



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft

**Motivation zur Teilnahme an Sport und sporttherapeutischen Maßnahmen bei
fortgeschrittener chronischer Erkrankung am Beispiel Multipler Sklerose**

Hausarbeit

Gutachter

Dr. Jasmin Sadeghian

erstellt von
Henriette Guercke

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis	3
II. Abbildungsverzeichnis	3
1 Einleitung	4
2 Hintergrund	5
2.1 Multiple Sklerose.....	5
2.1.1 Ursachen und Verlauf.....	5
2.1.2 Therapie.....	6
2.1.3 Psychische Belastungen.....	7
2.1.4 Epidemiologie und Kosten der Multiplen Sklerose.....	7
2.2 Motivationspsychologie.....	8
2.2.1 Verhaltensausrichtung.....	8
2.2.2 Ausdauer.....	9
2.2.3 Verhaltensintensität.....	10
2.2.4 Volition.....	10
2.3 Gesundheitspsychologie.....	11
2.3.1 Motivationale Modelle.....	11
2.3.2 Modelle der Handlungsausführung.....	12
2.3.3 Stadien- und Prozessmodelle.....	12
3 Vorschläge	13
3.1 Motivationale Phase.....	13
3.1.1 Risikowahrnehmung.....	13
3.1.2 Ergebniserwartung.....	14
3.1.3 Kompetenzbezogene Selbstwirksamkeit.....	15
3.2 Volitionale Phase.....	16
3.2.1 Handlungsplanung.....	16
3.2.2 Handlungsdurchführung.....	20
3.2.3 Handlungsbewertung und -wiederaufnahme.....	21
4 Fazit	22
III. Literaturverzeichnis	23
Ehrenwörtliche Erklärung und Veröffentlichung	27

I. Abkürzungsverzeichnis

DMSG	Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
HAPA	Health Action Process Approach
MS	Multiple Sklerose
MTT	Medizinische Trainingstherapie
SpoKs	Sportorientierte Kompaktschulung
ZNS	Zentrales Nervensystem

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schema zur Einordnung von Attributionen.....	10
Abbildung 2: Rubikon-Modell der Handlungsphasen.....	10
Abbildung 3: Phasen im HAPA-Modell	13

Gender-Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Hausarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1 Einleitung

Ein zentraler Risikofaktor für Zivilisationskrankheiten, wie Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Übergewicht oder Diabetes mellitus Typ 2 ist Bewegungsmangel (vgl. Finger et al., 2017, S. 4). Insbes. für Menschen, die von einer körperlichen Behinderung betroffen sind, ist sportliche Betätigung von großer Bedeutung, um bspw. Rückenschmerzen vorzubeugen. Auch psychische Probleme, wie Depressionen oder Angststörungen, können durch Bewegung abgemildert werden (vgl. Pantel et al., 2017, S.320). Menschen mit Multiple Sklerose (MS) profitieren besonders von körperlicher Aktivität. Durch sportliche Betätigung kann das Voranschreiten der Behinderung abgebremst, das Selbstwertgefühl gesteigert und soziale Kontakte geknüpft werden (vgl. DMSG, 2021d). Durch die MS sind die Betroffenen mit besonderen Einschränkungen konfrontiert, die eine Teilnahme an „normalen“ sportlichen Aktivitäten erschweren oder sogar verhindern (vgl. Barthel et al., 2017, S. 346). Mit Hilfe von Erkenntnissen aus der Motivationspsychologie, eingebettet in das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns, auch HAPA-Modell (Health Action Process Approach), sollen in dieser Hausarbeit Strategien entwickelt werden, die die besonderen Umstände der Zielgruppe berücksichtigen und Möglichkeiten zur Teilnahme an sporttherapeutischen Maßnahmen bei stark durch die MS eingeschränkten Personen aufzeigen.

Dazu werden Grundlagen zur Erkrankung und Motivationspsychologie (siehe Kapitel 2) beschrieben, bevor im folgenden Kapitel (siehe Kapitel 3) praktische Hinweise vorgestellt werden, die Hilfestellungen zur Umsetzung von mehr Bewegung ermöglichen.

Methodisches Vorgehen

Die Grundlagen zu den Themenkomplexen Multiple Sklerose (MS) (siehe Kapitel 2.1) und Motivations- und Gesundheitspsychologie (siehe Kapitel 2.2 und 2.3) werden in der vorhandenen Literatur in der online Bibliothek PubMed sowie diversen Lehrbüchern recherchiert. Weiterhin werden Informationen der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG) genutzt. Die DMSG fördert aktuelle Forschungen zum Thema MS und veröffentlicht regelmäßig wissenschaftliche Studien in Kooperation mit verschiedenen Hochschulen (vgl. DMSG, 2021c), der ärztliche Beirat der DMSG ist verpflichtet, unabhängig und wissenschaftlich zu arbeiten (vgl. DMSG, 2021a).

Aufbauend auf diesen Grundlagen werden bezogen auf verschiedene Aspekte der Motivationspsychologie, Hinweise und Handlungsempfehlungen für die Zielgruppe herausgearbeitet und im HAPA-Modell eingeordnet (siehe Kapitel 3). Die Handlungsempfehlungen sollen die folgenden Qualitätskriterien erfüllen:

- sie sollen praxisorientiert und leicht umsetzbar sein,
- sie sollen den besonderen Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht werden und

- neben dem Aspekt der körperlichen Betätigung sollen auch psychologische Effekte, wie Erfolgserlebnisse oder soziale Kontakte, berücksichtigt werden.

Methodenkritik

Auch wenn sich die Handlungsempfehlungen auf in der Literatur beschriebene Konzepte stützen, ist die Anwendung auf die Zielgruppe nicht in allen Punkten belegt oder verifizierbar. Einige der Hinweise basieren auf persönlichen Erfahrungen.

2 Hintergrund

Für die Ausarbeitung dieser Hausarbeit sind zwei Themenkomplexe relevant: zum einen die Erkrankung Multiple Sklerose (MS), zum anderen motivationspsychologische Aspekte, insbes. im Kontext der Gesundheitsförderung.

2.1 Multiple Sklerose

MS ist eine chronisch-entzündliche degenerative Autoimmunerkrankung des zentralen Nervensystems. Sie ist die häufigste neurologische Erkrankung im jungen Erwachsenenalter (vgl. Kip, Zimmermann, 2016, S. 2).

2.1.1 Ursachen und Verlauf

Die Ursachen für die Erkrankung konnten bislang nicht abschließend geklärt werden. Einige Faktoren, wie eine genetische Vorbelastung (andere Betroffene in der Familie) oder Umwelteinflüsse wie bspw. zu wenig Sonnenexposition und Vitamin D-Mangel, Rauchen oder Übergewicht scheinen jedoch den Ausbruch zu begünstigen (vgl. Kip, Zimmermann, 2016, S. 3).

Im Verlauf der Erkrankung kommt es vermehrt zu Entzündungen im zentralen Nervensystem (ZNS) (Gehirn und Rückenmark), was zu einer Schädigung des Nervengewebes führt. Diese Schädigungen können zu vielfältigen Einschränkungen, wie Muskelschwäche oder Sensibilitätsstörungen, führen (vgl. Kip, Zimmermann, 2016, S. 3). Insbes. zu Beginn der Erkrankung können sich betroffene Nervenfasern (teilweise) regenerieren oder die Funktionalität durch andere Bereiche des Gehirns kompensiert werden (vgl. Kip, Zimmermann, 2016, S. 3). Im Verlauf der Krankheit kumulieren sich allerdings die Verluste an Nervenfasern so, dass es zu einer fortschreitenden Zunahme von bleibenden neurologischen Einschränkungen kommt (vgl. Kip, Zimmermann, 2016, S. 7). Je nachdem welche Hirn-/Rückenmarksareale betroffen sind, können diese Einschränkungen sehr unterschiedlich sein: motorische (z.B. Lähmungen oder Sehstörungen) oder sensorische Störungen (z.B. Kribbelgefühle, Taubheit oder Schmerzen in den Extremitäten),

aber auch neurokognitive und psychische Beschwerden (z.B. Konzentrationsschwäche oder Fatigue) (vgl. Kip, Zimmermann, 2016, S. 5). Mit zunehmender Krankheitsdauer können diese Symptome zu schwerer körperlicher Behinderung bis hin zu Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit führen (vgl. Kip, Zimmermann, 2016, S. 8).

Es wird zwischen drei Verlaufsformen unterschieden. Die Unterscheidung erfolgt nach Anzahl der auftretenden Schübe und der chronischen Progredienz (Voranschreiten der Krankheit ohne erkennbares Schubereignis) (vgl. Stangel et al., 2018, S. 11).

- Schubförmiger Verlauf (relapsing-remitting MS (RRMS)): akute Schübe, die Symptomatik bildet sich zwischen den Schub-Ereignissen vollständig zurück,
- Primär chronisch-progredienter Verlauf (primary progressive MS (PPMS)): kontinuierliche Verschlechterung der Symptomatik ohne definierte Schübe und
- Sekundär chronisch-progredienter Verlauf (secondary progressive MS (SPMS)): ein zu Beginn schubförmiger Verlauf, der in eine kontinuierliche Progression (mit oder ohne Schubereignisse) übergeht

(vgl. Stangel et al., 2018, S. 11).

2.1.2 Therapie

Die MS ist nicht heilbar (vgl. Kip, Wiendl, 2016, S. 56). Die Therapie der Erkrankung erfolgt auf drei verschiedenen Ebenen: Therapie des akuten Schubs, langfristige verlaufsmodifizierende Therapie und symptomatische Therapie.

Zur Behandlung akuter Schübe können hochdosierte Kortison-Stoß-Therapien eingesetzt werden. Führt das Kortison nicht zur gewünschten Besserung oder bei besonders schweren Symptomen, wie Lähmungen oder Erblindung, wird auch Plasmapherese (Blutwäsche) eingesetzt (vgl. Faiss, Wiethölter, 2011, S. 1245).

Um den Verlauf positiv zu beeinflussen (insbes. durch das Verhindern von Schüben), stehen verschiedene immunmodulatorische Therapien (Basistherapie) zur Verfügung. Je nach Verlaufsform können unterschiedliche Medikamente eingesetzt werden, zu Beginn der Erkrankung erfolgt zumeist der Einsatz von Interferon-beta Präparaten, es sind weitere Eskalationstherapien zugelassen (vgl. Faiss, Wiethölter, 2011, S.1247ff).

Die symptomatische Therapie umfasst alle Maßnahmen, die auf die Linderung der bestehenden Einschränkungen abzielen. Dazu gehören einerseits Medikamente, z.B. zur Behandlung von Spastiken oder Schmerzen (vgl. Faiss, Wiethölter, 2011, S. 1242). Aber auch nicht-medikamentöse Therapien, wie Physio-, Ergo- oder Psychotherapie, werden zu den symptomatischen Therapien gezählt (vgl. Faiss, Wiethölter, 2011, S. 1242ff). Dabei haben sporttherapeutische Interventionen besondere Bedeutung. Auch bei fortgeschrittener Behinderung können durch gezieltes Training bspw. Defizite des Gleichgewichts oder Einschränkungen in der Gehfähigkeit verbessert werden (vgl. Barthel et al., 2017, S. 346).

2.1.3 Psychische Belastungen

Jede chronische Erkrankung stellt eine hohe psychische Belastung dar: Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit dem eigenen Körper entstehen. Auch eine Veränderung des Alltags oder eine Anpassung der gewohnten sozialen Rollen können erforderlich sein (vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S. 33).

Neben sozialen Ängsten (z. B. finanzielle Situation, Arbeitsplatz) und Zukunftsängsten (vgl. Fertl, Bauer, 2015, S. 203), ist ein besonders belastender Faktor die Unvorhersehbarkeit der Erkrankung. Dies zeigt sich auf verschiedenen Ebenen:

- Verlauf: es kann (bislang) nicht vorhergesagt werden, wann der nächste Schub auftritt oder wann sich die Verlaufsform hin zu einem chronisch-progredienten Verlauf ändert. Auch Fragen, ob oder wann es zu einer Pflegebedürftigkeit kommt, können nicht beantwortet werden (vgl. DMSG, 2021f).
- Symptome: je nachdem wo die entzündlichen Prozesse im ZNS auftreten, können sich ganz unterschiedliche Symptome herausbilden (vgl. Kip, Zimmermann, 2016, S. 5): besonders der Umgang mit kognitiven Defiziten ist eine große Herausforderung für die Betroffenen. Diese Hausarbeit konzentriert sich auf körperlich stark eingeschränkten Personen.
- Tagesform: nicht nur der langfristige Verlauf ist schwer vorherzusagen, auch die Tagesform kann starken Schwankungen unterliegen. Durch unterschiedliche Faktoren, insbes. hohe Temperaturen, Stress oder Überlastung, können kurzzeitige, nur schwer vorhersagbare Verschlechterungen der Leistungsfähigkeit auftreten (vgl. Kip, Wiendl, 2016, S. 80).

2.1.4 Epidemiologie und Kosten der Multiplen Sklerose

Weltweit wird die Zahl der an MS erkrankten Menschen auf ca. 2,5 Millionen Personen geschätzt, besonders häufig wird die Krankheit in Europa und Nordamerika diagnostiziert. Dabei erhöht sich die Inzidenz mit der Entfernung vom Äquator (sowohl auf der Nord- als auch auf der Südhalbkugel) (vgl. Friedrich, 2021, S. 22).

In Deutschland sind ca. 240.000 Menschen an MS erkrankt (vgl. Müller, 2018), die jährliche Inzidenz liegt bei ca. 8 pro 100.000 Einwohner. Bei zweidrittel der Betroffenen wird die Erstdiagnose zwischen dem 20. und dem 40. Lebensjahr gestellt, 5-10% der Diagnosen erfolgt bei jüngeren Patienten. Ein Ausbruch der Erkrankung in höherem Alter ist eher selten. Es sind zweimal mehr Frauen als Männer betroffen (vgl. Kip, Zimmermann, Bleß, 2016, S. 16).

Für 2010 wird die Prävalenz in Deutschland auf ca. 0,3% (etwa 300 Fälle pro 100.000 Einwohner) geschätzt (vgl. Kip, Zimmermann, Bleß, 2016, S. 16f).

Eine 2013 erschienene Übersichtsrate zur Mortalität bei MS zeigt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung um 7 bis 14 Jahre geringer ist als in der Allgemeinbevölkerung.

Ca. 50% bis 75% der Todesfälle können auf direkte Krankheitsfolgen oder -komplikationen zurückgeführt werden, es kann allerdings auch ein erhöhtes Suizidrisiko festgestellt werden (vgl. Kip, Zimmermann, Bleß, 2016, S. 18f).

Die Kosten zur Behandlung der MS liegen (je nach Verlaufsform) zwischen 17.000€ und 34.000€ pro Jahr (vgl. Zimmermann, Schönfelder, 2016, S. 95). Trotz der hohen Kosten ist eine umfangreiche medizinische Versorgung wichtig, um das Voranschreiten der Behinderung abzubremsen und so die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen aufrecht zu erhalten. Es zeigt sich, dass mit zunehmender Behinderung die Wahrscheinlichkeit für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben steigt. So ist das Risiko einer Erwerbsunfähigkeit bei MS-Erkrankten mit körperlichen Einschränkungen etwa doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (vgl. DMSG, 2019).

2.2 Motivationspsychologie

Der Begriff „Motivation“ ist aus der Alltagspsychologie wohl bekannt – der Duden definiert Motivation als „Gesamtheit der Beweggründe, Einflüsse, die eine Entscheidung, Handlung o. Ä. beeinflussen, zu einer Handlungsweise anregen“ (Duden, 2021).

Die Motivationspsychologie befasst sich mit zielgerichtetem Verhalten: es werden verschiedene Aspekte, wie die Verhaltensausrichtung, Ausdauer und Verhaltensintensität betrachtet und untersucht, wie diese erlebt werden und wie sie (positiv) beeinflusst werden können (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 147). Um Motivation in konkrete Handlungen bzw. in Veränderung von Verhaltensweisen umzusetzen, spielt die sog. Volition, zu der bspw. praxisorientierte Handlungskontrollstrategien gehören, eine zentrale Rolle (vgl. Achtziger, Gollwitzer, 2018, S. 357).

2.2.1 Verhaltensausrichtung

Um zielgerichtetes Verhalten auszulösen, müssen zwei Aspekte gegeben sein: zum einen die persönlichen Zielsetzungen (Motive), zum anderen die momentane Situation (Anreize) (vgl. Heckhausen, Heckhausen, 2018b, S. 7).

Motive können unterschiedliche Hintergründe haben; es wird zwischen universellen Verhaltenstendenzen und Bedürfnissen (wie bspw. Hunger oder dem Bedürfnis nach sozialer Anerkennung). impliziten Motiven, die in der Persönlichkeit der Person verankert sind und expliziten Motiven (konkreten, bewussten Zielsetzungen) unterschieden (vgl. Heckhausen, Heckhausen, 2018b, S. 4f). Die Motivationspsychologie benennt verschiedene Motive (vgl. Brandstätter et al., 2018, S. 31ff); in diesem Kontext sollen Annäherungs- und Vermeidungs-, Leistungs- und Anschlussmotivation genannt werden.

Hoffnung oder Furcht können den Wunsch nach Verhaltensänderungen auslösen (vgl. Brandstätter et al., 2018, S. 101). Durch positive Anreize kann Annäherungsmotivation hervorgerufen werden, negative Anreize, z. B. durch Furchtappelle, können zu Vermeidungsmotivation führen. Anschlussmotivation basiert auf dem grundlegenden

menschlichen Bestreben, Teil einer Gruppe zu sein (vgl. Brandstätter et al., 2018, S.53), Leistungsmotivation entsteht aus dem Wunsch, ein gesetztes Ziel zu erreichen, sich selbst zu übertreffen, oder im Wettbewerb mit anderen zu bestehen (vgl. Brandstätter et al., 2018, S. 32).

Bei den Anreizen (situationsabhängige Faktoren) wird zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation unterschieden (vgl. Heckhausen, Heckhausen, 2018b, S. 6). Die intrinsische Motivation beruht auf Faktoren, die durch Eigenschaften der Persönlichkeit, wie Neugier oder moralischen Werten geprägt sind. Insbes. bei sportlichen Aktivitäten kann z. B. der Spaß an der Bewegung oder am Wettkampf, motivierend wirken (vgl. Wasserkampf, Kleinert, 2017, S. 115).

Extrinsische Motivation wird durch äußere Faktoren, wie Belohnung oder soziale Bewertung (Tadel, Noten) hervorgerufen (vgl. Brandstätter et al., 2018, S. 113). So kann bspw. durch Kommentare oder Ermunterungen von Freunden oder Familie, sozial kontrollierte Motivation entstehen (vgl. Wasserkampf, Kleinert, 2017, S. 112).

2.2.2 Ausdauer

Auch die Fragestellung, wie ein Verhalten über längere Zeit, trotz Ablenkungen, Unterbrechungen oder Misserfolgen, aufrechterhalten werden kann, ist Untersuchungsgegenstand der Motivationspsychologie (vgl. Brunstein, Heckhausen, 2018, S. 193). Wie kann bspw. erreicht werden, dass man das ganze Jahr über regelmäßig ins Fitnessstudio geht und nicht nur für eine Woche?

Einen besonderen Einfluss auf die Ausdauer haben der Leistungsgedanke und die gesetzten Ziele: präzise formulierte, anspruchsvolle Ziele werden mit erhöhter Aufmerksamkeit, Anstrengung und Ausdauer verfolgt (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 157). Die Sportpsychologie unterscheidet verschiedene Zielsetzungen: Rang- bzw. Ergebnisziele (Erreichen einer bestimmten Platzierung in einem Wettkampf), Leistungsziele (Erreichen eines bestimmten, selbstgesetzten Referenzwertes zur Messung der körperlichen Fähigkeiten) oder Prozessziele (Verbesserung der Ausführung einer körperlichen Aktivität) (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 157).

Das Erleben von Erfolg und Misserfolg kann Konsequenzen auf die Ausdauer haben (vgl. Brunstein, Heckhausen, 2018, S. 193f). Die Auswirkungen von Erfolg und Misserfolg werden maßgeblich von der wahrgenommenen Schwierigkeit des Ziels, sowie persönlichkeitsbedingten Neigungen zur Ursachen-Attribution beeinflusst (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 153). In der Attributionstheorie werden die möglichen Ursachen für ein Ergebnis nach zwei Aspekten unterschieden: zum einen, ob die Ursache in der Person selbst (internal) oder in der Situation (external) zu suchen ist, zum anderen, ob die Gründe über einen längeren Zeitraum vorliegen (stabil) oder einmalig auftreten

(variabel). Abbildung 1 gibt Beispiele für mögliche Attributionen (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 153):

	Persönliche Ebene	
Zeitliche Ebene	internal	external
stabil	Fähigkeit/ Unvermögen	Anforderung Leicht/schwer
variabel	Fleiß/ Faulheit	Glück/Pech

Abbildung 1: Schema zur Einordnung von Attributionen (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 153)

Für die Aufrechterhaltung der Ausdauer sind insbes. bei schwierigen Zielen, Attributionen von Misserfolgen mit variablen (Pech, mangelnde Vorbereitung) und die Verknüpfung von Erfolgen mit stabilen (Fähigkeiten, Training) Faktoren förderlich (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 154).

2.2.3 Verhaltensintensität

Die Intensität, mit der man sein Ziel verfolgt, ist eine weitere Fragestellung, die in der Motivationspsychologie beleuchtet wird (vgl. Brandstätter et al., 2018, S. 7f). Welche Faktoren führen dazu, dass man konzentriert und voller Elan eine Aufgabe bewältigt? Was führt dazu, dass man intensives Krafttraining verfolgt, statt „nur“ ein entspanntes Kardiotraining zu wählen?

2.2.4 Volition

Die Volition umfasst alle Maßnahmen, die zur Realisierung der angestrebten Ziele führen (vgl. Achtziger, Gollwitzer, 2018, S. 357). Durch das sog. Rubikon-Modell der Handlungsphasen, siehe Abbildung 2, wird verdeutlicht, wie Motivation durch Volition zu einer konkreten Handlung und dauerhafter Verhaltensänderung führt (vgl. Achtziger, Gollwitzer, 2018, S. 358).

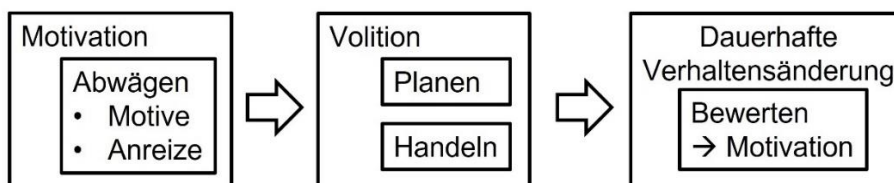


Abbildung 2: Rubikon-Modell der Handlungsphasen (vgl. Achtziger, Gollwitzer, 2018, S. 358)

Der Prozess beginnt mit einer Phase des Abwägens und der Zielbildung – die Motivation zu handeln (Zielintention) entsteht.

Die Phase der Volition kann in zwei zeitlich aufeinanderfolgende Schritte aufgeteilt werden: zuerst werden Strategien entwickelt und Handlungsschritte geplant, im zweiten Schritt werden diese dann umgesetzt.

Für die Umsetzung der Zielintention in konkrete Handlungen ist der Wille, trotz Widerständen das Ziel zu erreichen (Implementierungsintention) entscheidend (vgl. Brandstätter et al., 2018, S. 145f). Auch die eigene Einschätzung, ob das Ziel durch die Verhaltensänderung erreicht werden kann (Ergebniserwartung) und ob man in der Lage ist das gewünschte Verhalten umzusetzen (Selbstwirksamkeit), spielen eine Rolle: wird das Ziel als erreichbar eingeschätzt, ist die Wahrscheinlichkeit, eine Verhaltensänderung umzusetzen, deutlich- höher als bei einem als unmöglich angesehen Ziel (vgl. Heckhausen, Heckhausen, 2018a, S. 511).

In der letzten Phase werden die Handlungsergebnisse bewertet. Diese Bewertung führt (im besten Fall) dazu, dass die Motivation zur Verhaltensänderung bestehen bleibt und die Änderung dauerhaft umgesetzt wird (vgl. Achtziger, Gollwitzer, 2018, S. 358).

2.3 Gesundheitspsychologie

Die Gesundheitspsychologie untersucht, wie Menschen Gesundheit und Krankheit wahrnehmen. Besonderer Fokus wird daraufgelegt, Wege zu finden, um Menschen dabei zu unterstützen, Gesundheitsrisiken wahrzunehmen und gesundheitsförderliches Verhalten umzusetzen (vgl. Uhle, Treier, 2019, S. 228).

Um Verhalten positiv zu beeinflussen, wurden verschiedene Modelle entwickelt, dazu gehören motivationale Modelle, Modelle der Handlungsausführung oder Stadien- und Prozessmodelle (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 534).

2.3.1 Motivationale Modelle

Mit motivationalen Modellen soll beschrieben werden, welche Einflussgrößen sich auf die Entscheidung für oder gegen gesundheitsförderliches Verhalten auswirken (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 534). Dazu gehören u.a. das Health Belief Modell oder die Schutz-motivationstheorie.

Das Health Belief Modell (Modell gesundheitlicher Überzeugungen) basiert auf der individuell wahrgenommenen Gefährdung der Gesundheit und auf dem erwarteten Nutzen einer Verhaltensänderung. Das Modell berücksichtigt dabei den Einfluss demografischer Variablen, wie Alter oder Geschlecht, und psychologische Einstellungen, wie Optimismus oder die Selbstwahrnehmung (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 537).

Die Schutzmotivationstheorie nutzt (ähnlich dem Health Belief Model) die wahrgenommene gesundheitliche Selbsteinschätzung. Unter Berücksichtigung der wahrgenommenen gesundheitlichen Bedrohung, der Einschätzung zur eigenen Vulnerabilität und den Erwartungen zu Selbstwirksamkeits- und Handlungsergebnissen, wird eine Kosten-/Nutzen-Rechnung durchgeführt, die die sog. Schutzmotivation beschreibt (vgl. Uhle, Treier, 2019, 229f).

2.3.2 Modelle der Handlungsausführung

Modelle der Handlungsausführung berücksichtigen die unterschiedlichen Phasen des Rubikon-Modells und stellen die Rolle der Volition (Wille, die geplanten Ziele zu erreichen, siehe Abschnitt 2.2.4) in den Vordergrund. Besondere Beachtung gilt hier der sog. Die Intentions-Verhaltens-Lücke: die Intention (Motivation) ist vorhanden, führt aber nicht zu einer Verhaltensänderung. So werden bspw. Strategien zur Handlungs- oder Bewältigungsplanung (Umgang mit Barrieren) mit diesen Modellen adressiert (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 538).

2.3.3 Stadien- und Prozessmodelle

Auch Stadien- und Prozessmodelle der Verhaltensänderung orientieren sich am Rubikon-Modell: sie unterscheiden eine motivationale Phase, in der ein Handlungsentschluss (Intention) gefasst wird und eine volitionale Phase, in der Strategien zur Umsetzung der Intention reflektiert werden (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 541).

Ein Modell, das auf diesem Ansatz beruht, ist das sozial-kognitive Prozessmodell gesunder Handlung, auch HAPA-Modell (Health Action Process Approach) genannt (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 544ff).

In der motivationalen Phase wird untersucht, wie der Wunsch nach einer Verhaltensänderung (Intention) hervorgerufen wird. Das HAPA Modell thematisiert die folgenden Faktoren:

- Risikowahrnehmung: welche Krankheitsrisiken sind mit dem momentanen Verhalten verbunden?
- Ergebniserwartung: was sind die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung? und
- kompetenzbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen: die Überzeugung, grundsätzlich in der Lage zu sein, notwendige Änderungen umzusetzen (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 545).

Bei der Betrachtung der volitionalen Phase wird zwischen der Handlungsplanung (präaktional), -ausführung (aktional) und -bewertung (postaktional) unterschieden:

- die präaktionale Phase (Handlungsplanung & Initiative): Es werden Strategien zur konkreten Umsetzung der Zielvorstellungen (Intentionen) entwickelt. Auch in dieser Phase ist die Selbsteinschätzung, ob die geplanten Handlungen umgesetzt werden können (aufgabenbezogene Selbstwirksamkeitserwartung), von Bedeutung,
- die aktionale Phase (Handlungsausführung & -aufrechterhaltung): In dieser Phase ist insbes. der Umgang mit Störungen und Hindernissen wichtig. Strategien zur Vorhersage möglicher Barrieren und Handlungsalternativen (Bewältigungsplanung) müssen entwickelt und umgesetzt werden und
- die postaktionale Phase (Handlungsbewertung & -wiederaufnahme): nach Beendigung oder bei Unterbrechung der Maßnahmen, wird die bisherige Zielerreichung

abgeschätzt und abgewogen, ob die Verhaltensänderung wieder aufgenommen werden soll. Hier spielt die wiederaufnahmebezogene Selbstwirksamkeit eine Rolle (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 545).

In Abbildung 3: Phasen im HAPA-Modell ist das Modell grafisch dargestellt:

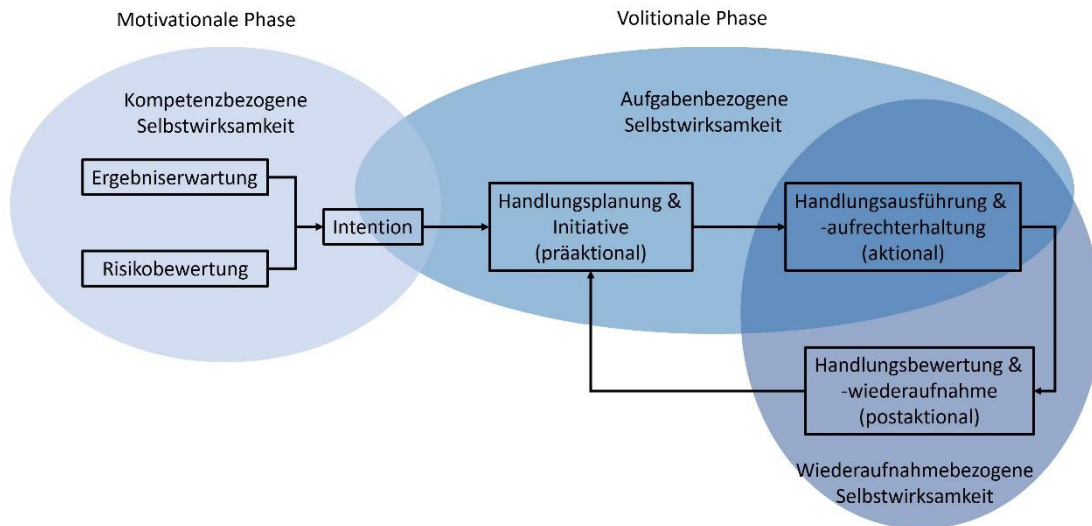


Abbildung 3: Phasen im HAPA-Modell (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 545)

3 Vorschläge

In diesem Kapitel werden anhand des HAPA-Modells (siehe Abschnitt 2.3) unter Berücksichtigung motivationspsychologische Aspekte (siehe Abschnitt 2.2), Vorschläge erarbeitet, mit deren Hilfe stark von MS betroffene Menschen zur Teilnahme an sporttherapeutischen Maßnahmen langfristig motiviert werden können.

Das Modell unterscheidet motivationale und volitionale Phasen, die vorgeschlagenen Maßnahmen werden nach der jeweiligen Phase im Modell zugeordnet vorgestellt.

3.1 Motivationale Phase

Um eine Verhaltensänderung initiieren zu können, muss ein Wunsch nach Veränderung (Intention) bestehen. In der motivationalen Phase des HAPA-Modells wird den Faktoren Risikowahrnehmung, Ergebnis- und Risikobewertung und kompetenzbezogene Selbstwirksamkeit besondere Bedeutung zugewiesen.

3.1.1 Risikowahrnehmung

Dass körperliche Aktivität einen positiven Einfluss auf den Körper hat, ist wohlbekannt: die Verminderung von Übergewicht, positive Effekte auf das Herz-Kreislauf-System und den Stoffwechsel, oder die Abmilderung psychischer Krankheiten gehören zu den belegten Wirkungen sportlicher Betätigung (vgl. Finger et al., 2017, S. 9f).

MS-Patienten sind von einer krankheitsbedingten, kontinuierlichen Verschlechterung (durch Schübe oder einen progredienten Verlauf, siehe Abschnitt 2.1.1) in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit bedroht. Allein durch das Wissen um die voranschreitende Behinderung und die positiven Effekte körperlicher Aktivität bei MS, ist bei den Betroffenen der Wunsch, mehr Bewegung in ihr Leben zu integrieren, groß (vgl. DMSG, 2021d). Pflegebedürftigkeit soll vermieden werden (Vermeidungsmotivation), ein eigenständiges Leben möglich sein (Annäherungsmotivation).

3.1.2 Ergebniserwartung

Um Ergebniserwartungen zu konkretisieren, ist die Formulierung von Zielen hilfreich. In der motivationalen Phase sollten langfristige, übergeordnete Ziele festgelegt werden, die dann in der volitionalen Phase mit Hilfe von mittel- und kurzfristigen Zielen umgesetzt werden.

Der Wunsch wieder laufen zu können, ist für behinderte Menschen im Rollstuhl häufig von besonderer Bedeutung; er ist Ausdruck des Wunsches, Selbstkontrolle und Autonomie zurückzuerlangen (vgl. Söllner, 2018, S. 15). Nach langer, schwerer Erkrankung ist dieses Ziel allerdings nur mit extremem Aufwand oder sogar überhaupt nicht mehr realisierbar. Der Betroffene muss genau abwägen, wie viel Zeit und Aufwand notwendig sind, um die Gehfähigkeit wieder herzustellen: für Freunde und Familie wäre kaum noch Zeit, der Beruf müsste aufgegeben werden, der gesamte Tag wäre mit sportlichen Aktivitäten gefüllt. Eine offene Thematisierung dieser Problematik mit Ärzten und Therapeuten kann dem Betroffenen helfen, die Hindernisse und Herausforderungen besser einzuschätzen und andere Prioritäten zu setzen.

Auch wenn das langfristige Ziel wieder unabhängig vom Rollstuhl zu sein, nicht erreichbar ist, so können dennoch Ziele in Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit formuliert werden. Eine eigenständige Lebensführung, die aktive Teilnahme an Freizeitaktivitäten oder die Aufrechterhaltung einer beruflichen Tätigkeit, können langfristige Ziele sein.

Durch Sport können verschiedene Probleme des Alltags bekämpft werden. Besonders Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, leiden durch das viele Sitzen auf verschiedenen Ebenen (vgl. Engeroff, Füzéki, 2017, S. 78ff). Besonders Rückenschmerzen und Verspannungen können mit gezieltem Bewegungstraining behandelt werden. Auch psychische Belastungen, wie Stress oder Angststörungen, können abgemildert werden (vgl. Gerber, 2020, S. 590).

Zusätzlich ist bekannt, dass durch sportliche Aktivitäten, die Kompensation unterschiedlicher Symptome, die häufig bei MS auftreten, verbessert werden kann (vgl. DMSG, 2021d). Dazu gehören neben physiologischen Einschränkungen wie

Gleichgewichtsstörung oder Gangunsicherheiten auch kognitive Einschränkungen wie Fatigue (vgl. Pantel et al., 2017, S. 345).

Der Wunsch nach sozialen Kontakten (Anschlussmotivation), die bei sportlichen Aktivitäten geknüpft werden, kann motivierend wirken. Besonders bei chronisch kranken und behinderten Menschen leiden soziale Kontakte häufig stark unter den Auswirkungen der Krankheit (vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S. 24): Bekannte/Freunde fühlen sich überfordert und beenden den Kontakt, der Betroffene ist unsicher oder schämt sich wegen der Einschränkungen oder er hat Sorge, Verabredungen zu treffen, da er sie nicht mit Sicherheit einhalten kann.

Sportvereine oder -gruppen können die Möglichkeit bieten, den Wunsch nach sozialen Kontakten und körperlicher Bewegung zu verbinden. Wichtig ist dabei, dass der Verein das gemeinsame Erleben der Bewegung in den Vordergrund stellt und sich nicht hauptsächlich am Leistungsgedanken, wie der Teilnahme an Wettkämpfen, orientiert. Angebote im Gesundheitssport oder in Behindertensportvereinen können genutzt werden, um körperliche Aktivität im Verein auszuüben (vgl. Wetterich, Eckl, 2018, S. 7f).

3.1.3 Kompetenzbezogene Selbstwirksamkeit

Oft versuchen MS-Betroffene die Einschränkungen auszublenden (vgl. Söllner, 2018, S. 3f). Aber erst durch einen aktiven Umgang mit der Krankheit und dem Wissen zu Möglichkeiten zur Verbesserung der eigenen Situation, kann Motivation zur Umstrukturierung des Alltags gezogen werden.

Die kompetenzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung – die Erwartung, dass das eigene Verhalten positiven Einfluss auf die Situation hat – ist ein wichtiger Faktor zur Aktivierung gesundheitsförderlichen Verhaltens (vgl. Uhle, Treier, 2019, S. 147). Die MS ist nicht heilbar (vgl. Kip, Wiendl, 2016, S. 56), die aufgetretenen Schädigungen im Nervensystem können nicht wieder hergestellt werden (vgl. Kip, Zimmermann, 2016, S. 7). Die Erwartung, durch Sport, Ernährung und Medikamente die Krankheit vollständig besiegen zu können, ist unrealistisch. Wie bereits in Abschnitt 3.1.2 erwähnt, ist eine realistische – aber nicht pessimistische - Einschätzung der eigenen Möglichkeiten wichtig. Ein an MS Erkrankter sollte seinen Fokus daher auf die positiven Effekte richten, die erreichbar sind, wie bspw. Muskelaufbau, Gewichtsreduktion oder verbesserte Beweglichkeit.

Durch eine chronische Erkrankung ändert sich das Rollenbild und Selbstverständnis einer Person, das Selbstbewusstsein und das Vertrauen in den eigenen Körper – und somit in die Selbstwirksamkeit – leiden (vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S.33). Die Rücksprache mit anderen (Ärzte, Therapeuten, aber auch Freunde, Familie oder andere Betroffene) kann helfen, die eigenen Möglichkeiten neu zu bewerten.

Zusätzlich entsteht so sozialer Druck und damit ein starker extrinsischer Anreiz (sozial kontrollierte Motivation, vgl. Wasserkampf, Kleinert, 2017, S. 112): zum einen die

Hoffnung auf Lob und Bewunderung für die (geplanten) Anstrengungen, zum anderen Vermeiden, andere zu enttäuschen, falls die geplanten Aktivitäten dann doch nicht ausgeführt werden. Gespräche mit Freunden und Familie können außerdem zu einem Austausch von Ideen, Hilfsangeboten oder Vorschlägen zu gemeinsamer Aktivität führen (vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S. 44).

3.2 Volitionale Phase

Die volitionale Phase befasst sich mit der praktischen Umsetzung der Intentionen, die in der motivationalen Phase gefasst wurden. In diesem Kontext ist auch die Intention-Verhaltens-Lücke zu beachten: der Wille, sportlichen Aktivitäten nachzugehen ist vorhanden, wird aber nicht umgesetzt (vgl. Englert, Bertrams, 2020, S.213).

In dieser Phase werden drei Stadien unterschieden: Handlungsplanung, -durchführung und -bewertung und -wiederaufnahme.

3.2.1 Handlungsplanung

In der präaktionalen Phase, der Handlungsplanung, werden Überlegungen angestellt, wie die Ziele, die in der motivationalen Phase gefasst wurden, konkret erreicht werden können. In diesem Zusammenhang ist aufgabenbezogene Selbstwirksamkeit – die Überzeugung, die Aufgaben bewältigen zu können, von besonderer Bedeutung (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 545).

Sportliche Aktivitäten können im Rahmen von Sportvereinen, sporttherapeutischen Maßnahmen oder eigenständig (bspw. in einem Fitnessstudio) stattfinden. Die aufgabenbezogene Selbstwirksamkeit wird stark von praktischen Überlegungen beeinflusst, insbes. berufstätige, stark beeinträchtigte Menschen werden mit verschiedenen Herausforderungen, wie der Suche nach einer passenden Sportart, der Festlegung konkreter, umsetzbarer Ziele oder zeitlichen und räumlichen Einschränkungen, konfrontiert.

Sportart

Ein wichtiger intrinsischer Anreiz für mehr Bewegung ist Freude (vgl. Wasserkampf, Kleiner, 2017, S. 115). Deshalb sollte eine Sportart ausgewählt werden, die den Vorlieben des Betroffenen entspricht: Aspekte wie Bewegung an der frischen Luft, auf oder im Wasser, im Team oder allein, usw. sollten berücksichtigt werden.

Auch mit körperlichen Einschränkungen durch MS ist die Ausübung vieler Sportarten möglich (vgl. DMSG, 2021d). Bei starken Einschränkungen, wie bspw. Rollstuhl, müssen Strategien entwickelt werden, um eine Teilnahme zu ermöglichen. So kann Yoga auf einem Stuhl sitzend ausgeübt werden oder Radfahren mit einem Dreirad oder Handbike möglich sein (vgl. DMSG, 2021d). Indem Wege aufgezeigt werden, wie trotz Einschränkungen die Ausübung der gewünschten Sportart möglich ist, wird die Überzeugung, aktiv die entwickelten Strategien umsetzen zu können (aufgabenbezogene Selbstwirksamkeit), gestärkt.

Selbst wenn aktive Unterstützung durch Trainer oder Therapeuten erforderlich ist, lassen sich im Rahmen von sporttherapeutischen Maßnahmen oft Wege finden, die Sportart dennoch (in angepasster Form) auszuüben, so ist bspw. therapeutisches Klettern eine beliebte Sportart von MS-Patienten (vgl. DMSG, 2021d). Ein Vorteil bei der Ausübung von Sport im Rahmen von Therapien ist die ständige Begleitung durch geschulte Therapeuten, die die Aktivitäten absichern und begleiten.

Ziele

Die Formulierung von Zielen ist ein wichtiges Instrument, um dauerhafte Verhaltensänderungen zu unterstützen. Ziele sollten genau formuliert und anspruchsvoll – aber auch erreichbar sein (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 157).

Dabei spielt auch der Leistungsgedanke (Leistungsmotivation) – z. B. das Ziel eine gewisse Strecke laufen zu können – eine maßgebliche Rolle. Dabei beeinflussen sich Ziele und Selbstwirksamkeitserwartung gegenseitig: je ambitionierter die Ziele, desto größer die Überzeugung, dass das Training durchgeführt werden kann (aufgabenbezogene Selbstwirksamkeitserwartung) und dass das Training Einfluss auf die Zielerreichung hat (Ergebniserwartungen) (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 544f).

Betroffene müssen allerdings berücksichtigen, dass die körperliche Leistungsfähigkeit starken Schwankungen unterlegen ist und dass zu starke körperliche Belastung zu einer zeitweisen Verschlechterung der Symptomatik führen kann (vgl. Kip, Wiendl, 2016, S. 80). Dadurch ist die Formulierung konkreter, messbarer Ziele schwierig. Ziele, die den dynamischen Charakter der Symptomatik nicht berücksichtigen, können negative Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit der Handlungswiederaufnahme haben (siehe Abschnitt 3.2.3).

Um sinnvolle Ziele zu formulieren sind die sog. SMART-Kriterien hilfreich: es muss deutlich werden, was genau erreicht werden soll (specific), das Ziel muss eine Bedeutung haben (meaningful), erreichbar (achievable) und realistisch (realistic) sein und zu bis zu einem festgelegten Zeitpunkt erreicht werden (timely) (vgl. Stiensmeier-Pelster, Otterpohl, 2018, S. 584).

Insbes. Prozessziele (Ziele, die auf die Verbesserung der Ausführung einer Aktivität abzielen (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 157)) eignen sich zur Formulierung langfristiger Ziele. Ein solches Ziel könnte bspw. sein, Kraft und Koordination zu trainieren. Eine konkrete Zielformulierung könnte lauten: „Innerhalb der nächsten zwölf Monate kann ich mit dem linken Arm eine Tasse aus dem Geschirrschrank holen.“

Leistungsziele (Erreichen eines Grenzwertes (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 157)) können sich bspw. auf die Gehstrecke oder die Anzahl Wiederholungen bei einer Übung beziehen: „In den nächsten sechs Monaten kann ich ohne Pause 200m mit dem Rollator zurücklegen.“

Rangziele (Erreichen einer bestimmten Platzierung in einem Wettkampf (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 157)) können für MS Betroffene schwierig umzusetzen sein, da sie auf die Leistung zu einem festgelegten Zeitpunkt abzielen. Selbst nach ausreichendem Training kann sich (durchaus durch Nervosität hervorgerufen) zum Zeitpunkt des Wettkampfes die Symptomatik kurzfristig so verstärken, dass die Ziele nicht erreicht werden können. Um den SMART-Kriterien der Erreichbarkeit und Realisierbarkeit gerecht zu werden, sollten die Ziele immer mit Therapeuten abgesprochen werden. Er kann seinen Patienten und dessen körperliche Leistungsfähigkeit sowie den Einfluss der Erkrankung einschätzen (vgl. Preis et al., 2017, S. 5) und ihn dabei unterstützen, realistische Vorstellungen über die eigenen Möglichkeiten zu entwickeln. Weiterhin kann er einen Trainingsplan entwerfen und Übungen konzipieren, die für die Zielsetzung passend sind (vgl. Preis et al., 2017, S. 5).

Nach dem Auftreten eines Schubereignisses müssen die Ziele – zumindest was den zeitlichen Rahmen angeht – wieder neu ausgerichtet werden.

Zeitliche & räumliche Einschränkungen

Nachdem eine Sportart gefunden und Ziele festgelegt wurden, stehen praktische Überlegungen im Vordergrund: Trainingszeiten in Sportvereinen oder bei sporttherapeutischen Maßnahmen werden von außen vorgegeben und sind teilweise nur schwer mit einem aktiven Berufsleben zu verbinden, Räumlichkeiten, in denen das Training stattfindet, sind u.U. nicht behindertengerecht.

Sportvereine und -gruppen bieten mehr als nur die Möglichkeit zu sportlicher Betätigung, besonders der soziale Anschluss ist für MS-Betroffene wertvoll. Wie bereits in Abschnitt 3.1.2 erwähnt sind Angebote im Gesundheitssport oder in Behindertensportvereinen für Menschen mit starken körperlichen Einschränkungen besser geeignet, da hier das Erleben der körperlichen Aktivität (zumeist) eine größere Rolle spielt als die Teilnahme an Wettkämpfen (vgl. Thiel et al., 2017, S. 19).

Nachteilig bei diesen Angeboten sind die zeitlichen Vorgaben: häufig lassen sich die Trainingszeiten nicht mit einem aktiven Berufsleben vereinbaren. Auch sind Vereine und Gruppen räumlich festgelegt, die Wege zum Veranstaltungsort können lang und umständlich sein.

Gerätetraining eignet sich besonders gut für Menschen mit MS. Durch aktive oder geführte Übung können wichtige Aspekte wie Kraft, Ausdauer oder Beweglichkeit trainiert werden (vgl. Bungartz et al., 2017, S.232). In der medizinischen Trainingstherapie (MTT) wird in einer Physiotherapiepraxis gemeinsam mit einem Therapeuten ein Trainingsplan entwickelt, der dann selbstständig in den Räumlichkeiten der Praxis umgesetzt wird.

Nachteilig bei der MTT sind feste Termine und zeitlich begrenzte Trainingszeiten. Häufig ist mit langen Wartezeiten zu rechnen, bevor eine Therapie begonnen werden kann.

Der große Vorteil einer Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio (nachdem sichergestellt ist, dass die Räumlichkeiten rollstuhlgerecht sind), ist die hohe zeitliche Flexibilität (sowohl was Termine als auch die Trainingsdauer betrifft). Kontakte im Zusammenhang mit der sportlichen Betätigung können geknüpft werden, allerdings steht der Sport im Vordergrund – soziale Kontakte und gegenseitiges Kennenlernen sind ein Nebenprodukt.

Bei starken Einschränkungen, die die Ausführung eines „normalen“ Trainings erschweren, ist es sinnvoll neben der Einführung durch die Fitnesstrainer im Studio noch einen zusätzlichen Termin (als „Hausbesuch“) mit einem Therapeuten in dem Studio zu vereinbaren. Er kann dabei unterstützen, gezielt Übungen auszuwählen und diese auf die besonderen Umstände des Betroffenen anpassen. So kann im Fitnessstudio Eigentraining im Sinne einer Einführung in die MTT durchgeführt werden (vgl. Bungartz et al., 2017, S.232ff).

Die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio ist allerdings mit (teilweise sehr hohen) Kosten verbunden und es besteht die Gefahr negativer Erfahrungen durch mangelnde Akzeptanz der anderen Trainierenden.

Ähnliche zeitliche und räumliche Vorgaben bestehen auch bei Physio- oder Ergotherapie. Allerdings bietet es sich besonders bei Arbeit im Homeoffice an, diese Therapien als Hausbesuch durchzuführen. Dies ermöglicht eine größere Flexibilität in der Terminfindung. Außerdem können so Übungen entworfen werden, die die Gegebenheiten des Wohnorts berücksichtigen und die der Betroffene ohne Therapeuten durchführen kann. Die DMSG organisiert im Rahmen von sportorientierten Kompaktschulungen (SpoKs) deutschlandweit Schulungen zum Thema Sport und Bewegung für MS-Betroffene. In diesen Schulungen werden den Betroffenen Kompetenzen vermittelt, die ihnen erlauben, selbständig und gezielt trainieren zu können (vgl. SpoKs, 2021).

Im Rahmen der Lock-Down und Hygienemaßnahmen sind vermehrt online-Angebote – auch für sporttherapeutische Maßnahmen – entstanden. Diese Angebote können an festen Terminen zur aktiven Teilnahme in einer Gruppe angeboten werden, bspw. bietet die DMSG Niedersachsen jeden zweiten Dienstag im Monat Stuhl-Yoga als online-Veranstaltung an (vgl. DMSG, 2021e). Auf diese Weise kann der Kontakt zu anderen (zumindest virtuell) aufrechterhalten werden – allerdings müssen die Termine in die bestehende Zeitplanung integrierbar sein. Eine weitere Möglichkeit des online-Angebots sind Videos, z.B. auf dem YouTube-Kanal von SpoKs (vgl. YouTube, 2021). Diese Angebote eignen sich für zeitlich flexibles Eigentraining, bieten allerdings keinen Kontakt zu anderen.

Zusätzlich zu spezifischen Sportangeboten, ist es sinnvoll zu versuchen, mehr Bewegung in den Alltag zu integrieren. Schon kleine Übungen, wie sich beim Warten auf den Wasserkocher hinzustellen, können förderlich sein (vgl. Engeroff, Füzéki, 2017, S. 82).

Eine wichtige Option zur Aufrechterhaltung und Stärkung der Leistungsfähigkeit sind Rehabilitationsangebote. Durch gezieltes körperliches Training, psychologische Beratung oder Informationsveranstaltungen werden die funktionelle Leistungsfähigkeit, Selbstständigkeit und persönlichen Bewegungsfreiheit verbessert und damit auch der Verbleib im Berufsleben unterstützt. Der stationäre Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik ist sinnvoll, da so auch räumlich Abstand zu Alltag und Berufsleben geschaffen wird und so die Konzentration auf die Therapie leichter möglich ist. Berufstätige haben jährlich einen Anspruch auf vier Wochen Rehabilitation (vgl. DMSG, 2021g).

3.2.2 Handlungsdurchführung

In der aktionalen Phase (Handlungsdurchführung) werden Wege gesucht, wie eine einmal begonnene Verhaltensänderung aufrechterhalten werden kann. Auf die Bewältigung von Barrieren und den Umgang mit Störungen haben sowohl aufgabenbezogene als auch wiederaufnahmebezogene Selbstwirksamkeit Einfluss (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 545).

Störfaktoren können internal oder external sein. Zu den internalen Störfaktoren gehören z. B. der „innere Schweinehund“, Müdigkeit oder Unlust, externale Störfaktoren können bspw. Hygieneauflagen, die Einladung ins Kino oder wetterbedingt sein (vgl. Englert, Bertrams, 2020, S. 213). Um trotz aller Störungen und Versuchungen regelmäßig sportlichen Aktivitäten nachzugehen, sind Selbstkontrolle und -regulation erforderlich (vgl. Dewitt, 2021, S. 7).

Auch wenn die Fähigkeit zur Selbstregulation stark von Persönlichkeitsmerkmalen beeinflusst wird (vgl. Dewitt, 2021, S. 24ff), so gibt es doch Möglichkeiten, sie zu trainieren. So können der Widerstand gegen Versuchungen und der Wille zur Zielerreichung gestärkt werden (vgl. Dewitt, 2021, S. 33ff).

Besonders das regelmäßige Eigentraining ohne äußere Kontrolle von Trainern oder Therapeuten ist häufig schwierig aufrechtzuerhalten. Eine Möglichkeit, die Wahrscheinlichkeit einer regelmäßigen Ausführung der Übungen zu erhöhen, sind detaillierte Trainingspläne, in denen nicht nur die Übungen selbst, sondern auch Zeit, Ort und Art der Durchführung, spezifiziert sind (vgl. Englert, Bertrams, 2020, S. 218).

Das Wetter hat starken Einfluss auf die körperliche Leistungsfähigkeit von MS-Patienten, es kann zu einer zeitweisen Verstärkung der Symptomatik kommen (vgl. Kip, Wiendl, 2016, S. 80). Auch an Tagen mit stark ausgeprägter Symptomatik sollte ein leichtes Training durchgeführt werden – auch wenn die Versuchung, wegen der verminderten Leistungsfähigkeit das Training ausfallen zu lassen, groß ist. In diesem Zusammenhang ist der soziale Druck durch die festgelegten Termine sporttherapeutischer Maßnahmen hilfreich: der Therapeut fragt nach dem Grund für eine Absage, es könnte als peinlich

empfunden werden, wegen verminderter Leistungsfähigkeit abzusagen und den Therapeuten zu enttäuschen.

Bei der Teilnahme an Aktivitäten in Vereinen oder Gruppen, ist es wichtig, die Situation offen zu kommunizieren, sowohl mit den anderen Teilnehmern, aber insbes. mit den Trainern. Dann können gemeinsam Wege gesucht werden, wie trotz der körperlichen Einschränkungen eine Teilnahme in der Gruppe möglich ist und Strategien können entwickelt werden, wie an Tagen, an denen die Symptomatik besonders stark ausgeprägt ist, ein leichtes Training möglich ist.

Neben wetterbedingten Einflüssen, kann auch Überanstrengung zu einer Verstärkung der Symptomatik führen. Deshalb muss darauf geachtet werden, dass trotz eines anspruchsvollen Trainings eine zu intensive Beanspruchung vermieden wird. An Tagen, an denen noch weitere Termine anstehen, sollte die Trainingsintensität verringert werden, um zu verhindern, dass diese Termine wegen der vorangegangenen Überanstrengung abgesagt werden müssen (vgl. Barthel et al., 2017, S. 345).

3.2.3 Handlungsbewertung und -wiederaufnahme

Bei Handlungsunterbrechung oder nach einem gewissen Zeitintervall, in dem die Verhaltensänderung durchgeführt wurde, wird eine Bewertung der Ergebnisse der Verhaltensänderung vorgenommen. In dieser postaktionalen Phase ist die wiederaufnahmebezogene Selbstwirksamkeit entscheidend (vgl. Pfeffer, Wegner, 2020, S. 545).

Das Erleben von Erfolg und Misserfolg hat einen entscheidenden Anteil an der Frage, ob eine Tätigkeit dauerhaft ausgeführt wird (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 157). Insbes. MS Betroffene sollten nicht vernachlässigen, dass krankheitsbedingte Rückschläge durch eine kurzfristige Verschlechterung der Symptomatik zu erwarten sind. Kann deshalb ein gesetztes Ziel an einem Tag nicht erreicht werden, muss dieser – zeitlich variable – Faktor berücksichtigt werden, so dass der Misserfolg nicht allein zeitlich stabilen, internalen Eigenschaften, wie Trägheit oder einer dauerhaften Behinderung zugeschrieben wird. So können Frust und Ärger vermieden werden (vgl. Elbe, Schüler, 2020, S. 153).

Trainingsfortschritte und Leistungssteigerungen sollten langfristig betrachtet werden – die Betrachtungen sollten sich darauf konzentrieren, was erreicht wurde und sich nicht allein auf die (weiterhin) bestehenden Defizite konzentrieren. Auch der Vergleich mit anderen – auch andere Betroffene – sollte wegen der unterschiedlichen Ausprägungen der Erkrankung vermieden werden (vgl. DMSG, 2021f). Feedback von außen, durch Freunde, Familie oder Therapeuten, ist sinnvoll, um eine objektive Einschätzung zu erhalten.

Mit den Erfahrungen, die bei der bisherigen Umsetzung der Pläne gemacht wurden, können neue Ziele festgesetzt werden. Konnten die gesteckten Ziele nicht erreicht werden,

muss überlegt werden, ob das Zielniveau gesenkt werden sollte (z.B., dass nur eine Gehstrecke von 100m erreicht werden soll) (vgl. Englert, Bertrams, 2020, S. 217). Genauso können ambitioniertere Ziele formuliert werden, wenn die vorherigen Ziele vorzeitig erreicht wurden.

4 Fazit

Trotz einer fortgeschrittenen Behinderung und den krankheitsspezifischen Bedingungen einer Multiplen Sklerose (MS) ist die aktive Teilnahme an sportlichen Aktivitäten, insbes. im Rahmen von sporttherapeutischen Maßnahmen, möglich und erstrebenswert (vgl. DMSG, 2021d). Durch Bewegung und Training werden nicht nur körperliche Fähigkeiten trainiert, auch psychische Aspekte, wie Selbstbewusstsein, der Umgang mit Ängsten oder Depressionen, werden verbessert (vgl. Pantel et al., 2017, S.320).

Die konsequente Berücksichtigung der speziellen, krankheitsbedingten Einschränkungen erlaubt es, Strategien und Handlungsempfehlungen im gesamten motivationalen und volitionalen Prozess (im Rahmen des HAPA-Modells der Gesundheitspsychologie) zu formulieren, die von den Betroffenen umgesetzt werden können.

Grundlage, um eine dauerhafte Verhaltensänderung hervorzurufen, ist die Wahrnehmung und Einstellung zur Erkrankung und den eigenen Fähigkeiten: auch wenn nicht alle Ziele und Wünsche (bspw. das Wiedererlangen der Gehfähigkeit) durch Sport erreichbar sind, sind mit den vorhandenen Ressourcen deutliche Verbesserungen erreichbar (vgl. DMSG, 2021d).

Eine offene Kommunikation über die Erkrankung mit Freunden, Familie aber auch im Sportverein oder Fitnessstudio können Motivation und Unterstützung erzeugen und die soziale Integration fördern.

Besonders die Aspekte der unvorhersagbaren Entwicklung der Krankheit und der stark schwankenden Tagesform werden bei der Entwicklung von Handlungsempfehlungen beachtet: bspw. bei der Formulierung von Zielen und in der Ergebnisbewertung, um Enttäuschungen und vorzeitiges Abbrechen zu vermeiden.

Eine besondere Rolle spielt die Beziehung zu Therapeuten und Trainern: auf fachlicher Ebene können sie durch ihr Fachwissen gezielt Übungen vorgeben und eine objektive Einschätzung zu den positiven Veränderungen durch die sportlichen Aktivitäten geben. Aber nicht nur die fachlichen Kompetenzen sind wichtig: sie motivieren und vermitteln Freude an der Bewegung.

III. Literaturverzeichnis

- Achtziger A., Gollwitzer P.M. (2018) Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In: Heckhausen J., Heckhausen H. (eds) Motivation und Handeln. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Barthel T., van den Bongard F., Ströhlein J., Reinsberger C. (2017) Bewegung und neurologische Erkrankungen. In: Banzer W. (eds) Körperliche Aktivität und Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Brandstätter V., Schüler J., Puca R.M., Lozo L. (2018) Motivation und Emotion. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Brunstein J.C., Heckhausen H. (2018) Leistungsmotivation. In: Heckhausen J., Heckhausen H. (eds) Motivation und Handeln. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Bungartz G., Diemer F., Gräuling J., Sutor V. (2017) Medizinische Trainingstherapie. In: Ebelt-Paprotny G., Taxhet G., Wappelhorst U. (eds) Leitfaden Physiotherapie. Elsevier, München.
- Dewitt T. (2021) Gesundheitspsychologie. Springer, Wiesbaden.
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) Bundesverband e.V. (2019) Über die Hälfte der Multiple Sklerose-Erkrankten in Deutschland werden bis zur Rente mit 65 berufsunfähig, 27.11.2019. <https://www.dmsg.de/multiple-sklerose-news/ms-forschung/ueber-die-haelfte-der-multiple-sklerose-erkrankten-in-deutschland-werden-bis-zur-rente-mit-65-berufs/> (22.10.2021)
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) Bundesverband e.V. (2021a) Ärztlicher Beirat. <https://www.dmsg.de/dmsg-bundesverband/ueber-uns/aerztlicher-beirat/> (22.10.2021)
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) Bundesverband e.V. (2021b) Der Zusammenhang zwischen MS und Sport. <https://www.dmsg.de/multiple-sklerose-infos/ms-und-sport/einfuehrung/der-zusammenhang-zwischen-ms-und-sport/> (22.10.2021)
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) Bundesverband e.V. (2021c) Informieren, helfen, forschen, Perspektiven schaffen. <https://www.dmsg.de/dmsg-bundesverband/ueber-uns/aufgaben-und-zielsetzung/> (22.10.2021)

- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) Bundesverband e.V. (2021d) MS und Sport: Klettern <https://www.dmsg.de/multiple-sklerose-infos/ms-und-sport/klettern/grundsatzliches/> (1.12.2021)
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) Bundesverband e.V. (2021e) Online-Veranstaltungen der DMSG - Landesverband Niedersachsen <https://www.dmsg.de/dmsg-bundesverband/landesverbaende/veranstaltungen/#c1004678> (01.12.2021)
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) Bundesverband e.V. (2021f) Was ist Multiple Sklerose?. <https://www.dmsg.de/multiple-sklerose-infos/was-ist-ms/> (22.10.2021)
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) Bundesverband e.V. (2021g) Was ist Rehabilitation bei MS? <https://www.dmsg.de/multiple-sklerose-infos/ms-behandeln/rehabilitationsverfahren/> (22.10.2021)
- Duden (2021) Motivation. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Motivation> (22.10.2021)
- Elbe AM., Schüler J. (2020) Motivation und Ziele im Kontext Sport und Bewegung. In: Schüler J., Wegner M., Plessner H. (eds) Sportpsychologie. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Engeroff T., Füzéki E. (2017) Sitzender Lebensstil und Gesundheit. In: Banzer W. (eds) Körperliche Aktivität und Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Englert C., Bertrams A. (2020) Volition im Sport. In: Schüler J., Wegner M., Plessner H. (eds) Sportpsychologie. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Faiss J., Wiethölter H. (2011) Multiple Sklerose. In: Berlit P. (eds) Klinische Neurologie. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Fertl E., Bauer K. Multiple Sklerose und psychische Störungen. psychopraxis. neuropraxis 18, 204–209 (2015).
- Finger J., Manz K., Krug S., Mensink G. (2017) Epidemiologie der körperlichen Aktivität und Inaktivität. In: Banzer W. (eds) Körperliche Aktivität und Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Friedrich, A. Multiple Sklerose verstehen. Heilberufe 73, 22–25 (2021).

- Gerber M. (2020) Sport, Stress und Gesundheit. In: Schüler J., Wegner M., Plessner H. (eds) Sportpsychologie. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Heckhausen J., Heckhausen H. (2018) Entwicklung der Motivation. In: Heckhausen J., Heckhausen H. (eds) Motivation und Handeln. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Heckhausen J., Heckhausen H. (2018) Motivation und Handeln: Einführung und Überblick. In: Heckhausen J., Heckhausen H. (eds) Motivation und Handeln. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Kip M., Zimmermann A. (2016) Krankheitsbild Multiple Sklerose. In: Kip M., Schönfelder T., Bleß HH. (eds) Weißbuch Multiple Sklerose.
- Kip M., Zimmermann A., Bleß HH. (2016) Epidemiologie der Multiplen Sklerose. In: Kip M., Schönfelder T., Bleß HH. (eds) Weißbuch Multiple Sklerose. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Kip M., Wiendl H. (2016) Therapie der Multiplen Sklerose. In: Kip M., Schönfelder T., Bleß HH. (eds) Weißbuch Multiple Sklerose. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Müller, T. (2018) Zahl der MS-Kranken hat sich in Deutschland verdoppelt. Ärztezeitung, 23.03.2018. <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Warum-es-heute-so-viele-MS-Kranke-gibt-225639.html> (22.10.2021)
- Pantel J., Oertel-Knöchel V., Banzer W. (2017) Bewegung und psychische Gesundheit. In: Banzer W. (eds) Körperliche Aktivität und Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Pfeffer I., Wegner M. (2020) Modelle zur Erklärung der Veränderung von Gesundheitsverhalten und körperlicher Aktivität. In: Schüler J., Wegner M., Plessner H. (eds) Sportpsychologie. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Preis R., Taxhet G., Hoffmann-Kock (2017) Physiotherapeutisches Selbstverständnis. In: Ebel-Paprotny G., Taxhet G., Wappelhorst U. (eds) Leitfaden Physiotherapie. Elsevier, München.
- Söllner W. (2018) Kranksein. In: Söllner W. (eds) Kranker Körper - kranke Seele. Psychotherapie: Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg.

sportorientierte Kompaktschulung für Menschen mit Multipler Sklerose (SpoKs) (2021)
Was ist SpoKs?, <https://spoks-ms.de/beispiel-seite/> (1.12.2021)

Stangel M., Kleinschnitz C., Mäurer M., Raab P., Sühs KW., Trebst C. (2018) Multiple Sklerose und andere autoimmune ZNS-Erkrankungen. In: Stangel M., Mäurer M. (eds) Autoimmunerkrankungen in der Neurologie. Springer, Berlin, Heidelberg.

Stiensmeier-Pelster J., Otterpohl N. (2018) Motivation in Schule und Hochschule. In: Heckhausen J., Heckhausen H. (eds) Motivation und Handeln. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg.

Thiel C., Bernardi A., Hübscher M. (2017) Körperliches Training in Prävention und Therapie – Gestaltung und Effekte. In: Banzer W. (eds) Körperliche Aktivität und Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg

Uhle T., Treier M. (2019) Betriebliches Gesundheitsmanagement. Springer, Wiesbaden.

Wasserkampf A., Kleinert J. (2017) Motivation und Verhaltensänderung. In: Banzer W. (eds) Körperliche Aktivität und Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg.

Wetterich J., Eckl S. (2018) Inklusion durch Sport in Braunschweig. LIT Verlag, Berlin.

Wolf-Kühn N., Morfeld M. (2016) Rehabilitationspsychologie. Basiswissen Psychologie. Springer, Wiesbaden.

YouTube (2021) DailySpoks. <https://www.youtube.com/channel/UC9uoZY9YdUKHdHftFN4i5sq> (22.10.2021)

Zimmermann A., Schönfelder T. (2016) Gesundheitsökonomische Aspekte der Versorgung der Multiplen Sklerose. In: Kip M., Schönfelder T., Bleß HH. (eds) Weißbuch Multiple Sklerose. Springer, Berlin, Heidelberg.

Ehrenwörtliche Erklärung und Veröffentlichung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Thesis/Hausarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Hannover, 11.12.2021

Ort und Datum

L. Guasche

Unterschrift

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die APOLLON Hochschule den Titel (Arbeit, Erscheinungsjahr, Studiengang und Betreuer auf dem Online-Campus sowie der Homepage der APOLLON Hochschule veröffentlicht.

Hannover, 11.12.2021

Ort und Datum

L. Guasche

Unterschrift