Gewichtsreduktionsprozess für nachhaltige Erfolge der Frauen zuzuordnen. Die Arbeit ist in zwei Teile untergliedert. Im ersten Teil, dem theoretischen Teil, finden eine eingehendere Beschäftigung mit den theoretischen Grundlagen des Systems pädagogisch-mentaler Methoden im Gewichtsreduktionsprozess sowie der soziale-, pädagogische-, und persönliche Aspekt statt. Dazu werden insbesondere das Mrs.Sporty Ernährungs- und Bewegungskonzept sowie die pädagogisch- mentalen Methoden und die Kriterien der empirischen Forschung dargestellt (Kap. 1).

Im zweiten Teil der Arbeit werden daher die im theoretischen Teil entwickelten Thesen in ein Modell zusammengefasst und in einer experimentellen Feldstudie der empirischen Untersuchung getestet. (Kap. 2). Die Untersuchungsergebnisse führen dann in Ihrer Gesamtschau zu der Schlussfolgerung sowie zu den dazugehörigen Thesen zur Verteidigung der Dissertation. Außerdem beinhaltet der Anhang ein Glossar, Fragebögen zum mentalen Konzept und subjektiven Parameter, Module 1-12, die Beschreibung und Details des Mrs.Sporty Ernährungs- und Bewegungskonzepts, die ehrenwörtliche Erklärung und Danksagung.

Die Ergebnisse der Arbeit wurden auf den nachfolgenden Konferenzen einem wissenschaftlichen Publikum vorgestellt und als Buch- und Studienbeiträgen veröffentlicht:

Kongressteilnahme und/oder Präsentation:

- Paasch, R. (2012, Juni) Macht kognitives Training Ernährungs- und Bewegungsprogramme zur Gewichtsreduktion erfolgreicher? **Präsentation** anlässlich der Gesundheitskonferenz im Schlei-Klinikum Schleswig MLK/Ärzteschaft des Kreises Schleswig-Flensburg
- Paasch, R. (2012, August) Mit Gehirnjogging langfristig Gewicht reduzieren und halten. **Präsentation** anlässlich der Gesundheitskonferenz im Schlei-Klinikum Schleswig MLK/Ärzteschaft des Kreises Schleswig-Flensburg
- Paasch, R. (2013,Mai): 45. Jahrestagung der ASP. Angewandte Sportpsychologie und Bundesinstitut für Sportwissenschaft Martin-Luther-Universität. **Teilnahme:** http://www.asp2013.de/tl_files/asp2013/images/Finales%20Programm.pdf

- Paasch, R. (2013, Juni) 6. Symposium »Funktionelle Lebensmittel« Audimax der Uni Kiel Christian-Albrechts-Platz 2. **Teilnahme:** http://www.foodtech.uni-kiel.de/download/Flyer_Funk_LM_2013.pdf
- Paasch, R. (2013, August): Abnehmen: Was schlanke Frauen anders machen. **Präsentation** anlässlich der Gesundheitskonferenz Schlei-Klinikum Schleswig MLK/Ärzteschaft des Kreises Schleswig-Flensburg
- Paasch, R. (2013, September) Komm mit…! **Teilnahme:** Bewegung fördert Gesundheit. Lübeck. http://lvgfsh.de/media/pdf/BIN/Flyer%20Regionalkonferenz%202013%20Komm%20mit.pdf.
- Paasch, R. (2013, September) Mental educational methods in the weight reduction process for success of women Latvian Academy of Sport Education. **Präsentation** an der Latvian Academy of Sport Education

- Paasch, R. (2013, Oktober) System pädagogisch-mentaler Methoden im Gewichtsreduktionsprozess für nachhaltige Erfolge der Frauen. **Präsentation** anlässlich der Gesundheitskonferenz Schlei-Klinikum Schleswig MLK/Ärzteschaft des Kreises Schleswig-Flensburg

Publikationen:

- Paasch, R. (2013): Journal of Pedagogy and Psychology. Does cognitive training make nutrition and exercise programs for weight reduction more successful? Riga Teacher Training and Educational Management Academy, Latvia. University of Applied Management, Erding, Germany. Signum Temporis Volume 6, Number 1, 2013 DOI: 10.2478/sigtem-2013-0057. **Gutachter:** Prof. Dr. Kaltigina & Prof. Dr. Anspoka
- Paasch, René. (2014). Macht kognitives Training Ernährungs- und Bewegungsprogramme zur Gewichtsreduktion erfolgreicher? ISBN (Buch): 978-3-8428-8089-4., DIPLOMICA Verlag GmbH. 88 Seiten. Internet: www.diplomica-verlag.de/search/smod-all/rene-paasch/index.html.

  Gutachter: Prof. Dr. Hans-Dieter Hermann & Prof. Dr. Jan Mayer: (Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement & Deutsche Hochschule für Sport und Gesundheit & Technik und Kunst).
- Paasch, René (2014): Der optimistische Attributionsstil und die Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität. Eine Studie zur nachhaltigen sportlichen Betätigung. ISBN (Buch) 978-3-8428-8081-8., DIPLOMICA Verlag. 96 Seiten. Internet: www.diplomica-verlag.de/search/smod-all/rene-paasch/index.html.

  Gutachter: Prof. Dr. Jochen Zinner & Dr. Daniela Kahlert (Hochschule für Sport und Gesundheit & Technik und Kunst & Universität Potsdam).
- Paasch, René (2014): Verbesserung der Handlungsorientierung vs. Lageorientierung und Ausdauerleistungsfähigkeit. Training der Selbstgesprächsregulation im Amateurfußball. ISBN (Buch): 978-3-95850-740-1., DIPLOMICA Verlag GmbH, 100 Seiten. Internet: www.diplomica-verlag.de/search/smod-all/rene-paasch/index.html.

  Gutachter: Prof. Dr. Petra Schepler & Prof. Dr. Gregor Nimz. (Hochschule für Sport und Gesundheit & Technik und Kunst)

1. Theoretische Grundlagen des Systems pädagogisch-mentaler Methoden im Gewichtsreduktionsprozess

Im folgenden Kapitel stehen die theoretischen Grundlagen des eingesetzten Systems pädagogisch-mentaler Methoden der Studie im Mittelpunkt, hierzu zählen der aktuelle Forschungsstand zum Thema Gewichtsreduktion, das Mrs.Sporty Ernährungs- und Bewegungskonzept sowie die pädagogisch-mentalen Methoden. Nach einer einleitenden Darstellung des gegenwärtigen Kenntnisstandes zur behandelten Gesundheitsthematik von Übergewicht und Adipositas werden die vier Komponenten dargestellt, die den theoretischen und wesentlichen Kerninhalt dieser Arbeit bilden: das Mrs.Sporty-Ernährungskonzept, das Mrs.Sporty-Bewegungskonzept, die Sozialisation sowie die begleitenden pädagogisch-mentalen Methoden. Alle vier Komponenten werden im Folgenden skizziert.

1.1 Modellieren des Systems pädagogisch-mentaler Methoden zur Gewichtsreduktion

Das System zur Gewichtsreduktion besteht aus verschiedenen Bereichen wie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention – diese Leitbegriffe der interdisziplinären Gesundheitsforschung sind längst in den Alltag der Bevölkerung hineingewachsen und ebnen einer notwendigen Entwicklung den Weg: die zunehmenden gesundheitlichen Risikofaktoren der modernen Welt, wie zum Beispiel Übergewicht, Bewegungsmangel, Stress, endlich erfolgreich abzufangen und ihnen mit wirksamen Methoden zu begegnen. Diese Erkrankungen begegnen uns in vielerlei Gestalt, ob in der Arbeitswelt oder im ganz privaten Leben, überall hinterlässt das heutige Leben mit seiner Entwicklung und seinen Anforderungen Spuren in Körper, Geist und Seele, die mehr und mehr zu behandlungsbedürftigen Zuständen führen. Seien es beispielsweise Rückenbeschwerden durch überfordernde Bedingungen am Arbeitsplatz sowie die Bewegungsarmut dort oder auch psychische Belastungen durch immer größer werdende Anforderungen und daraus entstehende weitere Krankheiten, oder sei es auch das zunehmend von Inaktivität geprägte private Leben, in

welches Übergewicht, Haltungsprobleme, Unzufriedenheit und vieles mehr Einzug halten. Eines der größten und schwierigsten gesundheitlichen Probleme in unserem Land ist sicherlich der Risikofaktor Übergewicht in der Bevölkerung, dem sich diese vorliegende Arbeit widmen wird. Dass Übergewicht und die damit einhergehenden Risiken und Erkrankungen hierzulande weiter zunehmen ist, in welchem 75 % der Männer und 59 % der Frauen zu dick sind, belegten beispielsweise die International Association for the Study of Obesity sowie Studienergebnisse des Europäischen Statistikamtes (vgl. International Association for the Study of Obesity, 2007).

Eine weitere Studie, der zufolge nur jeder siebte Deutsche gesund lebt, lässt Gesundheitsexperten Alarm schlagen: Die Bundesbürger ernähren sich falsch und bewegen sich zu wenig. Noch nicht einmal 14 Prozent leben so gesund wie es gut für sie wäre, zeigt die erst vor kurzem in Berlin vorgestellte Studie der DKV und des Zentrums für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln. Als Hauptdefizite machte die von der privaten Krankenversicherung DKV in Auftrag gegebene Studie vor allem fehlende Bewegung und eine mangelhafte Ernährung aus: Jeder Zweite ernähre sich nicht ausgewogen, jeder Dritte esse nicht täglich Obst und Gemüse gehört zu den Ergebnissen dieser Studie (Froböse, Wallmann, 2012). Neben dem Risikofaktor Übergewicht, dem hier in vorliegender Studie unter Zuhilfenahme pädagogisch-mentaler Methoden „zu Leibe gerückt“ werden soll, kann laut einer noch jungen Studie ein gesunder Lebensstil gesundheitliche Risiken auch noch in vielen anderen Bereichen senken. Ein Großteil der Schlaganfälle ist weltweit auf fünf Risikofaktoren zurückzuführen – Bluthochdruck, bauchbetontes Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen und ungesunde Ernährung. An dieser großangelegten Studie nahmen über 6.000 Probanden in 22 Ländern, darunter 3.000 Schlaganfall-Patienten, teil. Die Teilnehmer wurden medizinisch untersucht und machten in Fragebögen Angaben zu ihren Ernährungs- und Lebensgewohnheiten. Anhand dieser Daten berechneten die Wissenschaftler, auf welche Risikofaktoren ein Schlaganfall mit welcher Wahrscheinlichkeit zurückzuführen ist. Dieser plötzliche Ausfall der Blutversorgung des Gehirns oder einzelner Hirnregionen wird häufig durch einen Gefäßverschluss ausgelöst. Bluthochdruck ist der wichtigste Risikofaktor und für 35 % der Erkrankungen mit verantwortlich, hat die Analyse ergeben. Es folgen ein hohes Taille-Hüft-Verhältnis (27 %), Bewegungsmangel (29 %), Rauchen (19 %) und eine ungesunde Ernährungsweise (19 %). Bei der Ernährung wirkte sich unter anderem ein hoher Verzehr von tierischen Produkten sowie fett- und salzhaltigen Speisen negativ aus. Die Forscher führen 80 % der Schlaganfälle auf

diese fünf Risikofaktoren zurück. Berücksichtigt man noch schlechte Blutfettwerte, Diabetes mellitus, einen hohen Alkoholkonsum, Stress und Depressionen, steigt der Anteil auf 90 %. Schon geringe Veränderungen im Lebensstil können daher viel bewirken (O'Donnellet al., 2010). So können zum Beispiel Personen mit Bluthochdruck, die ihr Körpergewicht und insbesondere den Körperfett-Anteil reduzieren, mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit ihren Blutdruck normalisieren, wie auch Prof. Dr. Heribert Schunkert in Lübeck auf dem Europäischen Kardiologenkongress in Stockholm äußerte. Vom hier behandelten Übergewicht zur behandlungsbedürftigen und chronischen Krankheit Adipositas ist es oftmals nur ein schmaler Grat und die damit einhergehenden Kostenanstiege im Gesundheitssystem sind steigend. Die Deutsche Adipositas Gesellschaft rechnet auf Grundlage von Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) damit, dass die jährlichen Ausgaben aufgrund von Übergewicht in Deutschland bis zum Jahr 2020 auf mindestens 25,7 Milliarden Euro steigen werden. Das wäre doppelt so viel wie noch im Jahr 2003 (Knoll, Hauner, 2008).

Es gibt zahlreiche Bemühungen und zweifellos auch gute Erfolge im Ernährungs- und Bewegungsbereich, wo Programme zur Gewichtsreduktion geführt haben. Seien es Reduktionsprogramme von beispielsweise:

- Plus One,
- DGE, seien es Diäten wie Fastenkuren wie Formula-Diäten,
- Glyx-, Low-Fat- oder auch Low-Carb-Diäten,
- Trennkost, Mischkost und viele andere, oder seien es auch dazugehörige moderne unterstützende Softwareprogramme wie:
- PRODI,
- Nutri Guide, DGE pc, EBIS pro, ERNA etc. (vgl. Ehrentreich, 2005).

All diese Maßnahmen bringen kurzfristige Erfolge mit, da sie mehr oder weniger wirksam zu Gewichtsverlust führen, und doch scheint das Problem aufgrund der immer noch alarmierenden aktuellen Zahlen zum Übergewicht nicht gelöst (DGE, 2013, WHO & ECO, 2015). Denn wie steht es um die Nachhaltigkeit? Wie lange bleiben die Menschen nach erfolgreicher Gewichtsab-

nahme wirklich schlank? Hier fehlt es immer noch an wirksamen Interventionen, denn die wenigsten schaffen es, ihr erfolgreich reduziertes Gewicht dauerhaft zu halten (Perri, Corsica, 2002).

Es gibt zahlreiche Studien über die Auswirkungen kognitiver Maßnahmen bei Übergewichtigen und adipösen Personen (Douketis, Macie, Thabane, Williamson, 2005), allerdings wird ein Nachweis langfristiger Wirkung nur selten geliefert (Borg, Fogelholm, Kukkonen-Harjula, 2004). Des Weiteren können einige Studien nur in beschränktem Maße interpretiert und verallgemeinert werden, weil entweder der Stichprobenumfang zu gering ist, die Abbruchrate zu hoch ist oder die Diät-Adhärenz nicht erhoben wurde (Simons-Morton, Obarzanek, Cutler, 2006).

Die aktuelle Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) stellt die gesundheitliche Situation von Männern und Frauen zwischen 18 und 79 Jahren ausführlich dar. Bundesweit beteiligten sich in dem Zeitraum von 2008 bis 2011 an 180 Orten gut 8.000 Personen an der ersten Erhebung (DEGS1, 2007). Die Studie hatte neben Befragungen auch körperliche Untersuchungen und Tests sowie ein großes Laborprogramm zum Inhalt. Neben der körperlichen und psychischen Gesundheit und Lebensqualität bildeten auch das Gesundheitsverhalten und die soziale Situation der Erwachsenen Studienschwerpunkte. Seit den 90iger Jahren lassen sich durch Vergleiche mit dem Bundesgesundheitssurvey von 1998 (BGS98) Tendenzen zu gesundheitlichen Veränderungen in der Gesellschaft treffen: Der Anteil der Männer und Frauen, die ihren Gesundheitszustand gut oder sehr gut bewerteten, hat sich in allen Altersgruppen weiter erhöht. 76,6 % aller Männer sowie 72,9 % aller Frauen bezeichnen heute ihren gesundheitlichen Zustand als gut oder sehr gut. In der Altersgruppe ab 70 Jahren sieht über die Hälfte der Befragten ihr Befinden immer noch positiv. Neben den objektiven Messgrößen ist die subjektive Gesundheitsempfindung ein sehr wichtiges Kriterium, um sich ein Bild über den Zustand der Gesundheit von Personen oder Bevölkerungsgruppen machen zu können. Die persönliche Gesundheitswahrnehmung wirkt auf den Umgang mit Beschwerden und die Nachfrage nach medizinischer Hilfe sowie die weitere gesundheitliche Entwicklung ein.

In der DEGS1-Studie sind erstmals Experimente zur körperlichen und geistigen Funktionsfähigkeit durchgeführt worden, die es in der Vorgängerstudie BGS98 nicht gegeben hatte. Bei allen Personen ab 65 Jahren maß man die nicht nur für viele Alltagstätigkeiten wichtige Greifkraft: Denn das deutliche Sinken der Kraft in den Händen ist ein Zeichen für einen drohenden Verlust

von Selbstständigkeit. Dies weist sogar auf ein erhöhtes Sterberisiko hin. Bei 9,5 % der Frauen und 5,1 % der Männer offenbart sich eine stark reduzierte Muskelkraft in den Händen.

Den Schwerpunkt der DEGS1-Studie nahmen die großen Volkskrankheiten ein, wozu es Befragungen und Untersuchungen gab. Zusätzlich wurde die Messung von mehr als 120 Parametern in Blut und Urin durchgeführt. Man erfragte die Häufigkeit von Schlaganfällen und Herzinfarkten mit dem Resultat, dass nahezu 2,5 % der Frauen und 7 % der Männer zwischen 40 und 79 Jahren einen Herzinfarkt überlebt haben. Außerdem erlitten in dieser Altersklasse 2,5 % Frauen und 3,3 % Männer einen Schlaganfall. Beide Erkrankungen werden mit steigendem Alter des Öfteren geschildert. Die erhobenen DEGS1-Daten zeigen weiterhin aufschlussreiche Resultate hinsichtlich des Diabetes. Bei 7,2 % der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren ist im Laufe des Lebens dieses Krankheitsbild festgestellt worden, der Anteil der Männer liegt bei 7,0% und der der Frauen bei 7,4%. Einen bislang noch nicht diagnostizierten Diabetes hatte aufgrund der Messwerte aus den Laboruntersuchungen ein weiterer, allerdings deutlich kleinerer Teil der Bevölkerung. Im Hinblick auf die Entwicklung in der letzten Dekade offenbarte sich, dass die Zahl der Erwachsenen mit einer festgestellten Zuckerkrankheit um 38 % angestiegen ist, wobei ein Drittel der Erhöhung ihren Grund darin hatte, dass die Bevölkerung heute im Durchschnitt älter ist als noch vor zehn Jahren und bei älteren Menschen ein hochgradigeres Risiko für Diabetes mellitus besteht.

Bei den Fettstoffwechselstörungen waren die gewonnenen Ergebnisse der Laboruntersuchungen aus über 7.000 Blutproben ebenfalls ein wichtiger Anhaltspunkt: Bei 60,5 % der Frauen und 56,6 % der Männer ist der Cholesterinspiegel erhöht (über 190 mg/dl im Blut). Berücksichtigt man außerdem zu einem erhöhten Cholesterinwert auch ärztlich diagnostizierte Fettstoffwechselstörungen, weisen 65,7 % der Frauen und 64,5 % der Männer eine Störung auf. Unter Zugrundelegung dieses Gesamtbildes beträgt der Anteil der bislang unbekannten Fettstoffwechselstörungen mehr als die Hälfte der Fälle. Nur ungefähr ein Drittel derjenigen, die von ihrer Erkrankung wissen, unterzieht sich einer medikamentösen Behandlung.

Starkes Übergewicht (Adipositas, BMI>=30) ist bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems ein bedeutender Risikofaktor, zudem besteht bei Menschen, die unter Fettleibigkeit leiden, ein Gefährdungspotenzial für Diabetes mellitus Typ II und einige Krebsarten. Die Verbreitung von Übergewicht pendelte sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau ein, wohingegen der Anteil

Adipöser allerdings beträchtlich zunahm. Die in den DEGSI-Untersuchungszentren gemessenen Werte zu Körpergröße und -gewicht zeigen, dass derzeit 53,0 % der Frauen und 67,1 % der Männer unter Übergewicht leiden, unter Adipositas derzeit 23,9 % der Frauen und 23,3 % der Männer. Junge Männer sind heute häufiger fettleibig als noch vor zehn Jahren, der Anteil bei 30- bis 39-Jährigen liegt bereits bei 22,0 %.

Die psychische Gesundheit ist in der DEGS1-Erhebung gleichfalls umfangreich zum Zuge gekommen. Es wurde ermittelt, dass bei 8 % der Erwachsenen aktuell eine depressive Symptomatik vorhanden ist. In den letzten zwölf Monaten wurde bei insgesamt ca. 6 % durch einen Arzt oder Psychotherapeuten eine Depression festgestellt, wobei insbesondere junge Erwachsene häufiger von aktuellen depressiven Symptomen betroffen sind; im mittleren Lebensalter hingegen äußerten dagegen die Diagnose Depression mehr Befragte. Bei Frauen sind öfter eine depressive Symptomatik und eine diagnostizierte Depression vorzufinden als bei Männern. Ein Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit beinhaltete vertiefende Fragen, die man über 5.300 Teilnehmenden stellte. Dieser Teil der Studie erfolgte in Kooperation mit der TU Dresden (Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi, 24.05.13). Neben den zuvor geschilderten Erkrankungen und Gesundheitsstörungen griff die DEGS1-Erhebung auch die Themen Stress, Lärmbelastungen, Schlafstörungen und Burnout auf. Mehr als jeder Zehnte ist stark stressbelastet, Frauen geben mit 13,9 % eindeutig öfter als Männer (8,2 %) eine starke Belastung durch Stress an. Die Daten dokumentieren sehr klar die Bedeutung von chronischem Stress als Gesundheitsrisiko. Personen, die durch chronischen Stress stark belastet sind, zeigen häufiger eine depressive Symptomatik, ein Burnout-Syndrom oder Schlafstörungen. Ungefähr ein Drittel der befragten Erwachsenen hatte während der letzten vier Wochen klinisch bedeutsame Ein- oder Durchschlafstörungen, ca. ein Fünftel schilderte außerdem schlechte Schlafqualität. Bei 1,5 % der Teilnehmenden wurde in den letzten zwölf Monaten ein Burn-out-Syndrom medizinisch diagnostiziert. Ein nicht unerheblicher Teil der Menschen fühlt sich durch Umweltlärm belästigt. Bei der körperlichen und psychischen Gesundheit machte sich allerdings der Einfluss der sozialen Stellung bemerkbar. Personen mit einem geringen sozioökonomischen Stand bewerten ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter als diejenigen mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status. Sie sind beispielsweise öfter an Diabetes erkrankt, ferner ist bei diesem Personenkreis ein erhöhtes Risiko für eine depressive Symptomatik, Adipositas und eine sportliche Inaktivität gegeben. Die DEGS1-

Daten unterstreichen, dass die sozialen Lebensverhältnisse immer noch einen enormen Einfluss auf die Gesundheit haben.

Bezüglich des Gesundheitsverhaltens ergibt sich aus der DEGS1-Studie insofern Positives, als dass sich ein Trend zu vermehrter sportlicher Aktivität zeigt; denn ca. ein Drittel der Erwachsenen achtet sehr auf ausreichende Bewegung. Mindestens zwei Stunden Sport pro Woche treibt ein Viertel (21,6 % der Frauen, 29,3 % der Männer). Sportliche Betätigungen nahmen in den letzten zehn Jahren erheblich zu. In der Vorgängerstudie BGS98 schilderten erheblich weniger Befragte sportliche Aktivitäten in dem vorgenannten Ausmaß. Da die Empfehlungen der WHO zur gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivität jedoch bislang nur von ungefähr 20 % der Erwachsenen erfüllt werden, erklärt dies einen Handlungsbedarf für Prävention und für gesundheitspolitische Maßnahmen. Die Daten aus DEGS1-Studie ermöglichen es auch, Aussagen über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und deren Veränderung seit den 90iger Jahren zu treffen und sie geben die Auswirkungen der Gesundheitsreformen sowie gesundheitspolitischen Maßnahmen in den letzten Jahren wieder. Die Analyse ergab eine Zunahme der Anzahl der kontaktierten Facharztgruppen seit dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Die DEGS-Erhebung ist ein langfristiges, vom Robert Koch-Institut systematisch aufgestelltes Gesundheitsmonitorings. Es unterstützt Politik und Ärzte in ihrem Handeln maßgeblich (RKI, 2012).

1.2 Das Mrs.Sporty-Ernährungskonzept

Das Mrs.Sporty-Ernährungskonzept stellt die erste von insgesamt vier elementaren Komponenten des Systems pädagogisch-mentaler Methoden zur Gewichtsreduktion dar. Ziel des Mrs.Sporty-Ernährungskonzeptes ist eine langfristige Ernährungsumstellung auf eine am individuellen Energiebedarf der Mitglieder orientierte, ausgewogene Ernährung. Sie soll den Bedarf an Makro- (Fette, Eiweiße, Kohlenhydrate) und Mikronährstoffen (Vitamine, Mineralstoffe) abdecken, durch einen erhöhten Ballaststoff- und Eiweißanteil sättigen und die Lebensqualität durch bewussten Genuss fördern (Anhang S. 229-237). Dieses Programm besteht aus den drei Phasen der Reduktion, Stabilisierung und Erhaltung des Gewichts.

Das Mrs.Sporty-Ernährungskonzept berücksichtigt die wissenschaftlichen Empfehlungen der Adipositastherapie sowie die Adipositasleitlinien (vgl. Deutsche Adipositasgesellschaft, 2007). Ebenso finden Berücksichtigung für eine Sicherung der Nährstoffzufuhr die Lebensmittelmengenempfehlungen der AID-Ernährungspyramide für Erwachsene mit einer sitzenden Tätigkeit (Ernährungspyramide, AID, 2013)

Zu Beginn des Ernährungsprogramms steht ein Ernährungsfragebogen (Anhang S.224), mit welchem der jeweilige Energiebedarf der teilnehmenden Person ermittelt wird. Um den Abnehmprozess ideal begleiten zu können, wird in dem Fragebogen auch das Ernährungsverhalten der Probandin erfasst. Aufgrund des ermittelten Energiebedarfs kann die Probandin individuell in das zum Konzept gehörende Phasenmodell und Baukastensystem der Nahrungsmittel eingeordnet werden, das eine langsame und langfristige Gewichtsreduktion auf drei Energie- bzw. Kalorienstufen gewährleistet. Der Individualität der Probandin wird mit dem Konzept dadurch Rechnung getragen, dass es den tatsächlichen Energiebedarf ermittelt, den Leistungs- und Gesundheitszustand der Probandin prüft und die Ernährungsumstellung langsam und individuell an die jeweilige Person anpasst. Diese Methodik wird in der Arbeit noch tiefergehend beschrieben. Grundlegende verhaltensmodifizierende Maßnahmen finden sich auch im Ernährungskonzept. So werden realistische Ziele gesteckt, Rückschläge besprochen, bessere Rahmenbedingungen überlegt oder Gruppentreffen organisiert. Jedoch stehen diese kognitiven Inhalte hinter der geplanten pädagogisch-mentaler Methoden dieser Studie weit zurück. Bei der Besprechung des pädagogisch-mentalen Modells wird deutlich werden, dass dieses Konzept im Gegensatz zu den verhaltensmodifizierenden Maßnahmen eine Bewusstseinsänderung in den Probandinnen bewirkt, welche maßgeblich den Erfolg eines Ziels bestimmt.

In den nun folgenden Ausführungen beschreibt der Autor die ernährungsspezifischen sowie die aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen aus dem Mrs.Sporty-Ernährungskonzept: **Essenshäufigkeit und Gewichtsreduktion, negative Energiebilanz, low carb vs. fat, Wasserkonsum, Irrtümer und Mythen** und deren Auswirkungen auf den weiblichen Körper.

Die Anzahl von Mahlzeiten einer Person ist aufgrund ihrer potenziellen Auswirkung auf das Körpergewicht und die Energiezufuhr eines Menschen Gegenstand vieler Diskussionen. Seit

mehreren Jahrzehnten werden im Bereich der Medien und der Öffentlichkeit, in der Lebensmittelindustrie, von Gesundheitsexperten und Ratgebern zur Gewichtsregulation kontradiktorische Annahmen darüber gemacht, wie oft man im Optimalfall am Tag essen sollte, um das jeweilige Gewicht zu halten oder zu reduzieren. Fehlende aussagekräftige Beweise haben diese mangelnde Übereinstimmung der Meinungen zur Folge. Validierte Aussagen über eine empfohlene Anzahl von täglichen Mahlzeiten gesunder Menschen zur effektiven Reduktion oder Beibehaltung des jeweiligen Körpergewichts können mittels der aktuell vorhandenen wissenschaftlichen Daten aus Humanstudien nicht getroffen werden. US-amerikanische Ernährungsempfehlungen weisen auf das Fehlen zufriedenstellender Beweise für eine bestimmte Empfehlung zur Mahlzeitenfrequenz hin (U. S. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Zwar wurde von der American Dietetic Association zudem herausgefunden, dass keine überzeugende Beweislage zur Wechselbeziehung zwischen der Frequenz der Essenseinnahme und der Regulation des Körpergewichts vorliegt; trotzdem wird Folgendes empfohlen: „Die Gesamtenergiezufuhr sollte über den ganzen Tag verteilt werden, pro Tag sollten vier bis fünf Mahlzeiten/Snacks inklusive Frühstuck gegessen werden…“ Dabei soll ein Schema der Mahlzeiteneinnahme vermittelt werden, durch das die jeweilige Kundin in der Lage ist, einem großen Hungergefühl trotz des dauernden Konfrontiert seins mit reichhaltigen Nahrungsmitteln zuvorzukommen. Palmer et al. (2009) veröffentlichten eine Zusammenfassung der Resultate von 25 Interventionsstudien, darunter 15 randomisierte kontrollierte klinische Studien, zur Reduktion bzw. Beibehaltung des Gewichts. Die Frequenzen der Nahrungsmittelzunahme in den Studien ergaben ein Spektrum von 1 bis zu 9 Mahlzeiten pro Tag bzw. 17 Snacks pro Tag; mehrheitlich wurden 3 Mahlzeiten pro Tag in den Studien analysiert. Palmer et al. zufolge negiert die Beweislage in der Wissenschaft eine Wechselbeziehung zwischen der Häufigkeit der Mahlzeiten und dem Körpergewicht. Nur im Rahmen einer kleinen Anzahl von Studien wurde auch die körperliche Aktivität untersucht; allerdings handelt es sich bei dieser Variable besonders bei Studien zur Gewichtsveränderung um eine erhebliche Störgröße (Palmer, Capra, Baines, 2009). Über die Wechselbeziehung zwischen der Häufigkeit der Mahlzeiten und der Regulierung des Körpergewichts bei gesunden Menschen ist derzeit keine wissenschaftlich validierte Aussage möglich, sodass das Mrs.Sporty-Ernährungskonzept diesbezüglich keine gezielte Empfehlung ausspricht. Die Entwicklung des Körpergewichts ist maßgeblich abhängig von der Energiebilanz. Übergewicht kann

mit genügend körperlicher Aktivität und einer ausgewogenen, volumenreichen und bewussten Ernährung, welche auf die Zufuhr reichhaltiger Nährstoffe ausgerichtet ist, vorgebeugt bzw. verringern. Bei eventuellen Zwischenmahlzeiten außerhalb der Hauptmahlzeiten sollten Nahrungsmittel wie Obst, Gemüse oder fettarme Milchprodukte präferiert verzehrt werden. Die Energiezufuhr darf den Energiebedarf einer Person dabei nicht übersteigen bzw. muss darunter liegen, wenn das Körpergewicht gehalten bzw. reduziert werden soll. Demnach fallen Lebensmittel wie Gebäck, Süßigkeiten, viele Fast-Food-Produkte und energiereiche Getränke (z.B. zuckerhaltige Limonaden, Fruchtsaftgetränke und Nektare) mit einem hohen Energiegehalt nicht unter die Kategorie der geeigneten und empfohlenen Snacks. Unter Umständen kann eine Person, der das Auslassen einer Mahlzeit weniger Schwierigkeiten bereitet als das Beenden einer begonnenen Mahlzeit, mithilfe einer Verringerung der Essenshäufigkeit ihre Energiezufuhr besser kontrollieren. Beim Ziel der Reduktion der Energiezufuhr kann dies nützlich sein (Bachman, Raynor, 2012).

Häufig wird die Ansicht vertreten, die **Einnahme von Mahlzeiten zur Abendzeit** sollte verringert oder komplett gestrichen werden (sog. „Dinner Cancelling“), um einer Zunahme des Körpergewichts zuvorzukommen und es schneller zu reduzieren. Es existieren nur wenige Analysen zu dieser Thematik, und diese weisen Widersprüche auf. Im Rahmen der epidemiologischen Follow-up-Studie der NHANES-I-Studie mit über 7 000 Frauen und Männern und einem Nachbeobachtungszeitraum von zehn Jahren trat die Feststellung auf, dass kein Zusammenhang zwischen der Menge der abendlich aufgenommenen Nahrung und der Entwicklung des Körpergewichts bestand (Kant et al., 1995, 1997). In einer früheren Untersuchung bei 1802 Frauen der CSFII-Studie eine spätere Auswertung der Zufuhr von Energie und Nährstoffen an vier nicht aufeinanderfolgenden Tagen durch. Auch in dieser epidemiologischen Querschnittsstudie ließ sich bei den Probandinnen keine Korrelation zwischen dem Körpergewicht und der prozentualen Aufnahme von Energie in den Abendstunden (nach 17 Uhr) beobachten. Weiterhin wurden auch die 7-Tages-Verzehrprotokolle von etwa 900 Frauen und Männern untersucht (De Castro, 2004). Dabei konnte einerseits keine Wechselbeziehung zwischen dem Essen in den späten Abendstunden und einer generell höheren Zufuhr von Energie über den ganzen Tag festgestellt werden; gleichzeitig ging eine relativ höhere Zufuhr von Energie am Morgen mit einer geringeren Energiezu-

fuhr über den gesamten Tag einher. Die vergleichende Betrachtung des Essverhaltens von nicht übergewichtigen und übergewichtigen Frauen (Bertéus Forslund et al., 2002) zeigte zudem eine höhere Anzahl von täglichen Mahlzeiten der übergewichtigen Frauen als Ergebnis. Dabei fällt auf, dass übergewichtige Frauen diese Mahlzeiten häufig zu späterer Tageszeit zu sich nehmen. Weiterhin wurde im Rahmen der Studie festgestellt, dass die übergewichtigen Frauen eine höhere tägliche Energiezufuhr hatten (durchschnittlich 11 970 kJ) als die normalgewichtigen mit 9 756 kJ. Eine zuverlässigere Evaluation der Hypothese ist aufgrund der bis dato fehlenden Resultate aus randomisiert-kontrollierten Interventionsstudien leider nicht möglich, weshalb derzeit auch keine abschließende Evaluation gegeben werden kann. Aus diesem Grund gilt auch für das Mrs.Sporty-Ernährungskonzept, dass die über den ganzen Tag aufgenommene bzw. verbrauchte Energiemenge ausschlaggebend für das Körpergewicht und seine Reduzierung ist.

Über die Frage, wie gesunde Kost aussehen soll und welche Form der Ernährung z.B. zur Gewichtsabnahme oder zur Vorbeugung verschiedener Krankheiten geeignet ist, finden bereits seit mehreren Dekaden kontroverse Dispute statt. Selbst Ernährungsspezialisten und Ärzte haben Schwierigkeiten bei der Beantwortung dieser Fragestellung, da eine Fülle von Beiträgen und Daten zu dieser Thematik existiert. Allerdings wollen Kunden/Patienten deutliche und einleuchtende Empfehlungen und Ratschläge. Der folgende Abschnitt stellt einige Diskussionspunkte und die Konsequenzen für die Ernährungsberatung vor. Mithilfe bilanzierter Diäten zur Gewichtsabnahme ist eine gezielte Reduktion der Körperfettmasse unter Erhalt der Muskulatur in der modernen Adipositas-Therapie häufig erfolgreich. Daraufhin ergibt sich jedoch die Frage nach einer geeigneten Ernährung, mit deren Hilfe eine Stabilisierung des Körpergewichts und eine Verhinderung des berüchtigten Jojo-Effekts erreicht werden kann. Die groß angelegte Diogenes-Studie (773 Teilnehmer aus acht europäischen Ländern) befasste sich mit der geeignetsten Form der Ernährung, um diesem Effekt vorzubeugen. Dabei war es allen Partizipanten gelungen, mindestens 8% ihres ursprünglichen Gewichts zu verlieren (durchschnittlich 11 kg). Eine von fünf Diäten wurde den Probanden in dem nachfolgenden Interventionsteil über sechs Monate hinweg zugewiesen. Als Resultat zeigte sich, dass eine Verbindung von niedrigem glykämischen Index, mehr Proteinen und weniger Kohlenhydraten den schwächsten Jojo-Effekt erzeugte. Hingegen zog eine Diät mit wenigen Proteinen und einem hohen glykämischen Index die höchste Abbrecherquote nach sich (Meinert Larsen et al, 2010) was auch in früheren Arbeiten in Bezug auf Low-Fat-Diäten

festgestellt worden war (Hession, Rolland, Kulkarni, Wise, Broom, 2009). Der damalige Leiter der Abteilung für Klinische Ernährung am Deutschen Institut für Ernährungsforschung (DIfE), Andreas Pfeiffer, evaluierte dies folgendermaßen: „Die Diogenes-Studie zeigt, dass die gegenwärtigen Ernährungsempfehlungen der DGE nicht ideal sind, um einer erneuten Gewichtszunahme übergewichtiger Personen vorzubeugen. Eine Kostform mit einem etwas höheren Proteinanteil als der, der derzeit empfohlen wird, und einem niedrigen Glykämischen Index, erleichtert es übergewichtigen Personen nach einer Reduktionsdiät, ihr vermindertes Körpergewicht längerfristig beizubehalten. Zudem scheint es den Studienteilnehmern leichter zu fallen, ihre Ernährungsweise dauerhaft auf eine solche Kostform umzustellen“ (DIfE, 2010). Um das eigene Körpergewicht dauerhaft zu verringern und auch zu halten, sollte man eine Reduktion der Energiezufuhr und einen möglichst hohen Energieverbrauch für eine generell bestmögliche Energiebilanz und eine negative Kalorienbilanz anstreben, was die Basis für jede Verringerung des Körpergewichts bildet. Im JAMA wurde eine kontrollierte Studie veröffentlicht; diese befasste sich mit der Frage, wie stark der Ruhe- und Gesamt-Energieumsatz nach einer Verringerung des Körpergewichts sinkt und wie groß der Einfluss verschiedener isokalorischer Formen der Diät darauf ist. Als Resultat zeigte sich, dass der Energieverbrauch nach Gewichtsverlust unter Low Carb am wenigsten sank (KH 10 En%, Fett 60 En%, Protein 30 En%), während der Energieverbrauch unter fettarmer und kohlenhydratbetonter Diät am stärksten abnahm (60 % KH, je 20 % Fett und Protein). Im Mittelfeld lag die moderat kohlenhydratreduzierte Kost mit niedrigem Glykämischen Index (40 % KH, 40 % Fett, 20 % Protein). Die kohlenhydratarme Kost führte zu einer Differenz im Kalorienverbrauch von 67 Kalorien für den Ruhe- und 300 Kalorien für den täglichen Gesamt-Energieverbrauch, was eine unterschiedliche Nahrungsverwertung durch den Körper je nach ihrer Zusammensetzung anzeigt. Außerdem zeigt dies den Vorzug einer fett- und eiweißbetonten Kost mit einem niedrigen GI auf. Deshalb sollte bei den Ernährungsangaben von Lebensmitteln das Augenmerk nicht nur auf die Kalorienanzahl, sondern zusätzlich auf die Zusammensetzung der Nährstoffe gerichtet werden (Ebbeling et al, 2012). Die im Verlauf des Tages variierende Sensitivität des Insulins bedingt dies u.a. Eine deutsche Studie analysierte den Einfluss verschiedener Ernährungsformen auf die Fettverbrennung von Patienten mit metabolischem Syndrom bei moderatem aerobem Ausdauertraining unter Zuhilfenahme der Spiroergometrie. Auch im Rahmen dieser Untersuchung wurden der große Vorteil und die Stärke einer kohlenhydratreduzierten sowie

fett- und eiweißreichen Ernährung (nach der LOGI-Methode mit max. 30 En% Kohlenhydraten) bei der Oxidation der Fettsäure gegenüber einer kohlenhydratreichen Kost (mind. 50 En%) hervorgehoben. Als Begründung wird der generell schwächere Abbau von Muskelmasse im Rahmen einer eiweißreichen Kost (Low Carb) als bei einer Low Fat-Diät angeführt, da der Grundumsatz durch größere Muskelmasse erhöht wird und das Risiko einer Gewichtszunahme senkt. Somit wird eine auf Kohlenhydrate bedachte Kost offiziell bereits seit Längerem nicht mehr empfohlen, da Kohlenhydrate – anders als Fette und Eiweiße – keine essenziell wichtigen Nährstoffe für den menschlichen Körper darstellen. Daher steckt großes Potenzial vor allem in solchen moderat kohlenhydratreduzierten Ernährungsformen wie z.B. die LOGI-Ernährung nach Dr. Worm. Im Rahmen dieser modernen Low-Carb-Kostformen (30 – 40 % KH, 30 – 40 % Fett, 20 – 30 % Eiweiß) werden vor allem Lebensmittel wie Gemüse, Salate, Beeren, Früchte, Ballaststoffe in Kombination mit Eiweiß mit wenig Stärke und mehrheitlich ungesättigten Fettsäuren aus pflanzlichen und tierischen Quellen angepriesen. Diese Form der Ernährung brachte einen sehr positiven Effekt für viele Probanden im Kontext dieser Studie in Bezug auf die Verringerung des Körpergewichts, Compliance, Verbesserung der Risikofaktoren sowie der inneren Gefühle mit sich.
Somit ist eine dringende Überarbeitung dieser offiziellen Ernährungsempfehlungen von Nöten, weshalb diese auch einen Bestandteil in diesem Ernährungskonzept bilden.
Es herrscht die landläufige Auffassung, **es helfe bei der Gewichtsreduktion, viel Wasser zu trinken,** doch es stellt sich die Frage, ob sie auch der Wahrheit entspricht. Ein Forschungsteam der Charité - Universitätsmedizin Berlin ist dieser Frage im Rahmen einer groß angelegten Meta-Studie nachgegangen und evaluierten dabei in Fachzeitschriften publizierte Studien über die Korrelation zwischen Wasser und Gewichtsabnahme. Bei deren Auswertung stellte sich heraus, dass der Wasserkonsum allein keine besondere Auswirkung zeigte, aber in Verbindung mit einer Diät bei der Gewichtsabnahme durchaus einen förderlichen Effekt hat. Viele nicht-wissenschaftliche Zeitschriften und Internetseiten preisen mit ihren Diätprogrammen die unterstützende Wirkung des hohen Wasserkonsums bei der Gewichtsreduktion an. Anlass für diese Hypothese gibt wohl das schnell eintretende Sättigungsgefühl beim Wassertrinken vor einer Mahlzeit. Eine zusätzliche Annahme umfasst die Förderung des individuellen Energieverbrauchs und die Erhöhung des Grundumsatzes durch ausreichenden Wasserkonsum. „Obwohl in Diäten oft empfohlen wird, viel Wasser zu trinken, gibt es bisher dafür keine wissenschaftlich fundierte Empfehlung. Aufgrund

der enormen Präsenz dieser Thematik ist es erstaunlich, dass bisher nur relativ wenige Studien den Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Wassertrinken untersucht haben“. Vier internationale elektronische Datenbanken wurden nach deutsch-, englisch-, französisch- und spanischsprachigen wissenschaftlichen Artikeln durchforstet, von denen jedoch nur die wenigsten der 5000 gefundenen Referenzen auch den Einschlussbedingungen bezüglich der Qualität oder des Inhalts der Studien entsprachen. Im Endeffekt konnten 13 Studien für eine genaue Untersuchung berücksichtigt werden, wovon zwei Interventionsstudien und eine Langzeitstudie den positiven Effekt eines hohen Wasserkonsums auf den erfolgreichen Ausgang einer Diät bei älteren Personengruppen verdeutlichen konnten. Die Partizipanten mit einem höheren täglichen Wasserkonsum von etwa einem Liter während einer Diät konnten ihr Gewicht um ca. ein bis zwei Kilogramm mehr reduzieren als solche, die ausschließlich das Diätprogramm befolgten. Bei gesunden Erwachsenen, die kein Diätprogramm absolvierten, konnte keine Korrelation mit dem Körpergewicht festgestellt werden. In weiteren sechs Querschnittsstudien mit Partizipanten aus verschiedenen Gewichtsklassen konnten nur sehr uneinheitliche und widersprüchliche Ergebnisse ermittelt werden. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein hoher Wasserkonsum keinerlei Nachteile mit sich bringt, solange keine Funktionsschwäche des Herzens oder Schwierigkeiten bei der Flüssigkeitsausscheidung vorliegen. Zudem können beim Trinken von Wasser statt von Limonaden und Saftschorlen viele Kalorien gespart werden. Eine zusätzliche schlankmachende Wirkung eines erhöhten Konsums von Wasser muss jedoch noch wissenschaftlich validiert werden (Muckelbauer, Sarganas, Grüneis, Müller-Nordhorn, 2013). Daher gilt für das Ernährungskonzept eine Trinkempfehlung von 1,5 - 2 Liter pro Tag.

Zum Thema Übergewicht und erfolgreiches Abnehmen geht mit zahlreichen **Irrtümern und Mythen**, aber auch mit wissenschaftlichem Datenmaterial einher. Nachweisbare Hilfen bei der Gewichtsreduktion sollen im Folgenden einmal genauer zusammengefasst werden. Einige wissenschaftlich nicht belegte Hypothesen wie der positive Effekt eines reichlichen Verzehrs von Obst und Gemüse und eines regelmäßigen Frühstücks bei der Regulation des Körpergewichts mögen richtig sein; dies ist allerdings nur bei einer simultanen Senkung der täglichen Gesamtkalorienmenge der Fall. Solche Hypothesen, die bisher tatsächlich wissenschaftlich durch Studien validiert werden konnten, werden in der folgenden Übersicht der genannten Studien einmal zusammengefasst (Casazza et al., 2013)

- **Gene** spielen zwar eine große Rolle, bedeuten allerdings auch kein unabwendbares Schicksal in Bezug auf Adipositas, wenn die Adipositas begünstigenden Einflussfaktoren erst einmal erkannt wurden.

- Die **Kalorienreduktion** ist äußerst unterstützend bei der Reduktion des Gewichts, bringt allerdings als einzige Maßnahme keinen dauerhaften und langfristigen Erfolg mit sich.

- **Körperliche Aktivität** ist sehr förderlich in gesundheitlicher Hinsicht, auch wenn dadurch keine Gewichtsabnahme erreicht wird.

- Mithilfe von **regelmäßiger Bewegung** und ausreichendem Training ist ein dauerhaftes Konstanthalten des eigenen Körpergewichts möglich.

- Bei **langfristiger Beibehaltung** des Lebensstils, der bei der Gewichtsabnahme geholfen hat, wird einer erneuten Gewichtszunahme vorgebeugt.

- Wenn Freunde, Bekannte und generell **das soziale Umfeld** einbezogen werden, fällt es Personen mit Übergewicht leichter, erfolgreich ihr Gewicht zu reduzieren und dieses auch besser zu halten.

- **Strukturierte Mahlzeiten** und die Einnahme von Nahrungsersatzprodukten helfen bei einem größeren Gewichtsverlust als scheinbar ganzheitliche, auf Balance, Vielfalt und Maßhalten basierende Methoden.

- Die Einnahme **pharmazeutischer Wirkstoffe** kann förderlich bei der Gewichtsabnahme sein, bis die notwendigen Maßnahmen zur Lebensstilumstellung verinnerlicht sind.

- Adipositaschirurgie kann in speziellen oder schwierigen Fällen langfristig bei der Gewichtsreduktion helfen und wirkt positiv auf begleitende Risikofaktoren wie Diabetes oder eine frühere Sterblichkeit ein.

Daraus lassen sich folgende Ernährungsempfehlungen ableiten. Um sich ausgewogen und vollwertig zu ernähren, ist eine abwechslungsreiche Auswahl, angemessene Menge und Verbindung

von Lebensmitteln mit vielen Nährstoffen und wenig Energie nötig. In Nahrungsmitteln wie Brot, Getreideflocken, Nudeln, Reis (im Idealfall aus Vollkorn) und Kartoffeln sind viele Vitamine, Mineral-, Ballast- und sekundäre Pflanzenstoffe; diese sollten möglichst reduziert und alltagsgerecht verzehrt werden. Am besten sollten 30 Gramm Ballaststoffe (besonders aus Vollkornprodukten) und 5 Portionen Gemüse und Obst pro Tag gegessen werden, letztere möglichst frisch, nur kurz gegart oder auch mal als Saft oder Smoothie. Damit werden die genannten Stoffe in ausreichender Menge zugeführt und verringern das Risiko für ernährungsbedingte Krankheiten. Saisonale Produkte sollten dabei präferiert werden. Weiterhin sollten auch Milch und Milchprodukte sowie Fisch und Fleisch (drei- bis viermal pro Woche) wegen ihrer wertvollen Nährstoffe, z.B. Calcium, Jod, Selen sowie n-3-Fettsäuren, Vitamine B1, B6 und B12 in Fleisch, verzehrt werden. Fisch sollte aus einer anerkannt nachhaltigen Herkunft stammen. Bei Fleischprodukten ist weißes Fleisch (Geflügel) unter gesundheitlichen Aspekten gegenüber rotem Fleisch, z.B. Rind und Schwein, zu bevorzugen. Die Wahl fettarmer Milch- und Fleischprodukte sollte im Vordergrund stehen. In Fetten befinden sich essenzielle Fettsäuren und diese lösen fettlösliche Vitamine, sind allerdings auch besonders energiereich und können bei hohem Konsum zu Übergewicht führen. Gesättigte Fettsäuren erhöhen zudem das Risiko für Fettstoffwechselstörungen und die mögliche Folge einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Deshalb sollten pflanzliche Öle und Fette (z.B. Raps,- Lein-, und Sojaöl und daraus hergestellte Streichfette) bevorzugt verzehrt und auf unsichtbare Fette in Fleisch-, Milch- und Fertigprodukten sowie in Gebäck, Süßwaren und Fastfood geachtet werden. Zucker sowie Lebensmittel bzw. Getränke, die verschiedene Zuckerarten (z.B. Glucose - Sirup) enthalten, nur sporadisch gegessen werden. Kräuter, Gewürze und wenig Salz können zum Würzen verwendet werden. Salz sollte am besten mit Jod und Fluorid angereichert sein. Zudem sollten rund 1,5 Liter Flüssigkeit pro Tag getrunken werden, vornehmlich Wasser (mit oder ohne Kohlensäure) als lebensnotwendiges Nahrungsmittel, aber auch energiearme Getränke. Getränke mit Zuckerzusätzen sollten aufgrund ihres hohen Energiegehalts vermieden werden. Auch alkoholische Getränke sollten aufgrund ihrer damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken nur gelegentlich und in Maßen verzehrt werden. Lebensmittel sollten bei möglichst niedrigen Temperaturen, möglichst kurz und mit wenig Wasser und wenig Fett gegart werden, um den natürlichen Geschmack und die Nährstoffe zu erhalten und die Bildung schädlicher Verbindungen zu verhindern. Dabei sollten bei Möglichkeit frische Zutaten verwendet werden, damit wenig Müll produ-

ziert wird. Für die Mahlzeiten sollte man sich zur Förderung des Sättigungsgefühls genügend Zeit nehmen. Zur Fragestellung, was gesunde Ernährung eigentlich ist, gibt es immer noch wissenschaftliche Diskussionen, da eine befriedigende Antwort bislang nicht gefunden werden konnte. Die Prozesse und Abläufe der Nährstoffe im menschlichen Körper sind zutiefst komplex und bis heute trotz umfangreicher Forschungen nicht vollständig geklärt. Denn: Jeder Mensch is(s)t anders und trotzdem versucht, das Ernährungskonzept diesen annähernden Anspruch im Gewichtsreduktionprozess zu berücksichtigen.

1.3 Das Mrs.Sporty- Trainingskonzept

Die zweite Komponente bildet das Mrs.Sporty-Trainingskonzept (Anhang S. 242-251). Das Mrs.Sporty-Bewegungskonzept umfasst ein dreimal wöchentliches 30-minütiges Zirkeltraining, das die Phasen Aufwärmen, Kräftigung, Kondition, Abkühlen und Dehnen (Anhang S.252) enthält. Die Besonderheit dieses Konzeptes liegt in der zeitlichen Effizienz durch kurze Trainingseinheiten, der hohen Flexibilität und der intensiven Betreuung der Kundinnen. Auf das Bewegungskonzept wird innerhalb der Arbeit nicht dezidierter eingegangen, da der Schwerpunkt dieser Arbeit in den Auswirkungen der kognitiven Maßnahmen des pädagogisch-mentalen Konzeptes liegt. Für weiterführende konzeptionelle Informationen sind am Schluss des Literaturverzeichnisses dieser Arbeit einige Internetquellen aufgeführt. In den nun folgenden Ausführungen beschreibt der Autor die aktuellen wissenschaftliche Kernbereiche aus dem Mrs.Sporty-Zirkel: **Kraft und Ausdauer und deren gesundheitlichen Auswirkungen auf den weiblichen Körper.**

Vor einigen Jahren war **Krafttraining** für das weibliche Geschlecht, für Leute mit körperlichen Schmerzen oder für den Körperfettabbau noch nicht von Interesse oder gar undenkbar. Lange war gesundheitsorientiertes Krafttraining eine Domäne für junge Männer, die intensives Bodybuilding betrieben wollten. Allerdings birgt Krafttraining auch viele positive Effekte, die es zu einem geeigneten und guten Training für Frauen jeden Alters für die Zielerreichung der Gewichtsabnahme und der Gesundheit machen.

Bei Abbau von Muskelmasse im Alter kann Krafttraining zum Erhalt der Leistungsfähigkeit, der Mobilität und Aktivität und damit z.B. zum Schutz vor Stürzen beitragen. Ein moderates, gesundheitsorientiertes Krafttraining kann zur Steigerung der Körperkraft bzw. zum Ausgleich bei Kraftverlust im Alter bei Menschen jeden Alters oder Geschlechts helfen (Graves, Franklin, 2001).

Kraftverlust im Alter wirkt sich stark auf die Körperhaltung, die Fortbewegung und die Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Aktivitäten aus, die mit einem Mindestmaß an Körperkraft einhergehen und elementar wichtig für die Erhaltung einer selbstständigen Lebensführung sind. In den modernen Industriestaaten laufen viele Menschen höheren Alters Gefahr, solche Schwellenbereiche der Kraft für die Erledigung alltäglicher Aktivitäten zu unterschreiten, und werden in vielen Lebensbereichen hilfsbedürftig. Für diesen multifaktoriell bedingten, starken Verlust an Muskelkraft mit steigendem Alter ist an erster Stelle der altersbedingte Rückgang der Muskelmasse (Sarkopenie) zu nennen. Dieser zeigt sich ohne entsprechende Trainingsreize bereits ab dem 25. bis 30. Lebensjahr und beträgt im Alter von 50 Jahren schon ca. 10 %. Bis zu einem Alter von 80 Jahren steigt der Wert sogar auf 50 %.

Diese Entwicklung ist allerdings nicht zwangsläufig auf physiologische Ursachen zurückzuführen, sondern geht wahrscheinlich auch z.T. mit der sinkenden Belastung im Alltag bzw. mit der generell sinkenden Bewegung im Alter einher (Roubenoff, 2001). Jedoch ist nicht das Alter an sich ursächlich für diese sich negativ entwickelnden Abläufe: vor allem weniger Bewegung, Belastung des älterwerdenden Menschen und Übergewicht spielen eine große Rolle. Diesem Alterungsprozess kann durch entsprechende Trainingsreize im Rahmen eines persönlich angepassten, gesundheitsorientierten Krafttrainings wirksam entgegengearbeitet werden. Die Abnahme an Muskelmasse kann dadurch aufgehalten bzw. sogar neue Muskulatur aufgebaut werden, wodurch ein verbesserter Schutz bei Alltagsaktivitäten erreicht wird: größere Muskeln können eine hohe Zugspannung sicherer und besser verarbeiten, und auch ansonsten schädliche Reize bei Belastungen unphysiologischer Art können besser kompensiert oder sogar neutralisiert werden. Eine gut ausgebaute und kräftige Muskulatur wirkt sehr unterstützend beim Heben schwerer Gegenstände, d.h., trainierte Personen können solche alltäglichen Belastungen im Gegensatz zu untrainierten Personen ohne Schwierigkeiten bewältigen. Zudem wird die größere Gefahr von Stürzen mit zunehmendem Alter durch Krafttraining auf ein Minimum reduziert. Sowohl der Stand als auch der

Gang werden durch kräftigere Muskeln (besonders im Bereich der unteren Extremitäten) besser stabilisiert, sodass z.B. Unebenheiten beim Gehen ausgeglichen werden können.

Sowohl im Ruhezustand als auch bei Belastungssituationen müssen Muskeln permanent mit Energie versorgt werden. Mit größerer Muskelmasse gehen auch eine größere Aktivität des Stoffwechsels und ein erhöhter Verbrauch von Energie einher (Zimmermann, 2002). Besonders Menschen höheren Alters weisen eine Abnahme an Muskelmasse auf, die auf zu wenig Bewegung und eventuelle Diäten zurückzuführen ist, ein Sinken des Grundumsatzes an Kalorien bedingt und dadurch die Tendenz zu Übergewicht und der Einlagerung von Fett verstärkt. Durch Krafttraining ist eine Verhinderung dieser Entwicklungen möglich. Schon wenn 1 kg reine Muskelmasse aufgebaut wird, steigt der Grundumsatz eines Gesundheits- und Fitnesssportlers um einen täglichen Wert von 16-18 kcal (Nelson, Weinsier, Long, /Schutz, 1992). Krafttraining ermöglicht also auch eine indirekte Kontrolle des Körpergewichts bzw. des Körperfettgehalts.

Rückenschmerzen deuten häufig auf zu schwache Muskeln hin. Diese stabilisieren allerdings die Wirbelsäule und unterbinden direkte Belastungen darauf, weshalb sie trainiert und aufgebaut werden sollten. Rückenschmerzen kann besonders mithilfe von gesundheitsorientiertem Krafttraining entgegengewirkt werden, und auf diese Weise kann die Wirbelsäule entlastet werden. Moderates und angepasstes Krafttraining kann das Bewegungssystem wissenschaftlich nachgewiesen so weit trainieren, dass dies einen positiven Effekt auf Probleme mit dem Rücken (prächronische Schmerzen) haben kann (Denner, 1998). Eine positive Wirkung eines gezielten Trainings für den Muskelaufbau konnte auch im Rahmen einer 565 Patienten mit Rückenschmerzen von mehr als sechs Monaten beinhaltenden Studie festgestellt werden (Bigger, 1998). Nach einem Training von zwölf Monaten konnte die Muskelkraft im Bereich der Lendenwirbelsäule beinah verdoppelt werden; außerdem wurde der Rückenschmerz und auch die Einnahme von Schmerzmitteln stark verringert und die Arbeitsfähigkeit verbessert werden. Kräftige Muskeln dienen außerdem dem Schutz und der Schonung unserer empfindlichen Gelenke, die sich besonders bei Gelenkschmerzen bemerkbar machen und häufig auf zu schwache oder ungleich starke Muskeln zurückzuführen sind. Auch hier kann gesundheitsorientiertes Krafttraining von Nutzen sein und sowohl die Körperhaltung als auch die -statik langfristig positiv beeinflussen. Muskuläre Gleichgewichte sorgen in allen Gelenken im Körper für eine Sicherung der Körperstatik und seiner Haltung. Die alltäglichen Anforderungen z.T. unphysiologischer Art in unserer modernen

Wohlstandsgesellschaft führen dazu, dass wichtige Muskeln mit stabilisierender Wirkung nicht mehr beansprucht werden. Dadurch werden auch die Gelenke nicht mehr im Rahmen ihres kompletten Bewegungsumfangs in Anspruch genommen, sodass es zu einer Störung der muskulären Balance und zu Defiziten in der Beweglichkeit sowie zu Abschwächungen der Muskeln kommt. Regelmäßiges und gesundheitsorientiertes Krafttraining kann dieser Entwicklung sowohl vorbeugen als auch gezielt bereits bestehenden muskulären Ungleichgewichten entgegenwirken. Ein Aufbau von Muskelmasse kann darüber hinaus alle bei der Übertragung von Kraft beteiligten (z.B. Sehnen, Knochen, Bänder, Gelenkkapseln und – knorpel) und die gelenkumgebenden Strukturen stärken und die Körperstatik grundlegend verbessern.

Auch wird der Frage nachgegangen, ob Krafttraining eine vorbeugende Wirkung in Bezug auf Osteoporose hat: Da auch bei der Osteoporosebehandlung diesbezüglich gute Ergebnisse erzielt wurden, ist regelmäßiges Krafttraining auch als vorbeugende Maßnahme nachdrücklich empfehlenswert und kann zur Erhöhung der Knochendichte und des Mineralgehalts des Knochens beitragen. Dadurch kann nicht nur die Degeneration der Knochen aufgehalten, sondern auch bei Menschen hohen Alters noch ein Aufbau von Knochenmasse erreicht werden. Die im Rahmen des Krafttrainings erfolgenden Zug- und Druckbelastungen auf das sonst passive System der Bewegung eines Menschen haben entscheidende Effekte auf die Anpassungsprozesse in Knochen. Frank/Hohmann (2001) führten eine Untersuchung der Auswirkungen eines kraftorientierten Bewegungsprogramms bei 442 Patienten mit Osteoporose durch und erzielten damit ein altersentsprechendes Leistungsniveau. Auch konnten die körperlichen Beschwerden insgesamt stark reduziert werden. Darüber hinaus hat moderates, gesundheitsorientiertes Krafttraining auch noch einen positiven Effekt auf das Herz-Kreislauf-System (neben Ausdauertraining), schont das Herz und schafft gute Voraussetzungen für die Bewältigung alltäglicher Herausforderungen (vgl. ACSM 2006). Durch eine Stärkung des Herzmuskels wird erreicht, dass vergleichbare Belastungen dieser Art den Organismus in geringerem Maße strapazieren, das Herz-Kreislauf-System entlasten und die Gefahr einer Überbelastung des Herzens reduzieren. Moderates Krafttraining kann neueren Untersuchungen zufolge selbst von Herzpatienten absolviert werden und zu einem sichereren, effizienteren und mit höherem Selbstvertrauen beschrittenen Alltag beitragen (Graves, Franklin, 2001). Doch nicht nur Vorteile in körperlicher, sondern auch in mentaler und psychischer Hinsicht gehen mit Krafttraining einher. Eine bessere Durchblutung, ein höheres Selbst-

wertgefühl und eine verbesserte Stimmung wirken sich sehr positiv auf die Psyche des Menschen aus. Eine geförderte Durchblutung durch die dynamische Muskelarbeit führt zu einer besseren Versorgung des Gehirns mit Sauerstoff und Nährstoffen, ausgelöst durch eine stärkere Gehirndurchblutung von bis zu 50 %. (Gottlob, 2001). Das Selbstwertgefühl steigt durch während des Trainings empfundene Erfolgserlebnisse. Auch die Psyche bzw. die Stimmung werden verbessert und können auch und besonders in der dunkleren Jahreszeit aufrechterhalten werden, um Depressionen und Angstsymptomen vorzubeugen. Krafttraining bietet daher eine gute Alternative zu Medikamenten (Martinsen, 1988,1998).

Das Vorurteil, Krafttraining mache unbeweglich, wurde längst aus dem Weg geräumt: Denn Krafttraining trägt sogar zu einer besseren Beweglichkeit bei und hilft dabei, die Muskelkraft über die gesamte Bewegung zu nutzen. Leider wird die Wichtigkeit des Krafttrainings für eine verbesserte Beweglichkeit immer noch stark unterschätzt und Vorurteile existieren immer noch, die allerdings bis heute nicht wissenschaftlich untermauert werden konnten. Ganz im Gegenteil wurde anhand von Analysen sogar die Verbesserung der Beweglichkeit durch Krafttraining bestätigt, wenn es über die vollständige Bewegungsreichweite ausgeführt wird (Massey, Chaudet, 1956; Wickstrom, 1963). In aktuelleren Untersuchungen wurde sogar gerade bei Menschen höheren Alters ein Gewinn an Kraft und an Beweglichkeit durch Krafttraining über die komplette Bewegungsamplitude nachgewiesen (Fatouros, Taxildaris, Tokmakidis et al., 2001).

Um aus reiner **Bewegung ein gesundheitsorientiertes Training** zu absolvieren, sollte eine regelmäßige und individuelle Belastungssteigerung, eine Minimierung der Verletzungsgefahr und eine Schonung der Gelenke gewährleistet werden. Dies lässt sich am besten im Fitnessstudio erreichen, denn nicht bei jeder Bewegung handelt es sich automatisch auch um ein Training mit entsprechenden Reizen. Bei richtigem Training reagiert der Körper angepasst auf Reize und sowohl die persönliche Gesundheit als auch die Lebensqualität werden verbessert und gesteigert. Weitere Empfehlungen dazu sind

- der persönliche Trainingsplan: Dieser ist individuell auf die Stärken und Schwächen des Körpers der jeweiligen Person anzupassen.
- das individuelle Training einzelner Muskelgruppen: Weder eine Unterforderung noch eine Überlastung sollten durch das Training hervorgerufen werden. Vor allem zu Beginn eines Trainings ist eine einzelne Festlegung der Belastung für Muskelgruppen empfehlenswert,

um Schwächen auszugleichen, den Körper ins Gleichgewicht zu bringen und ihn für komplexe alltägliche oder sportliche Bewegungsabläufe zu wappnen.

- Anpassungen des Programms an den Trainingszustand: Durch das breite Angebot eines Fitnessstudios können Muskelgruppen entweder separat und im Verbund trainiert werden: Dies wird u.a. ermöglicht durch Krafttraining an Seilzügen, mit freien Gewichten, an modern-hydraulischen Geräten oder auch durch funktionsgymnastisches Krafttraining im Rahmen spezieller Gruppenkurse.
- die steigende Belastung: Gesundheitsorientiertes Training wird erst durch die Erhöhung der Belastung mit zunehmendem Training erfolgreich und ermöglicht auf diese Weise Anpassungen über längere Zeit.
- das mäßige, aber regelmäßige Training: Bei regelmäßigem statt schwerem oder langem Training reagiert der Körper besser und dauerhafter, indem er sich anpasst.
- das Training ohne Verletzungen: Bei Verletzungsfreiheit und Gelenkschonung ist regelmäßiges Training unbedenklich. Vor allem am Anfang sind langsame und kontrollierte Bewegungen an geführten Krafttrainingsmaschinen empfehlenswert.
- flexible Trainingszeiten: Bei regelmäßigem Absolvieren eines Trainingsprogramms ist eine Unabhängigkeit von z.B. Tageszeit, Witterungsbedingungen oder einem Trainingspartner von großer Bedeutung. Ein Training im Fitnessstudio ermöglicht diese Unabhängigkeit und bietet zudem eine persönliche Betreuung durch professionell ausgebildete Trainer.

Um auch im hohen Alter noch gesund, körperlich sowie geistig fit zu sein und zu bleiben, ist **Ausdauertraining** unerlässlich. Es sorgt für sowohl für eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit in Alltag, Beruf und Freizeit als für einen positiven gesundheitlichen Effekt und wirkt vielen Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Typ-2-Diabetes vorbeugend entgegen oder unterstützend bei bereits bestehenden Krankheiten. Zudem hilft es beim Stressabbau und der Steigerung des persönlichen Wohlbefindens.

Ausdauer ist bis ins hohe Alter trainierbar und hat einen starken positiven Effekt schon bei vergleichsweise geringem Aufwand, besonders für Trainingsneulinge. Bei regelmäßigem Training

des Herz-Kreislauf-Systems wird ein Schutz vor Herzinfarkt und Schlaganfall sowie eine Senkung des Sterberisikos erreicht: Diese Schutzwirkung gilt sowohl für Männer als auch für Frauen jeden Alters. Insbesondere Menschen mit Risikofaktoren (z.B. Übergewichtige, Raucher oder auch Hypertoniker) jeden Alters können Vorteile aus dem schützenden Effekt des Ausdauertrainings ziehen. Im Hinblick auf Ausdauer gut trainierte Personen weisen ein etwa 30 % geringeres Sterberisiko auf als untrainierte und inaktive Menschen. Ausdauertraining sorgt z.B. für eine Senkung des Ruhepulses und des Blutdrucks, für ein Gesundbleiben der Gefäße und für eine Verhinderung der Arterienverkalkung, wodurch insgesamt das Risiko für einen Schlaganfall und einen Herzinfarkt stark reduziert wird (Berlin, Colditz, 1990; Lee, Folsom, Blair, 2003). Anstrengung im Rahmen des Ausdauertrainings verbessert zudem den Zustand des Herz-Kreislauf-Systems und verringert dadurch das Risiko, frühzeitig zu sterben. Verschiedene Studien belegten ein bis zu 50 % geringeres Sterberisiko bei Personen mit besserer körperlicher Fitness und Ausdauer gegenüber schlecht trainierten Personen (Blair et al., 1996). Dabei genügt schon ein wöchentlicher Kalorienverbrauch von mehr als 1000 kcal (entspricht etwa 2-2,5h Walking) für die Nutzung der positiven und schützenden Auswirkungen des Ausdauertrainings. Allerdings gilt: Je größer die Aktivität, desto besser.

Zudem sorgt regelmäßiges Ausdauertraining für eine Stärkung der körpereigenen Abwehr von Krebs und damit für einen Schutz vor bestimmten Krebsarten wie Darm- oder Brustkrebs (Lee, Bouchard et al., 2007). Schon drei bis vier Stunden Ausdauertraining pro Woche können bereits das Krebsrisiko signifikant senken: für Darmkrebs um etwa 30 % und für Brustkrebs (bei Frauen) um etwa 20 % gegenüber körperlich inaktiven Menschen (U.S. Department of Health and Human Services, 2008). Weniger eindeutig sind Studien in Bezug auf andere Krebsarten wie Lungen- oder Prostatakrebs; auch hier gibt es allerdings nachweislich positive Ergebnisse durch moderates und regelmäßiges Ausdauertraining.

Weiterhin unterstützt Ausdauertraining sehr gut bei der Senkung des Blutzuckers bei Diabetikern und beeinflusst begleitende Erkrankungen von Diabetes wie z.B. Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Gefäßkomplikationen etc. positiv. Es kann außerdem auch einen vorbeugenden Schutz vor dieser Erkrankung bieten. Auch der Blutzuckerspiegel bei Typ-2-Diabetikern wird positiv beeinflusst (Boule et al., 2001). So wird die Empfindlichkeit der Muskulatur des Skeletts für das Hormon Insulin mit seiner blutzuckersenkenden Wirkung verbessert, die Aufnahme von

Blutzucker in die Muskulatur unterstützt und dadurch der Blutzuckerspiegel gesenkt. Ausdauertraining verringert zudem das erhöhte Sterberisiko von Diabetes mellitus-Patienten und bildet deshalb ein wichtiges Element bei der Behandlung dieser Erkrankung (American College of Sports Medicine, 2000). Zudem werden auch Personen, die ein stark erhöhtes Risiko aufweisen, an Diabetes zu erkranken (z.B. Übergewichtige mit einem BMI von > 25), davor geschützt (American College of Sports Medicine, 2000).

Moderates und regelmäßiges Ausdauertraining senkt zudem den Blutdruck bei Patienten mit Hypertonie, sodass die Medikamentendosis reduziert oder in einzelnen Fällen sogar gestrichen werden kann. Das Ausdauertraining bietet außerdem eine Alternative ohne Nebenwirkungen für Patienten mit leicht erhöhten Blutdruckwerten. Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) gilt gemeinhin als großer Risikofaktor für die Förderung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei über 50 % der Deutschen im Alter von 35 bis 64 Jahren liegt Bluthochdruck ohne ihr Wissen vor. Dabei kann richtiges und regelmäßiges Ausdauertraining vorbeugend und bei der Behandlung von Hypertonie einen wertvollen Beitrag leisten (Blair et al., 1984). So kann der Blutdruck bei Patienten mit Hypertonie durchschnittlich um ca. -7 mmHg systolisch und -6 mmHg diastolisch gesenkt werden (American College of Sports Medicine, 2004) – in bestimmten Fällen sogar noch mehr. Bereits unmittelbar nach dem Absolvieren des Ausdauertrainings lassen sich erste positive Auswirkungen beobachten. Das komplette Ausmaß des positiven Effekts zeigt sich erst nach 3-12 Wochen, allerdings auch nur bei konstantem und regelmäßigem Training.

Ein Ausdauertraining moderaten Ausmaßes und Intensität kann zudem die Immunabwehr des Körpers anregen und dadurch die Anfälligkeit für Infekte verringern, indem die Funktion bestimmter Immunzellen (Fresszellen, Lymphozyten und natürliche Killerzellen) verstärkt und verbessert wird. Auf diese Weise kann Infekten auch in risikoreicheren Jahreszeiten wie im Herbst und im Winter vorgebeugt werden. Es ist nachgewiesen, dass die Infektrate der oberen Atemwege und wohl auch die generelle Anfälligkeit für Infekte reduziert werden (vgl. Nieman et al., 1993). Regelmäßiges Ausdauertraining moderater Intensität bevorteilt daher besonders Personen, die verstärkt anfällig für Infekte sind (Baum, Liesen, 1998).

Dagegen ist ein zu umfangreiches, zu intensives und stark erschöpfendes Ausdauertraining mit nicht genügenden Erholungsphasen kontraproduktiv, wirkt sich schwächend auf das Immunsystem aus und erhöht dadurch auch die Infektanfälligkeit.

Etwa 60-70 % der Bevölkerung leiden mindestens einmal jährlich an Schmerzen im Rückenbereich. Dabei werden besonders Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule beklagt. Ein regelmäßiges aerobes Ausdauertraining bewirkt eine Förderung der Durchblutung durch die Aktivierung der Muskulatur und unterstützt dadurch den lokalen Muskel-Gelenk-Stoffwechsel im Wirbelsäulenbereich. Rückenbeschwerden kann auf diese Weise entgegengewirkt werden (Hayden et al., 2005). **Besonders zu empfehlen sind dabei Ausdauersportarten, die große Muskelgruppen dynamisch beanspruchen und simultan die Muskulatur im Bereich des Rumpfs aktivieren** – darunter fallen z.B. Walking, Nordic Walking, Jogging (wenn der persönliche Trainingszustand es erlaubt), aber auch Training auf dem Crosstrainer oder Low Impact Aerobic (Mannion et al., 2001). Darüber hinaus fördert Ausdauertraining die Ausbildung neuer Nervenzellen und damit den Schutz vor altersbedingten zerebralen Verfallserscheinungen, indem auch die Durchblutung im Gehirn verbessert und eine Optimierung der zerebralen Stoffwechselabläufe bewirkt werden. Dank der neugebildeten Nervenzellen werden das Lern- und Denkvermögen sowie die Leistung des Gedächtnisses verbessert. Auch altersbedingtem Verlust an Gehirnmasse (Hirnschwund) und Gehirnerkrankungen, z.B. Demenz und Alzheimer, kann durch Ausdauertraining vorgebeugt und entgegengewirkt werden (Hollmann, Strüder, 2003). Zudem werden Glückshormone wie Serotonin und Dopamin im Überfluss gebildet und verbessern die Stimmung sowie das generelle Wohlbefinden durch ihre stimmungsaufhellende Wirkung. Dadurch kann das Risiko einer Depression stark verringert werden (Raglin et al., 2007).

Das Problem, gestresst zu sein, ist weit verbreitet und kann durch effektives Ausdauertraining bewältigt werden. Dabei bietet es gleichzeitig einen Schutz vor langfristigen gesundheitlichen Folgen von Stress (z.B. Erkrankungen von Herz und Kreislauf). Besonders negativer Stress kann gesundheitlich sehr zusetzen, da er den Körper durch die Ausschüttung von Stresshormonen (Adrenalin, Cortisol) in Alarmbereitschaft versetzt. Dies führt zudem zum Anstieg des Blutdrucks, der Mobilisierung von Energiereserven, d.h. von Zucker und Fetten, und zur Verstärkung der Neigung der Blutgerinnung. Bei Vorliegen dieser Reaktionen über einen längeren Zeitraum ist von chronischem Stress zu sprechen und zieht gesundheitliche Konsequenzen wie Hypertonie, Rückenbeschwerden und Störungen des Schlafrhythmus nach sich. Regelmäßiges Ausdauertraining moderater Intensität baut überschüssige Energie und damit körperlichen und psychischen

Stress ab. Studien zeigten reduzierte körperliche Symptome von Stress bei Personen, die sich im Ausdauertraining befanden, als bei untrainierten Personen (Crews, Landers, 1987).

Außerdem führt Ausdauertraining zu einer Verbesserung der Fettwerte im Blut und zur Förderung des Fettstoffwechsels, woraus insbesondere Personen mit erhöhten Cholesterinwerten einen Nutzen ziehen können. Als Faustregel gilt hierbei: je mehr, desto besser, denn das die Gefäße schützende HDL-Cholesterin wird durch Ausdauertraining nachhaltig um ca. 10-15 % erhöht (Leon, Sanchez, 2001). Im Kontrast kann das die Gefäße schädigende LDL-Cholesterin dadurch verringert werden. Als besonders effektiv gilt es, die gesamte Ernährung umzustellen und gleichzeitig Ausdauertraining zu betreiben. Dadurch kann zudem überschüssiges Fett im Körper durch die Mobilisierung der Fettreserven abgebaut werden (Kraus et al., 2002).

Wie bereits festgestellt, hilft Ausdauertraining dabei, den Körperfettanteil zu verringern, wobei der Gesamtkalorienverbrauch, nicht das Training einer speziellen Zone der Fettverbrennung, relevant ist und möglichst hoch sein sollte. Daher sind kurze und intensive Trainingseinheiten besser als moderat intensive und lange und unterstützen bei der Reduktion des Körperfetts – sowohl des Unterhaut- als auch des risikoreicheren Bauchraumfetts (Ross, Jansen, 2001). Um das Körperfett bei Übergewicht nachhaltig und signifikant (> über % des Anfangsgewichts) zu reduzieren, muss allerdings, wie bereits beschrieben, neben dem Ausdauertraining auch die Gesamtkalorienanzahl durch kalorienarme Mahlzeiten verringert werden. Eine Verbindung aus beiden Elementen ist besonders wirksam (Donnelly, J. et al. 2009). Dabei hilft intensiveres Training besser bei der Gewichtsreduktion als Training moderater Intensität (Shaw, K. et al. 2006).

Zur Beantwortung der Frage nach dem richtigen Trainingsmaß ist die FITT-Formel heranzuziehen. Im Folgenden werden die Ratschläge des American College of Sports Medicine dargestellt (American College of Sports Medicine (2009):

- Trainingshäufigkeit (F = Frequency): Um gesundheitlich vom Ausdauertraining zu profitieren, sollte mindestens 1-2-mal wöchentlich trainiert werden. Optimalerweise wird 3-5-mal pro Woche ein moderat-intensives bis intensives Ausdauertraining absolviert.
- Trainingsintensität (I = Intensity): Das Ausdauertraining sollte für einen gesundheitsfördernden Effekt wie gesagt moderat bis anstrengend-intensiv sein, was einem Belastungsbereich von etwa 54-93 % der maximalen Herzfrequenz (Hfmax = 220 – Lebensalter)

entspräche. Bei intensiverem Training werden signifikant stärkere Effekte der körperlichen Anpassung erreicht (Haskell, 2007).

- Trainingsdauer (T = Time): Es sollte mindestens 10 min trainiert werden; optimal ist die Dauer einer Trainingseinheit von 20-60 min. Bei höherer Intensität verkürzt sich gleichzeitig die notwendige Dauer einer Einheit.
- Richtige Bewegungsform (T = Type): Die Bewegungen sollten dynamisch sein und möglichst große Muskelgruppen einspannen. Das Angebot von Mrs.Sporty, z.B. Jogging-Place, Stepper, Kursangebote wie Aerobic, Step-Aerobic, Indoor-Cycling oder Outdoor-Angebote wie z. B. Nordic-Walking, Walking, Inline-Skating, Lauf- und Radtreffs etc., bieten sich dafür an.
- Wöchentlicher Kalorienverbrauch: Insgesamt sollten zusätzlich wöchentlich mindestens 1000 kcal durch Ausdauertraining für eine gesundheitsfördernde Wirkung verbraucht werden.
- Gesundheits-Checkup vor dem Start: Vor der (Wieder-)Aufnahme des Ausdauertrainings sollte eine Untersuchung durch einen Sportarzt erfolgen. Dies gilt insbesondere für vorher sportlich inaktive Personen im Alter von über 35 Jahren oder im Falle von vorliegenden Krankheiten oder Risikofaktoren.
- Ausdauertest: Zu Beginn ist außerdem ein Ausdauertest zu empfehlen, damit eine gute Anpassung des Trainings auf den jeweiligen Leistungsstand und eine angemessene Belastung erreicht werden kann.
- Persönlicher Trainingsplan: Die FITT-Formel ermöglicht, dass ein Trainingsplan individuell auf die jeweilige Person zugeschnitten und erfolgreich durchgeführt werden kann.
- Intensitätskontrolle: Die Intensität der Belastung ist unbedingt zu kontrollieren, indem entweder das jeweilige Anstrengungsempfinden der Person berücksichtigt oder empfehlenswerter Weise die Verwendung einer Pulsuhr zur Messung des Belastungspulses erfolgt, damit eine Über- oder Unterforderung vermieden wird.
- Kompetente Beratung und Betreuung: Für jede Person können individuelle Trainingspläne von fachkundigen und professionellen Trainern in Fitnessstudios angefertigt werden.

Bisher gibt es nur grobe Empfehlung bezüglich des Entwurfs von Programm zur erfolgreichen Verringerung des Körpergewichts, welche auf epidemiologischen Analysen beruhen. Dabei handelte es sich um prospektive randomisierte Interventionsstudien. Die Zahl der Untersuchungsteilnehmer genügte allerdings nicht für eine ausreichende Validierung. Für präventiv orientiertes Ausdauer- und Krafttraining existiert deshalb ein breites Spektrum an Tipps und Empfehlungen bezüglich der Intensität. Dies birgt zwar negative, aber auch positive Aspekte, da es Freiraum für persönliche und individuell zugeschnittene Anpassungen des Programms im großen Stil bietet.

1.4 Inhalt und Prozess der Sozialisation für nachhaltige Erfolge der Frauen

Da im vorliegenden Fall ausschließlich Frauen an der Studie teilgenommen haben, sollen die sozialisierten, theoretischen Grundlagen zum gegenwärtigen Kenntnisstand frauenspezifische **körperliche sowie auch soziale Aspekte** bilden.

Werbung, Mode und Filme suggerieren in der heutigen Zeit ein Körperbild, das man kaum erlangen kann: schlank, jugendlich, dynamisch, sportlich und gesund. Insbesondere in gehobenen sozialen Schichten – und dort vor allem unter Frauen – hat Schlanksein einen großen Stellenwert, Übergewicht dagegen ruft ein geringes Selbstwertgefühl hervor (Hebebrand, Dabrock, Lingenfelder, Mand, Rief, Voit, 2004). Mit zunehmendem Alter steigt aber das Durchschnittsgewicht bei Frauen und Männern. Bei älter werdenden Frauen kann man merkwürdigerweise beobachten, dass ihr Taillenumfang immer mehr zunimmt, das vollkommene Körperbild immer mehr abnimmt. Models, Vorbilder für viele Frauen, haben einen Body-Mass-Index, der eher in Richtung Untergewicht tendiert (Myer, 2005). Verschiedene Untersuchungsauswertungen über die Dauer von 50 Jahren legen dar, dass es mehr und mehr Frauen werden, die mit ihrem Körperbild unzufrieden sind. Bei amerikanischen Studentinnen zeigte sich beispielsweise, dass nicht nur deren Idealgewicht weit unter ihrem tatsächlichen Gewicht liegt, sondern die Versuchsteilnehmerinnen waren auch der Überzeugung gewesen, dass das von Männern bei Frauen bevorzugte Körpergewicht niedriger sei als das tatsächliche. Das Missverhältnis zwischen Wunschbild und dem persönlichen Körpergewicht übt erheblichen Einfluss auf die Selbstsicherheit der Frauen aus. Es führt häufig zu einem gesundheitsgefährdenden Ess- und Ernährungsverhalten. Bei den

Mrs.Sporty-Kursteilnehmerinnen stellte sich heraus, dass sie mit einseitiger Reduktionskost, Blitzdiäten und appetitzügelnden Medikamenten schon entsprechende Erfahrungen gemacht hatten. Resultat einseitiger, hypokalorischer Diäten ist meistens, dass man wieder in vorherige Essgewohnheiten zurückfällt. Ein Jo-Jo-Effekt ist unausweichlich. Aber mit stetigem Gewichtswechsel ist eine dauerhafte und beständige Abnahme des Gewichts schwer zu bewirken. Die in den 1970er Jahren entstandene Frauengesundheitsbewegung hat sich mit der bis dahin hauptsächlich auf technischer Basis orientierten Medizin erstmalig auseinandergesetzt. Konzeptentwicklungen sollten Frauen dazu verhelfen, ihren Körper wieder selbstbestimmt wahrzunehmen. Im Zuge dessen entstanden in Frauengesundheitszentren und Geburtshäusern Versorgungsangebote (Schneider, 1981). In den 1960er und 1970er Jahren hatten medizinsoziologische und psychologische Forschungen als Ergebnis, dass Männer und Frauen ihren gesundheitlichen Zustand nach außen andersartig beurteilen, wobei Frauen ihr Gesundheitsempfinden häufig schlechter bezeichnet haben (Maschewsky-Schneider, 1996). Jedoch offenbarten wiederum andere Analysen bei Frauen einen körperbewussteren, widerstandsfähigeren und gesünderen Zustand als bei Männern (Maschewsky-Schneider, 1997). Zum einen haben Frauen eine höhere Lebenserwartung, zum anderen sind sie häufiger krank oder in schlechter körperlicher Verfassung und benötigen öfter medizinische Versorgung (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004). Aufgrund der geschilderten entgegengesetzten Forschungsergebnisse hat mit Entstehen der Frauengesundheitsbewegung und der Frauengesundheitsforschung in den 1970er und 1980er Jahren eine kritische Auseinandersetzung angefangen. Untersuchungen sollten aufzeigen, worin das unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsempfinden bei Frauen und Männern besteht und wie die daraus gewonnenen Feststellungen in einer adäquaten Gesundheitsversorgung ihren Niederschlag finden können. Neben Verhütung und Familienplanung rückten die persönlichen, beruflichen, familiären und gesellschaftlichen Lebensbedingungen von Frauen in den Mittelpunkt. Diese wurden dahingehend erforscht, ob sie für die Gesundheit Belastungsfaktoren und Ressourcen darstellen können. Das Gender-Mainstreaming-Konzept, das durch die Europäische Gemeinschaft durchgeführt wurde, hatte umfangreiche Analysen der geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Lebensbedingungen und der gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland zum Inhalt (BMG, 2002). Dieses Konzept sollte den Einfluss von Maßnahmen auf die Gesundheit von Frauen und Männern (gender impact) systematisch erfassen, die Ergebnisse sollten auf geschlechts-

spezifische Verzerrungseffekte (gender bias) hin untersucht werden (Eichler, 1998). Aufgrund der Forschungsergebnisse erschien eine Berichterstattung, die auf Frauen zugeschnitten war, folgerichtig. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gab im Jahre 1996 einen Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Auftrag. Zahlreiche Studien behandelten Bedingungen von Frauen in Familie und Beruf, außerdem ihre Lebensart bezogen auf die Gesundheit. Ferner erstreckten sich die Studien auf den gesundheitlichen Zustand von Männern und Frauen im Vergleich sowie die reproduktive Gesundheit und die Gewalt gegen Frauen. Der Gesundheitsbericht bietet Orientierung für das Angebot bedarfsgerechter Leistungen, um eine verbesserte gesundheitliche Situation von Frauen zu erreichen. Außerdem konnte ihn ihm aufgezeigt werden, dass für einige bedeutsame Themen die Daten-Grundlage nicht ausreichend war und noch weiterer Forschungsbedarf bestand. Eine enorme Bedeutung hatten in diesem Zusammenhang die Lebensverhältnisse und ihr Einflussfaktor auf das gesundheitliche Befinden. Bei beiden Geschlechtern zeigte sich, dass ein negatives soziales Lebensumfeld eine schlechte Gesundheit zur Folge hat und mit einer geringeren Lebenserwartung verbunden ist, wobei bei Frauen und Männern Unterschiede existieren, die noch nicht in ausreichendem Maße erforscht sind (Maschewsky-Schneider, 1994). Die geschlechtsspezifischen Divergenzen bestimmter Krankheitsbilder können statistisch nachgewiesen werden. Im Jahr 2001 sind Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems die häufigste Todesursache bei Frauen und Männern gewesen. Der Anteil der Frauen lag bei 59 %, der der Männer bei 41 % (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004). Die höhere Lebenserwartung hat eine Zunahme des Anteils der Frauen im mittleren Alter zur Folge. Aufgrund dessen gewinnen die gesundheitlichen Probleme dieser Altersgruppe immer mehr Bedeutsamkeit. Im Jahr 2002 sind die durch Erkrankungen verursachten Kosten bei Frauen 1,4-mal höher gewesen als bei Männern. Im Durchschnitt betrugen die Aufwendungen bei Frauen 3.160 Euro je Einwohner und bei Männern 2.240 Euro. Das Alter hat ebenso Auswirkungen auf die Kosten im Gesundheitswesen. Unter 15-jährige Mädchen lösen weniger Kosten aus als Jungen in dieser Altersgruppe. Ab diesem Alter jedoch fallen bei Mädchen höhere Aufwendungen an. Einerseits resultiert der höhere Behandlungsbedarf der Frauen daraus, dass durch Schwangerschaft und Geburt Kosten anfallen. Andererseits sind durch eine höhere Lebenserwartung steigende Behandlungskosten im Alter notwendig. In der Gesamtschau werden die nachfolgenden und denkbaren Ansätze für die Morbidität und Mortalität bei beiden Geschlechtern erörtert (vgl. Masche-

wsky-Schneider, 1997).

- Bei Männern und Frauen sind genetisch und hormonell bedingt bio-medizinisch unterschiedliche Voraussetzungen gegeben, die sich auf die Gesundheit auswirken können.
- Auf die gesundheitliche Verfassung haben diverse Lebensumstände und das Risikoverhalten einen Einfluss. Das Risiko, einen Unfall zu erleiden, ist in allen Altersklassen bei Frauen geringer als bei Männern (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004). Bei beiden Geschlechtern ist eine gesundheitlich bedeutsame Verhaltensweise wie z. B. Zigaretten-, Alkohol- oder Drogenkonsum auch unter Einbezug von Beruf, Familie und Freundeskreis zu sehen.
- Verschiedenartige Sozialisationserfahrungen und Lebensbedingungen haben auch Auswirkungen auf die Registrierung und die Umgangsweise mit Beeinträchtigungen. Dass Wohlbefinden und Missempfindung dicht beisammen rangieren, erfahren Mädchen mit Beginn der Regelblutung, wodurch sich schon frühzeitig eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Schmerzen einstellt (Helfferich, 1994); Maschewsky-Schneider, 1997).
- Die Berichterstattung aufgrund von Befragungen zum Gesundheitszustand ist von Bedeutung. Frauen und Männer legen ihr gesundheitliches Befinden auf unterschiedliche Weise dar, was den Irrtum herbeiführen kann, Frauen seien häufiger krank als Männer (Hurrelmann, 2000).

Auf den Gesundheitszustand können bereits gemachte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem einen Einfluss ausüben. Viele Forschungsergebnisse haben bewiesen: Es gibt keine Gesundheit, die neutral ist, da biologische, lebensgeschichtliche und gesellschaftliche Gründe von Wichtigkeit sind. Ferner muss Berücksichtigung finden, dass bezüglich des gesundheitlichen Zustandes keine einheitlichen Gruppen vorhanden sind; aufgrund Biografie und Lebensgeschichte entstehen persönliche Modelle über das Gesundheitsverhalten. Auch wenn zu dem Komplex Frauen und Gesundheit in den letzten Jahren zahlreiche Forschungen betrieben wurden, ist nach wie vor Handlungsbedarf vonnöten. In Zukunft darf man die geschlechtsspezifischen Gegensätze in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Risiken nicht ignorieren. Um effektive Konzepte für die Gesundheit von Frauen ausarbeiten zu können, ist ein auf sie zugeschnittener Blickwinkel nötig. Die Welt mit ihrem rasanten gesellschaftlichen und technologischen Wandel hat für die Menschen in allen

Lebensbereichen laufend Herausforderungen parat. Für die Bewältigung bedarf es einer erheblichen Bereitschaft zu dauerhaftem Lernen sowie der Fortentwicklung der Fähigkeiten des Menschen. Die Beantwortung der Frage, welche Veränderungen für den Einzelnen bedeutend, förderlich oder abträglich sind, ist dabei bedeutsam. Hierzu ist augenscheinlich bislang in der Schule keine ausreichende Vermittlung erfolgt. Das Bildungssystem kann mit den sich rasant verändernden Anforderungen zeitgemäßer Gesellschaften nicht Schritt halten. Die Folge: Zunehmend sind Schulungsprogramme für Erwachsene notwendig, um ihnen die Möglichkeit zu eröffnen, Neuerungen im Leben zu nutzen und in den Alltag aufzunehmen. Nun soll beleuchtet werden, inwiefern bestimmte Merkmale des Menschen auf ein Anpassen an Veränderungen beeinflussend, unterstützend oder erschwerend einwirken. Die allgemeine Erwachsenenbildung dient dazu, dass der Erwachsene sich in dem sozialen und dem wissenschaftlich-technischen Wandel besser zurechtfinden kann. Bei Volkshochschulen werden außer Fremdsprachen- und Computerkursen, der Vermittlung von praktische Bildungsinhalten im handwerklichen und gestalterischen Bereich auch Gesundheitskurse angeboten. Seit nunmehr 20 Jahren wird ein Unterschied zwischen der expliziten Erwachsenenbildung, die in Kursen bei Bildungsträgern stattfindet, und der impliziten Bildung Erwachsener, die durch Selbstorganisation oder durch beiläufigen Lernerwerb gekennzeichnet ist, gemacht. Erwachsenenbildung, Weiterbildung und Bildung Erwachsener erfahren dabei zumeist eine gleichbedeutende Nutzung (Wittpoth, 2003). Es obliegt der Erwachsenenbildung, mit einem Angebot, was teilnehmerorientiert ist, den Bezug zur Praxis sicherzustellen und dadurch einen Ablauf in Gang zu setzen, der es dem Einzelnen ermöglicht, selbstbestimmt seine persönlichen internen und externen Kapazitäten zu gebrauchen. Die Teilnehmer entscheiden daher eigenständig, wann sie welches Kursangebot absolvieren wollen. Fachkundige Bildung von Erwachsenen besagt ebenfalls, Lehr- und Lernformen entsprechend einzusetzen. Die Kursteilnehmer sind im Bildungsprozess ernstzunehmen und müssen auch als solche wahrgenommen werden. (Krämer, Walter 1995).

Der Gedanke an **Glück in Verbindung mit Gesundheit, Sport und Ernährung** wirft direkt Fragen auf, die den Zusammenhang der Konzepte in Zweifel ziehen. Die Signifikanz einer Sichtweise von Fitness und Lebensqualität, die großen Wert auf Gesundheit legt, ist gestiegen und bietet mittlerweile einen gewissen Schutz vor Erkrankungen. Eine weitergefasste Definition des Gesundheitskonzepts beinhaltet nämlich nicht die bloße Abwesenheit von Leiden, sondern

umfasst vielmehr auch Selbstakzeptanz, die Fähigkeit Beziehungen zu pflegen, Wohlbefinden, die wirksame Kontrolle der eigenen Umwelt und Sinnfindung. Dabei handelt es sich zugleich um Eigenschaften glücklicher Menschen (Mayring, 1991).

Der folgende Abschnitt wird den Begriff von Glück vorstellen und aufzeigen. Es besteht ein Dissens über die Merkmale eines glücklichen Lebens. Einheitliche Zustimmung herrscht allerdings über die Beschaffenheit und die Auswirkungen dieses Gefühls: Der Mensch wird von diesem eher seltenen Moment förmlich überrollt und empfindet Erfüllung und Freude zugleich. Häufig erfolgt ein Vergleich von Glück mit Glückseligkeit und eine Definition dessen als eng verbunden zur Liebe und Familie sowie zu Erfahrungen außergewöhnlicher Art.

Es folgen einige Begriffe und ihre Definitionen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Begriffe und Definition des Glücks

Glück	1. Positives Schicksal, erfreuliche Wendung 2. Lebenszufriedenheit, ein gutes und gelungenes Leben 3. Erfahrung der Freude, Erfüllung und Glückseligkeit
Freude	Gefühl des Über-sich-hinaus-Seins, Sich-Öffnens und Sich-Verschenkens; weitgehend gleichbedeutend mit Glück im Sinne von Glückseligkeit
Lust	Subjektiv angenehme Erfahrung; kann zu Freude oder Leid führen
subjektives Wohlbefinden	von der modernen Psychologie verwendeter Begriff anstelle von Glück, jedoch gleichbedeutend mit Lust
Vergnügen	lustvolle Erfahrung, die dem Glück förderlich ist

Die dargestellten Definitionen des Glücks, eines gelungenen Lebens und der Erfahrung tiefer Freude ziehen signifikante Folgen für den Bereich der Gesundheit nach sich. Während die erste Definition für diese Zwecke unwichtig ist, ist die zweitgenannte Bedeutung von Relevanz für die Gesundheitsberatung. Dem Kunden liegt es schließlich am Herzen, ein gesundes Leben zu führen bzw. sich dorthin zu entwickeln. Auch die dritte Glücksdefinition ist von wesentlicher Wichtigkeit für den Bereich der Gesundheitsberatung. Eine Kombination aus gesunder Ernährung und

Sport, welche zum Erlebnis von Freude und des Über-sich-hinaus-Seins sowie zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen, ist sehr begehrenswert und durchaus im Bereich des Möglichen. Insgesamt kann man feststellen, dass Glück und persönliches Wohlbefinden durchaus mit Hoffnung, Optimismus, einer gesunden Lebensweise sowie sozialer Aufgeschlossenheit, beruflicher und finanzieller Zufriedenheit, guten sozialen Kontakten und einer zufriedenstellenden intimen Beziehung verknüpft sind. Viele Probleme in Verbindung mit der Gesundheit, z.B. Adipositas, sind nur zu bewältigen, indem man über sich hinaus wächst und einen Wandel vollzieht, der Freude und Empfinden des Glücks nach sich zieht. Die Fähigkeit für das Glücksempfinden schließt daher langwierige Abläufe und Prozesse ein, weshalb ausgebildete Trainer immerzu die wesentlichen Bedürfnisse und Wünsche ihrer Kunden im Blick behalten und dementsprechend Anpassungen vornehmen müssen. Der Trainer muss dabei immer das eventuelle Vorhandensein von Ressourcen des Kunden (z.B. Ausgleich im Alltag, Selbstwertgefühl, Unterstützung durch Freunde und Familie) reflektieren und gegebenenfalls auch nutzen, damit ein höchstmögliches Maß an Freude und Glückseligkeit bewirkt werden kann.

Auch wenn es in dieser Arbeit nicht explizit um **Kommunikation** geht, so ist doch der kommunikative Aspekt des pädagogisch-mentalen maßgeblich an dessen Erfolg beteiligt, weshalb hier kurz ein kleiner Exkurs dieser Thematik gewidmet sein soll. So ist es von außerordentlicher Bedeutung, dass der Trainer beziehungsweise Coach, der die Probandinnen mit dem pädagogisch-mentalen Methoden betreut, über die geeigneten kommunikativen Kompetenzen verfügt, um die Teilnehmerinnen auch in ihrer Individualität zu erreichen. Kommunikative Kompetenz ist die Fähigkeit, konstruktiv, effektiv und bewusst zu kommunizieren. Dazu sind die Kenntnis wichtiger Kommunikationskonzepte und –modelle sowie das Beherrschen individueller Kommunikationstechniken von großer Wichtigkeit. Schließlich erfolgt die gesamte Konzeptarbeit mit den Probandinnen über Kommunikation. Die Probandinnen kommunizieren ihr individuelles Problem, der Coach muss es verstehen, muss zuhören und den entsprechenden Rapport mit der jeweiligen Teilnehmerin herstellen, damit die weitere Zielarbeit gelingt.
Zur Kommunikation gehört hier nicht nur die verbale Ebene des gesprochenen Wortes, sondern auch die nonverbale Ebene, denn Körpersprache wie Mimik und Gesten, Schweigen oder Nichthandeln enthalten ebenso Botschaften und zählen zur Kommunikation. Da der Coach nicht davon

ausgehen kann, dass sein Gegenüber Kommunikationsfertigkeiten und –kenntnisse besitzt, muss er umso geschulter sein, um der Probandin mit Erfolg zu begegnen. Es führt in dieser Arbeit zu weit, tiefer auf Kommunikationsmodelle einzugehen und detailliert die erforderlichen kommunikativen Kompetenzen zu behandeln. Als einer der wichtigsten Vertreter dieses Gebiets soll hier der Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick genannt werden, dessen Kommunikationstheorie mit ihren Axiomen hier Erwähnung finden soll. So haben Watzlawick und seine Mitautoren folgende 5 Axiome über Kommunikationsabläufe aufgestellt:

1. Axiom: "Man kann nicht nicht kommunizieren" (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1969).
2. Axiom: "Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist."
3. Axiom: "Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt"
4. Axiom: "Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler (verbaler) und analoger (non-verbaler, nicht-sprachlicher) Modalitäten (Ausdrucksmittel). Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik (Bedeutungslehre). Analoge Kommunikationen hingegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber der für eindeutige Kommunikation erforderlichen logischen Syntax".
5. Axiom: "Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch (gleichwertig) oder komplementär (ergänzend), je nachdem ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht".

Für die praktische Arbeit mit den Probandinnen ist es weiterhin nützlich für den Coach, ein weiteres Kommunikationsmodell, nämlich das Vier-Ohren-Modell von Friedemann Schulz von Thun zu kennen und es in der Kommunikation zu berücksichtigen. Mit seinem Vier-Ohren-Modell be-

schreibt Schulz von Thun die vier Ebenen, auf denen sich jede Kommunikation abspielt. So enthält jede Botschaft einer Kommunikation immer:

- eine Sachebene (worüber ich etwas sage)
- eine Selbstkundgabe (was ich von mir zu erkennen gebe)
- einen Beziehungsebene (was ich vom Gesprächspartner halte)
- einen Appell (was ich erreichen möchte) (Schulz von Thun, 1981)

Zu den wichtigen Regeln, die ein kompetenter Coach beherrschen und beherzigen sollte, gehören schlussfolgernd etwa folgende:

- Aktiv zuhören können
- Die Kundin ausreden lassen
- Blickkontakt zum Partner halten
- Eindeutige und klare Botschaften formulieren
- Wertschätzende Haltung
- Die vier Kommunikationsebenen, insbesondere Sach- und Beziehungsebene unterscheiden können

Es gehört zu erfolgreicher Kommunikation noch vieles Weitere und auch noch viele weitere namhafte Wissenschaftler sowie viele Erkenntnisse und Inhalte. Dies aber würde hier zu weit führen. Damit erfolgreicher Kommunikation jedoch auch der Erfolg in der Zusammenarbeit mit Menschen einhergeht, musste der Kommunikation dennoch ein wenig Raum in der Arbeit geschenkt werden.

Die Arbeit von Trainern ist größtenteils bedingt und beeinflusst von den jeweiligen Umständen und den Adressaten, weshalb ein erfolgreicher Austausch im Rahmen persönlicher Konversationen oder für Gruppenabende von großer Wichtigkeit ist. Denn Kunden haben ein gutes Gespür für die Fähigkeiten ihres Gruppenleiters, die Angemessenheit seiner Handlungen und ob er über einen Sinn für Abläufe, Menschen und Umstände sowie über Einfühlungsvermögen verfügt. Da-

von ist das erfolgreiche Funktionieren von Interaktionen und letztendlich auch der Beziehung zwischen dem Trainer und seinem Kunden abhängig.

Deshalb ist Empathie eine essenzielle Voraussetzung, damit die Handlungen eines Trainers von Erfolg gekrönt sind und zwischen ihm und seinem Kunden eine Basis von reziprokem Verständnis, von Geduld und Akzeptanz herrschen kann. Alle Aufgaben eines Trainers (Unterrichten, Diagnostizieren, Beraten, Beurteilen) beruhen in gleichem Ausmaß auf Empathie. Im Folgenden soll diese Verknüpfung einmal klargelegt und dabei erklärt werden, wie ein Trainer seine Fähigkeiten zur Empathie entwickeln und fördern kann.

Der Empathiebegriff stammt aus dem Griechischen („empatheia“ = Einfühlung) und bedeutet zunächst grob „Einfühlungsvermögen“. Es steht in Verbindung mit den Gefühlen anderer Menschen sowie mit dem entgegengebrachten Verständnis ihrer Aktionen und ihrer Umstände auf intellektueller Ebene. Bezogen auf das Trainerumfeld stellt Empathie die Fähigkeit dar, das Empfinden und die Absichten der Frauen im Rahmen bestimmter Umstände und im Unterricht in Bezug auf Interaktionen und Kommunikationen zu erkennen und zu verstehen. Daraus sollten dann Einsichten und Erfahrungen herausgefiltert werden und eine Anpassung des eigenen Auftretens und Handelns erfolgen. Als grundlegende Bedingung für Empathie muss eine offene Atmosphäre und ein Verhältnis reziproken Vertrauens geschaffen werden. Darin sollen beide Parteien ehrlich und ohne Vorbehalte oder Vorurteile auftreten und sich verhalten können. Den Frauen muss von Seiten des Trainers ein Gefühl der Zuwendung, des Verstanden werden auf mentaler und emotionaler Ebene und der Aufmerksamkeit gegenüber ihren Bedürfnissen vermittelt werden. Deshalb muss dieser sich auch in ihre Lage hineinversetzen können, damit ein Erkennen, Erfassen und Verstehen ihrer Absichten, Gefühle und Einstellungen erfolgen kann. Basierend auf diesen Erkenntnissen kann er dann entsprechend in didaktischer, pädagogischer oder kommunikativer Hinsicht reagieren und sein Verhalten anpassen. Deshalb muss das Verständnis des Empathiebegriffs im Kontext sportlicher Arbeit weitergefasst werden und mehr als die bloßen definitorischen Merkmale umfassen, denn Empathie wird in diesem Rahmen zu einem bedeutsamen Werkzeug des Trainers und spiegelt seine Kompetenz wieder.

Die Fähigkeit des Trainers zur Empathie kann nur in Verbindung mit Kompetenz auf sozialer und gefühlsmäßiger Ebene entwickelt werden, sodass ein Trainer am besten über die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zum Führen guter Beziehungen sowie eine ausgeglichene Persönlichkeit

besitzt. Auch über ein ausreichendes Maß an Verantwortungsbewusstsein sollte er verfügen, um sich hinreichend mit den Emotionen, Absichten und mentalen Prozessen der Frauen auseinandersetzen zu können. Diese Eigenschaften sind von essenzieller Wichtigkeit, denn Empathie wird immer auch beeinflusst durch persönliche Wünsche und Gedankengänge. In letzter Instanz bilden all diese Abläufe und Einflüsse, auch eigener Vorstellungen, die letztendlichen Ergebnisse in Bezug auf das Empathievermögen. Zudem müssen die Frauen sich sicher sein können, dass Trainer die von ihnen offenbarten Gefühle, Gedanken und Sichtweisen nicht ausnutzen und für eine Machtausübung in Bezug auf unzweckmäßige und unangemessene Sachverhalte missbrauchen. Auch ein übertriebenes Maß an Fürsorge sollte aus den gleichen Gründen vermieden werden. U.a. setzen sich Bischoff-Wanner (2002), Körner (1998) und Liekam (2004) stärker mit dem Begriff der Empathie auseinander.

Das Verhaltenstraining soll bilden und in gewisser Weise bzw. in geringem Maße einen Erziehungsauftrag von Frauen erfüllen, der allerdings nur effektiv ausgeführt wird, wenn die Frauen auch in der Praxis angesprochen und erreicht werden. Aus diesem Grund sollen die individuellen Inhalte, Themen und Anliegen in geeigneter Weise in die Kommunikation und Interaktion eingefügt werden. Prinzipiell sind alle Umstände des Handelns im Unterricht, d.h. für Beratungs- und Beurteilungssituationen sowie für Anstöße des Lernens gleichermaßen, von dieser Voraussetzung abhängig. Diese komplexen Verflechtungen können sehr gut anhand des Modells der Themenzentrierten Interaktion (TZI) von Ruth Cohn (1983) untersucht und verstanden werden. Das Modell zeigt, dass das ES (Inhalt/Thema), WIR (Trainer und Gruppe) und ICH (die einzelne Person) sowie der GLOBE (gesamter Kontext, Trainingsumfeld) für die Schaffung erfolgreicher und ertragreicher Begegnungen und Auseinandersetzungen mit dem Lernen in eine optimale Balance gebracht werden müssen, auch wenn dies nicht in jeder beliebigen Lage möglich ist. Trainer müssen jedoch ein Gespür dafür haben, in welchen Momenten und zu welchen Anlässen didaktischer oder pädagogischer Art welche Faktoren jeweils zum Einsatz kommen und wie das Training dementsprechend rechtzeitig angepasst werden muss. Unterschiedliche Personen, Umstände, Abläufe und Situationen müssen vom Trainer mit größtmöglicher Empathie und Aufmerksamkeit perzipiert und sein Handeln und seine Reaktion daran angemessen und rechtzeitig angepasst werden. Dies ist allerdings wegen des ständigen zeitlichen und Entscheidungsdrucks, der (jeweils unterschiedlichen) Größe der Gruppen und der ohnehin konkreten Ungewissheit des Ausgangs

von Handlungssituationen sowie ihrer Schwierigkeit leichter gesagt als getan und kann leicht überwältigend wirken. Aus diesem Grund sollten sich Trainer vor allem auf ihre innere Stimme verlassen, im richtigen Moment intuitiv handeln und sich außerdem seiner eigenen Begrenztheit bewusst werden, um mit solchen Situationen angemessen umgehen zu können.

Die Fähigkeit zur Empathie erlaubt eine akkuratere Anpassung der grundlegenden Planungsentscheidungen (Verfahren, Inhalte und Ziele) an die gegebenen Vorbedingungen im Bereich der Planung. Um diese Entscheidungen allerdings auch aus der Perspektive der Frauen zu fällen und vorzubereiten, muss ein planender Trainer sich in sie hineinversetzen und sich z.B. ihr Verhalten bei bestimmten Aufgabenstellungen im Rahmen einer Gruppenarbeit oder ihre Reaktionen auf ein spezielles Thema oder ein besonderes Trainingsangebot vorstellen. Zudem kann die Empathiefähigkeit ein hilfreiches Instrument bei der Vorbeugung oder Entschärfung von Störungen, Konflikten in ihren jeweiligen Stufen oder anderen Belastungssituationen darstellen. Auf diese Weise ist der Trainer in der Lage, potenzielle Konflikte oder Probleme und ihre kausalen Zusammenhänge in gewissem Maße vorherzusehen, indem er empathisch die anwesenden Personen und ihre Konstellationsstrukturen wahrnimmt und analysiert. Besonders aber ist Empathie nützlich, wenn bestimmte Lernabläufe begleitet werden, in tatsächlichen Handlungssituationen, wenn Gedanken und Erfahrungen ausgetauscht werden oder wenn Frauen untereinander sowie Frauen und Trainer miteinander kommunizieren. Dabei wirkt immer auch eine Vielzahl komplexer Einflussfaktoren ein, darunter z.B. die Dynamik der Gruppe, das Klima, das individuelle Zielverhalten der Frauen, Ziele und Gefühle des Trainers, Äußerungen verbaler und non-verbaler Art sowie Aspekte fachlicher Art. Fehlendes Empathieverhalten kann hier zum Verfehlen von Zielen, zur Blockade im Rahmen von Gesprächen bzw. bei der Kommunikation, zur Fehlinterpretation oder gar zum Missbrauch von Beiträgen der Frauen oder zu unergiebigen und schwammigen Gruppenergebnissen führen, denn ziel- und prozessbezogenes Handeln und Entscheiden wird von Seiten des Trainers schwierig oder gar unmöglich.

Empathieverhalten beeinflusst auch das Handeln des Trainers bei anderen Anlässen und Situationen in der Praxis stark bezüglich seiner Effizienz, insbesondere z.B. bei der Begleitung von Lernprozessen. Trainerhilfe ist bei eventuell auftretenden Problemen wie Denkblockaden, Verständnis- oder Lernschwierigkeiten der Frauen oft unerlässlich und können nur bewältigt werden, indem der Trainer sich in ihre Situation und ihre mentale sowie emotionale Lage versetzt und die

Probleme und ihre kausalen Zusammenhänge aus ihrer Perspektive betrachtet. Dies kann durch lautes Denken der Frau und richtiges Zuhören des Trainers unterstützt werden. Auch im Bereich der Gruppenarbeit hilft Empathievermögen bei der Anpassung der Aufgaben sowie der räumlichen, zeitlichen und persönlichen Variablen an die jeweiligen Umstände und Adressaten. Dadurch können auftretende Fragen, z.B. welche Partner (weiter) zusammenarbeiten, nach der Verteilung eventueller zusätzlicher Aufgaben oder nach der Reihenfolge und dem Ort der Vorstellung der Gruppenergebnisse, vernünftig angegangen werden. Sowohl die Stimmen der weiblichen Partizipanten als auch ihre Körpersprache muss der Trainer dabei gründlich observieren und kann dadurch Störungen oder Konflikte bereits im Entstehungsstadium erfassen und abwenden. Ein ständiger Mangel des Empathieverhaltens in einer konkreten Situation kann den Trainer und auch den Lernprozess beeinträchtigen und darüber hinaus auch das Verhältnis zwischen dem Trainer und den Frauen langfristig stark strapazieren. Der Trainer wird dadurch nämlich nicht mehr von den Frauen angenommen, weshalb er sich wiederum zurückzieht oder gar strenges und herrschaftliches Verhalten an den Tag legt. Dies kann auf lange Sicht zu großen Missverständnissen und reziproken Enttäuschungserlebnissen führen, die sich gegenseitig ständig neu entfachen.

Empathisch zu sein und es zu zeigen, gestaltet sich für einen Trainer schwierig, wenn kein offener, persönlicher und angemessener Umgang mit seinen Kunden von seiner Seite erfolgen kann und auch Emotionen und Empfinden keinerlei reaktiven Einfluss auf ihn haben. Genetische Anlagen sowie Sozialisationsprozesse in der frühen Kindheit bilden zudem durchaus Faktoren, die eine spätere Entwicklung und Herausbildung des Empathievermögens zusätzlich erschweren und beschränken können. In der Literatur gibt es jedoch starke Indizien für die mögliche Erlernbarkeit der Fähigkeit zur Empathie und der Kompetenzen auf der Gefühlsebene, auch im Erwachsenenalter (Bischoff-Wanner, 2002; Steiner, 2006). Diskrepanzen herrschen jedoch bezüglich der Methoden zur Herausbildung dieser Fähigkeiten. Insbesondere besteht ein Zweifel an der Transferwirksamkeit von Rollenspielen (Liekam, 2004). Die im folgenden Abschnitt erläuterten Übungshinweise sind ebenfalls nicht wissenschaftlich validiert, sondern basieren auf der eigenen Erfahrung als Trainer und auf der Sichtung von Literatur.

Auch wenn Zuneigung und Offenheit als essenzielle Eigenschaften für den Beruf eines Trainers gelten, liegen diese nicht unbedingt immer vor. Steiner (2006) schlägt vor, dass Trainer, denen diese Eigenschaften trotz ihres Berufs fehlen, an Trainingsprogrammen teilnehmen sollten, die

von psychologisch ausgebildeten Experten unterstützt werden. Im Rahmen dieser Programme kann der Mut dazu ausgebildet werden, sich von alten Mustern zu trennen und scheinbare Sicherheiten aufzugeben, damit das eigene Selbst und die Mitmenschen reflektiert und andere, neue Erfahrungen darüber gesammelt werden können. Eine Herausbildung von Offenheit, Sicherheit und Verlässlichkeit kann im Rahmen des Trainingsalltags nur unter der Bedingung der Bereitschaft des Trainers erfolgen, die Frauen als individuelle Subjekte zu akzeptieren und gegebenenfalls nicht angepasstes Verhalten von Seiten der Frauen nicht als bedrohlich angesehen wird. Nur dann kann die Arbeit in der Gruppe von Vitalität, Offenheit und Zuneigung zeugen. Dabei bilden unter anderem Feedback von Seiten der Frauen, Metaunterricht und –kommunikation, aber auch die Mitarbeit und Planung des Trainers innerhalb von Klein- und Kleinstgruppen nur einige Maßnahmen für die Entwicklung von Offenheit und Orientierung des Trainers gegenüber Frauen. Auch Seitengespräche in Form von Dialogen helfen dabei. Auch im Rahmen des Austausches und der Praxisberatung unter Kollegen oder im Rahmen des Coachings kann eine optimale Ausgestaltung des Nähe-Distanz-Verhältnisses diskutiert und erörtert werden.
Die Selbstwahrnehmungsfähigkeit bildet eine bedeutende Grundbedingung für die Fähigkeit der Fremdwahrnehmung, weshalb ein angemessenes und reflexiertes Bewusstsein eigener Emotionen, Gedankengänge und Empfindungen unerlässlich ist. Diese Fähigkeiten in Bezug auf die eigene Person können durch meditative, psychomotorische, kontemplative Praktiken und Übungen entwickelt werden (z.B. Yoga, Entspannungstechniken, meditatives Laufen, Feldenkrais-Methode). Besonders im Alltag (auch im beruflichen) lässt sich diese Art der Selbstreflexion gut durch das bewusste Perzipieren von eigenen physischen und emotionalen Signalen und ihre Deutung entwickeln.

1.5 Das Modell des Systems pädagogisch- mentaler Methoden im Gewichtsreduktionsprozess

Das Modell des Systems pädagogisch-mentaler Methoden ist ein aus verschiedenen Ansätzen entwickeltes neues Modell. Da diese Methoden und dessen erwarteter Einfluss auf die Gewichstreduktion das Kernstück dieser Arbeit bildet, wird es im Folgenden eingehend vorge-

stellt. Bevor das eigentliche Modell mit seinen Methoden erläutert wird, sollen psychologische sowie pädagogische und kognitive Theorien und Ansätze vorgestellt werden, die in das Modell mit eingeflossen sind.

Klassische Lerntheorien sind fundamental für die Aufnahme von Informationen und die Entwicklung von Methoden und Materialien. Auch Gesundheitsanbieter haben ihre Lehr- und Lernmethoden, mit denen sie Einfluss auf die kognitiven Verarbeitungsprozesse übergewichtiger Menschen ausüben. In Vorträgen sollen lerntheoretische Inhalte eine Erleichterung für das Lernen sein. Seit Beginn der Lernpsychologie um die Jahrhundertwende sind Lerntheorien ständig erweitert, erneuert und verbessert worden. Und jede Lerntheorie hat ihre Existenzberechtigung, ohne dass eine andere dabei in Zweifel zu ziehen wäre. Es können der Behaviorismus, der Kognitivismus und der Konstruktivismus unterschieden werden. Dass der Erfolg des Lernens von unterschiedlichen Faktoren abhängig ist, zeigen aktuellere Lerntheorien. Gedächtnisleistung, Wissbegierde, Intelligenz, Motivation und Vorwissen haben auf ihn gleichermaßen Einfluss wie Emotionen und örtlicher sowie zeitlicher Rahmen. Lernen ist eine Veränderung im Verhalten oder im Verhaltenspotenzial eines Organismus in einer bestimmten Situation. Es ist vergleichbar mit einem Computermodell, denn Lernen wird in der Kognitionspsychologie als eine Verarbeitung von Informationen verstanden. Darunter fallen also Aufnahme, Bearbeitung, Umformung, Speicherung und Wiedergabe. Selektion, Integration und Organisation von Wissen und Erfahrungen stehen dabei im Mittelpunkt. Lernen zeichnet sich ferner durch Erfahrungs- und Erkenntnisprozesse aus. Die Folge ist eine kontinuierliche Veränderung kognitiver Strukturen, die in Gestalt einer Verhaltensänderung deutlich wird. Lerntheorien versuchen die Verknüpfung zwischen Lernergebnissen und -bedingungen in einem System darzustellen (Gudjons, 1994).

Die älteste und ursprünglichste psychologische Richtung veranschaulicht der **Behaviorismus** (engl. behavior: Verhalten). Seine Kerninhalte drehen sich um unmittelbar wahrnehmbares Verhalten. Als Fortschritt des Lernprozesses wird nur das objektive Lernergebnis gesehen und anerkannt (Gröschke, 1992).

Bei behavioristischen Lerntheorien kommen bewusste oder unbewusste Verarbeitungsabläufe, wie man sie bei Freud oder Jung (Freud, 1926 & 1925) findet, nicht zum Zuge. Beobachtbares Verhalten – auch Lernen oder Lernzuwachs – als Wirkung auf einen bestimmten Reiz ist das

Kernelement. Es ist in der Literatur ebenfalls als Reiz-Reaktions-Lernen, Reiz-Reaktions-Kette oder assoziationistische Lerntheorie geläufig (Gudjons, 1994; Gröschke, 1992). Unter der Bezeichnung Black Box werden beobachtbare und nicht bestreitbare kognitive Phänomene zusammengefasst sowie alle kognitiven und emotionalen Abläufe des Menschen verbunden. Auf die Reaktion und Anpassung eines Menschen auf Umwelteinflüsse sollten Prognose und Kontrolle von Verhaltensweisen erleichternd einwirken; das vorübergehende Ziel des Behaviorismus war dadurch abgegrenzt. Im Kontext einer behavioristischen Verhaltensforschung verweist man des Öfteren auf Bezeichnungen der frühen Anfänge wie z. B. die klassische Konditionierung (Gröschke, 1992). In erster Linie sind es die Pawlowʿschen (klassischen) Konditionierungsversuche und die Arbeiten von Skinner zum operanten Konditionieren, die neben Thorndike, Guthrie und Watson den Behaviorismus empirisch und experimentell vorangebracht haben. In dem Werk „Law of Effect“ dokumentierte Skinner positive und negative Stimuli für die Auftretens- und Unterlassenswahrscheinlichkeit einer Aktion. Menschliches Verhalten kann durch Verstärkungsprozesse auf einen gewünschten Kurs gebracht werden. In der Schule erfährt man die behavioristischen Ansätze anhand von Lob und Tadel, wobei Lob gewöhnlich zum Wiederholen und Tadel zum Unterlassen eines Verhaltens führt. Reize in Gestalt ausgewählter Unterrichtsstrategien sollen ein bestimmtes Verhalten auslösen, wodurch die defizitäre Eigenschaft des behavioristischen Ansatzes erkennbar wird. In der Lerntheorie wird Individualität, innerem Antrieb, Handlungsmotiven und persönlichen Entwicklungsabläufen kein Platz eingeräumt, menschliches Verhalten erfährt eine Abwertung, indem es mit tierischem Verhalten gleichgestellt wird (Gudjons, 1994).

Lernen kann also als Folge äußerer Bedingungen bezeichnet werden. Denk- und Verarbeitungsverläufen schenkt man keine Beachtung. Der Lerner wird reduziert auf ein System, das nach einem bestimmten Reiz auf eine bestimmte Weise reagiert.

In den letzten Jahrzehnten vollzog sich vor dem Hintergrund der bereits erwähnten behavioristischen Lerntheorien eine kognitive Wende in der Lernpsychologie (Neber, Köller, 2001). Friman et al. (1993) haben festgestellt: „Cognitive psychology is said to be displacing behavioral psychology“. Im Zusammenhang mit den **kognitiven Lerntheorien** wird die Black Box stufenweise mit Inhalt gefüllt, innere Einstellungen im Aufbau analysiert. In erster Linie werden die inneren und subjektiven Bedingungen gewürdigt, um eine Verhaltensänderung herbeizuführen (Huber, 1975).

Lernvorgänge gelten als Voraussetzung zum Auf- und Ausbau kognitiver Gefüge. Das auf diese Art erworbene Wissen gestattet mehr als die Vermittlung durch bloße Darbietung. Dementsprechend ist die Bedeutung behavioristischer Lerntheorien abgeflaut. Lernen beschreiben Behavioristen als „(…) process that results in a permanent change in behavior by which the mind reacts to external stimuli." (Colette, Chiappetta, 1984).

Gegenüberstellend formulieren kognitive Lerntheorien Lernen als „Aufbau und fortlaufende Modifikation von Wissensrepräsentationen" (Mayer, 1992). Dadurch erfolgt eine Herausstellung der Konstruktion von Wissen. Kognition stellt nach Neisser (1974) ein Kollektiv für alle Vorgänge des Erwerbs, der Organisation, der Speicherung und des Gebrauchs von Wissen und Informationen dar (Gröschke, 1992). Der Lerner beschäftigt sich mit Informationen, entwickelt Hypothesen über Wirkmechanismen und Zusammenhänge und ergänzt seine Sinneseindrücke (Huber, 1975). Nach Meinung der Kognitivisten erfolgt die Vervollständigung der Wahrnehmung über aktives und selektives Erforschen aller bedeutsamen Informationen des die Umgebung bildenden Lebensbereiches. Deshalb befinden sich kognitive Ansätze in einem sehr engen Zusammenhang zu den handlungstheoretischen Konzeptionen. Oft sind Denken und Handeln miteinander verbunden. Die sozial-kognitive Lerntheorie von Albert Bandura (Bandura, 1994) ist die Vermittlung zwischen behavioristischen und kognitivistischen Ansätzen. Nach seiner Darstellung ist Verhalten das Resultat der wechselweisen Auseinandersetzung zwischen Person und Umwelt (Gröschke, 1992). Bandura versuchte mit Experimenten zum Beobachtungs- oder Modelllernen an Vorschulkindern darzulegen, welche sozialen Faktoren auf kognitive Abläufe Einfluss haben und Handlungen bewirken (Gudjons, 1994).

Laut Piaget basiert menschliches Handeln auf kognitiven Leistungen. Seine Entwicklungstheorie mit den Schlagworten Äquilibration und Assimilation sowie Akkommodation machen ihn zu einem der bedeutsamsten Vertreter des Kognitivismus. Wissen zeigt sich nicht als reine Abbildung, sondern als Anpassung oder Adaptation. Die Anpassung stellt das Gleichgewicht zwischen Mensch und Umwelt her, man charakterisiert dies auch als Äquilibration. Erfolgt dabei auf gewohnte Art und Weise ein Umgang mit neuen Erfahrungen, ist das Ergebnis deren Assimilierung. Geschieht eine zusätzliche Änderung der Denkungsweise, um neue Erfahrungen einzuflechten, bezeichnet man dies als Akkommodation. Der Mensch erstrebt einen Zustand des Gleichgewichts, und bei seiner Suche nach Invarianzen oder Konstanzen in der Umwelt über seine Sinne

und das Lernen bestehen stets rationale Handlungspläne im Hintergrund (Gröschke, 1992) Kognitionsabläufe haben folgende Entwicklungsstufen:

- die sensomotorische Phase,
- die präoperationale Phase,
- die Phase der konkreten Operationen und
- die Phase der formalen Operationen (Piaget, 2003)

Man kann davon ausgehen, dass primär physiologische Wünsche und Anreize auch die geistige Beweglichkeit lenken. Der Terminus Anreiz lässt sich auch in psychologischen Ansätzen entdecken. Anreize haben hier Gestaltungscharakter und führen zu Orientierungsreaktionen, die beim Reizempfänger einheitlich gestaltet werden. Erfolgt eine Übertragung gestaltpsychologischer Gesetze auf Lehr- und Lernanordnungen, lässt sich feststellen, dass einheitlich wahrgenommene und verknüpfte Strukturen für das Auge erkennbar aufgebaut sein müssen, sodass sich unschwer Beziehungen ergeben. Dazu wirken Erfahrungen auf die Organisation des Lernmaterials ein. Ist es durchdacht und präzise gestaltet, führt dies zu einer Strukturierung und Erleichterung des Lernablaufs. Aus dem Gedanken der Einsicht heraus und aus Erfahrungen entspringen Erwartungen für neuartige Umweltbedingungen. Im Sinne der Lernstrategie kann man diese Lösungen auf neue Situationen übertragen. Lernen muss daher als lebenslanger Entwicklungsgang begriffen werden, bei dem der Mensch im regen Austausch mit seinem Lebensbereich Erkenntnisse gewinnt und Kompetenzen entfaltet.

Auf der Grundlage von Piagets kognitiver Theorie und seinen Abhandlungen zu konstruktivistischen Entwicklungsverläufen bei Kindern und Jugendlichen bildeten sich in den letzten Jahrzehnten viele Ansätze aus. In Bezug auf ein einheitlicheres Verständnis der Lernprozesse sind persönliche und unverwechselbare Organisationsabläufe, selbstständige Strukturierung und Individualität in den Vordergrund getreten. Die Varianten radikal, neu, moderat oder interaktionistisch gehen unabhängig von der Ausrichtung davon aus, dass jeder Mensch seine Wissensstrukturen aktiv und auf subjektiver Basis formt. Es findet ferner eine Verknüpfung des Wissens mit Vorkenntnissen und Erfahrungen statt. Eigene Erfahrungen und die daraus gezogenen Erkenntnisse führen somit zu einer persönlichen und individuellen Abbildung der Wirklichkeit. Die Abwick-

lung des Lernverlaufes kommt dem Menschen selbst zu; auf diese Weise aufbereitetes Wissen ist die Basis, von der aus der Mensch auf sein Umfeld (ein-)wirken kann.

Die Schwerpunkte lerntheoretischer Ansätze sind verschieden. Mit der Objektivität des Wissens und seinem Verhältnis zur Welt beschäftigt sich der radikale Konstruktivismus (Gerstenmaier, Mandl, 1995). Basis ist die Vermutung, dass der Mensch seine erlebte Welt unwillkürlich errichtet. Als Bild der Wirklichkeit kann das Wissen dabei nicht gedeutet werden. Der Neue Konstruktivismus versucht Wissen zu modellieren. Er bringt den Kontext und die Kultur mit ein. Wissen wird intersubjektiv gesehen; experimentellen Lernformen wird besondere Bedeutung beigemessen (Gerstenmaier, Mandl, 1995). Der moderate Konstruktivismus hingegen hat in der Instruktionspsychologie und der empirischen Pädagogik eine wesentliche Rolle inne. Er wird als pragmatisch oder wissensbasiert dargestellt und sieht das Lernen durch prozessuale Attribute bestimmt (Gerstenmaier, Mandl, 1995). Autopoiesis und Wirklichkeit kennzeichnen den Modernen Konstruktivismus. Autopoiesis paraphiert sich durch die Selbstorganisation des Lernprozesses auf dem Weg zur Erkenntnis, wobei die Erkenntnis mit Handlungen verbunden ist. Der Mensch sucht wie bei der Adaptation und Äquilibration nach Einpassung der Informationen. Das Gedächtnis fungiert als Konstruktion der persönlichen Erfahrungen und des spezifischen Werdegangs. Maturana und Varela (1987) zeigen einen Ansatz auf neurobiologischer Basis auf, wonach das menschliche Gehirn nach dem Aufnehmen von Informationen mit seinen Zuständen im Zusammenspiel steht. Dies dokumentierten Messungen neuronaler Aktivitätsströme. Beim Lerner entstehen durch Repräsentationsprozesse Bilder einer subjektiven, individuellen Realität (Maturana, Varela, 2006).

In der Lerntheorie von Reich werden neue Ansichten zu konstruktivistischen Ansätzen mit interaktionistischen Kerngedanken dargestellt. Im Unterschied zu den radikalen, bei denen das Subjekt und seine Konstruktion zentraler Bestandteil ist, stehen nun die kulturellen Umstände und Interaktionen im Vordergrund. Eine Umgestaltung der Perspektive und eine authentische sowie dialogisch gleichrangige Interaktion im Sinne einer gemeinschaftlichen Konzeption sind das erstrebenswerte Ziel. Überzogene lernzentrierte Ansätze sowie bevorzugte Perspektiven sind in Reichs Theorie nicht bedeutsam (Reich, 2008).

Folgerungen und Ziele für das pädagogisch-mentale Konzept: Die konstruktivistischen Lerntheorien hingegen haben entscheidend zu einer Änderung der Lernabläufe beigetragen. Der Ge-

danke, dass Sport und gesunde Ernährung zum Erleben von Freude und zur Steigerung der Lebensqualität beiträgt sowie ein allgemeines Glücksgefühl hervorruft, ist hierbei elementar. Auch die Erkenntnis, dass wir nicht von unseren Genen bestimmt werden, sondern wahrgenommene Einflüsse unserer Umwelt die Aktivierung bestimmter Gene bedingt, ist hierbei von großer Wichtigkeit. Überlegungen zur Verhaltensanpassung und -optimierung vollziehen sich in der Didaktik, der Gestaltung und der Materialaufbereitung. Ein wichtiges Kriterium, welches aus den bisherigen Ausführungen für das kognitive Training resultiert, ist, dass übergewichtige Frauen ihr Wissen aus persönlichen Lebenserfahrungen bilden müssen. Vorträge, Einzelgespräche und Lernsituationen müssen an die Erfahrungswelt der Frauen angepasst werden (Reich, 2008).

Für Trainer ist es nur schwer möglich, Lernprozesse zu prognostizieren, da beim Menschen neue Erkenntnisse in Verbindung stehen mit bereits gemachten Erfahrungen, aufgrund derer der Mensch Neues assimiliert oder dissimiliert. Ein persönlicher und aktiver Lernprozess anhand einer unverwechselbaren Verarbeitung und auch die einzigartige Einpassung neuer Informationen in das schon vorhandene Wissen begründen die Hervorhebung der Individualität der Frauen. Dabei sind neuartige Lernstoffe und Tätigkeiten in Programmen, die das Gewicht reduzieren, die Motoren. Die Frage ist, wie man einen Vortrag aufbaut, der die Induktion von Lernvorgängen bewerkstelligt. Tobin führt zur Integration konstruktivistischer Ansätze in den Schulunterricht aus: „Constructivism implies that students require opportunities to experience what they are to learn in a direct way and time to think and make sense of what they are learning.“ (Tobin, 1990). Der Organisation des kognitiven Trainingsablaufs, aber auch der Materialaufbereitung durch den Trainer kommt somit eine entscheidende Bedeutung zu.

Frauen werden in ihren kognitiven Konstruktionsprozessen durch starre Planvorgaben, enge Gestaltung bzw. Führung eingeschränkt. Antrieb und Verantwortung werden reduziert und werden bestimmt durch spröde Theorie, und der fehlende Bezug zum Alltag hemmt die eigenständige kognitive Anbindung (Renkl, Köller, 2001).

Lerninhalte und -materialien des Trainings sollen zu aktiven Fragen anregen und eine Reizsituation schaffen, die die Frauen zum Überlegen und zur Wissensrekonstruktion und -dekonstruktion veranlasst. Ferner haben unterschiedliche kognitive Ausgangslagen differenzierte Lernangebote zur Folge. In diesem Zusammenhang werden gemäßigte Denkweisen für zweckmäßiger erachtet als radikal-konstruktivistische. Ohne instruktionalen Beistand kann es unter den

Frauen zu einer Überforderung kommen. In besonderem Maße sind lösungsorientierte Ansätze geeignet. Sie sind authentisch und stellen eine Beziehung zu glaubwürdigen Situationen dar, welche für Frauen wesentlich und aktuell sind, neugierig und betroffen machen. Durchsichtigkeit, klare Ziele und Programme unterstützen die Frauen bei der Übernahme von Verantwortung, wobei auf einen selbst organisierten Lernprozess hingearbeitet werden soll. In Gruppen ist ein gemeinsamer Lernprozess allerdings insofern beeinträchtigt, da einzelne Frauen bei der Bearbeitung von Texten, Bildern oder Problemstellungen verschiedene Auslegungen vornehmen. Der Gehalt ihrer Erfahrungen muss deshalb gleichermaßen Berücksichtigung finden wie die schon vorhandene persönliche Deutung und Verknüpfung. Kognitives Training ist folglich so zu gestalten, um Frauen eine gemeinschaftliche Definitionsebene zu bieten. Dies geschieht nicht mittels eines wertenden Vergleichs oder der Feststellung einer bestmöglichen Lösung, sondern vielmehr durch eine Perspektivenübernahme oder eines Perspektivenwechsels. Die Vielfalt möglicher Lösungen und Ergebnisse sowie ein ausreichender Raum für Erfahrungen sind hier eine wichtige Grundlage für jedwedes zu erarbeitende Konzept. Ein Trainer muss das Vorwissen der Frauen wirklichkeitsnah bewerten können und sich davon freimachen, dass nur eine Lösung die richtige sei. Kognitive Maßnahmen müssen zu einem Aufbau neuartiger Handlungsweisen führen, die schließlich in einem übergeordneten Lernziel enden. Selbstständiges Lernen erreicht man durch aktivierende Praktiken. Durch soziale Interaktion werden Frauen unabhängig und selbst organisiert. Laut Piaget (Piaget, 2003) lernen sie durch Anpassung, was eine Erweiterung ihres Handlungsspielraums nach sich zieht.

Das Einsetzen von divergierenden Methoden kann auf der Motivationsebene bei Problemen Lösungsprozesse anregen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn man Frauen einen alsbald zu lösenden Problem- oder Alltagsbezug aufzeigt und sie zur Reflexion bewegt anstatt zur Übernahme von Inhalten und Normen.

Vermeintlich gestaltet sich die Integration konstruktivistischer Elemente in der Vermittlung wirkungsvoll, stellt aber die Trainer in Bezug auf die Vermittlung von Wissen innerhalb der Vorgaben vor zeitliche Schwierigkeiten. Methoden, die Probleme lösen, oder die Experimental-Vermittlung lassen ohne Zweifel die Konstruktion von Wissen zu, sind aber an einen erheblichen zeitlichen Aufwand gebunden. Die Trainer müssen mit Ideenreichtum Pionierarbeit leisten und sind daher aufgefordert, ungleiche Vermittlungsmethoden einzuschätzen und anzuwenden. Sie

rücken in den Fokus, da sie zwischen Gesundheitsanforderungen und gesellschaftlicher Flexibilität stehen. Bei den Trainern müssen Selbstvertrauen, Engagement und Entschlossenheit, aber auch Bereitwilligkeit und Freude an der Fortbildung sowie am persönlichen ständigen Lernverlauf vorhanden sein.

Ein pädagogisch-mentales Modell aus Methoden des **mentalen Trainings** bildet das zentrale Forschungswerkzeug dieser Arbeit, denn es soll ja gezeigt werden, dass es ein solches Modell gibt, das nachhaltige Erfolge bei Gewichtsreduktionsprogrammen ermöglicht. Und da es beim Modell um eine spezifische Auswahl und Anwendung mentaler Methoden geht, sollen nun zum Mentalen Training allgemein ein paar Ausführungen folgen. Diese Ausführungen entstammen einem Arbeitspapier von Immenroth et al. (ohne Jahresangabe), mit welchen sich diese Autoren in exzellent komprimierter und doch ausführlicher Form auf Eberspächer, Immenroth & Mayer 2002 beziehen. Da es kaum prägnanter mit Einbezug vieler wichtiger Quellen gesagt werden kann, möchte ich diesen Abschnitt aus dem Arbeitspapier hier wortgetreu abbilden:

„Seit über 150 Jahren beschäftigen sich u.a. Mediziner, Psychologen und Sportwissenschaftler mit der Vorstellung von Bewegungen und Verhalten. Mitte des 19ten Jahrhunderts beschreibt Lotze das unter der Bezeichnung Ideomotorik bzw. Carpenter-Effekt (Carpenter, 1974) bekannt gewordene Phänomen, dass die Bewegungsvorstellung bzw. - wahrnehmung zum Mitvollzug „mit leisen Bewegungen“ (Lotze, 1852) führen kann (Jastrow, 1892). Im Gegensatz zu Carpenter (1874), der streng genommen lediglich automatische, d.h. ohne willentliche Steuerung ablaufende Bewegungen beschreibt, schränkt Lotze (1852) diese Nachahmungsbewegungen auf diejenigen Bewegungen ein, die tatsächlich wahrgenommen oder vorgestellt wurden und fasst somit den Begriff der Ideomotorik enger.

Die bloße Vorstellung einer Bewegung ohne deren gleichzeitige praktische Ausführung kann noch nicht als Mentales Training bezeichnet werden, da demzufolge jede, mehr oder weniger bewusste Bewegungsvorstellung als Mentales Training angesehen werden müsste, auch wenn dabei – wie zum Beispiel bei einem Tagtraum – überhaupt kein Trainingscharakter und -ziel erkennbar wären. Diese Aspekte sollte jedoch bei der Begriffeingrenzung des Mentalen Trainings berücksichtigt werden. Somit ist unter Mentalem Training die planmäßig wiederholte und bewusst durchgeführte Vorstellung einer Bewegung ohne deren gleichzeitige praktische Ausführung zu verstehen (Daugs, Blischke, 1996; Eberspächer, 2001), das als Zielstellung die positive Beein-

flussung der Handlungskompetenz der Kundin mit einbezieht (Munzert, 2001a/2001b). Da das Mentale Training im Hinblick auf unterschiedliche Funktionen durchgeführt werden kann, sollte eine unspezifische Wirkung nicht per Definition ausgeschlossen werden. So wenden einige Athleten das Mentale Training explizit zur Optimierung ihrer Funktionslage, wie bspw. Ihres Erregungsniveaus oder ihrer Motivation, an (Cumming, Hall, 2002; Hall, 1995; Munroe, Giacobbi, Hall, Weinberg, R. (2000).

Es muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass der Terminus Bewegungsvorstellung nicht als Synonym für den Begriff Mentale Bewegungsrepräsentation verwendet werden kann. So kann die im Mentalen Training eingesetzte Bewegungsvorstellung, die im Gegensatz zu der mentalen Bewegungsrepräsentation vollständig bewusstseinsfähig und bei der Anwendung im Mentalen Training sogar bewusstseinspflichtig ist, vielmehr über die phänomenale Konstitution der Bewegungsausführung (Prinz, 1985) als Instrument zur Funktionalisierung der mentalen Bewegungsrepräsentation dienen (Immenroth, 2002). Zur Abgrenzung der Begriffe Repräsentation, Mentale Repräsentation, Mentale Bewegungsrepräsentation, Mentale Handlungsrepräsentation und Bewegungsvorstellung siehe ausführlich (Immenroth, 2003). In der grundlagenwissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Sportpsychologie werden verschiedene Funktionen des Mentalen Trainings unterschieden. So kann bei der im Training bewusst eingesetzten (Bewegungs-) vorstellung die Verbesserung des Lernprozesses, die Leistungssteigerung, die Modifikation von Kognitionen, die Regulation der Aktivation usw. im Vordergrund stehen. Als grundlegende Klassifikation der unterschiedlichen Funktionen des Mentalen Trainings kann die 2x2-orthogonale Taxonomie von Paivio (1985) angesehen werden, in der die zwei unabhängigen Dimensionen kognitiv/motivational und spezifisch/generell unterschieden werden. Aus diesem Kategorisierungssystem ergeben sich dementsprechend vier Funktionen des Mentalen Trainings (Munroe, Giacobbi, Hall, Weinberg, 2000; Short, Bruggeman, Engel, Marback, Wand, Willadsen, Short, 2002).

- motivational/generell
- motivational/spezifisch
- kognitiv/generell
- kognitiv/spezifisch

Im Hinblick auf die motivationale generelle Funktion des Mentalen Trainings stehen vor allem Vorstellungsinhalte im Vordergrund, die sich auf den Umgang der und der Kundin mit physiologischen bzw. emotionalen Erregungsprozessen in schwierigen Alltagssituationen beziehen. Hall, Mack, Paivio und Hausenblas (1998) bezeichnen diese Funktion als motivationale generelle Funktion / Erregung und unterscheiden davon aufgrund der Ergebnisse ihrer Studie zur Validierung die motivationale generelle Funktion / Beherrschung. Diese Funktion des Mentalen Trainings bezieht sich Hall et al. (1998) zufolge auf Vorstellungsprozesse, bei denen die Bewältigung von herausfordernden, schwierigen Situationen im Mittelpunkt steht.

Beim Mentalem Training mit motivationaler spezifischer Funktion setzt sich die mental Trainierende insbesondere mit spezifischen Zielen oder zielorientierten Verhalten auseinander, bspw. indem sie sich vorstellt, einen bedeutenden Gewichtsverlust mit anschließender Belohnung oder Würdigung zu empfangen. Steht beim Mentalen Training die kognitive generelle Funktion im Vordergrund, so stellt sich die Kundin dabei situationsübergreifende Alltagsstrategien vor. Die kognitive spezifische Funktion des Mentalen Trainings bezieht sich auf bewusste Vorstellungsprozesse des Verhaltens, welche die Optimierung bestimmter kognitiver und/oder motorischer Fertigkeiten intendieren. Sie besitzt im Vergleich zu den anderen genannten Funktionen für die grundlagenwissenschaftliche und anwendungsbezogene Sportpsychologie eine wesentlich höhere Relevanz und steht somit für die eigentliche bzw. ursprüngliche Funktion des Mentalen Trainings. Sofern in den weiteren Ausführungen dieses Abschnitts nicht explizit eine andere Funktion erwähnt wird, beziehen sich daher alle Aussagen zum Mentalen Training auf deren kognitive spezifische Funktion.

Seit vielen Jahren glaubt die Wissenschaft, dass die Gene für unser Schicksal verantwortlich sind. Diese Annahme scheinen die Forschungsergebnisse des amerikanischen Zellforschers Dr. Bruce Lipton 2006 zu widerlegen. Denn seinen Erkenntnissen zufolge wird unser physisches Dasein nicht allein von unseren Genen festgelegt. Vielmehr beeinflusst die Wahrnehmung unserer Umwelt, welche Gene aktiviert werden. Gene sind keine unwillkürlichen Tiere, die munter vor sich hin produzieren. Genau genommen tun sie eigentlich gar nichts. Sie werden nur gelesen. Dieser Leseprozess wird von Signalen aus der Umwelt gesteuert. Dies können beispielsweise Hormone sein, die signalisieren, dass in einem bestimmten Moment ein bestimmtes Protein ge-

braucht wird. Erst dann wird die entsprechende Proteinsynthese in Gang gebracht. Die entsprechenden Signale wiederum stammen aus unserem Gehirn und werden durch unsere geistigen Aktivitäten ausgelöst. Dies bedeutet, dass der Geist die Zellgemeinschaft regiert. Durch diese Erkenntnis kommt die Eigenverantwortung mit ins Spiel, wo Gesundheit möglicherweise beeinflussbar ist. Lange Zeit dachten Zellbiologen, unser physisches Dasein würde allein von unserer DNS bestimmt. Auch für eine Reihe chronischer und maligner Krankheiten machte man das Erbgut verantwortlich. Doch eigentlich sind nur maximal zwei Prozent der Krankheiten genetisch bedingt. Denn ob gewisse Gene in Aktion treten oder nicht, hängt von der Reaktion eines Menschen auf gewisse Umwelteinflüsse ab (Bruce, 2006).

Deshalb ist es geradezu fatal, dass sich so viele Menschen für krankheitstechnisch festgelegt halten. Über ihre negative Erwartungshaltung rufen sie nämlich unter Umständen den bösen Bruder des Placebo-Effekts herbei: den Nocebo-Effekt. Dies bedeutet: Ist die Erwartung, eine Krankheit zu bekommen, groß, kann sie die befürchteten Beschwerden geradezu auslösen. Hält sich der Mensch überdies für unheilbar krank, kann diese Überzeugung sogar bewährte Medikamente außer Kraft setzen und bis hin zum Tod führen. Umso wichtiger ist es also, endlich mit dem überholten Dogma des genetischen Determinismus, der Festlegung, aufzuräumen. Wir sind keine biochemischen Maschinen, die von Genen gelenkt werden. Gene bilden lediglich physische Vorlagen für die Proteine, aus denen unsere Zellen und Gewebe zusammengesetzt werden. Dies ist vergleichbar mit dem Entwurf eines Architekten – ein Modell, mehr nicht. Erst durch das Ablesen dieser Vorlage wird die darin enthaltene Information nützlich.

Die Aktivität der Gene wird von Signalen gesteuert, welche aus unserem Gehirn kommen. Dieses nimmt Informationen aus der Umwelt auf, wertet sie aus und erteilt daraufhin Befehle. Die zellulären Rezeptor-Effektor-Schalter nehmen die Kommandos des Gehirns wahr und leiten sie ans Innere der Zelle weiter. Dies bedeutet wiederum, dass unsere Wahrnehmung unsere Biologie kontrolliert. Wie wir die Welt sehen, steuert unsere physischen Reaktionen. Wenn wir also die Wahrnehmung unserer Welt verändern, verändern wir damit auch unsere Genaktivität. Die Erkenntnisse haben weitreichende Konsequenzen für unsere Gesundheit und unser Verhalten. Denn die Überzeugung, wir seien störanfällige biochemische Maschinen, die durch unsere Gene gesteuert werden, weicht der Erkenntnis, dass wir machtvolle „Erschaffer“ unseres Lebens und unserer Welt sind. Sehr bekannt in diesem Zusammenhang ist der Placebo-Effekt. Patienten erhal-

ten eine Tablette ohne medizinischen Wirkstoff und gesunden allein dadurch, dass sie an die Wirkung des Präparates glauben. Man könnte dies als eine erwünschte psychosomatische Reaktion ansehen. Der Placebo-Effekt ist kein Hokuspokus. „Wenn wir die Wissenschaft dahinter verstehen, dann wird er zu einer Technologie“, so versichert der Zellbiologe.

Man kann Glaubenssätze durch mentales Training verändern. Unser Geist regiert also den Körper, und zwar bis in die letzte Zelle hinein. Dies kann auf bewusste Weise geschehen oder aber über das Unterbewusstsein. Auf der bewussten Ebene können wir wählen, ob und wie wir auf Umweltsignale reagieren wollen. Doch sobald wir unaufmerksam sind, ergreift das Unterbewusstsein die Regie. Dieses ist angefüllt mit Glaubenssätzen, die seit frühester Kindheit dort gespeichert wurden. Kleine Kinder beobachten ihre Umgebung genau und speichern das Weltwissen ihrer Eltern direkt in ihr Unterbewusstsein ab. So werden die Verhaltensweisen und Überzeugungen ihrer Eltern zu ihren eigenen. Sind die Eltern beispielsweise davon überzeugt, dass das die ganze Familie dick sein muss, werden ihre Kinder diese Annahme übernehmen. Kindliche Gehirne schwingen größtenteils in einer sehr tiefen Frequenz, die sie besonders aufnahmefähig macht, ähnlich einem Hypnosezustand. Dies hat zur Folge, dass Botschaften, die wir an unsere Kinder schicken, direkt als Tatsachen abgespeichert werden. Das Problem dabei ist, dass in diesem Alter ankommende Informationen nicht bewertet, sondern undifferenziert als Wahrheit übernommen werden. So können verbale Übergriffe das Verhalten und das Potential eines Menschen ein Leben lang untergraben. Denken Sie an zwei kleine Schüler, von denen der eine vermittelt bekam, er sei ein Taugenichts, während dem anderen gesagt wurde, er könne alles erreichen, wenn er nur wolle. Wer von beiden wird in der Schule besser abschneiden?

Diese Erkenntnis verstärkt nochmals die Notwendigkeit für mentales Training und das Lösen von schlechten Glaubenssätzen.

In der Psychologie nennt man die gedankliche Erklärung von Ursachen, die zu Ereignissen führen **(Kausal-) Attribution.** Es liegt in der Natur des Menschen, dass er für Erlebnisse bzw. Ereignisse, die ihm widerfahren, Begründungen und Erklärungen sucht. Dieses Bedürfnis danach, Geschehenes zu erklären, ist umso größer, je negativer oder überraschender die Ereignisse in Erscheinung treten (Peterson, Seligman, 1984). Da solche Ursachenzuschreibungen immer sehr persönlich und daher ganz individuell sind, müssen sie nicht mit dem tatsächlichen und objektiven Sachverhalt kongruent sein. Die ersten Untersuchungen zur Bedeutung von Attributionen in der

Psychologie finden sich bei Heider (1958). Auch angesprochen werden soll in dieser Arbeit die Theorie des gelernten Optimismus (Seligman, 1991). Die zentrale Aussage, die den angesprochenen Theorien bzw. Ansätzen zugrundeliegt, ist die Annahme, dass die Art und Weise, wie Menschen in der Vergangenheit Ursachen für Ereignisse erklärt haben, auch zukünftiges Verhalten beeinflusst.

Von der Theorie der erlernten Hilflosigkeit zur **Theorie des gelernten Optimismus Seligman (1991)** geht zurück auf dessen Theorie der erlernten Hilflosigkeit (1975) sowie die darauf aufbauende reformulierte Theorie der erlernten Hilflosigkeit (reformulated learned mit Hilfe von Stromschlägen eine nicht vorhandene Kontingenz zwischen helplessness theory, RLHT) (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978). Ausgangspunkt der Theorie der erlernten Hilflosigkeit war die Beobachtung von apathischen und teilnahmslosen Hunden, denen zuvor Verhaltensreaktion und Konsequenz induziert wurde. Hunde, die wiederholt erfolglos versuchten, Stromschlägen zu entkommen, zeigten in nachfolgenden Durchgängen keine Verhaltensreaktion. Sie hatten demnach die Hilflosigkeit gelernt (Seligman, 1975). Diesen erlernten Hilflosigkeitseffekt konnte man bei Menschen nur bedingt festzustellen. Hier war eher die individuelle Ursachenerklärung ausschlaggebend für das anschließende Verhalten, was somit zur Ergänzung und Reformulierung der Theorie führte (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978). Die zentrale Annahme der Theorie des gelernten Optimismus (Seligman, 1991) ist, dass die subjektive Art der Ursachenerklärung vergangener Ereignisse Einfluss auf das zukünftige Verhalten von Menschen nimmt. Die Theorie sagt also über einen indirekten und retrospektiven Zugang Verhalten voraus. Dabei gehen Abramson und Kollegen (1978) und auch Seligman (1991) von habituierten Attributionsmustern aus, das heißt, es finden sich immer wiederkehrende Muster in der Ursachenerklärung. Diese Muster und ihre individuellen Erklärungen lassen sich mit Hilfe von Attributionsdimensionen strukturieren. Ob eine Person einen eher optimistischen oder eher pessimistischen Attributionsstil hat, wird durch die Kombination und Ausprägung der Attributionen definiert.

Attributionsstile sind die subjektive Art, wie sich Menschen gewöhnlich (vor allem negative) Ereignisse erklären. Gelernter Optimismus definiert sich über diese Attributionsstile (Seligman, 1991). Diese Art und Weise der Ursachenerklärung kennzeichnet sich durch Konsistenz von Attributionsmustern bezüglich negativer Ereignisse sowie eine zeitliche Stabilität dieses Verhal-

tens (Seligman, 1999). Es gibt drei Dimensionen, nach denen sich die individuelle Ursachenerklärung negativer und/oder unerwarteter Ereignisse strukturieren lässt (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978):

- Lokus: internale Attribution vs. externale Attribution
- Globalität: globale Attribution vs. spezifische Attribution
- Zeitliche Stabilität: stabile Attribution vs. instabile Attribution

Bei internaler Attribution begründet die Person Ereignisse durch sich selbst, zum Beispiel durch individuelle Fähigkeiten, bei externaler Attribution macht sie andere Personen oder äußere Umstände zur Erklärung eingetretener Ereignisse. Die globale und spezifische Dimension differenzieren nun, ob eine Ursachenerklärung übergreifend für den gesamten Lebenskontext (global) Auswirkungen hat oder nur einen Teilbereich (spezifisch), beispielsweise den Beruf betrifft. Und schließlich bezieht sich die dritte Dimension auf den zeitlichen Aspekt, das heißt, ob es sich um eine einmalige (instabile) Erklärung handelt oder ob die Erklärung manifest und dauerhaft (stabil) bedeutsam ist. Diese drei Dimensionen mit ihren jeweils entgegengesetzten Ausprägungen bestimmen nun den individuellen Attributionsstil einer Person, und je nach Kombination und Gewichtung spricht man eher von einem negativen oder einem positiven Attributionsstil. Attribuiert ein Mensch bei einem negativen Ereignis zum Beispiel internal, global und stabil, so ist von einem pessimistischen Attributionsstil zu sprechen, wogegen eine externale, spezifische und variable Attribution eines negativen Ereignisses einem optimistischen Attributionsstil entspräche (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978) [1]. Es gibt zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur wenige Untersuchungen die sich der Ätiologie des individuellen Attributionsstils widmen, und das, was vorliegt, benennt vor allem genetische und umweltbezogene Erklärungen für die Entstehung von Attributionsstilen. Zum Beispiel konnte in Studien mit Geschwistern, darunter auch eineiige und zweieiige Zwillinge, ein genetischer Anteil an der Ausprägung des Attributionsstils nachgewiesen werden (Lau, Rijsdijk, Eley, 2006). Für umweltbezogene Erklärungen wird vor allem das

[1] Beispiel eines pessimistischen Attributionsstils für das negative Ereignis eines nicht eingehaltenen Trainingsplanes: „Mir gelingt es nie meine Pläne umzusetzen. Das geht mir in allen Lebensbereichen so. "Beispiel eines optimistischen Attributionsstils für das negative Ereignisse eines nicht eingehaltenen Trainingsplanes: „Das liegt lediglich daran, dass ich Überstunden machen musste. Nächste Woche klappt bestimmt." (zitiert nach Kahlert, 2011)

prägende Verhalten durch Eltern herangezogen. So präge die Art und Weise, wie Eltern Kindern Rückmeldungen geben oder Sanktionen erteilen, den Attributionsstil der Kinder.

Gelernter Optimismus und Gesundheit: Eine verhaltensbezogene Erklärung. Zur Zeit der reformulierte Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978) entstanden eine Reihe empirischer Forschungsarbeiten, die sich dem Zusammenhang von Attributionsstil und gesundheitsbezogenen Variablen widmen. Robins & Hayes (1995) beispielsweise dokumentieren sehr gut den Zusammenhang zu depressiven Symptomen bei Erwachsenen. Ferner konnte eine längsschnittlich angelegte Untersuchung auch die Beziehung zur körperlichen Gesundheit belegen. So zeigten Peterson et al. (1988), dass der Attributionsstil von durchschnittlich 25-Jährigen zu Beginn der Untersuchung den von Ärzten objektiv erfassten Gesundheitszustand der Personen im Alter von 45 Jahren, 55 Jahren und 60 Jahren vorhersagt, und das auch bei statistischer Kontrolle des Gesundheitszustands im Alter von 25 Jahren. Eine andere prospektiv angelegte Studie von Seller und Peterson (2002) konnte des Weiteren den Nachweis erbringen, dass das Zusammenwirken des Attributionsstils mit dem wahrgenommenen Stress die körperliche Gesundheit über einen Zeitraum von neun Wochen vorhersagt.

Für diese Zusammenhänge und gesundheitlichen Auswirkungen unterscheiden Peterson und Bossio (2002) fünf mögliche Erklärungen: die immunbiologische, emotionale, kognitive, soziale und behaviorale Erklärung. Die kognitive Erklärung stellt fest, dass optimistisch attribuierende Personen im Gegensatz zu pessimistisch attribuierenden in ihrem Lebensalltag weniger tägliche Ärgernisse („daily hassles“) wahrnehmen, die wiederum in Zusammenhang mit der Gesundheit stehen. Im Zusammenhang mit der sozialen Erklärung zeigen Studienergebnisse, dass optimistisch attribuierende Personen in ihrem Umfeld über mehr soziale Unterstützung verfügen können, welche ebenfalls in positivem Zusammenhang mit gesundheitlichen Effekten (Wang, Wu, Liu,2003) steht. Zentral in dieser empirischen Arbeit indes ist die behaviorale Erklärung, der zufolge optimistisch attribuierender Personen andere Verhaltensmuster zeigen als pessimistisch attribuierende Personen. So lässt sich nach Seligman (1991) prägnant und kurz konstatieren: Je optimistischer sich Personen negative Ereignisse erklären, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, das entsprechende Verhalten zukünftig wieder zu zeigen. Besonders in schwierigen Situationen und bei großen Widerständen offenbart ein optimistischer Attributionsstil folglich eine erhöhte Persistenz des Verhaltens. Personen mit optimistischem Attributionsstil geben weniger schnell auf, aber

nicht nur das, sie handeln auch angemessener, beispielsweise in aussichtlosen Situationen, in denen sie durch ihre Fähigkeit zur Persistenz nicht sinnlos an Verhaltensweisen festhalten, sondern gemäß der Situation adaptiver verhalten. Die behaviorale Erklärung der Theorie des gelernten Optimismus enthält folglich die Verhaltensqualitäten ‚Persistenz' und ‚adaptives Verhalten' als zentrale Aspekte.

Als **Verhaltensqualität Persistenz** bezeichnet man im Allgemeinen ein ausdauerndes Verhalten oder die andauernde Anstrengung in schwierigen Situationen, oder wenn sich Widerstände auftun (Bandura, 1986). Diese Persistenz nun wird bedingt durch die Art der Ursachenerklärung und die damit verbundene Erwartung (Gillham, Reivich, Shatté, 2002). So ist es von großer Bedeutung, ob jemand Misserfolg optimistisch oder pessimistisch attribuiert. Denn diese Attributionen bestimmen die Erwartung an die erfolgreiche Realisierung zukünftiger Handlungen (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978; Seligman, 1991. So wird, um es noch mal exemplarisch zu veranschaulichen, ein negatives Ereignis, das der eigenen Person sowie globalen und stabilen Ursachen zugeschrieben wird, die Erwartung erzeugen, dass das Verhalten in Zukunft nicht mit Erfolg realisiert werden kann. Wird dasselbe Ereignis external, spezifisch und instabil attribuiert, steigt die Erwartung und die damit verbundene Wahrscheinlichkeit der Verhaltensrealisation.

In einigen wenigen Studien (z. B. Schwimmsport: Seligman, Nolen-Hoeksema, Thornton und Thornton, 1990) wurde der Einfluss unterschiedlicher Attributionsstile auf Persistenzmaße im Kontext sportlicher Aktivitäten untersucht und es konnte ansatzweise gezeigt werden, dass der Attributionsstil in Zusammenhang mit der Persistenz eines Verhaltens steht. Bislang mangelt es jedoch an Studien zum Kontext der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität zur Erreichung von Gesundheitszielen.

Auch wenn Persistenz grundsätzlich etwas Positives ist, macht es bei unlösbaren Aufgaben oder unerreichbaren Zielen keinen Sinn, an der Persistenz festzuhalten, denn dies vergeudet im Ernstfall wichtige und vielleicht knappe Ressourcen. In solchen Situationen ist eher ein **adaptives Verhalten** angebracht. Wenn wir gelernten Optimismus (Seligman, 1991) und ‚adaptives Verhalten' im Zusammenhang betrachten wollen, sei zunächst festgehalten, dass gelernter Optimismus über die Art der habituierten Ursachenerklärung negativer Ereignisse definiert ist. Und ganz eindeutig sind nicht erreichbare Ziele oder auch unlösbare Aufgaben negative Ereignisse. Wir haben bereits angeführt, dass optimistisch attribuierende Personen sich negative Ereignisse anders erklä-

ren als pessimistisch attribuierende Personen. Ein optimistischer Attributionsstil definiert sich über die externale, instabile und spezifische Erklärung eines negativen Ereignisses. Diese Betrachtung bedeutet einen geringen Selbstbezug dieses negativen Ereignisses, wie auch die unwahrscheinliche Erwartung, dass zukünftige Ereignisse ebenso sein werden und dass dies auch in anderen Kontexten der Fall ist. Auf dieser Grundlage kann angenommen werden, dass es optimistisch attribuierenden Personen besser gelingt, sich von unlösbaren Aufgaben oder auch nicht erreichbaren Zielen zu lösen, als pessimistisch attribuierende Personen, die dies wegen ihres stärker ausgeprägten Selbst- und Zukunftsbezuges nicht so gut können. Und wem es gelingt, sich von einer Sache zu lösen, der hat die Möglichkeit, sich Neuem zuzuwenden, sprich ein Verhalten adaptiv an eine neue Gegebenheit anzupassen. Es gibt bislang jedoch keinerlei Untersuchungen zur Verhaltensqualität ‚adaptives Verhalten' in Verbindung mit der Theorie des gelernten Optimismus (Seligman, 1991) oder im Kontext Gewichtsreduktion.

Aspinwall und Richter (1999) untersuchten adaptives Verhalten unter anderem im Zusammenhang mit der Theorie des dispositionellen Optimismus. Dort wurde adaptives Verhalten über die verbrachte Zeit mit unlösbaren Anagrammen6 operationalisiert. Es gab 96 Teilnehmer, die im Vorfeld der Studie nicht vollständig informiert wurden; sie dachten, sie würden an einer Untersuchung zur verbalen Intelligenz teilnehmen. Zunächst wurden allen Versuchspersonen sieben nicht lösbare Anagramme vorgelegt. Für eine Gruppe war dies die einzige Aufgabe. Den anderen Versuchsteilnehmern wurden weitere Anagrammsets zur Bearbeitung angeboten (insgesamt 2 x 7 lösbare Anagramme). Variiert wurde dabei, ob die Versuchspersonen zur ersten Aufgabe zurückkehren durften oder nicht. Allen Teilnehmern standen 20 Minuten für die Bearbeitung der Anagramme zur Verfügung. Aspinwall und Richter (1999) interessierten sich dafür, ob dispositioneller Optimismus, das Selbstwertgefühl (Rosenberg, 1965) oder die Selbstbeherrschung (engl.:„selfmastery") das Ausmaß adaptiven Verhaltens erklären. Das Ergebnis war, dass Personen mit hohen Optimismus- oder 6 Anagramme sind Buchstabenkombinationen, die zu Worten umgeordnet werden müssen. Selbstbeherrschungswerten, die dachten, sie dürften nicht zum ersten Anagrammset zurückkehren, sich durchschnittlich etwa vier Minuten schneller von den ersten sieben unlösbaren Anagrammen abwendeten, als jene mit niedrigen Optimismus- oder Selbstbeherrschungswerten. Die Autorinnen erklären sich dieses Ergebnis unter anderem dadurch, dass Optimisten das erste Misserfolgserlebnis (nicht gelöste Anagramme) nicht generalisieren und da-

her weniger Zweifel daran haben, sich der nächsten Situation zuzuwenden. Es lässt sich vor allem festhalten, dass die von Aspinwall (1999) genannte Ergebnisinterpretation an die Annahmen der Theorie des gelernten Optimismus (Seligman, 1991) anschließt und daher vor deren Hintergrund näher beleuchtet werden sollte.

Die **Wirkmechanismen,** über welche der Attributionsstil und die beiden genannten Verhaltensqualitäten ‚Persistenz' und ‚adaptives Verhalten' verbunden sind, dies sind nach Gillham und Kollegen (2002) die motivationale Determinante ‚Kontrollerwartung' sowie das , Copingverhalten (Gillham, Reivich, Shatté, 2002). Für die Verhaltensqualität ‚Adaptivität des Verhaltens' wird an dieser Stelle zusätzlich der Wirkmechanismus Zielanpassungsfähigkeit eingeführt.

Das subjektive Empfinden einer Person, ob man ein Ergebnis oder ein Ereignis durch eigenes Zutun beeinflussen kann, nennt man **Kontrollerwartung** (Tewes, U. & Wildgrube, K. (1992). Die Kontrollerwartung der Untersuchungsteilnehmer wurde in den klassischen Versuchsanordnungen zur erlernten Hilflosigkeit durch eine experimentelle Variation manipuliert. Dabei konnten beispielsweise Personen ein unangenehmes Geräusch nicht beenden oder sie konnten einer unangenehmen Situation nicht entfliehen (Seligman, 1975), was zu einem Gefühl nicht vorhandener Kontrolle führte. Seligmans (1975) reformulierte Theorie der erlernten Hilflosigkeit sowie der heutige Ansatz des gelernten Optimismus (1991) enthalten die Annahme, dass die jeweilige Ausprägung des Attributionsstils zu einem Gefühl der Hilflosigkeit oder der Kontrolle führt (Gillham, Reivich, Shatté, 2002), also zu der Erwartung, ob in Zukunft das eigene Verhalten erfolgreich oder nicht erfolgreich realisiert werden kann. Ein internal, stabil und global attribuiertes negatives Ereignis bringt eine niedrigere Kontrollerwartung mit sich, was sich wiederum auf das zukünftige Verhalten auswirken soll. Es gibt Untersuchungen zum Verhältnis zwischen Attributionen, Kontrollerwartungen und anschließendem Verhalten außerhalb des Sportkontextes. Deuser und Anderson (1995) stellen in einer Überblicksarbeit die Bedeutung der Kontrollierbarkeitseinschätzung innerhalb der attributionstheoretischen Annahmen heraus und bezogen weitere Forschungsarbeiten ein, die meist die Relation zwischen Attributionen, Kontrollierbarkeit und Leistungsparametern bestätigten. In neueren Studien wird die Kontrollerwartung über den Ansatz der Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1986) untersucht. In Studien im Bereich des Leistungssports hat die Forschungsgruppe um Pete Coffee die Auswirkung manipulierter Attributionen auf jene Selbstwirksamkeit untersucht. In einem randomisierten 2×2-Untersuchungsdesign

baten die Autoren 368 Untersuchungsteilnehmer darum, sich vorzustellen in ein Auswahlteam aufgenommen werden zu wollen. Dazu legten sie den Teilnehmern mit Hilfe einer Vignette unterschiedliche Attributionen nahe, um daran anschließend die Selbstwirksamkeitserwartung der Teilnehmer zu messen. Das Ergebnis war wie erwartet. Die Probanden, denen nicht kontrollierbare und stabile (eher pessimistische) Attributionen für das Ereignis angeboten wurden, gaben niedrigere Werte der Selbstwirksamkeitserwartung an (Coffee, Rees, 2011). Eine ähnliche Studie mit 80 Probanden ergab Gleiches. Hier baten Coffee und Rees (2011) die Teilnehmer darum, mit verbundenen Augen eine Dartwurfaufgabe zu absolvieren, und gaben ihnen ein falsches, negatives Feedback erhielten. Danach teilte der Versuchsleiter den Teilnehmern zunächst eine von vier Varianten der Ursachenerklärung für das schlechte Resultat mit, um dann die Selbstwirksamkeit der Teilnehmer zu erfassen. Wieder war das Ergebnis erwartungsgemäß. Diejenigen, denen unkontrollierbare und stabile Erklärungen (eher pessimistische Attributionen) für deren Leistung nahegelegt wurden, gaben geringere Werte der Selbstwirksamkeitserwartung an. Im Anschluss sollten die Teilnehmer nochmals die Dartwurfaufgabe ausführen und es zeigte sich wiederum der gleiche Effekt (Coffee, Rees, 2011). Die Verbindung zwischen Attributionen und dem Wirkmechanismus Kontrollerwartung im Sport, respektive Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1986), ist somit bereits behandelt worden.

Menschen gehen unterschiedlich mit Problemen und Stress um. Die Art und Weise, wie sie dies tun, nennt man **Coping** (Greenglass, 2002). Die grundlegenden Konzepte und Forschungsansätze zu Stress und Coping gehen auf Lazarus und Folkman (1984) zurück. Unterschieden wird nach deren kognitiver Theorie zwischen zwei Prozessen: die ‚kognitive Bewertung' einer Situation (‚cognitive appraisal') und die ‚aktuelle Copingstrategie'. Die dazu gehörigen beiden Copingstrategien sind das problemfokussierte und emotionsfokussierte Coping7. Zum einen ist Coping somit eine Reaktion auf Ereignisse zu verstehen, andererseits ist es durch seinen Bezug auf vorangegangene Ereignisse zugleich zukunftsorientiert (Greenglass, 2002). Dieses neuere Verständnis (vgl. Schwarzer, 2000) differenzierte weitere Copingformen, die sich vor allem in Bezug auf zeitliche Kriterien zu der herausfordernden Situation einordnen lassen. Zu diesen Strategien zählen reaktive, antizipatorische, präventive und proaktive Coping. Welche Verbindung besteht nun

zwischen gelerntem Optimismus und Coping? (Seligman, M.E.P. (1991). Wir haben bereits gesagt, dass sich nach der Theorie des gelernten Optimismus der individuelle Attributionsstil auf die Kontrollerwartung zukünftiger Ereignisse sowie die tatsächliche Verhaltensreaktion auswirkt (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978). Die internale, stabile und globale Ursachenerklärung eines negativen Ereignisses führt demnach zu einer verminderten Kontrollerwartung und Resignation; vergleichbar ist es auch bei dysfunktionalen. Das problemfokussierte Coping kennzeichnet sich durch die (aktive) Veränderung der Situation, die die Bedrohung hervorruft. Das emotionsfokussierte Coping umfasst die Regulation der emotionalen Reaktion auf den bedrohenden Reiz (Mikulincer, 1986). Reaktives Coping ist die Anstrengung, mit einem bereits aufgetretenen Ereignis umzugehen. Unter antizipatorischem Coping ist jene Vorbereitung und Anstrengung gemeint, die sich auf ein kritisches Ereignis in sehr naher Zukunft bezieht. Das präventive Coping ist über den Aufbau von Ressourcen zur Reduktion der Schwere einer Stresskonsequenz in der fernen Zukunft definiert und das proaktive Coping bezeichnet einen Ressourcenaufbau, der dabei hilft zukünftige Aufgaben und Ziele zu erreichen. Copingstrategien zu beobachten. Die optimistische Attribution eines negativen Ereignisses indessen steht mit einem aktiven Copingverhalten in Verbindung. Im Sportkontext existieren auch hier nur wenige empirische Arbeiten, die die Verbindung zwischen Attributionsstilen und Coping untersucht haben. Es gibt außerhalb dieses Settings eine Studie zum Zusammenhang von Attributionsdimensionen (Internalität, Stabilität und Globalität) und Copingformen (problemfokussiert, emotionsfokussiert, Hilfesuche, Distanzierung) die mit insgesamt 90 Studierenden durchgeführt wurde (Mikulincer, 1986). Es konnte dabei mit den durchgeführten Zusammenhangsanalysen ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Attributionsstilen und den Copingformen Problem- und Emotionsfokussierung nachgewiesen werden. Darauf aufbauend untersuchte Mikulincer (1989) mit Hilfe einer induzierten unlösbaren Aufgabe die über aufgabenunspezifische Gedanken und Kontrollerwartungen moderierte Verbindung zwischen Attributionsstil und einer Leistungsaufgabe. Angenommene Wirkmodelle konnte nicht bestätigt werden. Dafür wurden auf direkter Ebene statistisch signifikante und hypothesenkonforme Zusammenhänge nachgewiesen. Wie nun die einzelnen Attributionsdimensionen über die Verbindung unterschiedlicher Copingstrategien mit dem emotionalen Befinden von 89 Jugendlichen zusammenhängen haben Roesch, Vaughn, Aldridge und Villodas (2009) in ihrer querschnittlich angelegten Studie untersucht. Erwartungsgemäß ergab sich, dass instabile Attri-

butionen eines negativen Ereignisses mit adaptiveren Copingstrategien (hier: problemfokussiertes Coping und positives Denken) und in Folge auch mit einem positiveren Befinden einhergehen. Stabile Attributionen hingegen bedingen nicht adaptive Copingstrategien; dies führt den Autoren zufolge zu negativen Affekten. Sellers und Peterson (1993) untersuchten in einer sportspezifischen Studie die Frage, ob der Attributionsstil einerseits über die sekundäre Bewertung (‚secondary appraisal') und andererseits direkt auf die Copinganstregung (problemfokussiert sowie emotionsfokussiert) Einfluss nimmt. Insgesamt 66 Footballspieler sollten sich dabei gedanklich in eine kontrollierbare Situation versetzen. Das Ergebnis dieser querschnittlich angelegten Studie bestätigt die indirekte Verbindung von internalen, stabilen und globalen Attributionen über die sekundäre Bewertung auf die Copinganstrengungen. Das Vorhandensein einer direkten Verbindung zwischen Attributionsstil und Copinganstrengung konnte in dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Auch zu dieser gesamten Thematik existieren keine Untersuchungen in Gewichtsreduktion, wenngleich die dargestellten Untersuchungen auf eine Verbindung zwischen Attributionsstil und Coping hindeuten.

Nach Wrosch, Scheier, Carver und Schulz (2003) beschreibt die **Zielanpassungsfähigkeit** die beiden Komponenten Zielablösung und Zielwiederaufnahme. Zielablösung bedeutet, die Anstrengungen bei der Verfolgung eines nicht erreichbaren Ziels zu verringern sowie die Abwendung von diesem Ziel. Die Zielwiederaufnahme beinhaltet die Identifizierung mit einem neuen Ziel sowie dessen Verfolgung. Angenommen wird, dass der Attributionsstil in Verbindung mit der Zielanpassungsfähigkeit das Ausmaß der Adaptivität des Verhaltens bei unlösbaren Aufgaben bewirkt. Wie schon gesagt sollten optimistisch attribuierende Personen über bessere Zielanpassungsfähigkeiten verfügen, denn sie beziehen vergangene negative Ereignisse nicht auf sich selbst und können sich dadurch gedanklich schneller davon lösen. Die schnellere Ablösung ermöglicht ihnen Ressourcen, die für die Identifikation mit neuen Zielen oder eine neue Anstrengungserhöhung nützlich sind. In Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass die Verfolgung nicht erreichbarer Ziele mit einem verminderten subjektiven Wohlbefinden oder auch mit gesundheitlichen Problemen verbunden ist (Carver, Scheier, 1990). Auch hier mangelt es an Studien zur Verbindung unterschiedlicher Attributionsstile mit der Zielanpassungsfähigkeit, die zudem im Kontext von Gewichtsreduktionsprogrammen angesiedelt sind.

Das Ziel: Die grundlegende Annahme des gelernten Optimismus (Abramson, Seligman et al., 1978) übertrug Paasch in der Weise auf ihre Untersuchung und stellte die Erwartung, dass die mit einem optimistischen Attributionsstil einhergehenden Verhaltensmuster auch für den Prozess der Gewichtsreduktion förderlich sind. Es wurde herausgefunden, dass dies der Fall ist. Aufbauend auf diesen Ergebnissen wird nun für diese Untersuchung das Ziel aufgestellt, dass Interventionen (in diesem Fall die Selbstgesprächsregulation) den für die Gewichtsreduktion wichtigen optimistischen Attributionsstil unterstützen können.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der pädagogisch-mentalen Methoden ist die **Stresstheorie nach Lazarus.** Lazarus Transaktionale Stresstheorie (1995) sieht den Zusammenhang bezüglich eines Stressgeschehens im Person-Umwelt-Aktionsverhalten, ein Zusammenhang, der auch die Gewichtsreduktion berührt (Flaa, Sandvik, Kjeldsen et al., 2008). Das heißt konkret, wenn jemand sich selbst in seiner Beziehung zu Umwelt in einer für das eigene Wohlergehen herausfordernde, bedrohliche oder schädlichen Situation sieht, führe dies zu Stress und folglich zu unkontrollierten Essensverhalten. Diese von der Person bewertete Beziehung zur Umwelt stellt gleichzeitig Anforderungen an sie, die Person bewertet, in welcher Weise ihre Ressourcen beansprucht bzw. überfordert werden (Lazarus, Folkman, 1984).

In einem solchen Stressgeschehen ändert sich die subjektive Bewertung laufend nach Lazarus & Launier (1981) laufend, und immer wird sie durch die jeweilige Bewertung oder Erwartung der Person in Bezug auf das Ergebnis einer Konfrntation mit er Umwelt gesehen. Dies sind Prozesse, welche den den kognitiven Charakter des transaktionalen Stresskonzeptes unterstreichen und somit auch die Bedeutung kognitiver Abläufe im Zusammenhang von Stress und Gewichtsreduktion sichtbar machen. Daher spricht man auch von Lazarus‘ kognitiv-transaktionaler Theorie (Schwarzer, R. (2000).

: Es gibt nach Lazarus (1995) zwei grundlegende Bewertungen „**Kognitive Bewertungsprozesse“** welche in der Person-Umwelt-Beziehung die Stressfrage begleiten: die Ereignisbewertung (wie geht die ganze Sache für mich aus?) und die Bewertung der vorhandenen Ressourcen (was kann ich tun, um die Sache im Griff zu haben?). Lazarus (1999) betont dabei, dass diese Bewertungsprozesse nicht zwingend eine chronologische Reihenfolge haben, sie aber auch nicht getrennt voneinander auftreten. Die Bewertung selbst kann dabei sowohl bewusst als auch unbe-

wusst ablaufen. Nach Lazarus (1999) wird die Bewertung schließlich noch durch individuelle persönliche Merkmale beeinflusst, wie zum Beispiel:

a. Ziele und Zielhierarchien
b. Überzeugungen und Werte
c. persönliche Ressourcen

a) Die persönlichen individuellen Ziele und Zielhierarchien sind gemäß Lazarus maßgeblich dafür, welche Person-Umwelt-Transaktionen das Stressgeschehen und damit die Gewichtsreduktion beeinflussen. Hat eine Person in diesem Sinne das Ziel der Gewichtsreduktion und tritt in diesem Zusammenhang mit ihrer Umwelt in Interaktion, so führt eine Bedrohung des Ziels bzw. der Zielerreichung zu Stress.

b) Überzeugungen und Werte der Person sowie ihre Stellung zur Umwelt beeinflussen sich gegenseitig. Dies sind nach Lazarus (1999) beispielsweise Annahmen, Erwartungen und Einstellungen dazu, auf welche Weise und ob überhaupt Handlungen gemeistert werden können (z. B. Selbstwirksamkeits-Erwartung: Ich schaffe es, meine Ernährung umzustellen), ob ein positives Ergebnis erwartet wird (z. B. Handlungsergebnis-Erwartung: Ich schaffe es, regelmäßige Mahlzeiten einzuführen.) und welche Ressourcen für die Zielerreichung mobil gemacht werden müssen.

c) Zu den persönlichen Ressourcen zählt Lazarus unter anderem die Intelligenz, den Bildungsgrad, soziale Netzwerke, Gesundheit, welche es der Person erleichtern können, sich an eine stressende Person-Umwelt-Beziehung anzupassen. Diese persönlichen Ressourcen gliedern sich in interne und externe Ressourcen.

Primary Appraisal (Primäre Bewertung) – Secondary Appraisal (Sekundäre Bewertung)
Nach Lazarus werden Situationen auf dreierlei Weise bewertet:
a) irrelevant
b) positiv

c) stressend bzw. potentiell gefährlich (Lazarus, Launier, 1981).

a) Eine Person betrachtet ein Geschehen in Bezug auf sich selbst und ihr Empfinden als ohne irgendeine Auswirkung. Diese Bewertung kann sich natürlich ändern, wenn neue Informationen, Gegebenheiten oder Aktionen entstehen.

b) Es liegt die Einschätzung vor, dass für die stattfindende Transaktion keine Bewältigungsprozesse nötig sind, da keine Auswirkungen auf das Wohlergehen erwartet werden. Die Person ist positiv und entspannt.

c) Situationen, die als Bedrohung oder schädlich bewertet werden, können einerseits als Herausforderung wahrgenommen werden und als Bewertungsergebnis zur Folge haben, dass die Transaktion mit der Umwelt als machbar betrachtet wird. Eine Herausforderung ist dabei mit positiven Gefühlen verknüpft sowie nach vorne gerichtet. Es können also auch positive Situationen stressrelevant sein.

Die von (Lazarus, 1991b) genannte Bewertungsform des Secondary Appraisal ist die Ressourcenbewertung. Dies ist ein komplexer Bewertungsvorgang, in dem eine Person ihre Ressourcen für eine erfolgreiche Stress-Bewältigung oder Gewichtsreduktion in der gegebenen Umwelt beurteilt. Die Ressourcenwahrnehmung stützt sich dabei auf Persönlichkeitsmerkmale wie die Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich der Bewältigung, vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten, Ziele und Überzeugungen. Ebenso ist das Secondary Appraisal geprägt von Umweltmerkmalen, zum Beispiel soziale Netzwerke und materielle Ressourcen. Bei einem Gefühl von Bedrohung wird untersucht und beurteilt, ob es Ressourcen zur Abwendung der Bedrohung gibt. Die der Person zur Verfügung stehenden psychologischen Fähigkeiten bilden in Gegenüberstellung zu den vorhandenen Gegebenheiten eine entscheidende Variabel kognitiver Faktoren bei der Entstehung einer psychologischen Stressreaktion (Lazarus, Launier, 1981).
Lazarus erweiterte in den frühen 90er Jahren (1991b) seine Theorie zu einer allgemeinen Theorie der Emotionen. In diese wurde das transaktionale Stresskonzept eingebettet. Stress wird hier dargestellt als ein Teil einer umfassenden Emotionstheorie und als ein Aspekt von Emotion verstan-

den. Nach Lazarus (1991b) ist die Entstehung von Emotionen daran geknüpft, dass eine Person ihre Person-Umwelt-Beziehung hinsichtlich ihrer Ziele, Werte und Überzeugungen als relevant eingeschätzt. Persönlich als relevant bewertete Transaktionen führen entsprechend der Bewertung, welche persönlichen Variablen auf dem Spiel stehen, zu einer spezifischen Emotion. Emotionen ergeben sich aus der spezifischen Bedeutung der Person-Umwelt-Relation für die betreffende Person. Der Fokus zur Stress-Bestimmung liegt hier in der kognitiven Einschätzung einer Transaktion mit der Umwelt durch ein Individuum. Diese bedrohend, schädlich oder herausfordernd beurteilte Wirkung der Person-Umwelt-Beziehung führt schließlich zu Stress bzw. zu unkontrolliertem Essverhalten. Somit ist das Transaktionale Stressmodell relevant für die weiterführende Selfish-Brain-Theorie.

Die Selfish-Brain-Theorie verbindet zwei zuvor entwickelte separate Theorien zum Blutzucker- und Fettregelkreislauf miteinander, nachdem die Wissenschaft zunächst nur von einer parallelen Energieversorgung von Gehirn und Muskeln und Organen ausgegangen war. Dies sind die „Lipostatische Theorie“, von Gordon C. Kennedy (1953) die den Fettregelkreislauf beschreibt (Kennedy, 1953). Zirkulierende Stoffwechselprodukte oder Hormone geben demnach dem Hypothalamus Signale über den Umfang des Fettgewebes und die aktuelle Stoffwechsellage. Durch diese Signale kann der Hypothalamus die Nahrungsaufnahme so anpassen, dass die Körperfettdepots konstant bleiben, d. h. eine so genannte „Lipostase“ erreicht wird. Die andere Theorie zum Blutzuckerkreislauf ist die „Glucostatische Theorie“, von die Jean Mayer (1953). Die jüngsten Forschungsergebnisse, wie Stress und Übergewicht zusammenhängen, hat Achim Peters, der Leiter der klinischen Forschungsgruppe Selfish Brain der Universität zu Lübeck, zusammengetragen. Die Spur zu diesen Ergebnissen führt ins Gehirn. Obwohl das Gehirn nur 2 % unseres Körpergewichts ausmacht, verbraucht es durchschnittlich 50 % Energie der Gesamtzufuhr, in Stresssituationen sogar an die 90 %. Reicht die Energie aus der normalen Zufuhr nicht aus, so fordert das Gehirn aktiv Nahrung aus den anderen Organen an und nimmt auch in Zeiten größter Hungersnot nicht ab. Zuvor nie beachtete Untersuchungen der Pathologin Marie Krieger schon 1917 an Soldatenleichen brachten zutage, dass in Hungersnöten der Körper und seine Organe bis zu 40 % an Gewicht verlieren, das Gehirn allerdings gerade einmal 2 % (Krieger, 1921). Dieses aktive Einholen von Energie des Gehirns wird als *Brain Pull* bezeichnet, das Gehirn zieht sich sozusagen seine Energie und gibt dieser Aufgabe höchste Priorität vor der Versorgung des übrigen Körpers.

Der wichtigste Brain-Pull-Mechanismus, mit dem das Gehirn mehr Glukose anfordert, wird als zerebrale Insulinsuppression bezeichnet (Kubera, Hubold, Zug et al. 2012). Wenn die Glukose in den Blutgefäßen aufgebraucht ist, kommt es zum Absinken des Blutzuckerspiegels und zur Aktivierung des sogenannten Body Pull: Dies ist der Befehl des Gehirns, Energie von außen zu beschaffen, also zu essen (Reinmuth, Scheinberg, Bourne, 1965). Die Selfish-Brain-Theorie wird hier als ein neuer Ansatz zum Adipositas-Verständnis gesehen (Wang, Mariman, 2008). Experimente und theoretische Studien der Lieferkette des Gehirns zeigen, dass die Reaktivität des Brain-Pulls als wesentlicher Faktor das menschliche Körpergewicht beeinflusst. In einer norwegischen Beobachtungsstudie (Flaa, Landvik, Kjeldsen et al., 2008) waren Männer, deren Stresshormone bei einem psychosozialen Stresstest stark anstiegen (hochreaktives Stresssystem) im Verlauf der nächsten 18 Jahre vor einer Gewichtszunahme geschützt. Im Gegensatz dazu zeigten in dieser Untersuchung Männer, deren Stresshormone bei dem Stresstest auf einen geringeren Wert anstiegen (niedrigreaktives Stresssystem), eine deutliche Gewichtszunahme im Verlauf der folgenden 18 Jahre. Auch eine mathematische Analyse zeigte (Peters, Langemann, 2009), dass der Lieferkette des Gehirns die Eigenschaft innewohnt, dass die Reaktivität des Brain-Pulls negativ mit dem Energiegehalt der Speicherdepots des Körpers zusammenhängt, d. h., je höher die Reaktivität des Brain-Pulls ist, desto niedriger ist das Körpergewicht und umgekehrt. Gesunde Menschen haben ein ausgeglichenes Wirken von Brain Pull und Body Pull. Chronischer Stress – aber auch Medikamente, Drogen, Süßstoffe und Weiteres – jedoch kann dazu führen, dass der Brain Pull aus dem Gleichgewicht gerät und nicht mehr richtig arbeitet. Stress erhöht grundsätzlich den Energiebedarf des Gehirns. Ist der Stress schließlich chronisch, so kommt der Brain Pull gar nicht mehr zur Ruhe, er ist ständig überlastet und büßt schließlich seine Wirksamkeit ein. Ein wirkungsloser Brain Pull führt dazu, dass das Gehirn nicht an die notwendige Energie kommt und diese Energiekrise schließlich führt zur Aktivierung des Body Pulls, damit über die Energiezufuhr von außen das Gehirn die Chance bekommt, seinen Bedarf zu decken. Im Körper selbst jedoch ist damit ein Energieüberschuss vorhanden. Energie wird gespeichert, der Mensch nimmt zu. Hier nun schließt sich der Kreis zur Sinnhaftigkeit des Motivationsprogramms: Wenn chronischem Stress mit erfolgreichen Bewältigungsstrategien begegnet wird, in denen der stressgeplagte Mensch durch Neubewertung seiner Situation, Selbstregulierungs- sowie Umsetzungskompetenz, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Selbstbewusstsein wieder handlungsfähig wird, dann

entsteht neben einer Gesundung des Brain Pulls damit gleichermaßen auch die Bedingung der Möglichkeit, dass sich Motivation für ein Ziel wieder erfolgreich entfalten kann. Die vom Lübecker Forscherteam zum Zusammenhang von Stress und Übergewicht neurowissenschaftlich zusammengetragenen Kernergebnisse seien hier abschließend noch mal angeführt (Steinkamp, Fuellgraf, Moser, 2007; Peters, A. et al., 2007; Oltmanns, Melchert, Scholand-Engler, Howitz, Schultes, Schweiger, Hohagen, Born, Peters, Pellerin, 2008):

- Das Gehirn verschafft sich eigensüchtig Priorität bei der Zuckerversorgung.
- Bei extremem Stress bekommt das Gehirn den Löwenanteil an Energie, der Körper nur wenig.
- Übergewichtige Menschen haben einen gestörten Energieverteilungsmechanismus im Gehirn.
- Chronischer Stress führt zu fehlgeleiteten Energieströmen zwischen Gehirn und Körper; Übergewicht ist die Folge.
- Um ihren ATP-Gehalt aufzuzeichnen, haben Nervenzellen zwei Sensoren von unterschiedlicher Sensitivität.
- Zwei verschieden sensitive Cortisol-Rezeptoren sind für die Einstellung des Ruhezustandes des Stresssystems zuständig.

Ziel: Um Übergewicht vorzubeugen bzw. zu vermeiden, soll eine Reduzierung von Stress durch mentales Training und Entspannungstraining erfolgen. So kann vermieden werden, dass ein stetes Übermaß an Energie im Körper zur Gewichtszunahme führt.

Bevor die eigentlichen Module genau beschrieben wird, sollen erst noch mal die Begriffe **Motivation** und Motiv kurz in Augenschein genommen werden. Motivation ist die Kraft, die Handlungen in Gang bringt, sie ist der Antrieb etwas zu tun. Es gibt zahlreiche Theorien und Konzepte zum Begriff der Motivation. Zentrale Eigenschaft des Begriffes ist aber überall der Antrieb, eine Handlung oder ein Verhalten tatsächlich umzusetzen. Dieser Antrieb wiederum wird beeinflusst durch die individuellen Motive, die einen Menschen ausmachen. Die Motivation ist somit auch beschreibbar als das Resultat von je nach Situation angesprochenen Motiven. Es gibt 18 hand-

lungsbestimmende Motive, die jeder Mensch grundsätzlich in sich trägt. Diese Motive wiederum bestehen aus zwei gegensätzlichen Antrieben. Folgende Ansicht soll dies verdeutlichen:

Motiv	Ausprägung	
Wissen	**intellektuell** Freude am "Denken" an sich, Wissen sammeln, Intellektualität, "Neu"gierig sein, Dingen "auf den Grund gehen"	**pragmatisch** "praktisch sein", Anwendungsorientierung, zeitnahes "Jetzt-Machen", nutzenorientiert denken und handeln
Prinzipientreue	**prinzipienorientiert** Kodexorientierung, Loyalität, moralische Integrität, Tradition, Werte und Normen schätzen und wahren	**zweckorientiert** Zielorientierung, Loyalität nicht als Selbstzweck, situative Flexibilität wichtiger als Prinzipien
Macht	**führend** Einfluss ausüben, Führung und Verantwortung übernehmen, Leistung bringen, Kontrolle über Andere und Anderes haben wollen, Richtung bestimmen	**geführt** keine Macht ausüben, übernimmt ungern Verantwortung für Andere, Führung akzeptieren, kann sich gut ein- und unterordnen, dienstleistungsorientiert
Status	**elitär** Erfolg anstreben, "sich abheben" bspw. durch Reichtum oder Titel, öffentliche Aufmerksamkeit und Ansehen suchen, Orientierung an Marken und Trends, fühlt sich der Elite zugehörig	**bodenständig** auf Gleichheit bedacht, wenig Interesse an öffentlicher Wahrnehmung, legt wenig Wert auf Titel und den Besitz von Statussymbolen
Ordnung	**strukturiert**	**flexibel**

	wünscht sich Stabilität, Klarheit und Detailgenauigkeit bei Abläufen und Strukturen, hält definierte Prozesse ein; Konstanz wahren, Tendenz zur Pedanterie, pflegt Rituale	Spontaneität schätzen, Regeln vermeiden oder umgehen, versucht aus Strukturen auszubrechen, Freiräume suchen und zulassen, Kreativität, kann Unordnung ertragen
Materielle Sicherheit	**festhaltend** sammelt Güter und häuft Besitz/Eigentum an, Materielles bewahren und erhalten, Geld zusammenhalten und sparen	**großzügig** kann sich leichter von Dingen trennen oder diese verleihen, wenig Interesse an Sammeln oder Sparen, hängt wenig an materiellen Dingen, Tendenz zur Verschwendung
Freiheit	**eigenständig** Selbstgenügsamkeit, emotionale Selbstbestimmung, Autarkie, sucht Unabhängigkeit	**team-orientiert** Bindungen, Gemeinsamkeiten, sucht und schätzt emotionale Abhängigkeit und Unterstützung von anderen
Beziehung	**kontaktfreudig** sehr kommunikativ, Freundschaften suchen und pflegen, Freude, Humor, Geselligkeit schätzen	**distanziert** zurückgezogen, eher introvertiert, braucht Abstand, grenzt sich gerne ab, ernsthaft
Hilfe/Fürsorge	**fürsorglich** anderen Menschen helfen und auf deren Gefühle und Befindlichkeiten achten, andere bei ihren Tätigkeiten unterstützen, vorherrschende freundliche und wohlwollende Haltung	**eigennützig** Konzentration auf sich selbst und auf eigene Aufgaben und Ziele, eigene Bedürfnisse stehen im Vordergrund, verlässt sich am liebsten auf sich selbst
Familie	**familienorientiert** aktives Familienleben schät-	**Selbstbezogen** eher sachorientiert, will nicht

	zen, Wunsch nach eigener Familie bzw. Kindern, intensive Nähe und Zuwendung geben und annehmen können	so stark von Kindern oder der eigenen Familie abhängig sein, will nicht für alles und jeden Verantwortung übernehmen
Idealismus	**idealistisch** soziale Gerechtigkeit und Fairness, zum Wohl Anderer handeln ohne eigenen Nutzen; sich für andere Interessengruppen einsetzen, "Sozialromantiker", "Weltverbesserer"	**realistisch** jeder ist für sich verantwortlich, akzeptiert Gegebenheiten, akzeptiert, dass er nicht alleine die Welt verbessern kann; persönliche Nutzenoptimierung
Anerkennung	**sensibel** sucht soziale Akzeptanz und Bestätigung durch Andere, Lob als Treibstoff, reagiert eher sensibel auf Kritik und empfindlich auf Widerspruch	**selbstsicher** kann Kritik aushalten, ist selbstbewusst, motiviert sich selbst, d.h. unabhängig vom Feedback Anderer
Wettkampf	**kämpferisch** Konkurrenz suchen, wettkampforientiert, will kämpfen und gewinnen, sucht Vergeltung, will sich messen	**ausgleichend** Konflikte vermeiden, Harmonie anstreben, Streit schlichten, sucht den Konsens
Risiko	**risiko-freudig** belastbar, schätzt Herausforderungen, Mut zur Veränderung, Freude an Neuem, Risikobereitschaft	**risiko-bewusst** will Fehler und Veränderungen vermeiden; sucht Stabilität und Verlässlichkeit, liebt und pflegt die eigene Komfortzone
Essen	**genießerisch** isst gerne viel und/oder gut; beschäftigt sich gerne mit "Essen", Denken und Handeln oft	**genügsam** "Essen" als Nahrungsaufnahme, wenig genussorientiert, Essen um Hunger zu stillen

	auf Essen ausgerichtet	
Körperliche Aktivität	**bewegungsfreudig** bewegt sich oft und gerne, hält sich gerne fit, betätigt sich oft sportlich	**bequem** meidet körperliche Betätigung, Bewegungsmuffel, wenig körperorientiert
Sinnlichkeit	**sinnlich** genießt lustvolles Leben und Sexualität, Freude an Schönheit, Design, Kunst und Ästhetik	**nüchtern** betrachtet Sinnlichkeit nicht als Lebenselixier, schätzt Nüchternheit und Purismus
Spiritualität	**sinnsuchend** Suche und Frage nach dem (tieferen) Sinn des Lebens, Offenheit für die Existenz einer höheren (göttlichen) Instanz, Glaube an eine geistige Welt	**rational** Konzentration auf das "Hier und Jetzt", Orientierung an rational erklärbaren Denkmodellen, Glaube an sich selbst und an die eigene Wirksamkeit

Tabelle 2: Grundmotive des Handelns (Quelle: http://www.brix-coaching.de/pdf/Die-18-Grundmotive.pdf, 2012)

Die Ausprägung und Zusammensetzung solcher Motive ist von Mensch zu Mensch ganz verschieden und je nach Neigung bewirken unterschiedlich ausgeprägte Motive eine ganz individuelle Auseinandersetzung mit Anreizen. Im umgangssprachlichen Wort spricht man davon, ein Mensch handelt gemäß seines Charakters oder seiner Persönlichkeit.

Ziel: Es wird deutlich, dass die Kenntnis der individuellen menschlichen Motivstruktur sehr nützlich ist, um gezielt und passgenau ein Motivationstraining oder Coaching durchzuführen. Ein innovatives Instrument, um die Grundmotive in ihren individuellen Ausprägungen zu erfassen, ist die Motivstrukturanalyse. Es handelt sich um ein Messverfahren, das auf Modellen der Persönlichkeits- und Motivationspsychologie beruht, zu deren Vertretern beispielsweise Abraham Maslow, Paul McGrae, Robert Costa, Steven Reiss, William McDougall und andere gehören.

Hier soll bezüglich der Behandlung von Motiven nicht weiter in die Tiefe gegangen werden. Wichtig ist diesbezüglich letztlich die Tatsache, dass Menschen unterschiedlich strukturiert sind

bezüglich ihrer Motive und dass die jeweiligen individuellen Vorlieben in einem Motivationstraining unbedingt analysiert und berücksichtigt werden müssen. Die Motivstrukturanalyse kann dies leisten und die Grundmotivstruktur eines Menschen vollständig abbilden. Im Business- und Unternehmensbereich wird die Motivstrukturanalyse bereits erfolgreich eingesetzt, um Mitarbeiter ganz gezielt gemäß ihren wirklichen Ressourcen und ihrer spezifischen Motivationsmuster einsetzen zu können. Doch auch in Trainings- und Coaching-Maßnahmen ganz anderer Bereiche wie auch der hier angesprochenen Thematik der Gewichtsreduktion ist ein solches Messverfahren sinnvoll. Da die Motivstrukturanalyse ein Verfahren ist, das nur von ausgebildeten autorisierten Motivberatern (durch die MSA Profile Ltd.) durchgeführt werden darf, kann sie im Rahmen dieser Studie nicht auf die MSA-spezifische Weise durchgeführt werden. So wurde für die Zwecke dieser Studie nach einem MSA-Fragebogen aber zumindest tendenziell die Grundmotivstruktur der Probandinnen berührt und somit schon ein individuelleres Motivationstraining ermöglicht. Der Autor der Studie hält es für ein lohnenswertes Ziel der Zukunft, Instrumenten wie der MSA bei Fragestellungen wie der hier behandelten Gewichtsthematik auf jeden Fall Raum und Einsatzmöglichkeit zu geben. Im Weiteren soll nun die Motivation selbst noch einmal in den Fokus gerückt werden.

Motivation – wozu und wann ist sie nun besonders wichtig? In welcher Weise benötigen wir Motivation, um unsere Ziele zu erreichen?

Zur näheren Erklärung dieser Fragen soll das *Rubikonmodell der Handlungsphasen* (Heckhausen, 1989) dienen. Die folgende Abbildung zeigt Heckhausens Rubikonmodell in einer einfachen, nach Grawe (2000) modifizierten Form. Den Mittelpunkt des Modells bilden vier Phasen, mit denen die Entwicklung eines Handelns von der Zielbildung bis zur Zielrealisierung beschrieben wird.

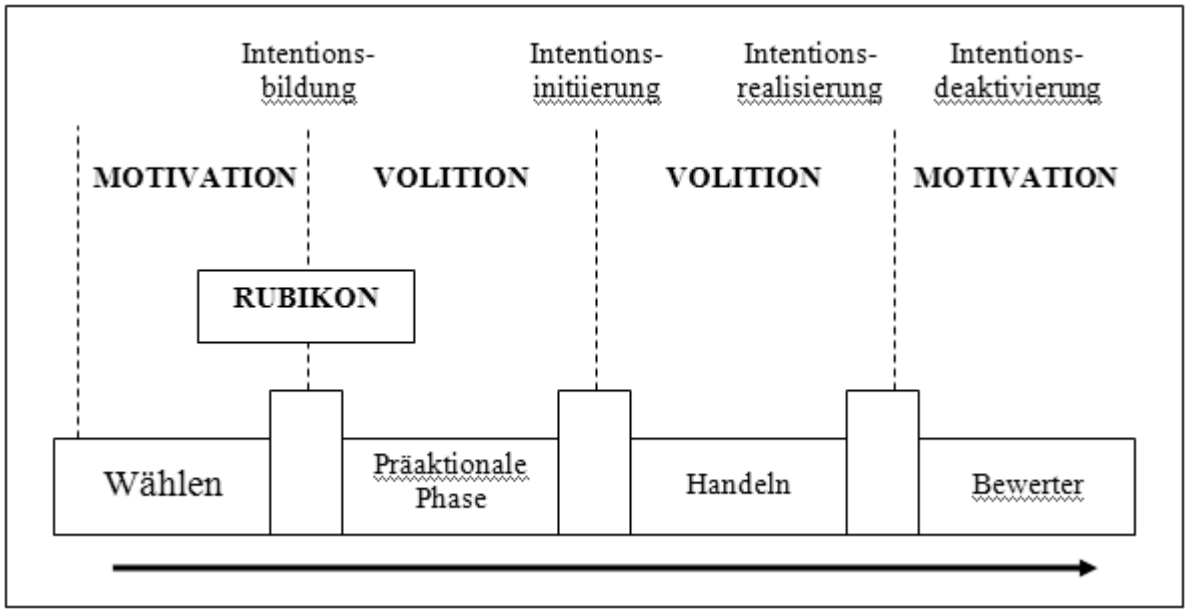


Abbildung 1: HECKHAUSENS Rubikonmodell nach GRAWE (2000)

Die *erste Phase* enthält je nach Motivstruktur des jeweiligen Menschen verschiedene Wünsche und Absichten. Der aus den spezifischen Motiven resultierende motivationale Antrieb spielt in dieser ersten Phase eine besondere Rolle. Und ganz entscheidend für die Art der Zielverfolgung ist die jeweilige Ausprägung und Gewichtung der menschlichen Grundmotive. Die Berücksichtigung der persönlichen Motivstruktur ermöglicht eine Motivation, die auch in der Lage ist, Ziele gegen Hindernisse und Widerstände mit Kraft weiterzuverfolgen und durchzusetzen.

Im alltäglichen Leben begegnen uns zahlreiche miteinander konkurrierende Zielmöglichkeiten und Handlungsalternativen. Den Rubikon überschreiten wir dann, wenn wir uns für einen Weg entschieden haben. Dann haben wir eine Intention gebildet – es gibt kein Zurück. Die sinnbildliche Verwendung des Begriffes Rubikon geht zurück auf den gleichnamigen Fluss, den Julius Caesar überquerte und nach dessen Überquerung Cäsar Rom den Krieg erklärte mit dem berühmten lateinischen Satz „Alea iacta est“ – „Der Würfel ist gefallen“.

Die zweite Phase beinhaltet das Warten auf eine geeignete Gelegenheit, um die getroffene Intention mit den jeweiligen Zielen umzusetzen. Längst nicht jede Situation ist passend, um den Weg zu einem Ziel zu beschreiten. Um es in einem ganz augenfälligen Beispiel zu beschreiben, ist eine familienfestliche Einladung zum Essen keine passende Situation, um an Gewichtsreduktion zu denken, auch wenn die familiäre Umgebung dafür als soziale Unterstützung ein wichtiges Krite-

rium darstellt. Besser ist es hier, auf eine Situation zu warten, in der man Familienmitglieder außerhalb des festlichen Rahmens begegnet.

Die richtige Situation mündet schließlich in der *dritten Phase*, der Zielrealisierung. In dieser Phase ist die *Volition* (der Wille) von ganz zentraler Bedeutung. Der Wille und die Handlungssteuerung beziehungsweise Handlungsregulation sind eng miteinander verbunden, und so ist der starke Wille maßgeblich am Erfolg einer Handlung beteiligt. Hier wird wieder der Bezug zur Motivstruktur des Menschen sichtbar. Je mehr ein Mensch gemäß seiner eigenen Motivstruktur ein Ziel in den Fokus nimmt, umso stärker wird der Wille sein, das Ziel auch wirklich zu erreichen, ganz gleich welche Hindernisse sich in den Weg stellen.

Wenn die Handlung beendet ist, beginnt die vierte und letzte Phase, in welcher die Handlung bewertet beziehungsweise ausgewertet wird. Zielerreichung und Erfolg werden geprüft. Mit Erfolg werden gute Gefühle wie Stolz und Zufriedenheit einhergehen, mit Misserfolg Ärger, Scham, Enttäuschung. Aus dem wie auch immer ausgegangenen Ergebnis wächst jeweils neue Energie für neue Motivation. Diese Motivation führt zu neuen Zielen oder beim Scheitern eventuell zum Versuch, das alte Ziel noch einmal zu versuchen.

Gerade wenn angesteuerte Ziele nicht gelingen oder auch wenn man sie falsch ansteuert, sinkt häufig die Motivation. Fast jeder hat dies schon einmal kennengelernt. Man weiß, man sollte diese oder jene Sache erledigen, doch man schafft es nicht. Man drückt sich, weil man lustlos ist und so weiter. Dies kann verschiedene Gründe haben. So kann es sein, dass wir den Weg nicht nach unseren persönlichen Motiven gestaltet haben und daher nicht das notwendige Maß an Motivation entfalten konnten. Es kann aber auch sein, dass wir die Ziele selbst ganz falsch gesteckt haben. Im Folgenden sollen daher Ziele und dazugehörende Aufgaben unter die Lupe genommen werden.

Wer ein Ziel erreichen möchte, der muss auf dem Weg dorthin verschiedene Aufgaben bewältigen, um am Ende Erfolg zu haben. Jeder Mensch möchte am liebsten sein Ziel sofort und ohne große Umwege erreichen, und oft vergisst man dabei, sinnvolle und erreichbare Etappenziele anzusteuern, weil man nur noch das eine große Ziel im Blick hat und so schnell wie möglich dorthin möchte. So verlangt man von sich oftmals viel zu viel und meistens auch absolut Unerreichbares, da die Aufgaben auf dem Weg zum Ziel unrealistisch gesetzt werden. Denn was nützen Aufgaben zur Zielerreichung, die nicht erreicht werden können? Daher ist die Formulierung von

geeigneten Zwischen-Zielen eine wichtige und anspruchsvolle Aufgabe. Jedes einzelne Zwischenziel auf dem Weg zum großen End-Ziel muss so gewählt sein, dass es durchaus Anstrengung und Einsatz erfordert, es muss aber auch erreichbar sein. Die Erreichbarkeit eines Zieles geht einher mit der *Erfolgserwartung*, die ein Mensch bezüglich seiner Zielerreichung hat. Die Erfolgserwartung beschreibt die jeweils wahrgenommene subjektive Wahrscheinlichkeit eines Erfolges zu einem gesteckten Ziel.

Eine hohe Erfolgserwartung begleitet von hohem Anreiz macht die Quelle menschlicher Motivation aus. Für ein Motivationsprogramm hinsichtlich jeder Zielsetzung muss ein Coach dies unbedingt berücksichtigen. Ein unerreichbares Ziel mit schlecht gesteckten Etappenzielen führt zu Resignation, Überforderung und Motivationsverlust. Ein zu leichtes Ziel ist ebenfalls kaum Ansporn für Gefühle wie Stolz, Selbstbewusstsein und Ehrgeiz.

Weiterhin von Interesse ist das persönliche Anspruchsniveau, das ein Mensch mit seinem Ziel verbindet. Dieses Anspruchsniveau entscheidet darüber, welchen Anspruch und damit, welche Aufgaben jemand an sich stellt. Je nach Anspruchsniveau wird aus verschiedenen Alternativen die jeweilige Aufgabe zum Ziel ausgewählt. Und je nach Anspruch wird eine Aufgabe als leicht oder schwer betrachtet. Wenn die Erfolgserwartung groß ist, so ist eine schwierige Aufgabe immer reizvoller als eine leichte. Und je größer die Erfolgserwartung bei einem hohen Ziel ist, umso größer ist auch die Motivation. Gemäß des nachfolgenden Diagramms der Motivation nach Rheinberg (2000) können die damit zusammenhängenden Fragen, „Ist die Situation festgelegt?“, „Ist Handeln möglich?“, „Ist das Ergebnis erreichbar?“ oder „Sind die Folgen attraktiv?“ mit Ja oder Nein beantwortet werden. Werden alle Fragen mit Ja beantwortet, folgt die Handlung, die im darauffolgenden Prozess-Diagramm der Handlung strukturiert wird.

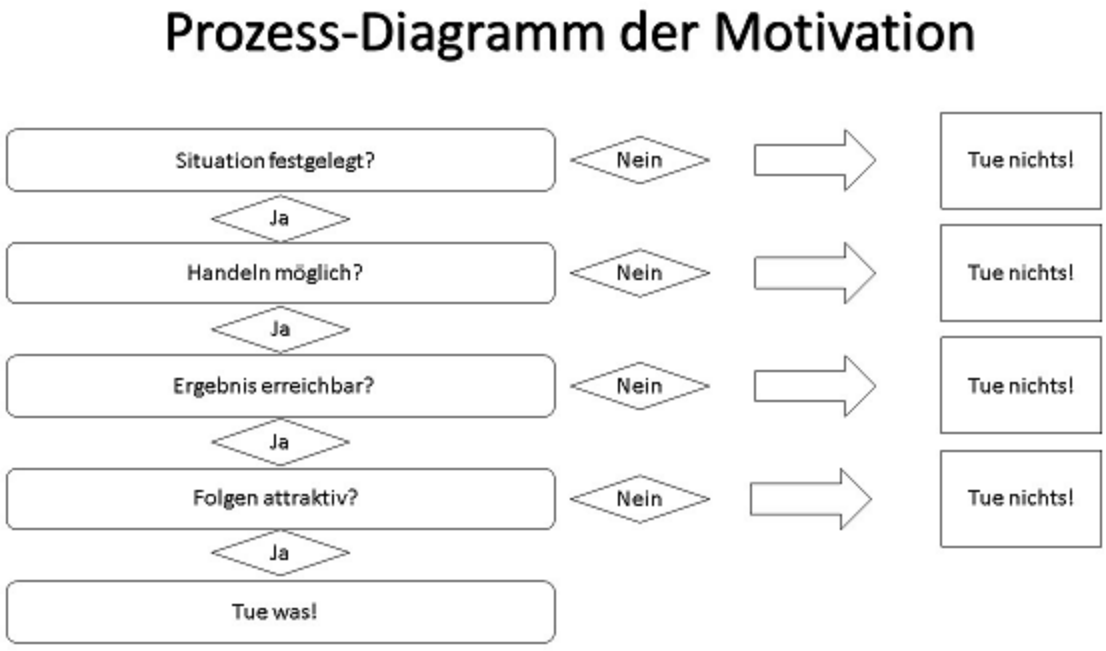


Abbildung 2: Prozess-Diagramm der Motivation nach RHEINBERG (2000)

Im Anschluss an die Entwicklung der Motivation zu handeln beginnt mit der Wahl der Aufgabe die Handlung, die mit den Fragen einhergeht „Ist das Ziel formuliert?“, „Ist ein Erfolgsplan vorhanden?“, „Wurden Lösungen gesucht?“ oder „Sind die Ressourcen gegeben?“

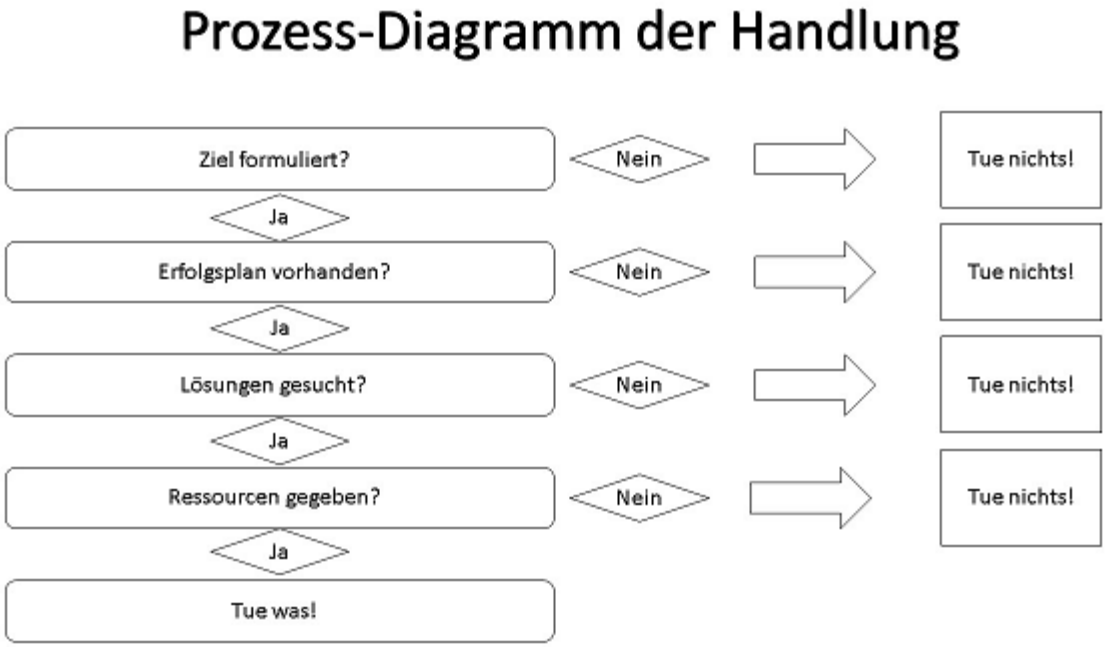


Abbildung 3: Prozess-Diagramm der Handlung nach RHEINBERG (2000)

Menschen suchen ständig nach Gründen und Ursachen für die eigenen Handlungen sowie für das Handeln anderer Personen. Dies hilft dabei, gewünschte Ergebnisse erneut zu erzielen sowie Unerwünschtes zu vermeiden. Bezüglich der hier behandelten Thematik hieße das, man würde die Gründe zusammenstellen, warum man beispielsweise ein bestimmtes Teilziel wie etwa eine gewisse Gewichtsreduktion in vorgegebener Zeit erreicht oder eben nicht erreicht hat. Kennt man die Gründe für Erfolg oder Misserfolg des Handelns, so weiß man den Weg zum Erfolg oder weiß gegebenenfalls, wie man nicht handeln kann, wenn man erfolgreich sein möchte. Die Suche nach Gründen und Ursachen nennt man Ursachenzuschreibung oder auch Kausalattribution, die Gründe, die Handlungen erklären, heißen Kausalfaktoren. Die Tatsache beispielsweise, dass jemand zwar ein Ernährungsprogramm diszipliniert durchgeführt, das begleitende Bewegungsprogramm jedoch vernachlässigt hat, könnte ein solcher Kausalfaktor sein, der bewirkt hat, dass der gewünschte Erfolg ausgeblieben ist.

Um den Motivationsprozess für die Zielsetzung des Weiteren erfolgreich zu steuern, fanden die sieben Ansätze nach Rheinberg (2000) Anwendung, die im folgenden Schaubild dargestellt werden:

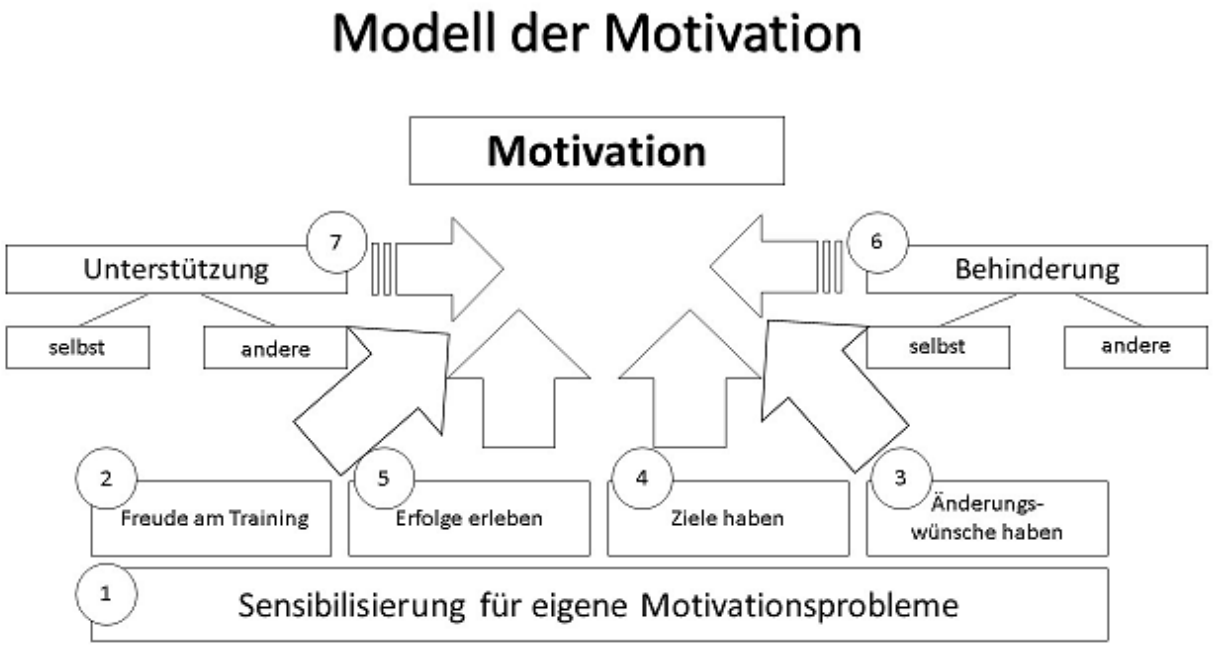


Abbildung 4: Praxismodell der Motivation (nach Rheinberg, 2000)

Noch einmal schriftlich zusammengefasst sind dies:

1. eigene Motivationsprobleme kennenlernen (Sensibilisierung)
2 .Quellen der Freude bewusst machen
3. Änderungswünsche bewusst machen
4. Ziele entwickeln
5. regelmäßig Rückmeldungen aufsuchen (um Erfolg zu überprüfen)
6. Hindernisse ausschalten
7. nach Formen der Unterstützung suchen

Ziel: Rheinbergs sieben Ansätze helfen dabei, mögliche Blockaden und Hindernisse bei Motivation und Zielerreichung aufzudecken und den Weg wieder freizumachen bzw. freizuhalten. Dies basiert auf der Tatsache, dass Menschen stets nach Gründen und Erklärungen für das eigenes und fremdes Handeln suchen. Im Folgenden werden die sieben Ansätze noch einmal kurz erläutert.

- **Eigene Motivationsprobleme kennenlernen (Sensibilisierung):** Dieser erste Schritt besteht darin, sich die eigenen Probleme, welche die Motivation hemmen, wirklich bewusst zu machen. Hier soll die Probandin so genau wie möglich schriftlich erfassen, in welchen Situationen sie immer an ihrem Ziel gehindert bzw. vom Weg abgebracht wurde. Auch bereits das bloße Erkennen bzw. Eingestehen eines Motivationsproblems gehört zum ersten Schritt, ist doch das Eingeständnis überhaupt die Voraussetzung für eine Veränderung.

- **Quellen der Freude bewusst machen**: Der zweite Schritt ist nun, sich Situationen bewusst zu machen, in denen der beschrittene Weg zum Ziel Freude und positive Gefühle bereitet hat. Diese Situationen sind von der Probandin ebenfalls so genau wie möglich zu erfassen und schriftlich zu fixieren. Die Quellen der Freude können ein sehr wertvolles Werkzeug sein, um für ein schwieriges Ziel Disziplin sowie Motivation aufrechtzuerhalten.

- **Änderungswünsche bewusst machen**: Im nächsten Schritt macht die Probandin sich bewusst, welche Situationen, Inhalte, Bedingungen, Bedürfnisse etc. sie gerne auf eine bestimmte andere Weise erfüllt hätte. Hier wird sich die Probandin sicherlich intuitiv auch wieder gemäß ihrer individuellen Motivlage orientieren. Zu dieser Bewusstmachung notiert die Probandin hier Antworten auf die Fragen: Was wünschen Sie sich? Gibt es etwas, das Sie gerne ändern würden? Welche Möglichkeiten hätten Sie gerne? Was könnte für Sie ein Gewinn sein?

- **Ziele entwickeln**: Nach den ersten drei Schritten kann nun im vierten Schritt die Zielentwicklung angegangen werden. Wie dies genau geschieht, wird im nächsten Kapitel zum Zielsetzungstraining detailliert beschrieben.

- **Regelmäßige Rückmeldungen aufsuchen (Erfolg überprüfen):** Dazu gehören beispielsweise die Durchsicht und Kontrolle des Ernährungs- bzw. Trainingsplans, Wiegeergebnisse, Resultate ärztlicher Untersuchungen, Feedback durch Gespräche etc.

- **Hindernisse ausschalten**: Im weiteren Schritt gilt es, Hindernisse zu erkennen und auszuschalten, die man sich selbst in den Weg setzt oder die durch andere verursacht werden. Dazu machen die Probandinnen sich bewusst, welche konkreten Gegebenheiten sie am gefassten Entschluss, etwas zu tun, gehindert haben. Diese Hindernisse sind konkret zu benennen und zu notieren, damit Gegenmaßnahmen möglich werden. Zu den Hindernissen, die man selbst verursacht, gehören negative Selbstgespräche (z. B. „das schaffe ich nie“, „ich kann das nicht“, „es geht bestimmt wieder daneben“ usw.). Selbstgespräche wurden bereits im vorhergehenden Kapitel behandelt.

- **Nach Formen der Unterstützung suchen:** Um Blockaden und Hindernisse auszuschalten ist die Suche nach Unterstützung sinnvoll. Dies kann in Form von Selbstunterstützung (d. h. man unternimmt hilfreiche Handlungen, wendet Techniken bzw. Übungen an, die man besonders gut kann, trägt bestimmte Kleidungsstücke, in denen man sich gut fühlt, hört Lieblingsmusik etc.) oder durch die Hilfe anderer geschehen (z. B. in der Gruppe ein Ziel gemeinsam ansteuern, Gespräche mit Freunden, das Lob und die Ermunterung durch andere, Beanspruchen eines persönlichen Coaches etc.).

Zunächst einmal: Was genau ist überhaupt ein Ziel? Wie kann man es definieren?

Ziele sind erwünschte Endzustände, auf die hin man sein Handeln ausrichtet und alle Handlungen sind auf ein Ziel gerichtet. Dieses Ziel, das man erreichen möchte, sollte zunächst einmal benannt werden. Grundsätzlich sollte ein benanntes Ziel der SMART-Formel (vgl. Heiner) entsprechen, das heißt es sollte:

- **s**pecific - spezifisch/konkret
- **m**easurable - messbar
- **a**ttractive - attraktiv
- **r**ealistic - realistisch
- **t**ime framed – zeitlich bestimmt sein.

Im Einzelnen anhand von Beispielen erklärt soll diese Formel kurz verdeutlicht werden.

Spezifisch bzw. konkret bedeutet, dass das Ziel ganz genau und individuell benannt sein muss. Allgemein formulierte Ziele sind nicht fassbar und daher schlecht umzusetzen. In unserem Fall wäre ein allgemeines Ziel „Ich will endlich abnehmen". Ein spezifisches Ziel wäre: „Ich werde mindestens einmal die Woche Sport machen."

Ein *messbares* Ziel ist ebenfalls ein greifbareres und verstehbares Spiel, das man gezielt angehen kann. In Worten ausgedrückt wäre dies zum Beispiel: „Ich werde 30 bis 45 Minuten Joggen" statt „Ich werde joggen."

Ein Ziel muss *attraktiv* sein, und zwar auf jene Weise, dass es inspiriert und begeistert, dabei aber weder überfordert noch unterfordert. Zum Beispiel: „Bei diesem Ausdauertraining werde ich X Kalorien verbrennen und mich anschließend frisch und fit fühlen." Dazu kann man sich Fragen stellen wie zum Beispiel:

- Inspiriert und begeistert mich mein Ziel und gibt es mir zusätzliche Kraft?
  - Macht mich mein Ziel zufrieden und zuversichtlich?
  - Erfüllt mich mein Ziel?
  - Glaube ich an es?
  - Glaube ich jetzt im Augenblick, dass ich das Ziel erreichen kann?
  - Gebe ich dafür alles?

Das Ziel muss natürlich auch *realistisch*, sein. Unrealistisch wäre überspitzt gesagt: „Ich will jede Woche 10 kg abnehmen." Realistisch hingegen: „Ich will jede Woche ein halbes Kilo abnehmen." Oder um es mit dem schönen Satz von Lothar Linz zu sagen: „Setz dir als Ziel das bestmögliche Resultat, an das du glauben kannst." (Linz, 2009).

Und schließlich sollte ein Ziel innerhalb eines spezifizierten und festgelegten Zeitrahmens liegen. Ein Beispiel kann sein: „Zum Datum X werde ich das Gewicht Y unterschritten haben."

Hat man sein Vorhaben präzise nach der SMART-Formel formuliert, macht es Sinn sich noch einmal ganz bewusst für dieses Ziel und dieses Vorhaben entscheiden. Diese bewusste Entscheidung für das Ziel ist das so genannte *Commitment*, das heißt die persönliche Verpflichtung bzw.

das Versprechen an sich selbst, das Ziel zu verfolgen. Dieses Versprechen sich selbst gegenüber hilft mit, sich zu motivieren, die Entscheidung umsetzen und das Ziel zu erreichen. Gerade bei wichtigen Zielen kann uns ein Commitment die Kraft geben, uns auf den Weg zu machen und daran festzuhalten. Ebenso ist ein Commitment an sich selbst ein guter Anreiz, sich noch einmal klar vor Augen zu führen, ob das Ziel wirklich denjenigen Wert für einen selbst hat, dass er ein damit einhergehendes Commitment rechtfertigt. Folgende Fragen an sich selbst sollten die Probandinnen sich dabei stellen:

- Habe ich genügend und sorgfältig über mein Ziel nachgedacht sowie Vorteile und Nachteile abgewogen?
- Gibt es jemanden oder etwas, der meine Entscheidung beeinflusst hat oder es gerade tut? Bin wirklich ich selbst es, der das Ziel verfolgt? Oder will ich damit die Erwartungen anderer erfüllen?
- Kann ich mich gänzlich mit meiner Entscheidung identifizieren und dazu stehen? Entspringt mein Handeln meinem freien Willen?

Zusätzlich motivierend und gegebenenfalls auch bindend kann es sein, sein Vorhaben schriftlich festzulegen und damit sozusagen einen Vertrag mit sich selbst zu schließen.
Im Zielsetzungstraining dieses Motivationsprogramms wurden diese nun behandelten theoretischen Kriterien berücksichtigt. Die Wichtigkeit und Bedeutung von Zielen wurde den Probandinnen eingehend bewusst gemacht. Sie erfuhren, wie man Ziele wirksam formuliert und verankert und lernten Wege zur erfolgreichen Verwirklichung von Zielen kennen.
Nach der SMART-Formel wurde zunächst präzise und individuell mit jeder Probandin das entsprechende Ziel gesetzt. Anschließend wurde der gesamte Zeitrahmen für das Ziel noch mal zerlegt in kleinere Zeitabschnitte, um Zwischenziele für diese einzelnen Zeitabschnitte zu formulieren, das heißt zum langfristigen Oberziel kamen noch mittelfristige und kurzfristige Ziele hinzu. Dies macht Sinn, denn wenn der große Weg zum Gesamtziel durch Etappenziele markiert wird, gewährleistet dies rechtzeitige Erfolgskontrollen, dass man auf dem richtigen Weg ist, und es gewährleistet auch das Erfahren von kleinen Erfolgserlebnissen, die wiederum für den weiteren Weg motivieren.

So wie schon im kognitiven Konzept der Studie wird für die Zielarbeit auch hier das VAKOG-Modell zur Einprägung des Ziels genutzt. Das VAKOG-Modell bezieht sich auf alle 5 Sinneskanäle visuell (sehen), auditiv (hören), kinästhetisch (fühlen und tasten), olfaktorisch (riechen) und gustatorisch und soll hier helfen, Ziele über das Nutzen der Sinneskanäle besser einzuprägen, zu festigen, zu ankern.

Visualisierung ist eine Fähigkeit, die jeder von uns in verschieden starker Ausprägung besitzt. Jeder kann in Bildern denken und sich zu Situationen Bilder vorstellen. Wie wir das machen, kommt auf unseren bevorzugten Wahrnehmungskanal an.

Für die Zielarbeit hier war es wichtig, beim bewussten Visualisieren den bevorzugten Wahrnehmungskanal einzubeziehen, auch wenn der „Hauptkanal" der visuelle war. Visualisieren auf diese Weise heißt dabei in etwa, sich wie in einem Tagtraum das Bild einer großen Blumenwiese mit einem kleinen idyllischen Teich an einem Sommertag vorzustellen. In den „visuellen Hauptkanal" fließt also zunächst einmal das reine Bild davon. Der auditiv geprägte Mensch füllt ein solches Bild beispielsweise mit vorgestelltem Vogelgezwitscher oder Stille, der olfaktorisch Geprägte stellt sich den Duft der Sommerblumen vor, gustatorische Menschen denken an einen mit dem Sommerbild verbundenen Geschmack (vielleicht Sommerobst, Saft oder einfach klares Wasser) und kinästhetische Menschen stellen sich das Gefühl der warmen Sommerluft auf der Haut vor oder Ähnliches.

Visualisierung ist ein ausgesprochen wirksames Hilfsmittel, um die Ziele im Unterbewusstsein zu verankern. Dabei ist wichtig, sich das gewünschte Ziel so real wie möglich und unter Nutzung möglichst aller Wahrnehmungskanäle vorzustellen. Wenn das Ziel beispielsweise ein bestimmter Gewichtsverlust innerhalb eines bestimmten Zeitraumes ist, so kann man sich mit Freude vorstellen, wie man zum Zeitpunkt X in einem bestimmten Kleidungsstück aussieht. Man kann sich vorstellen, wer die Freude teilt, wo man dann gerade ist, wie sich die Situation anfühlt, was es dort zu hören, zu riechen gibt, was andere sagen und wie das Gefühl des erreichten Zieles schmeckt.

Zusammengefasst wurden somit folgende Visualisierungsfragen beim Zieltraining zur Zielverankerung genutzt:

- Wie, wo, was, mit wem?
- Was sehe ich?
- Was fühle ich?
- Was rieche ich?
- Was höre ich?
- Wie fühlt es sich an? (nach Linz, 2009)

Ziele: Die im Rahmen des Motivationsprogramms dargestellten theoretischen Punkte wurden im Zielsetzungstraining berücksichtigt und halfen bei der wirksamen Formulierung, Verankerung und Verwirklichung von Zielen. Folgende Schritte stellen zusammengefasst das Zielsetzungstraining noch einmal dar:

- schriftliche Zielfixierung nach der SMART-Formel
- bewusste Differenzierung zwischen Ergebnisziel (langfristig - z. B. 6 kg abnehmen in 3 Monaten) und Handlungszielen (mittelfristig/kurzfristig - Ausdauertraining, Ernährungsplan, Informieren etc.)
- Endziel (langfristig) in Zwischenziele (mittelfristig/kurzfristig) zerlegen, damit der Weg überschaubarer wird, Hindernisse schnell erkannt sowie kleine Erfolge schnell sichtbar werden.
- Zielverankerung im Unterbewusstsein durch Visualisierung

Im Folgenden nun ein Beispiel für einen *Erfolgsplan* im Zielsetzungstraining für eine ausgewählte Probandin der Maßnahme:
Ziel (langfristig): Ich möchte ab jetzt in 6 Monaten 12 kg abgenommen haben. (Ergebnisziel)
Zwischenziele (mittelfristig/kurzfristig):

- Nach drei Monaten habe ich 6 kg abgenommen
- Ich beginne ab nächster Woche mit 2 wöchentlichen Ausdauereinheiten von 30 Minuten
- Ich informiere mich ab sofort über geeignete Ernährung
- Ich führe ab sofort ein Ernährungstagebuch

In diesem Erfolgsplan müssen Anfangs- und Enddatum genau bestimmt sowie der Ist- und Sollzustand erfasst werden und auch, wie viele und welche konkreten Schritte unternommen werden sollen, um das Ziel zu erreichen. So wird es möglich zu sehen, was wann wie gemacht werden soll und es kann immer überprüft werden, ob der Weg der richtige ist oder ob er verändert werden muss.

Da der überwiegende Teil der Probandinnen sich das Hilfsmittel eines begleitenden „*Maßnahmen-Tagebuchs*“ wünschte, wurde es in das Programm ebenfalls integriert. Wichtig war es dabei, den Probandinnen bewusst zu machen, dass ein Tagebuch Disziplin und konsequentes Führen erfordert, wenn es Früchte tragen soll. Der Gewinn solcher Disziplin und Konsequenz ist jedoch groß, da ein Tagebuch die Möglichkeit bietet, besser und konsequenter über erfolgte Handlungen und gemachte Resultate bzw. Wege zu reflektieren. Gleichermaßen ist ein Tagebuch auch eine Herausforderung an die Selbstverantwortung und steigert bei gewissenhafter Führung zudem das Selbstbewusstsein.

In regelmäßigen Abständen sollten die Aufzeichnungen dann geprüft und einer kritischen Abfrage unterzogen werden. Als Abfrage- bzw. Überprüfungsform galten dabei folgende Fragen zur Reflexion:

- Welches war mein genaues Ziel?
- Welche waren meine Zwischenziele auf dem Weg dorthin?
- Welche Ziele habe ich bisher erreicht?
- Wie habe ich das genau gemacht?
- Was hat besonders gut funktioniert?
- Was habe ich dafür getan, damit es funktioniert?
- Was hat nicht funktioniert?
- Was habe ich dafür getan, damit es nicht funktioniert?
- Welche besonderen Stärken bzw. Schwächen habe ich während meines Weges entdeckt?
- Was habe ich für den weiteren Weg gelernt?

Ebenso trainiert wurde neben Erfolgsplan und Tagebuch der Notfallplan. Dies wurde anhand der *Wenn-dann-Strategie* geübt. Zusammen mit den Probandinnen wurde der Wenn-dann-Plan individuell erarbeitet. Ein Beispiel dazu stellt folgende Tabelle dar:

Tabelle 3: Wenn-dann-Strategie

Wenn…ich einen Durchhänger habe…	**dann...**rufe ich eine Freundin an und treffe mich mit ihr zum Sport
ich zu einer Party eingeladen bin	achte ich darauf, dass ich nicht hungrig dort erscheine
Freunde mich überreden wollen, statt Sport ins Kino zu gehen	schlage ich vor, vorher gemeinsam Sport zu machen
ich einen Rückfall erleide und über die Stränge schlage	denke ich darüber nach, ob ich mir nicht feste Tage gönne, an denen ich mal „sündigen" darf
ich von Mitmenschen belächelt werde	ignoriere ich sie

In diesem Kapitel zum Zielsetzungstraining wurde gezeigt, was Ziele genau sind, wozu sie wichtig sind und wie man erfolgreich mit ihnen umgehen kann. Sehr wichtig war dabei die konkrete persönliche Zielfindung (was ist wirklich wichtig?) und deren effektive präzise Formulierung. Hierzu wurden Eröffnungsfragen, SMART-Kriterien, Unterscheidung von Handlungszielen und Ergebniszielen (lang-, mittel-, kurzfristig), Visualisierung vorgestellt.

Und schließlich wurden zur Steuerung und Umsetzung gefasster Ziele auch die Methoden des Erfolgsplans, Tagebuchs sowie der Wenn-dann-Notfallplan eingesetzt und vorgestellt.

Ein weiteres Konzept, das für das in dieser Studie angewendete pädagogisch-mentale Konzept genutzt wurde, ist das Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky.

Das von **Aaron Antonovsky** in den 70er Jahren entwickelte **Salutogenese-Modell** ist ein Konzept über die Entstehung von Gesundheit und bildet damit einen Gegensatz, aber auch eine Ergänzung zur pathogenetischen Betrachtung der traditionellen Medizin.

Ins Zentrum seines Modells, das die Frage zu beantworten versucht, wie Gesundheit entsteht, stellt er den sense of coherence (SOC), den sogenannten Kohärenzsinn oder das Kohärenzgefühl. Ähnlich der Selbstwirksamkeit, welche hier im Konzept praktische Anwendung findet, bezeichnet auch das Kohärenzgefühl „eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß eine Person ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens darauf hat, dass

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen zu begegnen, die diese Stimuli stellen;
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky, 1997).

Die drei wesentlichen Bestandteile des Kohärenzgefühls sind für Antonovsky die Verstehbarkeit, die Bedeutsamkeit sowie die Handhabbarkeit. Die hier im pädagogisch-mentalen Konzept angewandte Selbstwirksamkeitsabfrage wird hinsichtlich dieser Kriterien überprüft werden, denn damit Selbstwirksamkeit entwickelt werden kann, muss ein Problem oder behandelter Gegenstand von den Probandinnen der Studie inhaltlich verstanden werden, für sie von hoher Bedeutung sein sowie schließlich handhabbar, das heißt, aus eigenen Ressourcen zu meistern sein. Somit bildet das Vorhandensein dieser drei Kriterien die grundlegende Voraussetzung, damit eine Verhaltensänderung überhaupt erfolgreich erfolgen kann. Es liegt in der Philosophie der Salutogenese, dass sie lösungsorientiert Gesundheitsziele in den Blickpunkt nimmt, Ressourcen dazu aufspürt, attraktive Ziele setzt, die den Menschen Freude bereiten und somit wesentlich mehr Erfolg für die Zielerreichung versprechen, als rein problemzentrierte Betrachtungen. Eckart Schiffer findet eine besonders bildhafte Beschreibung für den Ansatz der Salutogenese, indem er von ihr als „Schatzsuche“ im Gegensatz zur „Fehlerfahndung“ der pathogenetisch ausgerichteten Denkweise spricht (Schiffer, 2001) Doch auch Antonovsky selbst bringt es in eine treffende metaphorische Sprache, wenn er sagt:

„…meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenden Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (Antonovsky, 1997).

Da dieser Ansatz sich mit den kognitiven Vorstellungen dieses Konzepts deckt, das die Selbstwirksamkeit stärken und das Bewusstsein im Menschen für dessen lohnende Ziele wecken und positiv verändern soll, wird er hier bei der Arbeit mit den Probandinnen Berücksichtigung finden. Antonovsky war noch der Meinung, dass das angeborene Kohärenzgefühl als Gesundheitsressource nach dem 30. Lebensjahr nicht mehr weiter entwickelbar und zu beeinflussen sei. Dies wurde aber inzwischen durch viele Erkenntnisse der modernen Hirnforschung wiederlegt. Der Mensch bleibt lern- und veränderungsfähig bis in sein hohes Alter hinein. Es ist hier weiterhin wichtig darauf hinzuweisen, dass viele Ideen vieler verschiedener Konzepte sich in manchen Überzeugungen und Aussagen ähneln, aber unterschiedlich benannt werden, dass also unterschiedliche Begriffe etwas Gleiches meinen können, ebenso wie es geschehen kann, dass unter ein und demselben Begriff etwas Unterschiedliches verstanden wird. Für diese Arbeit kommt es darauf an, aus bestehenden Konzepten inhaltliche Erkenntnisse miteinander zu einem neuen pädagogisch-mentalen Konzept zu verknüpfen, mit dem es bestmöglich gelingen kann, das gesteckte Ziel zu erreichen und die Fragestellung zu beantworten. Bezogen auf das Salutogenese-Konzept ist dies die Orientierung auf das Erschließen hilfreicher Ressourcen und die Stärkung des eigenverantwortlichen und selbstüberzeugten Handelns. Das Zentrum für Salutogenese beschreibt diese Orientierung mit sieben Merkmalen:

Ziel: „Salutogenetische Orientierung bedeutet, dass die Menschen bzw. Methoden sich

1. an Stimmigkeit, aufbauender Kohärenz, Verbundenheit orientieren;
2. auf Gesundheit (attraktive Ziele, Vorstellungen) ausrichten;
3. auf Ressourcen ausrichten;
4. das Subjekt und Subjektive (Selbstwahrnehmung, subjektive Theorien, Eigenaktivität usw.) wertschätzen;
5. Aufmerksamkeit für systemische Selbstorganisation und -regulation (auch Selbstheilungsvermögen) haben (individuell und kontextbezogen: sozial, kulturell, global;)
6. dynamisch sowohl prozess- als auch lösungsorientiert denken und auf Entwicklung und Evolution achten.

7. mehrere Möglichkeiten einschließen: z. B. sowohl salutogenetisch als auch pathogenetisch.“(Zentrum für Salutogenese, 2013)

Das Salutogenese-Modell nach Antonovsky dient im Rahmen dieser Arbeit der Verknüpfung inhaltlicher Kenntnisse aus bestehenden Konzepten zu einem ganz neuen pädagogisch-mentalen Modell. Dies soll ein Erreichen der gesetzten Ziele besser ermöglichen.

Das nächste Modell, auf welches sich das eingesetzte pädagogisch-mentalen Modell stützt, ist das **Transtheoretische Modell von Prochaska & di Clemente.**

Anhand des Transtheoretischen Modells (TTM) von Prochaska und di Clemente soll der Weg der Probandinnen bis zum Ziel verfolgt und durchlaufen werden. Im Folgenden eine Beschreibung sowie Abbildung des herangezogenen Modells:

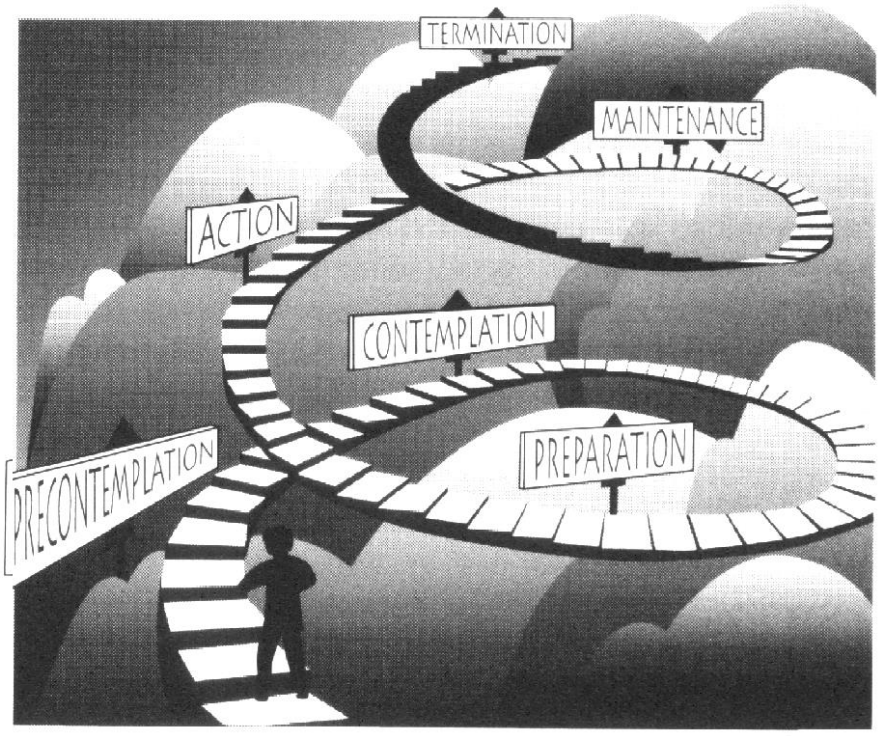


Abbildung 5: Spiralmodell der Stages of Change (nach Prochaska)

Die nachfolgend dargestellten Stufen werden benannt und anschaulich mit dem thematischen Problem dieser Studie versehen:

1. **Absichtslosigkeitsstadium** („Precontemplation“): keine Absicht liegt vor, das problematische Verhalten, das zu Übergewicht geführt hat, zu verändern.

2. **Absichtsbildungsstadium** („Contemplation“): Absicht, irgendwann etwas gegen das Übergewicht zu tun.

3. **Vorbereitungsstadium** („Preparation“). Konkretes Planen, demnächst das Übergewicht anzugehen; erste Schritte in Richtung einer Verhaltensänderung.

4. **Handlungsstadium** („Action“): Verhaltensänderung und Maßnahmen vollziehen.

5. **Aufrechterhaltungsstadium** („Maintenance“): seit einem längeren Zeitraum wird das Gewicht gehalten und das Verhalten dazu ist angemessen.

6. **Aufrechterhalten** des neuen Verhaltens ("Termination").

Das 6. Stadium ("Termination") ist in der Originalliteratur von Prochaska und di Clemente nicht enthalten. Es wurde erst später von anderen Autoren hinzugefügt.

Diese oben genannten Stufen der Veränderung (Stages of Change) beinhalten des Weiteren Veränderungsprozesse (Processes of Change) in welchen sich die *Kognitionen* und *Emotionen* der Probandinnen verändern. Diese Veränderungsprozesse gliedern sich wiederum in kognitive-affektive Prozesse (cognitive affective processes) und verhaltensorientierte Prozesse (behavioral processes):

Die fünf kognitiv-affektiven Prozesse sind:

- Steigern des Problembewusstseins (consciousness raising)
- Emotionales Erleben (dramatic relief)
- Neubewertung der persönlichen Umwelt (environmental reevaluation)

- Selbstneubewertung (self-reevaluation)
- Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen (social Liberation)

Die fünf verhaltensorientierten Prozesse sind:

- Gegenkonditionierung (counterconditioning)
- Kontrolle der Umwelt (stimulus control)
- Nutzen hilfreicher Beziehungen (helping relationships)
- (Selbst-) Verstärkung (reinforcement management), und
- Selbstverpflichtung (self-liberation)

Außer den zuvor beschriebenen Stufen der Veränderung und den damit einhergehenden Prozessen sind im transtheoretischen Modell ferner die sogenannte Entscheidungsbalance (decisional balance) sowie die Selbstwirksamkeitserwartung (self efficacy) enthalten. Auf die Selbstwirksamkeitserwartung wird in einem gesonderten Abschnitt noch Bezug genommen. Die Entscheidungsbalance befasst sich mit den Vorteilen (Pros) und Nachteilen (Cons), die eine Person bei einer Verhaltensänderung wahrnimmt. Die Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt auf der einen Seite das Selbstvertrauen sowie die Zuversicht (confidence), ein erwünschtes Verhalten bei auftretenden Hindernissen aufrechterhalten zu können, aber auch die Versuchung (temptation), bei Problemen ein unerwünschtes Verhalten auszuführen. Im TTM werden für die Veränderungsprozesse, die Vor- und Nachteile, sowie die Selbstwirksamkeitserwartung charakteristische Verläufe über die Stadien der Änderungsbereitschaft hinweg postuliert. Kognitiv-affektive Prozesse sind besonders in frühen Änderungsstadien, verhaltensorientierte Prozesse besonders in den späten Änderungsstadien von Bedeutung. Über die Stufen hinweg nimmt die Gewichtung wahrgenommener positiver Handlungsergebniserwartungen zu, wohingegen die Gewichtung negativer Aspekte einer Verhaltensänderung abnimmt. Das heißt, es entsteht eine positive Balance zugunsten der wahrgenommenen Vorteile einer Verhaltensänderung. Der Zeitpunkt, an dem sich das Negativ-Positiv-Verhältnis umkehrt, ist in etwa nach der 3. Phase (Vorbereitungsphase) anzusiedeln. Also im Übergang von präaktional zu aktional. Die Versuchung soll vom Absichtslosigkeits- bis zum Aufrechterhaltungsstadium kontinuierlich absinken, die Zuversicht soll entsprechend ansteigen.

Ziel: Das Transtheoretische Modell ist schon in sehr vielen Studien erfolgreich zur Anwendung gekommen, auch bei Interventionsstudien (zum Beispiel zur Nikotinentwöhnung) hat es eine hilfreiche und nützliche Basis bereitgestellt, auf welcher strukturiert gearbeitet werden konnte. Die empirische positive Beurteilung des Modells veranlasst mich, es auch für diese Studie heranzuziehen, damit der Prozess der Probandinnen von Beginn an bis zum Ziel verfolgt und durchlaufen werden kann (Prochaska, Norcross, Di Clemente, 1997).

Schon 1999 betitelte Franz Decker eine seiner vielen Publikationen zum Mentaltraining mit „Alles beginnt im Kopf". Auf der Basis der neuen Erkenntnisse der Gehirnforschung, der Psycho-Neuro-Immunologie, der Mentalwissenschaften, von Wissenschaftsbereichen wie der Neuro-Linguistischen Programmierung (NLP), der Kinesiologie entwickelte er ein Konzept zu Mentalberatung und Mentaltraining **„MindConcept",** dessen Inhalte zum Teil in dieser Studie Verwendung finden werden.
Denn auch nach Decker kann Mentaltraining wesentlich zum Gelingen einer neuen Ess- und Trinkqualität beitragen. Es wird eine innere, mentale Landschaft von gesunden Nahrungsmitteln bzw. Mahlzeiten und gesunden Verhaltensweisen entwickelt. Auf diese kann man dann zugreifen, wenn die Gelegenheit zum Essen und Trinken eintritt. Mentaltraining ist also eine Umsetzungsstrategie, ein Weg zum Gelingen.
Nach Decker ändert sich Ernährungsverhalten mit der Änderung mentaler Programme im Kopf, da neuesten Forschungserkenntnissen zufolge das Gehirn trainierbar, lern- und umlernfähig ist. Nach seiner Überzeugung lässt sich durch Mentaltraining die Fähigkeit erreichen, eigenes Denken, eigene Vorstellungs- und Überzeugungskraft, um Gewohnheiten und Verhalten zielgerichtet und bewusst zu steuern, zu gestalten und zu verändern.
Bestandteile von Deckers Konzept sind beispielsweise Entspannung, Visualisierung, geistige Problemlösung, Konzentrationsfähigkeit, Zielentwicklung, Gedächtnistraining, Reframing.
In dieser Studie sollen Deckers Phasen des mentalen Selbstgestaltungsprozesses zur Anwendung kommen, von denen die ersten fünf von insgesamt elf im Folgenden erwähnt und kurz erläutert werden:

Ziele:

1. Rapport mit sich selbst herstellen: Übungen zu Entspannung von Körper, Geist und Seele, um die Zugangskanäle zum Unterbewusstsein zu öffnen.
2. Bewusste Reflexion, Problemklärung: Wo liegen meine Begrenzungen und Blockierungen? Was ist mein Problem?
3. Zielentwicklungen: Ziele sollen Absichten und Wünsche konzentrieren und fokussieren. Was ist wichtig für mich? Was will ich? Welches Ziel folgt aus meinem Wunsch? Wie formuliere ich es, damit ich es erreichen kann?
4. Problemlösungsstrategien: Welche Lösung gibt es für mein Problem? Welche Strategie ist die richtige? Was hindert mich an einem neuen Weg?
5. Selbstgesprächsregulation: Durch positive Selbstgespräche (Affirmation) Herausforderungen unterstützen: „Ich schaffe das!“, „Ich werde mit der Aufgabe fertig!“ (Decker, 1999; Decker, 2003; Decker, 2010).

Deckers MindConcept als Teil des Mentaltrainings soll Misserfolgen durch die Änderung mentaler Vorgänge und Programme vorbeugen, indem bereits in diesem frühen Stadium zu gesundem Ess- und Trinkverhalten verholfen und bei eventuell auftretenden Problemen angesetzt wird.

Die **Selbstwirksamkeitserwartung** eines Menschen beschreibt seine eigene Erwartung, aufgrund eigener Fähigkeiten und Kompetenzen eine Handlung erfolgreich durchführen zu können. Das von Bandura in den 80er Jahren entwickelte Modell enthält einen Abfragekatalog, dessen aktuellste Fassung die von Schwarzer und Jerusalem ist. Folgende Fragen, welche die Selbstwirksamkeit überprüfen sollen, sind darin enthalten:

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.

6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

Antwortformat: (1) stimmt nicht, (2) stimmt kaum, (3) stimmt eher, (4) stimmt genau (Schwarzer, Jerusalem, 2002):

Für das hier verwendete Konzept werden die Fragen abgewandelt und auf die spezifische Thematik angepasst. In der späteren Darstellung des hier verwendeten Mentalkonzepts wird dies deutlich. Die abgewandelten Fragen bilden das Kernstück für die Auswertung des pädagogisch-mentalen Konzepts. ***Ziel:*** Das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Schwarzer und der damit verbundene Abfragekatalog zu deren Überprüfung sollen im Rahmen dieser Studie abgewandelt und an die Thematik des pädagogisch-mentalen Konzepts angepasst werden. Die **TETA-Prinzipien des Handelns** entstammen dem Institut für angewandte Kreativität (IAK). Ursprünglich wurde das TETA-Modell für Führungskräfte entwickelt nach dem Grundsatz „Wer Menschen und Kunden führen will, muss zunächst einmal sich selber führen können." Letztlich aber lassen sich die Lehr- und Lerninhalte des TETA-Modells in jeden Bereich der Lebenswelt transferieren, wo Selbstmanagement gefragt ist (IAK, 2013). Im für die Studie verwendeten Modell werden die TETA-Prinzipien und daraus resultierende Fragestellungen auf die hier behandelte Thematik abgewandelt und bezogen. Im Folgenden nun die TETA-Prinzipien des Handelns:

1. Selbst-Verantwortlichkeit: Ich bin selbst verantwortlich für meine Gedanken, Gefühle und Handlungen.
2. Wahl-Freiheit: Ich kann jederzeit neue Handlungen wählen.
3. Energie: Ich werde meine ganze Energie in meine Handlungen geben.
4. Spiel: Alle meine Handlungen sind ein Spiel, in dem ich Erfahrungen sammle und wachse.
5. Schöpferkraft: Meine Natur ist, schöpferisch zu denken und zu handeln.

6. Liebe: Ich begleite mein Handeln mit Liebe.
7. Bewusst-Sein: Ich bin mir all meiner Gedanken, Gefühle und Handlungen bewusst.

Die TETA-Prinzipien des Handelns sollen letztendlich zur Autosuggestion führen und eine positive Selbstbeeinflussung der Person hervorrufen, indem durch wiederholte Selbst-Affirmationen das Selbstmanagement trainiert wird. Aus den vorherigen Kapiteln (Ernährung, Bewegung, soziale Verstärker, pädagogisch-mentaler Methoden folgt nun das System pädagogisch-mentale Modell zur Gewichtsreduktion für nachhaltige Erfolge der Frauen (siehe Abbildung 6).

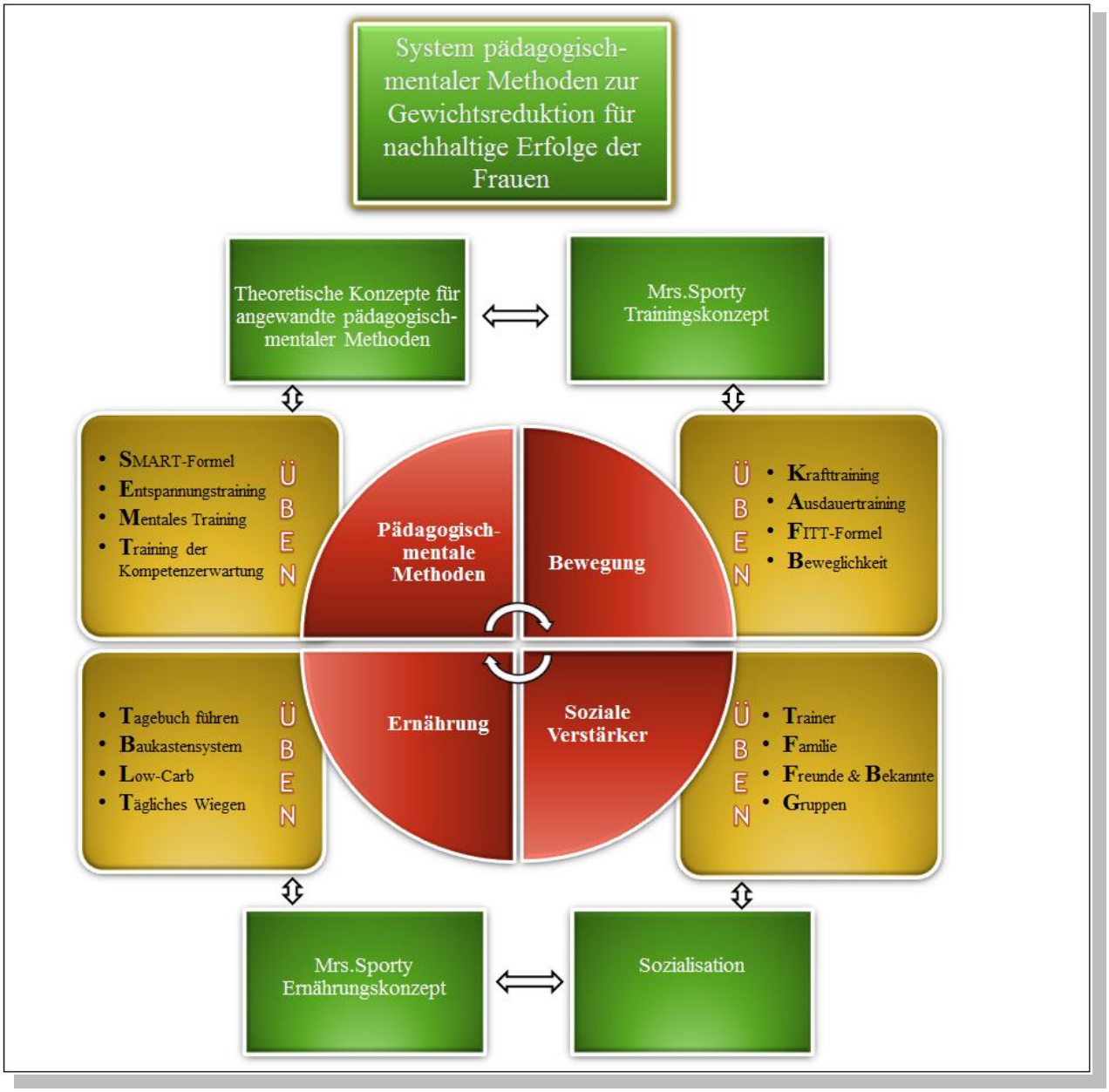


Abbildung 6: Modell des Systems pädagogisch- mentaler Methoden zur Gewichtsreduktion für nachhaltige Erfolge der Frauen

2. Gewichtsreduktionsprozess durch Einsatz des Modells des pädagogisch-mentalen Methodensystems

2.1 Organisation und Kriterien der empirischen Forschung

Zu Beginn der Studie werden Daten primär-statistisch durch Fragebogen und durch Gespräche gesammelt und nach sechs und zwölf Monaten erneut abgefragt und geprüft. In den letzten sechs Monaten Beobachtungszeitraum werden keine Maßnahmen mehr durchgeführt. Die Auswertung des gewonnenen Materials wird mit der SPSS-Statistik- und Analyse-Software durchgeführt. Die kognitive Auswertung und die subjektiven Kriterien erfolgten nochmals separat durch Vergleich der Abfragen und Gesprächsergebnisse. Die zur empirischen Forschung herangezogenen Kriterien sind zum einen das Körpergewicht, Body-Mass-Index, Taillenumfang sowie der Körperfettanteil auf der körperlich messbaren Seite und die Selbstwirksamkeit, Ziele zu setzen, Zielbelastbarkeit und - bewusstheit, Freude an der Bewegungseinheit und Besuch der Bewegungseinheit auf der kognitiv evaluierbaren Seite.

Der **Body-Mass-Index** errechnet das Verhältnis von Körpergröße und Gewicht und zeigt an, ob eine Person über-, normal- oder untergewichtig ist. Der Wert wird dadurch gewonnen, dass man den Quotienten aus Körpergewicht und Körpergröße zum Quadrat nimmt. Der BMI soll Bestandteil der Studie sein, doch kann er als alleiniges Kriterium nicht stehen, denn er berücksichtigt nicht, zu welchen Teilen ein Körper aus Muskeln und Fettgewebe besteht und wie die Verteilung des Körperfettes angelegt ist. Daher sind in einer Studie wie dieser auch andere Messungen hinzuzuziehen, um alle wichtigen Kriterien vollständig zu erfassen.

Folgende Tabelle gibt Aufschluss über die jeweils normalen und risikobehafteten Werte des

BMI :	Quotient aus Körpergewicht in kg und Körpergröße zum Quadrat
Normalwerte :	BMI
Untergewicht :	< 18,5
Normalgewicht :	18,5 – 24,9
Übergewicht:	25 – 29,9
Adipositas:	> 30
Schweregrad I:	30 -34,9
II:	35 – 39,9
III:	> 40

Abbildung 7: BMI-Messung und Werte; (Quelle: DGSP; S. 1 Leitlinie Vorsorgeuntersuchung im Sport, 2007)

Der **Taillenumfang** stellt den wichtigsten und aussagekräftigsten Wert dar, was im Weiteren erläutert werden soll. Lean et al. führten schon 1995 an der Universität Glasgow eine Studie zum Thema Übergewicht durch, in der sie 904 Männer und 1014 Frauen (zur Überprüfung dann nochmal 86 Männer und 202 Frauen) untersuchten. Es wurden der Taillenumfang, der Body-Mass-Index und das Taille-Hüft-Verhältnis gemessen.

Das Ergebnis war bemerkenswert: Ein Taillenumfang größer oder gleich 94 cm bei Männern oder 80 cm bei Frauen geht zu über 95 % mit einem zu hohem BMI oder einem ungünstigen Taille-Hüft-Verhältnis einher. Das heißt, die betroffenen Personen haben einen BMI über 25 oder, bei denen mit einem BMI unter 25, ein Taillen-Hüft-Verhältnis größer oder gleich 0,95 bei Männern und 0,80 bei Frauen. Beides sind Anzeichen für ein erhöhtes Risiko, an den Folgen von Übergewicht zu erkranken. Im Resultat bedeutet dies, dass in den meisten Fällen der Taillenumfang alleine ein genauso gutes Mittel zur Risikoabschätzung darstellt, wie der Body-Mass- Index und das Taille-Hüft-Verhältnis zusammen. Die Prävalenz einiger Risikofaktoren in Zusammenhang mit dem zunehmenden Taillenumfang wird in folgender Abbildung noch einmal anschaulich dargestellt:

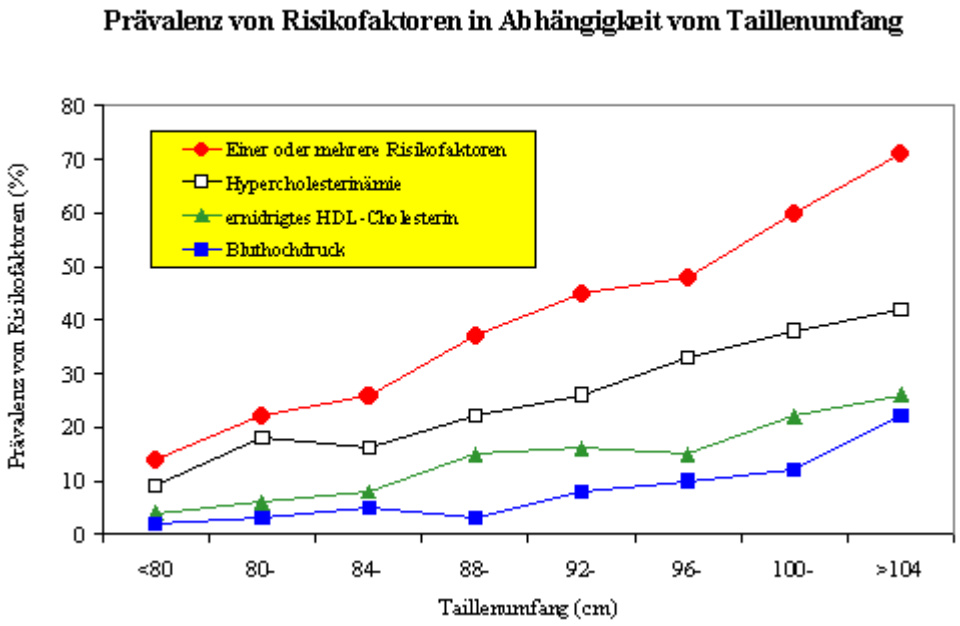


Abbildung 8: Prävalenz von Risikofaktoren in Abhängigkeit vom Taillenumfang; Quelle: http://www.vianesse-therapeut.de/vianessewissenschaft.html

Die Studie empfiehlt einen Taillenumfang bei Männern von unter 102 cm, wobei bereits bei 94 cm ein leicht erhöhtes Risiko vorliegt. Frauen sollten den Taillenumfang unter 88 cm reduzieren und bereits bei 80 cm ist mit einem leicht erhöhtem Risiko zu rechnen (Lean, Han, Morrison, 1995).

Auch für Normalgewichtige lohnt es sich, viszerales Körperfett zu vermeiden und ihren Taillenumfang zu reduzieren. Denn nicht nur bei übergewichtigen Menschen mit dickem Bauch ist die Sterberate erhöht, sondern auch bei normalgewichtigen Menschen mit viel Bauch (Jacobs, Newton, Wang, Patel, McCullough, Campbell, Thun, Gapstur, 2010).

Nachfolgende Tabelle zeigt die geschlechtsspezifischen Grenzwerte für Taillenumfang und einhergehende Risiken übersichtlich auf:

Kategorie	Taillenumfang[cm]	Risiko für Begleitererscheinungen
Normal	< 94 bei Männern < 80 bei Frauen	durchschnittlich
Erhöht	≥ 94 bei Männern ≥ 80 bei Frauen	erhöht
Deutlich erhöht	≥ 102 bei Männern ≥ 88 bei Frauen	stark erhöht

Abbildung 9: Grenzwerte Taillenumfang (nach WHO, 2000)

Auch der **Körperfettanteil** wird gemessen. Da die reine Fettreduzierung insgesamt im Zeitraum von zwölf Monaten sich zwar sichtbar, aber bei einer seriösen Gewichtsabnahme langsam und deshalb auch nur in kleinen Schritten vollzieht und ein großer Teil der rasch verlorenen Körpermasse ja auch das mit Fett einhergehende Wasser ist, sind auch kleine Werte in der Fettmessung durchaus von tendenzieller Signifikanz. Die Messung erfolgt mit einem Handmessgerät. Das verwendete Handmessgerät ist das OMRON BF306. Dieses handliche Analysegerät ermittelt mit professioneller bioelektrischer Impedanz-Analysetechnik den Körperfett-Anteil und auch den Body Mass Index. Wenngleich die prozentuale Veränderung, die hier geprüft und gemessen wird, aufgrund der begrenzten Studienzeit nur gering ausfallen kann, gibt diese Wertung des Körperfettanteils immerhin eine tendenzielle Richtung an.

Die Messung der Ergebnisse der **kognitiven Maßnahmen** erfolgt über Abfragen zur Bewusstseins- und Verhaltensänderung nach der Maßnahme, welche in Relation zu den Abfragen zu Beginn der Maßnahme gesetzt werden. Die Grundlage für diese Abfrage bildet das auf die Thematik angepasste Abfragemodell zur Selbstwirksamkeit nach Schwarzer & Jerusalem (1999). Die Messung der subjektiven Parameter erfolgt über Abfragen zur Zielsetzung, Zielbelastbarkeit und –bewusstheit, Freudiges Erlebnis und Besuch der Bewegungseinheit nach der Maßnahme, welche im Vergleich zu den Abfragen zu Beginn der Maßnahme gesetzt werden. Die Grundlage für diese Abfrage bildet ein eigens konzipierter Fragebogen. Die Maßnahme wird in den Mrs.Sporty-Räumlichkeiten durchgeführt und erstreckt sich über sechs Monate experimenteller Durchführung mit einer anschließenden Nachhaltigkeitsbeobachtung nach weiteren sechs Monaten, welche

die Kontaktaufrechterhaltung zu den Probandinnen per Telefon, Internet und auf Wunsch auch im persönlichen Gespräch beinhaltet. Für alle Gruppen gleich stehen zu Beginn ein, bei Bedarf zwei Einführungs-Einzelgespräche, in denen die ersten Daten in dem für die Studie entwickelten Fragebogen gewonnen sowie die ersten Messungen von BMI, Taillenumfang und Körperfettgehalt vorgenommen werden. Zudem wird mit den Probandinnen die individuelle Situation mit den spezifischen Problemen erörtert und die Intervention darauf angepasst. Bei den Probandinnen, die auch kognitives Training erhalten, werden zusätzlich mentale Maßnahmen nach dem für die Studie entwickelten und vorgestellten Konzept in die Gespräche sowie den Fragebogen integriert und während der gesamten Maßnahme theoretisch und praktisch durchgeführt.

Eine **Vielzahl von Autoren** schreibt dem Mentalen Training im sport- und gesundheitswissenschaftlichen Kontext aufgrund postulierter lern- und leistungssteigernder Effekte eine hohe Relevanz zu (Eberspächer, 2001; Jarvis, 1999). Im Folgenden soll daher zunächst eine kurze Auflistung von verschiedenen Untersuchungen, Meta-Analysen und Überblicksartikeln Aufschluss darüber geben, inwieweit die Effektivität des Mentalen Trainings überhaupt als empirisch fundiert angesehen werden kann. In der sportpsychologischen Fachliteratur finden sich nur wenige empirische Untersuchungen, bei denen das Mentale Training keine positiven Effekte auf die Bewegungsausführung und Verhalten hat (Epstein, 1980; Lamirand, Rainey, 1994; Munzert, 1988; Shanks, Cameron, 2000; Zervas, Kakkos, 1991). Es muss dabei jedoch – allgemeinen methodologischen Gesichtspunkten zufolge - davon ausgegangen werden, dass insbesondere solche empirische Daten veröffentlicht werden, die Rückschlüsse auf die positive Valenz des durchgeführten Projekts zulassen, d.h. in den meisten Fällen die Effektivität des Mentalen Trainings bestätigen. Die oftmals als Beleg für die Wirksamkeit des Mentalen Trainings aufgeführten Meta-Analysen von Driskell, Copper und Moran (1994), Feltz und Landers (1983) und Hinshaw (1991) müssen unter diesem Gesichtspunkt quasi zwangsläufig lern- und leistungssteigernde Effekte des Mentalen Trainings nachweisen. Die methodische Relevanz von Meta-Analysen bezüglich der Evaluation von Trainingsprogrammen wird zudem durch den Umstand verringert, dass darin verschiedene Trainingsformen subsumiert, die Treatment-Effekte über verschiedene Konstrukte gemessen und außerdem durch den Einfluss unterschiedlichster Variablen konfundiert werden. Obwohl die aufgeführten Meta-Analysen somit nicht als alleiniger Beleg für die positive Wirkung des Menta-

len Trainings aufgeführt werden können, scheinen sie dennoch - insbesondere die Meta-Analyse von Driskell et al. (1994)- eine eindeutige Tendenz aufzuzeigen. So integrieren diese Meta-Analysen kontrollierte Studien, die die positive Wirkung des Mentalen Trainings auf die Bewegungsausführung und Verhalten in einzelnen Situationen und unter bestimmten Bedingungen belegen. Dieses Ergebnis wird durch weitere einzelne kontrollierte Studien (Blair, Hall, Leyshon, 1993; Etnier, Landers, 1996) und aufschlussreiche neurophysiologische Experimente bestätigt (Pascual-Leone, Dang, Cohen, Brasil-Neto, Cammarota, Hallett, 1995). Bei der erstmals von Sackett (1934) formulierten kognitiven Hypothese wird davon ausgegangen, dass das Mentale Training die kognitiven Komponenten der mentalen Bewegungsrepräsentation konsolidiert und daher vor allem bei eher kognitiven Aufgaben (Heuer, 1985) zu lern- und leistungssteigernden Effekten führt (Driskell, Copper, Moran, 1994). Das Mentale Training „wird unter diesem Gesichtspunkt zu einem rein 'kognitiven' Lernen" (Daugs, Blischke, 1996) und sollte daher insbesondere bei komplexen Abfolgen zu lern- und leistungssteigernden Effekten führen.
Nach Eberspächer und Immenroth (1999) kann man hauptsächlich zwischen vier mentalen Trainingsformen differenzieren, die in den psychologischen Trainingsprogrammen überwiegend im Wechsel mit praktischen Trainingsmodulen eingesetzt werden (Etnier, Landers, 1996):

(1) Das externale observative Training stellt die systematisierte Form einer echokinetischen Modelllernsituation dar (vgl. Müller, 1997), d.h. die Trainierende beobachtet ein Modell planmäßig wiederholt und bewusst bei der Ausführung der zu trainierenden Bewegung oder Verhalten mit der Intention, diese Bewegung zu einem späteren Zeitpunkt selbst auszuführen. In der Praxis werden in diesem Zusammenhang oftmals auch Videoaufzeichnungen des Modells angewandt.

(2) Beim subvokalen Training ruft die Trainierende eine von ihm fehlerfrei gespeicherte Bewegungsinstruktion oder Verhalten per Selbstgespräch ab. Obwohl diese Form des Mentalen Trainings bereits durch Prozesse der Bewegungsvorstellung unterstützt wird, stehen beim subvokalen Training verbale Verarbeitungsprozesse im Vordergrund.
(3) Im Gegensatz zum externalen stellt sich die Trainierende beim internalen observativen Training bzw. verdecktem Wahrnehmungstraining ein Modell oder sich selbst aus der Außenperspektive bei der Ausführung der zu trainierenden Bewegung oder Verhalten vor.

(4) Beim ideomotorischen Training vergegenwärtigt sich die Trainierende intensiv die Innenperspektive der Bewegung oder Verhalten, d.h. er versetzt sich in die Bewegungsausführung hinein und versucht sie unter Einbezug möglichst vieler Sinnesmodalitäten nachzuempfinden.

In der grundlagenwissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Sportpsychologie stehen von diesen mentalen Trainingsformen eindeutig das internale observative und das ideomotorische Training im Vordergrund. Inwiefern die Effektivität des Mentalen Trainings davon abhängt, ob die Trainierende beim Mentalen Training eine innere oder äußere Vorstellungsperspektive einnimmt, d.h. internal observativ oder ideomotorisch trainiert, wird in der Sport- und Gesundheitswissenschaft kontrovers diskutiert (Murphy, Jowdy, 1992). Dabei scheinen die inkonsistenten empirischen Ergebnisse jedoch dahingehend zu konvergieren, dass die Wirksamkeit dieser beiden Vorstellungsperspektiven des Mentalen Trainings insbesondere von der Art ihrer Kombination und der mental zu trainierenden Bewegung moderiert wird (Hardy, Callow, 1999). Allerdings lassen diese Befunde keine eindeutige Tendenz erkennen, bei welchen Bewegungsaufgaben internal observativ oder ideomotorisch trainiert und wie diese beiden mentalen Trainingsformen kombiniert werden sollen.

Ziel: Dennoch scheint das ideomotorische Training bei wissenschaftlichen Untersuchungen und in der sportpsychologischen Betreuung wesentlich häufiger Anwendung zu finden und daher wird diese Methode Bestandteil meines Konzeptes sein (Immenroth, Eberspächer, Hermann, (o. J.).

2.2 Methoden der Durchführung der empirischen Forschung – Inhalte und Ablauf des Systems pädagogisch-mentaler Methoden

Die Methodik der Interventionsstudie beinhaltet die Arbeit mit randomisierten Stichproben. Daten werden über Messungen, Fragebogen und Gespräche gesammelt; die Fragebogen werden von den Probandinnen handschriftlich ausgefüllt. In persönlichen Sitzungen werden Informationen vermittelt und praktische Übungen durchgeführt. Vor und nach der Maßnahmendurchführung werden Messungen durchgeführt und festgehalten. Die Datensammlung wird schließlich mit dem SPSS-Programm ausgewertet. Die Daten zu den kognitiven Maßnahmen werden über den Vergleich der Selbstwirksamkeit und subjektiven Kriterien vor und nach der Maßnahme ausgewertet und interpretiert. Zu den Erhebungsinstrumenten zählen die Bestimmung des Körpergewichts, Body Mass Index (BMI), die Werte des Hüfte-Taillenumfanges, die Messung des Körperfettanteils, die Selbstwirksamkeit und die subjektiven Kriterien.
Bevor das pädagogisch-mentalen Konzept in seine einzelnen Bestandteile zerlegt und erklärt wird, sei hier kurz etwas zur Begriffswahl des „pädagogisch-mentalen Konzepts“ beziehungsweise „kognitiven Trainings“ gesagt. Es gibt neben dem hier gewählten Begriff des kognitiven Trainings eine Vielzahl von Begriffen, welche die gleichen Inhalte und Maßnahmen beschreiben. Mentaltraining, Mentalcoaching, Coaching oder Motivationstraining gehören beispielsweise in diesen Bereich hinein. Es handelt sich bei alledem um ungeschützte Bezeichnungen, unter denen zurzeit eine unüberschaubare Vielzahl an Maßnahmen angeboten wird, von denen aufgrund nicht erforderlicher Qualitätsnachweise viele Maßnahmen auch unseriös sind. Daher sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass für diese Studie unter dem der Einheitlichkeit halber gewähltem Begriff des kognitiven Trainings beziehungsweise pädagogisch-mentalen Konzepts nur solche Maßnahmen ausgewählt wurden, welche dem modernen Stand der Hirnforschung entsprechen und wissenschaftlich abgesichert sind.

Das begleitende pädagogisch-mentale Modell, das hier Anwendung findet, stützt sich auf die verschiedenen zuvor aufgeführten wissenschaftlichen Ansätze bzw. Modelle. So bilden das Salutogenese-Modell von Antonovsky, das transtheoretische Modell nach Prochaska/di Clemente, das

MindConcept von Decker, die Abfrage der Selbstwirksamkeit nach Schwarzer sowie die TETA-Prinzipien des Handelns Grundlagen für das im Rahmen dieser Studie angewendete Konzept.

Das Salutogenese-Modell nach Antonovsky und das Transtheoretische Modell nach Prochaska/DiClemente bilden keine aktive Maßnahmen oder Übungen, sondern diese Modelle laufen sozusagen für den Coach als „Kontrollorgan“ mit, anhand dessen überprüft werden kann, ob die Inhalte von den Probandinnen verstanden wurden, Wichtigkeit für sie haben und als bewältigbar angesehen werden. Ferner können so die Stufen der Veränderung in den Kognitionen und Emotionen der Probandinnen strukturiert verfolgt werden.

Unabhängig von verschiedenen praktischen und theoretischen Maßnahmen der kognitiv betreuten Probandinnen ist der Fragebogen zur Studie so konzipiert, dass ein separater Teil für die kognitiv betreuten Probandinnen zur Verfügung steht neben der Abfrage der mit dem SPSS-Programm ausgewerteten Messwerte. Es werden kognitive Abfragen und Übungen zu Beginn, während der Maßnahmenzeit und am Ende durchgeführt. Ausgewertet werden die Antworten durch den Vergleich der Selbstwirksamkeitserwartung vor und nach der Maßnahme. Die praktischen Übungen und theoretische Wissensvermittlung finden in den ersten sechs Monaten der Durchführung statt. Der Ablauf folgt einem modularen Rahmen aus insgesamt 12 Modulen bzw. Gruppensitzungen, in welchen Praxis- und Theoriemaßnahmen durchgeführt werden. Diese Module werden in einer tabellarischen Übersicht eingehend vorgestellt (siehe S. 208).

Zuvor aber aufgrund der Komplexität ein kurz skizzierter Ablaufplan des pädagogisch-mentalen Modells, dessen einzelne Schritte im Anschluss erklärt werden:

- Einführung ins Konzept (Vortrag)
- Zugang zum Unterbewussten öffnen (Übung)
- Allgemeine Problembesprechung (Gespräch/Fragebogen)
- Problemklärungsphase konkret (Gespräch)
- Zielklärungsphase (Gespräch)
- Abfrage der Selbstwirksamkeitserwartung (Fragebogen)
- Durchführung verschiedener Maßnahmen (Übung/Fragebogen)
- Erneute Abfrage der Selbstwirksamkeitserwartung (Fragebogen)

Den Beginn des Konzepts bildet eine **erste Wissensvermittlung**, bei welcher Kenntnisse über die Bedeutung des Kognitiven/Mentalen vermittelt werden. Es wird in die kommenden Inhalte des Konzepts eingeführt, so dass die Probandinnen über einen Rahmen dessen verfügen, was sie erwartet.
Um die Probandinnen überhaupt in den Zustand zu versetzen, in dem kognitives Training wirken und aufgenommen werden kann, erfolgt die Einstimmung und **Öffnung des Zugangs ins Unterbewusste** durch psychoregulative Verfahren wie Entspannungsübungen (PME, autogene Übungen, Körperreisen, Fantasiereisen); Übungsauswahl je nach Präferenz (Decker, 1999).

Im nächsten Schritt kann eine **allgemeine Besprechung des Problems** nach Deckers Rapport mit sich selbst stattfinden; Diese Abfrage bildet den ersten Teil des Fragebogens und gestaltet sich nach folgendem Muster:

- Welche Bedingungen führen zu dem vorliegenden Essverhalten?
- Wie fällt die Analyse des Essverhaltens selbst aus?
- Zu welchen Konsequenzen hat das Essverhalten geführt?
- Über welchen Grad an Kontrolle verfügt die Probandin?
- Welche sozialen Kompetenzen stehen zur Verfügung?
- Was könnte sich die Probandin zur Rückfallprophylaxe vorstellen?

Nun wird in der **Problemklärungsphase** nach Decker gemäß Analyse des Rapportes mit sich selbst das Problem individuell bestimmt und alle Schwierigkeiten erschlossen.

Es folgt die **Zielklärungsphase** nach Decker: Formulierung von Zielen und Zwischenzielen durch die Probandin. Diese Ziele müssen realistisch und erreichbar sein. Zur Motivation der Probandin, ihre Ziele zu verfolgen, ist das Bewusstmachen von persönlichen Vorteilen (gegenüber medizinischen Fakten) sinnvoll. Diese Vorteile sind zum Beispiel die Erhöhung von Selbstwertgefühl, Lebensqualität, Wohlbefinden und Attraktivität. Auch wenn die Rückfallprophylaxe am Ende der Maßnahme zu stehen scheint, da durch sie die Nachhaltigkeit unterstützt werden soll, ist es wichtig, während der gesamten Maßnahme, also auch schon zu Beginn, den Umgang mit

Rückfällen zu schulen, denn diese Prophylaxe gilt auch der Überwindung von Hindernissen zwischendurch, dem Umgang mit Zweifeln, Ängsten und weiteren eventuellen Misserfolgen auf dem Weg zum Ziel. Zur Nachhaltigkeit gehört auch die Betreuung über die Maßnahme hinaus. Zum Beispiel empfehlen Wadden et al. (2002) einen Monat betreute Stabilisierung pro Monat Gewichtsabnahme-Phase. In der vorliegenden Studie entspricht dies zwei Monaten Nachbetreuung. (Wadden, Vogt, Andersen, Barlett et al, 1997).

Hier erfolgt der Einsatz des für die Studie entwickelten **Fragebogens zur Selbstwirksamkeitserwartung**, erstellt nach Schwarzer & Jerusalem (1999). Die Überprüfung der Selbstwirksamkeitserwartung ist ein zentraler Teil der Studie, welche nach Problemanalyse, Zielentwicklung und einführenden Gesprächen geklärt wird. Dies bedeutet, dass durch eine Abfrage der Teilnehmerinnen deren eigene Erwartungen hinsichtlich ihrer Kompetenzen, ein gestecktes Ziel zu erreichen, aufgedeckt werden. Führend in der Entwicklung zugehöriger Konzepte sei hier BANDURA zu nennen, der erstmals Fragen zur Selbstwirksamkeit entwickelt hat (Bandura, Elkeles, Grieger, Huber, Kammerer, 1993). Die daraus von Schwarzer und Jerusalem entwickelte Abfrage bildet die Grundlage für diese Studie (Schwarzer, Jerusalem, 2002). Die Bedeutung der Selbstwirksamkeitsabfrage liegt darin zu ermitteln, ob Teilnehmerinnen vom Erfolg ihrer Maßnahme überhaupt überzeugt sind und inwieweit sie ihre Fähigkeiten und Erfolge anzweifeln oder von sich überzeugt sind. Denn eine bestehende Selbstwirksamkeit ist notwendig für den Erfolg jedes gesteckten Zieles. Unabhängig von der tiefergehenden Beschäftigung mit der Thematik der Selbstwirksamkeit werden innerhalb der geplanten Studie folgende - auch für positive Selbstgespräche nutzbare - modifizierte Fragen zum Einsatz kommen:

1. Wenn sich Versuchungen auftun, habe ich Mittel und Wege, meinen Plan durch zusetzen.
2. Die Lösung meines Gewichtsproblems gelingt mir auf jeden Fall, wenn ich mich darum bemühe.
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.

5. Ich glaube, dass ich auch mit überraschenden Ereignissen gut zurechtkomme.
6. Hindernissen bei der Zielerreichung sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten vertraue.
7. Was immer auch passiert, ich werde klarkommen.
8. Für jedes Problem auf dem Weg zu meinem Wunschgewicht kann ich eine Lösung finden.
9. Wenn mein Weg verändert werden muss, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.

Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern. (modifizierter Fragenkatalog nach Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Im Fragenkatalog werden die Fragen gemäß der Wertung

(1) stimmt nicht
(2) stimmt kaum
(3) stimmt eher
(4) stimmt genau

beantwortet. Die Ergebnisse der Beantwortung dieser Fragen bestimmten maßgeblich das weitere Vorgehen und die Auswahl beziehungsweise Gewichtung der Maßnahmen. Gerade auch hier ist ersichtlich, wie wichtig die individuelle Behandlung der Probandinnen ist, denn die Beantwortung der Selbstwirksamkeitsfragen kann ganz unterschiedlich ausfallen. In dieser Phase überprüft der Coach den Stand der Probandinnen hinsichtlich der salutogenetischen Kriterien sowie der Entwicklungsstufen des TTM. Im Folgenden werden die Maßnahmen erläutert, die je nach Ausfall der Abfrage der Selbstwirksamkeitserwartung zur Anwendung gekommen sind:

Praktische Maßnahmen des Konzepts

Folgende **praktische Methoden** fanden als Problemlösungsstrategie in unterschiedlicher Gewichtung Anwendung:

- **Selbstgesprächsregulation**
- **Selbstüberzeugungstraining**
- **Vorstellungsregulation**
- **Aufmerksamkeitsregulation**

Die Übungen dazu wurden auf die jeweilige Probandin angepasst und durchgeführt. Alle Maßnahmen und Übungen wurden schriftlich festgehalten. Im Weiteren werden die angewandten Maßnahmen mit ihren Inhalten näher beschrieben.

Jedes Handeln ist eingebettet in Gedanken, die dem Handeln vorausgehen, im Handeln selbst präsent sind und auch auf das Handeln folgen. Diese Gedanken laufen meistens ganz unbewusst und automatisch ab, es sind **„Selbstgespräche“,** in denen ein Mensch mit sich selbst spricht, sein Handeln plant und durchdenkt. Der jedem bekannte innere Satz „Ich schaff das nicht“ ist hier ein Beispiel für ein negatives Selbstgespräch, das die entsprechende Person zur Aufgabe eines Vorhabens „motiviert“. Wer aufgibt, gibt zuerst im Kopf auf. Ebenso können positive Selbstgespräche formuliert werden, welche die gedankliche Basis sind, die Zielerreichung zu unterstützen und zu fördern. In diese positiven Selbstgespräche müssen Sätze integriert sein, welche motivieren, die Aufmerksamkeit erhöhen sowie Problemlösungsstrategien offenhalten (Hermann, Eberspächer, 1994). In dieser Studie wurden die positiven Selbstgespräche anhand der TETA-Prinzipien des Handelns systematisch mit den Probandinnen trainiert. Folgende positive Sätze wurden in Anlehnung an die TETA-Prinzipien für die Studie entwickelt und während der Maßnahmendurchführung regelmäßig und systematisch gefestigt:

- Selbst-Verantwortlichkeit: Ich bin selbst verantwortlich für meine Übergewicht und den Weg, es zu reduzieren.
- Wahl-Freiheit: Ich kann jederzeit Handlungen wählen, um abzunehmen.
- Energie: Ich werde meine ganze Energie in mein Ziel des Abnehmens geben.
- Spiel: Alle meine Handlungen sind ein Spiel, in dem ich Erfahrungen sammle und wachse.
- Schöpferkraft: Meine Natur ist, schöpferisch zu denken und zu handeln. So finde ich beim Abnehmprozess neue Ideen, wenn Hindernisse auftauchen.
- Liebe: Ich begleite mein Handeln mit Liebe. Ich wertschätze mich und mein Ziel und gehe sorgfältig mit mir um.
- Bewusst-Sein: Ich bin mir all meiner Gedanken, Gefühle und Handlungen bewusst. Deshalb weiß ich genau, wie ich neues Verhalten lerne, und dass ich mein Ziel erreiche.

Zur Stärkung der Selbstwirksamkeit ist es notwendig, die **Selbstüberzeugung**, nämlich dass die Probandin es schaffen kann, ihr Problem des Übergewichts zu bewältigen, zu stärken. In der Studie wurde die Verbesserung der Selbstüberzeugung mit den Probandinnen individuell und systematisch geübt. Hierzu wurden individuell kleinere erreichbare Teilziele gesteckt und Erfolge abgefragt und erfahrbar gemacht.

„**Vorstellungen** beeinflussen bewusst oder unbewusst unser Handeln. Vorstellungen können bildhaft, verbal (vgl. Selbstgespräche) akustisch oder kinästhetisch […] sein, d. h. man kann sich bestimmte Situationen mit den dazugehörigen Geräuschen, Empfindungen und Farben lebhaft vergegenwärtigen. Andererseits können Wörter, Sätze, Bilder, Geräusche, Gerüche etc. so eng mit Situationen oder Erlebnissen verknüpft sein, dass sie bestimmte Vorstellungen auslösen.“ (Eberspächer, 2007). Menschen unterscheiden sich bezüglich ihrer Sinnesreizaufnahme über die verschiedenen Kanäle; so ist immer einer der drei Hauptsinne (visuell, auditiv kinästhetisch) immer besonders entwickelt. Aus dem Neurolinguistischen Programmieren stammt die Abkürzung VAKOG, die sich aus den 5 Sinneskanälen visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch und gustatorisch zusammensetzt.

In der Vorstellungsregulation wird geübt, sich mit Hilfe des bevorzugten Sinneskanals der gewählten Problemlösungsstrategie strukturiert und umfassend klar zu sein, sie im Verlauf stets analysieren und auch neuen Gegebenheiten anpassen zu können. Dazu gehört das kontinuierliche Üben, realistische Ziele und Zwischenziele zu formulieren sowie die Ursachen von Erreichen und Nicht-Erreichen von Zielen verstehen und erkennen zu lernen. Ebenso wird bei der Erreichung bzw. Nichterreichung von Zielen die aufmerksame Differenzierung zwischen objektiven Ursachen, das heißt, Einflüsse, die von außen geschehen sind, und subjektiven Ursachen, das heißt, emotionale Hindernisse, geübt.

Die **Aufmerksamkeitsregulation** beinhaltet die zielgerichtete Konzentration auf bestimmte Handlungen und Vorstellungen. So wird mit den Probandinnen geübt, ganz bewusst und intensiv ihre Situation und ihre Ziele wahrzunehmen. Dabei werden internale (Befindlichkeit) und externale (Umgebung/Situation) Parameter aufmerksam und konzentriert betrachtet und ins Bewusstsein gehoben. Unter Zuhilfenahme und Abwandlung des 4-Felder-Modells von Nideffer wird hierbei noch mal unterschieden zwischen internal-enger, internal-weiter, external-enger sowie external-weiter Aufmerksamkeit. Dies geschieht nach wöchentlichen Abfragen wie:

- Wie geht es mir in dem Augenblick, da ich die Übung mache? (internal-eng)
- Wie fühle ich mich gerade, wenn ich an meine Ziele denke? (internal-weit)
- Wie stehe ich mit meinen Aufgaben innerhalb meines Umfelds dar? (external-weit)
- Wie nehme ich die Zusammenarbeit mit meinem Coach wahr, der mir diese Übung zeigt? (external-eng) (Eberspächer, 2007).

Die Antworten zu dieser Abfrage wurden ebenfalls schriftlich im Fragebogen festgehalten. Es wurde mit den Probandinnen geübt, diese unterschiedlichen Aufmerksamkeitsfelder zu differenzieren sowie auch je nach Anforderung von einer zur anderen Aufmerksamkeit gezielt und konzentriert umzuschalten.

Eine **erneute Abfrage des Ist-Zustandes und der Selbstwirksamkeit** findet nach Ablauf des sechs- und zwölfmonatigen und Beobachtungszeitraumes statt. Die Angaben werden im Fragebogen erfasst und schließlich durch Vergleich mit der ersten und zweiten Abfrage ausgewertet.

Die insgesamt zwölf über den gesamten Interventionszeitraum verteilten **Gruppensitzungen,** die jeweils getrennt für die drei Gruppen durchgeführt wurden, sind entsprechend dem heutigen Wissensstand zum Lernen Erwachsener und den sich daraus ergebenden Anforderungen an eine zeitgemäße Erwachsenenbildung konzipiert. Unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes und Alltagssituationen, werden die Teilnehmer in den Gruppensitzungen in ihrem neuen Verhalten zur Gewichtsreduktion unterstützt. Die Gruppensitzungen dienen in erster Linie als Plattform zur Selbstreflexion und- Erkennung sowie Hilfe zur Selbsthilfe und zum Austausch. Die Teilnehmerinnen sollen von der Kursleitung in ihren Lernprozessen und Verhaltensmodifikationen unterstützend begleitet werden. Module mit Information über die gesundheitsrelevanten Bereiche Ernährung, pädagogisch-mentaler Methoden, Bewegung und Entspannung werden bedarfsorientiert eingesetzt und den Regeln des Lehrens und Lernens gemäß vermittelt. Zu Beginn jeder Gruppensitzung können aktuelle Fragen angesprochen werden. Die Teilnehmerinnen haben so die Möglichkeit, die Inhalte der Gruppensitzungen mitzubestimmen. Je nach Bedarf werden die für sie wichtigen Themenbereiche aufgegriffen. Da die sozial-emotionale Dimension eine zentrale Rolle für Entscheidungen und somit Lernvorgänge spielt, sollten die Gruppenabende in einer angenehmen Atmosphäre durchgeführt werden. Für jede Teilnehmerin steht ein Namensschild bereit, damit die Kursleitung jede Einzelne persönlich ansprechen kann und die Teilnehmerinnen sich auch namentlich kennen lernen. Durch den Einsatz unterschiedlicher Medien, Materialien und Methoden soll den Kursteilnehmerinnen aktives Lernen ermöglicht werden, Informationen und Beiträge werden durch Visualisierung verstärkt. Geeignete Medien zur Visualisierung sind Flipchart, Overhead-Projektor, Standposter, Tafel oder Wandzeitung. Aus der gesamten zur Verfügung stehenden Materialien- und Methodenfülle sind hier einige wenige Beispiele zur Auswahl aufgeführt.

- Brainstorming: Zu einem bestimmten Thema werden „Geistesblitze“ der TN gesammelt. Um möglichst viele und originelle Ideen zu finden, dürfen die Äußerungen von anderen nicht kommentiert und bewertet werden.

- Diagramme: Diagramme ermöglichen die Darstellung bestimmter Sachverhalte. Beispiele für Diagramme sind: Tabelle, Liste, Kurven-, Säulen-, und Organigramm und Ablaufdiagramm. Zu einer bestimmten Fragestellung erhalten die TN eine definierte Anzahl an Klebepunkten, die sie an der Tafel oder Flipchart einer Skala mit den jeweiligen Fragen zuordnen. Diagramme eigenen sich gut für das Erstellen und Visualisieren eines Gruppenprofils.
- Fragebogen/Checkliste: Anhand von Fragebögen oder Checklisten werden Gruppenprofile erstellt, die anschließend mit Hilfe eines Diagramms visualisiert werden können.
- (Klein-)Gruppenarbeit: Das Arbeiten in der Gruppe bietet die Möglichkeit, Sozial- und Sachthemen miteinander zu verbinden.
- Handout: Wichtige Informationen des jeweiligen Gruppenabends sind zusammengefasst und werden an die TN ausgeteilt.
- Impulsreferat: Ein umfassendes Referat wird, entsprechend seiner inhaltlichen Struktur, in mehrere kurze Abschnitte aufgeteilt. Auf jeden Teilbereich folgt eine Aktivitätsphase, in der die TN gebeten werden, sich zu dem Gehörten auszutauschen und zu äußern.
- Merkzettel: Die TN können für sie wichtige Ziele, Merksätze, Gedanken oder Ideen auf „Merkzettel“ notieren, ohne diese anderen mitzuteilen, und zur Erinnerung mit nach Hause nehmen.
- Kerze: Auf Wunsch erhalten die Teilnehmer eine Kerze. In für sie kritischen Situationen wie Heißhunger auf Schokolade können sie entscheiden, ob sie diese essen oder nicht. Alles ist möglich und erlaubt, im Gegenzug für das Essen sollen die TN eine Kerze abbrennen und beobachten, wie lange es dauert, bis sie aufgebraucht sind.
- Die persönliche Identität: Die TN können sich ein Symbol überlegen, welches für sie selbst für das bereits Erreichte oder das zukünftig noch zu Erreichende steht.
- Tagebuch: Auf Wunsch erhalten die TN den Vordruck eines Ernährungs- oder Bewegungstagebuchs. Dieses erleichtert die Selbstbeobachtung und hält fest, wann und wo wie viel gegessen und getrunken wird und wann, wie und wie lange die TN körperlich aktiv waren. Alle relevanten Themen sind als Module ausgearbeitet und können bedarfsorientiert entsprechend dem Baukastensystem angewandt werden. Die nachfolgend genannte

Reihenfolge hat sich bisher als Orientierung gemäß dem transtheoretischen Modell bewährt, Änderungen sind situationsangepasst jederzeit möglich.

Die Kontrollgruppe erhält nur die pädagogisch-mentalen Methoden ohne soziale Verstärker, sportlichen Einsatz und Ernährungsberatung. Die Placebogruppe hingegen nur eine Placebointervention (einfach zum netten, gemütlichen Kaffee treffen, ohne auf Verhaltensänderung, Ernährung und Bewegung einzugehen) und die Experimentalgruppe Ernährung, Bewegung, soziale Verstärker und die pädagogisch-mentalen Methoden. Schließlich der modulare Aufbau der 12 Gruppensitzungen – für jede Gruppe separat durchgeführt - zu jeweils 90 Minuten des Konzeptes in tabellarischer Übersicht (Seite 208).

In den nun folgenden Abschnitten werden die Veränderungen der körperlichen messbaren und kognitiven Variablen ausführlich dargestellt.

2.3 Veränderungen der körperlichen messbaren Variablen

Stichprobenbeschreibung

Die Gesamtstichprobe besteht aus 75 Frauen (25 Personen pro Gruppe) mit einem Durchschnittsalter von 44.51 Jahren (SD = 8.85). Die jüngste Person ist 22 Jahre und die älteste Person 69 Jahre alt. Eine univariate Varianzanalyse ergab, dass sich das Durchschnittsalter der Experimentalgruppe (M = 44, SD = 10.38), der Placebogruppe (M = 42.32, SD = 7.31) und der Kontrollgruppe (M = 47.20, SD = 8.23) nicht signifikant voneinander unterscheidet, $F(2, 72) = 2.01$, $p = .14$.

Auswertung der Variablen Gewicht, BMI, THQ, KF

Um die einzelnen Variablen zu überprüfen, wurde pro abhängige Variable (Gewicht, BMI, THQ und KF) eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen durchgeführt. Der Zwischensubjektfaktor bestand aus den 3 Gruppen und der Innersubjektfaktor aus den 3 Messzeitpunkten. Die paarweisen Vergleiche innerhalb dieses Modells wurden gerechnet, um einzelne Zellenmittelwerte miteinander zu vergleichen (simple main effects). Um die Alphafehler-Kumulierung zu vermeiden, wurde bei paarweisen Vergleichen die Bonferroni-Korrektur verwendet. Die zweifaktorielle Varianzanalyse mit einem Zwischensubjektfaktor und einem Messwiederholungsfaktor hat drei Voraussetzungen, welche erfüllt sein müssen, ohne dass eine Verzerrung der F-Statistik eintritt:

Normalverteilung: Normalverteilung der abhängigen Variablen für jede Zelle.

Varianzhomogenität: Gleiche Varianzen in der abhängigen Variablen über die Gruppen für jeden Messzeitpunkt.

Sphärizität: Gleichheit der Varianzen der Differenzen zwischen den Messzeitpunkten. Gegenüber Verletzungen der Voraussetzungen der Normalverteilung und der Varianzhomogenität ist die Varianzanalyse robust, wenn die Gruppengrößen gleich sind (Field, 2013, S. 444-445). Verletzungen dieser Voraussetzungen wurden in der folgenden Analyse als nicht bedeutsam betrachtet, da

die Gruppengrößen gleich waren bzw. wie im Falle der Variable Körperfett nahezu gleich (4 Personen aus der Kontrollgruppe wurden hier nicht mit einbezogen). Um die Voraussetzung der Sphärizität zu überprüfen, wurde Mauchly's Test verwendet. Sofern dieser signifikant wurde, war die Voraussetzung der Sphärizität nicht gegeben. In diesen Fällen wurde die Greenhouse-Geisser Korrektur angewendet, welche die Freiheitsgrade korrigiert.

Körpergewicht

Deskriptive Darstellung

Tabelle 4: Mittelwerte des Gewichts der drei experimentellen Gruppen zu den drei Messzeitpunkten (mit Standardabweichungen in Klammern)

	Gruppen		
Messzeitpunkt	***Experimentalgruppe***	***Placebogruppe***	***Kontrollgruppe***
Ausgangsmessung	84.76 (12.19)	89.80 (10.87)	88.21 (18.80)
Nach 6 Monaten	81.20 (10.79)	87.80 (10.26)	85.01 (18.30)
Nach 12 Monaten	78.12 (9.71)	86.48 (10.23)	84.40 (16.58)

Ergebnisse der Varianzanalyse

Vergleich der Ausgangswerte

Um die Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf die Ausgangsmessung zu vergleichen, wurden paarweise Vergleiche durchgeführt. Kein Vergleich wurde signifikant, $F(2, 72) = .80$, $p = .45$. In Bezug auf die Ausgangsmessung gibt es also keine signifikanten Unterschiede im Gewicht.

Überprüfung

Da Mauchly's Test signifikant wurde bei den Innersubjekteffekten die Greenhouse-Geisser-Korrektur angewendet.

Die Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt, $F(1.53, 110.37) = 73.94$, $p < .001$. Wie man aus dem Interaktionsdiagram 10 sehen kann, gab es über alle Gruppen hinweg eine Abnahme im Körpergewicht von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 3. Der Haupteffekt für den Faktor Gruppe wurde nicht signifikant, $F(2, 72) = 1.60$, $p = .21$. Über alle Messzeitpunkte hinweg gab es also keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf das Körpergewicht zwischen den Gruppen. Des Weiteren zeigte die Varianzanalyse die relevante Interaktion zwischen dem Faktor Messzeitpunkt und dem Faktor Gruppe, $F(3.07, 110.37) = 4.18$, $p < .01$. Aus dem Interaktionsdiagramm wird deutlich, dass die Gewichtsabnahme in der Experimentalgruppe größer ist als in den anderen beiden Gruppen.

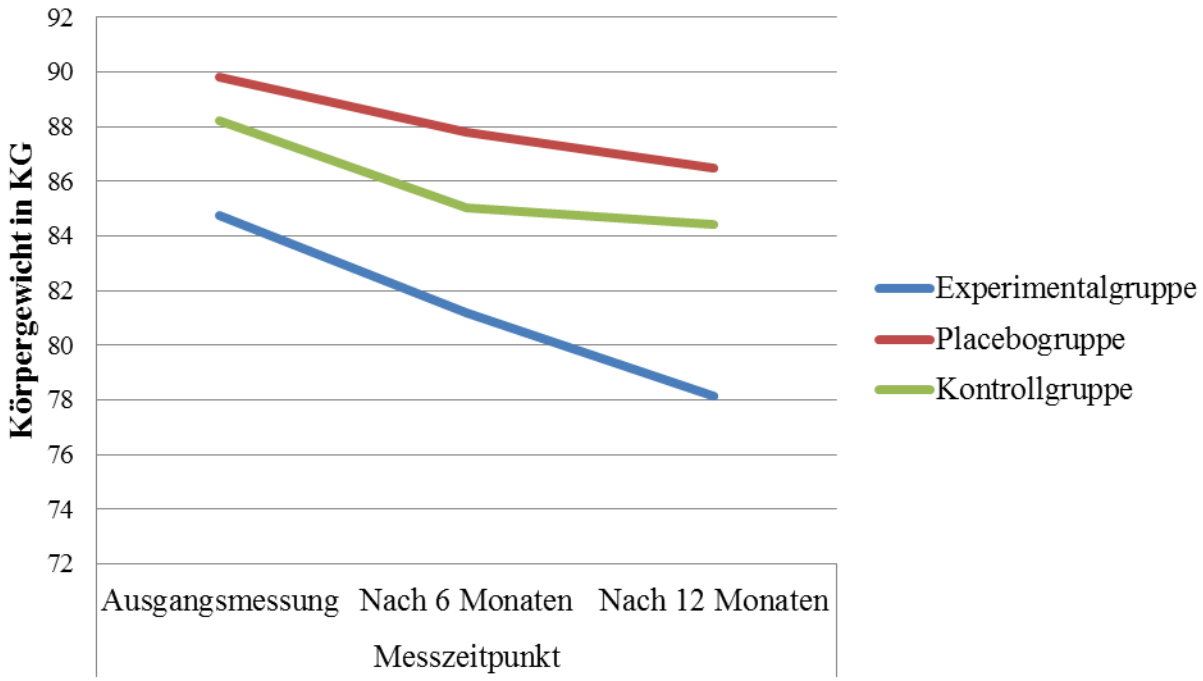


Abbildung 10: Körpergewicht für die drei Gruppen in Abhängigkeit zum Messzeitpunkt

Body-Mass-Index

Deskriptive Darstellung

Tabelle 5: Mittelwerte des BMI der drei experimentellen Gruppen zu den drei Messzeitpunkten (mit Standardabweichungen in Klammern)

	Gruppen		
Messzeitpunkt	***Experimentalgruppe***	***Placebogruppe***	***Kontrollgruppe***
Ausgangsmessung	29.33 (4.06)	30.81 (4.56)	30.58 (5.66)
Nach 6 Monaten	28.09 (3.49)	29.96 (4.53)	29.47 (5.51)
Nach 12 Monaten	27.03 (3.26)	29.47 (4.47)	29.32 (4.92)

Ergebnisse der Varianzanalyse

Vergleich der Ausgangswerte

Um die Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf die Ausgangsmessung zu vergleichen, wurden paarweise Vergleiche durchgeführt. Kein Vergleich wurde signifikant, $F(2, 72) = .69$, $p = .51$. In Bezug auf die Ausgangsmessung gibt es also keine signifikanten Unterschiede im BMI.

Überprüfung

Da Mauchly's Test signifikant wurde, wurde bei den Innersubjekteffekten die Greenhouse-Geisser-Korrektur angewendet.

Die Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt, $F(1.51, 108.67) = 66.61$, $p < .001$. Wie man aus dem Interaktionsdiagram 11 sehen kann, gab es über alle Gruppen hinweg eine Abnahme im BMI von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 3. Der Haupteffekt für den Faktor Gruppe wurde nicht signifikant, $F(2, 72) = 1.34$, $p = .27$. Über alle Messzeitpunkte hinweg gab es also keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf den BMI zwischen den Gruppen. Des Weiteren zeigte die Varianzanalyse die für die Hypothese relevante Interaktion zwischen dem Faktor Messzeitpunkt und dem Faktor Gruppe, $F(3.02, 108.67) = 3.09$, $p < .05$. Aus dem Interaktionsdiagramm wird deutlich, dass die Abnahme des BMI in der Experimentalgruppe größer ist, als in den anderen beiden Gruppen.

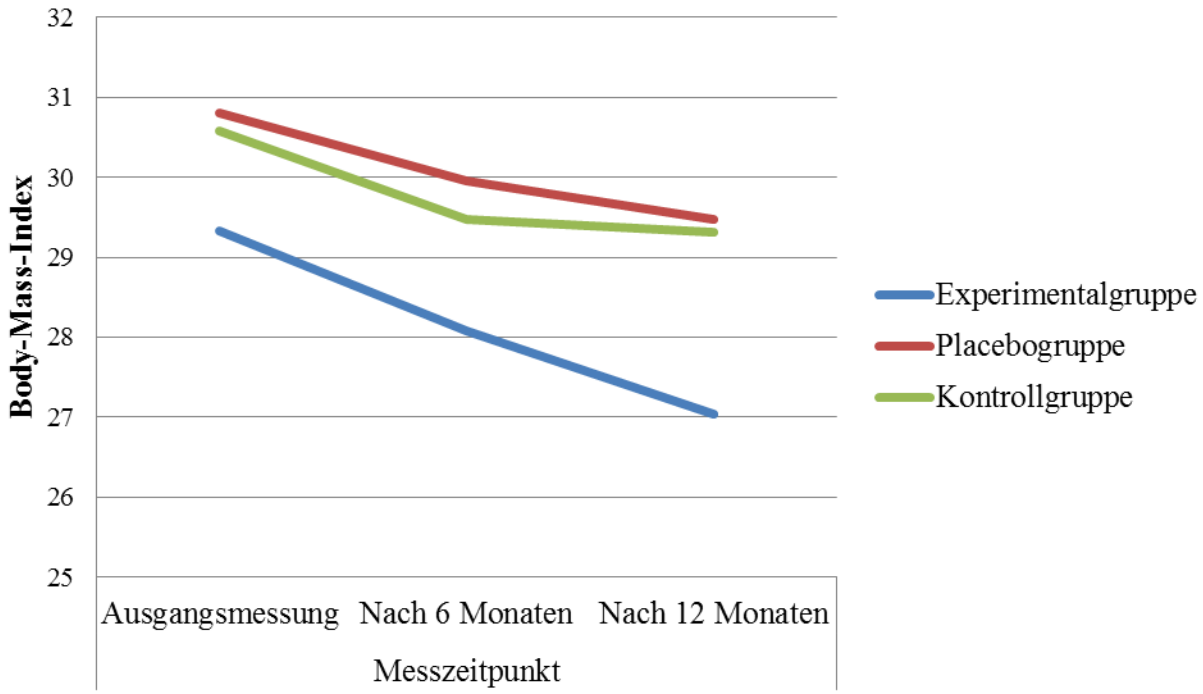


Abbildung 11: BMI für die drei Gruppen in Abhängigkeit zum Messzeitpunkt

Taille-Hüft-Quotient

Deskriptive Darstellung

Tabelle 6: Mittelwerte des THQ der drei experimentellen Gruppen zu den drei Messzeitpunkten (mit Standardabweichungen in Klammern)

	Gruppen		
Messzeitpunkt	***Experimentalgruppe***	***Placebogruppe***	***Kontrollgruppe***
Ausgangsmessung	.97 (.13)	.96 (.13)	.94 (.11)
Nach 6 Monaten	.92 (.11)	.93 (.12)	.91 (.11)
Nach 12 Monaten	.86 (.09)	.91 (.12)	.91 (.09)

Ergebnisse der Varianzanalyse

Vergleich der Ausgangswerte

Um die Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf die Ausgangsmessung zu vergleichen, wurden paarweise Vergleiche durchgeführt. Kein Vergleich wurde signifikant, $F(2, 72) = .58$, $p = .56$. In Bezug auf die Ausgangsmessung gibt es also keine signifikanten Unterschiede im THQ.

Überprüfung

Da Mauchly's Test signifikant wurde, wurde bei den Innersubjekteffekten die Greenhouse Geisser Korrektur angewendet.

Die Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt, $F(1.61, 115.79) = 50.72$, $p < .001$. Wie man aus dem Interaktionsdiagram 12 sehen kann, gab es über alle Gruppen hinweg eine Abnahme im THQ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 3. Der Haupteffekt für den Faktor Gruppe wurde nicht signifikant, $F(2, 72) = .16$, $p = .86$. Über alle Messzeitpunkte hinweg gab es also keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf den THQ zwischen den Gruppen. Des Weiteren zeigte die Varianzanalyse die für die Hypothese relevante Interaktion zwischen dem Faktor Messzeitpunkt und dem Faktor Gruppe, $F(3.22, 115.79) = 7.39$, $p < .05$. Aus dem Interaktionsdiagramm wird deutlich, dass die Abnahme des THQ in der Experimentalgruppe größer ist, als in den anderen beiden Gruppen.

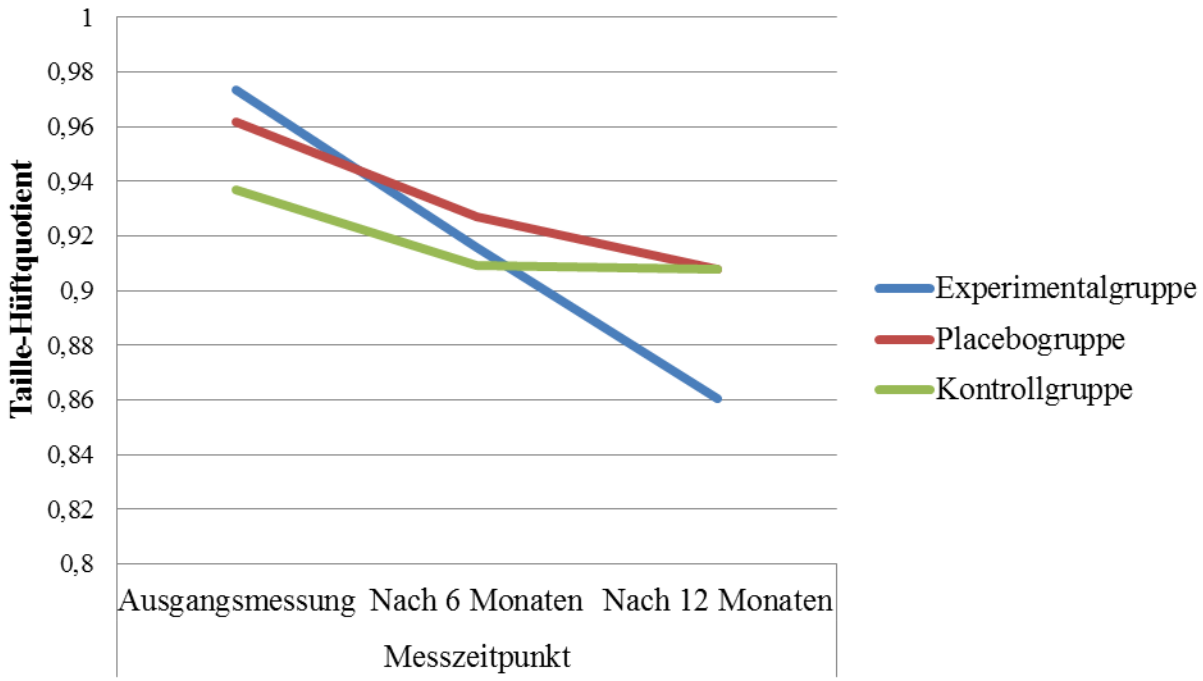


Abbildung 12: THQ für die drei Gruppen in Abhängigkeit zum Messzeitpunkt

Körperfett

Deskriptive Darstellung

Tabelle 7: Mittelwerte des Körperfetts der drei experimentellen Gruppen zu den drei Messzeitpunkten (mit Standardabweichungen in Klammern)

	Gruppen		
Messzeitpunkt	***Experimentalgruppe***	***Placebogruppe***	***Kontrollgruppe***
Ausgangsmessung	.39 (.08)	.39 (.07)	.37 (.07)
Nach 6 Monaten	.37 (.07)	.38 (.07)	.35 (.07)
Nach 12 Monaten	.35 (.06)	.36 (.07)	.35 (.07)

Ergebnisse der Varianzanalyse

Vergleich der Ausgangswerte

Um die Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf die Ausgangsmessung zu vergleichen, wurden paarweise Vergleiche durchgeführt. Kein Vergleich wurde signifikant, $F(2, 68) = .48$, $p = .62$. In Bezug auf die Ausgangsmessung gibt es also keine signifikanten Unterschiede im Körperfett.

Überprüfung

Da Mauchly's Test signifikant wurde, wurde bei den Innersubjekteffekten die Greenhouse Geisser Korrektur angewendet.

Die Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt, $F(1.38, 94.06) = 43.14$, $p < .001$. Wie man aus dem Interaktionsdiagram 13 sehen kann, gab es über alle Gruppen hinweg eine Abnahme im Körperfett von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 3. Der Haupteffekt für den Faktor Gruppe wurde nicht signifikant, $F (2, 68) = .16$, $p = .86$. Über alle Messzeitpunkte hinweg gab es also keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf das Körperfett zwischen den Gruppen. Die für die Hypothese relevante Interaktion zwischen dem Faktor Messzeitpunkt und dem Faktor Gruppe wurde bei dieser abhängigen Variable nicht signifikant, $F(2.77, 94.06) = 1.12$, $p = .34$. Aus dem Interaktionsdiagramm wird deutlich, dass die Abnahme des Körperfetts in der Experimentalgruppe ähnlich verläuft wie in den anderen beiden Gruppen.

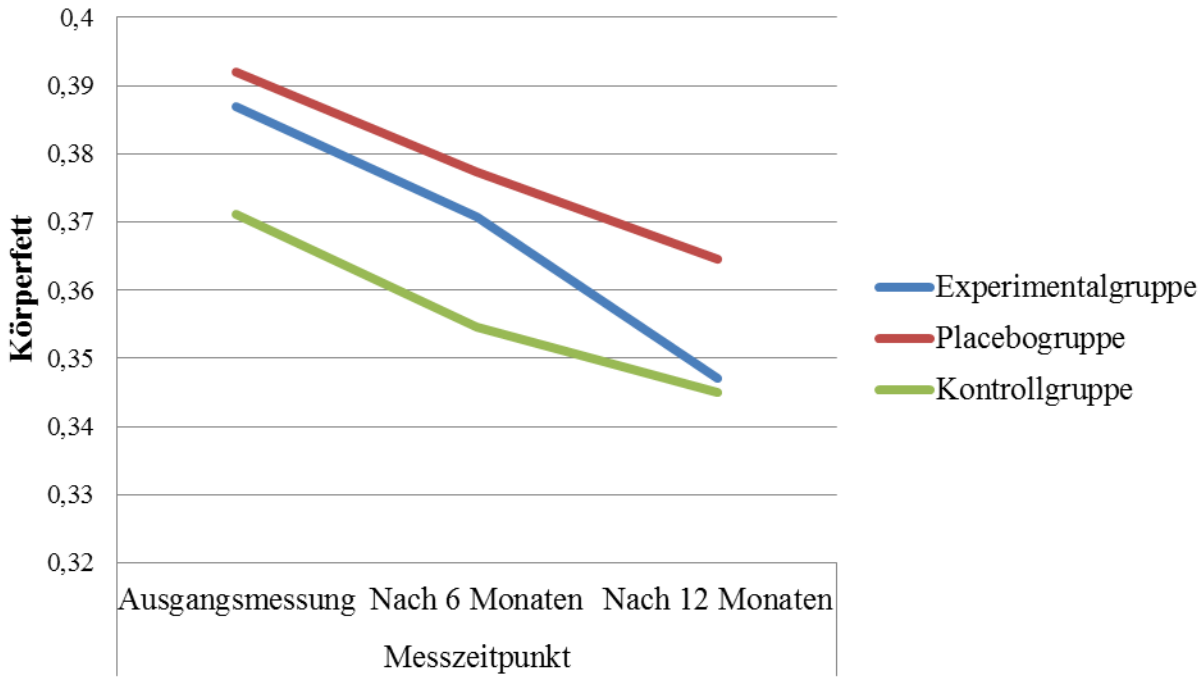


Abbildung 13: Körperfett für die drei Gruppen in Abhängigkeit zum Messzeitpunkt

Die Gruppen können in Bezug auf das Alter und auf die Mittelwerte bei der Ausgangsmessung als ähnlich betrachtet werden, da hier keine signifikanten Unterschiede gefunden wurden. In Bezug auf den Faktor Messzeitpunkt kann festgehalten werden, dass über alle Gruppen hinweg bei allen abhängigen Variablen eine Abnahme erfolgte. Signifikante Interaktionen bei den abhängigen Variablen Gewicht, BMI und THQ haben gezeigt, dass die Abnahme auf der Variablen durchgehend stärker in der Experimentalgruppe war im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen. Lediglich beim Körperfett gab es hier einen ähnlichen Verlauf über die Messzeitpunkte zwischen den Gruppen. Man kann sagen, dass das pädagogisch-mentale Modell zu signifikanten Veränderungen bei der Experimentalgruppe und zum Teil auch bei der Kontrollgruppe geführt hat.

2.4 Auswertung des Gewichtsreduktionsprozesses anhand von kognitiv evaluierbaren Kriterien

Zunächst wurde für jede Person die Summe auf allen Items des Selbstwirksamkeitsfragebogens pro Messzeitpunkt berechnet. Da die Items dieser Skalen an den Kontext der Gewichtsreduktion angepasst wurden, wurde zunächst eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Nach der Reliabilitätsanalyse wurde wie bei den anderen Hypothesen eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen durchgeführt (Field, 2013; George, Mallery, 2003).

Reliabilitätsanalyse

Die Reliabilitätsanalyse ergab für die Skala Selbstwirksamkeit zum ersten Messzeitpunkt ein Cronbach's Alpha von .71. Zum zweiten Messzeitpunkt lag Cronbach's Alpha bei .90. Laut George und Mallery (2003) kann das Cronbach's Alpha zum ersten Messzeitpunkt als akzeptabel eingestuft werden. Das Cronbach's Alpha zum zweiten Messzeitpunkt kann als exzellent eingestuft werden. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Reliabilität der Skalen trotz des Anpassens der Fragen an den Kontext der Gewichtsreduktion gegeben ist.

Deskriptive Darstellung

Tabelle 8: Summenscores der Selbstwirksamkeit der drei experimentellen Gruppen zu den zwei Messzeitpunkten (mit Standardabweichungen in Klammern)

	Gruppe		
Messzeitpunkt	***Experimentalgruppe***	***Placebogruppe***	***Kontrollgruppe***
Ausgangsmessung	16.32 (1.57)	16.44 (4.57)	15.56 (3.85)
Nach 12 Monaten	31.88 (1.56)	23.12 (4.96)	24.84 (4.24)

Ergebnisse der Varianzanalyse

Vergleich der Ausgangswerte

Um die Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf die Ausgangsmessung zu vergleichen, wurden paarweise Vergleiche durchgeführt. Kein Vergleich wurde signifikant, $F(2, 72) = .45$, $p = .64$. In Bezug auf die Ausgangsmessung gibt es also keine signifikanten Unterschiede in der Selbstwirksamkeit.

Überprüfung

Die Voraussetzung der Sphärizität kann bei lediglich 2 Messzeitpunkten als gegeben angesehen werden. Die Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt, $F(1, 72) = 588.67$, $p < .001$. Wie man aus dem Interaktionsdiagram 14 sehen kann, gab es über alle Gruppen hinweg eine Zunahme in der Selbstwirksamkeit von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Der Haupteffekt für den Faktor Gruppe wurde ebenfalls signifikant, $F(2, 72) = 13.69$,

p < .001. Über beide Messzeitpunkte hinweg gab es also einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Paarweise Vergleiche ergaben eine höhere Selbstwirksamkeit in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (p < .001) und zur Placebogruppe (p < .001). Kein Unterschied jedoch gab es zwischen der Kontrollgruppe und der Placebogruppe (p = 1.00). Die für die Annahme relevante Interaktion zwischen dem Faktor Messzeitpunkt und dem Faktor Gruppe wurde ebenfalls signifikant, F(2, 72) = 37.05, p < .001. Aus dem Interaktionsdiagramm wird deutlich, dass die Zunahme der Selbstwirksamkeit in der Experimentalgruppe stärker verläuft als in der Placebogruppe und in der Kontrollgruppe, während der Verlauf in der Placebogruppe und in der Kontrollgruppe nahezu identisch ist.

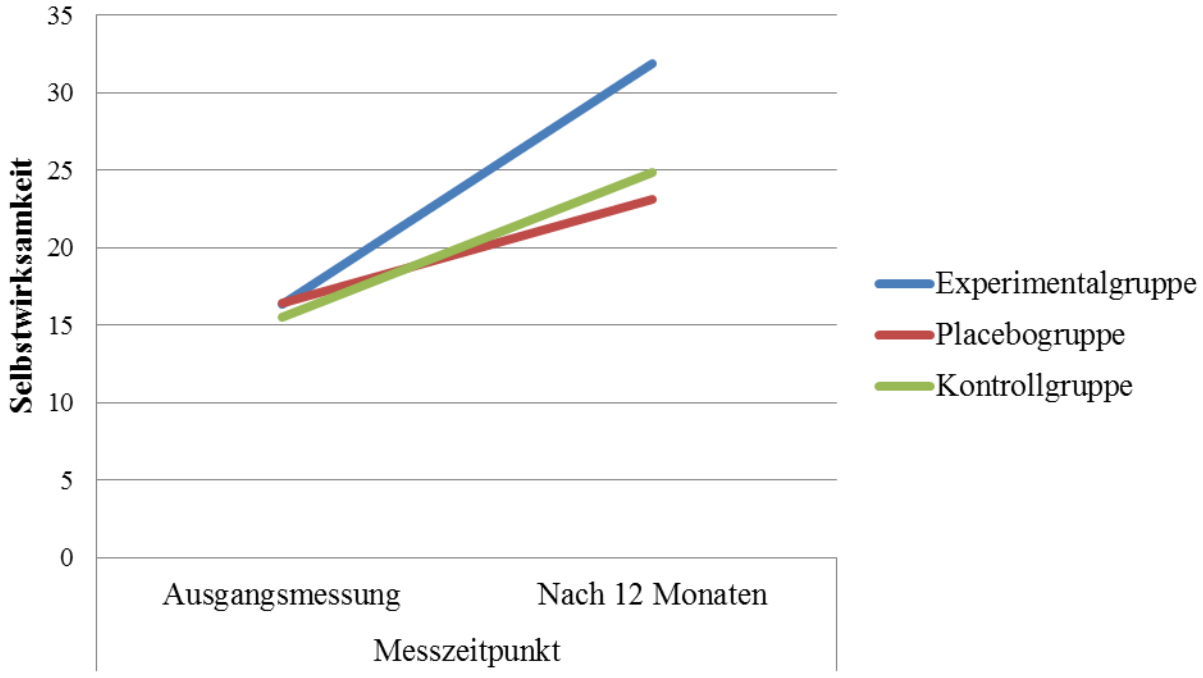


Abbildung 14: Selbstwirksamkeit für die drei Gruppen in Abhängigkeit zum Messzeitpunkt

Das Bedeutsame in der Gesamtauswertung liegt darin, den Erfolg der Gewichtsreduktion mit der Anwendung von pädagogisch-mentaler Methoden in Bezug zu setzen. Und dort hat sich in der Auswertung der Zahlen signifikant gezeigt, dass die kognitiv betreuten Personen grundsätzlich bessere Ergebnisse erzielen konnten. Die Auswertung des kognitiven Fragebogens hat hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartungsabfrage jedoch auch sehr signifikante Veränderungen aufgedeckt. So war in beiden Gruppen, die kognitiv betreut wurden, eine deutliche Verbesserung der Selbstwirksamkeit bei der Schlussbefragung zu sehen. Im Vergleich zeigten sich bei allen Probandinnen, die einen sehr guten Erfolg aufweisen konnten, eine ebenso signifikant verbesserte Selbstwirksamkeit und ein größeres Wohlbefinden. Sie waren nach der Maßnahme wesentlich zuversichtlicher und überzeugter, ihr Gewicht in den Griff zu bekommen und fühlten sich nach eigener Aussage wohler. Ein leichter tendenzieller Unterschied war zwischen der Gruppe Ernährung, Bewegung, soziale Verstärker und pädagogisch-mentaler Methoden und der Kontrollgruppe insofern zu sehen, dass die Gruppe Ernährung, Bewegung, soziale Verstärker und pädagogisch-mentaler Methoden einen ganz leichten „Vorsprung“ nicht nur in den Zahlen-Ergebnissen, sondern auch in der eigenen Einschätzung ihrer Selbstwirksamkeit und Wohlbefinden zeigte. Dies wird so interpretiert, dass die Gruppe es durch die Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen leichter hatte, ihr Bewusstsein, ihre Verhaltensänderung und ihre Lebensweise zu wecken, da schon Maßnahmen in Ernährung und Bewegung geboten wurden, welche die kognitive Gruppe erst selbst für sich finden und entwickeln musste.

Bezogen auf die einzelnen Fragen war auffällig, dass bei der 2. Frage zur Selbstwirksamkeit und Wohlbefinden (Die Lösung meines Gewichtsproblems gelingt mir auf jeden Fall, wenn ich mich darum bemühe und somit fühle ich mich wohler) nach der Maßnahme bis auf eine Teilnehmerin alle Teilnehmerinnen der 3. Placegruppe überzeugt waren, ihr Gewichtsproblem lösen zu können, auch wenn sie keinerlei Hilfestellung in den Bereichen Bewegung und Ernährung erhielten. Im Abschlussgespräch offenbarten 2/3 der Kontrollgruppe, dass sie ihre Ernährung umgestellt hätten, und 1/3 gab an, zusätzlich mit Sport wie Walking, Gymnastik oder Fitness-Studio-Besuche begonnen zu haben. Die Teilnehmerin, die sich indifferent zeigte, hatte zwar einen kleinen Erfolg in der Gewichtsabnahme erreicht, jedoch fühlte sie keinen Leidensdruck aufgrund ihres Übergewichts, weshalb ihre Veränderungsbereitschaft im Rahmen dieser Studie nicht geweckt werden konnte.

Weiterhin signifikant war das Ergebnis zum 9. Abfragesatz der Selbstwirksamkeit (Wenn mein Weg verändert werden muss, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.). Hier gab es einen kleinen Vorsprung der Gruppe Ernährung, Bewegung, pädagogisch-mentaler Methoden gegenüber der kognitiven Gruppe. Während in der Gruppe Ernährung, Bewegung, pädagogisch-mentaler Methoden bis auf eine Teilnehmerin alle der Meinung waren, neue Wege zu finden, wenn es für die weitere Zielerreichung nötig ist, waren in der kognitiven Gruppe 12 Teilnehmerinnen nicht ganz sicher, ob sie dazu imstande wären, auch wenn sie durchaus die Motivation dazu hatten. Dieser Sachverhalt kann so interpretiert werden, dass die rein kognitive Gruppe nicht mit Bewegungs- und Ernährungsinhalten vertraut gemacht wurde und daher für diese Überzeugung etwas mehr Zeit benötigt wird.

Insgesamt zeichnete sich jedoch bei allen Fragen zur Selbstwirksamkeit und Wohlbefinden bei der Gruppe Bewegung, Ernährung, soziale Verstärker und pädagogisch-mentaler Methoden ein leichter Vorsprung zur kognitiven Gruppe ab. Wenn man diesen Sachverhalt in Beziehung setzt zu den anthropometrischen Daten, welche wiederum der kognitiven Gruppe einen Vorsprung gegenüber der reinen Bewegungs- und Ernährungsgruppe bescheinigte, dann lässt sich einerseits daraus die Stärke der pädagogisch-mentalen Methoden ableiten sowie andererseits schlussfolgern, dass die Kombination aus Ernährung, Bewegung, Soziale Verstärker und pädagogisch-mentaler Methoden langfristig am erfolgreichsten sind.

Die neuen Erkenntnisse, dass das Gehirn lern- und umstellungsfähig ist, und somit alte Verhaltensmuster durch neue ersetzt werden und beibehalten werden können, haben in dieser Studie ihren Niederschlag finden können. Und von diesen, aus eigener Motivation und eigener Selbstüberzeugung gestalteten neuen Verhaltensabsichten ist jedwedes Handeln, jedwedes Ziel abhängig. Diese eigene Überzeugung ist die Grundlage, dass eine verfolgte Sache überhaupt ihr Ziel erreicht.

2.5 Veränderungen der empirischen Forschung zu nachhaltigen Zielbewusstheit und Freude an der Bewegungseinheit

Eine sinnvolle Methode, um zu analysieren, ob sich - getrennt nach Gruppe - von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 die Häufigkeitsverteilungen in Bezug auf die einzelnen Variablen verändert haben, ist der sogenannte Stuart Maxwell-Test. Dieser Test wurde für die drei Gruppen getrennt durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine Verallgemeinerung des sogenannten McNemar-Tests, welcher häufig in klinischen Settings verwendet wird. Man konnte bei den genannten Gruppen von Personen zu Messzeitpunkt 1 schauen, wie viele davon Veränderungen aufweisen oder nicht. Zu Messzeitpunkt 2 untersucht man dies nochmals. Anhand des McNemar-Tests kann dann überprüft werden, ob sich von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2 das Verhältnis verändert hat. Der Stuart Maxwell-Test überprüft genau dasselbe, kann jedoch verwendet werden, wenn es mehr als zwei Variablenausprägungen gibt, also bei einer K*K Matrix mit K > 2. Der Stuart Maxwell-Test konnte jedoch nicht mit SPSS durchgeführt werden.

Deskriptive Statistik

Tabelle 9: Häufigkeitstabelle der von der Experimentalgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Fähigkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

	Messzeitpunkt 2			
Messzeitpunkt 1	Immer	Mit Hilfe anderer	Jetzt keine Ziele	Total
Immer	3	0	0	3
Mit Hilfe anderer	10	3	6	19
Jetzt keine Ziele	2	0	1	3
Total	15	3	7	25

Wie man aus der Tabelle 9 sehen kann, gab es in der Experimentalgruppe hinweg eine Verbesserung der Variable „Fähigkeit Ziele zu setzen“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0,0002 und somit ist die Veränderung signifikant.

Tabelle 10: Häufigkeitstabelle der von der Placebogruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Fähigkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

	Messzeitpunkt 2			
Messzeitpunkt 1	Immer	Mit Hilfe anderer	Jetzt keine Ziele	Total
Immer	1	0	2	3
Mit Hilfe anderer	3	15	4	22
Jetzt keine Ziele	0	0	0	0
Total	4	15	6	25

Wie man aus der Tabelle 10 sehen kann, gab es in der Placebogruppe hinweg eine Verbesserung der Variable „Fähigkeit Ziele zu setzen“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0,0177 und somit ist die Veränderung signifikant.

Tabelle 11: Häufigkeitstabelle der von der Kontrollgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Fähigkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

	Messzeitpunkt 2			
Messzeitpunkt 1	Immer	Mit Hilfe anderer	Jetzt keine Ziele	Total
Immer	0	0	3	3
Mit Hilfe anderer	0	5	10	15
Jetzt keine Ziele	0	0	7	7
Total	0	5	20	25

Wie man aus der Tabelle 11 sehen kann, gab es in der Kontrollgruppe hinweg eine Verbesserung der Variable „Fähigkeit Ziele zu setzen“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0,0215 und somit ist die Veränderung signifikant.

Tabelle 12: Häufigkeitstabelle der von der Experimentalgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Zielbelastbarkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

	Messzeitpunkt 2			
Messzeitpunkt 1	Immer	Manchmal	Nie	Total
Immer	1	0	0	1
Manchmal	9	2	1	12
Nie	10	1	1	12
Total	20	3	2	25

Wie man aus der Tabelle 12 sehen kann, gab es in der Experimentalgruppe hinweg eine Verbesserung der Variable „Zielbelastbarkeit“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0, 0001 und somit ist die Veränderung signifikant.

Tabelle 13: Häufigkeitstabelle der von der Placebogruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Zielbelastbarkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

	Messzeitpunkt 2			
Messzeitpunkt 1	Immer	Manchmal	Nie	Total
Immer	1	2	2	5
Manchmal	0	0	0	0
Nie	2	13	5	20
Total	3	15	7	25

Wie man aus der Tabelle 13 sehen kann, gab es in der Placebogruppe hinweg eine Verbesserung der der Variable „Zielbelastbarkeit“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0, 0006 und somit ist die Veränderung signifikant.

Tabelle 14: Häufigkeitstabelle der von der Kontrollgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Zielbewusstheit_Zielbelastbarkeit in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

	Messzeitpunkt 2			
Messzeitpunkt 1	Immer	Manchmal	Nie	Total
Immer	2	2	0	4
Manchmal	0	15	0	15
Nie	0	6	0	6
Total	2	23	0	25

Wie man aus der Tabelle 14 sehen kann, gab es in der Kontrollgruppe hinweg eine Verbesserung der der Variable „Zielbelastbarkeit“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0, 0183 und somit ist die Veränderung signifikant.

Tabelle 15: Häufigkeitstabelle der von der Experimentalgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Freudiges Erlebnis in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2			Total
	Begeisterung am Anfang	Durchgehende Begeisterung	Keine Begeisterung	
Begeisterung am Anfang	8	2	0	10
Durchgehende Begeisterung	4	5	0	9
Keine Begeisterung	0	3	2	5
Total	12	10	2	24

Wie man aus der Tabelle 15 sehen kann, gab es in der Experimentalgruppe nur eine teilweise Verbesserung der Variable „Freudiges Erlebnis in der Bewegungseinheit " von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0, 1599 und somit ist die Veränderung nicht signifikant.

Tabelle 16: Häufigkeitstabelle der von der Placebogruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Freudiges Erlebnis in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2			Total
	Begeisterung am Anfang	Durchgehende Begeisterung	Keine Begeisterung	
Begeisterung am Anfang	9	1	9	19
Durchgehende Begeisterung	0	3	3	6
Keine Begeisterung	0	0	0	0
Total	9	4	12	25

Wie man aus der Tabelle 16 sehen kann, gab es in der Placebogruppe eine Verbesserung der Variable „Freudiges Erlebnis in der Bewegungseinheit " von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0, 0021 und somit ist die Veränderung signifikant.

Tabelle 17: Häufigkeitstabelle der von der Kontrollgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Freudiges Erlebnis in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2			Total
	Begeisterung am Anfang	Durchgehende Begeisterung	Keine Begeisterung	
Begeisterung am Anfang	9	0	0	9
Durchgehende Begeisterung	0	4	0	4
Keine Begeisterung	0	0	12	12
Total	9	4	12	25

Wie man aus der Tabelle 17 sehen kann, gab es in der Kontrollgruppe keine Verbesserung der Variable „Freudiges Erlebnis in der Bewegungseinheit " von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 1, 0000 und somit ist die Veränderung nicht signifikant (keine Veränderung).

Tabelle 18: Häufigkeitstabelle der von der Experimentalgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Besuch in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2			Total
	Immer	Manchmal	Unregelmäßig	
Immer	13	2	0	15
Manchmal	3	2	0	5
Unregelmäßig	2	1	2	5
Total	18	5	2	25

Wie man aus der Tabelle 18 sehen kann, gab es in der Experimentalgruppe nur eine leichte Verbesserung „Besuch der Bewegungseinheit" von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0, 2043 und somit ist die Veränderung nicht signifikant.

Tabelle 19: Häufigkeitstabelle der von der Placebogruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Besuch in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

	Messzeitpunkt 2			
Messzeitpunkt 1	Immer	Manchmal	Unregelmäßig	Total
Immer	0	0	0	0
Manchmal	0	6	5	11
Unregelmäßig	0	0	14	14
Total	0	6	19	25

Wie man aus der Tabelle 19 sehen kann, gab es in der Placebogruppe eine Verbesserung der Variable „Besuch der Bewegungseinheit“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0,0253 und somit ist die Veränderung signifikant.

Tabelle 20: Häufigkeitstabelle der von der Kontrollgruppe gewählten Antwortkategorien der Variable Freude_Besuch in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

	Messzeitpunkt 2			
Messzeitpunkt 1	Immer	Manchmal	Unregelmäßig	Total
Immer	0	0	0	0
Manchmal	0	6	0	6
Unregelmäßig	1	0	18	19
Total	1	6	18	25

Wie man aus der Tabelle 20 sehen kann, gab es in der Kontrollgruppe nur eine leichte Verbesserung der Variable „Besuch der Bewegungseinheit“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0, 6065 und somit ist die Veränderung nicht signifikant.

Das Bedeutsame in der Gesamtauswertung liegt darin, den Erfolg der Gewichtsreduktion mit der Anwendung von pädagogisch-mentalen Methoden für die Freude und Belastbarkeit in Bezug zu setzen. Und dort hat sich in der Auswertung der Zahlen nachweislich gezeigt, dass die geführten Gruppen sich über den Zeitraum verändern konnten.

So waren alle drei Gruppen in der Lage, sich Ziele zu setzen, und wiesen eine höhere Zielbelastbarkeit auf. Das freudige Erlebnis in der Bewegungseinheit der Placebo- und Kontrollgruppe wurde als besser empfunden als in der Experimentalgruppe, die nur zum Teil begeistert waren. Dies lässt annehmen, dass Bewegung als anstrengend empfunden wird und weniger als ein freudiges Erlebnis. Der Besuch der Bewegungseinheit wurde verstärkt von der Placebogruppe als ein freudiges Erlebnis angegeben, in der Experimental- und Kontrollgruppe konnte sich dieses Ergebnis nicht nachweisen lassen. Erfahrungen deuten darauf hin, dass der Besuch der Bewegungseinheit und die Begeisterung, sportlich aktiv zu sein, eher als anstrengend und als nötiges Übel angesehen werden.

Im Vergleich zeigten sich bei allen Probandinnen, die einen sehr guten Erfolg aufweisen konnten, verbesserte subjektive Parameter. Sie waren nach der Maßnahme wesentlich belastbarer, strukturierter und freudiger.

Schlussfolgerung

Die hier nun noch einmal skizzierten Untersuchungsergebnisse in Ihrer Gesamtschau führen zu der Schlussfolgerung, dass das pädagogisch-mentale Modell wirksam und daher sinnvoll ist, wenn Gewichtsreduktionsprogramme nachhaltig erfolgreich sein sollen.

Die Analyse für das Körpergewicht (siehe Tabelle 4, Seite 126) ergab einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt. Über alle Messzeitpunkte hinweg gab es einen nachweislichen Unterschied in Bezug auf das Körpergewicht zwischen den Gruppen (**EG:** Ausgangsmessung: 84,76 kg, nach 6 Monaten: 81.20 kg, nach 12 Monaten: 78,12 kg; **PG:** Ausgangsmessung: 89,80 kg, nach 6 Monaten: 87.80 kg, nach 12 Monaten: 86,48 kg; **KG:** Ausgangsmessung: 88,21 kg, nach 6 Monaten: 85.01 kg, nach 12 Monaten: 84,40 kg). Des Weiteren zeigte die Analyse die relevante Interaktion zwischen dem Faktor Messzeitpunkt und dem Faktor Gruppe. Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass die Gewichtsabnahme in der Experimentalgruppe größer ist als in den anderen beiden Gruppen. Bezüglich des Gewichtsverlustes in der Kontrollgruppe ist zur Vermeidung von Missverständnissen noch anzumerken, dass diese Gruppe zufällig zu Beginn ein höheres Ausgangsgewicht aufwies als die anderen beiden Gruppen. Dadurch ist es denkbar, dass die Kontrollgruppe augenscheinlich im Vergleich zur Placebogruppe erfolgreicher dasteht, was aber tendenziell eher daran liegen wird, dass es bei höherem Ausgangsgewicht einfacher ist, Gewicht zu verlieren. Da es jedoch hier hauptsächlich um die Experimentalgruppe geht, ist dieser Sachverhalt nicht von besonderer Relevanz, aber dennoch anzumerken.

Die Analyse beim Body-Mass-Index (siehe Tabelle 5, Seite 128) ergab einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt. Wie man aus der Tabelle 5 sehen kann, gab es über alle Gruppen hinweg eine Abnahme im BMI von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 3 (**EG:** Ausgangsmessung: 29,33, nach 6 Monaten: 28,09, nach 12 Monaten: 27,03; **PG:** Ausgangsmessung: 30,81, nach 6 Monaten: 29,96, nach 12 Monaten: 29,47; K**G:** Ausgangsmessung: 30,58, nach 6 Monaten: 29,47, nach 12 Monaten: 29,32). Der Haupteffekt für den Faktor Gruppe wurde

nicht signifikant. Aus der Tabelle 5 (Seite 128) wird deutlich, dass die Abnahme des BMI in der Experimentalgruppe größer ist, als in den anderen beiden Gruppen.

Die Varianzanalyse für den Taillen-Hüft-Quotienten (siehe Tabelle 6, Seite 130) ergab einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt. Wie man aus der Tabelle 6 (Seite 130) sehen kann, gab es über alle Gruppen hinweg eine Abnahme im THQ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 3 (**EG:** Ausgangsmessung: .97, nach 6 Monaten: .92, nach 12 Monaten: .86; **PG:** Ausgangsmessung: .96, nach 6 Monaten: .93, nach 12 Monaten: .91; **KG:** Ausgangsmessung: .94, nach 6 Monaten: .91, nach 12 Monaten: .91. Aus dem Interaktionsdiagramm wird deutlich, dass die Abnahme des THQ in der Experimentalgruppe größer ist, als in den anderen beiden Gruppen.

Die Auswertung bezüglich des Körperfetts (siehe Tabelle 7, Seite 132) ergab einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt. Wie man aus der Tabelle 7 (Seite 132) sehen kann, gab es über alle Gruppen hinweg eine Abnahme im Körperfett von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 3 (**EG:** Ausgangsmessung: .39, nach 6 Monaten: .37, nach 12 Monaten: .35; **PG:** Ausgangsmessung: .39, nach 6 Monaten: .38, nach 12 Monaten: .36; **KG:** Ausgangsmessung: .37, nach 6 Monaten: .35, nach 12 Monaten: .35. Der Haupteffekt für den Faktor Gruppe wurde nicht signifikant. Über alle Messzeitpunkte hinweg gab es also keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf das Körperfett zwischen den Gruppen. Die für die Hypothese relevante Interaktion zwischen dem Faktor Messzeitpunkt und dem Faktor Gruppe wurde bei dieser abhängigen Variable nicht signifikant. Aus den Auswertungen wird deutlich, dass die Abnahme des Körperfetts in der Experimentalgruppe ähnlich verläuft wie in den anderen beiden Gruppen. Die Hypothese konnte somit nicht bestätigt werden. Für die Körperfettmessung muss auch die Tatsache herangezogen werden, dass es ausgesprochen schwierig ist, Fett mit einem BIA-Gerät oder auch anders instrumentell zu messen, denn es gibt kein Gerät, dass das vorhandene Körperfett präzise von allen anderen Geweben abgrenzen und messen kann. Dies muss hinsichtlich der Zuverlässigkeit des Ergebnisses in Betracht gezogen werden.

Wie man aus der Tabelle 8 (Seite 136) sehen kann, gab es über alle Gruppen hinweg eine Zunahme in der Selbstwirksamkeit von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2 (**EG:** Ausgangsmessung: 16,32, nach 12 Monaten: 31.88; **PG:** Ausgangsmessung: 16,44, nach 12 Monaten: 23,12; **KG:** Ausgangsmessung: 15,56, nach 12 Monaten: 24,84; Der Haupteffekt für den Faktor Gruppe

wurde ebenfalls signifikant. Über beide Messzeitpunkte hinweg gab es also einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Paarweise Vergleiche ergaben eine höhere Selbstwirksamkeit in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe und zur Placebogruppe. Kein Unterschied jedoch gab es zwischen der Kontrollgruppe und der Placebogruppe. Die für die Hypothese relevante Interaktion zwischen dem Faktor Messzeitpunkt und dem Faktor Gruppe wurde ebenfalls signifikant. Aus der Tabelle 8 (siehe Seite 136) wird deutlich, dass die Zunahme der Selbstwirksamkeit in der Experimentalgruppe stärker verläuft als in der Placebogruppe und in der Kontrollgruppe, während der Verlauf in der Placebogruppe und in der Kontrollgruppe nahezu identisch ist.

Die subjektiven Parameter wie Zielbewusstheit, d.h. die Fähigkeit Ziele zu setzen, Zielbelastbarkeit, Freude und Besuch (siehe Tabellen 9-20, Seite 141-146) der Bewegungseinheit bei der Gruppe „Bewegung, Ernährung, soziale Verstärker und pädagogisch-mentaler Methoden“ wiesen einen leichten Vorsprung auf. Diese Ergebnisse werden nun in Schriftform dargestellt: In der Tabelle 9 (siehe Seite 141) ist zusehen, dass es in der Experimentalgruppe hinweg eine Verbesserung der Variable „Fähigkeit Ziele zu setzen“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2 gibt (Stuart Maxwell: p = 0,0002) und dass die Veränderung somit nachweisbar ist. Außerdem ist erkennbar, dass die Placebogruppe (Tabelle 10, siehe Seite 141) hinweg eine Verbesserung der Variable „Fähigkeit Ziele zu setzen“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2 aufweist. Nach Stuart Maxwell: p = 0,0177 ist die Veränderung somit signifikant. In der Tabelle 11 (siehe Seite 142) ist nachzuvollziehen, dass die Kontrollgruppe eine Verbesserung der Variable „Fähigkeit Ziele zu setzen“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2 erzielt. Laut Stuart Maxwell: p = 0,0215 ist die Veränderung ebenfalls signifikant. Wie man aus der Tabelle 12 (siehe Seite 142) entnehmen kann, gab es in der Experimentalgruppe hinweg eine Verbesserung der Variable „Zielbelastbarkeit“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 0, 0001 weist somit eine signifikante Veränderung auf. Die Placebogruppe hingegen (Tabelle 13, siehe Seite 143) hat eine Verbesserung der Variable „Zielbelastbarkeit“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Nach Stuart Maxwell: p = 0, 0006 ist die Veränderung erneut signifikant. Die Kontrollgruppe (Tabelle 14, siehe Seite 143) hat hinweg eine Verbesserung der Variable „Zielbelastbarkeit“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell weist einen Wert von: p = 0, 0183 auf und zeigt eine signifikante Veränderung.

Wie man in der Tabelle 15 (siehe Seite 144) sehen kann, gab es in der Experimentalgruppe nur eine teilweise Verbesserung der Variable „Freudiges Erlebnis in der Bewegungseinheit “ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell zeigt somit: p = 0, 1599 und ist in der Veränderung nicht signifikant. In der Tabelle 16 (siehe Seite 144) wird ersichtlich, dass die Placebogruppe eine Verbesserung der Variable „Freudiges Erlebnis in der Bewegungseinheit “ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2 hat. Nach Stuart Maxwell: p = 0, 0021 ist die Veränderung signifikant. Wie die Tabelle 17 (siehe Seite 145) zeigt, gab es in der Kontrollgruppe keine Verbesserung der Variable „Freudiges Erlebnis in der Bewegungseinheit “ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell: p = 1, 0000 erweist somit eine nicht signifikante Veränderung. In der Experimentalgruppe ist nur eine leichte Verbesserung „Besuch der Bewegungseinheit“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2 nachgewiesen. Stuart Maxwell hat einen Wert von: p = 0, 2043 und hat somit eine nicht signifikante Veränderung (Tabelle 18, siehe Seite 145). Wie man aus der Tabelle 19 (siehe Seite 146) entnehmen kann, gab es in der Placebogruppe eine Verbesserung der Variable „Besuch der Bewegungseinheit“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Laut Stuart Maxwell: p = 0,0253 mit einer signifikanten Veränderung. In der Tabelle 20 (siehe Seite 146) wird ersichtlich, dass die Kontrollgruppe nur eine leichte Verbesserung der Variable „Besuch der Bewegungseinheit“ von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 2. Stuart Maxwell zeigt einen Wert von: p = 0, 6065 und weist somit eine nicht signifikante Veränderung auf.

In der Gesamtbetrachtung der Zahlen ist erkennbar, dass die geführten Gruppen sich über den Zeitraum verändern konnten. Wenn man diesen Sachverhalt in Beziehung setzt zu den anthropometrischen Daten, zu der Selbstwirksamkeit, welche wiederum der kognitiven Gruppe einen Vorsprung gegenüber den anderen Gruppe bescheinigte, dann lässt sich einerseits daraus die Stärke des pädagogisch-mentalen Trainings ableiten sowie andererseits schlussfolgern, dass die Kombination aus Ernährung, Bewegung, soziale Verstärker und pädagogisch-mentalem Training langfristig am erfolgreichsten ist.

Die pädagogisch-mentalen Maßnahmen des Konzepts haben im Einzelnen folgende Hintergründe gehabt und zu folgenden Schlussfolgerungen geführt:

Durch die *klassischen Lerntheorien* (Gudjons, 1994). und hier ganz besonders die *konstruktivistischen Modelle* (Gerstenmaier, Mandl, 1995) konnte es wie erwartet und gewünscht gelingen, die

individuelle innere Welt der Probandinnen sowie deren Gefühle zu berücksichtigen, um diese individuell in die anderen Maßnahmen einzubinden. Es wurde dabei ersichtlich, dass ein Zusammenhang zwischen Freude und Glücksempfinden einerseits und Sport und einer gesunden Lebensweise andererseits besteht und diese Konzepte in Wechselwirkung miteinander stehen. Das heißt konkret, dass Sport, gesunde Ernährung und eine gesunde Lebensweise für Freude und ein Glücksgefühl sorgen, wenn gesetzte Ziele erreicht oder Hürden überwunden wurden. Andersherum ist man aufgrund dieser positiven Erlebnisse wiederum freudiger und motivierter, Sport zu treiben und sich gesund zu ernähren. Weiterhin wurde deutlich, dass unsere Umwelt bestimmt, welche Gene in unserem Körper aktiviert werden, sodass mentales Training einen Einfluss auf physische Erwartungshaltungen ausüben kann.

Mit dem m*entalen Training* (Daugs, Blischke, 1996; Eberspächer, 2001), hier insbesondere der *Selbstgesprächsregulation*, gelang es, in inneren Gesprächen neues Verhalten immer wieder neu zu reflektieren, zu verändern und zu trainieren. Daraus wiederum konnte sich eine stärkere Selbstwirksamkeit entwickeln, die ja auch in den Gesprächen und statistischen Auswertungen sichtbar geworden ist. Es wurde jedoch weiterhin deutlich, dass das ideomotorische Training bei wissenschaftlichen Untersuchungen und in der sportpsychologischen Betreuung wesentlich häufiger zur Anwendung kommt, weshalb diese Methode Bestandteil des hier dargestellten Konzepts ist.

Die Arbeit mit *Attributionen* (Peterson, Seligman, 1984) war insofern sinnvoll, als diese Maßnahme den Probandinnen die Möglichkeit gab, Ursachen aus der Vergangenheit zu erkennen, die dazu führen, dass gewünschte Wege im Jetzt dennoch nicht umgesetzt werden. Das Sichtbarmachen dieser individuellen Vorgeschichten der guten und schlechten Erfahrungen erleichterte den Frauen enorm, aufgrund neuen Verständnisses auch neue Wege zu gehen. Die grundlegende Annahme des gelernten Optimismus (Seligmann, 1991) wurde übertragen und dabei die Erwartung bestätigt, dass die mit einem optimistischen Attributionsstil verbundenen Verhaltensmuster gleichzeitig den Gewichtsreduktionsprozess fördern. Interventionen, wie sie in diesem Fall durch die Selbstgesprächsregulation erfolgten, können also unterstützend auf den optimistischen Attributionsstil einwirken, der wichtig für die Reduktion des Gewichts ist.

Salutogenetische Arbeitsmodelle (Antonovsky, 1997), welche darauf zielten, vorhandene Ressourcen zu bestärken, anstatt an Schwächen anzusetzen, wurden hier ganz besonders unter dem

Aspekt einbezogen, da es sich bei den Probandengruppen um Frauen handelte, welche eher dazu neigen als Männer, sich an dem zu messen, was sie nicht können, und zu wenig ihre Stärken zu sehen. Durch die salutogenetische Herangehensweise ist es den Frauen schließlich gelungen zu lernen, wer sie sind, was sie ausmacht und über welche Ressourcen und Stärken sie verfügen, um Verhalten zu verändern. Sie dienten im Rahmen dieser Arbeit der Verknüpfung inhaltlicher Kenntnisse aus bestehenden Konzepten zu einem ganz neuen pädagogisch-mentalen Konzept. Dies ermöglichte ein Erreichen der gesetzten Ziele zu einem höheren Grad.

Arbeitsschritte auf Basis des *Transtheoretischen Modells* (Prochaska, Norcross, Di Clemente, 1997) haben beabsichtigt und bewirkt, dass die Probandinnen den Status quo ihrer eigenen Entwicklung immer ganz aktuell reflektieren konnten und sich viel besser und immer ganz aktuell auf den Stufen ihrer eigenen Wegstrecke selbst abbilden, erkennen und fortbewegen konnten. Auf der Basis dieses Modells war eine aktuelle Verfolgung der jeweiligen Entwicklungsstufen der Probandinnen vom Anfang bis zum Ziel möglich.

Das *MindConcept* (Decker, 2010) sollte die Frage klären, was frühzeitig getan werden kann, wenn erwartete Erfolge ausbleiben. Damit konnte gesichert werden, dass Misserfolge nicht mutlos machten, sondern effizient und wirksam Wegänderungen entwickelt wurden. Deckers MindConcept stellte einen wichtigen Teil des Mentaltrainings da und sorgte im Zweifelsfall für eine frühzeitige Problemerkennung und -lösung.

Transaktionale Stresstheorie (Lazarus,1995) und die *Selfish-Brain-Theorie* (Steinkamp, Fuellgraf, Moser, 2007; Peters, A. et al., 2007; Oltmanns, Melchert, Scholand-Engler, Howitz, Schultes, Schweiger, Hohagen, Born, Peters, Pellerin, 2008) wurden als „theoretische Begleiter“ eingesetzt, die den Probandinnen wertvolles modernes Wissen aus der Hirnforschung um den Zusammenhang von Stress und Körpergewicht vermitteln sollten. Dabei wurde im Rahmen der Selfish-Brain-Theorie deutlich, dass mentales Training und Entspannungstraining einer übermäßigen Speicherung von Energie in Stresszuständen und damit einer Gewichtszunahme bzw. Übergewicht entgegenwirken kann. Vor allem die in diesem Wissen enthaltene Kenntnis davon, dass alleine eine erfolgreiche Sichtänderung von Dingen und wie man sie erreicht, ein Erfolgsbaustein für ein gestecktes Ziel ist, war ein wichtiger Lehrbestandteil der Maßnahmen.

Die Motivstrukturanalyse als Messverfahren aus der Persönlichkeits- und Motivationspsychologie erwies sich als äußerst nützlich bei der Durchführung eines gezielten und passgenauen Moti-

vationstrainings oder Coachings, das auf der Erfassung der individuellen menschlichen Motivstruktur basierte. Bei der Aufdeckung potenzieller Blockaden oder Hindernisse bei Motivation und Zielerreichung und beim darauffolgenden „Freimachen“ bzw. Freihalten des Weges hilft das Praxismodell der Motivation nach Rheinberg, das die sieben Ansätze des Kennenlernens der eigenen Motivationsprobleme (Sensibilisierung), der Bewusstmachung der Quellen der Freude und der Änderungswünsche, der Entwicklung von Zielen, des Aufsuchens regelmäßiger Rückmeldungen, der Ausschaltung von Hindernissen und der Suche nach Formen der Unterstützung umfasst. Die im Rahmen des Motivationsprogramms dargestellten theoretischen Punkte wurden im Zielsetzungstraining berücksichtigt und halfen schließlich bei der wirksamen Formulierung, Verankerung und Verwirklichung von Zielen. Das Zielsetzungstraining umfasste dabei die schriftliche Zielfixierung nach der SMART-Formel (vgl. Heiner, 1996), die bewusste Differenzierung zwischen Ergebnisziel und Handlungszielen, das Zerlegen des Endziels in Zwischenziele sowie die Zielverankerung im Unterbewusstsein der Probanden durch Visualisierung.

Das Konzept der *Selbstwirksamkeit* nach Schwarzer und der damit verbundene Abfragekatalog zu deren Überprüfung wurden im Rahmen dieser Studie abgewandelt und an die Thematik des pädagogisch-mentalen Modells angepasst. Die neuen Erkenntnisse, dass das Gehirn lern- und umstellungsfähig ist, und somit alte Verhaltensmuster durch neue ersetzt werden und beibehalten werden können, haben in dieser Studie ihren Niederschlag finden können.

Außerhalb der eingangs zusammengefassten Ergebnisse der Statistik von biometrischen und kognitiven Werten sowie des Resümees der einzelnen pädagogisch-mentalen Bestandteile hat natürlich auch das spezifische Mrs. Sporty-Ernährungs- und Bewegungskonzept einen wichtigen Beitrag zum Gesamterfolg geleistet. So war es mit dem Mrs. Sporty-Konzept möglich, den Probandinnen einerseits ein alltagstaugliches Ernährungsprogramm an die Hand zu geben, das leicht in ihr Leben einzubringen ist und sehr viel Spielraum ermöglicht, und andererseits ein ausgewogenes und gut integrierbares Bewegungsprogramm anzubieten. Sämtliche Maßnahmen-Bestandteile waren stets unter der notwendigen Mitwirkung sozialer Verstärker zu sehen. Da der Mensch niemals losgelöst von seinem sozialen Eingebundensein in Familie, Partner- bzw. Freundschaft und Gesellschaft gesehen werden kann, ist der Bereich der sozialen Verstärker ein zusätzlicher wichtiger Bereich des pädagogisch-mentalen Modells. Auch Freude an der Bewegungseinheit konnte als wichtiger Faktor für eine höhere Zielbelastbarkeit der Probandinnen und bessere Ergebnisse

identifiziert werden. Auch andersherum führte dadurch die Begeisterung bei der sportlichen Aktivität zur Freude und größeren Belastbarkeit der Teilnehmerinnen.

In dieser Studie ist deutlich geworden, dass pädagogisch-mentale Methoden Gewichtsreduzierungsprogramme erfolgreicher macht. Es wurde dabei als zentrale Aussage auch offenbar, dass im Zentrum des erfolgreichen Handelns der Mensch selbst steht mit seiner ureigenen Motivation, seiner Überzeugung und seinem festen Willen, ein gestecktes Ziel zu erreichen. Diese Kräfte und Ressourcen im Menschen in einer Zeit, welche - wie schon eingangs in den einleitenden Worten zur Problemstellung erörtert - geprägt ist von Stress, Hektik, Bewegungsarmut und all den besprochenen Zivilisationsleiden, wiederzuerwecken und zu beleben, ist die herausfordernde Aufgabe des salutogenetisch und motivational orientierten pädagogisch-mentalen Methoden. In den Ausführungen zum gegenwärtigen Kenntnisstand wurde schon bemerkt, dass der Mensch durchaus den Wunsch zu selbstbestimmtem und eigenverantwortlichem Leben in sich trägt. Dass den Menschen in einer Zeit wie der heutigen die Umsetzung und Gestaltung eines solchen selbstbestimmten Lebens nicht immer leicht fällt, ist nicht weiter verwunderlich. Die vielfältigen Reize, Anforderungen, Eindrücke und Änderungen im Lebensalltag führen zwangsweise häufig zu Erschöpfung und Resignation. Ein pädagogisch-mentales Modell, wie es hier im Bereich der Gewichtsreduzierung erfolgreich eingesetzt wurde, bietet auch in allen anderen problematischen Lebenslagen einen Ausweg aus Überforderung und Ratlosigkeit hin zu guten Zielen, Lebensfreude und Ausgeglichenheit. Denn wenn es gelungen ist, den Menschen ihre Selbstwirksamkeit zurückzugeben, das heißt ihre Überzeugung, dass sie mit ihren Ressourcen die Ziele erreichen können, die ihnen etwas bedeuten, dann sind einige Zivilisationsprobleme auf gutem Wege, gelöst zu werden. Dieser Erfolg ist aber nur gewährleistet, wenn einerseits auf Basis der modernen Neurowissenschaften der Zusammenhang von Hirnfunktion, Stress und Übergewicht, aber auch von anderen Problemen erkannt wird und andererseits die persönliche und ganz individuelle Motivlage des jeweiligen Menschen berücksichtigt wird.

Auch ist zu überlegen, ob man in einer in Zeitspanne und Teilnehmeranzahl größer angelegten Studie weitere Forschungen unternimmt, die das Ergebnis untermauern und die zudem aufzeigen könnten, dass der Einsatz pädagogisch-mentaler Methoden den Erfolg von Gewichtsreduktionsprogrammen nicht nur stärkt, sondern auch wirklich nachhaltiger macht. Ebenso ist es sinnvoll,

Maßnahmen für andere Zielgruppen zu entwickeln. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Männer und Kinder und Jugendliche in diesbezüglichen Studien unterschiedlich zu betreuen sind.
Zudem ist zu überlegen, ob man mit pädagogisch-mentalen Methoden schon bestehende Ernährungs- und Bewegungsprogramme in anderen kommerziellen Fitnessanlagen ergänzt sowie auch derartige Angebote anderer Institutionen auf diese Weise erweitert.
Kommerzielle Gesundheitseinrichtungen als Zielort von Bewegung, Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion bergen mit ihren Besonderheiten vielversprechende Chancen für die Gesundheitsförderung. Es werden in dieser Arbeit die vielfältigen Variationen im Hinblick auf Angebot und Umsetzung einer Ernährungs- und Gesundheitsberatung unter Einbezug mentaler Formen dargestellt und das bestehende Interesse eines expandierenden Bereichs der privatwirtschaftlichen Freizeitindustrie an gesundheitsfördernden Programmen aufgezeigt. In einer dieser Studie vorausgehenden Strukturanalyse ausgewählter Fitness-Studios in der Stadt und im Raum Kiel wurde die Frage geklärt, inwieweit sie geeignet sind, eine derart geplante Gesundheitsberatung anzubieten. Sowohl die vorhandenen und angestrebten Angebotsstrukturen in den Bereichen Ernährung, Sport und Entspannung als auch das Kundenpotenzial und das Interesse der Studiobesitzer bringen alle Voraussetzungen für ein entsprechendes mehrdimensionales und interdisziplinäres Beratungskonzept mit (Lauch, 1998). Die Erklärung der Auswahl der umfassenden Analysemethoden und -instrumente muss dabei in Anlehnung an die vorab formulierten Leitfragen und Bestimmungsfaktoren erfolgen.
Doch nicht nur innerhalb des hier spezifisch eingrenzten Rahmens der Gewichtsreduzierung in kommerziellen Gesundheitseinrichtungen macht der Einsatz der beschriebenen Maßnahmen Sinn. Er ist überall dort nützlich, wo im Dienste der Gesundheit gehandelt werden soll. Hier bestehen enorme Möglichkeiten, in den Menschen durch kompetente motivationale Betreuung mehr Willen zur Selbstverantwortung für ihre Gesundheit zu wecken.

Thesen zu Verteidigung der Dissertation

1. Bewegung, Ernährung, soziale Verstärker und pädagogisch-mentale Methoden als Einheit, die systematisch Verhalten verändern und nachweislich evaluieren, sind die Grundlagen für ein nachhaltiges individuelles Wohlfühlgewicht der Frauen.

2. Nach Testung zur Selbstwirksamkeit und dem subjektiven Kriterien anhand der anthropometrischen Daten, ist erkennbar, dass kognitives Training über Lern- und Umstellungsfähigkeit des Gehirns und ihre empirische Überprüfung die Gewichtsreduktion konstant verbessern.

3. Im Zeitalter der Technologien und Bewegungslosigkeit der modernen Frauen, ist für ihr nachhaltiges und individuelles Wohlbefinden bei der Gewichtsreduktion, ein entwickeltes Modell des Systems pädagogisch-mentaler Methoden wirksam.

Literatur

1. Abele, A./Brehm, W.(1990): Sportliche Aktivität als gesundheitsbezogenes Handeln. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Hogrefe, Göttingen, S. 131-150.
2. Abele A./ Brehm W./ Gall T. (1994): Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In: Abele A, Becker P (Hrsg). Wohlbefinden: Theorie, Empirie. Diagnostik. Juvents, Weinheim; 279-296
3. Abramson, L.Y./ Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
4. Alfermann, D./Stoll, O.(1996): Befindlichkeitsveränderungen nach sportlicher Aktivität. Sportwissenschaft 26: 406-424.
5. Allmer, H./Niehues, C.(1989): Individuelle Erholungsmaßnahmen nach mentalen Arbeitsanforderungen unter Berücksichtigung der sportlichen Aktivität. In: Allmer, H./Appell, H.-J.: Regeneration im Sport – Sport als Regeneration. Band 2. H. Richarz, Sankt Augustin. S. 164-183.
6. American College of Sports Medicine (2000): Exercise and Type 2 Diabetes. Position Stand. Med Sci Sports Exerc. (2000) 1345-1360.
7. American College of Sports Medicine (2000): Exercise and Type 2 Diabetes. Position Stand. Med Sci Sports Exerc. (2000) 1345-1360.
8. American College of Sports Medicine (2004): Exercise and Hypertension. Position Stand. Med Sci Sports Exerc.,533-553.

9. American College of sports medicine (2006): Resource manual for guidelines for exercise testing and prescripiton. 5th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia-Baltimore.
10. American College of Sports Medicine (2009): ACSM´s Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 8th Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
11. Antonovsky, A.(1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Dgvt-Verlag, Tübingen.
12. Aspinwall, L.G. / Richter, L. (1999). Optimism and self-mastery predict more rapid disengagement from unsolvable tasks in the presence of alternatives. Motivation and Emotion, 23, 221-245.
13. Ayyad, C. / Andersen, T. (1994): A comprehensive literature study of long-term efficacy of dietary treatment of obesity (abstract). International Journal of Obesity 18 (Suppl.2): 303.
14. Bachman JL / Raynor HA (2012): Effects of Manipulating Eating Frequency During a Behavioral Weight Loss Intervention: A Pilot Randomized Controlled Trial. Obesity 20. 985-92
15. Bandura, A.: Lernen am Modell (1976): Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie. Klett, Stuttgart.
16. Bandura, A. (1979) : Sozial-kognitive Lerntheorie. Klett-Cotta, Stuttgart.
17. Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

18. Bandura, B. / Elkeles, T. / Grieger, B. / Huber, E. / Kammerer, W. (Hrsg.) (1993). Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung: Dokumentation des Kongresses vom 28.-30. April 1989 in Berlin. Mabuse, Frankfurt.
19. Bandura, Albert (1994): Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behaviour (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press
20. Bandura, A.: Self-efficacy (1997): The exercise of control. Freeman, New York.
21. Banzer W. / Knoll M, Bös K. (1998) Sportliche Aktivität und physische Gesundheit. In: Bös K, Brehm W (Hrsg). Gesundheitssport: Ein Handbuch. Hofmann, schorndorf; 17-32
22. Baum, M. / Liesen, H. (1998): Sport und Immunsystem. Dtsch Ärztebl 95 (1998) 10, A5385-541.
23. Benecke A. / Vogel H. (2003). Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16, S. 9–12, Robert-Koch-Institut, Berlin. Defense of my thesis
24. Bengel, J. (2002): Was erhält Menschen gesund? Antonowsky Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. BZgA, Köln.
25. Berlin, J. A. / Colditz, G. A. (1990): A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. Am J Epidemiol 132 (1990) 4, 612-628.
26. Bertéus Forslund H et al. (2002): Meal patterns and obesity in Swedish woman – a simple instrument describing usual meal types, frequency and temporal distribution. Eur J Clin Nutr 56. 740–747
27. Bigger, R. (1998): Medizinische Kräftigungstherapie beim chronischen Lumbalsyndrom. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 18, 3, S. 73.

28. Biesalski, H. K. / Liebermeister, H. / Remke, H. / Lehnert, H. (1992): Langzeittherapie des Übergewichtes – effiziente therapeutische Ansätze und Prognosen. Aktuelle Ernährungs-Medizin 17: 1-6.
29. Bischoff-Wanner, Claudia: Empathie in der Pflege. Bern 2002.
30. Björvell H, Rössner S (1992). A ten-year follow-up of weight change in severely obese subjects treated in a behavioural modification programme. Int J Obes. 16: 623–625).
31. Blair, S. N. et al. (1984): Physical fitness and the incidence of hypertension in healthy normotensive men and women. JAMA 252, 4, 487-490.
32. Blair, A. / Hall, C. / Leyshon, G. (1993): Imagery effects on the performance of skilled and novice soccer players. Journal of Sports Sciences, 11, 95-101.
33. Blair, S. N. et al. (1996): Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. JAMA 276 (1996) 205-210.
34. Borg, P. / Fogelholm, M. / Kukkonen-Harjula, K. (2004): "Food selection and eating behaviour during weight maintenance Intervention and 2-y follow-up in obese men," International Journal of Obesity, vol. 28, no. 12, pp. 1548–1554.
35. Born, J. / Peters, A / Pellerin, L. (2008): Differential energetic response of brain vs. skeletal muscle upon glycemic variations in healthy humans. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol, 294:R12-R16; Steinkamp, M./Li,T./Fuellgraf,
36. Boule, N. et al. (2001): Effects of Exercise on Glycemic Control and Body Mass in T2DM. A Meta-analysis of controlled Clinical Trials. JAMA 286, 1218-27.

37. Brehm, W. / Abele, A.(1992): Auswirkungen sportlicher Aktivität. In: Baumann, H. (Hrsg.): Altern und körperliches Training. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, S. 93-113.
38. Brehm W. / Bös K. / Opper E. / Saam J. (2002) Gesundheitsprogramme in Deutschland. Hofmann, Schorndorf.
39. Brem-Gräser, L.(1993): Handbuch der Beratung für helfende Berufe. Band 3. E. Reinhardt, München, Basel.
40. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2002). Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.
41. Buskies, W. / Boeckh-Behrens, W.-U.(1996): Gesundheitsorientiertes Fitnesstraining. Band 2, 2. Aufl., Wehdemeier Pusch, Lüneburg.
42. Carpenter, William, B. (1974). Principles of Mental Physiology: With their Applications to the Training and Discipline of the Mind and the Study of its comorbid Conditions.
43. Carver, C.S. / Scheier, M.F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A controll-process view. Psychological Review, 97, 19-35.
44. Coffee, P. / Rees, T. (2011). When the chips are down: Effects of attributional feedback on self-efficacy and task performance following initial and repeated feedback. Journal of Sports Science, 29, 235-245.
45. Cohn, Ruth C.: Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart 1983.
46. Colette, A. T. / Chiappetta, E. L. (1984). Science instruction in the middle and secondary schools. St. Louis, Toronto, Santa Clara: Times Mirror/Mosby College Publ. S. 515.

47. Crews, D. J. / Landers, D. M. (1987): A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors. Med Sci Sports Exerc. 19, 5, 114-120.
48. Cumming, J. / Hall, C. (2002). Athletes' use of imagery in the off-season. The Sport Psychologist, 16, 160-172.
49. Daugs, R. / Blischke, K. (1996). Sportliche Bewegung zwischen Kognition und Motorik. In R. Daugs, K. Blischke, F. Marschall & H. Müller (Hrsg.), Kognition und Motorik (S. 13-35). Hamburg: Czwalina.
50. Decker, F.: Alles beginnt im Kopf. Lexika Verlag 1999.
51. Decker, F.: Erfolgreich sein Leben meistern. Via Nova Verlag 2003.
52. Decker, F.: Die Kunst gesund zu leben. Via Nova Verlag 2010.
53. De Castro JM (2004): The time of day of food intake influences overall intake in humans. J Nutr 134. 104–111
54. DGSP (2007). S 1 Leitlinie Vorsorgeuntersuchung im Sport.
55. Denner, A. (1998) : Analyse und Training der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1998.
56. Deuser, W.E. / Anderson, C.A. (1995). Controllability attributions and learned helplessness: Some methodological and conceptual problems. Basic and Applied Psychology, 16, 297-318.
57. Deutsche Adipositasgesellschaft (2007): Evidenzbasierte Leitlinie. Prävention und Therapie der Adipositas.
58. Diedrichsen, I.(1996): Möglichkeiten der Beeinflussung des Ernährungsverhaltens. Ernährungs-Umschau; 43: 136-9.

59. Dietrich, K. / Heinemann, K. / Schubert, M.(1990): Kommerzielle Sportanbieter: eine empirische Studie zu Nachfrage, Angebot und Beschäftigungschancen im privaten Sportmarkt. Beiträge zu Lehre und Forschung im Sport. Hofmann-Verlag, Schondorf.
60. Driskell, J. / Copper, C. / Moran, A. (1994): Does mental practice enhance performance? Journal of Applied Psychology, 79, 481-492.
61. Doidge, N. / Neubauer, J.(2008): Neustart im Kopf. Wie das Gehirn sich selbst repariert. Campus.
62. Donnelly, J. et al.: Appropriate Physical Activity Intervention Strategies for Weight Loss and Prevention of Weight Regain for Adults. Med Sci Sports Exerc. 41 (2009) 459-471.
63. Douketis, J.D. / Macie, C. / Thabane, L. / Williamson, D. F. (2005): Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. International Journal of Obesity, vol. 29, no. 10, pp. 1153-1167.
64. Ebbeling CB et al (2012): Effects of Dietary Composition on Energy Expenditure During weight-loss maintenance, JAMA, 307(24): 2627 – 2634
65. Eberspächer, H. (2001). Mentales Training. München: Sportinform.
66. Eberspächer, H. / Immenroth, M. / Mayer, J. (2002). Sportpsychologie - Ein zentraler Baustein im modernen Leistungssport. Leistungssport, 32.
67. Eberspächer, H.(2007): Mentales Training. 7. durchges. NA. Copress Sportinform, München.
68. Eberspächer, Hermann (1994): Zur Selbstgesprächsregulation siehe auch weiterführend zum Vergleich ein Beispiel aus dem Sportbereich, welches durchaus vergleichbar zur hier behandelten Problematik gesehen werden kann. Seite 41, Abb. 12.

69. Eichler M (1998). Offener und verdeckter Sexismus. Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.), Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik (S. 34–49). Bern: Verlag Hans Huber.
70. Ehrentreich, m. / Rosenbaum, N. / Wöhrlin, F. (2005): Ernährungssoftware im Vergleich. Landinfo 6, S. 54.
71. Epstein, M. (1980): The relationship of mental imagery and mental rehearsal to performance of a motor task. Journal of Sport Psychology, 2, 211-220.
72. Etnier, J.L. / Landers, D.M. (1996): The influence of procedural variables on the efficacy of mental practice. The Sport Psychologist, 10, 48-57.
73. Fatouros, I. G. / Taxildaris, K. / Tokmakidis, S. P. et al. (2001): The effects of strength training, cardiovascular training and their combination on flexibility of inactive older adults. In: International Journal of Sports Medicine 23 (2001), S. 112-119.
74. Feltz, D.L. / Landers, D.M. (1983): The effects of mental practice on motor skill learning and performance: A meta-analysis. Journal of Sport Psychology, 5, 25-57.
75. Field, A. P. (2013). Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (fourth edition). London: Sage publications.
76. Franck, H. / Hohmann, W. (2001): Verbesserung der Funktionskapazität, der Schmerzhaftigkeit und der Leistungsfähigkeit bei Patienten mit Osteoporose durch ein spezielles Sportrehabilitationstraining. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 52, 2, S. 63-67.

77. Foster, G. D. / Wadden, T. A. / Phelan, S. et al.(2001): Obese patients` perceptions of treatment outcomes and the factors that influence them. Arch Intern Med; 161 (17): 2133-9.
78. Freud, S. (1926, 1925). Hemmung, Symptom und Angst. Leipzig-Vienna-Zurich: Verlag Internationale Psychoanalyse.
79. Froböse, I. / Wallmann, B. (2012) im Internet: DKV-Report „Wie gesund lebt Deutschland?“ http://www.dkv.com/downloads/121005_DKV-Report_Wie_gesund_lebt_Deutschland_2012.pdf
80. Friman, P. C. / Allen, K. D. / Kerwin, M. L. / Larzelere, R. (1993). Changes in Modern Psychology: A Citation Analysis of the Kuhnian Displacement Thesis. In American Psychologis. 48 (6). 658-664.
81. Flaa, L. / Sandvik, S. E. / Kjeldsen et al. (2008): Does sympathoadrenal activity predict changes in body fat? An 18-y follow-up study. In: Am. J. Clin. Nutr. 87, 1596-1601.
82. Galani C. / Schneider H. (2007). Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: Review and meta-analysis. Int J Public Health. 52:348–359. 2007.
83. George, D. / Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
84. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2003): Übergewicht und Adipositas. Robert Koch Institut GBE-Heft 16.
85. Gerstenmaier, J. / Mandl, H. (1995). Wissenserwerb unter konstruktivistischer Perspektive. In Zeitschrift der Pädagogik. Heft 41/1995. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

86. Gillham, J.E. / Reivich, K.J. / Shatté, A.J. (2002). Building optimism and preventing depressive symptoms in children. In E.C. Chang (Ed.), Optimism & Pessimism: implications for theory, research and practice (pp. 301-320). Washington, D.C.: APA Press.
87. Graves, J. / Franklin, B. (2001): Resistance training for health and rehabilitation. Human Kinetics.
88. Greenglass, E.R. (2002). Proactive Coping. In E. Frydenberg (ED.), Beyond oping: Meeting goals, vision, and challenges (pp. 37-62). London, UK: Oxford University Press.
89. Gollwitzer, P. M. (1996): Das Rubikonmodell der Handlungsphasen. Hrsg. von Kuhl, En. J./Heckhausen, H.: Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung, Seite 4, Motivation und Emotion; Bd. 4, Motivation, Volition und Handlung. Hogrefe, Göttingen
90. Gölz, C. / Schwarzer, R. / Fuchs, R.(1998): Selbstwirksamkeit zu gesunder Ernährung: Erprobung eines Messinstruments an Patienten mit Fettstoffwechselstörungen. Journal of Public Health, Vol. 6 Nr. 1, Springer, Berlin, Heidelberg.
91. Gottlob, A. (2001): Differenziertes Krafttraining. Urban & Fischer, München – Jena
92. Grawe, K.(2000): Psychologische Therapie. Hogrefe & Huber, Seattle, Toronto, Bern, Göttingen.
93. Gröschke, D. (1992). Psychologische Grundlagen der Heilpädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
94. Gudjons, H. (1994). Pädagogisches Grundwissen. 2. Auflage. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

95. Gudjons (1994) / Gröschke, D. (1992). Psychologische Grundlagen der Heilpädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt. Werden zu dieser Fußnote zwei Quellen aufgeführt: Gudjons und Gröschke?

96. Hall, C. / Mack, D.E. / Paivio, A. / Hausenblas, H.A. (1998). Imagery use by athletes: Development of the sport imagery questionnaire. International Journal of Sport Psychology, 29, 73-89.

97. Hardy, L. / Callow, N. (1999): Efficacy of external and internal visual imagery perspective for the enhancement of performance on tasks in which form is important. Journal of Sport & Exercise Psychology, 21, 95-112.

98. Haskell, W. (2007): Dose-Response Issue in Physical Activity, Fitness, and Health. In: BOUCHARD, C. et al.: Physical Activity and Health. Human Kinetics, Champaign, 303-317.

99. Hayden, J. A. et al.: Systematic Review: Strategies for Using Exercise Therapy To Improve Outcomes in Chronic Low Back Pain. Ann Intern Med 142 (2005) 776-785.

100. Heuer, H. (1985). Wie wirkt mentale Übung? Psychologische Rundschau, 36, 191-200.

101. Hebebrand, J./ Dabrock P., Lingenfelder, M., Mand, E. Rief, W. & Voit, W. (2004). Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven. Deutsches Ärzteblatt, 101 (37), A 2468–2474.

102. Heckhausen, H./Heckhausen, H.(2005): Motivation und Handeln. 3. Auflage. Springer, Berlin.

103. Heckhausen, H.(1989): Volition: Realisieren von Intentionen. In Heckhausen, H.: Motivation und Handeln. 2. Auflage. Springer, Berlin.

104. Heider, M (1996): Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Freiburg. (Hrsg.)

105. Helfferich C (1994). Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität. Opladen: Leske & Budrich.

106. Hermann, H. D. / Eberspächer, H.(1994): Psychologisches Aufbautraining nach Sportverletzungen. Training der Selbstgesprächsregulation. BLV Verlag, S. 41 ff.

107. Hession M. / Rolland C. / Kulkarni U. / Wise A. / Broom J. (2009): Systematic review of randomized controlled trials of low-carbohydrate vs. low fat/ low calorie diets in the management of obesity and its comorbidities. Obes Rev;10:36 – 50.

108. Heuer, H. (1985). Wie wirkt mentale Übung? Psychologische Rundschau, 36, 191-200

109. Hinshaw, K.E. (1991). The effects of mental practice on motor skill performance: Critical evaluation and meta-analysis. Imagination, Cognition and Personality, 11, 3-35.

110. Hollmann, W. / Strüder, H. (2003): Gehirngesundheit, -leistungsfähigkeit und körperliche Aktivität. Dtsch Z Sportmed 54, 9, 265-266.

111. Horx, M.(2005): Der Selfness-Trend. Was kommt nach Wellness?

112. Huber, L.G. (1975). Lernen. München: Bayerischer Schulbuch Verlag.

113. Hurrelmann K (2000). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.

114. Immenroth, M. (2002). Die Restriktions-Hypothese. Ein Erklärungsansatz für die Lern- und Leistungssteigerung durch Mentales Training. In B. Strauß, M. Tietjens, N. Hagemann & A. Stachelhaus (Hrsg.). Expertise im Sport (S. 111-112). Köln: bps.

115. Immenroth, M. (2003). Mentales Training in der Medizin. Anwendung in der Chirurgie und Zahnmedizin. Hamburg: Kovač.

116. Immenroth, M. / Eberspächer, H. / Hermann, H.-D.(2008): Training kognitiver Fertigkeiten. In: Beckmann, J./Kellmann, M. (Hrsg.): Anwendungen der Sportpsychologie. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie 5, Bd. 2, Hogrefe, Göttingen, S. 119-176.

117. Immenroth, M. / Eberspächer, Hans / Hermann, Hans-Dieter (o. J.). Training kognitiver Fertigkeiten. Universität Heidelberg.

118. Jacobs, E. J. / Newton, C. / Wang, Y. / Patel, A / McCullough, M/Campbell, P./Thun, M. / Gapstur, S.(2010): Waist Circumference and All-Cause Mortality in a Large US Cohort. Arch Intern Med.; 170(15):1293-1301.

119. James PT. / Leach R. / Kalamara E. / Shayeghi M. (2001). The worldwide obesity epidemic. Obes Res. 4: 228–233.

120. Jarvis, M. (1999). Sport Psychology. London: Routledge.

121. Jastrow, J.A. (1892). Study of involuntary movements. American Journal of Psychology, 4, 398-407.

122. Zitiert nach Kahlert, D. (2011): Beispiel eines pessimistischen Attributionsstils für das negative Ereignis eines nicht eingehaltenen Trainingsplanes: „Mir gelingt es nie meine Pläne umzusetzen. Das geht mir in allen Lebensbereichen so. “Beispiel eines optimistischen Attributionsstils für das negative Ereignisse eines nicht eingehaltenen Trainingsplanes: „Das liegt lediglich daran, dass ich Überstunden machen musste. Nächste Woche klappt bestimmt.“

123. Kanfer, F. H. / Goldstein, A. P.(1977): Möglichkeiten der Verhaltensänderung. Helping People Change. Urban & Schwarzenberg, München – Wien – Baltimore.

124. Kant AK et al. (1997): Evening eating and subsequent long-term weight change in a national cohort. Int J Obes Relat Metab Disord 21. 407–412

125. Kennedy, G. C. (1953).„he role of depot fat in the hypothalamic control of food intake in the rat. In: Proc. R. Soc. London Ser. 140 , 578-592.

126. Knoll K.-P. / Hauner H.(2008): Kosten der Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland - Eine aktuelle Krankheitskostenstudie Adipositas 2008 (Vol. 2), Heft 4 2008; 204-210.

127. Kramer FM. / Jeffery RW. / Forster JL, Snell MK (1989). Long-term follow-up of behavioral treatment of obesity: patterns of weight gain among men and women. Int J Obes. 13: 124–136.

128. Kraus, W. E. et al. (2002) Effects of the Amount and Intensity of Exercise on Plasma Lipoproteins. New Engl J Med 347 (2002) 1483-1492.

129. Krämer S. / Walter KD (1995). Effektives Lehren in der Erwachsenenbildung. Ismaning: Hueber-Holzmann Verlag.

130. Krieger, M. (1921): Über die Atrophie der menschlichen Organe bei Initiation. Z. Angew. Anat. Konstitutionsl. 7, S. 87-134.

131. Krämer S. / Walter KD (1995). Effektives Lehren in der Erwachsenenbildung. Ismaning: Hueber-Holzmann Verlag.

132. Körner, Jürgen: Einfühlung. Über Empathie. In: Forum der Psychoanalyse. Springer-Verlag 1998.

133. Kubera, B. Hubold, C. / S. Zug et al. (2012). The brain's supply and demand in obesity. In: Front. Neuroenerg. 4:4. doi: 10.3389/fnene.2012.00004 (2012).
134. Lamirand, M. / Rainey, D. (1994): Mental imagery, relaxation, and accuracy of basketball foul shooting. Perceptual and Motor Skills, 78, 1229-1230.
135. Lau, J.Y.F. / Rijsdijk, F. / Eley, T.C. (2006). I think, therefore I am: a twin study of attributional style in adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47, 696-703.
136. Lauch, S.: Strukturanalyse ausgewählter Fitness-Studios in der Stadt und im Raum Gießen unter besonderer Betrachtung einer möglichen Institutionalisierung von Gesundheitsberatung mit dem Schwerpunkt Ernährung. Unveröffentlichte Diplomarbeit des Instituts für Ernährungswissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen, 1998.
137. Lazarus, R. S. / Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), Stres. Theorien, Untersuchungen und Maßnahmen (S. 213-259). Bern: Huber.
138. Lazarus, R.S. / Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
139. Lazarus, R. S. (1995). Stress- und Stressbewältigung - ein Paradigma. In S. Filipp (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse (3. Aufl., S. 198-232). Weinheim: Beltz.
140. Lazarus, R. (1999). Stress and emotion: A new synthesis. New York
141. Lazarus, R. (1991b). Emotion and Adaptation. New York, NY: Oxford University Press.
142. Lee, C. D. / Folsom, A. R./ Blair, S. N. (2003): Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. In: Stroke 34, 10, S. 2475-2481.

143. Lee, I. M. (et al. 2007): Physical Activity, Fitness and Cancer. In: BOUCHARD, C. Physical Activity and Health. Human Kinetics, Champaign Il, 205-218.
144. Lean ME. / Han TS, Morrison CE. (1995) Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. BMJ; 311: 158-161
145. Leon, A. S. / Sanchez, O. A. (2001): Response of blood lipids to exercise training alone or combined with a dietary intervention. Med Science Sports Exercise 33, 502-515
146. Liekam, Stefan: Empathie als Fundament pädagogischer Professionalität. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität, München 2004.
147. Linz, L.(2009): Erfolgreiches Teamcoaching. Ein sportpsychologisches Handbuch für Trainer. Meyer & Meyer Verlag ,Aachen.
148. Lipton, B. (2006): Intelligente Zellen. Wie Erfahrungen unsere Gene steuern. KOHA Verlag.
149. Lotze, R.H. (1852). Medizinische Psychologie oder Physiologie der Seele. Leipzig: Weidmann'sche Buchhandlung.
150. Martin, K.A. / Hall, C.R. (1995). Using mental imagery to enhance intrinsic motivation. Journal of Sport & Exercise Psychology, 17, 54-69.
151. Martinsen, E. W. (1988/1998): Physical training as a therapeutic method in depression. In: Tidsskr nor Laegeforen 11, 109, S. 1175-1176.Sportmedizin 18, 3, S. 73.
152. Mannion, A. F. et al. (2001): Comparison of three active therapies for chronic low back pain: results of a RCT with one-year follow-up. J Rheumatol 40, 772-778.

153. Maschewsky-Schneider U. (Hrsg.). (1996). Frauen – das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit: ein Beitrag aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. Opladen: Leske + Budrich.
154. Maschewsky-Schneider U. (1994). Frauen leben länger als Männer. Sind sie auch gesünder? Zeitschrift für Frauenforschung, 12 (4), 28–38.
155. Maschewsky-Schneider U. (1997). Frauen sind anders krank: zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Weinheim: Juventa-Verlag. S. 16.
156. Massey, B. A. / Chaudet, N. L. (1956): Effects of systematic, heavy resistance exercise on range of movement in young adults. In: Research Quaterly 27, S. 41-51.
157. Maturana HR. / Varela FJ (1987). Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens. München: Goldmann.
158. Maturana, H. / Varela, F. (2006). Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. 12. Auflage. München: Goldmann Verlag.
159. Mayer, J. / Hermann, H.-D.(2009): Mentales Training. Grundlagen und Anwendung in Sport, Rehabilitation, Arbeit und Wirtschaft. Springer, Heidelberg.
160. Mayer, R. E. (1992). Cognition and Instruction: Their Historic Meeting Within Educational Psychology. In The Journal of Educational Psychology. 84 (4), 405–412.
161. Mayer, J. (1953): Glucostatic mechanism of regulation of food intake. In: N Engl J Med 249, 13-16.
162. Mayring, P. (1991). Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer.
163. Meinert Larsen, T. et al (2010): Diets with High or Low Protein Content and Glycemic Index for Weight-Loss Maintenance, N Engl J Med; 363: 2012 – 2113

164. Mewes, I. / Stich, A. / Habermüller, M.-S. / Revenstorf, D.(2003): Gewichtsreduktion unter Hypnose und Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 24. JG. (4), 499-512.

165. Mikulincer, M. (1986). Attributional process in the learned helplessness paradigm: Behavioral effects of global attributions. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1248-1256.

166. Mokdad AH, Serdula MK, Dietz WH, Bowman BA et al (1999) The spread of the obesity epidemic in the United States. J Am Med Assoc. 282: 1519– 1522.

167. Muckelbauer, R. / Sarganas, G. / Grüneis, A. / Müller-Nordhorn, J. (2013): Association between water consumption and body weight outcomes: a systematic review. In: The American Journal of Clinical Nutrition; 98(2):282-99. doi: 10.3945/ajcn.112.055061.

168. Mulder, T. (2007): Das adaptive Gehirn. Über Bewegung, Bewusstsein und Verhalten. Thieme, Stuttgart.

169. Müller, H. (1997): Kognition und motorisches Lernen. Psychologie und sport, 4, 74-91.

170. Munroe, K.J. / Giacobbi, P.R. / Hall, C. / Weinberg, R. (2000). The four Ws of imagery use: Where, when, why, and what. The Sport Psychologist, 14, 119-137.

171. Munzert, J. (1988). Der Erwerb von Motorik-Schemata bei Bewegungsabfolgen. In R. Daugs (Red.), Neuere Aspekte der Motorikforschung (S. 218-227). Köln: dvs.

172. Munzert, J. (2001a). Bewegungsvorstellungen - Bewegungshandlungsvorstellungen. In D. Hackfort (Hrsg.), Handlungspsychologische Forschung für die Theorie und Praxis der Sportpsychologie (S. 49-63). Köln: bps.

173. Munzert, J. / Reiser, M.(2007): Vorstellung und mentales Training. In: Mechling, H./Munzert, J. (Hrsg.): Handbuch Bewegungswissenschaft – Bewegungslehre. Hofmann, Schorndorf, S. 219-230.

174. Munzert, J. (2001b). Vorstellung und Bewegung. In J. Nitsch & H. Allmer (Hrsg.): Denken - Sprechen - Bewegen. Bericht über die 32. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie (asp) (S. 41-56). Köln: bps.

175. Murphy, S.M. / Jowdy, D.P. (1992): Imagery and mental practice. In T.S. Horn (Ed.), Advances in Sport Psychology (pp. 221-250). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.

176. Mokdad AH. / Serdula MK. / Dietz WH. / Bowman BA et al (1999).The spread of the obesity epidemic in the United States. J Am Med Assoc. 282: 1519–1522.

177. Moser, H. A. (2007): K (ATP)-dependent neurotransmitter release in the neuronal network of the rat caudate nucleus. Neurochem Int 50, 159-163; Schweiger, U. et al.(2008): Disturbed glucose disposal in patients with major depression; application of the glucose clamp technique. Psychosom. Med. 70, 170-176, S. 10-13.

178. Myer DG (2005). Myers Psychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

179. Neber, H. / Köller, O. (2001). Entdeckendes Lernen. In Rost, D. (Hrsg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. 2. Auflage. Weinheim: Beltz-PVU.

180. Nefiodov, L. A. (2007): Der sechste Kondratieff. Rhein-Sieg-Verlag, St. Augustin.

181. Nelson, K.M. / Weinsier, R.L./Long, C. L./Schutz, Y. (1992): Prediction of resting energy expenditure from fat-free mass and fat mass. In: American Journal of Clinical Nutrition 56 (1992), S. 848-856.

182. Nieman, D. C. et al. (1993): Physical activity and immune function in elderly women. Med Sci Sports Exerc. 25 (1993) 823-831

183. O'Donnell, M. J. et al. (2010): Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the Interstroke study): a case-control study. Lancet, 376 (9735), 112-23.

184. Oltmanns, K. M. / Melchert, U. H. / Scholand-Engler, H. G. / Howitz, M. C. / Schultes, B. / Schweiger, U. / Hohagen, F. / Schiffer E.: Wie Gesundheit entsteht - Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Beltz, Weinheim 2001.

185. Paasch, R. (2010) Masterthesis: Macht kognitives Training Ernährung- und Bewegungs-programme zur Gewichtsreduktion erfolgreicher. H:G Hochschule für Gesundheit und Sport, Berlin.

186. Paivio, A. (1985). Cognitive and motivational functions of imagery in human performance. Canadian Journal of Applied Sports Science, 10, 22-28.

187. Palmer MA. / Capra S. / Baines SK. (2009): Association between eating frequency, weight and health. Nutr Rev 67. 379-90

188. Pascual-Leone, A. / Dang, N. / Cohen, L.G. / Brasil-Neto, J.P., Cammarota, A. & Hallett, M. (1995): Modulation of muscle responses evoked by trancranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills. Journal of Neurphysiology, 74, 1037-1045.

189. Perri MG. / Corsica JA (2002). Improving the maintenance of weight lost in behavioral treamtent of obesity (357-379) In: Wadden TA, Stunkard AJ, Handbook of obesity trea-tment. The Guilford Press, New York.

190. Peters, A. / Schweiger, U. / Pellerin, L./ Hubold, C. / Oltmanns, K. M. / Conrad, M./Schultes, B. / Born, J. / Fehm, H. L. (2004): The selfish brain: competition for energy resources. Neurosci Biobehav Rev 28:143–180.

191. Peters, A. (2005): Selfish Brain-Theorie. Adipositas und Diabetes besser verstehen. Hintergrundbericht. Universität Lübeck, Lübeck. Im Internet: http://www.diaetologen.at/blueline/upload/pmpipetersselfishbrain.pdf (Zugriff am 28.07.2010).

192. Peters, A. et al. (2007): The Principle of Homeostasis in the Hypothalamus-Pituitary-Adrenal System: New Insight from positive Feedback. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 293, 83-98

193. Peters, A. / Langemann, D. (2009): Build-ups in the supply chain of the brain: on the neuroenergetic cause of obesity and type 2 diabetes mellitus. In: Front Neuroenerg. 1:2. doi:10.3389/neuro.14.002.2009.

194. Peters, A.(2011): Das egoistische Gehirn. Warum unser Gehirn Diäten sabotiert und gegen den eigenen Körper kämpft. Ullstein.

195. Peterson, C. / Seligman, M.E.P. / Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology, 55, 23-27.

196. Peterson, C. / Bossio, L.M. (2002). Optimism and physical well-being. In E.C. Chang (Ed.), Optimism & Pessimism: implications for theory, research and practice (pp. 127-146). Washington, D.C.: APA Press

197. Peterson, C. / Seligman, M.E.P. (1984). Causal exlanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. Psychological Review, 41, 253-259.
198. Piaget, J. (2003). Meine Theorie der geistigen Entwicklung. Weinheim: Beltz.
199. Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zum Europäischen Kardiologen Kongress 2010 in Stockholm.
200. Pressemitteilung DIfE Potsdam, 26.11.2010
201. Prinz, W. (1985). Ideomotorik und Isomorphie. In O. Neumann (Hrsg.), Perspektiven der Kognitionspsychologie (S. 39-62). Berlin: Springer.
202. Prochaska, J. O. / Norcross, J. C. / Di Clemente, C. C. (1997). Jetzt fange ich neu an. Droemersche Verlagsanstalt, München.
203. Pudel, V. (1983): Verhaltenstheoretische Grundlagen von Ernährungsberatungsprogrammen. In: Teuteberg, H. J.(Hrsg.): Ernährungserziehung und Ernährungsberatung. Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsverhalten e. V., Beiheft der Ernährungs-Umschau, Frankfurt: Umschau, 63-66.
204. Pudel, V. (1991): Praxis in der Ernährungsberatung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona.
205. Pudel, V. (1992): Psychologische Aspekte der Adipositas-Entstehung und Behandlung. Aktuelle Ernährungs-Medizin 17: 196.
206. Raglin, J. S. et al. (2007): Exercise and its effects on Mental Health. In: Bouchard, C. et al.: Physical Activity and Health. Human Kinetics, Champaign Il, 247-257.

207. Rapoport, L. / Clark, M. / Wardle, J.(2000): Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. Int J Obes Relat Metab Disord; 24 (12): 1726-37.

208. Reich, K. (2008). Konstruktivistische Didaktik. 4. Auflage. Weinheim: Beltz.

209. Reinmuth, O. M. / Scheinberg, P. / Bourne, P. (1965). Total Cerebral Blood Flow and Metabolism. In: Arch. Neurol. 12, 49-66.

210. Renkl, A. / Köller, O. (2001). Träges Wissen. In Rost, D. (Hrsg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. 2. Auflage. Weinheim: Beltz-PVU.

211. Rena, R. / Wing, Y. / Caitlin Egan, M. S. et al. (2010): Long-term Effects of a Lifestyle Intervention on Weight and Cardiovascular Risk Factors in Individuals With Type 2 Diabetes Mellitus. Arch Intern Med.; 170(17):1566-1575.

212. Rheinberg, F. (2008): Grundriss der Psychologie: Motivation. Band 6, 7. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart.

213. Robins, C.J. / Hayes, A.M. (1995). The role of causal attributions in the prediction of depression. In G.M. Buchanan & M.E.P. Seligman (Eds.), Explanatory style (pp. 71-98). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

214. Roesch, S.C. / Vaughn, A.A. / Aldridge, A.A. / Villodas, F. (2009). Daily diaries and minority adolescents: Random coefficient regression modeling of attributional style, coping and affect. International Journal of Psychology, 44, 393-400.

215. Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

216. Ross, R. / Jansen, I. (2001): Physical activity, total and regional obesity: dose-response considerations. Med Sci Sports Exerc. 33, Suppl., 521-527.
217. Roubenoff, R. (2001): Origins and Clinical Relevance of Sarcopenia. In: Canadian Journal of Applied Physiology 26, S. 78-89.
218. Sackett, R.S. (1934): The influence of symbolic rehearsal upon the retention of a maze habit. Journal of General Psychology, 10, 376-395.
219. Schiffer E. (2001): Wie Gesundheit entsteht - Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Beltz, Weinheim.
220. Schneider U (Hrsg.). (1981). Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/New York: Campus.
221. Schnotz, W. (2001). Wissenserwerb mit Multimedia. In Unterrichtswissenschaft. Zeitschrift für Lernforschung. 29. Jahrgang, Heft 4. Heidelberg 2001: Juventa Verlag.
222. Schulz von Thun, F. (1981): Miteinander reden 1, Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. Rowohlt, Reinbek.
223. Schwarzer / Jerusalem, (1999).: Modifizierter Fragenkatalog nach Schwarzer & Jerusalem,
224. Schwarzer, R. (2000). Manage stress at work through preventive and proactive coping. In E.A. Locke (Ed.), The Blackwell handbook of principles of organizational behavior (pp. 342-355). Oxford, UK: Blackwell.
225. Schwarzer, R. (2000). Stress, Angst und Handlungsregulation (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

226. Schwarzer, R. / Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999): Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Freie Universität Berlin.

227. Schwarzer, R. / Jerusalem, M. (2002): Das Konzept der Selbstwirksamkeit. Zeitschrift für Pädagogik, 44. Beiheft: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen, 28-53.

228. Schweiger, U. et al.: Disturbed glucose disposal in patients with major depression; application of the glucose clamp technique. Psychosom. Med. 70, 170-176, S. 10-13.

229. Shaw, K. et al.: Exercise for overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD003817. DOI: 10.1002/14651858.CD003817.pub3.

230. Shanks, D.R. / Cameron, A. (2000): The effect of mental practice in performance in a sequential reaction time task. Journal of Motor Behavior, 32, 305-313.

231. Short, S.E. / Bruggeman, J.M. / Engel, S.G. / Marback, T.L. / Wand, L.J. / Willadsen, A. / Short, M.W. (2002). The effect of imagery function and imagery direction on selfefficacy and performance on a golf-putting task. The Sport Psychologist, 16, 48-67.

232. Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness. On Depression, development and death. San Francisco: N.H. Freeman.

233. Seligman, M.E.P. / Nolen-Hoeksema, S. / Thornton, N. / Thornton, K.M. (1990). Explanatory style as a mechanismen of disappointing athletic performance. Psychological Science, 1, 143—146.

234. Seligman, M.E.P. (1991). Learned optimism. New York: Knopf.

235. Seligman, M.E.P. (1999). Erlernte Hilflosigkeit (B. Rockstroh, Übers.). Weinheim: Beltz Verlag

236. Sellers, R.M. / Peterson, C. (1993). Explanatory style and coping with controllable events by student-athletes. Cognition and Emotion, 7, 431-441.

237. Simons-Morton, D. G. / Obarzanek, J. A. / Cutler, J. A. (2006): Obesity research – limitations of methods, measurements, and medications. Journal of the American Medical Association, vol. 295, no. 7, pp. 826-828.

238. Singer, R. / Munzert, J. (2000). Psychologische Aspekte des Lernens. In H. Gabler, J.R. Nitsch & R. Singer (Hrsg.), Einführung in die Sportpsychologie. Teil 1: Grundthemen (S. 247-288). Schorndorf: Hofmann.

239. Spona, A. / Vidnere, M. (2010). Einheit der Erziehung und Selbsterziehung auf Grundlage der humanen Tätigkeit der Schule. In I. Diel, M. Rudolph, M. Pevzner & O.Graumann (Hrsg.), Hochschule und Schule in der internationalen Diskussion: Chancen und Risiken neuer Entwicklungen (S. 199-206), Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH.

240. Sprenger, R. K.(2002): Das Prinzip Selbstverantwortung. Wege zur Motivation. Campus, Frankfurt.

241. Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg.) (2004 c). Frauen in Deutschland. Wiesbaden: Servicecenter Fachverlage.

242. Steiner, Claude: Emotionale Kompetenz. München 2006.

243. Steinkamp, M. / Li, T. / Fuellgraf, H. / Moser, A.(2007): K(ATP)-dependent neurotransmitter release in the neuronal network of the rat caudate nucleus. Neurochem. Int 50, 159-163

244. Tangney, J, P. / Baumeister, R. F. / Boone, L.(2004): High Self-Regulation Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. In: Journal of Personality, Vol. 72, No. 2.

245. Tewes, U. / Wildgrube, K. (1992). Psychologielexikon. München: Oldenbourg Verlag.

246. Tobin, K. (1990). Research on Science Laboratory Activities. In Pursuit of Better Questions and Answers to Improve Learning. In School Science and Mathematics. 90 (5).

247. U. S. Department of Health and Human Services (2008): Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington D. C.

248. Wadden TA. / Vogt RA. / Andersen RA. / Barlett SJ et al. (1997). Exercise in the treatment of obesity: Effects of four interventions on body composition, resting energy expenditure, appetite and mood. J Con Clin Psy. 66: 429–433.

249. Wadden, T. A. / Brownell, K. D./Foster, G. D.(2002): Obesity: responding to the global epidemic. J Consult Clin Psychol; 70 (3): 510-25.

250. Wang, H.H. / Wu, S.-Z. / Liu, Y.-Y. (2003). Association between social support and health outcomes: a meta-analysis. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 19, 345-351.

251. Wang, P. / Mariman, E.C. (2008): „Insulin resistance in an energy-centered perspective.“ In: Physiol Behav. 94, 198-205 (2007). Kaulen, H.: „Ist Übergewicht eine Krankheit des Gehirns?“ In: Dtsch. Med. Wochenschr. 132, 1029-1030.
252. Watzlawick, P. / Beavin, J. H. / Jackson, D. D. (1969) : Menschliche Kommunikation - Formen, Störungen, Paradoxien. Huber, Bern.
253. Wickstrom, R, L. (1963): Weigth training and flexibility. In: Journal of Health, Physical Education and Recreation 34 (1963), S. 61-62.
254. Westenhoefer, J. / Stellfeldt, A. / Strassner, C. et al.(2000): One year follow-up results from the Lean Habits Study [Abstract]. International Journal of Obesity; 24 (Suppl. 1): S171.
255. Wittpoth J (2003). Einführung in die Erwachsenenbildung. Opladen: Leske und Budrich.
256. Wrosch, C. / Scheier, M.F., Carver, C.S. & Schulz, R. (2003). The importance of goal disengagement in adaptive self-regulation: When giving up is beneficial. Self and Identity, 2, 1-20.
257. Zervas, Y. / Kakkos, V. (1991): Visuomotor behavior rehearsal in archery shooting performance. Perceptual and Motor Skills, 73, 1183-1190.
258. Zimmermann, K. (2002) : Gesundheitsorientiertes Muskelkrafttraining. Theorie – Empirie – Praxisorientierung. 2. Auflage. Hofmann-Verlag, Schorndorf.
259. Zervas, Y. / Kakkos, V. (1991). Visuomotor behavior rehearsal in archery shooting performance. Perceptual and Motor Skills, 73, 1183-1190.

Internetquellen:

1. http://www.dge.de/pdf/presse/2013/DGE-Pressemeldung-aktuell-03-2013-Uebergewicht-EB.pdf.Zurgiff 31.08.13
2. Ehrentreich, (2005), S. 54; im Internet: http://www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/menu/1190880_l2/index1215693128825.html
3. http://www.ernaehrungs-umschau.de/media/pdf/pdf_2006/04_06/EU04_150_151.pdf. (Zugriff am 15.09.2012)
4. http://www.sellpage.de/adipositas/frset_diaetprogramme.htm. (Zugriff am 12.09.2011)
5. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/DEGS1-Ergebnisse.pdf?__blob=publicationFile. Zugriff 2012
6. Zur Ernährungspyramide siehe im Internet: http://www.aid.de/ernaehrung/ernaehrungspyramide.php. Zugriff am 14.09.2013
7. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1208051?query=featured_home. Zugriff am 1.Juli 2014.
8. U.S. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services (2010): Dietary Guidelines for Americans, 7th Edition, Washington, DC, December 2010. www.dietaryguidelines.gov
9. International Association for the Study of Obesity, (2007) im Internet: http://www.easoobesity.org/documents/Europeandatatable.pdf und Eurostat, 2007, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/.
10. Zentrum für Salutogenese: http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/main/weitere-angebote/qualitaets-management/ Zugriff: 02.02.2013.

11. Siehe Institut für angewandte Kreativität: http://www.iak.de/index.php?id=2 (Zugriff am 23.03.2013).
12. Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zum Europäischen Kardiologen Kongress 2010 in Stockholm.
13. http://www.sellpage.de/adipositas/frset_diaetprogramme.htm. (Zugriff am 12.09.2011)
14. http://www.dge.de/pdf/presse/2013/DGE-Pressemeldung-aktuell-03-2013-Uebergewicht-EB.pdf.Zurgiff 31.08.13
15. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/DEGS1-Ergebnisse.pdf?__blob=publicationFile. Zugriff 2012
16. Zur Ernährungspyramide siehe im Internet: http://www.aid.de/ernaehrung/ernaehrungspyramide.php. Zugriff am 14.09.2013
17. U.S. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services (2010): Dietary
18. Guidelines for Americans, 7th Edition, Washington, DC, December 2010. www.dietaryguidelines.gov
19. Casazza, Fontaine, Astrup, Birch, Brown, Foster, Heymsfield, Menachemi, Pate, Rolls, Sen, Smith, Thomas, Allison, 2013: Myths, Presumptions, and Facts about Obesity http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1208051?query=featured_home. N Engl J Med 2013, 368:446-454, DOI: 10.1056/NEJMsa1208051. Zugriff am 1.Juli 2014.
20. Zentrum für Salutogenese: http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/main/weitere-angebote/qualitaets-management/ Zugriff: 02.02.2013.

21. Siehe Institut für angewandte Kreativität: http://www.iak.de/index.php?id=2 (Zugriff am 23.03.2013).
22. Weltgesundheitsorganisation & European Congress on Obesity (2015) : http://www.eco2015.easo.org/scientific-programme/ (Zugriff am 06.05.2015)

Anhang

- Glossar
- Fragebogen zum pädagogisch-mentalen Konzept
- Fragebogen der subjektiven Parameter
- Module 1-12
- Mrs.Sporty Ernährungskonzept
- Mrs.Sporty Trainingskonzept
- Ehrenwörtliche Erklärung

Glossar

Adipositas	Fettleibigkeit (ab einem Körpermasseindex (BMI) von 30 kg/m²)
Apfelform	bauchbetontes Übergewicht
Attributionen	gedankliche Erklärung von Ursachen, die zu Ereignissen führen
Attributionsstil	Ereignisse positiv oder negativ erklären
Aufmerksamkeitsregulation	zielgerichtete Konzentration auf bestimmte Handlungen und Vorstellungen
Autosuggestion	Selbstbeeinflussung durch innere Gespräche
Behaviorismus	das Verhalten untersuchen und erklären
Birnenform	Hüften und Oberschenkel sind fülliger als der Oberkörper
bio-psycho-sozial	Betrachtungsweise mit ihrer umfassenden Beschreibung der Gesundheit eines Menschen
Bioelektrische Impedanzanalyse	Bestimmung der Körperzusammensetzung von Menschen
Body-Mass-Index	Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen in Relation zu seiner Körpergröße
Brainstorming	themengebundene Geistesblitze sammeln ohne Bewertung

Burnout-Syndrom	emotionale Erschöpfung mit reduzierter Leistungsfähigkeit
Coping	individiueller Umgang mit Stress und Problemen
Distress	unangenehme, bedrohliche oder überfordernde Reize
Diabetes Mellitus I	primär insulinabhängiger Diabetes mellitus
Diabetes Mellitus II	nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus
Eustress	Stressoren, die den Organismus positiv beeinflussen
Gender-Mainstreaming-Konzept	unterschiedliche Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern berücksichtigen, um so die Gleichstellung der Geschlechter durchzusetzen
Imagination	das Vermögen, bei wachem Bewusstsein mit (zumeist) geschlossenen Augen innere bzw. mentale Bilder wahrzunehmen
Jo-Jo-Effekt	unerwünschte und schnelle Gewichtszunahme nach einer Reduktionsdiät.
Klassische Konditionierung	Lernen von Verhalten (Dies besagt, dass einem natürlichen, meist angeborenen, sogenannten unbedingten Reflex durch Lernen ein neuer, bedingter Reflex hinzugefügt werden kann.**)**
Kompetenzerwartung	realistische Selbsteinschätzung, Stärkung des Bewusstseins der Selbstwirksamkeit

Kognitivismus	individuelle Informationsverarbeitung sowie die dazugehörigen Denk- und Verarbeitungsprozesse der Lernenden
Kognitive Bewertungsprozesse	Person-Umwelt-Beziehung (Ereignisbewertung und vorhandene Ressourcen)
Kontrollerwartung	subjektives Empfinden einer Person, Ereignisse beeinflussen zu können
Konstruktivismus	eine individuelle Repräsentation der Welt
Low-Fat	fettarme Diätform
Low-Carb	kohlenhydratarme Diätform
Modell	Objekt, Gebilde, das die inneren Beziehungen und Funktionen von etwas abbilden bzw. veranschaulicht (idealisiert) und Ergänzungen jederzeit zulassen
Modellierung	Entwicklung, Formung oder Herstellung eines Modells
MindConcept nach Decker	Erkenntnisse der Gehirnforschung, der Psycho-Neuro-Immunologie, der Mentalwissenschaften, von Wissenschaftsbereichen wie der Neuro-Linguistischen Programmierung (NLP) und der Kinesiologie entwickeltes Konzept
Mentales Training	das wiederholte Sich-Vorstellen eines z. B. sportlichen

	Handlungsablaufes, ohne die Handlung aktiv auszuüben.
Makronährstoffe	Fette, Eiweiße und Kohlenygdrate
Mikronährstoffe	Vitamine und Mineralstoffe
Mrs.Sporty	Persönlicher Sportclub für die Frau. Trainings- und Ernährungskonzept
Operantes Konditionieren	Das Erlernen von Reiz-Reaktions-Mustern aus ursprünglich spontanem Verhalten. Lernen durch Belohnung
Persistenz	ausdauerndes Verhalten
Salutogenese-Modell	dynamische Wechselwirkungen, die zur Entstehung (Genese) und Erhaltung von Gesundheit führen. Gesundheit ist als Prozess zu verstehen
selbsterfüllende Prophezeiung	beschreibt das Phänomen, dass ein erwartetes Verhalten einer anderen Person (Prophezeiung) durch eigenes Verhalten erzwungen wird
Selfish-Brain-Theorie	Das selbstsüchtige Gehirn. Die Selfish-Brain-Theorie liefert u. a. einen neuartigen Erklärungsansatz für die Entstehung von Adipositas.
Selbstgesprächsregulation	dysfunktionale Kognitionen systematisch durch funktionale Kognitionen ersetzen
Selbstüberzeugungstraining	kleinere und erreichbare Teilziele setzen

Selbstwirksamkeitserwartung	die eigene Erwartung in gewünschte Handlungen erfolgreich umsetzen
System	Aufbau, Gefüge, Gesamtheit von miteinander verbunden Methoden
Transtheoretisches Modell	Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung von intentionalen Verhaltensänderungen
Transaktionale Stresstheorie nach Lazarus	Stresssituationen als komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation und der handelnde Person.
TETA-Prinzipien des Handelns	positive Autosuggestionen zur Stärkung der inneren Welt
Trennkost	Trennung eiweißhaltiger und kohlenhydrathaltiger Lebensmittel
Taille-Hüft-Verhältnis	Der Taille-Hüft-Quotient liefert die Antwort auf die Frage, wo die Fettdepots sitzen. Bauchbetontes Übergewicht (Apfeltyp) bedeutet ein viel höheres Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erkranken.
Übergewicht	Hohes Körpergewicht in Relation zur Körpergröße (ab einem Körpermasseindex (BMI) von 30 kg/m²)
Vorstellungsregulation	bewusstes und unbewusstes Handeln optimieren
Wirkmechanismen	Verhaltensqualitäten ‚Persistenz' und ‚adaptives Verhalten
Zielanpassungsfähigkeit	Zielablösung und Zielwiederaufnahme

Fragebogen zum pädagogisch-mentalen Modell

1. **Beantworten Sie bitte folgende Fragen**:

   - Welche Bedingungen führen zu dem vorliegenden Essverhalten?

_____

_____

   - Wie würden Sie Ihr Essverhalten beschreiben?

_____

_____

   - Zu welchen Konsequenzen hat Ihr Essverhalten geführt?

_____

_____

   - Wie schätzen Sie Ihre Kontrolle über das Problem ein?

_____

_____

   - Welche sozialen Kompetenzen stehen für Sie zur Verfügung?

_____

_____

   - Wie könnten Sie sich vorstellen, Rückfälle zu vermeiden?

_____

_____

2. **Beschreiben Sie Ihr konkretes Problem mit einem Satz!**

_____

3. **Formulieren Sie nach der Zielklärungsphase Ihr Ziel nun in einem konkreten Satz!**

_____

4. **Was sind Ihre Schritte bzw. Teilziele dorthin?**

- …
- …
- …
- …

5. **Wie schätzen Sie Ihre Selbstwirksamkeit für das Erreichen Ihres Zieles ein? Kreuzen Sie jeweils nach Ihrer Einschätzung an!**

1. Wenn sich Versuchungen auftun, habe ich Mittel und Wege, meinen Plan durchzusetzen.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

2. Die Lösung meines Gewichtsproblems gelingt mir auf jeden Fall, wenn ich mich darum bemühe.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

5. Ich glaube, dass ich auch mit überraschenden Ereignissen gut zurechtkomme.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

6. Hindernissen bei der Zielerreichung sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten vertraue.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

7. Was immer auch passiert, ich werde klarkommen.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

8. Für jedes Problem auf dem Weg zu meinem Wunschgewicht kann ich eine Lösung finden.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

9. Wenn mein Weg verändert werden muss, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

6. **Bewerten Sie die durchgeführten Übungen!**

Selbstgesprächsregulation:

a) Wie haben Sie die Übung zur Selbstgesprächsregulation empfunden?

_____

_____

b) Haben Ihnen nach eigener Einschätzung die positiven Selbstgespräche geholfen?

(ja/nein/ein wenig)

Selbstüberzeugungstraining:

a) Haben Sie Teilziele erreichen können?

b) Haben Sie Teilziele nicht erreichen können?

c) Sind Sie überzeugt, dass Sie weitere Ziele erreichen werden?

d) Sind Sie überzeugt, dass Sie Wege finden, um nicht erreichte Ziele doch noch zu erreichen?

e) Sind Sie überzeugt, dass Sie Ihre Ziele nicht erreichen?

(ja/nein/vielleicht)

Vorstellungsregulation:

a) Formulieren Sie Gründe und Ursachen, *warum* Sie ein Ziel erreicht haben?

_____

_____

b) Formulieren Sie Gründe und Ursachen, *warum* Sie ein Ziel *nicht* erreicht haben?

_____

_____

Aufmerksamkeitsregulation:

1. Wie geht es mir in dem Augenblick, da ich die Übung mache?

_____

_____

2. Wie fühle ich mich gerade, wenn ich an meine Ziele denke?

_____

_____

3. Wie stehe ich mit meinen Aufgaben innerhalb meines Umfelds dar?

_____

_____

4. Wie nehme ich die Zusammenarbeit mit meinem Coach wahr, der mir diese Übung zeigt?

_____

7. Abfrage der Selbstwirksamkeit am Ende der Maßnahme:

1. Wenn sich Versuchungen auftun, habe ich Mittel und Wege, meinen Plan durchzusetzen.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

2. Die Lösung meines Gewichtsproblems gelingt mir auf jeden Fall, wenn ich mich darum bemühe.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

5. 89Ich glaube, dass ich auch mit überraschenden Ereignissen gut zurechtkomme.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

6. Hindernissen bei der Zielerreichung sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten vertraue.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

7. Was immer auch passiert, ich werde klarkommen.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

8. Für jedes Problem auf dem Weg zu meinem Wunschgewicht kann ich eine Lösung finden.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

9. Wenn mein Weg verändert werden muss, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

( ) stimmt nicht *( ) stimmt kaum* *( ) stimmt eher* *( )stimmt genau*

Fragebogen der subjektiven Parameter

Liebe Mrs.Sporty Damen,

der vorliegende Fragebogen ist ein weiterer Teil eines gesundheitspädagogischen Forschungsprojektes zweier europäischer Hochschulen. Im Rahmen meiner Promotion an den genannten Einrichtungen analysiere ich u.a. das subjektive Wohlbefinden, wie die Fähigkeit Ziele zu setzen, Zielbelastbarkeit, Freudiges Erlebnis in der Bewegungseinheit und Besuch der Bewegungseinheit. Ich bitte Sie einige Fragen bezüglich der Relevanz dieser Inhalte zu beantworten. Hierzu noch ein paar wichtige Hinweise:

- Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig. Jede einzelne Frage ist wichtig.
- Bitte beantworten Sie die Fragen aufrichtig und rasch. Es gibt hierbei weder richtige noch falsche Antworten.
- Ihre Anonymität wird gewahrt. Sämtliche Daten werden absolut vertraulich behandelt.
- Bitte lesen Sie sich die folgenden Aussagen sorgfältig durch. Kreuzen Sie bitte zu jeder Antwort immer nur eine Antwortmöglichkeit an, die auf Sie persönlich am besten zutrifft.

Ich bedanke mich für Ihre Bereitschaft zur Mitwirkung und wünsche Ihnen nun viel Spaß bei der Beantwortung der Fragen!

Mit sportlichen Grüßen,
René Paasch

Vorname: Name:

Fähigkeit Ziele zu setzen	***Immer***	***Mit Hilfe anderer***	***Jetzt keine Ziele***
Antwort			
Zielbelastbarkeit	***Immer***	***Manchmal***	***Nie***
Antwort			
Freudiges Erlebnis in der Bewegungseinheit	***Begeisterung am Anfang***	***Durchgehende Begeisterung***	***Keine Begeisterung***
Antwort			
Besuch der Bewegungseinheit	***Immer***	***Manchmal***	***Unregelmäßig***
Antwort			

Vielen Dank!

Module 1-12

Reale Darstellung der Übungseinheit

Thema:

Wissen vermitteln und informieren

Erfahrungsaustausch, Information zu Ernährung, Bewegung und zu pädagogisch-mentalen Methoden. Der Zugang zum Unbewussten (mentales Training)

Ziel:

Die Gruppenleitung stellt sich und das Programm vor. Regeln zur Arbeit in der Gruppe werden vereinbart.

Erster Eindruck des Gruppenleiters: Ängstliche und aufgeregte Teilnehmer, sehr interessiert und gespannt über den weiteren Ablauf. Folgende Fragen wurden von den TN gestellt:

1. TN: Was ist das Besondere an diesem Konzept und warum glaube ich, dass dieses Konzept erfolgsversprechend ist?

   GL: Beinhaltet die wichtigsten Modelle und Methoden für eine langfristige, erfolgreiche und gesunde Verhaltensänderung. Bestandteile sind Ernährung, Bewegung, Psychologie und Pädagogik und viele praktische Übungen.
2. TN: Wann sehe ich die ersten Erfolge? Muss ich Diät halten oder ist das eine ausgewogene Ernährungsumstellung?

   GL: Erfolge sind individuell und langfristig ausgelegt. Keine Diät, nur eine ausgewogene und gesunde Ernährung, die eine negative Energiebilanz voraussetzt.
3. TN: Wie oft muss ich zum Sport gehen und oder reicht es, wenn ich nur die Ernährung umstelle?

   GL: Sie sollten zwei- oder dreimal die Woche für 30 Minuten trainieren, damit es auch eine körperliche Veränderung geben kann. Bspw. Verbesserung des Stoffwechsels, Stärkung und Festigung des ganzen Körpers, bessere Ausdauerleistungsfähigkeit u.v.m.

4. TN: Darf ich an dem Programm teilnehmen, auch wenn ich erkrankt bin?

   GL: Dazu müsste ich Näheres dazu wissen. In einem persönlichen Gespräch klären wir diesen Sachverhalt. Wenn es keine ärztlichen Auflagen gibt, dann dürften Sie daran teilnehmen.
5. Bekomme ich auch psychologisches Training und muss ich dann auch private Probleme erzählen?

   GL: Sie bekommen Interventionen aus der Psychologie, die Ihnen behilflich sein werden bei Ihren persönlichen Belangen. Sie müssen keine persönlichen Sachen erzählen. Das entscheinden Sie ganz alleine.
6. Liegt eine Altersbeschränkung für das Konzept vor? Nein, es gibt keine Altersbeschränkung.

- Einhaltung der Schweigepflicht außerhalb der Gruppe

Die Schweigepflichtsklausel war für die TN sehr wichtig. Es bestand die Angst der Offenlegung und Bekanntgabe persönlicher Daten.

- „Redebeiträge so kurz wie möglich und so lange wie nötig halten"

Der Gesprächsbedarf der TN bezüglich der Ernährung und Verhalten war sehr groß. Die schlechten Erfahrungen und Rückfälle waren ein großes Thema in der ersten Stunde. Sie wollten am liebsten sofort wissen, was sie jetzt machen können, um erfolgreich zu sein.

- „Störungen haben Vorrang“: Die TN haben jederzeit die Möglichkeit, Wünsche, Unmut o. Ä. zu äußern.

Wünsche, Anregungen oder einfach nur Zuhören waren in den ersten Stunden von größter Relevanz.

- Die TN lernen sich kennen und werden aufgefordert, durch die Benennung ihrer persönlichen Bedürfnisse und Ziele die Schwerpunkte des Programms mitzugestalten.

Kennlernspiele waren dabei sehr hilfreich. Vorstellung des Sitzpartners.

- Die Leitung der Bewegungseinheiten hält ein kurzes Einstiegsreferat zum Thema „Körperliche Aktivität“ und beantwortet Fragen.

Die TN verfolgten den Vortrag sehr interessiert. Gerade die Bewegung ist ein sensibles

Thema bei den Frauen! Fragen wie:

1. TN: Muss ich mit Gewichten arbeiten?
   GL: Nein, nur wenn Sie zusätzliches Training absolvieren. Die Geräte sind hydraulisch und passen sich der Leistungsfähigkeit an.
2. TN: Bekomme ich große Muskeln und breite Schultern?
   GL: Das ist physiologisch aus zweierlei Gründen nicht möglich. Hormonelle Situation (Östrogene statt Testosteron), und es wird überwiegend mit leichtem Widerstand und vielen Wiederholungen trainiert.
3. TN: Wie oft muss ich zum Training kommen?
   Zwei- bis dreimal die Woche für 30 Minuten.
4. TN: Muss ich alleine trainieren oder werde ich betreut?
   GL: Nein, es ist immer ein Trainer im Trainingszirkel, der Sie durch den Zirkel begleitet und motiviert.
5. TN: Wie viele kcal verbrauche ich beim Sport?
   GL. Abhängig vom Körpergewicht und dem Stoffwechsel. Der Verbrauch beim Training ist nur zweitrangig. Viel wichtiger ist es, dass wir es schaffen, Ihre Ernährung und Ihr Denken umzustellen. Denn nur wenn Sie weniger essen und mehr verbrauchen, verlieren Sie das gewünschte Körperfett.
6. TN: Verbrenne ich überwiegend Fett oder Kohlenhydrate beim Sport?
   GL: Es immer eine Kombination aus beiden Energieträgern. Mit der Belastungsdauer erhöht sich der Anteil der Fettverbrennung.
7. TN: Ab wann beginnt die Fettbrennung?
   GL: In diesem Moment… großes Erstaunen. Der Körper benötigt reichlich Sauerstoff; somit kann ein trainierter Körper in

Ruhe Fette verstoffwechseln. Dies soll unser gemeinsames Ziel sein.

8. TN: Ist das Training auch für Ältere geeignet?
   GL: Unbedingt. Ich begrüße dies sogar sehr. Lebensqualität bis ins hohe Alter…das wünsche ich Ihnen allen.
9. TN: Darf ich mit Gelenkproblemen auch trainieren?
   GL: Grundsätzlich ja, jedoch wäre die Rücksprache mit ihrem Arzt empfehlenswert.

- Anleitung und Umsetzung – Tagebuch

Das Tagebuch war bekannt und nachvollziehbar. Hinweis: Alles aufschreiben, auch das Stück Schokolade oder das Softgetränk am Abend. Nur ein nachvollziehbares und ehrliches Ernährungsprotokoll ist nutzbar für eine erfolgversprechende Ernährungsveränderung.
Durch den frühzeitigen persönlichen Austausch sollen Hemmschwellen und Ängste gegenüber Bewegung und Sport abgebaut werden.

Methode/Material:

Handout

Vorstellungsrunde (Name, Grund für die Teilnahme, Sonstiges)

Impulsreferat: „Ausgewogene und bedarfsgerechte Ernährung“, „Körperliche Aktivität“ sowie Beschreibung der pädagogischen mentalen Methoden.

Zur ausführlicheren Hintergrundinformation werden Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) sowie Informationen von Mrs.Sporty ausgeteilt.

Tagebuch

Modul 2

Thema:

Reflexion von Modul 1

Wissensvermittlung

Bedarfsgerechte Ernährung „Ernährungskonzept Mrs.Sporty“

Impulsvortrag: Die zivilisierte Lebens- und Ernährungsweise - Ernährungsrisiken für die Gesundheit.

Pädagogische mentale Methoden (Problembesprechung, Zielklärungsphase, Rückfallprophylaxe, Abfrage der Selbstwirksamkeit)

Ziel: Erfahrungsaustausch der TN untereinander sowie die Beantwortung der zwischenzeitlich aufgetretenen Fragen. Durch die Informationsvermittlung im Rahmen dieses Moduls soll die Entscheidungsfähigkeit der TN gefördert werden und die Umsetzung des Ernährungsplanes sowie die ersten Schritte des pädagogisch-mentalen Konzepts geklärt werden.

Pädagogische mentale Maßnahmen:

- Problembesprechung allgemein
- Im nächsten Schritt kann eine allgemeine Besprechung des Problems nach Deckers Rapport mit sich selbst stattfinden; diese Abfrage bildet den ersten Teil des Fragebogens und gestaltet sich nach folgendem Muster:
- Welche Bedingungen führen zu dem vorliegenden Essverhalten?
- Wie fällt die Analyse des Essverhaltens selbst aus?
- Zu welchen Konsequenzen hat das Essverhalten geführt?
- Über welchen Grad an Kontrolle verfügt die Probandin?
- Welche sozialen Kompetenzen stehen zur Verfügung?
- Was könnte sich die Probandin zur Rückfallprophylaxe vorstellen?
- Problemklärungsphase
- Nun wird in der Problemklärungsphase nach Decker gemäß Analyse des Rapportes mit sich selbst das Problem individuell bestimmt und alle Schwierigkeiten erschlossen.

Zielklärungsphase (SMART-Formel)

- Formulierung von Zielen und Zwischenzielen durch die Probandin (individuelle Zielplanung)
- Diese Ziele müssen realistisch und erreichbar sein. Zur Motivation der Probandin, ihre Ziele zu verfolgen, ist das Bewusstmachen von persönlichen Vorteilen (gegenüber medizinischen Fakten) sinnvoll. Diese Vorteile sind zum Beispiel die Erhöhung von Selbstwertgefühl, Lebensqualität, Wohlbefinden und Attraktivität.
- Erfolgsplan erstellen (DIN A4):

Bild einfügen (wie die Person sein möchte oder ein vergangenes Bild)

Ziele (kurz-, mittel- und langfristig)

Stärken aufschreiben (Tagebuch)

Commitment, Selbst- oder Handlungsverpflichtung schaffen (Förderer unterschreiben lassen und öffentlich machen).

Rückfallprophylaxe

- Auch wenn die Rückfallprophylaxe am Ende der Maßnahme zu stehen scheint, da durch sie die Nachhaltigkeit unterstützt werden soll, ist es wichtig, während der gesamten Maßnahme, also auch schon zu Beginn, den Umgang mit Rückfällen zu schulen, denn diese Prophylaxe gilt auch der Überwindung von Hindernissen zwischendurch, dem Umgang mit Zweifeln, Ängsten und weiteren eventuellen Misserfolgen auf dem Weg zum Ziel.
- Zum Beispiel empfehlen Wadden et al. (2002) einen Monat betreute Stabilisierung pro Monat Gewichtsabnahme-Phase. In der vorliegenden Studie entspricht dies zwei Monaten Nachbetreuung.

Abfrage der Selbstwirksamkeit

Hier erfolgt der Einsatz des für die Studie entwickelten Fragebogens zur Selbstwirksamkeitserwartung, erstellt nach Schwarzer/Jerusalem (1999). Die Überprüfung der Selbstwirksamkeitserwartung ist ein wichtiger Teil der Studie, welche nach Problemanalyse, Zielentwicklung und einführenden Gesprächen geklärt wird. Dies bedeutet, dass durch eine Abfrage der

Teilnehmerinnen deren eigene Erwartungen hinsichtlich ihrer Kompetenzen, ein gestecktes Ziel zu erreichen, aufgedeckt werden. (Seite 63).

Methode/ Material:

Materialen zu den o.g. Themen werden ausreichend zur Verfügung gestellt.

Bausteintabelle mit 8 Lebensmittelgruppen

Ernährungspyramide / Ernährungskreis (Mrs.Sporty) und praktische Umsetzungshilfen.

Bewegungspyramide (Mrs.Sporty Konzept, 3-mal die Woche, 16 Trainingsstationen) gilt nur für die EG und PG. Fragebögen Selbstwirksamkeit

Modul 3

Thema:

Reflexion von Modul 2

Essverhalten / Praktische Methode des Konzepts - Problemlösungsstrategien

Ziel:

- Ernährungsverhalten und Essverhalten sollen reflektiert werden. Das Herstellen eines persönlichen Bezugs soll die Motivation zur Verhaltensänderung fördern.
- Das persönliche Essverhalten kann anhand einer Checkliste erarbeitet werden.
- Für viele Übergewichtige ist Essen mit schlechtem Gewissen verbunden. Das Ziel dieses Moduls ist die Vermittlung von Essen mit Genuss ohne schlechtes Gewissen. Da Essen häufig ein Ventil und Trost in Stresssituationen ist, wird das Thema Stress und Entspannung angesprochen (PMR oder AT)
- Die TN haben die Möglichkeit, bis zum nächsten Gruppentreffen eine Woche lang das Ernährungstagebuch zu führen und sich dadurch ihre Essgewohnheiten bewusster zu vergegenwärtigen.

Praktische Methoden des Konzepts:

- Folgende Maßnahmen fanden als Problemlösungsstrategie in unterschiedlicher Gewichtung statt.

Selbstgesprächsregulation

- Einbindung von Selbstgesprächen (TETA-Prinzipien; Autosuggestion)

Tägliches Üben vor dem Spiegel (4-mal hintereinander)
Methode/Material: Checkliste: “Essverhalten” mit einem “Essgewohnheiten-Test” Impulsreferat: „Stress und Entspannung u. praktische Methoden des Konzepts - Problemlösungsstrategien" Tagebuch: Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Modul 4

Thema: Reflexion von Modul 3 Praktische Methode des Konzepts - Problemlösungsstrategien/Selbstüberzeugungstraining. Sich anders ernähren im Tagesverlauf, im Büro und Schule.
Ziel: **Selbstüberzeugungstraining** ➢ Impulsreferat: „Selbstüberzeugungstraining" ➢ Selbstüberzeugung stärken (kleinere erreichbare Teilziele gesteckt und Erfolge abgefragt und erfahrbar gemacht) ➢ Entspannungstraining (PMR, AT) ➢ Die neue Ernährung im Tagesverlauf, mit Fallbeispielen und Rezepten. ➢ Besondere Ernährungssituationen (Büro, Schule, Brain Food, Stimmungsnahrung, Anti-Stress-Ernährung).
Methode/ Material: Impulsreferat: „Selbstüberzeugungstraining" Materialen zu den o.g. Themen werden ausreichend zur Verfügung gestellt.

Modul 5

Thema: Reflexion von Modul 4 Praktische Methode des Konzepts - Problemlösungsstrategien/Aufmerksamkeitsregulation
Ziel: **Aufmerksamkeitsregulation** ➢ Impulsvortrag: Aufmerksamkeitsregulation Zielgerichtete Konzentration auf bestimmte Handlungen und Vorstellungen lenken lernen. So werden mit den Probandinnen geübt, ganz bewusst und intensiv ihre Situation und ihre Ziele wahrzunehmen. Dies geschieht nach vierzehntägiger Abfrage.
Methode/Material: Impulsreferat: „Aufmerksamkeitsregulation" Materialen zu den o.g. Themen werden ausreichend zur Verfügung gestellt.

Modul 6

Thema: Reflexion von Modul 5 Praktische Methode des Konzepts - Problemlösungsstrategien/Vorstellungsregulation
Ziel: ➢ Impulsvortrag: Vorstellungsregulation Vorstellungen beeinflussen bewusst oder unbewusst unser Handeln (5 Sinneskanäle visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch und gustatorisch nutzbar machen - VAKOG)
Methode/Material: Impulsreferat: „Vorstellungsregulation" Materialen zu den o.g. Themen werden ausreichend zur Verfügung gestellt.

Modul 7

Thema: Reflexion von Modul 6 Praxismodell der Motivation
Ziel: 1. eigene Motivationsprobleme kennenlernen (Sensibilisierung) *2* .Quellen der Freude bewusst machen 3. Änderungswünsche bewusst machen 4. regelmäßig Rückmeldungen aufsuchen (um Erfolg zu überprüfen) 5. Hindernisse ausschalten 6. nach Formen der Unterstützung suchen
Methode/Material: Impulsvortrag: Praxismodell der Motivation Praktische Umsetzung Praxismodell der Motivation

Modul 8

Thema: Reflexion von Modul 7 Reflexion und Wenn-dann-Plan erstellen
Ziel: In regelmäßigen Abständen sollten die Aufzeichnungen dann geprüft und einer kritischen Abfrage unterzogen werden. Als Abfrage- bzw. Überprüfungsform galten dabei folgende Fragen zur Reflexion: - Welches war mein genaues Ziel? - Welche waren meine Zwischenziele auf dem Weg dorthin? - Welche Ziele habe ich bisher erreicht? - Wie habe ich das genau gemacht? - Was hat besonders gut funktioniert?

- Was habe ich dafür getan, damit es funktioniert?
- Was hat nicht funktioniert?
- Was habe ich dafür getan, damit es nicht funktioniert?
- Welche besonderen Stärken bzw. Schwächen habe ich während meines Weges entdeckt?
- Was habe ich für den weiteren Weg gelernt?

Ebenso trainiert wurde neben Erfolgsplan und Tagebuch der Notfallplan. Dies wurde anhand der *Wenn-dann-Strategie* geübt. Zusammen mit den Probandinnen wurde der Wenn-dann-Plan individuell erarbeitet.

Methode/Material:

Impulsvortrag: Reflexion und Wenn-dann-Plan

Praktische Umsetzung Reflexion und Wenn-dann-Plan

Modul 9

Thema:

Reflexion von Modul 8

Gewichtsbezogenes Transaktionales Stressmodell „Kognitive Gelassenheit“

Ziel:

- Situation
- Primäre Bewertung (irrelevant, positiv, stressend)
- Sekundäre Bewertung (Bewältigungsverhalten)
- Bewältigung (problem- oder emotionsbezogen)
- Neubewertung
- Ressourcen stärken:

Soziale Unterstützung, Kohärenzsinn,

Selbstwirksamkeit, dispositioneller Optimismus oder Umweltverhältnisse

Hypothese:

Impulsvortrag: Stress lass nach

Praktisches Training TA

Modul 10

Thema:

Reflexion von Modul 9

Neuronale Repräsentationen von Wirklichkeit

Prüf- und Führungsgröße für menschliches Handeln

Ziel:

- Kognitiver Ansatz (Eberspächer 1995, Mayer 2001, Mayer et al. 2003) – detaillierte Beschreibung des gewünschten Verhaltens
- Visueller Ansatz – Mirror Box, Video (Miltner et al. 1999)
- Erlebensbezogener Ansatz (Page et al. 2001)

Mentale Trainingsformen:

- Subvokales Training:

Trainierender ruft die Handlungsausführung per Selbstgespräch ab

- Internal observatives Training:

Trainierender stellt sich selbst - aus der Außenansicht - bei der Handlungsausführung vor (Kopfkino)

- Ideomotorisches Training:

Trainierender stellt sich selbst - aus der Innenansicht - beim Ausführen der Handlung vor.

Methode/Material:

Impulsvortrag Mentales Training

1. Schritt:

Praktisches Training „Mental“ - Neues Verhalten auswählen

2. Schritt:

Neues Verhalten aufschreiben. (inneren Empfindungen)

3. Schritt:

Neues Verhalten einprägen („innerer Film“).

„Inneren Film“ (Zeitlupe) nach einer Entspannungsphase, mehrere Tage jeweils 5 Minuten üben

4. Schritt:

Knotenpunkte markieren

5. Schritt:

Knotenpunkte mit Kurzworten ...Üben!

6. Schritt:

Üben Sie auf diesem Niveau weitere 2/3 mentale Trainingseinheiten!

7. Schritt:

Kombinieren Sie das mentale und praktische Training (beispielsweise können auf 2 mentale Durchgänge 5 bis10 praktische Maßnahmen folgen)!

8. Schritt:

MT üben in Pausen oder kürzeren Unterbrechungen des Alltags

Modul 11

Thema:

Reflexion von Modul 10

Neuronale Repräsentationen von Wirklichkeit (Neues Verhalten)

Prüf- und Führungsgröße für menschliches Handeln (Bestärkerplan)

Ziel:

- Kognitiver Ansatz (Eberspächer 1995, Mayer 2001, Mayer et al. 2003) – detaillierte Beschreibung des gewünschten Verhaltens
- Visueller Ansatz – Mirror Box, Video (Miltner et al. 1999)
- Erlebensbezogener Ansatz (Page et al. 2001)

Mentale Trainingsformen:

- Subvokales Training:

Trainierender ruft die Handlungsausführung per Selbstgespräch ab

- Internal observatives Training:

Trainierender stellt sich selbst - aus der Außenansicht - bei der Handlungsausführung vor (Kopfkino)

Ideomotorisches Training:

- Trainierender stellt sich selbst - aus der Innenansicht - beim Ausführen der Handlung vor.

Methode/Material:

Impulsvortrag Mentales Training

Praktisches Training „Mental“

Neues Verhalten auswählen

2. Schritt:

Neues Verhalten aufschreiben. (inneren Empfindungen)

3. Schritt:

Neues Verhalten einprägen („innerer Film“).

„Inneren Film“ (Zeitlupe) nach einer Entspannungsphase, mehrere Tage jeweils 5 Minuten üben

4. Schritt:

Knotenpunkte markieren

5. Schritt:

Knotenpunkte mit Kurzworten ...Üben!

6. Schritt:

Üben Sie auf diesem Niveau weitere 2/3 mentale Trainingseinheiten!

7. Schritt:

Kombinieren Sie das mentale und praktische Training (beispielsweise können auf 2 mentale Durchgänge 5 bis10 praktische Maßnahmen folgen)!

8. Schritt:

MT üben in Pausen oder kürzeren Unterbrechungen des Alltags

Modul 12

Thema: Reflexion von Modul 11 Komplette Wiederholung aller Inhalte und Klärung noch offener Fragen
Ziel: Hilfe zur Selbsthilfe u. Nachhaltigkeit schaffen
Methode/Material: Impulsvortrag: Gesamtkonzept „Pädagogische mentale Methoden“ Gesamtkonzept besprechen und Armbänder an die Teilnehmer verteilen; evtl. komplette Zusammenfassung nochmals austeilen.

Mrs.Sporty Ernährungskonzept

Die Ziele des Mrs.Sporty Ernährungskonzepts

- Du möchtest eine alltagstaugliche Hilfe zur Umstellung Deiner Ernährung!
- Du möchtest gesund, ausgewogen und genussorientiert essen!
- Du möchtest Dein Wohlfühlgewicht erreichen oder langfristig halten!

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

Das Mrs.Sporty Ernährungskonzept

- *… ist einfach!*
- Alle Lebensmittel sind in verschiedene Gruppen eingeteilt und erleichtern so die Auswahl.

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

Das Mrs.Sporty Ernährungskonzept

- *… ist individuell!*
- Der Energiebedarf wird für Dich ermittelt.
- Die Ernährungsempfehlungen werden auf Deinen Essenstyp abgestimmt.

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

Das Mrs.Sporty Ernährungskonzept

- *… ist ausgewogen!*
- Unser Konzept versorgt den Körper mit allen wichtigen Nährstoffen.
- Auch abwechslungsreiche Mahlzeiten sind möglich.

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

Fitness- und Ernährungsprofil

Mrs.Sporty

Mrs.Sporty

1 Fragen zur Person

Vor- und Nachname:	Tel.:

Behandelnder Arzt

Vor- und Nachname:	Tel.:

Kontaktperson

Vor- und Nachname:	Tel.:

2 Fragen zur Gesundheit

	JA	NEIN
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐
Rückenbeschwerden	☐	☐
Operationen/Unfälle/Brüche	☐	☐
Atemwegserkrankungen/-beschwerden/Raucher	☐	☐
Gicht, Arthritis Urica	☐	☐
Gelenkserkrankungen	☐	☐
Rheumatische Erkrankungen	☐	☐
Krampfadern	☐	☐
Diabetes 1	☐	☐
Diabetes 2	☐	☐
Insulinresistenz	☐	☐
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Nahrungsmittelunverträglichkeit	☐	☐
Fettstoffwechselstörungen	☐	☐
Krebserkrankungen	☐	☐
Gallenerkrankungen	☐	☐
Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	☐	☐
Nierenerkrankung / -leiden	☐	☐
Entzündliche Darmkrankheiten	☐	☐
Adipositas (BMI > 30)	☐	☐
Medikamente	☐	☐
Sonstiges	☐	☐

7 Hast Du schon Erfahrungen mit Ernährungsumstellung und Diäten gemacht?

☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA – welche genau?

8 Was ist wichtig für Dich, damit eine Ernährungsumstellung für Dich realisierbar ist?

Mehrfachnennungen möglich:

	IST MIR WICHTIG
Anleitung durch den Trainer	☐
Unterstützung einer Gruppe	☐
Vermeiden von Kochen	☐
Es soll schnell gehen	☐
Hintergrundinformationen	☐
Es muss in den Alltag passen	☐
regelmäßige Kontrolle (Was? Wie oft?)	☐
Dokumentation	☐
Rezepte	☐
Belohnungen	☐

9 Wann möchtest Du mit dem Ernährungskonzept starten?

Wurde ein Punkt in Frage 2 mit „JA" beantwortet? Dann bitte folgende Frage beantworten:

Hiermit bestätigt Mrs.Sporty, dass das Mitglied darauf hingewiesen wurde, dass aufgrund eines oder mehrerer Krankheitsbilder nicht geklärt ist, ob das Mitglied das Ernährungskonzept in dieser Form umsetzten sollte. Denn in diesen Fällen sind generelle Ernährungsinformationen und -erkenntnisse unter Umständen nicht mehr anwendbar oder ausreichend. In diesen Fällen ist eine ärztliche Betreuung notwendig.	☐ JA	☐ NEIN

Hat Dir Dein Arzt Auflagen in Bezug auf Dein Training gemacht?	☐ JA	☐ NEIN
Wenn JA – welche?		

Datum, Unterschrift Mitglied

3 Erste Zielformulierung

Was?

Warum?

Bis wann?

4 Fragen zum Alltag

Welchen Beruf übst Du aus?

Wieviel Bewegung hast Du im Alltag?

5 Fragen zum Ess- und Trinkverhalten

Wie viel Wasser trinkst Du am Tag?

☐ < 1 Liter	☐ 1,5 Liter	☐ 2 Liter	☐ > 2 Liter

Wie viele Mahlzeiten isst Du am Tag?

☐ < 3	☐ 3	☐ 5	☐ > 5

6 Mrs.Sporty Ernährungskonzept

	TRIFFT ZU	TRIFFT NICHT ZU
Möchtest Du Deine Ernährung den gesteckten Zielen anpassen?	☐	☐
Hast Du Interesse an einem Themenabend Training und Ernährung?	☐	☐

10 Teilnahmebedingungen zum Ernährungskonzept

Das Ernährungskonzept von Mrs.Sporty ist unter Aufsicht und der Beratung von Medizinern und Ernährungsexperten entwickelt worden. Wichtig jedoch ist, dass Mrs.Sporty, das Konzept und die Trainer keine medizinische Organisation, Mediziner, Diätologen oder Ernährungsberater/-therapeuten darstellen oder diese ersetzten und somit keine medizinischen oder therapeutische Ratschläge oder Hinweise geben werden.

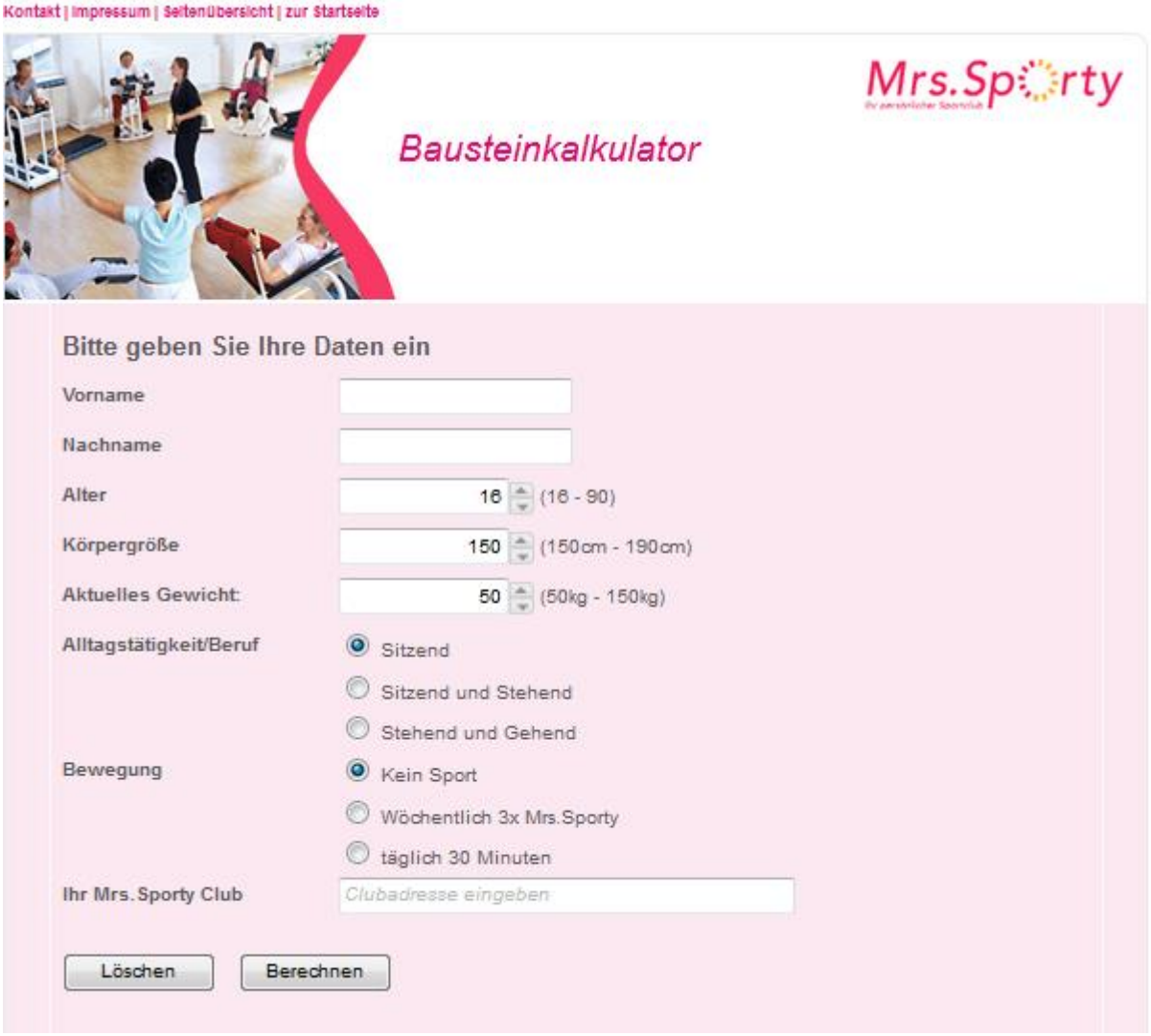
Entlang der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung agiert Mrs.Sporty als reiner Ernährungsinformant und seine allgemeinen Ernährungsempfehlungen basieren auf den vom DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) festgelegten Richtlinien und entsprechen somit wissenschaftlichen Erkenntnissen.
Deswegen wird Mrs.Sporty ausschließlich allgemeine Ernährungsvorschläge, -informationen und Tipps geben. Für eine individuelle Ernährungsberatung und -therapie müssen Ernährungsfachkräfte konsultiert werden.
Kinder unter 10 Jahren, schwangere Frauen, Personen mit diagnostizierten Essstörungen (z.B. Magersucht, Bulimie) oder Personen mit einem Gewicht, welches nicht mind. 3 kg über dem unteren Wert der Mrs.Sporty BMI-Spanne (BMI 19 – 29.9) liegt, sollten unter keinen Umständen mit dem Ernährungskonzept beginnen oder an diesem teilnehmen.

Mrs.Sporty rät Dir, die empfohlenen regelmäßigen Kontrolluntersuchungen bei Deinem Arzt wahrzunehmen. Besonders, wenn Du irgendwelche Bedenken hinsichtlich Deiner Gesundheit hast, Dich an eine spezielle Diät zur Behandlung von Krankheiten halten mußt oder Dich von Deinem Arzt verordnete Medikamente einnimmst, ist eine ärztliche Betreuung notwendig. Beispiele für solche Fälle sind unter Punkt 2 genannt. Diese Aufzählung ist nicht vollständig.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass Mrs.Sporty zu Beginn des Ernährungskonzeptes eine ärztliche Untersuchung empfiehlt. Mit den obenstehenden abgedruckten Teilnahmebedingungen von Mrs.Sporty bin ich einverstanden. Ich bestätige außerdem, dass ich einen Durchschlag dieser Teilnahmebedingungen erhalten habe.

Datum, Unterschrift Mitglied

Datum, Unterschrift Trainer



http://www.mrssporty.de/Baustein/Kalkulator.htm (Zugriff am 13.09.2013)

Zuteilung der Bausteinmengen

Bausteinstufe	1. Getreide	2. Milch	3. Fleisch, usw.	4. Gemüse	5. Obst	6. Fett	7. Extras	8. Getränke
14+8	3	2	2	3	2	2	0	8
16+8	4	2	2	3	2	2	1	8
18+8	4	3	2	3	2	3	1	8
19,5+8	5	3	2,5	3	2	3	1	8
21,5+8	5	3	2,5	3	2	4	2	8
23,5+8	6	3	2,5	3	3	4	2	8
25,5+8	7	3	2,5	3	3	4	3	8

Die Berechnung des individuellen Energiebedarfs

- Alter
- Geschlecht
- Größe
- Gewicht
- Berufliche Aktivität
- Freizeitaktivitäten

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

Zeitliches Phasenmodell der Gewichtsreduktion

- **Phase** dauert 6 Wochen
- **Phase** dauert 4 Wochen
- **Phase** dauert ebenso 4 Wochen
- **Phase** dient zur langfristigen Gewichtsstabilisierung

➢ Eine Gewichtsreduktion von mehr als 10 % in der angegebenen Zeit ist nicht empfehlenswert und ungesund.

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

Der Energiebedarf im Baukastensystem

- … ermöglicht eine individuelle Zusammenstellung der Ernährung durch die Auswahl aus 8 verschiedenen Bausteingruppen (=Lebensmittelgruppen).
- … ermöglicht eine ausgewogene, gesunde und mengenmäßig begrenzte Ernährung, durch die Angabe der maximal zu verzehrenden Bausteine pro Tag.

➢ Lerne Dich lecker, ausgewogen und gesund zu ernähren!

Die Bausteingruppen I - VIII

- Getreide/ Kartoffeln
- Milchprodukte
- Fleisch, Fisch, Hülsenfrüchte
- Gemüse
- Obst
- Fett
- Extras
- Getränke

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

1. Gruppe: Getreideprodukte, Kartoffeln

	Menge	Gramm	BE
Vollkornbrot	1 Scheibe	50g	2
Vollkorntoast	2 Scheiben	60g	2
Toast	1½ Scheiben	45g	2
kleines Vollkornbrötchen	1 Stück	60g	2½
Weizen- / Roggenbrötchen	1 Stück	45g	2½
Laugenbrezel	1 Stück	50g	2
Knäckebrot, Zwieback	4 Scheiben	40g	2
Früchtemüsli	2 EL (1 EL=15g)	30g	1½
Cornflakes	7 EL (1 EL=4g)	30g	2
Haferflocken	3 EL (1 EL=10g)	30g	1½
Vollkornmehl	2 geh. EL	40g	2
Weizenmehl Typ 405	2 geh. EL	40g	2½
Stärke	2 geh. EL	40g	3
Mais		150g	2
Kartoffeln, gekocht	200g roh	200g gekocht	2½
Vollkornreis, gekocht	50g roh	150g gekocht	3
Vollkornnudeln, gekocht	50g roh	150g gekocht	3
Reis	50g roh	150g gekocht	3
Nudeln	50g roh	150g gekocht	3

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

2. Gruppe: Milch, Milchprodukte

	Milch (1,5%)		200ml	-
	Joghurt (1,5%)		150g	-
	Magerquark		100g	-
	Buttermilch		200ml	-
	Kefir (1,5%)		200ml	-
	Molke		250ml	-
	Käse<30% F.i.Tr.	1 Scheibe	30g	-
	Geriebener Käse<30% F.i.Tr.		30g	-
	Käse 45% F.i.Tr.		20g	-
	Harzerkäse		50g	-
	Fettreduzierter Frischkäse (Rahmstufe, 55% F.i.Tr.)	2 gestr. EL	30g	-
	Hüttenkäse	2 EL	80g	-
	Fettreduzierter Fetakäse		50g	-
	Fettreduzierter Mozzarella		62,5g	-
	Saure Sahne	4 EL	60g	-
	Sojamilch natur		200ml	-
	Sojajoghurt natur		125g	-

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

3. Gruppe: Fleisch, Fisch, Eier, Hülsenfrüchte

	Mageres Fleisch natur (Pute)	roh	100g	-
	Frikadelle	½ Stück	100g	-
	Roulade	½ Stück	75g	-
	Hackfleisch (gemischt)	roh	50g	-
	Magere Wurst (z.B. gekochter Schinken)		60g	-
	Fette Wurst (z.B. Salami)		30g	-
	Fisch, fettarm (Seelachs, Rotbarsch, Kabeljau)	roh	150g	-
	Fisch, fettreich (Lachs, Makrele, Thunfisch, Hering)	roh	75g	-
	Thunfisch (in Wasser abgetropft)	½ Dose	75g	-
	Fischstäbchen	2 Stück		1
	Krabben (ohne Schale)		150g	-
	Hülsenfrüchte	80-120g a.d. Dose	40g getrocknet	2
	Tofu		150g	-
	Ei	1 Stück	60g	

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

4. Gruppe: Gemüse

	Aubergine		200g	-
	Broccoli		200g	-
	Fenchel		200g	-
	Möhre		200g	-
	Paprika		200g	-
	Spinat		200g	-
	Tomate		200g	-
	Champignons		200g	-
	Kopfsalat		75g	-
	Chicoree		75g	-
	Endivie		75g	-
	Erbsen grün (TK)		75g	-
	Bohnen grün		150g	-

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

5. Gruppe: Obst

	Apfel	1 Stück		1½
	Birne	1 Stück		1½
	Mandarine	2 Stück		1
	Orange	1 Stück		1
	Pfirsich/ Nektarine	1 Stück		1
	Ananas		125g	1½
	Weintrauben		100g	1½
	Pflaumen		125g	1
	Erdbeeren		125g	½
	Himbeeren, Johannisbeeren		125g	½
	Honigmelone		150g	1½
	Wassermelone		200g	1½
	Grapefruit	½ Stück		1
	Kiwi	1 Stück		½
	Banane	½ Stück		1
	Obstsaft		125ml	1
	Aprikosen, getr.	2-3 Stück	25g	1
	Pflaumen, getr.	2-3 Stück	25g	1
	Rosinen, getr.	2 EL	25g	1½

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

6. Gruppe: Fett

	Öl (Raps-, Oliven-, Walnuss-, Leinöl)	1 EL	12g	-
	Margarine, Butter	1 EL	12-15g	-
	Salatdressing	2 EL		-
	Schlagsahne	2 EL	30g	-
	Mayonnaise	1 TL	15g	-
	Nüsse (10 Mandeln/ Haselnüsse, 4 Walnusskerne)		15g	-
	Gemahlene Nüsse	2 gestr. EL	20g	-
	Oliven, grün	20 Stück	60g	-
	Oliven, schwarz	10 Stück	30g	-
	Avocado		50g	-

7. Gruppe: Extras und Alkohol

	Marmelade	4 Tl	40g	2
	Honig	4 TL	40g	2
	Nuss-Nougat-Creme	2 TL	20g	1
	Kakaopulver	2 EL	24g	1½
	Zucker	3 TL	24g	2
	Bratensoße	8 EL	120g	1
	Sahnesoße	2 EL	30g	-
	Tomatenketchup	4 EL	80g	1½
	Praline	2 Stück	24g	1
	Schokolade	3 Stück	18g	1
	Bonbon	5 Stück		3
	Gummibären	15 Stück	30g	3
	Eis	1 kl. Kugel	50g	1
	Fettarme Kuchen (Hefe, Biskuit, Obst)	½ Stück		1½
	Fettarme Teilchen (Amerikaner, Rosinenschnecke)	½ Stück		1½
	Chips, Flips		25g	1
	Salzgebäck		50g	3½
	Limonade	1 Glas	200ml	2
	Bier		200ml	½
	Sekt		100ml	-
	Wein		125ml	-
	Spirituosen		20ml	-

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

8. Gruppe: Getränke

	Kräuter - oder Früchtetee (ungezuckert)		250ml	-
	Mineralwasser		250ml	-
	Diät/ Lightgetränke*		250ml	-
	Kaffee		250ml	-

Bitte beachte als Diabetikerin die auf den Lebensmittelverpackungen pro Portion angegebenen Kohlenhydratmengen bzw. BE's!

** Nur in Maßen, um eine Gewöhnung an süßen Geschmack zu vermeiden. Können zusätzlich manchmal Hunger auslösen.*

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

Meine Schritte zum Erfolg

- Gemeinsames Ausfüllen des Fragebogens. Dabei werden wir:
  - Deinen individuellen Energiebedarf mit der Drehscheibe oder über die BIA-Messung bestimmen
  - Zusatzinformationen für das bisherige Essverhalten abfragen: Diättyp, Trink- und Essverhalten
  - Dich anschließend in das Abnehmphasenmodell einordnen

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

Meine Schritte zum Erfolg

- Die Bausteinanzahl anhand Deines individuellen Energiebedarfs bestimmen
- Dir, wenn Du möchtest,
  2 Wochenstarterpläne zum leichten Einstieg aushändigen

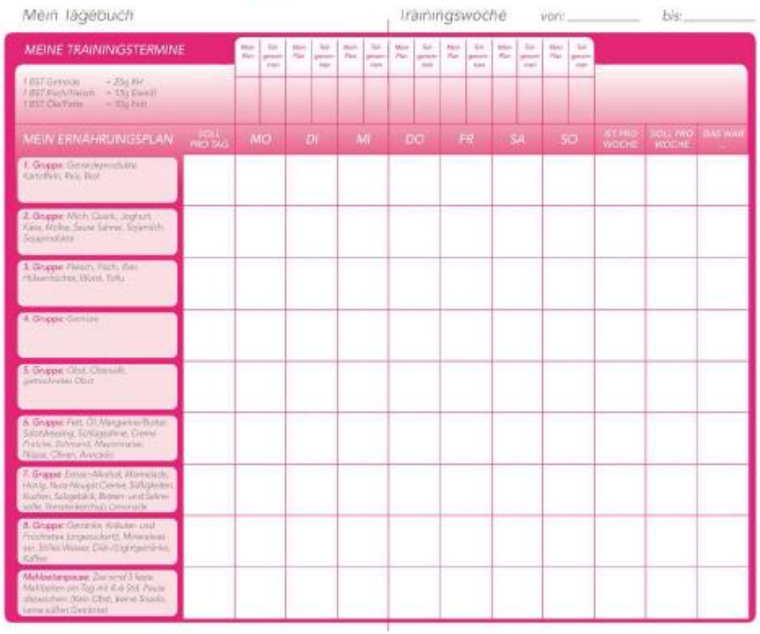
… und los geht's mit unserer Unterstützung!

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

Dein Ernährungstagebuch – Vorder- und Rückseite

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

Dein Ernährungstagebuch – 1 Woche



Mein Tagebuch — Trainingswoche von: _____ bis: _____

MEINE TRAININGSTERMINE

MEIN ERNÄHRUNGSPLAN	SOLL PRO TAG	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	IST PRO WOCHE	SOLL PRO WOCHE	DAS WAR ...
1. Gruppe: Getreideprodukte, Kartoffeln, Reis, Brot											
2. Gruppe: Milch, Quark, Joghurt, Käse, Molke, Sauer Sahne, Sojamilch, Sojaprodukte											
3. Gruppe: Fleisch, Fisch, Ei, Hülsenfrüchte, Wurst, Tofu											
4. Gruppe: Gemüse											
5. Gruppe: Obst, Obstsaft, gemischtes Obst											
6. Gruppe: Fett, Öl, Margarine/Butter, Salatdressing, Schlagsahne, Creme Fraiche, Schmand, Mayonnaise, Nüsse, Oliven, Avocado											
7. Gruppe: Extra-Mahlzeit, Wurstsalat, Honig, Nuss-Nougat-Creme, Süßigkeiten, Kuchen, Schokolade, Bonbon und Salzige Snacks, Knabbereien/Chips, Limonade											
8. Gruppe: Getränke, Kräuter- und Früchtetee (ungesüßt), Mineralwasser, Stilles Wasser, Diät-/Lightgetränke, Kaffee											
Mahlzeitenpause: Die sind 3 feste Mahlzeiten am Tag mit 4-6 Std. Pause dazwischen. Kein Obst, keine Snacks, keine süßen Getränke!											

Mrs.Sporty
Ihr persönlicher Sportclub

Das Trainingskonzept

Leg Press

Beteiligte Muskelgruppen:
Oberschenkelvorder- und -rückseite, Gesäß- und Unterschenkelmuskulatur

Ausgangsstellung/Positionierung:
Rücken Oberkörper am Rückenpolster fixieren, Haltung aktiv über Handgriffe stabilisieren (ggf. Zusatzpolster verwenden). Trittplatte mittels Einstiegshilfe zunächst mit einem Bein wegdrücken, dann einen Fuß nach dem anderen symmetrisch auf der Trittplatte positionieren. Füße dabei hüftbreit parallel oder in leichter V-Stellung platzieren.

Bewegungsbeschreibung:
Bewegung mit konstantem Knieabstand durchführen. Knie in der Streckphase nicht ganz durchstrecken. Beugephase bis zu einem Kniewinkel von ca. 80° ausführen; Trittplatte dabei kontrol-

liert zurückführen. Oberkörper durch aktiven Bauchmuskeleinsatz und dosierte Armspannung (Griffe) stabil halten.

Spezielle Hinweise:

Ausweichen der Kniegelenke vermeiden (geradlinige Bewegungsbahn). Den Rücken gerade halten, nicht rund machen. Durch betonten Fersendruck lässt sich die Aktivität der Gesäßmuskulatur erhöhen. Bei Hüft- und/oder Knieproblemen die Bewegung nur sehr vorsichtig und langsam ausführen.

Shoulder Press / Lat Pull

Beteiligte Muskelgruppen:

Beugephase: breiter Rückenmuskel, unterer Anteil Brust- und Armbeugemuskulatur Streckphase: obere Brust-, obere Schulter- und Armstreckmuskulatur

Ausgangsstellung/Positionierung:

Oberkörper direkt am Rückenpolster positionieren; die Beine zur Erhöhung der Körperspannung – je nach Körpergröße – stabil am Boden platzieren (oder angewinkelt verschränken). Sitzposition durch aktive Bauchmuskelspannung sichern. Griffe mit stabilen Handgelenken fassen.

Bewegungsbeschreibung:
Streckbewegung nur soweit durchführen, dass die Arme nicht ganz gestreckt sind. Beugebewegung ausführen, bis sich Oberarme etwa in Verlängerung des Oberkörpers befinden. Die Ellenbogen bewegen sich stets parallel zueinander.

Spezielle Hinweise:
Die Griffposition je nach Beweglichkeit im Schultergelenk weiter vorn oder hinten wählen. Die Streckbewegung nur soweit durchführen, dass es zu keinen Ausweichbewegungen im Schulter- oder Rückenbereich kommt. Generell nur im schmerzfreien Bereich trainieren, ggf. Bewegungsweite einschränken.

Hip Adductor / Abductor

Beteiligte Muskelgruppen:
Abspreizphase: Abduktorenmuskulatur Anziehphase: Adduktorenmuskulatur

Ausgangsstellung/Positionierung:

Den gesamten Rücken am hinteren Polster fixieren. Die Unterschenkel bei gebeugten Kniegelenken in den Polsterschalen positionieren, die Fußspitzen dabei leicht anziehen. Die Haltung durch aktive Stabilisierung an den Handgriffen aufrichten.

Bewegungsbeschreibung:
Die Beine - je nach individueller Beweglichkeit – öffnen (nach innen anziehen) und schließen (nach außen anziehen). Die Bewegungseinleitung erfolgt jeweils durch dosierten Druck auf die Polsterelemente. Schwunghafte Bewegungsausführung vermeiden.

Spezielle Hinweise:
Bei Hüftproblemen beide Bewegungsphasen nur langsam und vorsichtig durchführen. Bewegungen nur soweit ausführen, dass keine Ausweichbewegungen stattfinden.

Abdominal / Back

Beteiligte Muskelgruppen:
Beugephase: gerade, schräge und quere Bauchmuskulatur Streckphase: Rückenstrecker im Bereich der Lendenwirbelsäule

Ausgangsstellung/Positionierung:
Die Beine schulterbreit in einer leichten V- Stellung aufstellen. Die Zuglaschen so weit über die Schultern nach vorn ziehen, dass die Polsterrolle am oberen Rücken anliegt. Zur Stabilisierung die Arme seitlich am Oberkörper anlegen.

Bewegungsbeschreibung:
Oberkörper mit betonter Bauch- bzw. Rückenmuskelspannung beugen und strecken. In der Beugephase Kinn in Richtung Brust ziehen und den Oberkörper „einrollen". Mit der Streckphase den Kopf bis in Verlängerung des Rückens aufrichten. Der Rücken wird dabei nur bis zur Senkrechten aufgerichtet.

Spezielle Hinweise:
Durch aktiven Fußaufsatz („Fersenschub") die Sitzposition stabilisieren. Bewegungen stets kontrolliert, ohne jeden Schwungbewegung ausführen. Die Ausatmung fällt mit der Beugephase zusammen. Bei Problemen im Bereich der Lendenwirbelsäule nur sehr vorsichtig und langsam trainieren.

Leg Extension / Leg Curl

Beteiligte Muskelgruppen:
Beugephase: Oberschenkelrückseite Streckphase: Oberschenkelvorderseite

Ausgangsstellung/Positionierung:
Kniekehlen direkt am vorderen Polsterrand positionieren. Den gesamten Rücken am hinteren Polster fixieren und durch dosierte Muskelspannung an den Griffen stabilisieren. Kleinere Personen sollten das Zusatzpolster benutzen. Beide Unterschenkel hüftbreit zwischen den Polsterrollen platzieren, die Fußspitzen leicht anziehen. Den Rücken – insbesondere bei Verwendung des Zusatzpolsters - durch betonten Rumpfmuskeleinsatz aufrechthalten.

Bewegungsbeschreibung:
Die Kniegelenke bei gleichmäßigem Tempo maximal beugen. Nach der Beugung harmonisch (ohne Schwung) in die Streckung übergehen, wobei die Kniegelenke in der Endposition nicht überstreckt werden dürfen.

Spezielle Hinweise:

Die Kniegelenke während der gesamten Bewegung möglichst ruhig in Verlängerung der Drehachse des Geräts halten. Diese Position durch aktiven Muskeleinsatz (u.a. Nutzung der Haltegriffe) unterstützen. Die Übungen bei Knieproblemen nur vorsichtig und langsam durchführen.

Chest / Back

Beteiligte Muskelgruppen:
Beugephase: hintere Schulter-, Schulterblatt-, Armbeuge- und Rückenmuskulatur Streckphase: vordere Schulter-, Brust- und Armstreckmuskulatur

Ausgangsstellung/Positionierung:
Den gesamten Rücken am hinteren Polster fixieren. Die Beine zur Erhöhung der Körperspannung – je nach Körpergröße – stabil am Boden platzieren (oder angewinkelt verschränken). Sitzposition durch aktive Bauchmuskelspannung sichern. Griffe mit stabilen Handgelenken etwa auf Brusthöhe umfassen.

Bewegungsbeschreibung:

Führen Sie die Arme in einer harmonischen Bewegung vor und zurück. In der Streckphase die Ellbogen nicht vollständig durchdrücken. Die Ellbogen dabei parallel seitlich zum Körper führen.

Spezielle Hinweise:

Achten Sie darauf, dass die Schultern während der gesamten Bewegungsausführung in einer neutralen Position bleiben. Dazu die Schulterblätter durch aktiven Muskeleinsatz nach hinten-unten ziehen.

Squat

Beteiligte Muskelgruppen:

Gesamte Beinmuskulatur, Gesäß- und Rückenmuskulatur

Ausgangsstellung/Positionierung:

Den Oberkörper am vertikalen Polster positionieren, die horizontalen Polster auf den Schultern fixieren. Die Griffe mit stabilen Handgelenken umfassen. Die Füße symmetrisch im vorderen Be-

reich der Trittplatte etwa schulterbreit in leichter V-Stellung positionieren. Wichtig: die Knie dürfen beim Beugen nicht über die Fußspitzen hinausragen.

Bewegungsbeschreibung:
Den Körper in der Beugephase mit dem Gesäß voran absenken, bis die Knie einen Winkel von ca. 80° erreichen. Die Aufrichtbewegung nur soweit durchführen, dass die Kniegelenke noch vollständig gestreckt sind. Achten Sie während der gesamten Bewegung auf eine geradlinige Bewegung mit konstantem Knieabstand.

Spezielle Hinweise:
Halten Sie den Oberkörper durch aktiven Rumpfmuskeleinsatz stabil (Ausweichen des Beckens vermeiden). Arme seitlich neben dem Körper führen.

Pec Deck / Fly

Beteiligte Muskelgruppen:
Vorwärtsbewegung: Brust-, vordere Schulter- und Armmuskulatur Rückwärtsbewegung: Hintere Schulter-, Schulterblatt- u. Rückenmuskulatur

Ausgangsstellung/Positionierung:
Den gesamten Rücken am Polster fixieren. Die Beine – je nach Körpergröße – stabil am Boden aufsetzen (oder angewinkelt verschränken). Sitzposition durch aktive Bauchmuskelspannung stabilisieren. Zunächst einen Bewegungsarm nach vorn führen, danach den anderen (Einstieg). Die gebeugten Unterarme symmetrisch in den Polstern platzieren. Die Hände umfassen locker die Griffe.

Bewegungsbeschreibung:
Die Vor- und Rückbewegung jeweils mit Druck auf die Unterarmpolster einleiten: Bei der Vorwärtsbewegung den Unterarm nach innen, bei der Auswärtsbewegung nach außen drücken. Die Auswärtsbewegung nur soweit durchführen, dass keine Ausweichbewegungen im Schulter- oder Rückenbereich stattfinden.

Spezielle Hinweise:
Variante: Durch Lösen der Hände vom Griff kann der Druck nach innen bzw. nach außen verstärkt werden. Dies führt zu einer betonten Aktivierung der Brust- bzw. Schulterblattmuskulatur.

Dehnungsprogramm Mrs.Sporty

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe verfasst wurde. Bei der Abfassung wurden nur die in der Doktorarbeit angegebenen Hilfsmittel benutzt und es wurden alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen als solche gekennzeichnet.

Münster, 16.06.2015

Danksagung

Mein Dank gilt, Dr. Peter Kapustin. und Prof. Dr. Schmidt, die die Durchführung der Promotionsarbeit mit Rat und Vertrauen stets unterstützt haben. Mein besonderer Dank geht an Frau Prof. Dr. paed. Margarita Kaltigina und Frau Prof., habil. Ausma Spona für Ihre kompetente und engagierte Betreuung und Förderung. Danken möchte ich für das mir entgegengebrachte Vertrauen, und dass Sie immer wieder an mich geglaubt haben. Durch zahlreiche gewinnbringende und nachhaltige Gespräche haben Sie wesentlich zu meiner Entwicklung beigetragen.

All den Kooperationspartnern und Frauen von Mrs.Sporty, die die Durchführung der Untersuchungen ermöglicht haben, als auch den Trainern, die die Rekrutierung der Kunden unterstützt haben, danke ich für die tatkräftige Mithilfe. Bei Lisa Duhme bedanke ich mich für ihren Beistand im Lektorat. Dankbar bin ich meiner Ehefrau Bianca Paasch, meinen Kindern, die mich treu und unterstützend auf diesem Weg begleitet haben. Des Weiteren bin ich all jenen Freunden und Bekannten dankbar, die stets ein gutes und aufmunterndes Wort für mich hatten. Insbesondere möchte ich den Kunden von Mrs.Sporty danken, die durch ihre freiwillige, kooperative und interessierte Teilnahme den Inhalt dieser Arbeit wesentlich mitbestimmt haben.

René Paasch
Münster, 15.05.2015