

# 1 Einleitung

Die Gesundheitsberichterstattung westlicher Industrienationen weist in den letzten Jahrzehnten eindeutig darauf hin, dass chronisch-degenerative Erkrankungen in zunehmendem Maße das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen bestimmen. Darunter kommt den *Krankheiten des Kreislaufsystems* eine besondere Bedeutung zu, da sie nahezu für die Hälfte der Todesfälle in Deutschland verantwortlich gemacht werden können (Statistisches Bundesamt, 2005a). Sie stellen ebenso die häufigste Diagnosegruppe für stationäre Krankenhausbehandlungen, wobei die diagnose-spezifischen Krankenhausfälle im Zeitraum von 1994 bis 2003 um 16.4% gestiegen sind (Statistisches Bundesamt, 2005b). Diese Entwicklung ist vor allem vor dem Hintergrund der beiden miteinander verknüpften Faktoren des medizinisch-technischen Fortschritts und des zunehmenden Anteils älterer Personen in der Bevölkerung zu interpretieren (z.B. Gerber & von Stünzer, 1999). So ergibt sich durch gesteigerte Überlebensraten nach akuten Koronareignissen in Verbindung mit einer Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung der Patienten<sup>1</sup> eine Zunahme der Prävalenz von Krankheiten des Kreislaufsystems (Tavazzi, 1992). Nun liegt es in der Natur chronisch-degenerativer Krankheiten, dass sie einer akutmedizinischen Heilung i.d.R. nicht zugänglich sind. Daher müssen zum einen die Betroffenen mit den Folgen der Erkrankung in ihrem alltäglichen Leben umgehen. Zum anderen werden herausragende Anforderungen an das Gesundheitssystem gestellt, da erhebliche Belastungen der Sozialversicherungssysteme, insbesondere in Form der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherungen, daraus resultieren.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die *Rehabilitation chronischer Krankheiten* zunehmende Relevanz, da ihr Gegenstand eben jene Krankheitsfolgen sind und die rehabilitative Aufgabe in der Minimierung von Krankheitsfolgen liegt (Koch & Bengel, 2000). Für die Zielsetzung der kardiologischen Rehabilitation bedeutet dies in positiver Konnotation, nicht „nur“ einen Beitrag zur Steigerung der Lebenserwartung der Patienten zu leisten, sondern die Lebensqualität der Patienten trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigungen möglichst zu optimieren. So zielt der moderne Kanon kardiologischer Rehabilitationsmaßnahmen darauf ab, einerseits die Krankheitsursachen positiv zu beeinflussen und andererseits dem Patienten die bestmöglichen physischen, psychischen und sozialen Bedingungen zu schaffen, die es ihm unter Einsatz seiner eigenen Anstrengungen erlauben, so gut wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und ein aktives Leben zu führen. Diesem von der Weltgesundheitsorganisation geprägten kardiologischen Rehabilitationskonzept (WHO, 1993) liegt demnach ein biopsychosoziales Gesundheitsverständnis zu Grunde, das sich durch die explizite Berücksichtigung psychosozialer Krankheitsfolgen und seiner übergeordneten sozialen Zielsetzung äußert. Damit reicht es entschieden

---

1 In dieser Arbeit wird aus Gründen einer besseren Lesbarkeit nur die männliche Schreibweise verwendet. Damit sollen zugleich die jeweils weiblichen Personen gemeint sein.

über „traditionelle“ biologische Rehabilitationsziele, wie der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Modifikation von Risikofaktoren (Sekundärprävention), hinaus (Grande, Schott & Badura, 1998).

Vor diesem Hintergrund hat sich die *Sport- und Bewegungstherapie*<sup>2</sup> als ein Grundpfeiler kardiologischer Rehabilitationsprogramme etabliert. Dieser besondere Stellenwert basiert zunächst auf den mittlerweile fundierten empirischen Evidenzen für eine positive Beeinflussung der Morbidität und Mortalität und der günstigen Beeinflussung von Risikofaktoren (z.B. Clark, Hartling, Vandermeer & McAlister, 2005; Taylor, Brown, Ebrahim, Jolliffe, Noorani, Rees et al., 2004). Darüber hinaus vermehren sich positive Befunde für den Erhalt, die Wiederherstellung und die Stabilisierung des psychosozialen Gesundheitszustands durch die systematische Durchführung von Sport- und Bewegungsaktivitäten (z.B. Clark et al., 2005; Kugler, Seelbach & Krüskemper, 1994). Auf der Grundlage trainingswissenschaftlicher Erkenntnisse sind dabei bestimmte Anforderungen an die Belastungsnormative Rehabilitativ wirksamer Sport- und Bewegungsaktivitäten zu stellen. Da kardiologische Rehabilitationsprogramme in Deutschland überwiegend stationär durchgeführt werden und i.d.R. durch eine dreiwöchige Interventionsphase gekennzeichnet sind, werden insbesondere die Regelmäßigkeit und Langfristigkeit zu zentralen Kriterien nachhaltiger Gesundheitswirkungen. Der Sporttherapie kommt hierbei die besonders relevante Aufgabe zu, die Patienten über die eigentliche (häufig stationäre) Interventionsphase hinaus zum Aufbau eines sportlich-aktiven Lebensstils zu bewegen (Schüle & Huber, 2000). So lassen sich die während des Klinikaufenthalts erreichten Erfolge dieser therapeutischen Leistung nicht konservieren, sondern sie müssen durch die konsequente Weiterführung von sportlichen Aktivitäten am Wohnort ausgebaut und aufrechterhalten werden. Mit Gerdes und Weis (2000) ist darin eine *edukative Zielsetzung* der Sporttherapie zu sehen, die eine krankheitsangemessene Ausrichtung des sportbezogenen Gesundheitsverhaltens der Patienten anstrebt. Hinsichtlich dieser so genannten Verhaltenswirkungen (Brehm & Bös, 2004) der kardiologischen Sporttherapie muss jedoch ein *unbefriedigender Ist-Zustand* konstatiert werden. So lässt sich aus deutschen und internationalen Studien ablesen, dass lediglich die Hälfte der Patienten im Anschluss an ein kardiologisches Rehabilitationsprogramm ein sportliches Aktivitätsniveau erreicht, das den Empfehlungen kardiologischer Fachgesellschaften entspricht. Darüber hinaus führt nahezu ein Drittel der Patienten überhaupt keine sportlichen Aktivitäten fort, so dass das rehabilitative Nutzenpotenzial sportlicher Aktivitäten in keinerlei Weise ausgeschöpft wird (vgl. ausführlicher Kap. 2.5 und 2.6).

Dieses Phänomen der Rehabilitationspraxis, speziell der Sporttherapie, stellt den Ausgangspunkt dieser Arbeit dar. Mit Herrmann (1994) kann es als Realitätsbereich – oder unter Rückgriff auf Shapere (1974) als ‚body of information‘ – bezeichnet werden, der in dieser Arbeit problematisiert wird. Die bisherigen Ausführungen

---

2 Nachfolgend wird die vollständige Bezeichnung der therapeutischen Leistung der Sport- und Bewegungstherapie auf den Begriff der Sporttherapie verkürzt.

über eine defizitäre edukative Zielerreichung kardiologischer Rehabilitationsprogramme hinsichtlich der Weiterführung sportlicher Aktivitäten und der damit verbundenen unzureichenden Ausschöpfung des vorhandenen biopsychosozialen Rehabilitationspotenzials gehören zu den Kernannahmen über den Realitätsbereich. Neben diesem als verbesserungswürdig identifizierten Ist-Zustand lassen sich die Kernannahmen auf drei weitere Aspekte ausdehnen, auf Grundlage derer der ‚body of information‘ zu einem ‚object for investigation‘ wird und die Problemstellungen dieser Arbeit herausgearbeitet werden können (vgl. Herrmann, 1994; Willimczik, 2003). Die weiteren Kernannahmen beziehen sich erstens auf eine unspezifische Charakterisierung des Soll-Zustands. Mit Blick auf diesen Soll-Zustand werden zweitens pauschale Annahmen über Barrieren expliziert, die den Ist-Zustand vom Soll-Zustand trennen und drittens werden generelle Annahmen über Mittel der Transformation des Ist-Zustands in den Soll-Zustand formuliert, die forschungsleitenden Charakter für diese Arbeit übernehmen.

Für eine *unspezifische Charakterisierung des Soll-Zustands* kann zunächst die Notwendigkeit festgehalten werden, in der Sporttherapie *effektivere Maßnahmen* einsetzen zu müssen, die die Patienten in höherem Maße dazu befähigen, im Anschluss an ein kardiologisches Rehabilitationsprogramm sportliche Aktivitäten zu einem festen Bestandteil ihres Lebensstils machen zu können. Dazu ist mit Haaf und Schliehe (2000) eine Weiterentwicklung edukativer Maßnahmen für stationäre Rehabilitationsprogramme gefordert, die in Anbetracht einer unzureichenden Langfristigkeit von Rehabilitationserfolgen für die Rehabilitationsforschung im Allgemeinen als vordringliche Aufgabe angesehen wird. Oldridge und Pashkow (1999, S. 497) formulieren spezifisch für den Realitätsbereich:

„With the evidence that cardiac rehabilitation services are beneficial but that there is relatively poor adherence to exercise recommendations in routine clinical practice, significantly more research needs to be initiated to identify which current adherence-enhancing strategies are most successful and also to identify new and successful strategies.“

Dabei plädieren Schäfer und Doll (2000) angesichts der kurzen Dauer stationärer Rehabilitationsprogramme für Maßnahmen, die über die Wissensvermittlung und die Erzeugung erster Motivationsimpulse hinausgehen. Darin spiegelt sich die innerhalb der Gesundheitsverhaltensforschung generierte Erkenntnis wider, dass risikokommunizierende Interventionsformen nur einen eher zweifelhaften Erfolg hinsichtlich mittel- und langfristiger Verhaltensänderungen erbringen (Barth & Bengel, 1998). Der Risikokommunikation muss vielmehr die Förderung von personalen und sozialen Ressourcen zur Seite gestellt werden, was unter dem Begriff der *Ressourcenkommunikation* subsumiert wird (Schwarzer, 1994). So wird angenommen, dass edukative Maßnahmen weitergehend darauf abzielen müssen, die Patienten „für die eigenen Bedürfnisse zu sensibilisieren, sie zu individuellen Problemlösungen zu befähigen und ihnen über die Phase der Rehabilitation hinaus Handlungsstrategien für schwierige Situationen zu vermitteln“ (Schäfer & Doll, 2000, S. 4).

Um aufbauend auf dieser grundlegenden Schwerpunktverlagerung zu effektiveren Maßnahmen zu gelangen, wird vermehrt ein *theoriebasiertes Vorgehen bei der Interventionsgestaltung* gefordert (z.B. Fuchs, 2003). Dafür sehen Petermann und Koch (1998) insbesondere in psychologischen Konzepten ein viel versprechendes Potenzial, um die edukative Zielerreichung der medizinischen Rehabilitation zu optimieren. Innerhalb der Gesundheitsverhaltensforschung hat sich hierfür eine handlungspsychologische Betrachtungsweise des Phänomens etabliert, die dem Aspekt der Intentionalität des Gesundheitsverhaltens besondere Aufmerksamkeit schenkt. Dabei werden in der Theorienbildung zunehmend motivationale Prozesse der Zielbildung und volitionale Prozesse der Zielrealisierung unterschieden (z.B. Norman, Abraham & Conner, 2000), wofür die handlungspsychologische Rubikontheorie der Handlungsphasen nach Heckhausen (1989) und Gollwitzer (1996) wichtige Impulse geliefert hat. Als eine Konsequenz der handlungspsychologischen Betrachtungsweise wird das Gesundheitsverhalten heute vielfach als ein dynamischer Prozess aufgefasst, in dem die handelnde Person qualitativ unterschiedliche Stufen der Verhaltensänderung bis zur Habitualisierung des Verhaltens durchläuft (Sniehotta & Schwarzer, 2003). Mit Blick auf eine effektive Interventionsgestaltung ist damit die Kernannahme verbunden, dass eine Individualisierung edukativer Maßnahmen speziell dem persönlichen Entwicklungsstand im Prozess der Verhaltensänderung Rechnung tragen und „maßgeschneidert“ für die motivationale Ausgangslage der Patienten sein muss. Im Einklang dazu haben Sudeck, Höner und Willimczik (2004) drei Hindernisse für die stabile Weiterführung sportlicher Aktivitäten umschrieben, die zugleich drei edukative Teilaufgaben für die sporttherapeutische Arbeit in der kardiologischen Rehabilitation bedeuten:

- (1) Patienten sind nicht ausreichend motiviert, sportliche Aktivitäten in ihrem Alltag aufzunehmen, und müssen durch Maßnahmen der *Motivierung* der Absicht näher gebracht werden, einen sportlich-aktiven Lebensstil aufbauen zu wollen;
- (2) trotz hoher Motivation gelingt es Patienten im Alltag nicht, ihre vorhandene Handlungsabsicht in die Tat umsetzen und sportlich aktiv zu werden. Dieses Phänomen wird aus handlungspsychologischer Perspektive als „Handlungsloch im Alltag“ (Höner & Willimczik, 1998) bzw. als „intention-behavior-gap“ (Sheeran, 2002) bezeichnet; edukative Maßnahmen müssen hierbei auf eine erfolgreiche *Initiierung* von Sportaktivitäten im Alltag hinwirken;
- (3) Patienten haben bereits sportliche Aktivitäten initiiert, aber ihnen misslingt die Ausbildung einer Verhaltensgewohnheit, so dass ein Rückfall in einen sportlich inaktiven Lebensstil droht. Edukative Maßnahmen müssen demnach die (langfristige) *Stabilisierung* der Alltagsintegration sportlicher Aktivitäten unterstützen.

In einem weiten Begriffsverständnis der Motivation handelt es sich bei den genannten Punkten um sämtliche Aspekte zielgerichteten Handelns. Diese umfassen für die Situation eines stationären Rehabilitationsprogramms jegliche Motivationsprozesse, die sowohl vor und während als auch im Anschluss der Rehabilitationsmaß-

nahme ablaufen (Sudeck, Höner & Willimczik, 2006). Mit der aus handlungspsychologischer Perspektive vorgenommenen Ausdifferenzierung lässt sich aber lediglich der Aspekt der Motivierung in den Bereich der *Motivation im engeren Sinne* einordnen, der sich nach Heckhausen (1989) auf die Zielauswahl und die Bewertung von Handlungsergebnissen begrenzt. Die Aufgabenbereiche der Initiierung und Stabilisierung sind hingegen dem Bereich der *Volition* zuzuordnen, in dem volitionale Prozesse der Handlungssteuerung die Vorbereitung und tatsächliche Realisierung zielgerichteter Aktivitäten sicherstellen müssen. Diesen volitionalen Prozessen wird eine hohe Bedeutung für das Gesundheitsverhalten beigemessen, da es von den Patienten i.d.R. einen erheblichen Aufwand erfordert und sich gegenüber lieb gewonnenen Gewohnheiten durchsetzen muss (Gollwitzer & Oettingen, 2000). Eine erste *Kernannahme über Barrieren, die den Ist-Zustand vom Soll-Zustand trennen*, ist es nun, dass im Rahmen der kardiologischen Sporttherapie das *Hauptaugenmerk auf die Motivierung der Patienten* gelegt wird und die volitionalen Aufgabenbereiche der Initiierung und Stabilisierung mit einem Fokus auf die konkrete Weiterführung sportlicher Aktivitäten im Alltag i.d.R. nicht ausreichend berücksichtigt werden. So sehen Ellgring und Reusch (2001, S. 91) eine Verwirklichung handlungspsychologischer Konzepte „noch in den Kinderschuhen“ und auch Schumacher (2001) weist auf eine defizitäre Berücksichtigung volitionaler Erkenntnisse in der Rehabilitationsforschung hin, was erst recht für die Rehabilitationspraxis gelten dürfte. Für die kardiologische Rehabilitation konkretisiert Keck (2000) in diesem Zusammenhang Schnittstellenprobleme zwischen stationären Rehabilitationsprogrammen und der Langzeitbetreuung am Wohnort. Demnach ist die Programmgestaltung manchmal zu sehr nur auf kurzfristige Effekte ausgerichtet. Damit dürfte in erster Linie die günstige Beeinflussung biomedizinischer Parameter gemeint sein, die durch umfangreiche sporttherapeutische Angebote nachweislich innerhalb eines dreiwöchigen Rehabilitationsaufenthalts erzielt werden können. Daneben steht mit Blick auf die edukative Zielsetzung vielfach die Förderung von Gesundheitserwartungen (z.B. Effekte auf das Herz-Kreislaufsystem) und der aufgabenspezifischen Kompetenzeinschätzungen im Vordergrund (z.B. Schulung der individuellen Belastungsdosierung oder der funktionellen Bewegungsausführung). Diese Maßnahmen der Motivierung werden häufig durch die Hoffnung flankiert, dass zumindest eines der vielfältigen Sportangebote die individuellen Bedürfnisse eines Patienten trifft und im besten Fall die Freude an der Bewegung und positive Körpererfahrungen erlebt werden können (z.B. Weber, 1998). Auf diese Weise wird eine Förderung der Motivation im engeren Sinne angestrebt, auf Grundlage derer sich die Absicht formieren soll, sportliche Aktivitäten in eigener Regie am Wohnort weiterführen zu wollen. Die konkrete Umsetzung der sportlichen Aktivitäten im Sinne der Volition, d.h. die konkrete Planung der Integration des Sporttreibens in den Alltag, der Umgang mit möglichen Hindernissen, die die sonstigen alltäglichen Anforderungen bergen, oder die Ausbildung einer Verhaltensroutine, sind jedoch nur selten Gegenstand sporttherapeutischer Bemühungen (Sudeck et al., 2004). Unter

dieser Prämisse mangelt es der kardiologischen Sporttherapie insbesondere für bereits ausreichend motivierte und absichtsvolle Patienten an spezifischen volitionalen Interventionsmaßnahmen, die auf die individuellen Bedürfnisse und motivationale Ausgangslage abgestimmt sind.

Eine zweite Kernannahme über Barrieren, die den anzustrebenden Soll-Zustand verhindern, betrifft den z.T. *unzureichenden Einbezug nachgeschalteter Institutionen* und die Vermittlung der Patienten in solche (Keck, 2000). Für die Weiterführung sportlicher Aktivitäten von kardiologischen Patienten spielen hierfür insbesondere die ambulanten Herzgruppen eine entscheidende Rolle. So setzen –je nach Kostenträger und Versorgungsform der Rehabilitation – lediglich 20% bis 50% der Patienten ihr sportliches Engagement innerhalb einer ambulanten Herzgruppe fort (Budde, 1999; Keck & Budde, 1999; Schott, Iseringhausen & vom Orde, 2002). So ist zu bemängeln, dass nur in seltenen Fällen eine regelhafte und systematische Information über und Vermittlung in eine ambulante Herzgruppe oder ein anderes adäquates Angebot des Rehabilitationssports zu den Bestandteilen kardiologischer Rehabilitationsprogramme gehört.

Die *generellen Annahmen über Mittel zur Transformation des Ist-Zustands in den Soll-Zustand* ergeben sich nun im Umkehrschluss aus den pauschal beschriebenen Barrieren. Demnach beziehen sie sich zum einen auf eine stärkere Betonung volitionaler Interventionsmaßnahmen und zum anderen auf den systematischeren Einbezug nachgeschalteter Institutionen in Form der Berücksichtigung des wohnort-spezifischen Sportangebotes. Für beides wird angenommen, dass sie probate Problemlösungsmittel für die edukativen Aufgabenbereiche der Initiierung und Stabilisierung darstellen.

Die vorgenommene Problematisierung des Realitätsbereichs mündet in dieser Arbeit in die technologisch ausgerichteten Problemstellungen der Entwicklung eines den Kernannahmen entsprechenden Interventionskonzepts zur Förderung sportlicher Aktivitäten im Alltag (Problemstellung I) und der Evaluierung des Interventionskonzepts (Problemstellung II). Innerhalb der *Problemstellung I* wird das Interventionsprogramm VIN-CET (*Volitional Interventions within Cardiac Exercise Therapy*) entwickelt, indem entsprechend den Forderungen von Fuchs (2003) theoriebasiert vorgegangen wird. Dazu wird in Kapitel 3 zunächst die Identifikation relevanter Verhaltensdeterminanten aus einem handlungspsychologischen Blickwinkel vollzogen. Als Brücke zwischen diesem grundlagenorientierten Theoriekapitel und der technologischen Zielsetzung der Arbeit dient das Kapitel 4, in dem wissenschaftstheoretische Grundlagen technologischer Forschungsprogramme herausgearbeitet werden, um die methodologische Basis für eine theoriebasierte Interventionsentwicklung zu legen. Auf Grundlage dessen wird in Kapitel 5 ein System von Handlungsempfehlungen generiert, das dem Interventionsprogramm VIN-CET zu Grunde liegen soll. Hierfür wird das verfügbare Wissen über potenziell relevante volitionale Interventionsmaßnahmen einschließlich ihrer Effektivität zusammengestellt, indem interventionsorientierte Elemente der Rubikon-Theorie der Handlungs-

phasen (Heckhausen, 1989; Gollwitzer, 1996), der Sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1986) sowie des Transtheoretischen Modells (Prochaska & DiClemente, 1983) herangezogen sowie Interventionstechniken der Verhaltenstherapie beleuchtet werden (z.B. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Eine spezifisch auf die untersuchte Rehabilitationsklinik ausgerichtete Übersetzung des generierten Systems von Handlungsempfehlungen ist die Aufgabe innerhalb von Kapitel 6. Dieses Kapitel ist das Ergebnis des theoriebasierten Vorgehens zur Entwicklung des Interventionsprogramms VIN-CET. Es konkretisiert die generellen Annahmen über Mittel zur Transformation des Ist-Zustands in den Soll-Zustand für einen bestimmten Anwendungsfall unter Zuhilfenahme des generierten Systems von Handlungsempfehlungen. In dem Entwicklungsprozess wird einem Aspekt eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt: der späteren Übertragbarkeit des Interventionskonzepts in die Rehabilitationspraxis. So wird das VIN-CET-Programm derart konzipiert, dass es im größtmöglichen Ausmaß in die bestehenden Strukturen von Rehabilitationseinrichtungen integriert werden kann und auf bestehende personale und strukturelle Ressourcen zurückgreift. Diese Überlegung ist dabei nicht nur pragmatischer (untersuchungsökonomischer) Natur, sondern unter der technologischen Zielsetzung vielmehr als eine weitere Kernannahme für die Mittel der Veränderung des verbesserungswürdigen Ist-Zustands zu sehen, denn letztlich muss das Interventionskonzept vor dem Hintergrund seiner Nützlichkeit und Routinisierbarkeit in der Rehabilitationspraxis gestaltet werden (vgl. Herrmann, 1994).

Die *Problemstellung II* orientiert sich an den drei Fragen, die nach Michie und Abraham (2004) bei der Evaluation von Interventionsmaßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens gestellt werden sollten: „*Does it work?*“, „*How well does it work?*“ und „*How does it work?*“. In Anlehnung an Michie und Abraham (2004, S. 31) wird für die Fragen, ob das VIN-CET-Programm wirkt, und wenn ja, in welchem Ausmaß es Effekte zeigt, das primäre Zielkriterium in der tatsächlichen Initiierung und Stabilisierung sportlicher Aktivitäten im Anschluss an den kardiologische Rehabilitationsaufenthalt gesehen. Darüber hinaus wird die Analyse der Wirksamkeit auf die übergeordnete Ebene des Gesundheitszustands erweitert. Dafür werden Aspekte der Lebensqualität der Patienten herangezogen, die einerseits unter einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis eine zentrale Zielsetzung kardiologischer Rehabilitationsprogramme darstellen (Wenger, 1999) und für die andererseits die Gesundheitswirkungen sportlicher Aktivitäten noch weniger elaboriert sind als für zahlreiche somatische Parameter. In der beabsichtigten Analyse der Wirkmechanismen des Interventionsprogramms VIN-CET („*How does it work?*“) soll vor allem das theoriebasierte Vorgehen bei der Interventionsentwicklung genutzt werden. So werden die Auswirkungen des Interventionsprogramms auf die als relevant identifizierten (handlungspsychologischen) Verhaltensdeterminanten überprüft und somit Erklärungen ermöglicht, inwieweit die Annahmen zur Wirkungskette über die Veränderung relevanter Verhaltensdeterminanten zur Förderung von sportlichen Aktivitäten im Alltag aufrechterhalten werden können.

Diese zunächst allgemein formulierten Problemstellungen werden in Kapitel 7.1 ausdifferenziert und in Form wissenschaftlicher Hypothesen und psychologischer Vorhersagen konkretisiert. Zur Bearbeitung der wissenschaftlichen Hypothesen wird ein Quasi-Experiment an einer kardiologischen Rehabilitationseinrichtung vorgestellt, dessen Untersuchungsmethodik in Kapitel 7.2 beschrieben wird. Auf Grundlage der Untersuchungsmethodik werden in Kapitel 7.3 die konkreten statistischen Hypothesen dieser Arbeit herausgearbeitet, deren empirische Bearbeitung im Rahmen der Ergebnisdarstellung und Interpretation in Kapitel 7.4 vorgenommen wird. In Kapitel 8 wird dann abschließend der Versuch unternommen, die beiden Problemstellungen dieser Arbeit miteinander zu vereinen und die Ergebnisse der Evaluation in ihrer Bedeutung für das entwickelte Interventionskonzept sowie für zukünftige Interventionsprogramme zu diskutieren. Zunächst ist es aber erforderlich, die bisher nur skizzierten Kernannahmen über den Realitätsbereich in Kapitel 2 weiter auszuführen, um den Kontext des rehabilitationspraktischen Phänomens der mangelnden Verhaltenswirkungen der kardiologischen Sporttherapie zu verdeutlichen.